



## Changes of Symptoms and The Ability of Anxiety Patients After Exercise of Thought Stopping and Family Psychoeducation

Sri Laela<sup>1</sup>, Mustikasari<sup>2</sup>, Ice Yulia Wardani<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Akademi Keperawatan Manggala Husada Jakarta

<sup>2,3</sup> Universitas Indonesia

### Article Info

#### Article History:

Accepted Jan 15th 2018

#### Key words:

Anxiety  
family psychoeducation  
Thought stopping

### Abstract

Patients with degenerative disease were hospitalized may experience an anxiety psychological problem affecting the condition of the illness. The handling of this case aims to determine the change of symptom signs and ability of anxiety patients after exercise thought stopping and family psychoeducation. The design was case study with 25 participants. The analysis was performed on symptoms and abilities of patients and families before and after nursing intervention, thought stopping and family psychoeducation. The case handling on the same topic has been done before, but that distinguishes the author using Peplau's interpersonal theory approach. This makes its different and important to do. The result of the case handling shows the age of 18-60 years, female 13 people, men 12 people, Sundanese and the decreased signs of anxiety symptoms, also the increased the ability of families in caring for family members who experienced anxiety. Nursing intervention, thought stopping and family psychoeducation are recommended as nursing therapy for patients anxiety with degenerative diseases.

### PENDAHULUAN

Kondisi sehat merupakan harapan dan keinginan setiap individu untuk menjalankan kehidupannya secara produktif dan berkualitas. UU Kesehatan No.36 tahun 2009 pasal 144 (1) menyatakan upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa.

Kondisi sakit merupakan keadaan dimana fungsi fisik, emosional, intelektual, sosial,

perkembangan atau spiritual sedang menurun atau terganggu dibandingkan keadaan sebelumnya yang ditandai dengan penyimpangan status kesehatan normal (Chang 2010).

Penyakit degeneratif adalah penyakit yang timbul akibat kemunduran fungsi sel tubuh yaitu dari keadaan normal menjadi lebih buruk (Sheps, 2005). Salah satu penyakit degeneratif yaitu stroke. Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terputus akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah, sehingga terjadi kematian sel - sel pada sebagian area di otak (Mardjono, 2013). Menurut WHO

Corresponding author:

Sri Laela

[srilaela13@gmail.com](mailto:srilaela13@gmail.com)

Media Keperawatan Indonesia, Vol 1 No 1, February 2018

e-ISSN: 2615-1669

DOI:10.26714/mki.1.1.2018.1-11

(2014) didapati 15 juta orang menderita stroke diseluruh dunia. Insidensi stroke di Amerika mencapai 795.000 pertahun dan terdapat seorang meninggal dalam setiap empat menit akibat stroke (National Center for Chronic Disease, 2014). Berdasarkan Riskesdas (2013) prevalensi stroke di Indonesia 12,1 per 1000 penduduk. Dalam jumlah total pada tahun 2030 diprediksi akan ada 52 juta jiwa kematian per tahun atau naik 14 juta jiwa dari 38 juta jiwa pada tahun ini. Lebih dari dua pertiga (70%) dari populasi global akan meninggal akibat penyakit degeneratif (Pusat data Kemenkes, 2014). WHO (2003) menyebutkan bahwa 30% pasien stroke mengalami masalah psikososial.

Masalah psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu baik yang bersifat psikologis ataupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa, atau sebaliknya masalah kesehatan jiwa yang berdampak pada lingkungan sosial (Depkes, 2011). Masalah psikososial yang muncul pada pasien dengan penyakit degeneratif, seperti stroke yaitu ansietas, gangguan citra tubuh, gangguan harga diri rendah, ketidakberdayaan, keputusasaan (Keliat et al, 2007). Penelitian di beberapa puskesmas di Jawa Barat menunjukkan, 20-24% klien yang datang dengan keluhan fisik memperlihatkan gangguan jiwa ringan, seperti ansietas.

Ansietas merupakan gangguan psikososial yang sering terjadi pada setiap individu (Videbeck, 2011). Ansietas sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, takut, tidak tenang disertai berbagai keluhan fisik (Stuart, 2013). Pasien merasa takut terhadap penyakitnya, tidak dapat sembuh, khawatir dengan program pengobatan dan biaya pengobatan yang tinggi. Tanda gejala yang muncul pada pasien diantaranya: sulit tidur, tidak nafsu makan, wajah tampak tegang, mulut kering dan penurunan aktifitas.

Kemampuan yang dimiliki pasien dalam mengatasi ansietas: curhat dengan suami, istighfar dan berdoa.

Tindakan keperawatan generalis yang dilakukan untuk mengurangi ansietas di antaranya: tarik nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual. Tindakan keperawatan spesialis yang diberikan pada pasien ansietas dengan penyakit degeneratif diantaranya adalah terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga. Terapi penghentian pikiran merupakan sebuah tehnik penghentian pikiran yang dipelajari sendiri oleh seseorang yang dapat digunakan ketika seseorang ingin menghilangkan pikiran yang mengganggu dan pikiran yang tidak diinginkan secara sadar (Townsend, 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Agustarika (2009), Naikare & Kale (2015) menyebutkan bahwa terapi penghentian pikiran efektif dalam mengatasi ansietas. Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu bentuk perawatan kesehatan jiwa pada keluarga dengan memberikan informasi dan pendidikan secara terapeutik. Penelitian Silitonga, Keliat dan Wardani (2013) menyebutkan bahwa psikoedukasi keluarga mampu meningkatkan kemampuan keluarga dalam menurunkan kondisi ansietas.

Asuhan keperawatan pada pasien ansietas menggunakan pendekatan teori interpersonal Peplau, yang menekankan kepada interpersonal relationship. Hubungan perawat dan pasien terbentuk dari hasil proses interaktif antara perawat dan pasien. Proses interaktif ini terjadi karena adanya kebutuhan pasien sebagai individu dan perawat sebagai terapis. Teori hubungan interpersonal ini menurut penulis dapat dipakai untuk menganalisa pasien ansietas yang dirawat di rumah sakit, sehingga dapat dianalisis mendalam tentang efektifitas latihan penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga pada pasien ansietas.

Penulis melakukan praktik selama sembilan minggu di ruang Antasena RSMM, Bogor pada periode 13 Februari - 14 April 2017. Ruang Antasena merupakan ruang rawat inap kelas 2 dan 3 untuk pasien dewasa dengan penyakit fisik.

Hasil observasi tentang kemampuan dalam mengatasi ansietas (2017, Februari), penulis menemukan bahwa belum semua perawat diruangan mengajarkan cara mengatasi ansietas ke pasien yang sedang dirawat yang memiliki tanda - tanda ansietas. Hanya beberapa perawat yang sudah mengajarkan tehnik nafas dalam untuk mengurangi ansietas, meskipun tehniknya belum benar, bahkan ada juga perawat yang hanya menyuruh pasien untuk tarik nafas dalam, tanpa mendemonstrasikan terlebih dahulu ke pasien.

Hasil wawancara tentang tanda gejala ansietas yang dilakukan penulis pada dua pasien stroke yang sedang dirawat diruang antasena (2017, Februari), pasien mengatakan cemas akan kondisi sakitnya, takut jika penyakitnya bertambah parah/lumpuh, sedih karena harus dirawat, terpisah dari keluarganya, bahkan masalah ini membuat pasien tidak nafsu makan dan tidak bisa tidur. Pasien juga mengatakan bahwa selama tiga hari dirawat diruang perawatan belum mendapatkan informasi kesehatan tentang cara mengatasi ansietas.

Untuk mengatasi masalah ansietas, maka penulis mengukur tanda gejala dan kemampuan pasien ansietas kemudian melakukan tindakan keperawatan generalis, terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga. Berdasarkan data tersebut penulis tertarik untuk melakukan laporan kasus tentang perubahan tanda gejala dan kemampuan pasien ansietas setelah latihan penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga.

Tujuan penanganan kasus ini adalah secara umum diketahui perubahan tanda gejala dan kemampuan setelah latihan

penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga. Tujuan khusus penanganan kasus ini adalah diketahui karakteristik pasien ansietas, diketahui perbedaan tanda gejala dan kemampuan pasien setelah tindakan keperawatan generalis, dan diketahui perbedaan tanda gejala dan kemampuan setelah terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga.

## **METODE**

Penanganan kasus ini mengobservasi tanda gejala dan kemampuan sebelum dan sesudah perlakuan. Kriteria inklusi pada penanganan kasus ini: pasien yang mengalami penyakit degeneratif, memiliki care giver, minimal mengalami ansietas sedang, mampu membaca dan menulis, merupakan pasien kelolaan. Kegiatan dimulai dari pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan. Pengumpulan data pre-test dilakukan sebelum diberikan tindakan keperawatan generalis, sedangkan Post test pertama dilakukan setelah selesai tindakan keperawatan generalis yaitu pada hari pertama dan post test kedua dilakukan setelah selesai terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga, yaitu hari ke empat. Penulis menggunakan instrumen evaluasi tanda gejala dan kemampuan yang direkomendasikan dari FIK UI. Instrumen ini pernah digunakan pada oleh Hidayati, L.N., Keliat, B.A., dan Wardani (2016).

Asuhan keperawatan yang penulis lakukan pada hari pertama pasien diberikan tindakan keperawatan generalis terlebih dahulu (tarik nafas dalam, distraksi. Hipnotis lima jari dan spiritual), setelah itu dilanjutkan dengan terapi psikoedukasi untuk keluarga (sesi 1 dan 2), hari kedua penulis melakukan terapi penghentian pikiran sesi 1 dan psikoedukasi keluarga sesi 3, hari ketiga penulis melanjutkan terapi penghentian pikiran sesi 2 dan psikoedukasi keluarga sesi 4, selanjutnya pada hari ke empat penulis melakukan terapi penghentian pikiran sesi 3 dan psikoedukasi keluarga sesi 5.

Terapi penghentian pikiran terdiri dari 3 Sesi, pertama: mengidentifikasi peristiwa yang tidak menyenangkan dan pikiran yang mengganggu yang muncul akibat peristiwa tersebut, kemudian melatih pasien memutuskan pikiran yang mengganggu dengan hitungan teratur (hitungan 5), sesi kedua: melatih pasien memutuskan pikiran yang mengganggu dengan hitungan bervariasi (hitungan 7, 10) dan sesi ketiga: evaluasi manfaat yang dirasakan setelah latihan penghentian pikiran.

Terapi psikoedukasi keluarga terdiri dari 5 sesi. Sesi pertama: mengidentifikasi masalah pribadi yang dihadapi caregiver, masalah yang dihadapi dalam merawat anggota keluarga yang sakit, sesi kedua: menjelaskan cara merawat, sesi ketiga: manajemen stress, sesi keempat: manajemen beban dan sesi kelima: penggunaan sistem pendukung yang dimiliki.

Asuhan keperawatan yang dilaksanakan menggunakan model konsep hubungan interpersonal yang menekankan pada interpersonal relationship yang terdiri dari fase orientasi, identifikasi, eksploitasi dan resolusi.

**HASIL**

Karakteristik responden pada 25 pasien diruang Antasena berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan dan status pernikahan dijelaskan pada tabel.1

Tabel 1 Distribusi frekuensi karakteristik pasien ansietas

No	Kategori	Jumlah	Prosentase
1	Jenis kelamin:		
	a. Laki - laki	12	48%
	b. Perempuan	13	52%
2	Usia :		
	a. Dewasa	14	56%
	b. Lansia	11	44%

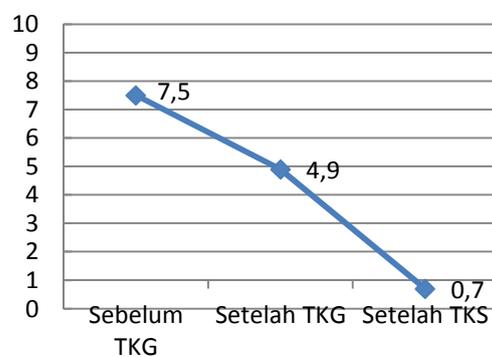
No	Kategori	Jumlah	Prosentase
3	Pendidikan :		
	a. Tidak sekolah	2	8%
	b. SD	18	72%
	c. SMP	4	16%
	d. SMA	1	4%
4	Pekerjaan :		
	a. Bekerja	9	36%
	b. Tidak bekerja	16	64%
5	Status pernikahan :		
	a. Belum menikah	3	12%
	b. Menikah	18	72%
	c. Janda / Duda	4	16%

Jenis kelamin perempuan 13 pasien (52%), usia dewasa 14 pasien (56%), SD 18 pasien (72%), tidak bekerja 16 pasien (64%) dan menikah 18 pasien (72%).

**Perubahan tanda gejala pasien ansietas sebelum dan sesudah tindakan keperawatan generalis, terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga**

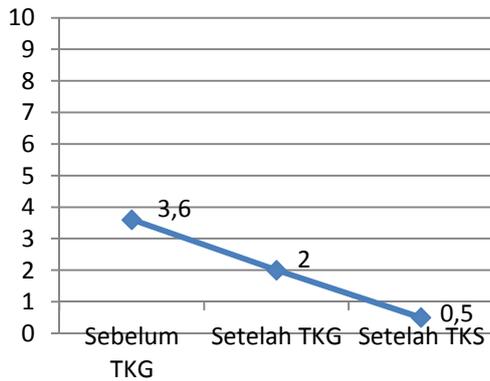
Hasil penanganan kasus tentang perubahan tanda gejala pasien ansietas meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial sebelum dan sesudah tindakan keperawatan generalis, terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Grafik 1. Perubahan tanda gejala ansietas berdasarkan respon kognitif sebelum dan sesudah tindakan keperawatan generalis, penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga (n=25)

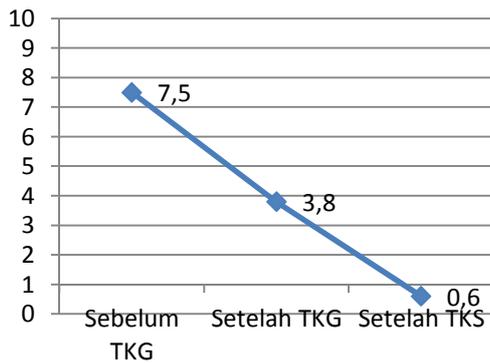


Grafik 2. Perubahan tanda gejala ansietas berdasarkan respon afektif sebelum dan sesudah tindakan keperawatan generalis,

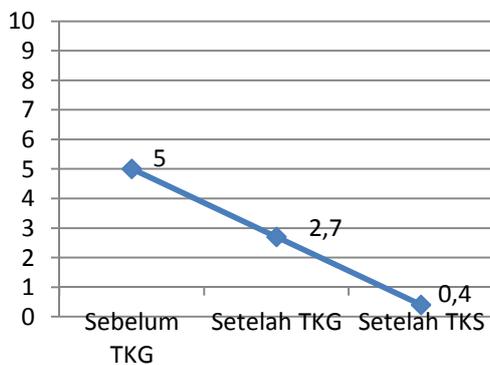
penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga (n=25)



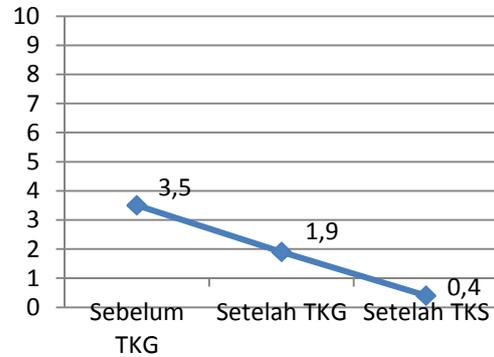
Grafik 3. Perubahan tanda gejala ansietas berdasarkan respon fisiologis sebelum dan sesudah tindakan keperawatan generalis, penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga (n=25)



Grafik 4. Perubahan tanda gejala ansietas berdasarkan respon perilaku sebelum dan sesudah tindakan keperawatan generalis, penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga (n=25)



Grafik 5. Perubahan tanda gejala ansietas berdasarkan respon sosial sebelum dan sesudah tindakan keperawatan generalis, penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga (n=25)



Tabel. 2 Perubahan kemampuan pasien ansietas sebelum dan sesudah tindakan keperawatan generalis, terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga di ruang Antasena, Periode 13 Feb - 14 Apr 2017 (n=25)

No	Respons	Pre	Post I	Post II
<b>Kemampuan pasien</b>				
1	Mengenal ansietas	0	20	25
2	Tarik nafas dalam	0	15	25
3	Distraksi	7	17	25
4	Hipnotis lima jari	0	11	18
5	Spiritual	18	25	25
6	Mengidentifikasi peristiwa yang tidak menyenangkan	0	0	25
7	Mengidentifikasi pikiran yang mengganggu	0	0	25
8	Memutuskan pikiran yang mengganggu	0	0	20
<b>Rata - rata kemampuan</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>7,5</b>
<b>Kemampuan Keluarga</b>				
1	Menyebutkan masalah yang dihadapi	7	13	25

No	Respons	Pre	Post	
			I	II
2	Mengenal ansietas	0	13	25
3	Mengetahui cara merawat	4	17	25
4	Mampu menjelaskan follow up ke PKM	7	17	25
5	Memanage stress	0	0	25
6	Memanage beban keluarga	0	0	25
7	Memanfaatkan sumber pendukung	4	4	25
	<b>Rata - rata kemampuan</b>	<b>0,8</b>	<b>2,5</b>	<b>7</b>

## PEMBAHASAN

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan penulis menggunakan model hubungan interpersonal Peplau yang menekankan pada interpersonal relationship yang terdiri dari fase orientasi, identifikasi, eksploitasi dan resolusi.

### Orientasi

Pada tahap awal hubungan perawat dan pasien belum saling mengenal (fase orientasi), pasien merasa membutuhkan perawat sedangkan perawat berperan membantu dan memfasilitasi pasien untuk mengenali masalahnya dan menentukan apa yang diperlukan pasien. Menurut penulis fase ini sangat penting sekali karena keberhasilan dalam membina hubungan saling percaya dapat membantu dalam memasuki fase-fase selanjutnya.

### Identifikasi

#### 1. Karakteristik pasien

Pasien ansietas yang dirawat untuk jenis kelamin perempuan lebih banyak dibanding laki - laki. Hasil penelitian Hidayati et al (2016) menyatakan jenis kelamin paling banyak mengalami ansietas adalah pasien perempuan. Konsep teori biologi menyebutkan bahwa terdapat perbedaan kimiawi otak dengan jumlah yang lebih sedikit, sistem otak sebagai respons fight or flight yang

diaktivasi lebih siap pada perempuan dibandingkan laki - laki serta bertahan lebih lama.

Rata - rata usia pasien adalah 50 tahun (dewasa). Penelitian Li et al (2015) menyatakan pasien yang mengalami ansietas rata - rata berada pada usia dewasa yaitu >25 tahun dan usia ini berpengaruh terhadap ansietas. Analisa karakteristik usia dewasa cukup berpengaruh terjadinya ansietas berhubungan dengan tugas perkembangan yang kompleks.

Pasien yang dikelola tingkat pendidikannya bervariasi, namun paling banyak SD sejumlah 18 pasien (72%), hal ini sejalan dengan penelitian Strauss et al (2012) yang menyatakan pendidikan yang rendah dapat mempengaruhi cara mempersepsikan penyakit dan kemampuan coping yang dimiliki dalam menyelesaikan masalah.

Pasien ansietas yang dikelola sebagian besar tidak bekerja yaitu 16 pasien (64%). Penelitian yang dilakukan Yoo et al (2011) menyatakan bahwa pekerjaan pasien dapat berhubungan dengan efikasi diri dengan penyakit kronik. Pasien yang tidak bekerja cenderung memiliki efikasi diri rendah. Pendapatan yang rendah menjadi salah satu penyebab terjadinya ansietas. Kemiskinan disebabkan oleh status ekonomi yang rendah akan meningkatkan terjadinya masalah kesehatan jiwa (Stuart, 2013).

Pasien ansietas yang dikelola sebagian besar sudah menikah, Hal ini sesuai dengan penelitian Johnson et al (2008) bahwa gejala ansietas tidak bisa hilang dikarenakan kematian pasangan yang sebelumnya sangat bergantung pada pasangannya. Pasien pada usia dewasa sangat dipengaruhi dengan latar belakang sosial untuk terjadinya ansietas khususnya hubungan dengan pasangan dan keluarga.

## 2. Mengidentifikasi masalah dan kebutuhan pasien

Penulis menggunakan pengkajian Stuart: mengeksplorasi perasaan pasien dalam menerima penyakit, mengkaji tanda gejala ansietas dan kemampuan yang dimiliki untuk mengatasi masalahnya. Pada fase ini penulis menemukan data kognitif tentang pikiran yang mengganggu yang dimiliki pasien terkait kondisi sakitnya yang membuat ansietas (khawatir penyakitnya bertambah parah, takut lumpuh, merepotkan keluarga dan kepikiran anak dirumah).

### **Eksplorasi**

Penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, diawali dengan tindakan keperawatan generalis yaitu menjelaskan tentang ansietas (pengertian, penyebab, tanda gejala dan cara mengatasi), mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual, kemudian dilanjutkan dengan memberikan tindakan keperawatan spesialis yaitu terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga.

### **Resolusi**

Fase resolusi merupakan tahap akhir hubungan perawat dan pasien, setelah semua sesi terapi selesai diberikan, penulis mengevaluasi tanda gejala dan kemampuan yang dimiliki pasien dan keluarga dalam mengatasi ansietas.

## 1. Perubahan tanda gejala ansietas setelah tindakan keperawatan generalis

Tanda gejala pada respon kognitif yang dialami pasien rata – rata 8 dari 17 tanda gejala ansietas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan generalis (tarik nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual) masih tersisa tanda gejala ansietas. Rata – rata 5 dari 17 tanda gejala kognitif. Pemberian tindakan keperawatan generalis mampu menurunkan 9 tanda gejala yang ada. Pada respon kognitif yang paling banyak adalah penurunan lapang persepsi

sebanyak 17 pasien. Respon kognitif ini merupakan ketidakmampuan pasien dalam menghadapi stressor yang dialami karena dipengaruhi juga oleh kemampuan coping seseorang yang berkaitan dengan pengalaman pasien dalam menghadapi stressor (Stuart, 2013). Pasien yang tidak mampu merespon secara adaptif, maka akan mengalami ansietas.

Tanda gejala pada respons afektif yang dialami pasien ansietas rata – rata 4 dari 14 tanda gejala ansietas. Setelah tindakan keperawatan generalis diberikan masih tersisa tanda gejala ansietas. Pada respon afektif yang paling banyak adalah merasa khawatir 15 pasien, dengan rata – rata terdapat 2 dari 14 tanda gejala afektif. Tindakan keperawatan generalis mampu menurunkan 11 tanda gejala yang ada. Respons afektif sebagai reaksi emosi menghadapi stressor yang dipengaruhi kemampuan jangka panjang terhadap situasi yang mengancam atau membahayakan sehingga dapat berpengaruh pada kestabilan yang dapat menyebabkan ansietas (Stuart. 2013).

Tanda gejala pada respons fisiologis yang dialami pasien rata – rata 8 dari 21 tanda gejala ansietas. Setelah tindakan keperawatan generalis diberikan masih tersisa tanda gejala ansietas. Pada respon fisiologis yang paling banyak adalah wajah tegang, gangguan pola tidur dan jantung berdebar sebanyak 12 pasien, dengan rata – rata terdapat 4 dari 21 tanda gejala fisiologis.

Tanda gejala pada respons fisiologis yang muncul pada pasien merupakan interaksi neuroendokrin akibat adanya stressor dan akan berpengaruh terjadinya homeostatis dalam tubuh (Sadock et al 2015). Respons tubuh akan beradaptasi menghadapi stressor yang berakibat adanya perubahan fisik dari tubuh pasien ansietas.

Tanda gejala pada respons perilaku yang dialami pasien ansietas rata – rata 5 dari 10 tanda gejala ansietas. Setelah tindakan keperawatan generalis diberikan masih tersisa tanda gejala ansietas. Pada respon perilaku yang paling banyak adalah penurunan produktifitas sebanyak 13 pasien, dengan rata – rata terdapat 3 dari 10 tanda gejala perilaku.

Tanda gejala pada respons sosial yang dialami pasien ansietas rata – rata 4 dari 6 tanda gejala ansietas. Setelah tindakan keperawatan generalis diberikan masih tersisa tanda gejala ansietas. Pada respon sosial yang paling banyak adalah kurang inisiatif sebanyak 12 pasien, dengan rata – rata terdapat 2 dari 6 tanda gejala sosial.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Agustarika et al (2009), Aly (2010), Baldwin dan Leonard (2013), Silva dan Vinny (2014), Neeru et al (2015), Li et al (2015) yang menyebutkan bahwa tindakan keperawatan generalis mampu menurunkan ansietas.

## 2. Perubahan tanda gejala ansietas setelah terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga

Tanda gejala pada respons kognitif yang dialami pasien ansietas rata – rata 5 dari 17 tanda gejala ansietas. Setelah tindakan keperawatan ners spesialis diberikan masih tersisa tanda dan gejala ansietas. Pada respon kognitif yang paling banyak adalah mudah lupa sebanyak 4 pasien, dengan rata – rata terdapat 1 dari 17 tanda gejala kognitif. Terjadi penurunan tanda gejala kognitif setelah diberikan tindakan spesialis.

Tanda gejala pada respons afektif yang dialami pasien ansietas rata – rata 2 dari 14 tanda gejala ansietas. Setelah tindakan keperawatan spesialis diberikan masih tersisa tanda dan gejala ansietas. Pada respon afektif yang paling banyak adalah merasa khawatir 4 pasien,

dengan rata – rata terdapat 1 dari 14 tanda gejala afektif.

Tanda gejala pada respons fisiologis yang dialami pasien ansietas rata – rata 4 dari 21 tanda gejala ansietas. Setelah tindakan keperawatan spesialis diberikan masih tersisa tanda gejala ansietas. Pada respon fisiologis yang paling banyak adalah gangguan pola tidur sebanyak 3 pasien, dengan rata – rata terdapat 1 dari 21 tanda gejala fisiologis.

Tanda gejala pada respons perilaku yang dialami pasien ansietas rata – rata 3 dari 10 tanda gejala ansietas. Setelah tindakan keperawatan spesialis diberikan masih tersisa tanda dan gejala ansietas. Pada respon perilaku yang paling banyak adalah penurunan produktifitas sebanyak 5 pasien, dengan rata – rata terdapat 1 dari 10 tanda gejala perilaku.

Tanda gejala pada respons sosial yang dialami pasien ansietas rata – rata 2 dari 6 tanda gejala ansietas. Setelah tindakan keperawatan spesialis diberikan masih tersisa tanda gejala ansietas. Pada respon sosial yang paling banyak adalah sulit menikmati kegiatan sehari – hari sebanyak 4 pasien, dengan rata – rata terdapat 1 dari 6 tanda gejala sosial.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Pasaribu et al (2012), Naikare et al, (2015), Laela et al (2016), Bakker (2009) yang menyebutkan bahwa terapi penghentian pikiran efektif menurunkan tingkat ansietas.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan generalis dan spesialis: terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga ternyata masih tersisa 1 tanda gejala dari setiap respon. Respon kognitif: mudah lupa, respon afektif: merasa khawatir, respon fisiologis: sulit tidur, respon perilaku: penurunan

produktivitas dan respon sosial: sulit menikmati kegiatan sehari – hari. Hal ini menunjukkan bahwa dibutuhkan terapi tambahan untuk menuntaskan tanda gejala ansietas, seperti terapi pikiran.

Hasil studi literatur menunjukkan bahwa intervensi psikologis yang paling efektif untuk menurunkan ansietas pada pasien stroke adalah support group therapy, education, cognitive therapy (Newell et al, 2002). Terapi kognitif merupakan terapi untuk mengatasi ansietas dengan berfokus untuk mengenali pikiran otomatis negatif (Kazantzis et al, 2010). Terapi kognitif merupakan suatu bentuk psikoterapi yang dapat melatih pasien untuk mengubah cara menafsirkan dan memandang segala sesuatu pada saat mengalami kekecewaan, sehingga merasa lebih baik dan dapat bertindak lebih produktif. Terapi kognitif diberikan secara individual sehingga pasien mampu mempunyai pemikiran yang sehat yang dapat membentuk koping yang adaptif dalam menyelesaikan masalahnya.

Hasil penelitian Pasaribu et al (2012) menyebutkan bahwa terapi pikiran dan penghentian pikiran mampu menurunkan ansietas dan meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran negatif.

### 3. Perubahan kemampuan pasien dan keluarga

Kemampuan pada pasien ansietas rata – rata 1 dari 8 kemampuan ansietas. Setelah diberikan tindakan keperawatan generalis, pasien memiliki kemampuan 3 dari 8 kemampuan pasien ansietas. Kemampuan ini sangat diperlukan agar pasien dapat secara mandiri untuk menghadapi permasalahan (Stuart, 2013).

Setelah diberikan tindakan keperawatan spesialis (terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga), pasien memiliki kemampuan 8 dari 8 kemampuan pasien ansietas. Kemampuan pasien dalam

mengatasi ansietas seperti mampu mengenal tanda - gejala ansietas dan latihan dalam mengatasi ansietas sangat diperlukan agar pasien lebih mudah beradaptasi dengan masalahnya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Pederson et al (2015) menyatakan bahwa dukungan dari keluarga dapat mengurangi kesakitan dan dapat meningkatkan ketahanan tubuh dalam menghadapi penyakitnya.

Kemampuan keluarga pada pasien ansietas rata – rata 1 dari 7 kemampuan ansietas. Setelah diberikan tindakan keperawatan generalis, keluarga (care giver) memiliki kemampuan 3 dari 7 kemampuan keluarga.

Setelah diberikan tindakan keperawatan spesialis (terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga), keluarga (care giver) memiliki kemampuan 7 dari 7 kemampuan keluarga. Keluarga berperan dalam mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan kondisi kesehatan keluarga dan memutuskan tindakan yang akan dilakukan pada anggota keluarga yang sakit (Friedman, 2010).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurbani et al (2009), Rappee (2012), Pedersen et al (2015) yang menyebutkan bahwa psikoedukasi keluarga dapat membantu keluarga agar mandiri dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami pasien.

## SIMPULAN

Karakteristik pasien yang mengalami ansietas di ruang Antasena rata-rata berusia dewasa, jenis kelamin perempuan, pendidikan SD, pekerjaan sebagian besar tidak bekerja, status menikah.

Tindakan keperawatan generalis (tarik nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual) mampu menurunkan tanda gejala dan meningkatkan kemampuan pasien ansietas.

Tindakan keperawatan spesialis (terapi penghentian pikiran dan psikoedukasi keluarga) mampu menurunkan tanda gejala sisa dari tindakan keperawatan generalis dan meningkatkan kemampuan secara optimal pada pasien dan keluarga dalam mengatasi masalah ansietas, namun masih menyisakan 1 tanda gejala pada setiap respon. Oleh karena itu dibutuhkan terapi tambahan untuk menuntaskan tanda gejala ansietas, seperti terapi pikiran.

Perawat ruangan hendaknya melakukan tindakan keperawatan generalis (penkes tentang ansietas, mengajarkan tarik nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual) guna menurunkan ansietas pasien.

Pasien dan keluarga hendaknya melakukan tehnik rileksasi dan terus berlatih kemampuan dalam mengatasi ansietas yang sudah diajarkan oleh perawat di rumah sakit supaya tidak lupa.

Rumah Sakit hendaknya memiliki perawat spesialis jiwa guna memberikan asuhan keperawatan lanjutan pada pasien ansietas dengan penyakit degeneratif.

## REFERENSI

- Almatsier, S.(2010).Prinsip Dasar Ilmu Gizi.Jakarta : Agustarika, B. (2009). Pengaruh Terapi Thought Stopping terhadap Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD. Kab.Sorong. FIK UI. Tesis. Tidak dipublikasikan
- Aly, H.A (2010). Spirituality and Psychological Well-being in the Muslim Community: An Exploratory study. Dissertasion.United States:UMI Publishing
- Anxiety Disorder Association of America (ADAA). (2016). Anxiety Disorder Statistic.
- Bakker., G.M.(2009). In defence of thought stopping. Clinical Psychologist, Vol. 13, No. 2, July 2009, pp. 59-68.. The Australian Psychological Society
- Baldwin, D & Leonard. (2013). Anxiety Disorder. Switzerland : Karger
- Chang, E. (2010) Patofisiologi. Aplikasi pada praktik keperawatan. Jakarta. EGC
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). Stroke. Atlanta: Division for Heart Disease and Stroke Prevention
- Friedman, M.M. (2010) Keperawatan keluarga. Jakarta: EGC
- Johnson, J.G., Zhang, B., & Prigerson. H.G (2008). Investigation of a Developmental Model of Risk for Depression and Suicidality following spousal Bereavement. Suicide and Life Threatening Behavior. 38(1), 1-12
- Hidayati, L.N., Keliat, B.A., dan Wardani, I.Y. (2016). Penerapan terapi penghentian pikiran, Relaksasi Otot Progresif, Terapi kognitif dan Psikoedukasi keluarga pada klien Ansietas dengan penyakit fisik melalui pendekatan Teori Adaptasi Roy di rumah sakit umum. KIA. FIK UI
- Kazantzis, N., Reinecke, M.A., & Freeman, A. (2010). Cognitive and behavioral theories in clinical practice. New York: The Guilford Press
- Keliat, B.A. et al. (2007). Modul BC-CMHN. Jakarta: FIK-UI & WHO
- Laela, S., Keliat, B.A dan Mustikasari. (2016). Pengaruh thought stopping dan terapi suportif terhadap postpartum blues dan ansietas orangtua bayi prematur di ruang Perina – Nicu. Tesis. FIK UI
- Li, Y., Wang, R. (2015). PMR improves anxiety and depression of pulmonary arterial hypertension patients. Evidence based complementary and alternative medicine, doi:http//dx.doi.org/10.1155
- Mardjono, M., Sidharta, P., (2013). Neurologi Klinis Dasar. Jakarta: Dian Rakyat
- Naikare, V.R., Kale., P, Kanade., A.B. (2015).Thought Stopping Activity as Innovative Trend to Deal with Stresses.Journal of Psychiatric Nursing 2015; 4(2):63-66
- Neeru, Khakha, D,C., Satapathy, S. (2015). Impact deep breathing exercise on anxiety, psychological distress and quality of sleep of hospitalized older adult. Journal of psychosocial research, 10(2), 211-223. Retrieved from http://search.proquest.com

- Nurbani, Keliat, B.A., Nasution, Y.(2009). Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial ansietas dan beban keluarga (care giver) dalam merawat pasien stroke di RSCM. Tesis. FIK UI
- Padersen, P., Sogaard, H. J., Labriola, M. (2015). Effectiveness of psychoeducation in reducing sickness absence and improving mental health in individual at risk of having a mental disorder: A randomised controlled trial. *BMC Public Health* 15 Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1780304707>
- Pasaribu, J., Keliat, B. A. & Wardani, I.Y. (2012). Pengaruh terapi kognitif dan terapi penghentian pikiran terhadap perubahan ansietas, depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pasien kanker di RS Dharmais. Tesis. FIK UI
- Rahayu, D.A., Hamid, A.Y & Sabri, L. (2011). Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial pada anggota keluarga dengan penyakit kusta di kabupaten Pekalongan. Tesis. FIK UI
- Riset Kesehatan dasar (Riskesdas). (2013). Hasil Riskesdas 2013. Jakarta. Kemenkes RI
- Sheps, M. D & Sheldon, G. (2005). Mayo Clinic Hipertensi, Mengatasi tekanan darah tinggi. Jakarta: PT Duta Prima
- Silitonga, R.O., Keliat, B.A., dan Wardani, I.Y. (2013). Pengaruh ACT dan FPE terhadap kemampuan menerima dan berkomitmen serta mengatasi kondisi depresi dan ansietas pasien HIV/AIDS di RSCM. Tesis. FIK UI
- Silva, F., Vinay, H. (2014). Effectiveness od deep breathing exercise (DBE) on the heart rate variability, BP, anxiety & depression of patient with coronary artery disease. *Nitte University Journal of Health Sciences*.Vol 4 No 1
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness based intervention for people diagnosed with current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta analysis of randomised controlled trials. *Plos One*, 9(4) doi:<http://dx.doi/10.1371/journal.pone.0096110>
- Stuart, G.W., Keliat, B.A. (2013). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. (Edisi Indonesia). Mosby. Elsevier
- Townsend, MC. (2009). Psychiatric mental health nursing. (6th Ed). Philadhelpia: Davis Company
- Undang – undang kesehatan Nomor 36 tahun 2009 dari [http://www.kemendagri.go.id/media/documents/2009/10/29/u/u/uu\\_no.36-2009.pdf](http://www.kemendagri.go.id/media/documents/2009/10/29/u/u/uu_no.36-2009.pdf) diakses tanggal 08 Mei 2017
- Varcolis, E.M dan Halter. M.J (2010). Foundations of psychiatric mental health nursing. A clinical approach, (6th ed), St. Louis. Elsevier
- Videbeck, S.L. (2011). Psychiatric mental health nursing. (4rd Ed). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization, (2003). Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package), Geneva 27, Switzerland : WHO Press
- Yoo, H., Kim, J. C. (2011). Self efficacy associated with self management behaviours and health status of South Koreans with chronic diseases. *International Journal of Nursing Practice* 17. 599-606, doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01970.