

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan pada hari Minggu tanggal 30 Juni 2024 jam 10.00 wib secara alloanamnesa dan auto anamnesa.

Pada data identitas pasien secara umum diketahui pasien bernama Tn. A saat ini berusia 54 tahun, beragama islam dan bersuku jawa dengan pendidikan terakhir SD. Tn. Sudah menikah dan bekerja sebagai buruh. Saat ini di diagnosa medis oleh dokter mengalami Diabetes Melitus. Saat dipengkajian diketahui Ny. V merupakan penanggung jawab Tn. A dan berposisi sebagai istri Tn. A berusia 50 tahun dan sama sama beragama islam dan bersuku jawa, Ny. V tidak bekerja dan fokus menjadi ibu rumah tangga.

Pada pengkajian riwayat kesehatan, Tn A mengatakan dirinya merasa cemas terkait kondisinya karena muncul luka pada kaki kiri. Pasien takut jika nanti kakinya menjalar luka yang parah dan sampai dilakukan amputasi, pasien juga mengeluh lemas dan pusing, sering lelah dan sering haus. Data obyektif yang didapatkan pasien kelihatan tegang terdapat luka ditelapak jari kaki kiri dan mengalami pembengkakan, Dengan hasil pemeriksaan Tanda Tanda Vital TD: 150/100 mmHg S:36.5⁰C N:116x/menit RR: 20x/menit Spo2 : 99% GDS :600 mg/dl. Berdasarkan riwayat kesehatan masa lalu Tn. A memiliki DM sejak 1 tahun yang lalu dan belum pernah melakukan operasi, pasien juga mengatakan dirinya memiliki riwayat hipertensi.

Pada pengkajian genogram didapatkan bahwa Tn.A menikah dengan Ny.V dan memiliki dua orang anak perempuan dan anak laki laki yang masih tinggal satu rumah. Riwayat lingkungan tempat tinggal Tn.A diketahui merupakan hunian permanen yang dihuni oleh empat orang dengan jumlah kamar tiga dan diketahui rumah dalam keadaan bersih.

Pada pengkajian sistem tubuh Tn.A berpenampilan bersih dengan kesadaran composmentis (GCS: 15) TD: 150/100 mmHg, RR: 20x/menit, Suhu: 36.5°C, Nadi: 116x/menit, SpO2: 99%. Pada pemeriksaan fisik, kepala berbentuk kepala mesocephal, tidak ada kotoran pada rambut merata, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, warna rambut hitam pendek. Pada pemeriksaan kulit berwarna sawo matang merata, tetapi telapak jari kaki kiri terdapat luka dan ada pembengkakan. Pada pemeriksaan mulut, didapatkan mukosa bibir kering, gigi putih, lidah pasien bersih fungsi pengecapan baik. Tidak ada sianosis, tidak ada luka, tidak terdapat pembengkakan gusi, tidak ada perdarahan di mulut. Kemudian pada sistem reproduksi pasien tidak terpasang kateter dan pada ekstremitas ada pembatasan gerak pada kaki kiri karena ada luka dan dibalut.

Pada pengkajian pola aktivitas istirahat dan tidur saat sakit pasien tidak mampu untuk melakukan aktivitasnya secara mandiri dikarenakan merasa lemas dan aktivitasnya saat ini dibantu oleh istrinya. Pasien juga tampak lemas dan pusing hanya berbaring di tempat tidur, tampak lesu. Pada pengkajian integritas ego, pasien mengatakan ada faktor stress karena muncul luka pada kakinya. Namun pasien mengatakan dirinya memiliki pendukung yakni keluarganya yaitu

anak dan istrinya, hubungan Tn.A dengan keluarganya juga terjalin dengan baik. Pada ADL pasien didapati selama sakit pasien makan dan ke kamar mandi dibantu oleh istrinya. Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan berkurang dan pasien tampak lemah dan lesu saat ke kamar mandi dan dibantu oleh istrinya.

Pada pengkajian ketidaknyamanan, pasien mengatakan luka di kakinya membuat dirinya tidak nyaman. Pasien juga tampak lemah dan terdapat luka di kaki. Kemudian pada pengkajian pola kognitif pasien mengatakan berbicara menggunakan bahasa Jawa dan Indonesia, pasien mengatakan belum pernah diajarkan cara mekanisme mengurangi dan menghilangkan cemas, pasien berharap agar tim medis mampu membantu kesembuhannya.

2. Diagnosa

Perumusan diagnosa dilakukan melalui analisa data dengan mengelompokkan data subjektif dan objektif. Data utama yang didapatkan adalah data subjektif pasien mengatakan merasa cemas dengan kondisi penyakit yang dihadapinya yakni penderita mengalami diabetes melilitus sudah 1 tahun yang lalu, munculnya luka pada kakinya, pasien merasa khawatir jika lukannya bertambah parah dan takut jika lakukan amputasi. mengeluh pusing dan pasien tampak bingung. Kemudian data objektif yang mendukung diagnosa muncul pasien tampak gelisah dan tegang, terdapat ulkus di kakinya dengan hasil pemeriksaan tanda tanda vital dan nadi dibuktikan dengan hasil pemeriksaan TD 150/100 mmHg, S : 36.50C, N : 116x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 99%. pasien tampak lesu, KU sedang, dan hasil pemeriksaan GDS 600 mg/dl. Dari analisa data

tersebut dapat dirumuskan diagnosa utama yaitu Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang dialami pasien saat ini.

Dari data tersebut telah memenuhi 85% gejala mayor dari ansietas yang sesuai dengan SDKI yakni pasien merasa bigung, merasa cemas dengan akibat atau dalam kasus Tn.A dirinya cemas pada keadaan kakinya. Dan muncul juga data mayor objektif pasien tampak gelisah dan tegang. Selain data mayor, muncul gejala minor pada pasien berupa pasien mengelluh pusing, adanya peningkatan frekuensi tekanan darah dan frekuensi nadi.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun dengan memperhatikan prioritas masalah yang dihadapi oleh pasien yang saat ini muncul dan harus ditangani lebih dahulu. Pada masalah keperawatan Ansietas yang dialami pasien intervensinya yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8jam diharapkan masalah keperawatan Ansietas dapat diatasi (PPNI, 2018). Dengan intervensi yang dipilih adalah dengan reduksi ansietas (I.09314) dengan rencana Tindakan yang akan dilakukan adalah Observasi dengan identifikasi saat tingkat ansietas berubah, monitor tanda-tanda ansietas (verbal & nonverbal), Terapeutik dengan ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan percaya, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, dan motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. Kemudian edukasi dengan anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan dan latih teknik relaksasi(PPNI, 2018).

Pada hari pertama tanggal 30 Juni 2024 pukul 10.00 WIB penulis akan melakukan Tindakan yaitu monitor tanda tanda ansietas yang dilakukan secara verbal dan nonverbal untuk mengetahui apakah pasien masih mengalami ansietas dan apakah ansietas yang dialami pasien berkurang atau masih tetap sama. Intervensi kedua menciptakan suasana terapeutik dilakukan dengan mempersilakan pasien untuk menceritakan kondisinya yang bertujuan untuk menumbuhkan kepercayaan pasien terhadap perawat. Intervensi ketiga identifikasi situasi yang memicu kecemasan bertujuan agar perawat dan keluarga mungkin dapat mengeliminasi situasi yang dapat memicu pasien merasa cemas. Intervensi keempat yaitu latih pasien kegiatan pengalihan kegiatan pengalihan bertujuan untuk mengurangi ketegangan pasien

Hari kedua tanggal 1 Juli 2024 pukul 13.00 WIB penulis akan melakukan tindakan yang sama pada hari pertama yaitu monitor tanda tanda ansietas dan tanda -tanda vital. Tanda tanda ansietas dapat dikaji secara verbal dan nonverbal untuk mengetahui apakah pasien masih mengalami ansietas dan apakah ansietas yang dialami pasien berkurang atau masih tetap sama. Intervensi kedua menciptakan suasana terapeutik dilakukan dengan mempersilahkan pasien untuk menceritakan kondisinya yang bertujuan untuk menumbuh kan kepercayaan pasien terhadap perawat. Intervensi ketiga identifikasi situasi yang memicu kecemasan bertujuan agar perawat dan keluarga mungkin dapat mengeliminasi situasi yang dapat memicu pasien merasa cemas. Intervensi keempat yaitu latih pasien kegiatan pengalihan. Kegiatan pengalihan bertujuan untuk mengurangi ketegangan pasien

Pada hari ketiga tanggal 2 Juli 2024 pukul 09.00 WIB penulis akan melakukan Tindakan yang sama seperti sebelumnya yaitu monitor tanda tanda ansietas yang dilakukan secara verbal dan nonverbal untuk mengetahui apakah pasien masih mengalami ansietas dan apakah ansietas yang dialami pasien berkurang atau masih tetap sama.intervensi kedua menciptakan suasana terapeutik dilakukan dengan mempersilakan pasien untuk menceritakan kondisinya yang bertujuan untuk menumbuhkan kepercayaan pasien terhadap perawat. Intervensi ketiga identifikasi situasi yang memicu kecemasan bertujuan agar perawat dan keluarga mungkin dapat mengeliminasi situasi yang dapat memicu pasien merasa cemas. Intervensi keempat yaitu latih pasien kegiatan pengalihan. kegiatan pengalihan bertujuan untuk mengurangi ketegangan pasien.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah di buat sebelumnya. Implementasi pada Tn. A dilakukan selama 3 hari yang dimulai pada minggu 30 Juni 2024 sampai dengan Selasa 2 Juli 2024. Implementasi pertama dilakukan pada hari minggu tanggal 30 Juni 2024 pukul 10.30 WIB, implementasi pertama yang dilakukan adalah dengan memonitor tanda - tanda ansietas yang dilakukan secara verbal dan nonverbal untuk mengetahui apakah pasien masih mengalami ansietas dan apakah ansietas yang dialami pasien berkurang atau masih tetap sama.

Implementasi kedua dilakukan pada hari senin tanggal 1 Juli 2024 pukul 13.30 WIB, yang dilakukan berkaitan dengan ansietas pasien yaitu menciptakan suasana terapeutik dilakukan dengan mempersilakan pasien untuk menceritakan

kondisinya yang bertujuan untuk menumbuhkan kepercayaan pasien terhadap perawat.

Implementasi ketiga dilakukan pada hari Selasa tanggal 2 Juli 2024 pukul 09.30 WIB, yang dilakukan berkaitan dengan ansietas pasien yaitu mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, bertujuan agar perawat dan keluarga mungkin dapat mengeliminasi situasi yang dapat memicu pasien merasa cemas. Selain itu, penulis juga melatih pasien kegiatan pengalihan. Kegiatan pengalihan bertujuan untuk mengurangi ketegangan pasien melalui teknik relaksasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan setiap hari setelah melakukan implementasi keperawatan pada pasien, evaluasi juga dilakukan pada akhir shift selama 3 hari.

Pada hari pertama yaitu Minggu, 30 Juni 2024 pukul 13.00 WIB. berkaitan dengan ansietas yang dialami kondisi pasien diketahui masih merasa cemas, dengan didapatkannya data subjektif berupa pasien mengatakan masih merasa cemas dengan kondisi yang dihadapinya, pasien merasa bingung, pasien mengeluh pusing. Didukung dengan pasien tampak gelisah dan tegang serta terdapat ulkus di kaki pasien. Pada hari pertama ini masih terdapat tekanan darah yang tinggi yaitu 150/100 mmHg dan Nadi yang masih tinggi yaitu 116 x/menit, dengan suhu normal 36.5°C, RR 20x/menit, dan SpO₂ 99% . Berdasarkan data maka dapat disimpulkan masalah keperawatan ansietas belum teratasi dan rencana atau planning adalah lanjutkan intervensi.

Pada hari kedua yaitu Senin, 01 Juli 2024 pukul 16.00 WIB pasien masih merasa cemas terkait dengan kondisinya, pasien menceritakan kembali terkait kondisinya, namun pasien merasa lebih nyaman dan rileks setelah melakukan teknik relaksasi. Ditandai dengan tekanan darah dan Nadi yang lebih rendah dari hari pertama yaitu TD 140/80 mmHg, S : 36,0C, N : 100x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 99%. Dari hasil tersebut berarti masalah keperawatan ansietas belum teratasi dengan planning lanjutkan intervensi.

Pada hari ketiga yaitu Selasa, 02 Juli 2024 pukul 11.00 WIB adanya perubahan pada tingkat kecemasan, pasien mengatakan sudah tidak merasa cemas dengan kondisinya, merasa baik dan mengatakan sudah tidak pusing. Ditandai dengan pasien sudah tidak gelisah dan tegang, tekanan darah dan nadi sudah turun menjadi TD 130/80 mmHg, S : 36,0C, N : 90x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 99%. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan ansietas sudah teratasi dengan planning pertahankan intervensi.

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas antara teori dengan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa utama ansietas pada pasien diabetes melitus yang dilakukan mulai tanggal 30 Juni 2024 sampai dengan tanggal 2 Juli 2024. Kegiatan ini terdiri dari proses keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pembahasan setiap proses keperawatan penulis lakukan berurutan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Didapatkan data subjectif pada pasien yaitu pasien mengatakan dirinya merasa cemas terkait kondisinya, karena muncul luka pada kaki sebelah kiri. Pasien mengatakan dirinya memiliki riwayat hipertensi. Sedangkan untuk data objektif diperoleh dari hasil pemeriksaan tanda – tanda vital yang terdiri TD: 150/100 mmHg S:36.5⁰C N:116x/menit RR: 20x/menit Spo2: 99%. Pasien juga tampak lemas dan pusing serta hanya berbaring ditempat tidur.

Rasa cemas yang dialami Tn. A terkait dengan luka pada kakinya sesuai dengan penelitian (Maulasari, 2020) yang menjelaskan bahwa penderita diabetes melitus akan mengalami kecemasan atau perasaan khawatir akibat keterbatasan aktivitas karena komplikasi yang muncul berupa kerusakan mata yang menyebabkan menurunnya penglihatan, penyakit jantung, stroke, bahkan sampai menyebabkan gangren yang dapat berisiko terjadinya amputasi. Selain itu berdasarkan hasil penelitian (Yuni, 20 19) dalam (Mirza, 2022), hasil yang ditemukan yaitu dari kecemasan sedang, kecemasan berat hingga panik dikarenakan terjadinya komplikasi ulkus diabetikum.

Pada pengkajian pola aktivitas istirahat dan tidur saat sakit pasien tidak mampu untuk melakukan aktivitasnya secara mandiri dikarenakan merasa lemas dan aktivitasnya saat ini dibantu oleh istrinya. Pasien juga tampak lemas dan pusing hanya berbaring di tempat tidur, tampak lesu. Dukungan keluarga berupa kehangatan dan keramahan seperti dukungan emosional yang terkait dengan monitoring glukosa, diet dan latihan yang dapat meningkatkan efikasi diri pasien sehingga mendukung keberhasilan dalam perawatan diri

sendiri sehingga menghasilkan kualitas hidup yang baik (Nuraisyah et al., 2017).

2. Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosa dilakukan melalui analisis data dengan mengelompokkan data subyektif dan data obyektif serta dihubungkan dengan keperawatan yang ada. Setelah dilakukan pengkajian terdapat keluhan pasien yang paling mengganggu pasien dan harus segera diatasi adalah ansietas atau kecemasan. Hal itu dikarenakan pasien diabetes melitus tipe 2 mengalami perubahan hidup yang mendadak, mulai dari pengaturan pola makan, olahraga, kontrol gula darah, pengobatan, dan edukasi yang dilakukan sepanjang hidupnya. (Millenia Supriatna et al., 2020).

Sesuai dengan teori yang telah dijelaskan dalam PPNI (2016) menyebutkan bahwa tanda dan gejala ansietas atau kecemasan dapat ditegakkan apabila memenuhi batasan karakteristik yaitu tanda gejala mayor merasa bingung, merasa khawatir, gelisah, tampak tegang, sulit berkonsentrasi dan tanda gejala minor pasien merasa pusing, kontak mata buruk, tremor, tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, wajah tampak pucat (PPNI, 2017). Dari data tersebut muncul gejala mayor dari ansietas sesuai dengan SDKI yakni pasien merasa bingung, merasa cemas dengan akibat atau dalam kasus Tn .A dirinnya cemas pada keadaan kakinya. Dan muncul juga data mayor obyektif pasien tampak gelisah dan tegang. Selain data mayor, muncul gejala minor pada pasien berupa pasien mengeluh pusing, adanya peningkatan frekuensi tekanan darah dan frekuensi tekanan nadi.

Dari munculnya data mayor dan minor tersebut sudah dapat ditegakkan diagnosa ansietaas karena sudah dengan yang ada di SDKI dimana tanda atau gejala yang ditemukan harus sekitar 80% -100% untuk validasi diagnosis. Dengan tanda atau gejala minor yang tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis. (PPNI, 2017). Pada kasus Tn. A Kecemasan pasien muncul karena luka yang ada pada kaki pasien. Luka tersebut muncul pada saat ini dan menyebabkan pola fungsi normal dari anggota tubuh Tn. A yakni kaakin nya mengalami gangguan dan menggagu kebiasaannya sehari-hari. Tn. A sebagai masyarakat yang awam pada kondisi tersebut membutuhkan bantuan segera terkait masalahnya yang muncul tiba tiba dan tidak Tn. A duga sebelumnya akan terjadi.

Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa kecemasan Tn. A ditimbulkan karena krisis situasional yang dihadapinya. Sehingga diagnosa yang ditegakkan adalah ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Penulis menjadikan ansietas sebagai prioritas diagnosa karena setelah dilakukan pengkajian dan pengumpulan data diagnosa ansietas mempunyai data subjektif dan objektif yang kuat sehingga layak untuk ditegakkan menjadi diagnosa prioritas. Data utama yang didapatkan adalah data subjektif pasien mengatakan merasa cemas dengan kondisi yang dihadapinya yakni munculnya luka pada kakinya, pasien merasa bingung, mengeluh pusing dan pasien tampak bingung dengan teknik relaksasi nafas dalam, pasien juga bertanya pada tim medis apakah penyakitnya ini dapat sembuh. Kemudian data objektif yang mendukung diagnosa muncul pasien tampak gelisah dan tegang.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan atau intervensi keperawatan merupakan suatu treatment (perawatan) yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan peningkatan perawatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan yang sesuai dengan prosedur tindakan (PPNI, 2017). Pada tahap rencana tindakan keperawatan penulis melakukan perawatan terhadap klien menggunakan strategi pelaksanaan. Perencanaan atau intervensi yang ditetapkan oleh penulis digunakan untuk menyelesaikan masalah atau mengatasi masalah klien dengan cara :membina hubungan saling percaya antara perawat, klien dan keluarga. Medari diagnosa yang telah ditegakkan penulis menyusun rencana keperawatan. Tujuan rencana keperawatan adalah setelah dilakukan tindakan selama 3 hari diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil verbalisasi kebingungan menurun dan verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (PPNI, 2018).

Intervensi yang penulis tetapkan adalah intervensi reduksi ansietas (I.09314) dengan rencana Tindakan yang akan dilakukan adalah identifikasi saat tingkat ansietas berubah, monitor tanda-tanda ansietas (verbal & nonverbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan percaya, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, dan motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan dan latih teknik relaksasi. Berdasarkan penelitian

intervensi reduksi ansietas memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kadar gula darah pada penderita DM. Makin maksimal hasil intervensi manajemen reduksi ansietas, makin menurunkan kadar gula darah pada penderita DM (Saferi Wijaya & Kementerian Kesehatan Bengkulu, 2023).

Intervensi pertama yang dilakukan ialah monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal) tanda dan gejala gangguan cemas antara lain: cemas, khawatir, firasat buruk, takut karena pikirannya buruk, takut akan pikirannya sendiri serta mudah tersinggung, pasien merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut, pasien mengatakan takut bila sendiri, atau pada keramaian dan banyak orang, mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menakutkan, gangguan konsentrasi dan daya ingat, adanya keluhan somatic, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang belakang, pendengaran yang berdenging, sesak nafas, mengalami gangguan pencernaan, gangguan berkemih atau sakit kepala (Sutejo, 2019).

Intervensi kedua menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan percaya, salah satu hal yang adanya suasana komunikasi yang terapeutik, maksudnya yakni suasana yang terfokus pada klien. Terapeutik pada dasarnya dikenal dalam dunia keperawatan namun saat ini terapeutik juga dikenal dalam layanan bimbingan dan konseling.

Intervensi ketiga motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, adalah suatu sinyal yang menyadarkan atau memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil Tindakan untuk mengatasi ancaman. Faktor yang mempengaruhi kecemasan dibagi

menjadi dua meliputi factor internal (jenis kelamin, umur, Tingkat Pendidikan, dan pengalaman di rawat) dan eksternal (kondisi medis diagnosa penyakit, akses informasi, komunikasi terapeutik, lingkungan, fasilitas Kesehatan) (Kaplan & Sadock, 1997 dalam Harlina & Aiyub, 2018).

Intervensi keempat latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan yaitu untuk melatih tehnik relaksasi, terapi relaksasi napas dalam adalah suatu Tindakan keperawatan dengan menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, terapi relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah, sehingga juga dapat terjadi menurunkan Tingkat kecemasan (ristani, W. A. dkk. 2021) Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien dan keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari.

Implementasi pertama yang dilakukan adalah dengan memonitor tanda - tanda ansietas yang dilakukan secara verbal dan nonverbal untuk mengetahui apakah pasien masih mengalami ansietas dan apakah ansietas yang dialami pasien berkurang atau masih tetap sama.

Implementasi kedua adalah dengan menciptakan suasana terapeutik dilakukan dengan mempersilakan pasien untuk menceritakan kondisinya yang bertujuan untuk menumbuhkan kepercayaan pasien terhadap perawat.

Implementasi ketiga yang dilakukan berkaitan dengan ansietas pasien adalah dengan mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, bertujuan agar perawat dan keluar mungkin dapat mengeliminasi situasi yang dapat memicu pasien merasa cemas. Implementasi keempat atau implementasi terakhir pada hari pertama terkait dengan ansietas adalah dengan melatih pasien kegiatan pengalihan. Kegiatan pengalihan bertujuan untuk mengurangi ketegangan pasien melalui teknik relaksasi.

Menurut peneliti banyaknya penurunan kecemasan setelah diberikan terapi relaksasi guided imagery, guided imagery adalah satu teknik terapi tindakan keperawatan yang dilakukan dengan mengajak pasien berimajinasi membayangkan sesuatu yang indah dan tempat yang disukai atau pengalihan perhatian terhadap nyeri. Dikarenakan guided imagery telah menjadi terapi standar untuk mengurangi kecemasan dan memberikan relaksasi pada orang dewasa atau anak-anak, dapat juga untuk mengurangi nyeri kronis dan menurunkan tekanan darah. Hal ini juga sudah terbukti oleh beberapa peneliti yang sudah membuktikannya.

Menurut Gemilang (2013:153) dalam memberi pengertian bahwa tehnik relaksasi merupakan suatu tehnik yang dapat digunakan semua orang untuk menciptakan mekanisme batin dalam diri seseorang dengan membentuk pribadi yang baik, menghilangkan berbagai bentuk pikiran yang kacau akibat ketidakberdayaan seseorang dalam mengendalikan stress dan emosi yang dimilikinya, mempermudah seseorang mengontrol diri, menyelamatkan jiwa dan membersihkan kesehatan dan kecantikan tubuh.

Jadi bisa disimpulkan bahwa teknik relaksasi adalah suatu tindakan yang dapat digunakan untuk menciptakan mekanisme batin rileks dan baik, sehingga mampu menghilangkan berbagai pikiran kacau akibat ketidakberdayaan dalam mengendalikan ego dimiliki, serta memberikan kesehatan pada tubuh.

Pelaksanaan terapi yang diterapkan oleh penderita didesa kukin sangatlah membantu pasien itu sendiri dan keluarga serta masyarakat yang belum mendapatkan terapi, untuk mengurangi kecemasan dan stress dalam menghadapi penyakit lainnya. Pemberian terapi relaksasi fisik dan terapi relaksasi fisik dan terapi berfikir positif sangat efektif terhadap penurunan derajat kecemasan yang dirasakan oleh masyarakat. Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa tehnik relaksasi mampu menurunkan cemas pasien (Kozier 2015).

Menurut Musrifatul A. A., (2020) Teknik relaksasi bermanfaat untuk memenuhi kebutuhan oksigen, menurunkan metabolisme, tekanan darah, frekuensi pernafasan, jantung, dan meregakan otot, serta memungkinkan pasien mengendalikan respons tubuhnya terhadap ketegangan dan kecemasan. Teknik ini dilakukan dengan cara pasien menarik nafas dalam dan mengisi paru – paru dengan udara. Penderita diminta mengembuskan udara secara lambat dan tubuh dalam kondisi rileks, konsentrasi hingga terasa nyaman. Dilanjutkan dengan bernafas secara biasa, meminta kembali untuk menarik nafas dalam, dan hembuskan dengan pelan, lalu lemaskan kaki, tangan, perut, dan punggung setelah selesai rileks dan anjurkan nafas secara teratur.

4. Evaluasi Keperawatan

Menurut peneliti evaluasi pada proses asuhan keperawatan dilakukan bertujuan untuk lebih mengoptimalkan dari proses implementasi keperawatan, dan juga pembuatan intervensi keperawatan yang baru jika mungkin muncul masalah baru pada proses keperawatan. Menurut Manurung (2011) evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan.

Pada kelolaan kasus Tn. A ini rencana keperawatan dihentikan pada hari ketiga. Karena pada hari ketiga yaitu Selasa, 02 Juli 2024 pasien menunjukkan adanya perubahan pada tingkat kecemasan, pasien mengatakan sudah tidak merasa cemas dengan kondisinya, merasa baik dan mengatakan sudah tidak pusing. Ditandai dengan pasien sudah tidak gelisah dan tegang.

Menurut puspitasari (2017) yang mengatakan bahwa adapun cara lain untuk menurunkan kecemasan dengan pemberian pendidikan kesehatan terhadap individu yang mengalami kecemasan. Pelaksanaan pendidikan kesehatan dalam keperawatan merupakan kegiatan pembelajaran untuk meningkatkan status kesehatan, meningkatkan derajat pengetahuan dan membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan ansietas sudah teratasi dengan planning pertahankan intervensi.