

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Apendisitis

Apendisitis adalah suatu proses obstruksi yang disebabkan oleh benda asing batu faeces, kemudian terjadi proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari apendiks verivormis. Istilah apendisitis di kalangan masyarakat sering disebut sebagai usus buntu padahal apendisitis adalah sekum (Wijaya&Putri, 2013). Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks dan menjadi penyebab umum terjadinya tindakan emergency bedah abdomen pada anak (Mazziotti, 2012). Apendisitis adalah infeksi atau peradangan pada apendiks karena tersumbatnya lumen oleh fekalith (batu feces), hiperplasi jaringan limfoid, dan cacing usus. Obstruksi lumen merupakan penyebab utama dari Apendisitis.

2. Tanda dan Gejala

a. Nyeri Perut

Nyeri perut merupakan keluhan utama yang biasanya dirasakan pasien dengan apendisitis akut (Chen et al, 2015). Nyeri visceral terjadi terus menerus kemudian nyeri berubah menjadi nyeri somatik dalam beberapa jam. Lokasi nyeri somatik umumnya berada di titik *McBurney*, yaitu pada 1/3 lateral dari garis khayalan dari spina iliaca anterior superior (SIAS) dan umbilicus (Amalia.Iftina, 2016). Nyeri perut pada apendisitis jenis ini biasanya muncul apabila pasien berjalan dan terdapat kontraksi musculus psoas mayor secara dorsal (Amalia.Iftina, 2016)

b. Mual dan Muntah

Gejala mual dan muntah sering menyertai pasien apendisitis. Nafsu makan berkurang atau anoreksia merupakan tanda-tanda awal terjadinya apendisitis (Amalia.Iftina, 2016)

c. Gejala Gastrointestinal

Pada pasien apendisitis akut, keluhan gastrointestinal dapat terjadi baik dalam bentuk diare maupun konstipasi. Akan tetapi, apabila diare terjadi terus menerus perlu dipikirkan terdapat penyakit penyerta lain (Amalia.Iftina, 2016). Konstipasi juga seringkali terjadi pada pasien apendisitis, terutama dilaporkan ketika pasien sudah mengalami nyeri somatik.

d. Demam

Demam pada apendisitis umumnya sekitar 37,5 – 38,5°C. Demam yang terus memberat dan mencapai demam tinggi perlu dipikirkan sudah terjadinya perforasi (Windy.C.S, 2016)

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Hitung jenis leukosit dengan hasil leukositosis.
- 2) Pemeriksaan urin dengan hasil sedimen dapat normal atau terdapat leukosit dan eritrosit lebih dari normal bila apendiks yang meradang menempel pada ureter atau vesika. Pada apendisitis akut dan perforasi akan terjadi leukositosis yang lebih tinggi lagi. Laju endap darah (LED) meningkat pada keadaan apendisitis infiltrat. Urin rutin penting untuk melihat apakah terdapat infeksi pada ginjal.

b. Pemeriksaan Radiologi.

1) Apendikogram

Apendikogram dilakukan dengan cara pemberian kontras BaSO₄, hasil apendikogram dibaca oleh dokter spesialis radiologi.

2) Ultrasonografi (USG)

USG dapat membantu mendeteksi adanya kantong nanah. Abses subdiafragma harus dibedakan dengan abses hati, pneumonia basal, atau efusi pleura

3) CT scan

CT Scan merupakan pemeriksaan pilihan (sensitivitas 90%, spesifisitas 90%). Protein C-reaktif meningkat pada setiap kelainan peradangan seperti apendisitis (Shenoy dan Nileswar, 2014)

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan apendisitis menurut Andra & Yessi, 2013 : .

- a. Penanggulangan konservatif berupa pemberian antibiotik.
- b. Operasi Bila diagnosa sudah tepat dan jelas ditemukan
- c. Pencegahan Tersier Bila diperkirakan terjadi perforasi maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis atau antibiotik. Pasca appendektomi diperlukan perawatan intensif dan pemberian antibiotik dengan lama terapi disesuaikan dengan besar infeksi intra-abdomen.

B. Konsep Dasar Ansietas

1. Definisi Ansietas

Adalah Kondisi Emosi dan Pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

2. Data Mayor dan data Minor

Gejala dan tanda Mayor

Subyektif :

- 1).Merasa bingung
- 2).Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi
- 3).Sulit berkonsentrasi

Obyektif :

- 1).Tampak gelisah
- 2).Tampak tegang
- 3).Sulit tidur

Gejala dan tanda minor :

Subyektif :

- 1).Mengeluh Pusing
- 2).Anoreksia
- 3).Palpitasi
- 4).Merasa tidak berdaya

Obyektif:

- 1).Frekwensi nafas meningkat
- 2).Frekwensi nadi meningkat
- 3).Tekanan darah meningkat
- 4).Diaforesis
- 5).Tremor
- 6).Muka tampak pucat
- 7).Suara bergetar
- 8).Kontak mata buruk
- 9).Sering berkemih
- 10).Berorientasi pada masa lalu

3. Teori-teori Penyebab Kecemasan (Sutejo, 2018)

a. Faktor Predisposisi

1) Teori Psikoanalisis Menurut pandangan psikoanalisis, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian, yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen tersebut, dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya yang perlu diatasi.

2) Teori Interpersonal Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap penolakan saat berhubungan dengan orang lain. Kecemasan ini juga dihubungkan dengan trauma pada masa pertumbuhan, seperti kehilangan dan perpisahan dengan orang yang dicintai. Penolakan terhadap eksistensi diri oleh orang lain atau masyarakat akan menyebabkan individu yang bersangkutan menjadi cemas. Namun, bila keberadaannya diterima oleh orang lain, maka ia akan merasa tenang dan tidak cemas. Kecemasan berkaitan dengan hubungan antara manusia.

3) Teori Perilaku Kecemasan merupakan hasil frustrasi segala sesuatu yang mengganggu kemampuan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Para ahli perilaku menganggap kecemasan merupakan suatu dorongan, yang mempelajari berdasarkan keinginan untuk menghindari rasa sakit. Pakar teori menyakini bahwa bila pada awal kehidupan dihadapkan pada rasa takut yang berlebihan maka akan menunjukkan kecemasan yang berat pada masa dewasanya. Sementara para ahli teori konflik mengatakan bahwa kecemasan sebagai benturan-benturan keinginan yang bertentangan. Mereka percaya bahwa hubungan timbal balik antara konflik dan daya kecemasan yang kemudian menimbulkan konflik.

4) Teori Keluarga Kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dan timbul dalam suatu keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan kecemasan dan antara gangguan kecemasan dengan depresi.

5) Kajian Biologis Menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzo diaz epindes. Reseptor ini, mungkin membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam aminobutirik-gamma neroregulator (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan, sebagaimana halnya endorphin. Selain itu, telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi; terhadap kecemasan. Kecemasan mungkin disertai gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stres.

b. Faktor Presipitasi

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.

4. Penatalaksanaan (Faktor-faktor yang dapat mengurangi tingkat kecemasan) sebagai berikut:

a. Represi

Tindakan untuk mengalihkan atau melupakan hal atau keinginan yang tidak sesuai dengan hati nurani. Represi juga bisa diartikan sebagai usaha untuk menenangkan atau meredam diri agar tidak timbul dorongan yang tidak sesuai dengan hatinya

b. Relaksasi

Mengatur posisi tidur dan tidak memikirkan masalah dan rekreasi bisa menurunkan kecemasan dengan cara tidur yang cukup, mendengarkan musik, tertawa dan memperdalam ilmu agama.

c. Komunikasi perawat

Komunikasi yang disampaikan perawat pada pasien dengan cara memberi informasi yang lengkap mulai pertama kali pasien masuk dengan menetapkan kontrak untuk hubungan profesional mulai dari fase orientasi sampai dengan terminasi atau yang disebut dengan komunikasi terapeutik.

d. Psikofarmaka

Pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan seperti diazepam, bromazepam dan alprazolam yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neurotransmitter (sinyal penghantar saraf) di susunan saraf pusat otak.

e. Psikoterapi

Merupakan terapi kejiwaan dengan memberi motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta kepercayaan diri.

f. Psikoreligius

Dengan doa dan dzikir, Doa adalah mengosongkan batin dan memohon kepada Tuhan untuk mengisinya dengan segala hal yang kita butuhkan. Dalam doa umat mencari kekuatan yang dapat melipatgandakan energi yang hanya terbatas dalam diri sendiri dan melalui hubungan dengan doa tercipta hubungan yang dalam antara manusia dan Tuhan. Terapi medis tanpa disertai dengan doa dan dzikir tidaklah lengkap, sebaliknya doa dan dzikir saja tanpa terapi medis tidaklah efektif.

A. Asuhan Keperawatan Ansietas pada pasien pre operasi apendiktomi

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah langkah awal dari tahapan proses yang harus memperhatikan data dasar sekunder dan primer. Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Informasi yang didapat dari klien adalah data primer, dan data yang didapat dari orang lain adalah data skunder, catatan kesehatan klien, informasi atau laporan laboratorium, tes diagnostic, keluarga dan orang yang terdekat atau anggota tim kesehatan merupakan pengkajian data dasar. Pengkajian data dasar pada hernia antara lain. (Diyono, 2010) :

a. Anamnesis

1) Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, no. register, tanggal MRS, Diagnosis medis.

2) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada Pre Operasi Apendiktomi adalah Kecemasan . Kecemasan tersebut bisa tingkat ringan ,sedang,dan bahkan berat. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang Kecemasan klien pengkajian meliputi

Kecemasan ringan adalah perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus. Stimulasi sensori meningkat dan membantu individu memfokuskan perhatian untuk belajar, menyelesaikan masalah, berpikir, bertindak, merasakan, dan melindungi diri sendiri. Cemas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari sehingga dan menyebabkan seseorang individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya.

Tanda dan gejala kecemasan ringan

- a) Respon Fisiologis yaitu sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, gangguan mental pada lambung
- b) Respon Kognitif yaitu lapang persepsi meluas, mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah dan menyelesaikan masalah secara efektif
- c) Respon Perilaku dan emosi yaitu tidak dapat duduk atau baring dengan tenang, tremor kedua pada tangan dan suara kadang-kadang meninggi

Kecemasan sedang merupakan perasaan yang mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda; Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya. Karakteristik Kecemasan Sedang

- a) Respon Fisiologis yaitu sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare/ Konstipasi

- b) Respon Kognitif yaitu Lapang persepsi menyempit, tidak mampu menerima rangsangan dari luar, dan berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya
 - c) Respon perilaku dan Emosi yaitu Gerakan tersentak /meremas tangan, bicara banyak dan lebih cepat, insomnia, perasaan tidak aman dan gelisah
- 1) Kecemasan berat, yakni ada sesuatu yang berbeda dan ada ancaman, memperlihatkan respons takut dan distress. Kecemasan berat dengan ciri-ciri persepsi menjadi terganggu, perasaan tentang terganggu atau takut meningkat, komunikasi menjadi terganggu dan mengalami peningkatan tanda-tanda vital. Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain. Karakteristik Kecemasan berat
- a) Respon Fisiologis yaitu Nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur dan ketegangan
 - b) Respon Kognitif yaitu Lapang persepsi sangat sempit, tidak mampu menyelesaikan masalah
 - c) Respon Perilaku dan emosi yaitu Perasaan adanya ancaman meningkat, verbalisasi cepat dan blocking.
- 2) Panik, individu kehilangan kendali dan detail perhatian hilang, karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Panik dengan ciri-ciri perasaan terancam, gangguan realitas, tidak mudah berkomunikasi, kombinasi dari gejala-gejala fisik yang disebutkan diatas dengan peningkatan tanda-tanda vital lebih awal dari tanda panik, Tetapi akan lebih buruk jika intervensi yang dilakukan gagal dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain. Karakteristik Kecemasan Panik
- a) Respon Fisiologis yaitu Nafas Sering pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, dan aktivitas motorik meningkat
 - b) Respon Kognitif yaitu Lapang persepsi sangat sempit, Kehilangan pemikiran, dan tidak dapat melakukan apa-apa.

c) Respon Kognitif yaitu Lapang persepsi sangat sempit, Kehilangan pemikiran, dan tidak dapat melakukan apa-apa Respon Fisiologis, Perilaku, Kognitif dan Afektif Terhadap Kecemasan, kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku dan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan kecemasan. Intensitas perilaku akan meningkat sejalan dengan tingkat kecemasan.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab Kecemasan dan memberi petunjuk tentang tingkat kecemasan pasien serta cara mengatasi kecemasannya. Serta apakah memiliki penyakit-penyakit lain seperti diabetes, hipertensi, dll.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan kongenital dan kebiasaan sering menjadi beban bagi pasien sehingga menimbulkan rasa cemas yang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya Kecemasan.

e. Riwayat Psikososial

Merupakan respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

f. Pola-Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pada kasus pre Operasi apendik akan timbul kecemasan terhadap tindakan yg akan dilakukan dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup klien seperti penggunaan obat pengkonsumsian alkohol yang bisa mengganggu keseimbangannya dan apakah klien melakukan olahraga atau tidak.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan penyebab masalah dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama protein. Selain itu obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien.

3) Pola Eliminasi

Untuk kasus Apendiksitis biasanya terjadi konstipasi gangguan pada pola eliminasi, perlu juga dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feces pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi uri dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah.

4) Pola Aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas klien terutama pekerjaan klien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya kecemasan dibanding pekerjaan yang lain.

5) Pola Hubungan dan Peran

Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena klien harus menjalani rawat inap.

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada Pasien Pre Operasi Apendiksitis yaitu timbul ketakutan akan Tindakan yang akan dilakukan , rasa cemas/ ansietas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan body image).

7) Pola Sensori dan Kognitif

Pada klien Apendiksitis daya geraknya berkurang terutama pada bagian ekstrimitas bawah, begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan. Selain itu juga, timbul rasa nyeri.

8) Pola Reproduksi Seksual

Dampak pada klien Apendiksitis yaitu, klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami klien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya.

9) Pola Penanggulangan Stress

Pada klien Apendiksitis timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu ketakutan timbul akan kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme koping yang ditempuh klien bisa tidak efektif.

10) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk klien Apendiksitis tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak klien.

g. Pemeriksaan fisik

Dibagi menjadi dua jenis yaitu pemeriksaan umum (status generalisata) untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (lokalis). Hal ini perlu untuk dapat melaksanakan total care karena ada kecenderungan dimana spesialisasi hanya memperlihatkan daerah yang lebih sempit tetapi lebih mendalam.

1) Gambaran Umum

Perlu menyebutkan:

- a) Keadaan umum: baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda, seperti:
 - (1) Kesadaran penderita: apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan klien.
 - (2) Kesakitan, keadaan penyakit: akut, kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus Apendiksitis biasanya Kecemasan .
 - (3) Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.

2) Secara sistemik

B1-B6 merupakan pemeriksaan fisik yang mengacu pada tiap bagian organ yang meliputi :

- a) B1 (*breathing*) merupakan pengkajian bagian organ pernapasan.
- b) B2 (*blood*) merupakan pengkajian organ yang berkaitan dengan sirkulasi darah, yakni jantung dan pembuluh darah.
- c) B3 (*brain*) merupakan pengkajian fisik mengenai kesadaran dan fungsi persepsi sensori.
- d) B4 (*bladder*) merupakan pengkajian sistem urologi.
- e) B5 (*bowel*) merupakan pengkajian sistem digestive atau pencernaan.
- f) B6 (*bone*) merupakan pengkajian sistem muskuloskeletal dan integumen.

Seluruh rangkaian pemeriksaan fisik tersebut bisa dilakukan dengan I-P-P-A (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi), kecuali bagian B5 yang dilakukan secara I-A-P-P. Karena jika dilakukan perkusi dan palpasi sebelum diauskultasi pada bagian abdomen, dikhawatirkan akan mengubah frekuensi bising usus yang dievaluasi.

Inspeksi adalah melihat, palpasi adalah meraba, perkusi adalah mengetuk menggunakan jari, dan auskultasi adalah mendengar menggunakan stetoskop. Pengkajian dilakukan secara berurutan dan didokumentasikan pada lembar pengkajian.

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial (Hidayat, 2021). Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien pre

operasi Apendiksitis adalah Kecemasan berhubungan dengan Krisis situasional di buktikan dengan gejala dan tanda mayor meliputi : Subyektif : Merasa bingung,khawatir,sulit berkonsentrasi ,Tanda Obyektif : Tampak gelisah ,Tegang,Sulit tidur

4. Rencana Keperawatan

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2018) intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Adapun intervensi keperawatan yang diberikan sesuai dengan Diagnosis yang diprioritaskan ialah sebagai berikut:

Tabel 1
Rencana Keperawatan Ansietas Pada Pasien Pre Operasi Apendiktomy

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3
<p>Ansietas</p> <p>Definisi:</p> <p>Kondisi Emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yg tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yg memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p>Penyebab:</p> <p>1.Krisis situasional</p> <p>2.Kebutuhan tidak terpenuhi</p> <p>3.Krisis maturasional</p> <p>4.Ancaman terhadap</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 X 30 menit diharapkan Ansietas dengan kriteria hasil :</p> <p>Verbalisasi kebingungan (5)</p> <p>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi (5)</p> <p>Prilaku gelisah(5)</p> <p>Prilaku tegang (5)</p> <p>Keluhan pusing (5)</p> <p>Anoreksia(5)</p> <p>Palpitasi (5)</p> <p>Frekwensi pernapasan(5)</p> <p>Frekwensi Nadi (5)</p>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <p>-Identifikasi saat ansietas</p> <p>-Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</p> <p>-Monitor tanda tanda ansietas</p> <p>Terapeutik</p> <p>-Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>-Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</p> <p>-Pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>-Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>-Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>-Tempatkan barang pribadi yang memberi kenyamanan</p>

konsep diri	Tekanan Darah (5)	-Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
5.Ancaman terhadap kematian	Diaporosis(5)	-Diskusikan perencanaan yang realitis tentang peristiwa yang akan datang
6.Kekawatiran mengalami kegagalan	Tremor(5) Pucat(5)	Edukasi
7.Disfungsi sistem keluarga	Konsentrasi (5)	-Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami
8.Hubungan orang tua anak tidak memuaskan	Pola tidur(5) Perasaan keberdayaan(5)	-Imformasikan secara faktual mengenai diagnosis pengobatan dan prognosis
9.Faktor keturunan	Kontak mata (5)	-Anjurkan keluarga tetap bersama pasien
10.Penyalahgunaan zat	Pola berkemih(5) Orientasi (5)	-Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompotitip,sesuai kebutuhan
11.Terpapar bahaya lingkungan		-Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
12.Kurang terpapar informasi		-Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
Gejala dan Tanda Mayor		-Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
Subjektif		-Latih tehnik relaksasi
1.Merasa bingung		Kolaborasi
2.Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi		Kolaborasi pemberian obat ansietas, <i>jika perlu</i>
3.Sulit berkonsentrasi		
Objektif		
1.Tampak gelisah		
2.Tampak tegang		
3.Sulit tidur		
Gejala dan tanda minor		
Subyektif		
1.Mengeluh pusing		
2.Anoreksia		
3.Palpitasi		
4.Merasa tidak berdaya		

Obyektif

1.Frekwensi nafas meningkat

2.Frekwensi nadi meningkat

3.Tekanan darah meningkat

4.Diaporesis

5.Tremor

6.Muka tampak pucat

7.Suara bergetar

8.Kontak mata buruk

9.Sering berkemih

10.Berorientasi pada masa lalu

Kondisi klinis terkait

1.Penyakit kronis progresip

2.Penyakit akut

3.Hospitalisasi

4.Rencana operasi

5.Kondisi diagnosis penyakit belum jelas

6.Penyakit Neurologis

7.Tahap tumbuh kembang

(PPNI, 2017),(PPNI, 2018),(PPNI, 2019)

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatuskesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil

yang diharapkan (Hidayat, 2021).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Menurut Nursalam, 2011, evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu:

a. Evaluasi formatif

Hasil observasi dan analisis perawat terhadap respon segera pada saat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. Evaluasi sumatif

Merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP.

- 1) Subjektif : pasien tidak mengeluh bingung,kawatir,dan sulit berkonsentrasi
- 2) Objektif : pasien tidak gelisah,tegang dan pasien tidak kesulitan tidur
- 3) Analisis : Ansietas berkurang
- 4) *Planning* : Lanjutkan Intervensi