



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETUS
MELLITUS PADA Ny. N DAN Tn. A DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN ANSIETAS DI
RUANG MELATI RSUD Dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

Fariez Setiawan
NIM 162303101041

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETUS
MELLITUS PADA Ny. N DAN Tn. A DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN ANSIETAS DI
RUANG MELATI RSUD Dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi (D3) Keperawatan dan mencapai
gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

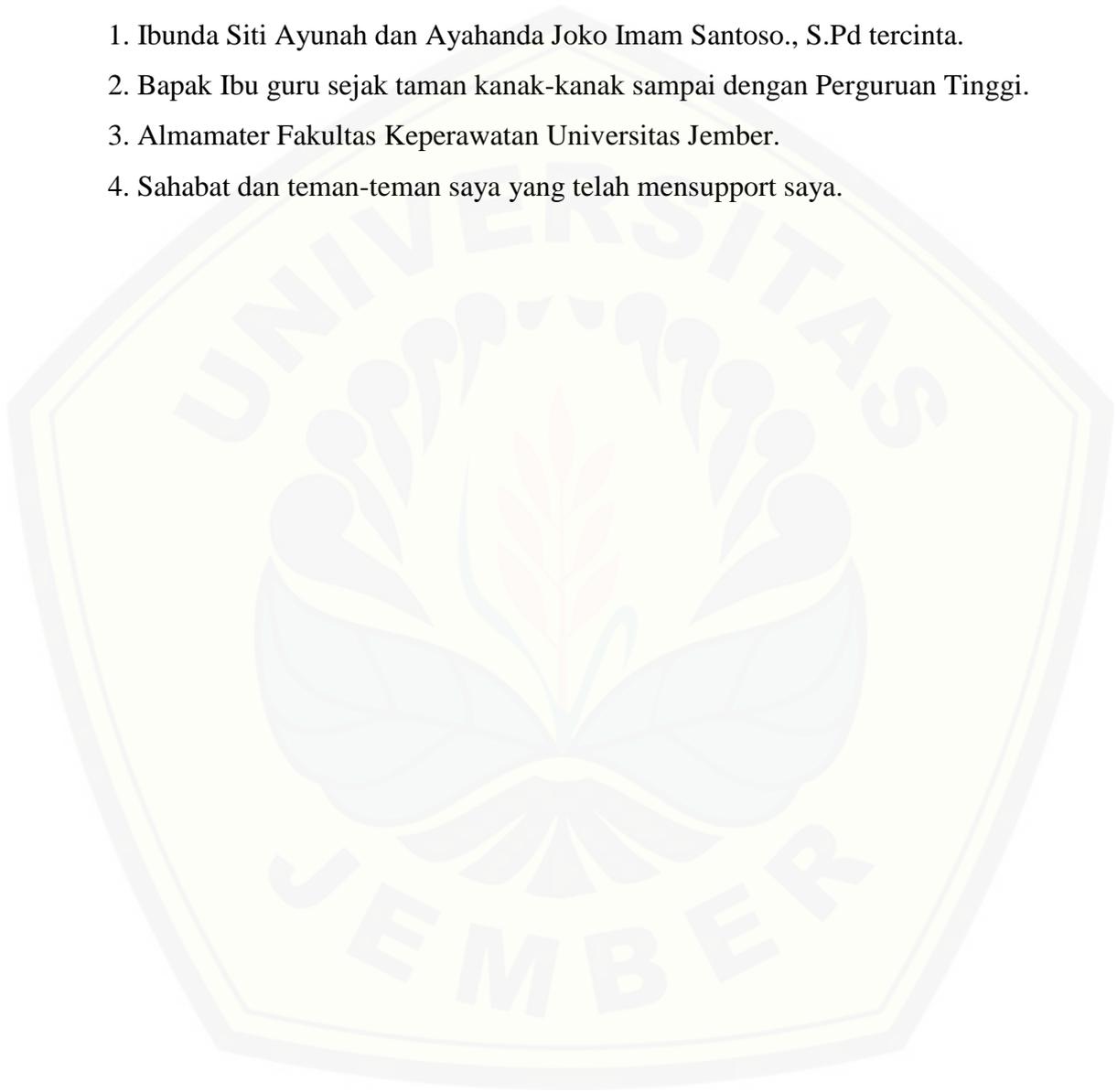
Fariez Setiawan
NIM 162303101041

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah SWT, Karya Tulis ini persembahkan untuk:

1. Ibunda Siti Ayunah dan Ayahanda Joko Imam Santoso., S.Pd tercinta.
2. Bapak Ibu guru sejak taman kanak-kanak sampai dengan Perguruan Tinggi.
3. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
4. Sahabat dan teman-teman saya yang telah mensupport saya.



MOTO

“Jadikan kegagalan sebagai pengalaman hidup untuk menjadi yang lebih baik lagi.” (R. Endro Sulistiyono)

atau

“Bersyukurlah dengan apa yang ada, Begitu banyak orang hanya bisa bermimpi memiliki apa yang kamu miliki saat ini.” (F. Setiawan)



SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :Fariez Setiawan

NIM : 162303101041

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Karya Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Pada Ny. N dan Tn. A Dengan Masalah Keperawatan Ansietas di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 11 Desember 2019

Yang menyatakan,



Fariez Setiawan

NIM 162303101041

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Pada Ny. N dan Tn. A Dengan Masalah Keperawatan Ansietasdi Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019” telah disetujui pada:

hari, tanggal : 11 Desember 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus
Lumajang

Oleh

Dosen Pembimbing,



Primasari M.R., S.Kep., Ners., M.Kep.
NRP. 760017257

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Pada Ny. N dan Tn. A Dengan Masalah Keperawatan Ansietas di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019” karya Fariez Setiawan telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Jum'at, 27 Desember 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Fakultas Keperawatan Kampus Lumajang

Ketua Penguji,



Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 1975100420080122016

Anggota I,



Rizeki Dwi F., S.Kep., Ners., M.Kep.
NRP 760017247

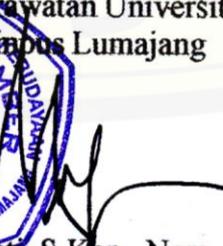
Anggota II,



Primasari M.R., S.Kep., Ners., M.Kep.
NRP 760017257

Mengesahkan,
Koordinator Program Studi D3 Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang




Nurul Hayati, S.Kep., Ners., M.M.
NIP 196506291987032008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus pada Ny. N dan Tn. A dengan Masalah Keperawatan Ansietas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019; Fariez Setiawan, 162303101041; xviii + 98 halaman: Program Studi D3 Keperawatan Universtas Jember Kampus Lumajang.

Diabetes melitus adalah sindrom yang disebabkan oleh ketidak seimbangan antara tuntutan dan suplai insulin. Sindrom ini ditandai oleh hiperglikemia dan berkaitan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein. Penyakit ini akan menyertai penderita seumur hidup penderita sehingga akan mempengaruhi terhadap tingkat Ansietas penderita baik dari keadaan kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Ansietas pada pasien Diabetus Mellitus sebaiknya tidak di biarkan berlangsung terlalu lama karena bisa berdampak buruk terhadap psikososialnya dan fisik. Ansietas dapat meningkatkan glukosa pada penderita Diabetus Mellitus, hal ini tentunya akan memperparah kondisi Diabetus Mellitus. Oleh karena itu pasien Diabetus Mellitus diharapkan untuk tenang dan diperlukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kecemasan tersebut.

Desain yang digunakan dalam laporan tugas akhir ini adalah laporan kasus yang bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan diabetes mellitus pada pasien Ny. A dan Ny. S dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan asuhan keperawatan dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi.

Implementasi yang dilakukan pada kedua pasien adalah dengan mengkaji tingkat kecemasan pasien dari tingkat kecemasan ringan sampai berat, memberikan bimbingan pada pasien diabetes mellitus, mengajarkan untuk melakukan cara teknik relaksasi mandiri, dan memberikan terapi murottal Al-Quran surat Ar Rahman. Didapatkan hasil pada 3 hari perawatan kedua pasien pasien 1 berkurang kecemasannya dari kecemasan sedang ke menjadi ringan, pasien 2 berkurang kecemasannya dari kecemasan berat menjadi sedang.

Dari hasil tersebut diharapkan pasien dapat menerapkan tindakan yang diberikan perawat dalam mengatasi kecemasannya dengan mengikut sertakan keluarga selama perawatan sehingga dapat membantu pasien dalam mengambil keputusan, mendapatkan solusi dari permasalahan, dan membantu pasien membagikan rasa cemas yang ia alami, dan juga memberikan motivasi dengan pendekatan spiritual.

Berdasarkan hasil tersebut, diharapkan perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan secara psikis maupun fisik pada pasien diabetes mellitus untuk mengurangi kecemasan. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan dengan terapi Murottal Al-Quran surat Ar Rahman dengan pelaksanaan keperawatan pada pasien diabetes mellitus yang mengalami ansietas.

SUMMARY

Nursing Care of Diabetes Mellitus to Mrs. N and Mr. A with Nursing Problem Anxiety in the Melati Ward of dr. Haryoto Lumajang Hospital 2019; Fariez Setiawan, 162303101041; xviii + 98 pages: the D3 Nursing Program, Faculty of Nursing, Jember University

Diabetes Mellitus is a syndrome caused by a lack of balance between demands and insulin supply. This syndrome is characterized by hyperglycemia and is associated with the abnormalities of carbohydrate, fat, and protein metabolism. This disease will accompany lifelong sufferers so that it will affect the level of Anxiety sufferers both from the state of physical, psychological, social, and environmental health. Anxiety in Diabetes Mellitus patients should not allow too long because it can have a bad impact on the psychosocial and physical. Anxiety can increase glucose in sufferers of Diabetes Mellitus, this will certainly worsened the condition of Diabetes Mellitus. Therefore Diabetes Mellitus patients are expected to be calm and needed nursing action to cope with the anxiety.

This research exerts design of case study which aims to explore nursing care of diabetes mellitus clients Mrs. N and Mr. N with an Anxiety nursing problem in the Jasmine Room of RSUD Dr. Haryoto Lumajang 2019. The research data is collected from the nursing interventions and methods of interview, observation, and documentation study.

The implementation of both patients is to study the level of anxiety of patients from mild to severe anxiety levels, providing guidance in patients with diabetes mellitus, teaching to perform ways of self-relaxation techniques, and Give Murottal therapy Al-Quran letter Ar Rahman. Obtained in 3 days treatment of both patients 1 reduced anxiety from moderate to moderate concern, patients 2 diminished from severe anxiety into being mild.

Based on the research findings, the researcher expects to the clients to be able to practice the techniques which is trained by the nurses to heal the anxiety and involve the family during the nursing period, so they can help and do some interventions to the clients to take decision, get solution from maternity problems, and help the clients to share let go the anxiety, also motivate the clients through spiritual.

Based on these results, nurses are expected to provide health services both psychic and physical in patients with diabetes mellitus to reduce their jealousy. For the next researcher is expected to provide nursing care with the therapy Murottal Al-Quran letter Ar Rahman with the implementation of nursing in patients diabetes mellitus that has an anxiety.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT. yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus pada Pasien Ny. N dan Tn. A dengan Masalah Keperawatan Ansietas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019” ini dapat terselesaikan dengan baik. Tugas Akhir ini disusun sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Dalam penyusunan Tugas Akhir ini saya menyampaikan terimakasih banyak kepada pihak-pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan tepat waktu. Adapun ucapan terima kasih, saya sampaikan kepada :

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc, Ph.D selaku Rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep.,Ners.,MM selaku Koordinator D3 Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang memberikan dukungan dalam terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.
4. Ibu Primasari Mahardika.,S.Kep.Ns.,M.Kep selaku pembimbing utama yang telah mengarahkan penulis sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat selesai dengan baik.

Semoga atas bimbingan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis akan mendapat imbalan yang sepatutnya dari Allah SWT. penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan yang terdapat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu penulis memohon kritik dan saran dari pembaca untuk penyempurnaan pembuatan selanjutnya dan penulis sampaikan terima kasih

Lumajang, 11 Desember 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTO	iv
SURAT PERNYATAAN	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	ix
KATA PENGANTAR.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Penyakit.....	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Etiologi Diabetes Melitus.....	6
2.1.3 Manifestasi Klinis	8
2.1.4 Klasifikasi	9
2.1.5 Patofisiologi	11
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.7 Penatalaksanaan	16
2.1.8 Komplikasi	20
2.2 Konsep Ansietas	23
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	27
2.3.1 Pengkajian	27
2.3.2 Diagnosa keperawatan	32
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	35
2.3.4 Implementasi	39
2.3.5 Evaluasi	40
BAB 3. METODE PENULISAN.....	41
3.1 Desain Penulisan.....	41
3.2 Batasan istilah.....	41
3.3 Partisipan	43

3.4 Lokasi dan Waktu	43
3.4.1 Lokasi.....	43
3.4.2 Waktu.....	43
3.5 Pengumpulan Data	43
3.5.1 Macam-macam Data.....	43
3.5.2 Sumber Data.....	44
3.5.3 Wawancara.....	45
3.5.4 Observasi dan pemeriksaan fisik secara umum.....	45
3.5.5 Studi Dokumentasi.....	45
3.6 Analisa Data	45
3.6.1 Pengumpulan data.....	46
3.6.2 Reduksi data.....	46
3.6.3 Penyajian data.....	46
3.6.4 Kesimpulan.....	46
3.7 Etika Penulisan	46
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	47
4.1 Gambaran Lokasi Penulisan	47
4.2 Pengkajian	48
4.2.1 Identitas Pasien.....	48
4.2.2 Keluhan Utama.....	49
4.2.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	49
4.2.4 Riwayat Penyakit Masa Lalu.....	51
4.2.5 Riwayat Penyakit Keluarga.....	52
4.2.6 Faktor Predisposisi.....	53
4.2.7 Pola Sensori dan Pengetahuan.....	55
4.2.8 Pola Nutrisi dan Metabolik.....	56
4.2.9 Pola Eliminasi.....	57
4.2.10 Pola Tidur dan Aktivitas atau Istirahat.....	58
4.2.11 Pemeriksaan Fisik.....	60
4.2.12 Psikososial.....	66
4.3 Analisa Data	67
4.3.1 Diagnosa Keperawatan.....	71
4.3.2 Intervensi Keperawatan.....	72
4.3.3 Implementasi Keperawatan.....	74
4.4 Evaluasi Keperawatan	79
BAB 5. PENUTUP	82
5.1 Kesimpulan	82
5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	82
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	82
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	82
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	82
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	83
5.2 Saran	83
5.2.1 Bagi Perawat.....	83
5.2.2 Bagi RSUD dr.Haryoto Lumajang.....	83
5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya.....	83

DAFTAR PUSTAKA	84
LAMPIRAN.....	87



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 <i>Pathway Diabetes Mellitus</i> (Padilla, 2012).....	13
Gambar 2.2 Skema Diagnostik Diabetes Mellitus (PERKENI, 2011)	16
Gambar 2.3 Skor kecemasan VAS (<i>British Journal of Anaesthesia</i> 1995)	26

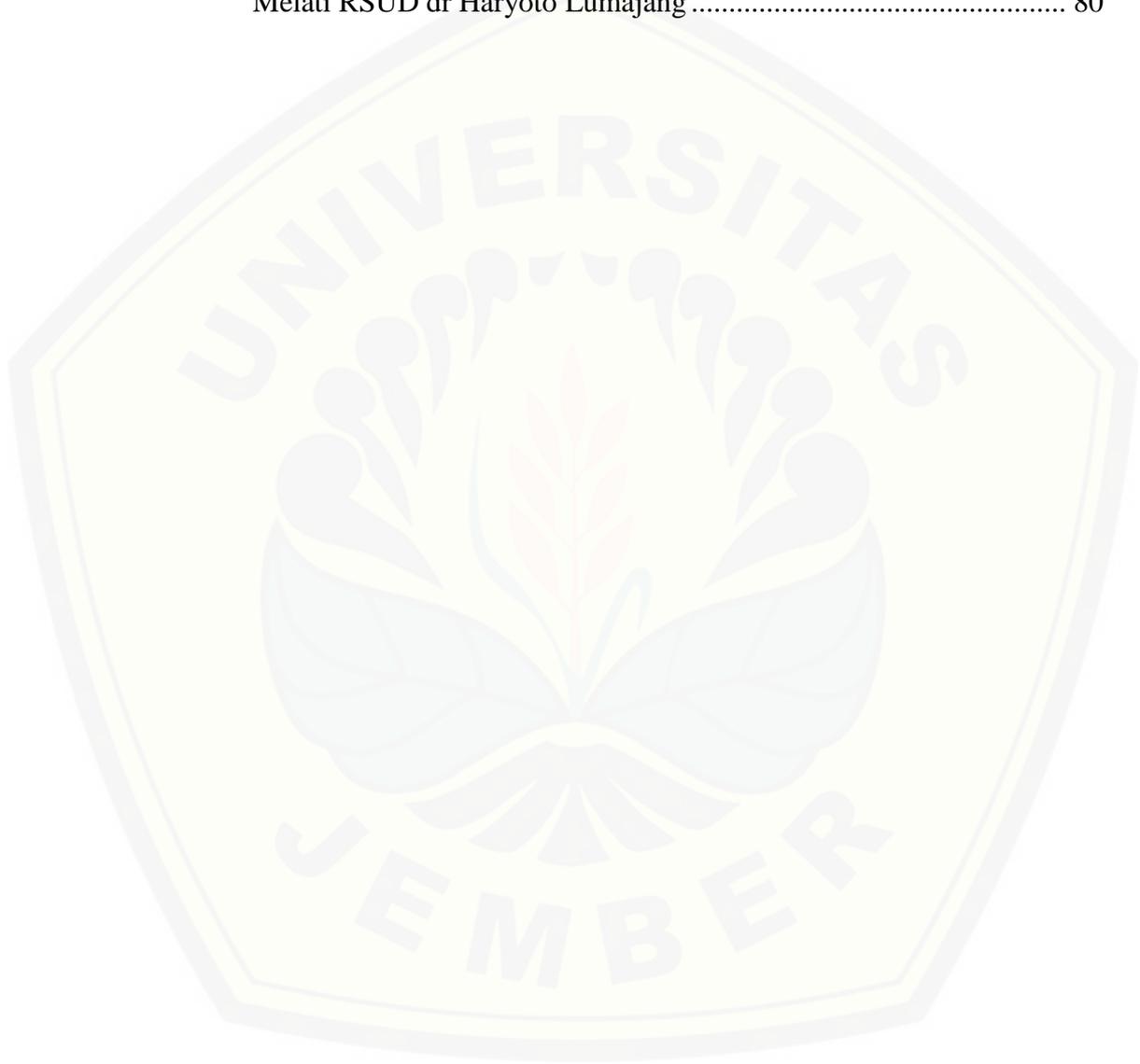


DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Batasan Karakteristik Ansietas	33
Tabel 2.2 indikator masalah keperawatan Ansietas menurut(Kusuma, 2018)....	35
Tabel 2.3 intervensi keperawatan ansietas menurut(Wilkinson, 2016)	35
Tabel 2.4 Tabel penelitian sebelumnya tentang penurunan kecemasan dengan terapi murrotal	36
Tabel 2.5 SOP Terapi Murrotal Al-Qur'an.....	37
Tabel 4.1 Identitas pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.....	48
Tabel 4.2 Keluhan pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.....	49
Tabel 4.3 Riwayat Penyakit Sekarang pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	49
Tabel 4.4 Riwayat Penyakit Masa Lalupada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	51
Tabel 4.5 Riwayat Penyakit Keluargapada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	52
Tabel 4.6 Faktor Prediposisi pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	53
Tabel 4.7 Pola Persepsi dan Tatalaksanaan Kesehatan pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	54
Tabel 4.8 Pola Persepsi dan Konsep Diri pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	54
Tabel 4.9 Pola Sensori dan Pengetahuan pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	55
Tabel 4.10 Pola Nutrisi dan Metabolik pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	56
Tabel 4.11 Pola Eliminasi pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	57
Tabel 4.12 Pola Tidur dan Aktivitas atau Istirahat pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	58

Tabel 4.13	Tata nilai dan keyakinan pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	59
Tabel 4.14	Pemeriksaan Fisik pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	60
Tabel 4.15	Pemeriksaan Sistem Pernfasan pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	61
Tabel 4.16	Pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskulerpada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	62
Tabel 4.17	Pemeriksaan Sistem Pencernaanpada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	63
Tabel 4.18	Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletalpada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	63
Tabel 4.19	Pemeriksaan Sistem Integumen pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	64
Tabel 4.20	Pemeriksaan Fisik Kepala dan Leherpada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	65
Tabel 4.21	Mekanisme Koping pada Ny. N yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	66
Tabel 4.22	Aspek Medis pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	67
Tabel 4.23	Analisa Data pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	67
Tabel 4.24	Batasan Karakteristik pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	68
Tabel 4.25	Diagnosa Keperawatan pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	71
Tabel 4.26	Intervensi Keperawatan pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	72
Tabel 4.27	Implementasi Keperawatan pada Ny. N yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajangtahun 2019.	74

Tabel 4.28 Implementasi Keperawatan pada Tn. A yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2019.	76
Tabel 4.29 Evaluasi Keperawatan pada Ny. N yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2019.....	79
Tabel 4.30 Evaluasi Keperawatan Pada Tn. A yang mengalami ansietas di Ruang Melati RSUD dr Haryoto Lumajang	80



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan Karya Tulis Ilmiah	87
Lampiran 2 <i>Informed Consent</i>	88
Lampiran 3 Surat Pengambilan Pasien	90
Lampiran 4 <i>Check List</i> SOP Terapi Murrotal Al-Qur'an	91
Lampiran 5 Tabel pengukuran skor Ansietas sebelum dan sesudah pemberian Murrotal Al Quran Surat Arrahman pada pasien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas	93
Lampiran 6 Tabel pengukuran skor Ansietas sebelum dan sesudah pemberian Murrotal Al Quran Surat Arrahman pada Ny. N dan Tn. A yang mengalami Diabetes dengan masalah keperawatan masalah Ansietas.	94
Lampiran 7 Logbook.....	95



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Melitus merupakan kondisi meningkatnya kadar gula darah yang dapat meningkatkan risiko kerusakan makrovaskular dan mikrovaskular sehingga menurunkan kualitas hidup penderitanya. Faktor risiko DM diantaranya adalah berat badan berlebih atau obesitas, aktivitas fisik yang rendah, riwayat orang tua DM, HDL rendah, etnik, diabetes gestasional, hipertensi, trigliserida tinggi, dan memiliki riwayat dan memiliki riwayat penyakit kardiovaskular. Salah satu komplikasi DM diantaranya neuropati, berupa berkurangnya sensasi di kaki dan sering dikaitkan dengan luka pada kaki. Neuropati perifer menyebabkan hilangnya sensasi di area distal kaki yang mempunyai risiko tinggi untuk terjadinya ulkus kaki bahkan amputasi. Luka yang timbul secara spontan maupun karena trauma dapat menyebabkan luka terbuka yang mampu menghasilkan gas gangrene berakibat terjadinya osteomyelitis. Gangrene kaki merupakan penyebab utama dilakukan amputasi kaki nontraumatik. Penderita sangat rentan mengalami amputasi disebabkan kondisi penyakit kronik dan risiko yang lebih besar (Efni et al., 2016). Klien diabetes mellitus dengan ulkus kaki akan mengalami kondisi dimana kondisi tersebut lama untuk disembuhkan, yang bisa dilakukan mempertahankan kadar gula dalam darah untuk tetap stabil. Pada umumnya klien DM tersebut mengalami berbagai perubahan fisik seperti bertambahnya frekuensi buang air kecil, merasa haus dan lapar, berkeringan dingin, luka lama sembuh, gemeteran, pusing, sehingga dari kondisi tersebut klien dapat menimbulkan gangguan psikologis, yaitu tidak bisa menerima kondisi sakitnya, maka klien akan mengalami kecemasan (Hidayat & Putri, 2015).

Diabetes melitus menduduki peringkat ke enam penyebab kematian terbesar di Dunia (Suryani et al., 2016). Diabetes melitus di Indonesia semakin meningkat mencapai 8,4 juta jiwa. Pada tahun 2025 jumlah ini akan terus bertambah meliputi 21 juta jiwa serta lebih banyak terjadi pada rentang usia produktif detik pemimpin besar dari jumlah kasus diabetes tersebut adalah diabetes melitus tipe 2, yang meliputi 90% dari semua populasi diabetes (Siregar & hidajat, 2017). Menurut data

profil kesehatan provinsi Jawa Timur tahun 2013, Diabetes Melitus merupakan penyakit tidak menular yang termasuk dalam 10 penyakit pasien rawat inap terbanyak kedua di Jawa Timur setelah hipertensi. Prevalensi diabetes melitus tipe 2 di provinsi Jawa Timur adalah 1,43% sampai 1,47%. Dengan jumlah penduduk provinsi Jawa Timur kurang lebih 38.052.950 jiwa, maka diperkirakan jumlah penderita DM tipe 2 di Jawa Timur sebanyak 544.157-559.378 orang (Jauhari, 2016). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 29 September 2019 di RSUD dr. Haryoto Lumajang didapatkan hasil laporan kunjungan dan rawat inap klien diabetes mellitus keseluruhan mulai dari tahun 2016 – tahun 2017 diperoleh hasil 160 penderita diabetes mellitus (Aliyah, 2017) pada tahun 2018 sebanyak 204 penderita, sedangkan pada tahun 2019 penderita penyakit diabetes mellitus mengalami peningkatan sebanyak 293 penderita.

Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit kronis yang membutuhkan intervensi seumur hidup. Penyakit ini akan menyertai penderita seumur hidup sehingga akan mempengaruhi terhadap tingkat Ansietas penderita baik dari keadaan kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Maka jika individu mengalami suatu penyakit diabetes mellitus dapat timbul rasa Ansietas dan tidak berdaya akibat penyakit tersebut sehingga memerlukan perawatan secara komperhensif baik fisik, psikologis dan sosial (Jauhari, 2016). Kecemasan pada pasien Diabetes Mellitus yang tidak diatasi akan berdampak pada peningkatan hormon stress dan berakibat terjadinya peningkatan kadar glukosa darah.

Pada penderita diabetes mellitus dengan Ansietas merupakan perasaan yang tidak nyaman yang belum jelas penyebabnya serta tidak didukung oleh situasi, bila ansietas tidak diatasi akan mengakibatkan meningkatkan norepinephrine diikuti pula oleh peningkatan dopamine, cortisol serta serotonin. Peningkatan hormon cortisol juga berakibat pada meningkatnya konversi asam amino, laktat dan piruvat di hati menjadi glukosa melalui proses glukoneogenesis kemudian akan diikuti oleh peningkatan glukosa darah (Pranata, 2017). Ansietas pada pasien Diabetes Mellitus sebaiknya tidak di biarkan berlangsung terlalu lama karena bisa berdampak buruk terhadap psikosoilnya dan fisik. Ansietas dapat meningkatkan glukosa pada penderita Diabetes Mellitus, hal ini tentunya akan memperparah kondisi Diabetes

Mellitus. Oleh karena itu pasien Diabetes Mellitus diharapkan untuk tenang (Simatupang & Putri, 2015).

Ada beberapa asuhan keperawatan Ansietas baik pada pasien DM maupun non DM diantaranya adalah Teknik menenangkan diri yaitu meredakan kecemasan pada pasien yang mengalami distress akut, berikan dukungan emosi yaitu memberikan penanganan atau penerimaan dan bantuan atau dukungan selama masa stress, berikan terapi relaksasi yaitu menerapkan teknik untuk meningkatkan dan memperoleh relaksasi untuk menurunkan tanda gejala yang tidak diinginkan seperti nyeri, ketegangan otot, atau Ansietas (Wilkinson, 2016).

Tindakan keperawatan untuk penanganan masalah kecemasan pasien yaitu dapat berupa tindakan mandiri oleh perawat, contoh seperti tehnik relaksasi dan distraksi (Potter, 2006 dalam Aktifah 2018). Salah satu teknik distraksi yang digunakan untuk mengatasi kecemasan pada pasien adalah dengan terapi murottal Al-Quran, karena tehnik distraksi merupakan tindakan untuk mengalihkan perhatian (Faradisi & Aktifah, 2018).

Terapi musik telah banyak diterapkan sebagai alternatif untuk mempercepat penyembuhan, namun tidak banyak yang mengetahui bahwa terapi pembacaan Al-Quran (murottal) juga bisa membantu proses penyembuhan (Faradisi & Aktifah, 2018). Penelitian lain yang dilakukan oleh Ahmad al Khadi, *Managing Director Islamic Medicine Institute for Education and Research* di Florida, Amerika Serikat. Pada konferensi tahunan *American Medical Association* yang ketujuhbelas, wilayah Missouri A.S., Ahmad Al-Qadi membuat presentasi tentang hasil penelitiannya dengan tema pengaruh murottal terhadap perspektif fisiologi manusia dan psikologi. Hasil penelitian ini menunjukkan hasil positif bahwa mendengarkan ayat-ayat Al-Quran memiliki efek signifikan dalam mengurangi ketegangan fibril yang reflektif dan hasil ini dicatat dan diukur secara kuantitatif dan kualitatif oleh alat berbasis komputer (Faradisi & Aktifah, 2018).

Mendengarkan Al Quran akan memberikan efek ketenangan dalam tubuh sebab adanya unsur meditasi, autosugesti dan relaksasi. rasa tenang ini akan memberikan respon emosi positif yang sangat berpengaruh dalam mendatangkan persepsi positif. persepsi positif yang didapat dari Murottal surat Ar Rahman

selanjutnya akan merangsang hipotalamus untuk mengeluarkan hormon endorfin, selanjutnya amiglada akan merangsang pengaktifan sekaligus pengendalian saraf otonom yang terdiri dari saraf simpatis dan saraf parasimpatis. saraf parasimpatif berfungsi untuk mempersarafi jantung dan memperlambat denyut jantung, sedangkan parasimpatis sebaliknya. rangsangan saraf otonom yang terkendali akan menyebabkan sekresi epinefrin dan norepinefrin oleh medulla adrenal menjadi terkendali pula (Wirakhmi & Hikmanti, 2016).

Oleh karena itu, maka peneliti tertarik melanjutkan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Pada Ny. N dan Tn. A Dengan Masalah Keperawatan Ansietasdi Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu, bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Pada Ny. N dan Tn. A Dengan Masalah Keperawatan Ansietasdi Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019?

1.3 Tujuan Penulisan

Tujuan penelitian ini untuk mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Pada Ny. N dan Tn. A Dengan Masalah Keperawatan Ansietasdi Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Menambah pengetahuan tentang Asuhan Keperawatan pada klien Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas dalam konteks Ilmu Keperawatan Medikal Bedah.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Penulis

Memberikan pengalaman dan wawasan tambahan bagi penulis tentang penatalaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Keperawatan Ansietas, serta memberikan pengalaman dan kesempatan untuk mengaplikasikan metodologi riset keperawatan secara langsung pada tatanan praktik.

b. Bagi Klien

Penelitian ini diharapkan dapat mengatasi masalah keperawatan yang dihadapi klien, meningkatkan kualitas kesehatan klien, serta memberikan pengetahuan kepada klien dan keluarga dengan memberikan penyuluhan tentang penatalaksanaan pasien Diabetes Mellitus dengan masalah Keperawatan Ansietas dengan relaksasi dan distraksi menggunakan pendekatan spiritual.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

Dalam konsep penyakit ini, menguraikan konsep penyakit Diabetes Melitus yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, gambaran klinis, pentalaksanaan, dan komplikasi.

2.1.1 Definisi

Diabetes melitus adalah sindrom yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara tuntutan dan suplai insulin. Sindrom ini ditandai oleh hiperglikemia dan berkaitan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein (Fitriana & Rahmawati, 2016).

Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. Hiperglikemia kronik dan gangguan metabolik lainnya akan menyebabkan kerusakan jaringan dan organ, seperti mata, ginjal, syaraf, dan system vaskular (Fahmi, 2013).

2.1.2 Etiologi Diabetes Melitus

Menurut (Fatimah, 2015) diabetes melitus merupakan penyakit yang disebabkan oleh adanya kekurangan insulin secara relatif maupun secara absolut. Defisiensi insulin dapat terjadi melalui 3 jalan yaitu:

- a. Rusaknya sel-sel B pada pankreas karena pengaruh dari luar (virus, zat kimia, dll).
- b. Desensitasi atau penurunan reseptor glukosa pada kelenjar pankreas.
- c. Desensitasi atau kerusakan reseptor insulin di jaringan perifer.

Menurut *American Biabetes Association* (ADA) bahwa DM berkaitan dengan faktor resiko yang tidak dapat diubah meliputi riwayat keluarga dengan DM (*first degree relative*), umur >45 tahun, etnik, riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lahir bayi >4000 gram atau riwayat pernah menderita DM gestasional dan riwayat lahir dengan berat badan rendah (Fatimah, 2015).

Faktor resiko pada penyakit DM ini diantaranya yaitu:

a. Obesitas (kegemukan)

Terdapat korelasi bermakna antara obesitas dengan kadar glukosa darah, pada derajat kegemukan dengan IMT >23 dapat menyebabkan peningkatan jumlah glukosa darah menjadi 200mg%.

b. Hipertensi

Peningkatan tekanan darah pada hipertensi berhubungan erat dengan tidak tepatnya penyimpanan garam dan air, atau meningkatnya tekanan dari dalam tubuh pada sirkulasi pembuluh darah perifer.

c. Riwayat keluarga Diabetes Melitus

Seseorang yang menderita diabetes melitus diduga mempunyai gen diabetes. Diduga bahwa bakat diabetes melitus merupakan gen yang resensif. Hanya orang resensif tersebut yang menderita diabetes melitus.

d. Usia

Berdasarkan penelitian, usia yang banyak terkena diabetes melitus adalah >45 tahun. Hal ini disebabkan karena umumnya pada rentang usia tersebut mulai terjadi peningkatan intoleransi glukosa. Adanya proses penuaan menyebabkan berkurangnya kemampuan sel β pankreas dalam memproduksi insulin, selain itu pada individu yang berusia lebih tua terdapat penurunan aktivitas mitokondria di sel-sel otot sebesar 35%. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar lemak di otot sebesar 30% dan memicu terjadinya resistensi insulin (Trisnawati & Setyorogo, 2018).

e. Dislipidemia

Suatu keadaan yang ditandai dengan kenaikan kadar lemak darah (Trigliserida >250 mg/dl). Terdapat hubungan antara kenaikan plasma insulin dengan rendahnya HDL (>35 mg/dl) sering didapat pada pasien diabetes.

f. Jenis Kelamin

Jenis kelamin menjadi salah satu faktor resiko diabetes melitus. Menurut penelitian penyakit diabetes mellitus lebih banyak ditemukan pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki dengan perentase kejadian laki-laki sejumlah 45,6% dan perempuan sejumlah 54,4%, dengan demikian ulkus juga banyak ditemukan

pada jenis kelamin perempuan, wanita yang memasuki usia menoupos juga semakin beresiko mengalami DM hal ini dikarenakan terjadi penurunan produksi hormone esterogen dan resistensi insulin(Fitria et al., 2017)

g. Kurangnya Olahraga atau Aktivitas

Aktivitas merupakan faktor resiko mayor dalam memicu terjadinya penyakit DM. Latihan fisik yang teratur dapat meningkatkan kualitas pembuluh darah dan memperbaiki semua aspek metabolik, termasuk meningkatkan kepekaan darah dan memperbaiki toleransi glukosa. Olahraga dapat dilakukan 3-5 kali dalam seminggu, kurang berolahraga dapat menurunkan sensitifitas sel terhadap insulin dapat menurun sehingga dapat mengakibatkan penumpukkan lemak dalam tubuh yang dapat menyebabkan Diabetes Melitus .

2.1.3 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala menurut Tarwoto dkk, 2012 antara lain yaitu:

- a. Sering kencing/miksi atau meningkatnya buang air kecil (polyuria) adanya hiperglikemia menyebabkan sebagian glukosa dikeluarkan oleh ginjal bersama urine karena keterbatasan kemampuan filtrat ginjal dan kemampuan reabsorpsi dari tubulus ginjal. Untuk mempermudah pengeluaran glukosa maka diperlukan banyak air, sehingga frekuensi miksi menjadi meningkat.
- b. Meningkatnya rasa haus (polydipsia) banyaknya miksi menyebabkan tubuh kekurangan cairan (dehidrasi), hal ini merangsang pusat haus yang mengakibatkan peningkatan rasa haus.
- c. Meningkatnya rasa lapar (polifagia) meningkatnya katabolisme, pemecahan glikogen untuk energy menyebabkan cadangan energy berkurang, keadaan ini menstimulasi pusat lapar.
- d. Penurunan berat badan disebabkan karena banyaknya kehilangan cairan, glikogen dan cadangan trigeliserida serta massa otot.
- e. Kelainan pada mata, pengelihatan kabur pada kondisi kronis, keadaan hiperglikemia menyebabkan aliran darah menjadi lambat, sirkulasi ke vaskuler tidak lancar, termasuk pada mata yang dapat merusak retina serta kekeruhan pada lensa.

- f. Kulit gatal, infeksi kulit, gatal-gatal disekitar penis penis dan vagina eningkatan glukosa darah mengakibatkan penumpukan pula pada kulit sehingga menjadi gatal, jamur dan bakteri mudah menyerang kulit.
- g. Ketonuria ketika glukosa tidak lagi digunakan untuk energy, maka digunakan asam lemak untuk energy, asam lemak akan dipecah menjadi keton yang kemudian berada pada darah dan dikeluarkan menjadi ginjal
- h. Kelemahan dan keletihan kurangnya cadangan energy, adanya kelaparan sel, kehilangan potassium menjadi akibat pasien mudah lelah dan letih
- i. Terkadang tanda gejala pada keadaan tertentu, tubuh sudah dapat beradaptasi dengan peningkatan glukosa darah.

2.1.4 Klasifikasi

Menurut (Tarwoto et al., 2012) penyakit diabetes melitus dapat diklasifikasikan menjadi:

- a. Diabetes melitus tipe 1 atau Insulin Dependent Diabetes Melitus (INDDM) yaitu DM yang bergantung pada insulin. Diabetes tipe ini terjadi pada 5% sampai dengan 10% penderita DM. Pasien sangat tergantung pada insulin melalui penyuntikan untuk mengendalikan gula darah. Diabetes tipe 1 disebabkan karena kerusakan sel beta pankreas yang menghasilkan insulin. Hal ini berhubungan dengan kombinasi antara faktor genetik, imunologi dan kemngkinan lingkungan, seperti virus. Pada diabetes tipe 1 sangat beresiko terjadinya koma diabetikum, akibat adanya ketoasidosis. Keadaan ini disebabkan karena adanya akselerasi katabolisme lemak, disertai peningkatan pembentukan badan keton dan penurunan sintesis asam lemak dan trigliserida.
- b. Diabetes melitus tipe 2 atau Non Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM) yaitu DM yang tidak tergantung pada insulin. Kurang lebih 90%-95% penderita DM adalah Diabetes tipe ini. DM tipe 2 terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap inslin (retensi insulin) atau akibat penurunan produksi insulin. Normalnya insulin terkait oleh reseptor khusus pada permukaan sel dan mulai terjadi rangkaian reaksi termasuk metabolisme glukosa. Pada diabetes tipe 2 reaksi dalam sel kerang efektif karena kurangnya insulin yang berperan dalam menstimulasi glukosa masuk ke jaringan dan pengaturan pelepasan glukosa dihati.

Adanya insulin juga dapat mencegah pemecahan lemak yang menghasilkan badan keton. DM tipe 2 banyak terjadi pada usia dewasa lebih dari 45 tahun, karena berkembang lambat dan terkadang tidak terdeteksi, tetapi jika gula darah tinggi baru dapat dirasakan seperti kelemahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, proses penyembuhan luka yang lama, infeksi vagina, kelainan pengelihatian.

- 1) Usia diatas 45 tahun, jarang DM tipe 2 terjadi pada usia muda.
- 2) Obesitas, berat badan lebih dari 120% dari berat badan ideal (kira-kira terjadi pada 90%).
- 3) Riwayat keluarga DM tipe 2.
- 4) Riwayat adanya gangguan toleransi glukosa (IGT) atau (IFG)

c. Diabetes karena malnutrisi

Golongan diabetes ini terjadi akibat malnutrisi, biasanya pada penduduk yang miskin. Diabetes tipe ini dapat ditegakkan jika ada 3 gejala dari gejala yang mungkin yaitu:

- 1) Adanya gejala malnutrisi seperti badan kurus, berat badan kurang dari 80% berat badan ideal.
- 2) Usia antara 15-40 tahun.
- 3) Memerlukan insulin untuk regulasi DM dan menaikkan berat badan.
- 4) Nyeri perut berulang.

d. Diabetes sekunder

DM yang berhubungan dengan keadaan atau penyakit tertentu, misalnya penyakit pankreas (pankreatitis, neoplasma, trauma/pancreatectomy), endokrinopati (akromegali, chusing's syndrome, pheochromacytoma, hyperthyroidism), obat-obatan atau zat kimia (glukokortikoid, hormon tiroid, dilantin, nicotinic acid), penyakit infeksi seperti kongenital rubella, infeksi cytomegalovirus, serta syndrome genetic diabetes seperti Syndrome Down.

e. Diabetes Gestasional

DM yang terjadi pada masa kehamilan, dapat didiagnosa dengan menggunakan test toleran glukosa, terjadi pada kira-kira 24 minggu kehamilan. Individu dengan DM gestasional 25% akan berkembang menjadi diabetes melitus.

2.1.5 Patofisiologi

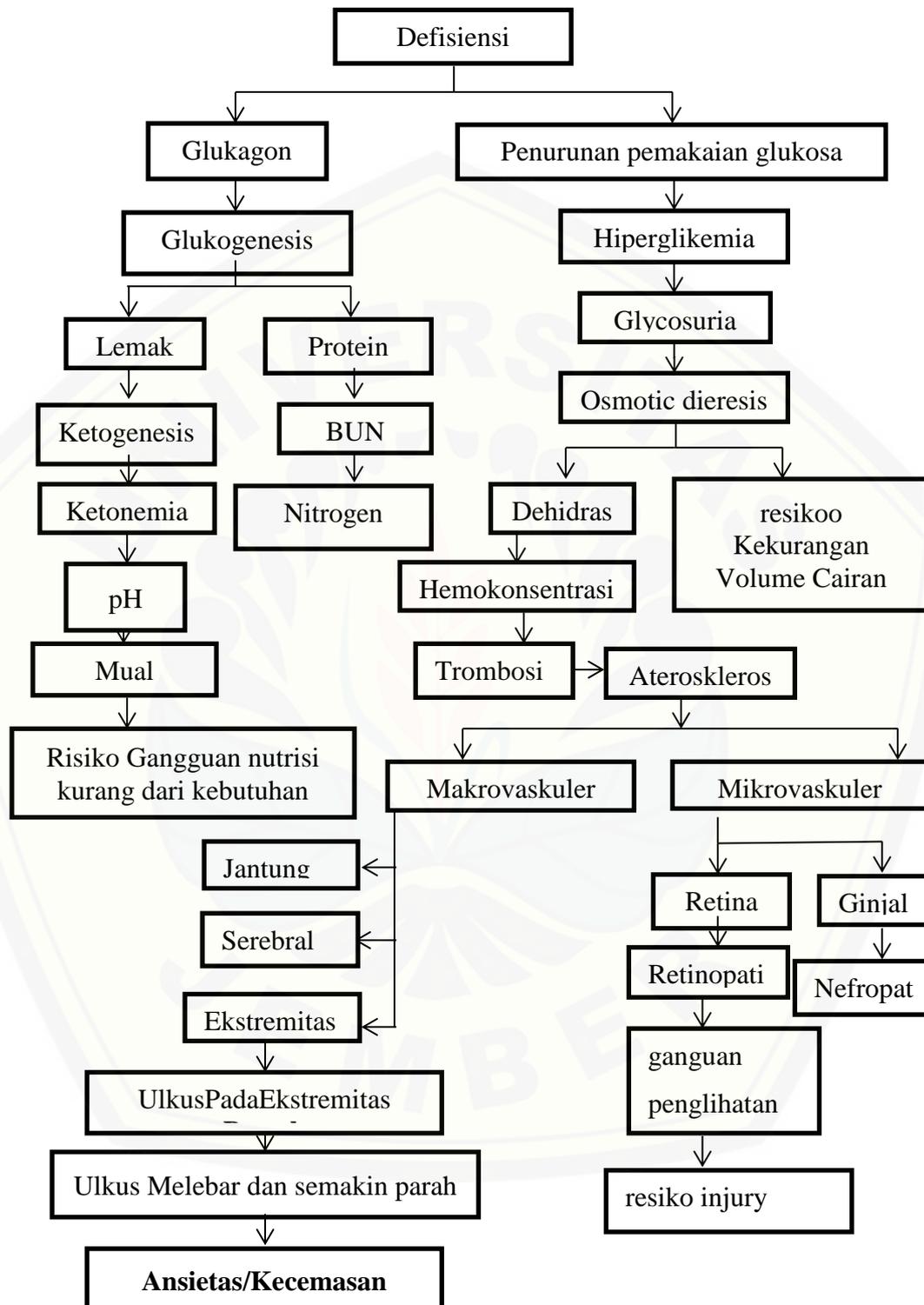
Diabetes melitus merupakan kumpulan gejala yang kronik dan bersifat sistemik dengan karakteristik peningkatan gula darah/ glukosa atau hiperglikemia yang disebabkan menurunnya sekresi atau aktivitas dari insulin sehingga mengakibatkan terhambatnya metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak. Pasien dapat dikatakan mengidap penyakit Diabetes Melitus apabila kadar glukosa puasa lebih dari 126 mg/dl atau kadar glukosa sewaktu lebih dari 200 mg/dl.

Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah dan sangat dibutuhkan untuk kebutuhan sel dan jaringan. Glukosa dibentuk di hati dari makanan yang dikonsumsi. Makanan yang masuk sebagian digunakan untuk kebutuhan energi dan sebagian lagi disimpan dalam bentuk glikogen di hati dan jaringan lainnya dengan bantuan insulin. Insulin merupakan hormon yang diproduksi oleh sel beta pulau langerhans pankreas yang kemudian produksinya masuk dalam darah dengan jumlah sedikit kemudian meningkat jika terdapat makanan yang masuk. Pada orang dewasa rata-rata produksi 40-50 unit, untuk mempertahankan gula darah tetap stabil antara 70-120 mg/dl.

Insulin disekresi oleh sel beta, satu diantara empat sel pulau langerhans pankreas. Insulin merupakan hormon anabolik, hormon yang dapat membantu memindahkan glukosa dari darah ke otot, hati, dan sel lemak. Pada diabetes terjadi berkurangnya insulin atau tidak adanya insulin berakibat pada gangguan tiga metabolisme yaitu menurunnya penggunaan glukosa, meningkatnya mobilisasi lemak dan meningkat penggunaan protein.

Pada Diabetes Mellitus masalah utama adalah berhubungan dengan retensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin menunjukkan adanya penurunan sensitivitas jaringan pada insulin. Normalnya insulin meningkat reseptor khusus pada permukaan sel dan mengawali rangkaian reaksi meliputi metabolisme glukosa. Pada Diabetes Mellitus reaksi intraseluler dikurangi, sehingga menyebabkan efektivitas insulin menurun dalam menstimulasi penyerapan glukosa oleh jaringan dan pada pengaturan pembebasan oleh hati. Mekanisme pasti yang menjadi penyebab utama resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada Diabetes Mellitus tidak diketahui, meskipun faktor genetik berperan utama. Pada

penderita diabetes mellitus dengan Ansietas merupakan perasaan yang tidak nyaman yang belum jelas penyebabnya serta tidak didukung oleh situasi, bila ansietas tidak diatasi akan mengakibatkan meningkatkan norepinephrine diikuti pula oleh peningkatan dopamine, cortisol serta serotonin. Peningkatan hormon kortisol juga berakibat pada meningkatnya konversi asam amino, laktat dan piruvat di hati menjadi glukosa melalui proses glukoneogenesis kemudian akan diikuti oleh peningkatan glukosa darah (Pranata, 2017). Ansietas pada pasien Diabetes Mellitus sebaiknya tidak di biarkan berlangsung terlalu lama karena bisa berdampak buruk terhadap psikosialnya dan fisik. Ansietas dapat meningkatkan glukosa pada penderita Diabetes Mellitus, hal ini tentunya akan memperparah kondisi Diabetes Mellitus, oleh karena itu pasien Diabetes Mellitus diharapkan untuk tenang (Simatupang & Putri, 2015).



Gambar 2.1 Pathway Diabetes Mellitus (Padilla, 2012)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Untuk menentukan penyakit DM, disamping dikaji tanda dan gejala yang dialami pasien juga yang penting adalah dilakukan test diagnostik diantaranya:

a. Pemeriksaan Gula Darah atau Fasting Blood Sugar (FBS)

- Tujuan : menentukan jumlah glukosa darah pada saat puasa.
Pembatasan : melakukan puasa selama 12 jam sebelum test biasanya, jam 08:00 sampai jam 20:00, namun diperbolehkan untuk minum.
Prosedur : Darah diambil dari vena dan kirim ke laboratorium.
Hasil : Normal, 80-120mg/100 ml serum, Abnormal, 140mg/ 100 ml atau lebih

b. Pemeriksaan gula darah postprandial

- Tujuan : menentukan gula darah setelah makan
Pembatasan : tidak ada
Prosedur : pasien diberi makan kira-kira 100gr karbohidrata, dua jam kemudian diambil darah venanya.

c. Pemeriksaan glukosa urine

Pemeriksaan ini kurang akurat karena hasil pemeriksaan ini banyak dipengaruhi oleh berbagai hal misalnya karena obat-obatan seperti aspirin, vitamin C dan beberapa antibiotik, adanya kelainan ginjal dan pada lansia dimana ambang ginjal meningkat. Adanya glukosuria menunjukkan bahwa ambang ginjal terhadap glukosa terganggu.

d. Pemeriksaan Keton Urine

Badan ketone merupakan produk sampingan proses pemecahan lemak, dan senyawa ini akan menumpuk pada darah dan urine. Jumlah keton yang besar pada urine akan merubah pereaksi pada strip menjadi keuanan. Adanya ketonuria menunjukkan adanya ketoasidosis.

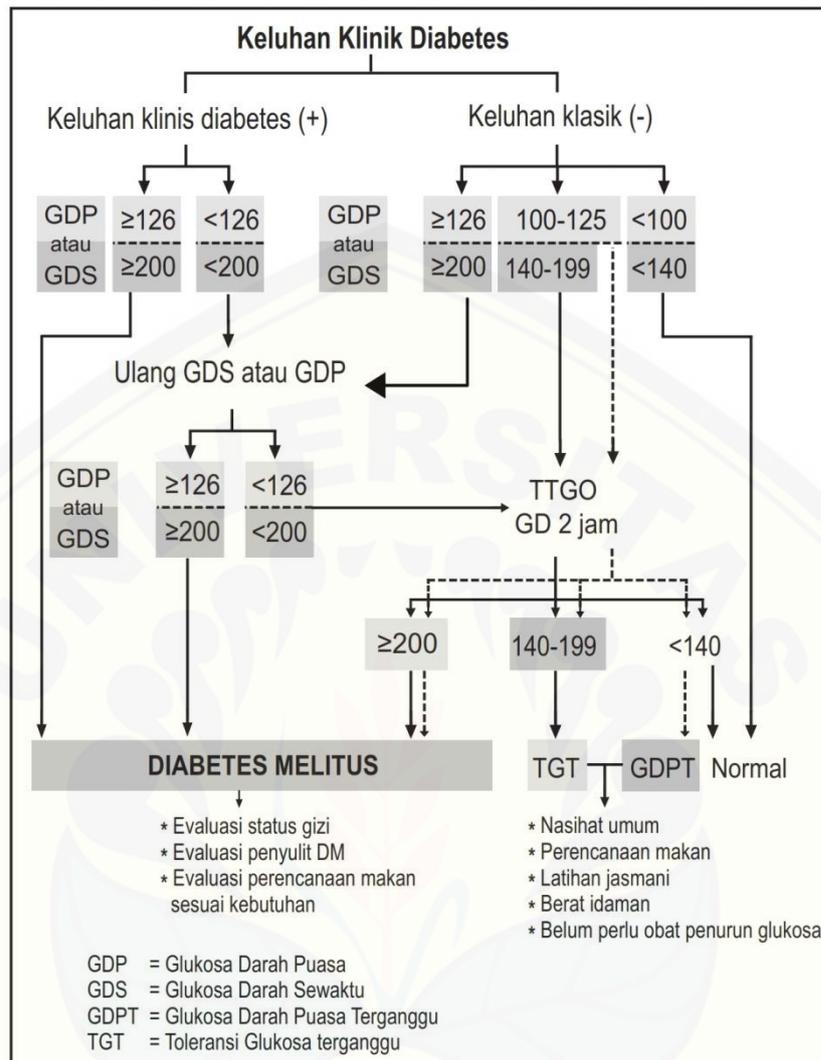
e. Pemeriksaan kolesterol dan kadar serum trigliserida, dapat meningkatkan karena ketidakadekuatan kontrol glikemik.

f. Pemeriksaan hemoglobin glikat (HbA1c)

Pemeriksaan lain untuk memantau rata-rata kadar glukosa darah adalah *glykosylated* hemoglobin (HbA1c). Test ini mengukur prosentase glukosa yang melekat pada hemoglobin. Pemeriksaan ini menunjukkan kadar glukosa dalam darah rata-rata selama 120 hari sebelumnya, sesuai untuk usia eritrosit. HbA1c digunakan untuk mengkaji kontrol glukosa jangka panjang, sehingga dapat memprediksi resiko komplikasi. Hasil dari HbA1c tidak berubah karena pengaruh dari kebiasaan makan sehari sebelum test. Pemeriksaan untuk mengevaluasi penatalaksanaan DM, direkomendasikan dilakukan 2 kali dalam setahun bagi pasien DM. Kadar yang direkomendasikan oleh ADA adalah <7% (Tarwoto et al., 2012).

Adapun pemeriksaan penunjang menurut (PERKENI, 2015) kriteria diagnosis DM antara lain:

1. Pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dl. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam.
2. Pemeriksaan glukosa plasma ≥ 200 mg/dl 2 jam setelah tes toleransi Glukosa oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram.
3. Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dl dengan keluhan klasik
4. Pemeriksaan HbA1c $\geq 6,5\%$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh *National Glycohaemoglobin Standarization Program* (NGSP).



Gambar 2.2 Skema Diagnostik Diabetes Mellitus (PERKENI, 2011)

2.1.7 Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan pasien dengan DM adalah:

- a. Menormalkan fungsi dari insulin dan menurunkan kadar glukosa darah.
- b. Mencegah komplikasi vaskuler dan neuropati.
- c. Mencegah terjadinya hipoglikemia dan ketoasidosis.

Prinsip penatalaksanaan pasien DM adalah mengontrol gula darah dalam rentang normal. Untuk mengontrol gula darah, ada lima faktor penting yang harus diperhatikan yaitu:

- a. Asupan makanan atau manajemen diet.
- b. Latihan fisik atau exercise.
- c. Obat-obatan penurunan gula darah.
- d. Pendidikan kesehatan.
- e. Monitoring.

Perencanaan penatalaksanaan DM bersifat individual artinya perlu dipertimbangkan kebutuhan terhadap umur pasien, gaya hidup, kebutuhan nutrisi, kematangan, tingkat aktivitas, pekerjaan dan kemampuan pasien dalam mengontrol gula darah secara mandiri.

1) Manajemen diet DM

Kontrol nutrisi, diet dan berat badan merupakan dasar penanganan pasien DM. Tujuan yang paling penting dalam manajemen nutrisi dan diet adalah mengontrol total kebutuhan kalori tubuh, intake yang dibutuhkan, mencapai kadar serum lipid normal.

1) Kebutuhan Kalori

Kebutuhan kalori tergantung dari berat badan (kurus, ideal, obesitas), jenis kelamin, usia, aktivitas fisik. Untuk menentukan jumlah kalori dipakai rumus Broca, yaitu:

$$\text{Berat Badan Idaman} = (\text{TB (cm)} - 100) - 10\%$$

Ketentuan:

Berat Badan kurang = <90% BB idaman

Berat Badan normal = 90-110% BB idaman

Berat Badan lebih = 110-120% BB idaman

Gemuk = >120% BB idaman

Misalnya untuk pasien kurus kebutuhan kalori sekitar 2300-2500 kalori, berat badan ideal antara 1700-2100 kalori dan gemuk antara 1300-1500 kalori.

2) Kebutuhan karbohidrat

Karbohidrat merupakan komponen terbesar dari kebutuhan kalori tubuh, yaitu sekitar 50%-60%.

3) Kebutuhan protein

Untuk adekuatnya cadangan protein, diperlukan kira-kira 10%-20% dari kebutuhan kalori atau 0,8 g/kg/hari.

4) Kebutuhan lemak

Kebutuhan lemak kurang dari 30% dari total kalori, sebaiknya dari lemak nabati dan sedikit dari lemak hewani.

5) Kebutuhan serat

Serat dibutuhkan sekitar 20-35 g/hari dari berbagai bahan makanan atau rata-rata 25g/hari.

2) Latihan fisik/exercise

Latihan fisik bagi penderita DM sangat dibutuhkan, karena pada saat latihan fisik energi yang dipakai adalah glukosa dan asam lemak bebas. Latihan fisik bertujuan:

- a) menurunkan gula darah dengan meningkatkan metabolisme karbohidrat.
- b) Menurunkan berat badan dan mempertahankan berat badan normal.
- c) Meningkatkan sensitifitas insulin
- d) Meningkatkan kadar HDL (high density lipoprotein) dan menurunkan kadar trigliserida.
- e) Menurunkan tekanan darah.

Jenis latihan fisik diantaranya adalah olah raga seperti latihan aerobik, jalan, lari, bersepeda, berenang. Yang perlu diperhatikan adalah dalam latihan fisik pasien DM yaitu frekuensi, intensitas, durasi waktu dan jenis latihan. Mislanya pada olah raga sebaiknya secara teratur 3x/minggu dengan intensitas 70% dari heart rate maximum (220-umur) lamanya yaitu 20-45 menit.

3) Obat-obatan

- a) Obat antidiabetik oral atau oral hypoglikemik agent (OH) efektif pada DM tipe II, jika management nutrisi dan latihan gagal. Jenis obat-obatan antidiabetik oral diantaranya:

1. Sulfonilurea: bekerja dengan merangsang beta sel pankreas untuk melepaskan cadangan insulinnya. Yang termasuk obat jenis ini adalah glibenklamid, tobutamid, klorpropamid.

2. Biguanida: bekerja dengan menghambat penyerapan glukosa di usus, misalnya metformin, glukophage.

b) Pemberian hormon insulin

Pasien dengan DM tipe I tidak mampu memproduksi insulin dalam tubuhnya, sehingga sangat tergantung pada pemberian insulin. Berbeda dengan DM tipe II yang tidak tergantung pada insulin, tetapi memerlukannya sebagai pendukung untuk menurunkan glukosa darah dalam mempertahankan kehidupan.

Tujuan pemberian insulin adalah untuk meningkatkan transport glukosa ke dalam sel dan menghambat konversi glikogen dan asam amino menjadi glukosa. Berdasarkan daya kerjanya, insulin dibedakan menjadi:

1. Insulin dengan masa kerja pendek (2-4 jam) seperti regular insulin, actrapid.
2. Insulin dengan masa kerja menengah (6-12 jam) seperti NPH (neutral protamine hagedorn) insulin, lente insulin.
3. Insulin dengan masa kerja panjang (18-24 jam) seperti protamine zinc insulin dan ultralente insulin.
4. Insulin campur yaitu kerja cepat dan menengah, misalnya 70% NPH, 30% reguler.

4) Pendidikan Kesehatan

Hal penting yang harus dilakukan pada pasien dengan DM adalah pendidikan kesehatan. Beberapa hal penting yang harus disampaikan pada pasien DM adalah:

- a. Penyakit DM yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab, patofisiologi, dan test diagnostik.
- b. Diet atau manajemen diet pada pasien DM
- c. Aktivitas sehari-hari termasuk latihan dan olahraga
- d. Pencegahan terhadap komplikasi DM diantaranya penatalaksanaan hipoglikemia, pencegahan terjadi gangren pada kaki dengan latihan senam.
- e. Pemberian obat-obatan DM dan cara injeksi insulin
- f. Cara memonitoring dan pengukuran glukosa darah secara mandiri

2.1.8 Komplikasi

Diabetes yang tidak terkontrol dengan baik dapat menimbulkan komplikasi akut dan kronik. Berikut ini akan diuraikan beberapa komplikasi yang sering terjadi dan harus diwaspadai.

a. komplikasi akut

1) Hipoglikemia

Sindrom hipoglikemia ditandai dengan gejala klinis penderita merasa pusing, lemas, gemetar, pandangan berkunang-kunang, pitam (pandangan menjadi gelap), keluar keringat dingin, detak jantung meningkat, sampai hilang kesadaran. Apabila tidak segera ditangani maka akan terjadi kerusakan otak dan akhirnya kematian.

Pada hipoglikemia, kadar glukosa plasma penderita kurang dari 50 mg/dl, walaupun ada orang-orang tertentu yang sudah menunjukkan gejala hipoglikemia pada kadar glukosa plasma di atas 50 mg/dl. Kadar glukosa darah terlalu rendah menyebabkan sel-sel otak tidak mendapat pasokan energi sehingga tidak dapat berfungsi bahkan dapat rusak.

Hipoglikemia lebih sering terjadi pada penderita diabetes tipe 1, yang dapat dialami 1-2 kali perminggu. Dari survei yang pernah dilakukan di Inggris, diperkirakan 2-4% kematian pada penderita diabetes tipe 1 disebabkan oleh serangan hipoglikemia. Pada penderita diabetes tipe 2 serangan hipoglikemia lebih jarang terjadi, meskipun penderita tersebut mendapat terapi insulin.

2) Hiperglikemia

Hiperglikemia adalah keadaan dimana kadar gula darah melonjak secara tiba-tiba. Keadaan ini dapat disebabkan oleh stress, infeksi, dan konsumsi obat-obatan tertentu. Hiperglikemia ditandai dengan poliuria, polidipsia, polifagia, kelelahan yang parah (fatigue), dan pandangan kabur. Hiperglikemia dapat memperburuk gangguan-gangguan kesehatan seperti gastropresis, disfungsi ereksi, dan infeksi jamur pada vagina. Hiperglikemia dapat dicegah dengan kontrol gula darah yang ketat.

a) Ketoasidosis diabetikum (KAD)

Ketoasidosis diabetikum (KAD) adalah suatu kondisi diabetes terkontrol yang kronik karena defisiensi insulin. Minimnya glukosa dalam sel akan mengakibatkan sel mencari sumber alternative untuk dapat memperoleh energy sel. Kalau tidak ada glukosa maka benda-benda keton akan dipakai sel. Kondisi ini mengakibatkan penumpukan residu pembongkaran benda-benda keton yang berlebihan yang dapat mengakibatkan asidosis. Komplikasi ini dapat meliputi adanya edema serebral sehingga terkadang kesadaran dapat mengarah ke koma (Smeltzer., 2010)

b) SHH (Status Hyperosmolar Hiperglikemi)

SHH (Status Hyperosmolar Hiperglikemi) adalah gangguan metabolik akut yang dapat terjadi pada pasien diabetes mellitus, yang ditandai dengan hiperglikemia, hiperosmolaritas, dan dehidrasi tanpa adanya ketoasidosis. istilah SHH merupakan istilah yang sekarang digunakan untuk menggantikan KHH (Koma Hyperosmolar Non Ketotik) dan HHNK (Hiperglikemik Hiperosmolar Non Ketotik) karena koma dapat terjadi lebih dari 50% kasus, dan ketosis ringan juga dapat ditemukan pada pasien dengan SHH(Semarawima, 2017)

b. komplikasi kronik

1) Makrovaskular

Jenis komplikasi makrovaskular yang umum berkembang pada penderita diabetes adalah penyakit jantung koroner (*coronary heart disease=CAD*), penyakit pembuluh darah otak, dan penyakit pembuluh darah perifer (*peripheral vascular disease= PVD*). Walaupun komplikasi makrovaskular dapat juga terjadi pada DM tipe 1, namun yang lebih sering merasakan komplikasi makrovaskular ini adalah penderita DM tipe 2 yang umumnya menderita hipertensi, dislipidemia, dan atau kegemukan. Kombinasi dari penyakit-penyakit komplikasi makrovaskular dikenal dengan berbagai nama, antara lain *Syndrime x*, *Cardiac Dysmetabolic Syndrome*, *Hyperinsulinemic Syndrome*, atau *Insulin Resistance Syndrome*.

Komplikasi makrovaskuler yang umum berkembang pada penderita DM adalah trombotik otak (pembekuan otak), mengalami penyakit jantung koroner, gagal jantung kongesif, dan stroke (Fatimah, 2015).

Komplikasi dari makrovaskular antara lain:

a) Penyakit pembuluh darah jantung atau otak

Hiperglikemia kronis pada pasien DM akan menimbulkan glikolisis protein dalam tubuh. Bila hal ini terjadi hingga berminggu-minggu, maka akan terjadi AGES (*advanced glycosylate end product*) yang menghasilkan toksik untuk semua protein. AGE protein yang terjadi diantaranya terdapat pada reseptor makrofag dan reseptor endotel yang akan memudahkan proliferasi sel dan matriks pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi lebih tebal.

b) Penyakit pembuluh darah tepi

Peripheral Arterial Disease (PAD) atau bisa juga disebut *Peripheral Arterial Occlusive Disease* (PAOD) sering terjadi pada penyandang diabetes melitus. Pada umumnya PAD mengenai ekstremitas bawah daripada atas, jika sudah terdapat penyumbatan tersebut akan menyebabkan peningkatan resistensi pembuluh darah yang dapat menimbulkan penurunan tekanan perfusi ke area distal. Tanda dan gejala awal adalah nyeri (klaudikasi) dan sensasi lelah pada otot yang terpengaruh, namun gejala bisa menghilang sewaktu beristirahat.

2) Mikrovaskular

Komplikasi mikrovaskular terutama terjadi pada penderita diabetes tipe 1. Hiperglikemia yang persisten dan pembentukan protein yang terglykasi (termasuk HbA1c) menyebabkan dinding pembuluh darah menjadi semakin lemah dan rapuh dan terjadi penyumbatan pada pembuluh-pembuluh darah kecil. Hal ini yang mendorong timbulnya komplikasi-komplikasi mikrovaskular, antara lain retinopati, nefropati, dan neuropati. Disamping karena kondisi hiperglikemia, ketiga komplikasi ini juga dipengaruhi oleh faktor genetik.

Satu-satunya cara yang signifikan untuk mencegah atau memperlambat jalan perkembangan komplikasi mikrovaskular adalah dengan pengendalian kadar gula yang ketat. Pengendalian intensif dengan menggunakan suntikan insulin multi-dosis atau dengan pompa insulin yang disertai dengan monitoring kadar gula mandiri dapat menurunkan risiko timbulnya komplikasi mikrovaskular sampai 60%.

Berikut ini merupakan komplikasi kronik dari mikrovaskular antara lain:

a) Retinopati diabetik

Kelainan retina yang ditemukan pada penderita diabetes melitus biasanya ditemukan bilateral, simetris dan progresif.

b) Neuropati diabetik

Nyeri neuropati perifer adalah nyeri yang disebabkan oleh lesi atau disfungsi system saraf sentral atau perifer. Gejala yang paling sering dirasakan adalah rasa terbakar, bergetar dengan sendirinya dan terasa sakit pada malam hari. Sensasi nyeri yang dirasakan adalah dampak dari abnormalitas berupa hipereksitasi neuron (presynaptic) sehingga menimbulkan produksi neurotransmitter yang berlebih.

2.2 Konsep Ansietas

a. Definisi Ansietas

Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak untuk menghadapi ancaman (Herdman, 2018).

b. Tingkat Kecemasan

Ansietas memiliki unsur yang baik maupun unsur yang merugikan tergantung pada tingkat ansietas, lamanya ansietas bertahan, dan bagaimana individu yang bersangkutan menangani ansietas tersebut. ansietas memiliki tingkatan ringan, sedang, berat, atau panik (Baradero, 2015).

1) Kecemasan ringan

Kecemasan ringan adalah suatu perasaan bahwa ada sesuatu yang tidak beres dan memerlukan perhatian khusus. Stimulasi sensori meningkat yang dapat membantu individu menjadi lebih fokus, berfikir, bertindak untuk menyelesaikan masalah, mencapai tujuan, atau melindungi diri atau orang lain. Kecemasan ringan dapat mendorong atau memotivasi orang untuk melakukan perubahan atau melakukan kegiatan untuk mencapai tujuan. Kecemasan ringan berhubungan

dengan ketergantungan dalam kehidupan sehari-hari seperti cemas yang menyebabkan individu menjadi waspada, menajamkan indera dan meningkatkan lapang persepsinya (Stuart, 2013).

2) Kecemasan sedang

Kecemasan sedang adalah suatu perasaan yang mengganggu karena ada sesuatu yang pasti salah, individu gugup dan tidak dapat tenang. Dalam kondisi ini individu masih dapat mengolah informasi, menyelesaikan masalah, dan belajar dengan bantuan. Namun individu mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi dan memerlukan bantuan untuk berfokus kembali.

3) Kecemasan berat (Panik)

Dalam kondisi panik, kemampuan untuk berpikir sangat berkurang. Individu hanya berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik dan tidak memikirkan hal yang lain. Semua perilaku individu ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Individu perlu banyak arahan untuk berfokus kembali (Stuart, 2013). Dan pada tahap panik tersebut secara tidak sadar individu memakai mekanisme pertahanan diri. Otot – otot menjadi tegang dan tanda-tanda vital meningkat, gelisah, tidak tenang, tidak sabar, dan cepat marah (Baradero, 2015).

c. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi dibedakan menjadi:

- 1) Dalam pandangan psikoanalitis, ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan implus primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- 2) Menurut pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah trauma rentan mengalami ansietas yang berat.

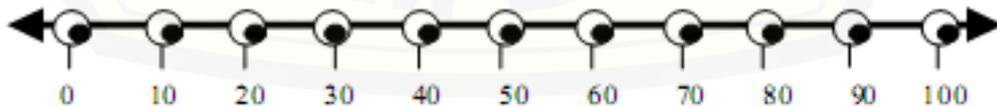
- 3) Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori lain menganggap ansietas sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan meyakini bahwa individu yang terbiasa sejak kecil dihadapkan pada ketentuan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas pada kehidupan selanjutnya. Ahli teori konflik memandang ansietas sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan ansietas, konflik menimbulkan ansietas, dan ansietas menimbulkan konflik yang dirasakan.
 - 4) Kajian keluarga, menunjukkan bahwa gangguan ansietas biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan ansietas juga tumpang tindih antara gangguan ansietas dengan depresi.
 - 5) Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neuregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan ansietas. Selain itu kesehatan umum individu dan riwayat ansietas pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi ansietas. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stresor (Direja, 2011)
- d. Faktor Prepestasi
- Faktor prepestasi dibedakan menjadi:
- 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 (Stuart, 2013).

e. Mekanisme Koping

Tingkat ansietas sedang dan berat menimbulkan 2 jenis mekanisme koping sebagai berikut:

- 1) reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan yang memenuhi secara realistic tuntutan situasi stress, misalnya perilaku menyerang untuk mengubah atau mengatasi hambatan untuk pemenuhan kebutuhan, menarik diri untuk memindahkan dari sumber stress.
- 2) mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi berlangsung tidak sadar dan melibatkan penipuan diri dan distorsi realitas dan bersifat maladaptive.

f. Tingkat kecemasan dapat dikaji dengan menggunakan alat ukur yang dikenal dengan nama *Visual Analog Scale for Anxiety (VAS-A)*. VAS-A merupakan alat ukur tingkat kecemasan yang dikembangkan oleh beberapa peneliti, dengan menggunakan suatu garis lurus yang mewakili tingkatan kecemasan berupa skala panjang 0mm sampai 100 mm dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya yaitu ujung sebelah kiri yang mengidentifikasi “tidak ada kecemasan” hingga ujung sebelah kanan yang menyatakan “kecemasan sangat berat / panik”. Pasien dimohon untuk memberikan tanda pada garis yang menggambarkan perasaan cemas yang dialami saat itu. Pengukuran dengan VAS – A pada nilai 0 dikatakan tidak ada kecemasan, nilai 10 – 30 dikatakan sebagai cemas ringan, nilai antara 40 - 60 cemas sedang, diantara 70 – 90 cemas berat, dan 100 dianggap panik.



Gambar 2.3Skor kecemasan VAS (*British Journal of Anaesthesia 1995*)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada pasien yang mengalami Diabetes Melitus, antara lain sebagai berikut:

a. Anamnesis

Anamnesa merupakan salah satu proses pengkajian untuk mengetahui keluhan yang dialami oleh pasien dengan melihat data subyektif dan obyektif dari pasien

1) Usia

Diabetes mellitus umumnya terjadi saat usia dewasa tua yaitu >45 tahun, hal ini sesuai dengan tinjauan teori yang mengatakan bahwa kasus yang sering terjadi pada pasien dengan penyakit Diabetes Melitus adalah usia >45 tahun. Hal ini disebabkan karena umumnya pada reduksi insulin, selain itu pada individu yang berusia lebih tua terdapat penurunan aktivitas mitokondria di sel-sel otot sebesar 35%. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar lemak di otot sebesar 30% dan memicu terjadinya resistensi insulin (Trisnawati & Setyorogo, 2018).

2) Jenis Kelamin

Penyebab utama banyaknya perempuan terkena diabetes tipe 2 karena terjadinya penurunan hormon estrogen terutama pada saat menopause. Hormon estrogen dan progesteron memiliki kemampuan untuk meningkatkan respons insulin didalam darah. Pada saat masa menopause terjadi, maka respons insulin menurun akibat hormon estrogen dan progesteron yang rendah. Hal ini lah yang membuat wanita lebih lebih sering terkena diabetes melitus dibandingkan laki-laki. Menurut Tandra (2008) dalam Meidikayanti & Wahyuni (2017) menyatakan bahwa pada laki-laki yang terkena diabetes dapat mengakibatkan terjadinya impotensi. Pada laki-laki aktivitas fisik lebih tinggi dibandingkan perempuan, sehingga bisa dikatakan kemungkinan penurunan kadar glukosa pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan, karena pada laki-laki lebih banyak mengalami stress fisik dibandingkan dengan perempuan (Hardjanti, 2011).

3) Pendidikan

Menurut Javanbakht, et al., (2012) dalam Meidikayanti & Wahyuni, (2017) mengatakan bahwa hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup DM Tipe 2 diyakini sebagai faktor penting untuk memahami manajemen, kepatuhan kontrol gula darah, mengatasi gejala yang muncul dengan penanganan yang tepat serta mencegah terjadinya komplikasi. Pendidikan umumnya terkait dengan pengetahuan. Penderita dengan pendidikan tinggi memiliki pengetahuan lebih baik mengenai penyakit diabetes melitus dan efeknya terhadap kesehatan sehingga penderita akan menyekapi dengan positif serta akan berusaha.

Sedangkan menurut (Frinatikasari, 2017), tingkat pendidikan merupakan faktor resiko ansietas. Hal ini disebabkan karena tingkat pendidikan seseorang berpengaruh terhadap kemudahan seseorang dalam mencari informasi dan memahami akan kondisi dan keparahan penyakit yang dideritanya dari informasi tersebut.

4) Keluhan utama

Adanya rasa kesemutan pada kaki/tungkai bawah, rasa raba menurun, adanya luka yang tiak sembuh-sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka (Mubarak et al., 2015)

5) Riwayat penyakit sekarang

Berisi tentang kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya (Mubarak et al., 2015)

6) Riwayat Kesehatan pasien dan pengobatan selanjutnya

Dalam pengkajian ini berapa lama klien menderita DM, bagaimana penanganannya, mendapat terapi insulin jenis apa, bagaimana cara minum obatnya apakah teratur atau tidak, apa saja yang dilakukan untuk menanggulangi penyakitnya (Padilla, 2012)

7) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat penyakit hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obatan adiktif, dan kegemukan. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari

riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Mutaqqin, 2012).

8) Riwayat penyakit keluarga

Adanya hubungan riwayat keluarga menderita DM dengan kejadian DM tipe 2 dimana seseorang yang memiliki riwayat keluarga DM 4,4 kali beresiko menderita DM dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat keluarga menderita DM. DM bukan berarti penyakit menular tetapi diturunkan, tetapi bukan berarti anak dari kedua orang tua yang diabetes pasti akan mengidap diabetes juga, sepanjang bisa menjaga pola makan dan menghindari factor resiko yang lain. Riwayat keluarga atau genetic memainkan peran yang sangat kuat dalam pengembangan DM tipe 2, namun hal ini dipengaruhi juga oleh factor lingkungan seperti pola makan dan kebiasaan berolahraga (Amir et al., 2015)

9) Riwayat psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi dalam penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita (Mubarak et al., 2015)

10) Pola persepsi dan laksanakan hidup sehat

Pada klien ganggren kaki diabetik terjadi perubahan persepsi dan tata laksana hidup sehat karena kurangnya pengetahuan tentang dampak gangrene kaki diabetik sehingga menimbulkan persepsi yang negative terhadap dirinya serta kecenderungan untuk tidak mematuhi prosedur pengobatan dan perawatan yang lama. Oleh karena itu, perlu adanya penjelasan yang benar dan mudah dimengerti klien (Mubarak et al., 2015)

11) Pola persepsi dan konsep diri

Adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh akan menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri. Luka yang sukar sembuh, lamanya perawatan, serta banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan klien mengalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga (*self esteem*) (Mubarak et al., 2015)

12) Pola sensori kognitif

Klien dengan gangrene cenderung mengalami neuropati/mati rasa pada luka sehingga tidak peka terhadap adanya trauma (Mubarak et al., 2015)

13) Pola nutrisi dan metabolik

Akibat produksi insulin tidak adekuat atau adanya defisiensi insulin maka kadar gula darah tidak dapat dipertahankan sehingga menimbulkan keluhan sering kencing, banyak makan, banyak minum, berat badan menurun, dan mudah lelah. Keadaan tersebut dapat memengaruhi status kesehatan penderita (Mubarak et al., 2015)

14) Pola eliminasi

Adanya hiperglikemia menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang menyebabkan klien sering kencing (poliuri) dan pengeluaran glukosa pada urin (glukosuria). Pada eliminasi alvi relative tidak ada gangguan (Mubarak et al., 2015)

15) Pola penanggulangan stress

Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit yang kronis, serta perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi psikologis yang negative berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung, dan lain-lain dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme coping konstruktif/adaptif (Mubarak et al., 2015)

16) Pola tata nilai dan keyakinan

Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh serta luka pada kaki tiak menghambat penderita dalam beribadah tetapi memengaruhi pola ibadah penderita (Mubarak et al., 2015). spiritual merupakan salah satu coping individu untuk menangani stres dan pengambilan keputusan pengobatan (Johnson, et al., 2011 dalam Tiara Suciani, 2017). Koenig 2012 dalam Tiara Suciani, 2017), menyebutkan spiritual mempunyai peranan penting dalam dalam penurunan stres. Penelitian kualitatif dari Gupta, et al. (2014) tentang peranan spiritual dalam manajemen kesehatan pada pasien diabetes menunjukkan terdapat peranan yang cukup signifikan. Hasil yang sama juga diungkapkan oleh (Johnson, et al. 2011 dalam Tiara Suciani, 2017) bahwa kesejahteraan spiritual saat ini dan pengalaman religius masa lalu berhubungan dengan gejala kecemasan dan depresi.

17) Pola aktifitas

Adanya luka dan kelemahan pada otot-otot pada tungkai bawah menyebabkan penderita tidak mampu melaksanakan aktifitas sehari-hari secara maksimal, penderita mudah mengalami kelelahan (Mubarak et al., 2015)

18) Pola tidur dan istirahat

adanya poliuri, nyeri pada kaki yang luka, dan situasi rumah sakit yang ramai akan memngaruhi waktu tidur dan istirahat penderita, sehingga pola tidur dan waktu tidur penderita akan mengalami perubahan(Mubarak et al., 2015)

c. Pemeriksaan fisik

(Mubarak et al., 2015)menjelaskan bahwa pemeriksaan fisik pada pasien diabetes mellitus diantaranya adalah sebagai berikut:

- 1) Status kesehatan umum: meliputi keadaan penderita seperti Gelisah, khawatir, ketakutan, kesadaran composmentis.
- 2) Tanda-tanda vital: meliputi suhu tubuh yang meningkat, denyut nadi meningkat, tekanan darah meningkat, respirasi meningkat, tinggi badan dan berat badan jika memungkinkan. Pada penderita diabeus mellitus akan terdapat hipertensi, takardi, takipnea, dan peningkatan suhu akibat adanya infeksi
- 3) Kepala dan leher: Kaji bentuk kepala, wajah kemerahan, dilatasi pupil, wajah tegang
- 4) Wicara dan THT: mulut kering, suara bergetar, telinga kadang-kadang berdenging, gangguan pendengaran, bicara gugup
- 5) Sistem pencernaan: lidah sering terasa tebal, ludah menjadi kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, anoreksia
- 6) Sistem gastroinstestinal: terdapat polifagia, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan peningkatan lingkaran abdomen, obesitas, nyeri abdomen.
- 7) Sistem pernafasan: berupa sesak nafas, batuk sputum, nyeri dada.
- 8) Sistem neurologis: terjadi penurunan sesnsori, parastesia, anastesia, latergi, mengantuk, refleklambat, disorientasi
- 9) Sistem endokrin: kadar glukosa darah tinggi, nyeri saraf sering dirasakan seperti mati rasa, kesemutan, penglihatan kabur, diplopia serta lensa mata keruh

- 10) Sistem urinaria: polyuria, retensi urin, inkontenensia urin, rasa panas atau sakit saat berkemih, sering berkemih, anyang-anyangan.
- 11) Sistem muskuloskeletal: penyebaran lemak, penyebaran masa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangrene di ekstremitas, dan tremor.
- 12) Sistem integument: Keadaan gula darah meningkat dapat menyebabkan terjadinya resiko ulkus kaki yang sukar disembuhkan antara lain penurunan kemampuan pembuluh darah dalam berkontraksi maupun relaksasi akibatnya jaringan bagian distal dari tungkai kurang baik dan keadaan hiperglikemia merupakan lingkungan yang subur untuk berkembang biaknya kuman pathogen yang bersifat anaerob karena plasma darah penderita diabetes yang tidak terkontrol baik dan memiliki kekentalan (vasokonstriksi) yang tinggi akibatnya aliran darah melambat dan suplai oksigen berkurang (Veranita et al., 2016).

2.3.2 Diagnosa keperawatan

a. Definsi Ansietas

Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak untuk menghadapi ancaman (Herdman, 2018).

b. Batasan Karakteristik

Batasan Karakteristik menurut(Herdman, 2018)adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Batasan Karakteristik Ansietas

perilaku	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan produktivitas 2. Gerakan ekstra 3. Melihat sepintas 4. Tampak waspada 5. Agitasi 6. Insomnia 7. Kotal mata yang buruk 8. Gelisah 9. Perilaku mengintai 10. Khawatir tentang perubahan dalam peristiwa hidup
afektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesedihan yang mendalam 2. Gelisah 3. Distress 4. Ketakutan 5. Perasaan tidak adekuat 6. Putus asa 7. Sangat khawatir 8. Peka 9. Gugup 10. Senang berlebihan 11. Menggemerutkan gigi 12. Menyesal 13. Berfokus pada diri sendiri 14. Ragu
fisiologis	<ol style="list-style-type: none"> 1. wajah tegang 2. tremor tangan 3. peningkatan keringat 4. peningkatan ketegangan 5. gemetar 6. tremor 7. suara bergetar
Simpatis	<ol style="list-style-type: none"> 1. gangguan pola pernafasan 2. anoreksia 3. peningkatan refleks 4. eksitasi kardiovaskuler 5. diare 6. mulut kering 7. wajah memerah 8. palpitasi jantung 9. peningkatan tekanan darah 10. peningkatan denyut nadi 11. peningkatan frekuensi pernafasan 12. dilatasi pupil 13. vasokonstriksi superfisial 14. kedutan otot 15. lemah

parasimpatis

1. nyeri abdomen
2. perubahan pola tidur
3. penurunan tekanan darah
4. penurunan denyut nadi
5. diare
6. pusing
7. kelelahan
8. mual
9. kesemutan pada ekstremitas
10. sering berkemih
11. anyang-anyangan
12. dorongan segera berkemih

Kognitif

1. gangguan perhatian
 2. gangguan konsentrasi
 3. menyadari gejala fisiologis
 4. bloking pemikiran
 5. konfusi
 6. penurunan lapang persepsi
 7. penurunan kemampuan untuk belajar
 8. penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah
 9. lupa
 10. preokupasi
 11. melamun
 12. cenderung menyalahkan orang lain
-

c. Faktor yang berhubungan :

- 1) Konflik tentang tujuan hidup
- 2) Hubungan interpersonal
- 3) Penalaran interpersonal
- 4) Stressor
- 5) Penyalahgunaan zat
- 6) Ancaman kematian dan pada status terkini
- 7) Kebutuhan yang tidak dipenuhi
- 8) Konflik nilai

d. Diagnosa Keperawatan Lain yang muncul

- 1) Resiko kekurangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- 2) Resiko kurang pengetahuan
- 3) Resiko injury

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Indikator masalah keperawatan Ansietas menurut(Kusuma, 2018)

Tujuan	Indikator
Anxiety self-control	<ol style="list-style-type: none"> 1. klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2. mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas 3. vital sign dalam batas normal 4. postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktifitas menunjukkan berkurangnya kecemasan

Tabel 2.3 Intervensi keperawatan ansietas menurut(Wilkinson, 2016)

NIC (Nursing Intervention Clasification)	Aktivitas
Pengurangan kecemasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 2. Jelaskan semua prosedur termasuk sensasi yang akan dirasakan 3. Pahami situasi krisis yang terjadi dari perspektif klien 4. Berikan informasi fatual terkait diagnosis, perawatan dan prognosis 5. Berada di sisi klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan 6. Dorong verbalisasi perasaan, persepsi dan ketakutan 7. Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Dukung penggunaan mekanisme koping yang sesuai
Peningkatan koping	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan suasana penerimaan 2. Bantu pasien dalam mengembangkan penilaian terkait dengan kejadian dengan lebih obyektif 3. Dukung sikap pasien terkait dengan harapan yang realistis sebagai upaya untuk mengatasi perasaan ketidakberdayaan 4. Tidak mendukung pembuatan keputusan saat pasien berada pada situasi stress yang berat
Terapi relaksasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gambarkan rasionalisasi dan manfaat relaksasi serta jenis relaksasi yang tersedia (misalnya music dalam hal ini terapi relaksasi yang dilakukan adalah dengan meditasi, bernafas dengan ritme, relaksasi rahang dan relaksasi otot progresif) 2. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman, jika memungkinkan 3. Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman 4. Gunakan suara yang lembut dengan irama yang lambat untuk setiap kata 5. Tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien 6. Dorong pengulangan teknik prakti praktik tertentu secara berkala

-
7. Dorong kontrol sendiri ketika relaksasi dilakukan
 8. Evaluasi laporan individu terkait dengan relaksasi yang dicapai secara teratur, dan monitor ketegangan otot secara periodic, denyut nadi, tekanan darah dan suhu tubuh dengan tepat
 9. Evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi
-

Tabel 2.4 Tabel penelitian sebelumnya tentang penurunan kecemasan dengan terapi murrotal

No.	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen)	Hasil penelitian
1.	<i>The Effect of Holy Qur'an Recitation on Anxiety in Hemodialysis Patients: A Randomized Clinical Trial;</i> Hassan 2015	Desain : Quasi-eksperimental Sample : Besar Sampel Sebesar 60 Responden. Variabel : Kecemasan pada pasien Hemodialisa. Instrumen: State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Kelompok pembacaan Alquran mengalami penurunan skor kecemasan yang signifikan pada STAI dibandingkan dengan kontrol ($F = 15,5$, $p = 0,0002$, Cohen's $d = 1,03$)
2.	<i>The effects of music and Holy Quran on patient's anxiety and vital signs before abdominal surgery;</i> Ajorpaz, Mirbagher 2011	Desain : Penelitian Quasy Experiment (experiment design) Sample : 51 lansia Variabel : anxiety, vital sign Instrumen: HARS	Mendengarkan musik dan Alquran juga menurunkan denyut jantung pasien ($p < 0,02$) dan tekanan darah secara signifikan ($p < 0,004$)
3.	Pengaruh mendengarkan bacaan al-qur'an sambil membaca terjemahnya terhadap skor cemas perpisahan dengan orang tua pada siswi kelas 1 mts mu'allimaat; Talitha Inas Lailina 2016	Desain : Penelitian Quasy Experiment (experiment design) Sample : 70 sampel Variabel : Pengaruh Mendengarkan Bacaan Al-Qur'an Sambil Membaca Terjemahnya, Skor Cemas Perpisahan Dengan Orang	Mendengarkan bacaan Al-Qur'an sambil membaca terjemahnya tidak terbukti memiliki pengaruh terhadap skor cemas perpisahan pada anak kelas 1 MTs Mu'allimaa Kata

a. Prosedur tindakan murotal Al-Qur'an

a. Definisi :

Murottal Al-Qur'an adalah rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori' (pembaca Al-Qur'an), direkam dan diperdengarkan dengan tempo yang lambat serta harmonis. Terapi Murrotal Al-Qur'an adalah terapi dengan memperdengarkan lantunan ayat suci Al-Qur'an.

b. Tujuan :

Lantunan Al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, sedangkan suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat paling mudah dijangkau

- a) Suara dapat menurunkan hormone-hormon endorphin alami, meningkatkan perasaan rileks, mengalihkan perhatian, rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki system kimia tubuh sehingga menurunkan TD serta memperlambat pernapasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak
- b) Terapi murottal (membaca Al-Qur'an) dapat menyebabkan otak memancarkan gelombang theta yang menimbulkan rasa tenang
- c) Memperbaiki perubahan fisiologis
- d) Terapi murottal (membaca Al-Qur'an) secara teratur adalah obat nomor satu dalam penyembuhan kecemasan.

Tabel 2.5 SOP Terapi Murrotal Al-Qur'an

No.	PROSEDUR TINDAKAN
1.	Mengkaji kebutuhan klien dalam pemberian terapi murottal Al-Qur'an
2.	Mengucapkan salam
3.	Meminta izin kepada klien untuk atau keluarga sebelum melaksanakan prosedur terapi
4.	Mencuci tangan
5.	Menjaga privasi klien
6.	Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama pelaksanaan terapi
7.	Mempersiapkan alat dan mengecek alat yang akan digunakan apakah berfungsi dengan baik
8.	Mendekatkan alat kepada klien

-
9. Menjelaskan tujuan terapi murottal Al-Qur'an
 10. Menjelaskan prosedur tindakan kepada klien atau keluarga klien
 11. Membantu pasien dalam posisi yang nyaman yaitu duduk atau berbaring rileks sesuai dengan keadaan pasien
 12. Nyalakan murottal Al-Qur'an
 13. Pastikan volume murottal Al-Qur'an sesuai dan tidak terlalu keras
 14. Memberitahukan klien waktu akan berakhir (kurang 1 menit)
 15. Matikan music
 16. Memberitahukan kepada klien terapi sudah selesai
 17. Lakukan evaluasi dan kontrak waktu selanjutnya
 18. Terminasi kepada pasien
 19. Cuci tangan
 20. Dokumentasi
 - a. Identitas klien: nama, usia, jenis kelamin, penanggung jawab, alamat
 - b. Keluhan
 - c. Waktu pelaksanaan terapi, jenis terapi yang diberikan
 - d. Hasil
 - e. Pelaksana terapi
-

(Musviroh, 2018).

Dosis terapi Murottal Alqur'an surat Ar Rahman diberikan selama 2x dalam sehari (pagi dan sore) dalam rentang waktu ± 15 menit/terapi, pemberian terapi juga dapat diberikan pada saat kecemasan pasien semakin bertambah (Anam, 2017). Karakteristik surat Ar Rahman telah divalidasi di laboratorium seni fakultas budaya dan seni Universitas Negeri Semarang. Surat Ar Rahman mempunyai *timbre medium, pitch 44 Hz, harmony regular dan consistent, rhythm andate* (mendayudayu), volume 60 decibel, intensitas medium amplitud (Wirakhmi & Hikmanti, 2016).

Pada pitch yang rendah dengan rhythm yang lambat dan volume yang rendah akan menimbulkan efek rileks. Frekuensi yang dapat menimbulkan efek tenang adalah 40-60 Hz. Volume yang bisa menimbulkan efek terapeutik adalah 40-60 dB. dan waktu yang dibutuhkan dalam *auditoris therapy* (terapi pendengaran) supaya dapat memberikan efek terapeutik adalah minimal selama 10 menit (Wirakhmi & Hikmanti, 2016).

Surat Ar Rahman terdiri atas 78 ayat. Semua ayatnya mempunyai karakter ayat pendek sehingga nyaman didengarkan dan dapat menimbulkan efek relaksasi

bagi pendengar yang masih awam sekalipun. Bentuk gaya bahasanya yaitu terdapat 31 ayat yang diulang-ulang. Pengulangan ayat ini untuk menekankan keyakinan yang sangat kuat (Wirakhmi & Hikmanti, 2016).

Mendengarkan Al Quran akan memberikan efek ketenangan dalam tubuh sebab adanya unsur meditasi. Autosugesti dan relaksasi. rasa tenang ini akan memberikan respon emosi positif yang sangat berpengaruh dalam mendatangkan persepsi positif. Persepsi positif yang didapat dari Murottal surat Ar Rahman selanjutnya akan merangsang hipotalamus untuk mengeluarkan hormone endorphin, selanjutnya amiglada akan merangsang pengaktifan sekaligus pengendalian saraf otonom yang terdiri dari saraf simpatis dan saraf parasimpatis. saraf parasimpatif berfungsi untuk mempersarafi jantung dan memperlambat denyut jantung, sedangkan parasimpatis sebaliknya. Rangsangan saraf otonom yang terkendali akan menyebabkan sekresi epinefrin dan norepinefrin oleh medulla adrenal menjadi terkendali pula (Wirakhmi & Hikmanti, 2016).

2.3.4 Implementasi

Hal yang perlu dilakukan pertama kali adalah Mengkaji skor Ansietas dan kaji kebutuhan klien dalam pemberian terapi Murottal Al-Qur'an kemudian meminta izin kepada klien untuk atau keluarga sebelum melaksanakan prosedur terapi, setelah itu batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama pelaksanaan terapi, setelah itu menjelaskan tujuan terapi Murottal Al-Qur'an kepada pasien dan keluarga, dan persiapkan alat Murottal menggunakan speaker handphone atau headphone (apabila keadaan di sekitar ramai), kemudian nyalakan Murottal Alquran kurang lebih selama 15 menit dan pastikan suara murottal tidak terlalu keras, kemudian beritahukan klien waktu akan berakhir (kurang 1 menit) setelah selesai matikan Murottal dan beri tahu klien bahwa terapi Murottal sudah selesai kemudian lakukan dokumentasi dan tulis hasil skor Ansietas setelah dilakukan terapi lalu bandingkan dengan sebelum terapi (Musviroh, 2018).

Dalam implementasi keperawatan, tindakan harus cukup mendetail dan jelas supaya semua tenaga keperawatan dapat menjalankannya dengan baik dalam waktu yang ditentukan. Perawat dapat melaksanakan langsung atau bekerja sama dengan

para tenaga pelaksana lainnya. Implementasi yang dilakukan pada pasien ansietas antara lain Pengurangan kecemasan, peningkatan coping, dan terapi relaksasi beserta terapi murotal Al-qur'an.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi pada asuhan keperawatan diabetes mellitus dengan masalah keperawatan ansietas mengacu pada kriteria hasil yaitu sebagai berikut tingkat kecemasan berkurang dengan indikator klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas. Klien mampu mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas. Vital sign klien dalam batas normal, Serta postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktifitas menunjukkan berkurangnya kecemasan (Kusuma, 2018).

BAB 3. METODE PENULISAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan laporan kasus terhadap Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus dengan masalah keperawatan Ansietas

3.1 Desain Penulisan

Desain penulisan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah laporan kasus. Asuhan keperawatan dilaksanakan dengan cara meneliti suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Tujuan dari penulisan laporan kasus adalah untuk mempelajari secara intensif tentang latar belakang keadaan sekarang dan interaksi lingkungan sesuatu unit sosial, individu, kelompok, lembaga atau masyarakat (Setiadi, 2013).

Asuhan keperawatan dalam karya tulis ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami diabetes melitus dengan masalah keperawatan Ansietas di RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2019.

3.2 Batasan istilah

Batasan istilah (atau dalam versi kualitatif disebut sebagai definisi operasional) adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus laporan kasus. Batasan istilah disusun secara naratif dan apabila diperlukan di tambahkan informasi kualitatif sebagai penciri dari batasan yang dibuat penulis.

3.2.1 Asuhan keperawatan pasien Diabetes Mellitus

Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus adalah penerapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi, serta evaluasi pada pasien diabetes mellitus dimana pasien diabetes itu mengalami hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relative dari kerja atau sekresi insulin.

3.2.2 Definisi Masalah Keperawatan Ansietas

Ansietas adalah Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak untuk menghadapi ancaman dengan batasan karakteristik

- a. Perilaku meliputi
 - 1) Insomnia
 - 2) Gelisah
 - 3) Khawatir tentang perubahan dalam peristiwa hidup
- b. Afektif meliputi
 - 1) Distress
 - 2) Ketakutan
- c. Fisiologis meliputi:
 - 1) Wajah tegang
 - 2) Peningkatan keringat
- d. Simpatik meliputi:
 - 1) Mulut kering
 - 2) Wajah memerah
 - 3) Peningkatan tekanan darah
- e. Parasimpatik Meliputi
 - 1) Perubahan pola tidur
 - 2) Sering berkemih
- f. Kognitif meliputi
 - 1) Penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus dengan diagnosis medis diabetes melitus, klien yang bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent* dengan kriteria:

- 3.3.1 Terdiagnosis Diabetes Melitus dengan Ulkus dari rekam medis.
- 3.3.2 Klien yang di rawat di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang
- 3.3.3 Klien kooperatif dan kesadaran compos mentis
- 3.3.4 Klien mengungkapkan kegelisahan, ketakutan, atau kekhawatiran.
- 3.3.5 Klien bersedia untuk menjadi responden dengan menyetujui *informed consent*.

3.4 Lokasi dan Waktu

Pada laporan kasus ini dilakukan asuhan keperawatan pasien dengan diabetes mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas yang dirawat di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang.

3.4.1 Lokasi

Penelitian dilaksanakan di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang.

3.4.2 Waktu

Waktu yang dilakukan untuk pengambilan data yaitu pada bulan September-November 2019 dengan lama waktu pengambilan data yang akan dilakukan kepada pasien yaitu minimal 3 hari perawatan.

3.5 Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data ini terdiri dari macam-macam data, sumber data, serta beberapa metode pengumpulan dan penelitian kualitatif dalam keperawatan. Metode pengumpulan data penelitian kualitatif dalam keperawatan yaitu wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.

3.5.1 Macam-macam Data

Adapun macam-macam data yang digunakan, yaitu data dasar, data fokus, data subjektif, dan data objektif seperti dijelaskan di bawah ini:

a. Data Dasar

Data dasar adalah seluruh informasi tentang status kesehatan pasien. Data dasar ini meliputi data umum, data demografi, riwayat keperawat, pola fungsi kesehatan, dan pemeriksaan. Data dasar yang menunjukkan pola fungsi kesehatan efektif/optimal merupakan data yang dipakai dasar untuk menegakkan diagnosa keperawatan sejahtera.

b. Data Fokus

Data fokus adalah informasi tentang status kesehatan pasien menyimpang dari keadaan normal. Data fokus dapat berupa ungkapan pasien maupun pemeriksaan langsung oleh perawat. Segala penyimpangan yang berupa keluhan, di validasi dengan hasil pemeriksaan.

c. Data Subjektif

Data subjektif merupakan ungkapan keluhan pasien secara langsung dari pasien maupun tidak langsung melalui orang lain yang mengetahui keadaan pasien secara langsung dan menyampaikan masalah yang terjadi pada perawat berdasarkan keadaan yang terjadi pada pasien. Data subjektif dilakukan melalui anamnesis. Contohnya yaitu “pasien mengatakan mengeluh mual dan muntah”

d. Data Objektif

Data yang diperoleh oleh perawat secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada pasien. Data objektif harus dapat diukur dan diobservasi. Contohnya mengukur Tanda-Tanda Vital tekanan darah 100/70 mmHg.

3.5.2 Sumber Data

Adapun sumber data yang digunakan, yaitu sumber data primer dan sekunder seperti yang dijelaskan dibawah ini (Rohmah dan Saiful, 2014):

1. Sumber Data Primer

Sumber data primer adalah pasien. Sumber data primer, untuk pasien yang dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara, atau pendengaran, pasien masih bayi, atau beberapa sebab yang mengakibatkan pasien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung, perawat dapat menggunakan data objektif untuk menegakkan diagnosis keperawatan atau perawat melakukan anamnesis pada keluarga.

2. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh dari selain pasien, yaitu keluarga, orang terdekat, teman, dan orang lain yang tahu tentang status kesehatan pasien, serta tenaga kesehatan lainnya seperti dokter, ahli gizi, ahli fisioterapi, laboratorium, radiologi, juga termasuk sumber data sekunder.

3.5.3 Wawancara

Wawancara secara terstruktur mengenai biodata klien, *informed consent*, keluhan utama, pengkajian gula darah, pengkajian riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan pengkajian secara psikososial, pola aktivitas, pola tidur, spiritual.

3.5.4 Observasi dan pemeriksaan fisik secara umum

Data-data yang perlu diobservasi pada pasien dengan diabetes mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas yaitu observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan *head to toe* serta pemeriksaan psikis menggunakan format pengkajian terhadap Ansietas, konsentrasi dan koping.

3.5.5 Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen asli tersebut dapat berupa gambar, table, atau daftar periksa dan film dokumentasi. Dokumentasi pada pasien diabetes melitus salah satunya adalah hasil laboratorium, foto rontgen, dll.

3.6 Analisa Data

Analisa data dilakukan penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data yang terkumpul. Analisa data yang dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisa data yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang akan dilakukan dengan cara observasi oleh penulis dan laporan dokumentasi yang menghasilkan data. Selanjutnya, diinterpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi.

Urutan analisa data yang nantinya akan digunakan oleh penulis, diantaranya yaitu:

3.6.1 Pengumpulan data

Dapat dilakukan dengan menggunakan hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi. Hasil tersebut ditulis dalam bentuk catatan lapangan yang nantinya disalin dalam bentuk transkrip atau catatan terstruktur

3.6.2 Reduksi data

Dari hasil wawancara, observasi dan dokumentasi dapat dibentuk ataupun dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif, dan dianalisa berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik lalu dibandingkan dengan nilai normalnya.

3.6.3 Penyajian data

Dapat berbentuk table, gambar, bagan, atau teks naratif. Kerahasiaan klien harus terjaga dengan cara mengaburkan identitas klien.

3.6.4 Kesimpulan

Data yang disajikan kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Data yang terkait dengan data pengkajian diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

3.7 Etika Penulisan

Etika penulisan ditulis dengan menggunakan dasar penyusunan etika dalam laporan kasus, yaitu yang terdiri dari:

- 4.1.1 *Informed consent* (lembar persetujuan), dibuat secara sadar oleh pasien sebelum dilakukan tindakan keperawatan lebih lanjut.
- 4.1.2 *Anonymity* (tanpa nama), tidak perlu
- 4.1.3 Nama klien dapat mencantumkan huruf inisial dari nama klien.
- 4.1.4 *Confidentially* (kerahasiaan), menjelaskan masalah-masalah klien yang terjadi selama penyelenggaraan asuhan keperawatan. Kerahasiaan ini telah dirundingkan dengan klien, sehingga hanya data-data tertentu yang nantinya akan dituliskan dalam pencatatan hasil penulisan studi kasus.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus didapatkan data bahwa kedua pasien mengeluh cemas dan khawatir serta mengeluh sulit untuk tidur, sehingga pasien 1 mengalami kecemasan sedang dan pasien 2 mengalami kecemasan berat.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan pada kedua klien memiliki masalah keperawatan sama yaitu kecemasan (Ansietas). Masalah kecemasan pada kedua pasien tersebut sesuai dengan batasan karakteristik sehingga menunjang ditegakkannya diagnose keperawatan kecemasan (ansietas) dengan Ancaman atau perubahan pada status Asuhan dan perubahan pada status kesehatan.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Ada 3 intervensi keperawatan yang diberikan pada kedua pasien yaitu pengurangan kecemasan, peningkatan coping dan terapi relaksasi intervensi dilakukan untuk menunjukkan kriteria hasil yang sesuai harapan dimana tingkat kecemasan pasien dapat berkurang yaitu klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas, mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukan tehnik untuk mengontrol cemas, vital sign dalam batas normal postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktifitas menunjukkan berkurangnya kecemasan

Selain itu penulis juga menambahkan intervensi inovasi tambahan yaitu dengan intervensi manajemen relaksi spiritual Murottal Al Quran dengan Surah Ar Rahman, manajemen ini dilakukan untuk menurunkan tingkat kecemasan yang terjadi pada kedua pasien.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan yang dilakukan selama 3 hari secara teratur yang mengacu pada intervensi keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan ansietas. Dalam intervensi keperawatan tersebut penulis telah melakukan implementasi keperawatan yang terdapat dalam 3 intervensi

keperawatan ansietas. Fokus utama dalam mengatasi ansietas pada pasien yaitu dengan melakukan tindakan terapi relaksasi nafas dalam dan juga Murottal Al Quran surat Ar Rahman.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi penulis mengacu pada criteria hasil keperawatan pasien dengan kecemasan pasien berkurang dibuktikan oleh tingkat kecemasan ringan sampai sedang dan menunjukkan pengendalian diri terhadap kecemasan, konsentrasi, koping, dan tingkat hiperaktif dan pasien berhasil mencapai evaluasi yang diharapkan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu dalam memeberikan proses asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus untuk meperhatikan aspek psikis pasien agar pasien diabetes mellitus tidak merasa cemas dengan kondisi penyakit yang dideritanya.

5.2.2 Bagi RSUD dr.Haryoto Lumajang

Diharapkan rumah sakit memiliki ruangan khusus yang lebih besar sehingga daya tampung untuk pasien dengan diabetes lebih banyak lagi, dan memiliki perawat yang kompeten dalam menangani kasus khusus menangani diabetes melitus. Hal tersebut sangat berkaitan dengan semakin bertambahnya tingkat penderita diabetes mellitus dan juga perawat atau petugas medis yang lain untuk memperhatikan aspek psikis pasien diabetes karena psikis pasien yang buruk dapat mempengaruhi kadar gula pasien.

5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya mampu mengidentifikasi dengan baik dan cermat mengenai masalah dan keluhan yang dialami pasien dengan masalah keperawatan Ansietas, sehingga cara untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan dengan terapi Murottal Al Quran Surat Arahmandapat dilakukan secara maksimal serta dapat melakukan kolaborasi dengan tim dari petugas kesehatan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, F.N., Andriatmoko, W. & Novita, M., 2017. perubahan tanda vital sebagai gejala rasa cemas pada mahasiswa RSGM Universitas Jember. *e journal pustaka kesehatan vol. 5 no.2*, pp.232-330.
- Aliyah, N., 2017. Asuhan Keperawatan pada Ny. B dan Ny. D dibetus mellitus dengan masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer diruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2017. *Laporan Tugas Akhir*.
- Amir, S.M.J., Wungouw, H. & Pangemanan, D., 2015. Kadar Glukosa Darah Sewaktu pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Bahu Kota Manado. *Jurnal e-Biomedik (eBm)*, 3, pp.32-40.
- Anam, A.A., 2017. Pengaruh Psychoreligius Care: Mendengarkan Murrotal Al-qur'an dengan Irama Nahawand Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Lansia di UPTD Griya Werdha Jambangan Kota Surabaya. *Skripsi*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Baradero, M., 2015. *Asuhan Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri*. Jakarta: EGC.
- Efni, Y., Machmud, R. & Pertiwi, D., 2016. Faktor Resiko yang Berhubungan dengan Kejadian Pneumonia pada Balita di Kelurahan Air Tawar Barat Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, p.5(2).
- Fahmi, I., 2013. Analisis praktik klinik keperawatan kesehatan masyarakat perkotaan pada pasien dengan diabetes mellitus di ruang IPD. *jurnal keperawatan*.
- Faradisi & Aktifah, 2018. pengaruh pemberian terapi murrotal terhadap penurunan kecemasan post operasi. *Jurnal Online Mahasiswa FKp Vol. 5 No. 2*.
- Fatimah, R.N., 2015. Diabetes Melitus Tipe 2. *Artikel Review*.
- Fitriana, R. & Rahmawati, S., 2016. *cara ampuh tuntas diabetes*. Yogyakarta : Medika.
- Fitria, E., Nur, A., Marisa, N. & Ramadhan, N., 2017. Karakteristik Ulkus Diabetikum pada Penderita Diabetes Mellitus di RSUD dr. Zaial Abidin dan RSUD Meuraxa banda aceh. *Buletin Penelitian Kesehatan vol. 45, No.3*, pp.153-60.

- Frinatikasari, P., 2017. Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat ansietas pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja puskesmas kasihan 1 bantul. *Naskah Publikasi*, 27 Agustus. pp.1-22.
- Herdman, T.H., 2018. *NANDA-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A.Y. & Putri, Y.S.E., 2015. Penerapan teknik napas dalam pada pasien diagnosis keperawatan ansietas dengan diabetes mellitus serta tuberculosis paru diruangan umum RS MM Bogor. *Jurnal Keperawatan Jiwa Vol. 3 No. 2*, pp.89-96.
- Jauhari, 2016. dukungan sosial dan kecemasan pada pasien diabetes melitus. *the indonesia journal of health science vol. 7 No. 1*.
- Kusuma, N., 2018. *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan diagnosa medis & NANDA NIC NOC*. Yogyakarta: Media Action.
- Mubarak, W.I., Chayatin, N. & Susanto, J., 2015. *Standar Asuhan Keperawatan dan Prosedur Tetap dalam Praktik Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Musviroh, 2018. *Modul Keperawatan Komplementer*. Lumajang: Ks. Mulia Husada.
- Nursalam, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padilla, 2012. *Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- PERKENI, 2015. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia 2015*. Jakarta: PB Perkeni.
- Pranata, S., 2017. perbedaan tingkat kecemasan pada pasien neuropati perifer yang diberikan intervensi Tens dan intervensi nafas dalam. *jurnal keperawatan dan pemikiran ilmiah*, pp.11-19.
- Semarawima, G., 2017. Status Hiperosmolar Hiperglikemik. *Medicina* , 48, pp.49-53.
- Setiadi, 2013. *Konsep dan praktik penulisan riset keperawatan*. yogyakarta: graha ilmu.
- Simatupang, L. & Putri, Y.S.E., 2015. penanganan ansietas dengan cara hipnotis lima jari dan mendengarkan musik pada penderita diabetes mellitus tipe 2. *Jurnal keperawatan jiwa*, p.68.

- Siregar, L.B. & hidajat, L.I., 2017. faktor yang berperan terhadap depresi kecemasan dan stress pada penderita diabetes mellitus tipe 2: studi kasus puskesmas kecamatan gambir jakarta pusat. *Jurnal Ilmiah Psikologi MANASA Vol. 6 No. 1.*
- Smeltzer., B.d., 2010. Pengaruh Hiperbarik Oksigen (HBO) terhadap perifer luka gangren pada penderita DM di RSAL Dr.Ramelan Surabaya. *Digital T Nuh Huda, 3..*
- Stuart, G.W., 2013. *Principles and practice of psychiatric nursing (10th ed.)*. St Louis, Missouri: Elsever Mosby.
- Suryani, N., Pramono & Septiana, H., 2016. Diet dan Olahraga sebagai upaya pengendalian kadar gula darah pada pasien DM tipe 2 di poliklinik penyakit dalam RSUD Ulin Banjarmasin tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Indonesia vol. 6 No. 2*, pp.1-2.
- Tarwoto, Wartonah, Taufiq & Mulyati, 2012. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Trisnawati, S.K. & Setyorogo, S., 2018. Faktor risiko kejadian diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Kecamatan Cengkareg Jakarta Barat tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan vol. 5 No. 1.*
- Wilkinson, J.M., 2016. *Diagnosa Keperawatan Diagnosis NANDA Intervensi NIC Hasil NOC Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Wirakhmi, I.N. & Hikmanti, A., 2016. Pengaruh Terapi Murottal Ar Arahman Pada Pasien Pasca Oprasi Di Rsud Dr. R. Goeteng Tarunadibrata Purbalingga. *prakernas aipkema*, pp.421-26.

Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan Karya Tulis Ilmiah

JADWAL PENYELENGGARAAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN 2019																															
	MEI				JUNI				JULI				AGUST				SEPT				OKT				NOV				DES			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penelitian	■	■	■	■																												
Konfirmasi Penelitian	■	■	■	■																												
Konfirmasi Judul					■	■																										
Penyusunan Proposal						■	■	■	■	■																						
Konsul Proposal									■	■	■	■	■	■																		
Seminar Proposal														■																		
Revisi Proposal														■	■																	
Pengumpulan Data																		■	■	■	■	■	■									
Konsul Penyusunan Data																					■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Ujian Sidang Laporan Kasus																														■		
Revisi Laporan Kasus																															■	■
Pengumpulan Laporan Kasus																																■

Lampiran 2 *Informed Consent*

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial : Ny. M A
 Umur : 34 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Alamat : Keting Jombang
 Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan pada Pasien *Diabetes Mellitus Dengan Masalah Keperawatan Ansietas* di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Fariez Setiawan
NIM. 162303101041

Lumajang, 26 Oktober 2019
Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(..... NENENG AGUSTINA)

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial : Tn. A S
 Umur : 59 tahun
 Jenis kelamin : laki - laki
 Alamat : Pondok arum Tempel
 Pekerjaan : Petani

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan pada Pasien *Diabetes Mellitus Dengan Masalah Keperawatan Ansietas* di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian


Fariez Setiawan
NIM. 162303101041

Lumajang, 26 Oktober 2019
Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


(.....)

Lampiran 3 Surat Pengambilan Pasien



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHAUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN

Nomor : 072/1949/427.75/2019

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang Nomor:910/UN25.1.14.2/LT/2019 tanggal 1 September 2019, perihal izin Pengambilan Data atas nama FARIEZ SETIAWAN.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada:

1. Nama : FARIEZ SETIAWAN
2. Alamat : Jl. Puring RT 2 RW 5 Beteng Sidomekar Semboro Jember
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : UNEJ Kampus Lumajang/162303101041
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Masalah Keperawatan Ansietas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019
2. Bidang Penelitian : Keperawatan
3. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
4. Anggota/Peserta :
5. Waktu Penelitian : 02 September 2019 s/d 31 November 2019
6. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang, RSUD dr. Haryoto Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak sah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

*

Lumajang, 2 September 2019
 a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN LUMAJANG
 Kepala Bidang HAL

Drs. ABU HASAN
 Pembina
 NIP. 19620801 199303 1 001

Tembusan Yth. :

1. Bupati Lumajang (sebagai laporan),
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang,
6. Sdr. Koord Prodi D3 Keperawatan
 UNEJ Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

Lampiran 4 *Check List* SOP Terapi Murrotal Al-Qur'an

NO	KEGIATAN PENGKAJIAN
1	Anamnesa a. Identitas b. Kondisi tubuh misalnya gangguan pendengaran dan keluhan yang dirasakan c. Riwayat pre dan post operasi, post melahirkan, dan lain-lain. d. Riwayat terapi yang lalu dan saat ini
2	Pemeriksaan Fisik: Pasien dengan kecemasan dan stress: derajat cemas, wajah terlihat cemas
PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN	
3	Persiapan alat dan bahan: a. Speaker/ headset b. Timer c. Audio murottal Al-Qur'an
4	Persiapan tempat: a. Ruangan nyaman b. Suasana ruangan tenang
5	Persiapan perawat: a. Mencuci tangan
6	Persiapan pasien: a. Pastikan klien berada dalam ruangan yang nyaman dan tidak menimbulkan kebisingan b. Jaga privasi klien c. Posisikan tubuh klien untuk duduk atau berbaring rileks
PROSEDUR TIINDAKAN	
7	Mengkaji kebutuhan klien dalam pemberian terapi murottal Al-Qur'an
8	Mengucapkan salam
9	Meminta izin kepada klien untuk atau keluarga sebelum melaksanakan prosedur terapi
10	Mencuci tangan
11	Menjaga privasi klien
12	Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama pelaksanaan terapi
13	Mempersiapkan alat dan mengecek alat yang akan digunakan apakah berfungsi dengan baik
14	Mendekatkan alat kepada klien
15	Menjelaskan tujuan terapi murottal Al-Qur'an
16	Menjelaskan prosedur tindakan kepada klien atau keluarga klien
17	Membantu pasien dalam posisi yang nyaman yaitu duduk atau berbaring rileks sesuai dengan keadaan pasien
18	Nyalakan murottal Al-Qur'an minimal dalam 10 menit
19	Pastikan volume murottal Al-Qur'an sesuai dan tidak terlalu keras
20	Memberitahukan klien waktu akan berakhir (kurang 1 menit)
21	Matikan music
22	Memberitahukan kepada klien terapi sudah selesai
23	Lakukan evaluasi dan kontrak waktu selanjutnya
24	Terminasi kepada pasien
25	Cuci tangan
26	Dokumentasi

-
- e. Identitas klien: nama, usia, jenis kelamin, penanggung jawab, alamat
 - f. Keluhan
 - g. Waktu pelaksanaan terapi, jenis terapi yang diberikan
 - b. Hasil
 - c. Pelaksana terapi
-



Lampiran 5 Tabel pengukuran skor Ansietas sebelum dan sesudah pemberian Murrotal Al Quran Surat Arrahman pada pasien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan masalah keperawatan Ansietas

Pasien 1	Tanggal		Tanggal		Tanggal	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Pagi						
Sore						

Pasien 2	Tanggal		Tanggal		Tanggal	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Pagi						
Sore						

Lampiran 6 Tabel pengukuran skor Ansietas sebelum dan sesudah pemberian Murrotal Al Quran Surat Arrahman padaNy. N dan Tn. A yang mengalami Diabetesdengan masalah keperawatan masalah Ansietas

Pasien 1	Tanggal 26		Tanggal 27		Tanggal 28	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Pagi	50 (sedang)	50 (sedang)	50 (sedang)	40 (sedang)	40 (sedang)	30 (ringan)
Sore	50 (sedang)	50 (sedang)	50 (sedang)	40 (sedang)	30 (sedang)	30 (ringan)

Pasien 2	Tanggal 26		Tanggal 27		Tanggal 28	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Pagi	70 (berat)	70 (berat)	70 (berat)	50 (sedang)	50 (sedang)	40 (sedang)
Sore	70 (berat)	70 (berat)	70 (berat)	50 (sedang)	40 (sedang)	40 (sedang)

Lampiran 7 Logbook

	FORMULIR	No. Dok. : :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku Sejak : Revisi : :

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : Faniez Al Iqbal
NIM : 162302101041
PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan Beda Pasien Dembitus Mellitus dengan Masalah Keperawatan Anastesi

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	12 Februari 2019	Komul judul	ACC judul		
2	24 Juli 2019	BAB 1	- Menanggapi sheet tugas dengan tahun 2019 baru - menambahkan kata angka Anastesi		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	24 Juli 2019	BAB I	<ul style="list-style-type: none"> Menyempatkan Asuhan keperawatan Anestesi sesuai metode 		
4	20 Agustus 2019	BAB II	<ul style="list-style-type: none"> Mengapikhi balasan terakreditasi dengan sumber yang terbaru Mengapikhi metode pengajaran ds.cara KAS Menambahkan kriteria hasil 		
5	21 Agustus 2019	BAB II, III	<ul style="list-style-type: none"> A C C BAB II Menambahkan sumber terbaru 		
6	22 Agustus 2019	BAB III	<ul style="list-style-type: none"> revisi harus sesuai pedoman menambahkan jurnal 		
7	20/11/19	Konsul BAB 4	<ul style="list-style-type: none"> menambahkan kriteria hasil date tabel penyajian 		
8	26/11/19	Revisi BAB 4	<ul style="list-style-type: none"> penulisan siberi daftar pustaka 		
9	29/11/19	Revisi			

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1		3	4	5	6
10	02/12	Revisi BAB 4	- serapan kriteria hasil di evaluasi - sumber terbaru		
11	03/12	Revisi BAB 4	- Proteson keat kristif conklas - sesuai nrc		
12	05/12	KONSUL BAB 4,5	- Proteson ditab 4 T.FO - konsistensi revisian		
13	06/12	Revisi BAB 4,5	- Acc Bab 4.5 lanjut 1-5		
14	07/12	Lampiran	- Acc lampiran		
15	08/12	Bab 1-5	- Revisi		
16	10/12	Revisi Bab 1-5			

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
17.	22 Des	Konsul Revisi Skripsi	- revisi bab 1, kaptal all - pengantar diagrafi dan - saran spiritual		
18.	26 Des	Konsul Revisi Skripsi	Revisi bab 1 umum Bab 2 - bab tabel - ketepatan spiritual bab 4		
19.	27 Des	Konsul Revisi Skripsi	- tambahan keterangan konkrit - tambahan referensi - tambahan referensi bab 4		
20.	29 Des	Konsul Revisi Skripsi	- revisi perbandingan tabel - tambah kesimpulan Bab 5. Hg intensi moral		
21.	29 Des		Revisi KTI		