

KARYA ILMAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. S MASALAH
UTAMA ANSIETAS DENGAN DIAGNOSA MEDIS
HIPERTENSI DI DESA SEMENPINGGIR
KECAMATAN KAPAS KABUPATEN
BOJONEGORO**



Oleh:

Siti Akhirussanah, S.Kep
NIM 203.0102

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2021

KARYA ILMAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. S MASALAH UTAMA ANSIETAS DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI DESA SEMENPINGGIR KECAMATAN KAPAS KABUPATEN BOJONEGORO

**Karya Tulis Ilmiah ini Diajukan Sebagai Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ners (Ns)**



Oleh:

Siti Akhirussanah, S.Kep
NIM 203.0102

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2021

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 Juli 2021
Penulis

A handwritten signature in black ink is written over a rectangular postage stamp. The stamp features a colorful design on the left and the text 'METERA TELP' and 'FECA.033006910' on the right.

Siti Akhirussanah, S. Kep
NIM. 203.0102

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Siti Akhirussanah, S. Kep
NIM : 2030102
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. S Masalah Utama
Ansietas Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Desa
Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Karya Tulis Ilmiah ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Surabaya, 22 Juli 2021

Pembimbing



Dva Sustrami, S. Kep., Ns., M. Kes
NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 22 Juli 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Siti Akhirussanah, S. Kep

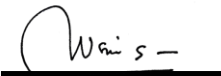
NIM 2030102

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. S Masalah Utama
Ansietas Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Desa
Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes
Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M. Kes**
NIP. 04014



Penguji II : **Lela Nurlela S.Kp., M. Kes**
NIP. 03021



Penguji III : **Dya Sustrami, S. Kep., Ns., M. Kes**
NIP. 03007



Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 22 Juli 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr A. V. Sri Suhardiningsih S.Kp., M. Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya dan ketua penguji yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES HangTuah Surabaya.
2. Nuh Huda, Ns. M. Kep., Sp. Kep. MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
3. Lela Nurlela, S. Kp., M. Kes selaku Penguji yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Dya Sustrami, S. Kep., Ns., M. Kes selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
6. Keluarga Ny. S selaku responden yang telah mengizinkan untuk melakukan interaksi dan mendukung penyusunan karya ilmiah ini.
7. Teman-teman sealmamater profesi ners A11 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------|
| COVER DEPAN | ii |
| SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN | iii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iv |
| HALAMAN PENGESAHAN | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| DAFTAR ISI | viii |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR GAMBAR | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1. Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Rumusan Masalah | 3 |
| 1.3. Tujuan Penulis | 4 |
| 1.3.1. Tujuan Umum | 4 |
| 1.3.2. Tujuan Khusus..... | 4 |
| 1.4. Manfaat Penulis | 5 |
| 1.4.1. Secara Teoritis | 5 |
| 1.4.2. Secara Praktis | 5 |
| 1.5. Metode Penelitian..... | 5 |
| 1.6. Sistematika Penulisan..... | 6 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 8 |
| 2.1. Konsep Ansietas | 8 |
| 2.1.1. Pengertian Ansietas | 8 |
| 2.1.2. Klasifikasi..... | 8 |
| 2.1.3. Etiologi | 11 |
| 2.1.4. Rentang Respon Ansietas | 13 |
| 2.1.5. Manifestasi Klinis | 19 |
| 2.1.6. Pencegahan..... | 19 |
| 2.1.7. Upaya Pencegahan Untuk Mengurangi Ansietas | 20 |
| 2.2. Konsep Lansia | 22 |
| 2.2.1. Pengertian lansia..... | 22 |
| 2.2.2. Klasifikasi lansia | 22 |
| 2.2.3. Perubahan pada lansia | 22 |
| 2.3. Konsep Hipertensi | 29 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3.1. Definisi Hipertensi | 29 |
| 2.3.2. Etiologi | 29 |
| 2.3.3. Manifestasi Klinis | 31 |
| 2.3.4. Pemeriksaan Penunjang..... | 31 |
| 2.3.5. Penatalaksanaan | 33 |
| 2.4. Konsep Asuhan Keperawatan | 36 |
| 2.4.1. Pengkajian Keperawatan | 36 |
| 2.4.2. Diagnosa Keperawatan..... | 39 |
| 2.4.3. Intervensi Keperawatan..... | 39 |
| 2.4.4. Discharge Planning..... | 42 |
| 2.4.5. Evaluasi | 42 |
| 2.4.6. Rencana Tindak Lanjut | 42 |
| 2.4.7. SPTK | 43 |
| 2.5. Konsep Komunikasi Terapeutik..... | 45 |
| 2.5.1. Definisi Komunikasi Terapeutik | 45 |
| 2.5.2. Tahap Komunikasi Terapeutik | 45 |
| BAB 3 TINJAUAN KASUS..... | 47 |
| 3.1. Pengkajian | 47 |
| 3.1.1. Identitas | 47 |
| 3.1.2. Keluhan Utama..... | 47 |
| 3.1.3. Penampilan Umum dan Perilaku Motor Fisik..... | 48 |
| 3.1.4. Tingkat Ansietas..... | 48 |
| 3.1.5. Riwayat Keluarga | 49 |
| 3.1.6. Riwayat Sosial..... | 50 |
| 3.1.7. Obat Obatan Yang dikonsumsi..... | 51 |
| 3.1.8. Status Mental Dan Emosi | 51 |
| 3.1.9. Kultural dan Spiritual | 55 |
| 3.1.10. Pohon Masalah | 56 |
| 3.2. Analisa Data | 56 |
| 3.3. Prioritas Masalah..... | 59 |
| 3.4. Intervensi Keperawatan..... | 60 |
| 3.5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan..... | 62 |
| BAB 4 PEMBAHASAN | 66 |
| 4.1. Pengkajian Keperawatan | 66 |
| 4.2. Diagnosis Keperawatan..... | 70 |
| 4.3. Rencana Keperawatan | 72 |

| | | |
|-----------------------------|---------------------------------|-----------|
| 4.4. | Tindakan Keperawatan..... | 74 |
| 4.5. | Evaluasi Keperawatan | 78 |
| BAB 5 PENUTUP | | 82 |
| 5.1. | Simpulan..... | 82 |
| 5.2. | Saran..... | 85 |
| 5.2.1. | Bagi Institusi Pendidikan | 85 |
| 5.2.2. | Bagi Penulis Selanjutnya..... | 85 |
| DAFTAR PUSTAKA | | 86 |
| LAMPIRAN..... | | 88 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 1. Tabel Tingkat Respon Ansietas | 11 |
| Tabel 2. TabelTingkat Ansietas | 49 |
| Tabel 3. Tabel Tingkah Laku | 52 |
| Tabel 4. Tabel Pola Komunikasi..... | 52 |
| Tabel 5. Tabel Mood dan Afek | 52 |
| Tabel 6. Tabel Proses Pikir | 53 |
| Tabel 7. Tabel Persepsi | 53 |
| Tabel 8. Tabel Memori..... | 54 |
| Tabel 9. Tabel Konsentrasi dan Berhitung..... | 54 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 2.1 Rentang respon ansietas | 13 |
| Gambar 2.2 Pohon masalah..... | 39 |
| Gambar 3.1 Genogram Ny. S..... | 49 |
| Gambar 3.2 Pohon Masalah Ansietas | 56 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---|-----|
| Lampiran 1 Curriculum Vitae | 88 |
| Lampiran 2 Motto Dan Persembahan..... | 89 |
| Lampiran 3 srategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Hari Ke-1 | 91 |
| Lampiran 4 Srategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Hari Ke-2 | 96 |
| Lampiran 5 Analisa Proses Interaksi..... | 100 |
| Lampiran 6 Format pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Psikososial..... | 115 |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Hipertensi merupakan penyakit yang sering muncul di negara berkembang, salah satunya adalah di Indonesia (Renjaan & Yani, 2019). Hipertensi dapat terjadi akibat berbagai faktor yang melatarbelakangi seperti bertambahnya umur, stres psikologis, dan hereditas (keturunan). Orang yang berumur 40 tahun biasanya rentan terhadap meningkatnya tekanan darah yang lambat laun menjadi hipertensi seiring dengan bertambahnya umur mereka, sementara pada usia lebih dari 50 tahun, wanita lebih rentan mengalami hipertensi dari pada pria, karena di usia tersebut seorang wanita sudah mengalami menopause dan tingkat stres lebih tinggi (Manuntung, 2018). Gangguan kesehatan fisik seperti hipertensi, mengalami kecenderungan penurunan kemampuan dalam mengendalikan emosi seperti menjadi tidak sabar, mudah marah, khawatir, merasa tidak aman serta sering menyalahkan orang lain serta munculnya masalah ansietas (Mohr, 2016; Zaini, 2019).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2017) menyatakan bahwa depresi dan ansietas merupakan gangguan jiwa umum yang prevalensinya paling tinggi. Lebih dari 200 juta orang di seluruh dunia (3,6% dari populasi) menderita ansietas (ansietas) (HIMPSI, 2020). Berdasarkan data RISKESDAS tahun 2018 dapat disimpulkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur diatas 15 tahun sejumlah 23.851.378,2 jiwa (9,8% dari jumlah penduduk Indonesia tahun 2018) (Khoiriyah & Handayani, 2020), sedangkan daerah Jawa

Timur tahun 2018, prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur diatas 15 tahun sejumlah 2.693.958,04 jiwa (6,82% dari penduduk Jawa Timur pada tahun 2018) (Haq, 2017). Sementara menurut penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih (2019) yang dilakukan di Puskesmas di wilayah Yogyakarta yang dinyatakan hipertensi oleh dokter dengan responden sebanyak 48 lanjut usia, dengan data sebanyak 70,9 % lansia mengalami ansietas. Dan pada gambaran tingkat ansietas pada lansia menunjukkan hasil 50,0% lansia mengalami ansietas dengan gejala sedang. Berdasarkan data tersebut, dapat disimpulkan bahwa angka kejadian ansietas masih tinggi.

Ansietas (kecemasan) merupakan masalah kesehatan jiwa yang masuk dalam kelompok gangguan mental emosional. Ansietas pada lansia disebabkan oleh beberapa faktor yaitu memikirkan penyakit yang diderita, sedikit waktu berkumpul dengan keluarga, merasa kesepian, kendala ekonomi, sehingga mengakibatkan lansia mengalami gangguan ansietas. Faktor-faktor ansietas ini dapat menyebabkan stress dan ancaman kematian dari penyakit yang diderita, tidak terpenuhinya kebutuhan yang juga mempengaruhi timbulnya ansietas pada lansia (Erdiana, 2019). Setiap individu memiliki cara masing-masing dalam merespon ansietas, respon tersebut mempunyai rentang adaptif dan maladaptif. Respons adaptif identik dengan reaksi yang bersifat konstruktif, sedangkan respons maladaptif identik dengan reaksi yang bersifat destruktif. Reaksi respon destruktif menunjukkan sikap pesimis dan sering kali diikuti perilaku maladaptive sedangkan reaksi yang bersifat konstruktif menunjukkan sikap optimis dan berusaha memahami terhadap perubahan-perubahan yang terjadi baik perubahan fisik maupun afektif (Stuart, 2009; Zaini, 2019).

Pendekatan keperawatan yang terpadu, komprehensif dan berkesinambungan dapat dilakukan untuk meningkatkan kesehatan jiwa dan mengurangi angka gangguan kesehatan jiwa di masyarakat (Azizah, Zainuri, Akbar, 2016). Pelayanan keperawatan yang komprehensif lebih difokuskan kepada upaya pencegahan primer pada anggota masyarakat yang sehat jiwa, pencegahan sekunder pada anggota masyarakat yang mengalami masalah kesehatan jiwa (risiko gangguan jiwa) dan pencegahan tersier pada klien yang mengalami gangguan jiwa dengan proses pemulihan (Zaini, 2019).

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk membuat suatu karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. S Masalah Utama Ansietas Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro”. Asuhan keperawatan jiwa masalah psikososial ansietas dapat dilakukan melalui tindakan keperawatan, meliputi pemberian teknik relaksasi napas dalam, teknik distraksi dengan mengajak bercakap- cakap hal positif, hipnotis lima jari dan pendekatan spiritual dengan berdzikir.

1.2. Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari tindakan keperawatan jiwa pada klien dengan ansietas, maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “bagaimanakah asuhan keperawatan jiwa pada Ny. S masalah utama ansietas dengan diagnosa medis hipertensi di Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro?”

1.3. Tujuan Penulis

1.3.1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada Ny. S masalah utama ansietas dengan diagnosa medis hipertensi di Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan ansietas pada lansia dengan diagnose medis hipertensi di Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan jiwa dengan ansietas dengan diagnosa medis hipertensi di Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro.
3. Merencanakan tindakan keperawatan jiwa dengan ansietas dengan diagnosa medis hipertensi di Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan jiwa dengan ansietas dengan diagnosa medis hipertensi di Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro.
5. Mengevaluasi klien dengan ansietas dengan diagnose medis hipertensi di Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa dengan ansietas dengan diagnosa medis hipertensi di Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro.

1.4. Manfaat Penulis

Tugas akhir diharapkan dapat memberi manfaat:

1.4.1. Secara Teoritis

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada klien lansia dengan masalah utama ansietas dengan diagnose medis hipertensi, sehingga penatalaksanaan bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi klien yang mendapatkan asuhan keperawatan.

1.4.2. Secara Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kualitas asuhan keperawatan klien dengan ansietas pada lansia dengan diagnose medis hipertensi. serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

2. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai gambaran dan perbandingan tentang asuhan keperawatan jiwa klien dengan ansietas pada lansia dengan diagnose medis hipertensi, selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5. Metode Penelitian

1. Metode

Metode penulisan yang digunakan pada karya tulis ilmiah ini adalah metode *case study* yaitu metode yang sifatnya mengungkap peristiwa atau gejala yang

terjadi pada waktu sekarang yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data, membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2. Teknik pengumpulan data

Langkah-langkah yang diambil dalam karya tulis ilmiah ini yaitu:

- a. Studi kepustakaan, yaitu mengumpulkan bahan-bahan yang berkaitan dengan ansietas dan asuhan keperawatan, dengan membaca sumber-sumber lain yang berkaitan dengan ansietas.
- b. Wawancara, yaitu wawancara secara langsung dengan klien dan keluarga.
- c. Observasi, yaitu melakukan pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap, dan perilaku klien yang dapat diamati pada saat melakukan asuhan keperawatan.
- d. Pemeriksaan, yaitu meliputi pemeriksaan fisik yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

- a. Data Primer, yaitu data yang diperoleh dari klien
- b. Data sekunder, yaitu data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan klien dan hasil-hasil pemeriksaan penunjang

1.6. Sistematika Penulisan

Penyusunan karya tulis akhir ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, dan daftar isi.

2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB 2: Tinjauan pustaka, mengenai konsep ansietas, dan konsep asuhan keperawatan ansietas.

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi asuhan keperawatan dengan ansietas

BAB 4: Berisi tentang pembahasan analisis masalah yang mencakup fakta, teori dan analisis atau opini.

BAB 5: Penutup, berisi simpulan dan saran.

3. Bagian akhir: terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan jiwa dengan ansietas akan diuraikan pengertian, klasifikasi, etiologi, tanda dan gejala, pencegahan, rentang respon ansietas, upaya untuk mengurangi ansietas, dan asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas.

2.1. Konsep Ansietas

2.1.1. Pengertian Ansietas

Ansietas (kecemasan) adalah kondisi emosi dengan timbulnya rasa tidak nyaman pada diri seseorang, dan merupakan pengalaman yang samar-samar disertai dengan perasaan yang tidak berdaya serta tidak menentu yang disebabkan oleh suatu hal yang belum jelas (Annisa & Ifdil, 2017).

Ansietas merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan perubahan fisiologis dan psikologis (Anita, 2017).

2.1.2. Klasifikasi

Menurut Spilberger (dalam Annisa & Ifdil, 2017) menjelaskan ansietas dalam

dua bentuk, yaitu:

1. *Trait anxiety*, yaitu adanya rasa khawatir dan terancam yang menghinggap diri seseorang terhadap kondisi yang sebenarnya tidak berbahaya. Ansietas ini disebabkan oleh kepribadian individu yang memang memiliki potensi cemas dibandingkan dengan individu yang lainnya.
2. *State anxiety*, merupakan kondisi emosional dan keadaan sementara pada diri individu dengan adanya perasaan tegang dan khawatir yang dirasakan secara sadar serta bersifat subjektif.

Sedangkan menurut Freud (dalam Feist & Feist, 2012: 38) membedakan ansietas dalam tiga jenis, yaitu:

1. Ansietas neurosis adalah rasa cemas akibat bahaya yang tidak diketahui. Perasaan itu berada pada ego, tetapi muncul dari dorongan id. Ansietas neurosis bukanlah ketakutan terhadap insting-insting itu sendiri, namun ketakutan terhadap hukuman yang mungkin terjadi jika suatu insting dipuaskan.
2. Ansietas moral ini berakar dari konflik antara ego dan superego. Ansietas ini dapat muncul karena kegagalan bersikap konsisten dengan apa yang mereka yakini benar secara moral. Ansietas moral merupakan rasa takut terhadap suara hati. Ansietas moral juga memiliki dasar dalam realitas, di masa lampau sang pribadi pernah mendapat hukuman karena melanggar norma moral dan dapat dihukum kembali.

3. Ansietas realistik merupakan perasaan yang tidak menyenangkan dan tidak spesifik yang mencakup kemungkinan bahaya itu sendiri. Ansietas realistik merupakan rasa takut akan adanya bahaya-bahaya nyata yang berasal dari dunia luar.

Menurut Stuart: 2009 (dalam Anita, 2017) ada 4 tingkat ansietas yaitu:

1. Ansietas ringan. Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari – hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada. Ansietas ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.
2. Ansietas sedang. Ansietas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada masalah yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang terarah.
3. Ansietas berat. Seseorang dengan ansietas berat cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area yang lain.
4. Panik (ansietas sangat berat) berhubungan dengan ketakutan dan teror karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang sedang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Ansietas yang dialami akan memberikan berbagai respon yang dapat dimanifestasikan pada respon fisiologis, respon kognitif dan respon perilaku yang tergambar pada tabel di bawah ini:

Tabel 1. Tingkat Respon Ansietas

| Tingkat Ansietas | Ringan | Sedang | Berat | Panik |
|-------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|
| Tekanan Darah | TD tidak ada perubahan | TD meningkat | TD meningkat | TD meningkat kemudian menurun |
| Nadi | Nadi tidak berubah | Nadi cepat | Nadi cepat | Nadi cepat kemudian lambat |
| Pernafasan | Pernafasan tidak ada perubahan | Pernafasan meningkat | Pernafasan meningkat | Pernafasan cepat dan dangkal |

2.1.3. Etiologi

Ansietas terjadi karena adanya perasaan takut tidak diterima dalam satu lingkungan tertentu; atau karena adanya ancaman terhadap integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar; bahkan karena ancaman terhadap konsep diri: identitas diri, harga diri, dan perubahan peran (Keliat, 2011). Etiologi ansietas, antara lain:

1. Faktor Predisposisi

Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal ansietas:

- a. Dalam pandangan psikoanalitik, ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian, 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 atau Aku, berfungsi menengahi hambatan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

- b. Menurut pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dari hubungan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan, trauma seperti perpisahan dan kehilangan, sehingga menimbulkan kelemahan spesifik. Orang dengan harga diri rendah mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.
- c. Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi, yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Daftar tentang pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa dalam kehidupan dininya dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas pada kehidupan selanjutnya.
- d. Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan ansietas dan antara gangguan ansietas dengan depresi.
- e. Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus benzodiazepine. Reseptor ini mungkin membantu mengatur ansietas penghambat dalam aminobutirik. Gamma neuroregulator (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas sebagaimana halnya endorfin. Selain itu telah dibuktikan kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi terhadap ansietas. Ansietas mungkin

disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

2. Faktor Presipitasi

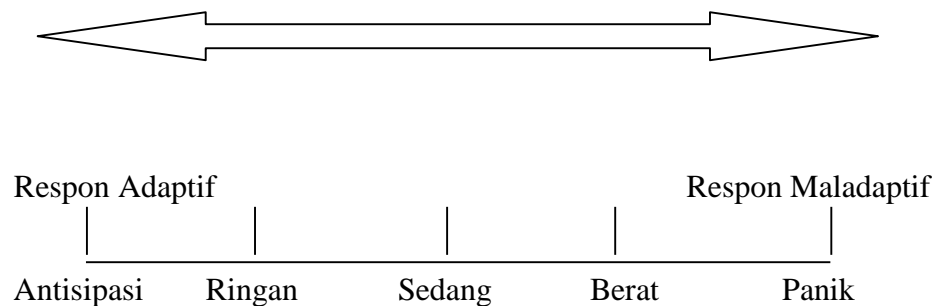
Stressor pencetus mungkin berasal dari sumber internal atau eksternal.

Stressor pencetus dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori :

- a. Ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari - hari.
- b. Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang (Eko prabowo, 2014).

2.1.4. Rentang Respon Ansietas

Menurut Videbeck (2008), ansietas terdiri dari 4 tingkatan, yaitu ansietas ringan, berat, dan panik.



Gambar 2.1 Rentang respon ansietas

1. Ansietas ringan adalah perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus. Pada tingkatan ini, seseorang masih mampu untuk memfokuskan pikiran untuk belajar, menyelesaikan masalah, berpikir, bertindak, merasakan, dan melindungi dirinya sendiri. Respons dari ansietas ringan adalah sebagai berikut :

a. Respons fisik

- 1) Ketegangan otot ringan
- 2) Sadar akan lingkungan
- 3) Rileks atau sedikit gelisah
- 4) Penuh perhatian
- 5) Rajin

b. Respon kognitif

- 1) Lapang persepsi luas
- 2) Terlihat tenang, percaya diri
- 3) Perasaan gagal sedikit
- 4) Waspada dan memperhatikan banyak hal
- 5) Mempertimbangkan informasi
- 6) Tingkat pembelajaran optimal

c. Respons emosional

- 1) Perilaku otomatis
- 2) Sedikit tidak sadar
- 3) Aktivitas menyendiri
- 4) Terstimulasi
- 5) Tenang

2. Ansietas sedang merupakan perasaan mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda, individu menjadi gugup atau agitasi. Respons dari ansietas sedang adalah sebagai berikut :

a. Respon fisik:

- 1) Ketegangan otot sedang
- 2) Tanda-tanda vital meningkat
- 3) Pupil dilatasi, mulai berkeringat
- 4) Sering mondar-mandir, memukul tangan
- 5) Suara berubah: bergetar, nada suara tinggi
- 6) Kewaspadaan dan ketegangan meningkat
- 7) Sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah, nyeri punggung

b. Respons kognitif

- 1) Lapang persepsi menurun
- 2) Tidak perhatian secara selektif
- 3) Fokus terhadap stimulus meningkat
- 4) Rentang perhatian menurun
- 5) Penyelesaian masalah menurun
- 6) Pembelajaran terjadi dengan memfokuskan

c. Respons emosional

- 1) Tidak nyaman
- 2) Mudah tersinggung
- 3) Kepercayaan diri goyah
- 4) Tidak sabar

5) Gembira

3. Ansietas berat dialami seseorang ketika merasa yakin bahwa ada sesuatu yang berbeda dan ada ancaman yang akan memperlihatkan respon takut dan distres.

Respons dari ansietas berat adalah sebagai berikut :

a. Respons fisik

- 1) Ketegangan otot berat
- 2) Hiperventilasi
- 3) Kontak mata buruk
- 4) Pengeluaran keringat meningkat
- 5) Bicara cepat, nada suara tinggi
- 6) Tindakan tanpa tujuan dan serampangan
- 7) Rahang menegang, mengertakan gigi
- 8) Mondar-mandir, berteriak
- 9) Meremas tangan, gemetar

b. Respons kognitif

- 1) Lapang persepsi terbatas
- 2) Proses berpikir terpecah-pecah
- 3) Sulit berpikir
- 4) Penyelesaian masalah buruk
- 5) Tidak mampu mempertimbangkan informasi
- 6) Hanya memerhatikan ancaman
- 7) Preokupasi dengan pikiran sendiri
- 8) Egosentris

c. Respons emosional

- 1) Sangat cemas
 - 2) Agitasi
 - 3) Takut
 - 4) Bingung
 - 5) Merasa tidak adekuat
 - 6) Menarik diri
 - 7) Penyangkalan
 - 8) Ingin bebas
4. Panik. Jika seorang individu berada pada rentang ansietas ini, semua pemikiran rasional terhenti dan individu tersebut mengalami respon *fight*, *flight*, atau *freeze*. Respons dari panik adalah sebagai berikut :
- a. Respons fisik
 - 1) *Flight*, *fight*, atau *freeze*
 - 2) Ketegangan otot sangat berat
 - 3) Agitasi motorik kasar
 - 4) Pupil dilatasi
 - 5) Tanda-tanda vital meningkat kemudian menurun
 - 6) Tidak dapat tidur
 - 7) Hormon stress dan neurotransmitter berkurang
 - 8) Wajah menyeringai, mulut ternganga
 - b. Respons kognitif
 - 1) Pikiran tidak logis, terganggu
 - 2) Kepribadian kacau
 - 3) Tidak dapat menyelesaikan masalah

- 4) Fokus pada pikiran sendiri
 - 5) Tidak rasional
 - 6) Sulit memahami stimulus eksternal
 - 7) Halusinasi, waham, ilusi mungkin terjadi
- c. Respon emosional
- 1) Merasa terbebani
 - 2) Merasa tidak mampu, tidak berdaya
 - 3) Lepas kendali
 - 4) Mengamuk, putus asa
 - 5) Marah, sangat takut
 - 6) Mengharapkan hasil yang buruk
 - 7) Kaget, takut
 - 8) Lelah

Adapun Respon Ansietas, antara lain:

1. Respons Kognitif

Keliat (2011) yang menyatakan bahwa klien ansietas secara kognitif ditandai dengan lapang persepsi menyempit, tidak mampu menerima rangsangan luar, berfokus pada hal yang menjadi perhatiannya saja.

2. Respons Afektif

NANDA (2012) bahwa respon afektif yang tampak pada ansietas diantaranya merasa khawatir, sedih, kurang motivasi, Ideal diri tinggi fokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik, tidak percaya diri, merasa bersalah, putus asa, bingung, penguasaan diri tergesa-gesa, tidak sabar, bahkan lepas kendali.

3. Respons Fisiologis

Stuart (2013) yang menyatakan bahwa respon fisiologis yang terjadi akibat ansietas antara lain tanda-tanda vital meningkat/menurun, terjadi ketegangan otot, mual/ muntah, tidak nafsu makan, sulit memulai tidur.

4. Respons Perilaku

Stuart (2013) yang menyebutkan bahwa respons perilaku klien ansietas ditunjukkan dengan kewaspadaan meningkat, gelisah, dan produktivitas menurun.

5. Respons Sosial

Stuart (2013) respons sosial klien dengan ansietas ditunjukkan dengan mencari informasi tentang masalah yang dihadapi, mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap masalah yang ada, menyalahkan diri sendiri, bersikap pasif, dan menarik diri, membandingkan ketrampilan dan kemampuan yang dimiliki dengan orang lain yang memiliki masalah yang sama.

2.1.5. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala ansietas terdiri atas dua komponen, yaitu komponen psikis/mental berupa khawatir atau was-was dan komponen fisik berupa napas semakin cepat, jantung berdebar, mulut kering, keluhan lambung, tangan dan kaki merasa dingin dan ketegangan otot (PH, Keliat, & Putri, 2016).

2.1.6. Pencegahan

Respons dari ansietas tersebut sebenarnya dapat dicegah dengan meningkatkan kemampuan dan menurunkan tanda dan gejala. Peningkatan kemampuan dan penurunan tanda gejala tersebut dapat dilakukan dengan memberikan tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi dan situasi klien.

Ansietas dapat dicegah dengan mengenali ansietasnya, meningkatkan kemampuan dalam mengatasi ansietas dengan cara tarik nafas dalam, distraksi, kegiatan spiritual dan teknik lima jari (Keliat, 2011).

2.1.7. Upaya Pencegahan Untuk Mengurangi Ansietas

Cara yang terbaik untuk menghilangkan ansietas ialah dengan jalan menghilangkan sebab-sebabnya. Menurut (Annisa & Ifdil, 2017) adapun cara-cara yang dapat dilakukan antara lain:

1. Pembelaan

Usaha yang dilakukan untuk mencari alasan-alasan yang masuk akal bagi tindakan yang sesungguhnya tidak masuk akal, dinamakan pembelaan. Pembelaan ini tidak dimaksudkan agar tindakan yang tidak masuk akal itu dijadikan masuk akal, akan tetapi membelanya, sehingga terlihat masuk akal. Pembelaan ini tidak dimaksudkan untuk membujuk atau membohongi orang lain, akan tetap membujuk dirinya sendiri, supaya tindakan yang tidak bisa diterima itu masih tetap dalam batas-batas yang diingini oleh dirinya.

2. Proyeksi

Proyeksi adalah menimpakan sesuatu yang terasa dalam dirinya kepada orang lain, terutama tindakan, fikiran atau dorongan-dorongan yang tidak masuk akal sehingga dapat diterima dan kelihatannya masuk akal.

3. Identifikasi

Identifikasi adalah kebalikan dari proyeksi, dimana orang turut merasakan sebagian dari tindakan atau sukses yang dicapai oleh orang lain. Apabila ia

melihat orang berhasil dalam usahanya ia gembira seolah-olah ia yang sukses dan apabila ia melihat orang kecewa ia juga ikut merasa sedih.

4. Hilang hubungan (disosiasi)

Seharusnya perbuatan, pikiran dan perasaan orang berhubungan satu sama lain. Apabila orang merasa bahwa ada seseorang yang dengan sengaja menyinggung perasaannya, maka ia akan marah dan menghadapinya dengan balasan yang sama. Dalam hal ini perasaan, pikiran dan tindakannya adalah saling berhubungan dengan harmonis. Akan tetapi keharmonisan mungkin hilang akibat pengalaman- pengalaman pahit yang dilalui waktu kecil.

5. Represi

Represi adalah tekanan untuk melupakan hal-hal, dan keinginan-keinginan yang tidak disetujui oleh hati nuraninya. Semacam usaha untuk memelihara diri supaya jangan terasa dorongan-dorongan yang tidak sesuai dengan hatinya. Proses itu terjadi secara tidak disadari.

6. Substitusi

Substitusi adalah cara pembelaan diri yang paling baik diantara cara-cara yang tidak disadari dalam menghadapi kesukaran. Dalam substitusi orang melakukan sesuatu, karena tujuan-tujuan yang baik, yang berbeda sama sekali dari tujuan asli yang mudah dapat diterima, dan berusaha mencapai sukses dalam hal itu.

2.2. Konsep Lansia

2.2.1. Pengertian lansia

Penduduk Lanjut Usia adalah penduduk berumur 60 tahun ke atas (Undang – Undang No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia) (BAPPENAS, 2015). Lanjut usia (lansia) merupakan kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan secara bertahap dalam jangka waktu tertentu.

2.2.2. Klasifikasi lansia

Menurut WHO, lansia dikategorikan menjadi *Elderly* (60-74 tahun), *Old* (75-89 tahun) dan *Very old* (> 90 tahun). Depkes RI (2008) dalam (Dewi & Rhosma, 2014) menentukan lansia dengan kategori sebagai berikut :

1. Pralansia : berusia 45-59 tahun.
2. Lansia : berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lansia risiko tinggi : berusia 70 tahun atau lebih/ seseorang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lansia potensial : lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/ atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
5. Lansia tidak potensial : lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.2.3. Perubahan pada lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, tentunya terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial, dan seksual Wahab (2014).

1. Perubahan Fisik

a. Sistem Indra

Terjadi gangguan pendengaran karena tulang-tulang pendengaran mulai mengalami kekakuan, dan gangguan pada pengelihatian karena lensa kehilangan elastisitas dan kaku sehingga terjadi penurunan lapang pandang dan daya akomodasi mata (presbiopi). Terjadi penurunan kemampuan dalam indra pengecap, serta papil berasa berkurang, penurunan penghidu menurun, dan pada indra sentuhan jumlah reseptor kulit menurun (Potter & Perry, 2012).

b. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem ini pada lansia antara lain jaringan penghubung (kolagen & elastin), kartilago, penurunan masa otot dan pengenduran, cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis).

c. Sistem kardiovaskuler

Bertambahnya masa jantung, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

d. Sistem respirasi

Terjadi perubahan jaringan ikat paru, penurunan elastisitas paru, kapasitas vital paru meningkat sehingga proses inspirasi lebih berat.

e. Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang dapat terjadi pada sistem pencernaan, meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk. Indera pengecap menurun adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir atropi indera pengecap, hilangnya

sensitifitas dan saraf pengecap lidah terutama pada rasa asin, asam, dan pahit. Penurunan produksi asam lambung sehingga rasa lapar menurun.

f. Sistem Perkemihan

Lansia mulai tidak dapat menahan kencing karena pengenduran otot-otot kapasitas kandung kemih menurun, yang dapat berdampak pada laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

g. Sistem Saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

h. Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia wanita ditandai dengan pengecilan organ-organ reproduksi seperti ovarium dan uterus dan pengeringan selaput lendir.

2. Perubahan Fungsional

Fungsi pada lansia meliputi bidang fisik, psikososial, kognitif dan sosial. Penurunan fungsional yang terjadi pada lansia berhubungan dengan penyakit dan tingkat keparahan. Perubahan fungsional ini tentunya juga merujuk pada kemampuan dan perilaku lansia dalam aktivitas harian. Aktivitas harian atau ADL (*Activity Daily Living*) berfungsi untuk menentukan tingkat kemandirian lansia. Perubahan mendadak pada status ADL merupakan tanda perburukan masalah atau penyakit kronis, contoh penyakit kronis dengan perubahan fungsi adalah diabetes, penyakit kardiovaskuler, atau penyakit paru-paru kronis (Potter & Perry, 2012).

3. Perubahan Kognitif

Perubahan kognitif yang terjadi pada lansia menurut Potter dan Perry (2012) meliputi delirium, demensia, dan depresi.

a. Delirium

Delirium merupakan kondisi bingung akibat gangguan kognitif yang reversibel dan biasanya disebabkan oleh beberapa faktor antara lain:

- 1) Faktor fisiologis, penyebabnya antara lain adalah gangguan elektrolit, anoksia, hipoglikemi, dan pendarahan serebrovaskular. Penyakit penyerta seperti infeksi dari berbagai sistem seperti perkemihan, pernafasan dan lain sebagainya.
- 2) Faktor lingkungan, disebabkan lingkungan yang asing, dan defisit sensorik
- 3) Faktor psikososial, disebabkan adanya stres emosional atau pun nyeri.

b. Demensia

Demensia adalah gangguan intelektual akibat disfungsi serebral tidak reversibel dan progresif lambat yang dapat mengganggu fungsi kerja dan sosial. Lansia dengan demensia memerlukan pertimbangan khusus dalam memenuhi kebutuhannya seperti kebutuhan fisik, keamanan dan psikososial yang disesuaikan untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

c. Depresi

Depresi pada lansia diakibatkan ketidakmampuan penyesuaian diri lansia terhadap perubahan yang dialaminya. Kejadian depresi juga banyak dialami pada lansia yang menjalani perawatan di rumahsakit atau panti perawatan.

Biasanya juga terjadi pada lansia dengan demensia yang dapat terjadi bersamaan dengan stres.

4. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial selama proses penuaan akan melibatkan proses transisi kehidupan dan kehilangan. Transisi hidup meliputi pengalaman kehilangan, masa pensiun dan perubahan keadaan finansial, perubahan peran dan hubungan, perubahan kesehatan dan kemampuan fungsional, perubahan jaringan sosial, dan relokasi.

a. Masa Pensiun

Masa ini merupakan tahap kehidupan yang ditandai transisi perubahan peran terkadang juga timbul masalah yang berkaitan dengan isolasi sosial dan keuangan. Lansia yang pensiun harus membangun identitas baru, mereka juga kehilangan struktur pada kehidupan harian karena tidak lagi memiliki jadwal kerja serta kehilangan interaksi sosial dan interpersonal di lingkungan kerja.

b. Isolasi Sosial

Isolasi sosial pada lansia terjadi akibat respons dari kehilangan peran lansia dan menurunnya interaksi dengan orang lain. Beberapa mengalami isos juga karena merasa ditolak dan tidak adanya dukungan keluarga.

c. Seksualitas

Masa pensiun tentunya mempengaruhi kepercayaan diri, dan seksualitas berperan penting dalam membantu lansia mempertahankan kepercayaan diri. Pemeliharaan kesehatan seksual pada lansia membutuhkan integrasi

dari seksual somatik, emosional, intelektual dan sosial. Namun, banyak lansia menggunakan obat untuk menekan aktivitas seksual seperti antihipertensi, antidepresan, sedatif atau hipnotif.

5. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada lansia sering terjadi karena perubahan fisik, dan mengakibatkan berbagai masalah kesehatan jiwa di usia lanjut. Beberapa masalah psikologis lansia menurut Yusuf, et al (2015) antara lain:

a. Paranoid

Respon perilaku yang ditunjukkan pada lansia yang mengalami perubahan psikologis yaitu rasa curiga terhadap orang-orang disekelilingnya, agresif, dan menarik diri.

b. Gangguan tingkah laku

Sifat buruk pada lansia bertambah seiring perubahan fungsi fisik. Lansia merasa kehilangan harga diri, kehilangan peran, merasa tidak berguna dan tidak berdaya, kesepian, kurang percaya diri sehingga berakibat bertambahnya sifat buruk setiap perubahan fungsi fisik.

c. Gangguan tidur

Lansia mengalami tidur superfisial, tidak pernah mencapai total *bed sleep*, merasa tengen, desakan mimpi buruk sehingga lansia bangun lebih cepat dan tidak dapat tidur lagi.

d. Keluyuran (*wandering*)

Lansia yang tidak betah berada dirumah dapat menyebabkan keluyuran namun biasanya lansia tidak dapat pulang kembali, akibat demensia.

e. *Sun downing*

Lansia mengalami peningkatan kecemasan saat menjelang malam, terus mengeluh, agitasi, gelisah dan apabila hal ini terjadi dipanti dapat mempengaruhi lansia yang lain.

f. *Depresi*

Banyak jenis depresi yang terjadi pada lansia, diantaranya depresi terselubung, keluhan fisik menonjol, berkonsultasi dengan banyak dokter, pusing, nyeri dan sebagainya. Umumnya depresi lebih banyak dialami oleh lansia wanita karena ketidaksiapan menghadapi masa menopause.

g. *Demensia*

Demensia merupakan sindrom gejala gangguan fungsi luhur kortikal yang multipel, seperti daya ingat, daya tangkap, orientasi, berhitung, berbahasa, dan fungsi nilai sebagai akibat dari gangguan fungsi otak.

h. *Sindrom pasca kekuasaan (postpower syndrome)*

Sindrom pasca kekuasaan adalah sekumpulan gejala yang timbul setelah lansia tidak punya kekuasaan, kedudukan, penghasilan, pekerjaan, pasangan, teman dan lain sebagainya. Beberapa penyebab yang mengakibatkan lansia tidak siap menghadapi pensiun adalah kepribadian yang kurang matang, kedudukan sebelumnya terlalu tinggi dan tidak menduduki jabatan lain. Proses kehilangan terlalu cepat yang terjadi, serta lingkungan yang tidak mendukung. Perubahan yang terjadi pada lansia seringkali juga disertai dengan adanya penyakit penyerta yang menambah buruk kondisi psikologis lansia.

2.3. Konsep Hipertensi

2.3.1. Definisi Hipertensi

Hipertensi atau darah tinggi adalah penyakit kelainan jantung dan pembuluh darah yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah. WHO (World Health Organization) memberikan batasan tekanan darah normal adalah 140/90 mmHg, dan tekanan darah sama atau diatas 160/95 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi. Batasan ini tidak membedakan antara usia dan jenis kelamin (Marliani, 2019).

2.3.2. Etiologi

Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada:

1. Elastisitas dinding aorta menurun
2. Katub jantung menebal dan menjadi kaku
3. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
4. Kehilangan elastisitas pembuluh darah Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi
5. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi. Faktor tersebut adalah sebagai berikut:

1. Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi

2. Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah:

- a. Umur (jika umur bertambah maka TD meningkat)
- b. Jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi dari perempuan)
- c. Ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih)
- d. Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah:

- a. Konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30 gr)
- b. Kegemukan atau makan berlebihan
- c. Stress
- d. Merokok
- e. Minum alcohol
- f. Minum obat-obatan (ephedrine, prednison, epineprin)

Sedangkan penyebab hipertensi sekunder adalah penyakit-penyakit seperti Ginjal, Glomerulonefritis, Pielonefritis, Nekrosis tubular akut, Tumor, Vascular, Aterosklerosis, Hiperplasia, Trombosis, Aneurisma, Emboli kolestrol, Vaskulitis, Kelainan endokrin, DM, Hipertiroidisme, Hipotiroidisme, Saraf, Stroke, Ensepalitis. Selain itu dapat juga diakibatkan karena Obat-obatan Kontrasepsi oral Kortikosteroid.

2.3.3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada hipertensi dibedakan menjadi:

1. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak terukur.

2. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

Menurut (Sya'diyah, 2018) manifestasi klinis beberapa pasien yang menderita hipertensi yaitu: Mengeluh sakit kepala, pusing Lemas, kelelahan, Sesak nafas, Gelisah, Mual Muntah, Epistaksis, Kesadaran menurun.

2.3.4. Pemeriksaan Penunjang

1. Hemoglobin / hematokrit

Untuk mengkaji hubungan dari sel – sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan factor – factor resiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.

2. BUN

Memberikan informasi tentang perfusi ginjal Glukosa Hiperglikemi (diabetes mellitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan katekolamin (meningkatkan hipertensi)

3. Kalium serum

Hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.

4. Kalsium serum

Peningkatan kadar kalsium serum dapat menyebabkan hipertensi

5. Kolesterol dan trigliserid serum

Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk / adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskuler)

6. Pemeriksaan tiroid

Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi

7. Kadar aldosteron urin/serum

Untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab)

8. Urinalisa

Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.

9. Asam urat

Hiperurisemia telah menjadi implikasi faktor resiko hipertensi

10. Steroid urin

Kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme

11. Foto dada

Menunjukkan obstruksi kalsifikasi pada area katub, perbesaran jantung

12. EKG

Dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

2.3.5. Penatalaksanaan

Pengelolaan hipertensi bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Prinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi:

1. Terapi tanpa Obat

Terapi tanpa obat digunakan sebagai tindakan untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada hipertensi sedang dan berat. Terapi tanpa obat ini meliputi:

a. Diet

Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah:

- 1) Restriksi garam secara moderat dari 10 gr/hr menjadi 5 gr/hr
- 2) Diet rendah kolesterol dan rendah asam lemak jenuh
- 3) Penurunan berat badan
- 4) Penurunan asupan etanol
- 5) Menghentikan merokok

b. Latihan Fisik

Latihan fisik atau olah raga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah olah raga yang mempunyai empat prinsip yaitu: Macam olah raga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari, jogging, bersepeda, berenang dan lain-lain.

Intensitas olah raga yang baik antara 60-80 % dari kapasitas aerobik atau 72-87 % dari denyut nadi maksimal yang disebut zona latihan.

Lamanya latihan berkisar antara 20 – 25 menit berada dalam zona latihan Frekuensi latihan sebaiknya 3 x perminggu dan paling baik 5 x perminggu.

c. Edukasi Psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderita hipertensi meliputi:

1) Tehnik Biofeedback

Biofeedback adalah suatu tehnik yang dipakai untuk menunjukkan pada subyek tanda-tanda mengenai keadaan tubuh yang secara sadar oleh subyek dianggap tidak normal. Penerapan biofeedback terutama dipakai untuk mengatasi gangguan somatik seperti nyeri kepala dan migrain, juga untuk gangguan psikologis seperti kecemasan dan ketegangan.

2) Tehnik relaksasi

Relaksasi adalah suatu prosedur atau tehnik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan atau kecemasan, dengan cara melatih penderita untuk dapat belajar membuat otot-otot dalam tubuh menjadi rileks

3) Pendidikan Kesehatan (Penyuluhan)

Tujuan pendidikan kesehatan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi dan pengelolaannya sehingga pasien dapat mempertahankan hidupnya dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

2. Terapi dengan Obat

Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita dapat bertambah kuat. Pengobatan hipertensi umumnya perlu dilakukan seumur hidup penderita. Obat diuretika, penyekat beta, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita. Pengobatannya meliputi:

a. Step 1

Obat pilihan pertama: diuretika, beta blocker, Ca antagonis, ACE inhibitor

b. Step 2

Alternatif yang bisa diberikan: Dosis obat pertama dinaikkan Diganti jenis lain dari obat pilihan pertama. Ditambah obat ke-2 jenis lain, dapat berupa diuretika, beta blocker, Ca antagonis, Alpa blocker, clonidin, reserphin, vasodilator

c. Step 3

Alternatif yang bisa ditempuh Obat ke-2 diganti Ditambah obat ke-3 jenis lain

d. Step 4

Alternatif pemberian obatnya Ditambah obat ke-3 dan ke-4

Re-evaluasi dan konsultasi Follow Up untuk mempertahankan terapi. Untuk mempertahankan terapi jangka panjang memerlukan interaksi dan komunikasi yang baik antara pasien dan petugas kesehatan (perawat, dokter) dengan cara pemberian pendidikan kesehatan.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan jiwa dengan ansietas menurut Yusuf, PK, & Nihayati (2015)

1. Identitas Klien

- a. Initial : Ansietas lebih rentan terjadi pada wanita daripada laki-laki, karena wanita lebih mudah stress dibanding pria.
- b. Umur : Toddler-lansia
- c. Pekerjaan : Pekerjaan yang mempunyai tingkat stressor yang besar.
- d. Pendidikan : Orang yang mempunyai tingkat pendidikan yang rendah lebih rentan mengalami ansietas.

2. Alasan Masuk

Sesuai diagnosa awal klien ketika pertama kali masuk rumah sakit.

3. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart dan Laraia (2013) terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan ansietas, di antaranya sebagai berikut.

a. Faktor biologis.

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

b. Faktor psikologis

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

c. Sosial budaya

Ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan ansietas dan antara gangguan ansietas

dengan depresi. Faktor ekonomi dan latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas.

4. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dibedakan menjadi berikut.

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

5. Sumber Koping

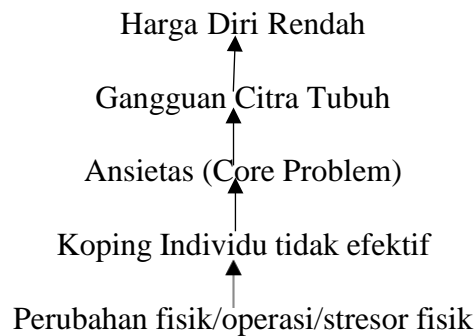
Individu mengatasi ansietas dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan.

6. Mekanisme Koping

Tingkat ansietas sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping yaitu sebagai berikut.

- a. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistis tuntutan situasi stres, misalnya perilaku menyerang untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Menarik diri untuk memindahkan dari sumber stres. Kompromi untuk mengganti tujuan atau mengorbankan kebutuhan personal.
- b. Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi berlangsung tidak sadar, melibatkan penipuan diri, distorsi realitas, dan bersifat maladaptif.

7. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon masalah

2.4.2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis: Ansietas (D.0080). Kategori: Psikologis. Subkategori: Integritas Ego.

2.4.3. Intervensi Keperawatan

1. Tujuan

- a. Kognitif, Klien mampu:
 - 1) Mengenal pengertian, penyebab, tanda gejala, akibat, dan proses terjadinya ansietas
 - 2) Mengetahui cara mengatasi ansietas
- b. Psikomotor: klien mampu mengatasi ansietas dengan:
 - 1) Melakukan latihan relaksasi tarik napas dalam
 - 2) Melakukan latihan distraksi
 - 3) Melakukan latihan hipnotis lima jari
 - 4) Melakukan kegiatan spiritual
- c. Afektif, klien mampu:
 - 1) merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan

- 2) membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan
2. Tindakan keperawatan untuk klien
 - a. Kaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien dalam mengurangi ansietas
 - b. Jelaskan proses terjadinya ansietas
 - c. Latih cara mengatasi ansietas:
 - 1) Tarik napas dalam
 - 2) Distraksi: bercakap-cakap hal positif
 - 3) Hipnotis lima jari yang fokus pada hal positif
 - a) Jempol dan telunjuk disatukan, dan bayangkan badan sehat
 - b) Jempol dan jari tengah disatukan, dan bayangkan orang yang peduli dan sayang pada saudara
 - c) Jempol dan jari manis disatukan, dan bayangkan saat saudara mendapat pujian dan prestasi
 - d) Jempol dan kelingking disatukan, dan bayangkan tempat yang paling saudara sukai
 - 4) Kegiatan spiritual
 - d. Bantu klien untuk melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan
 3. Tindakan Keperawatan untuk Keluarga
 - a. Kaji masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien yang mengalami ansietas.
 - b. Jelaskan pengertian, penyebab, tanda gejala, dan proses terjadinya ansietas serta mengambil keputusan merawat klien.

- c. Latih keluarga cara merawat dan membimbing klien mengatasi ansietas sesuai dengan arahan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.
- d. Latih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan ansietas klien.
- e. Diskusikan tanda dan gejala ansietas yang memerlukan rujukan segera dan menganjurkan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

2.4.4. Discharge Planning

1. Menjelaskan rencana persiapan pasca rawat dirumah untuk memandirikan klien.
2. Menjelaskan rencana tindak lanjutperawatan dan pengobatan.
3. Melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan

2.4.5. Evaluasi

1. Penurunan tanda dan gejala
2. Peningkatan kemampuan klien mengatasi ansietas
3. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan ansietas

2.4.6. Rencana Tindak Lanjut

1. Rujuk klien dan keluarga ke fasilitas praktik mandiri perawat spesialis keperawatan jiwa
2. Rujuk klien dan keluarga ke case manager di fasilitas pelayanan kesehatan primer di puskesmas, pelayanan kesehatan sekunder, dan tersier di rumahsakit.
3. Rujuk klien dan keluarga ke kelompok pendukung, kader kesehatan jiwa, kelompok swabantu dan fasilitas rehabilitasi psikososial yang tersedia di masyarakat.

2.4.7. SPTK

1. Salam Terapiutik

“Assalamualaikum selamat sore mbah perkenalkan saya siti akhirussanah, mahasiswa profesi keperawatan stikes hang tuah Surabaya. Ini dengan mbah siapa? Lebih senang dipanggil siapa mbah? Tujuan saya kesini mau melakukan pengkajian kepada mbah untuk memenuhi tugas kuliah saya. Apakah mbah berkenan? Kira-kira saya membutuhkan waktu selama 30 menit. Apakah mbah bersedia? Apakah ada yang perlu untuk ditanyakan mbah?”

2. Evaluasi

“Bagaimana keadaan mbah saat ini?”

“Apa yang mbah rasakan saat ini?”

3. Kontrak

a. Topik: Membahas tentang perihal yang membuat klien cemas

b. Tempat: Ruang tengah di depan televisi

c. Waktu: pukul 15.00-15.30 (30 menit)

4. Kerja

“Mbah mengatakan kalau merasa khawatir dengan penyakit mbah, sudah beberapa hari mengalami gelisah, dan sulit tidur. Coba mbah ceritakan lebih lanjut tentang perasaan mbah, kenapa mbah meraskan hal tersebut, apa yang mbah pikirkan? Oh, jadi mbah takut kalau penyakit mbah tak kunjung sembuh? Bagaimana kalau kita coba megatasi ansietas mbah dengan relaksasi dengan cara tarik napas dalam. Ini merupakan salah satu cara untuk mengurangi ansietas yang mbah rasakan.”

“Bagaimana kalau kita latihan sekarang. Saya akan lakukan, dan mbah memperhatikan saya, lalu mengikuti yang sudah saya ajarkan. Kita mulai ya mbah?

Pertama-tama mbah tarik napas dalam perlahan-lahan, setelah itu tahannapas. Dalam hitungan ketiga setelah itu bawak hembuskan udara melalui mulut dengan meniup udara secara perlahan-lahan. Sekarang coba mbah praktikan.”

5. Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Nah, sekarang bagaimana perasaan mbah? Apakah perasaan cemasnya sudah berkurang mbah? Apakah sudah merasa lebih baik sekarang?”

b. Evaluasi Objektif

“Sekarang coba mbah lakukan lagi tahapan-tahapan melakukan relaksasi yang seperti saya contohkan tadi ya?”

c. Kontrak

“Baiklah. Bagaimana kalau kita lanjutkan percakapan kita besok pagi lagi pukul 3 sore yaitu teknik relaksasi hipnotis lima jari? Apakah mbah bersedia?”

d. Rencana Tindakan Lanjutan

“Selanjutnya mbah coba ingat- ingat apa yang sudah saya ajarkan ya? Dan ketika cemas mbah dapat melakukannya rutin”

2.5. Konsep Komunikasi Terapeutik

2.5.1. Definisi Komunikasi Terapeutik

Dalam Prasanti (2017) komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien.

2.5.2. Tahap Komunikasi Terapeutik

Stuart dan Sundeen dalam Taufik (2010:45) dalam (Fitria, Ayuningtyas, & Prihatiningsih, 2017) menjelaskan bahwa dalam prosesnya komunikasi terapeutik terbagi menjadi empat tahapan, yaitu tahap persiapan atau tahap pra-interaksi, tahap perkenalan atau orientasi, tahap kerja, dan tahap terminasi. Adapun penjelasan dari masing-masing tahapan tersebut sebagai berikut:

1. Tahap pra-interaksi, pada tahap prainteraksi, perawat sebagai komunikator yang melaksanakan komunikasi terapeutik mempersiapkan dirinya untuk bertemu dengan klien atau pasien. Sebelum bertemu pasien, perawat/ dokter haruslah mengetahui beberapa informasi mengenai pasien, baik berupa nama, umur, jenis kelamin, keluhan penyakit, dan sebagainya. Apabila perawat/ dokter telah dapat mempersiapkan diri dengan baik sebelum bertemu dengan pasien, maka ia akan bisa menyesuaikan cara yang paling tepat dalam menyampaikan komunikasi terapeutik kepada pasien, sehingga pasien dapat dengan nyaman berkonsultasi dengan petugas/dokter.
2. Tahap perkenalan atau tahap orientasi pada tahap ini antara petugas/dokter dan pasien terjadi kontak dan pada tahap ini penampilan fisik begitu penting karena dimensi fisik paling terbuka untuk diamati. Kualitas-kualitas lain

seperti sifat bersahabat kehangatan, keterbukaan dan dinamisme juga terungkap.

3. Tahap kerja atau sering disebut sebagai tahap lanjutan adalah tahap pengenalan lebih jauh, dilakukan untuk meningkatkan sikap penerimaan satu sama lain untuk mengatasi kecemasan, melanjutkan pengkajian dan evaluasi masalah yang ada, pada tahap ini termasuk pada tahap persahabatan yang menghendaki agar kedua pihak harus merasa mempunyai kedudukan yang sama, dalam artian ada keseimbangan dan kesejajaran kedudukan. Secara psikologis komunikasi yang bersifat terapeutik akan membuat pasien lebih tenang, dan tidak gelisah.
4. Tahapan terminasi, pada tahap ini terjadi pengikatan antar pribadi yang lebih jauh, merupakan fase persiapan mental untuk membuat perencanaan tentang kesimpulan perawatan yang didapat dan mempertahankan batas hubungan yang ditentukan, yang diukur, antara lain, mengantisipasi masalah yang akan timbul karena pada tahap ini merupakan tahap persiapan mental atas rencana pengobatan, melakukan peningkatan komunikasi untuk mengurangi ketergantungan pasien pada perawat. Terminasi merupakan akhir dari setiap pertemuan antara petugas dengan klien. Bahwa tahap terminasi dibagi dua, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari setiap pertemuan, pada terminasi ini klien akan bertemu kembali pada waktu yang telah ditentukan, sedangkan terminasi akhir terjadi jika klien selesai menjalani pengobatannya.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran yang nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien lansia yang mengalami hipertensi dengan ansietas di Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati tanggal 21 Oktober 2020 sampai dengan 22 Oktober 2020 dengan data sebagai berikut:

3.1. Pengkajian

3.1.1. Identitas

Nama klien Ny. S, Lahir pada 31 Desember 1934 berjenis kelamin perempuan. Status dalam rumah tangga klien seorang janda, beragama islam, suku Jawa, bangsa Indonesia. Bahasa yang digunakan pasien sehari-hari adalah bahasa Jawa. Pendidikan terakhir klien tidak sekolah pekerjaan ibu rumah tangga, bertempat tinggal di Desa Semenpinggir Kec. Kapas Kab. Bojonegoro.

3.1.2. Keluhan Utama

Klien mengatakan bahwa sudah memiliki darah tinggi sejak 10 tahun lalu. Klien mengatakan was-was karena meskipun sudah minum obat tapi tidak kunjung sembuh dan kondisinya yang semakin tua dan sering sakit-sakitan sehingga khawatir jika dirinya akan segera meninggal namun belum banyak amal yang dilakukan.

3.1.3. Penampilan Umum dan Perilaku Motor Fisik

1. Antropometri

Berat Badan : 50 kg

Tinggi Badan : 155 cm

2. Tanda tanda vital

Tekanan darah : 150/90 mmHg

Suhu : 36,6 C

RR : 20x/menit

Nadi : 88x/menit

3. Riwayat Pengobatan Fisik

Klien mengatakan bahwa control ke polindes setiap 1 bulan sekali, namun ketika tidak ada yang mengantar untuk control klien dibelikan obat di apotek terdekat oleh anaknya. Klien mengatakan bahwa tidak pernah melakukan operasi ataupun prosedur pembedahan.

4. Hasil Pemeriksaan Laboratorium/ visum/ dll

Gula darah acak : 98 mg/dL

Asam urat : 6,0

3.1.4. Tingkat Ansietas

Tingkat ansietas (lingkari tingkat ansietas dan check list perilaku yang ditampilkan oleh klien)

Ringan Sedang Berat Panik

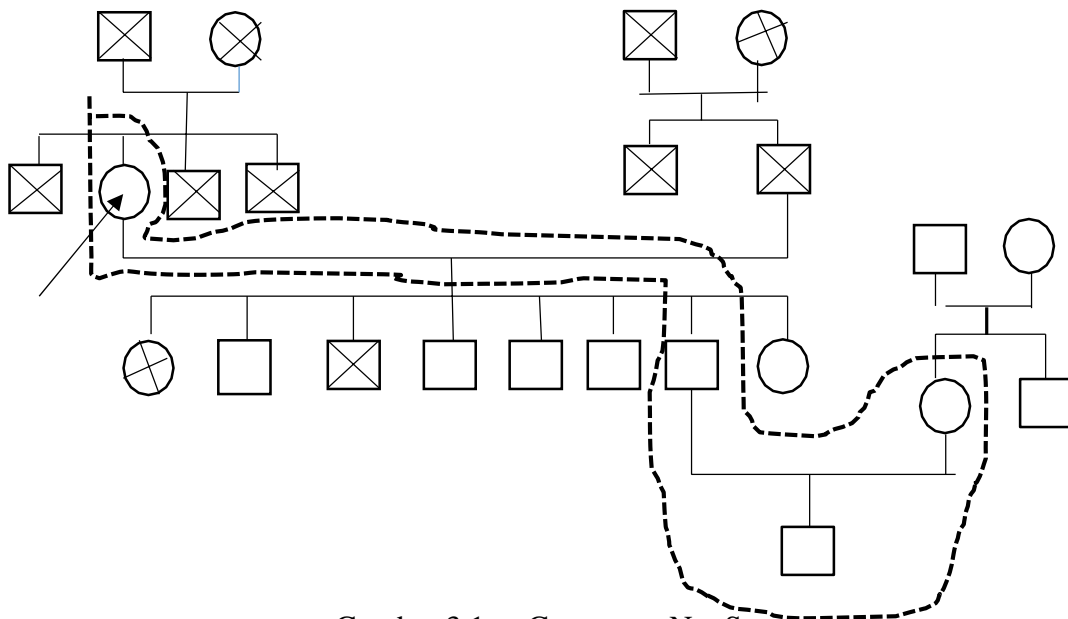
Tabel 2. Tabel Tingkat Ansietas

| Perilaku | | Perilaku | |
|-------------------------------|---|-------------------|----------------------------------|
| Tenang | √ | Menarik Diri | - |
| Ramah | √ | Binggung | √ |
| Pasif | - | Disorientasi | - |
| Waspasa | - | Ketakutan | - |
| Merasa membenarkan lingkungan | - | Hiperventilasi | - |
| Kooperatif | √ | Halusinasi/delusi | - |
| Gangguan perhatian | - | Depersonalisasi | - |
| Gelisah | √ | Obsesi | - |
| Sulit berkonsentrasi | - | Kompulsi | - |
| Waspada berlebihan | - | Keluhan somatik | √ (pusing) |
| Tremor | - | Hiperaktivitas | - |
| Bicara cepat | - | Lainnya : | TD: 150/90 mmHg N: 88 x/menit |

Masalah Keperawatan : Ansietas ringan

3.1.5. Riwayat Keluarga

1. Genogram



Gambar 3.1 Genogram Ny. S

Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : perempuan

✕

: Meninggal

----- : tinggal bersama

↙ : pasien

2. Tipe Keluarga

~~Nuclear family/Extended family/diad family/single parent~~

3. Pengambilan Keputusan

~~Kepala keluarga/Orang Tua/Istri/ Bersama-sama~~

4. Hubungan Klien Dengan Kepala Keluarga

~~Kepala keluarga/Orang Tua/Istri/Anak~~

5. Kebiasaan Yang Dilakukan Bersama Keluarga

Ny. S mengatakan setiap malam kebiasaan keluarga menonton televisi bersama, selain itu setiap malam minggu anak-anaknya juga berkumpul untuk mengunjunginya dan melakukan istighosah bersama.

6. Kegiatan Yang Dilakukan Keluarga Dalam Masyarakat

Ny. S mengatakan keluarga nya ikut aktif dalam organisasi di masyarakat. Anak dan menantunya aktif mengikuti organisasi dilingkungan sekitar. Namun, Ny. S mengatakan sudah tidak mengikuti kegiatan karena kondisinya saat ini yang sudah tua dan sering sakit-sakitan

3.1.6. Riwayat Sosial

1. Teman / Orang Terdekat

Ny. S mengatakan sering berkeluh kesah dengan anak-anaknya.

2. Peran serta dalam Kelompok

Ny. S mengatakan sudah tidak mengikuti kegiatan karena kondisinya saat ini.

Ny. S mengatakan sudah tidak mampu lagi melakukan kegiatan- kegiatan sehingga semua keperluannya sudah bergantung dengan anak- anaknya

3. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Ny. S mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Namun karena Ny. S sudah sering sakit-sakitan membuat Ny. S jarang untuk keluar dan berinteraksi dengan orang-orang. Ny. S mengatakan biasa berinteraksi dengan tetangga dekat kanan kiri rumah saja.

3.1.7. Obat Obatan Yang dikonsumsi

1. Adakah Obat Herbal / Obat lain yang dikonsumsi diluar resep

Ny. S mengatakan tidak mengkonsumsi obat obatan lain

2. Obat Obatan Yang dikonsumsi klien saat ini

Amlodipin 1x 10 mg

3. Apakah Klien Menggunakan Obat Obatan dan Alkohol untuk mengatasi masalahnya

Ny. S mengatakan tidak mengkonsumsi obat-obatan dan alcohol disaat ada masalah. Ketika menghadapi masalah klien memilih untuk sholat dan mengaji dan berkeluh kesah dengan anak-anaknya.

3.1.8. Status Mental Dan Emosi

1. Penampilan

- a. Cacat Fisik : Tidak Ada, tubuh klien tampak membungkuk karena sudah tua

- b. Kontak Mata : Ada, Ny. S berbicara dengan melihat perawat
- c. Pakaian : Ny. S tampak bersih dan rapi dengan jarit dipakai sebagai kemben.
- d. Perawatan Diri : Ny. S mengatakan mandi 2x/sehari dan kramas 2x/minggu dan sikat gigi 2x sehari.

2. Tingkah Laku

Tabel 3. Tabel Tingkah Laku

| Tingkah Laku | | Jelaskan |
|----------------|---|--|
| Resah | √ | Ny.S mengatakan cemas karena sakit yang diderita tidak kunjung sembuh meskipun rutin minum obat dan takut kalau meninggal namun belum banyak amal. |
| Agitasi | √ | Ny.S tampak mengaitkan jari-jari satu sama lain dan mengusap-usap tangan |
| Letargi | √ | Ny. S mengatakan sering tidak bisa tidur nyenyak ketika malam hari. |
| Sikap | √ | Ny. S mengatakan sudah capek minum obat terus-terusan |
| Ekspresi Wajah | √ | Ny.S tampak gelisah dan tegang |
| Lain Lain | √ | Ny. S mengatakan kondisinya saat ini sudah lemah. |

3. Pola Komunikasi

Tabel 4. Tabel Pola Komunikasi

| Pola Komunikasi | | Pola Komunikasi | |
|------------------|---|-----------------------|---|
| Jelas | √ | Aphasia | - |
| Koheren | √ | Perseverasi | - |
| Bicara Kotor | - | Rumination | - |
| Inkoheren | - | Tangensial | - |
| Neologisme | - | Banyak Bicara/dominan | - |
| Asosiasi Longgar | - | Bicara Lambat | - |
| Flight Of ideas | - | Sukar Berbicara : | - |
| Lainnya : | | | |

4. Mood dan Afek

Tabel 5. Tabel Mood dan Afek

| Perilaku | | Jelaskan |
|------------|---|---|
| Senang | √ | Ny. S merasa senang karena anak-anaknya peduli dan perhatian dengannya. |
| Sedih | √ | Ny.S merasa sedih jika meninggal karena telah lama sakit dan tidak sembuh. |
| Patah Hati | - | Ny. S tidak merasa patah hati |
| Putus Asa | √ | Ny.S tampak putus asa karena harus selalu minum obat dan periksa kesehatan rutin. |

Waktu : Ny. S dapat mengenali waktu, Ny. S dapat menyebutkan hari, bulan dan tahun dengan benar namun salah menyebutkan tanggal.

Tempat : Ny. S dapat menyebutkan alamat rumahnya dengan lengkap dan benar.

Orang : Ny. S dapat mengenali dan menyebutkan nama anggota keluarganya dengan baik.

Situasi : Ny. S dapat beradaptasi dengan situasi dan kondisi didalam rumah maupun diluar rumah (di kondisi lingkungan masyarakat)

b. Memori

Tabel 8. Tabel Memori

| Gangguan | | Jelaskan |
|------------------------------------|---|--|
| Gangguan daya ingat jangka panjang | - | Ny. S tidak mengalami Gangguan daya ingat jangka panjang |
| Gangguan daya ingat jangka pendek | - | Ny. S tidak mengalami Gangguan daya ingat jangka pendek |
| Gangguan daya ingat saat ini | - | Ny. S tidak mengalami Gangguan daya ingat saat ini |
| Paramnesia | - | Ny. S tidak mengalami Paramnesia |
| Hipermnesia | - | Ny. S tidak mengalami Hipermnesia |
| Amnesia | - | Ny. S tidak mengalami Amnesia |

c. Tingkat Konsentrasi dan berhitung

Tabel 9. Tabel Konsentrasi dan Berhitung

| Tingkatan | | Jelaskan |
|---------------------------------|---|---------------------------------|
| Mudah beralih | - | Ny. S tampak focus |
| Tidak mampu berkonsentrasi | - | Ny. S tampak berkonsentrasi |
| Tidak mampu berhitung sederhana | - | Ny. S mampu berhitung sederhana |

8. Ide Ide Bunuh Diri

Ny. S mengatakan tidak ada pemikiran untuk merusak diri dan orang lain meskipun Ny. S memiliki darah tinggi yang tidak dapat disembuhkan dan harus minum obat dan control teratur.

3.1.9. Kultural dan Spiritual

1. Agama Yang dianut

- a. Ny. S mengatakan selalu mengikuti sholat berjamaah di masjid meskipun dengan duduk, Ny S juga mengatakan masih dapat membaca alquran dan Ny. S masih mengikuti istighosah dirumahnya bersama anak-anaknya
- b. Ny. S mengatakan tidak pernah mengalami kekerasan dan penganiayaan sehingga tidak ada gangguan dalam melaksanakan kegiatan spiritualnya.
- c. Ny. S mengatakan bahwa dia merasa takut dan khawatir akan kematian, karena usianya sudah tua dan saudara dan teman-temannya sudah pergi meninggal sehingga Ny. S berusaha untuk memperbanyakamal untuk bekal diakhirat.

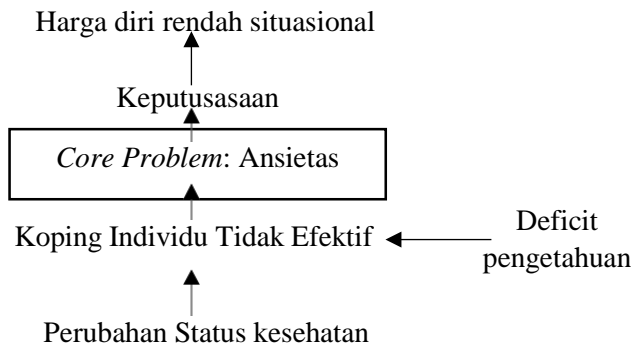
2. Budaya Yang diikuti

Ny. S mengatakan tidak memiliki pantangan atau kewajiban terhadap jenis makanan yang dikonsumsi.

3. Tingkat perkembangan saat ini

Ny. S berusia 87 tahun sehingga dapat dikategorikan sebagai lansia tua.

3.1.10. Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah Ansietas

3.2. Analisa Data

| No. | Data (Sign / Symptom) | Interprestasi (Etiologi) | Masalah (Problem) |
|-----|--|-----------------------------|----------------------|
| 1. | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan bahwa sudah memiliki darah tinggi sejak 10 tahun lalu. - Ny. S mengatakancemas karena meskipun sudah minum obat tapi tidak kunjung sembuh dan kondisinya yang semakin tua dan sering sakit-sakitan sehingga khawatir jika dirinya akan segera meninggal namun belum banyak amal yang dilakukan. - Ny. S mengatakan bahwa dirinya sering susah tidur - Ny. S mengatakan bahwa kondisinya saat | Perubahan status kesehatan | Ansietas (D.0080) |

| | | | |
|----|--|---------------------------------|-------------------------------|
| | <p>ini yang sudah lemah.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.S tampak gelisah - Ny.S tampak tegang - Ny.S tampak sulit untuk tidur - TD : 150/90 mmHg | | |
| 2. | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan sudah tidak mampu lagi melakukan kegiatan-kegiatan sehingga semua keperluannya sudah bergantung dengan anak-anaknya - Ny. S mengatakancemas karena sakit yang diderita tidak kunjung sembuh meskipun rutin minum obat dan takut kalau meninggal namun belum banyak amal. - Ny. S mengatakan sudah capek minum obat terus-terusan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak resah - Klien tampak mengaitkan jari-jari satu sama lain danmengusap-usap tangan | Ketidakdekuatan strategi koping | Koping tidak efektif (D.0096) |
| 3. | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien juga mengatakan sudah capek minum obat terus-terusan - Ny. S mengatakan bahwa dirinya sering susah tidur meskipun tidak sedang memikirkan apapun. <p>DO:</p> | Penurunan kondisi fisiologis | Keputusan (D.0088) |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | <p>Ny.S tampak datar</p> <p>Ny.S menolak untuk kontrol</p> | | |
| 4. | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S mengatakan cemas karena meskipun sudah minum obat tapi tidak kunjung sembuh dan kondisinya yang semakin tua dan sering sakit-sakitan sehingga khawatir jika dirinya akan segera meninggal namun belum banyak amal yang dilakukan. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S Tampak bertanya tentang keadaannya | <p>Kurang pengetahuan tentang Hipertensi</p> | <p>Defisit pengetahuan (D.0111)</p> |
| 5. | <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien juga mengatakan sudah capek minum obat terus-terusan - Ny. S mengatakan sudah tidak mengikuti kegiatan karena kondisinya saat ini - Ny. S mengatakan sudah tidak mampu melakukan kegiatan – kegiatan sehingga semua keperluannya sudah bergantung kepada anak-anaknya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. S tampak mengaitkan jari-jari satu sama lain dengan mengusap- usap tangan | <p>Diagnosis yang diterima (hipertensi)</p> | <p>Harga diri rendah situasional (D.0087)</p> |

3.3. Daftar Masalah Keperawatan

1. Ansietas (D.0080)
2. Koping tidak efektif (D.0096)
3. Keputusasaan (D.0088)
4. Defisit pengetahuan (D.0111)
5. Harga Diri Rendah (D.0087)

Pada kesempatan ini penulis memfokuskan pada diagnosis ansietas.

3.4. Intervensi Keperawatan

| Diagnosis Keperawatan | Tujuan | Intervensi | Rasional |
|-----------------------|---|--|---|
| Ansietas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kognitif, Klien mampu: <ol style="list-style-type: none"> a. Mengenal pengertian, penyebab, tanda gejala, akibat, dan proses terjadinya ansietas b. Mengetahui cara mengatasi ansietas 2. Psikomotor: klien mampu mengatasi ansietas dengan: <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan latihan relaksasi tarik napas dalam b. Melakukan latihan distraksi c. Melakukan latihan hipnotis lima jari d. Melakukan kegiatan spiritual 3. afektif, klien mampu: <ol style="list-style-type: none"> a. merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan b. membedakan perasaan sebelum dan | <p>Tindakan pada klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien dalam mengurangi ansietas 2. Jelaskan proses terjadinya ansietas 3. Latih cara mengatasi ansietas <ol style="list-style-type: none"> a. Tarik napas dalam b. Distraksi: bercakap-cakap hal positif c. Hipnotis lima jari yang fokus pada hal positif <ol style="list-style-type: none"> 1) Jempol dan telunjuk disatukan, dan bayangkan badan sehat. 2) Jempol dan jari tengah disatukan, dan bayangkan orang yang peduli dan sayang pada saudara. 3) Jempol dan jari manis disatukan, dan bayangkan saat saudara mendapat pujian dan prestasi 4) Jempol dan kelingking disatukan, dan bayangkan tempat yang paling saudara sukai d. Kegiatan spiritual 4. Bantu klien untuk melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan | <p>Tindakan pada klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui perasaan yang dirasakan klien, Untuk mengetahui kondisi yang dapat menimbulkan ansietas, Mengetahui penyebab ansietas 2. Menentukan mekanisme coping dan tindak lanjut keperawatan 3. Memberikan solusi kepada klien mengatasi ansietas yang dialami. 4. Memberikan terapi untuk mengatasi ansietas yang dialami. |

| | | | |
|--|------------------------|--|---|
| | <p>sesudah latihan</p> | <p>Tindakan pada keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien yang mengalami ansietas 2. Jelaskan pengertian, penyebab, tanda gejala, dan proses terjadinya ansietas serta mengambil keputusan merawat klien 3. Latih keluarga cara merawat dan membimbing klien mengatasi ansietas sesuai dengan arahan keperawatan yang telah diberikan kepada klien 4. Latih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan ansietas klien 5. Diskusikan tanda dan gejala ansietas yang memerlukan rujukan segera dan menganjurkan <i>follow up</i> ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur. | <p>Tindakan pada keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien yang mengalami ansietas 2. Mengenalkan masalah yang ada dalam keluarga sehingga mampu mengambil keputusan yang sesuai. 3. Memampukan keluarga untuk merawat dan membimbing klien mengatasi ansietas sesuai dengan arahan keperawatan yang telah diberikan kepada klien 4. Memodifikasi lingkungan yang sesuai untuk klien 5. Memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan |
|--|------------------------|--|---|

3.5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

| No. | Hari & Tanggal Pukul | Implementasi | Evaluasi | TTD |
|-----|---|---|--|-----|
| | Rabu, 21 Oktober 2020 09.00 10.00 10.15 11.00 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. mengkaji pengertian, penyebab tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien dalam mengurangi ansietas 3. menjelaskan proses terjadinya ansietas 4. melatih cara mengatasi ansietas <ol style="list-style-type: none"> a. Tarik napas dalam b. Distraksi: bercakap-cakap hal positif 5. Mengajarkan klien membuat jadwal teknik relaksasi secara teratur. | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bahwa cemas adalah khawatir, was-was perasaan selalu dihantui karena penyakitnya yang tidak kunjung sembuh - Klien mengatakan bahwa bila cemas dadanya akan berdebar-debar, susah tidur dan malas makan - Klien mengatakan bahwa ketika cemas biasanya di buat tidur kalau tidak begitu diceritakan dengan anak-anaknya ketika anaknya berkumpul. - Klien mengatakan bahwa mengerti cara mengatasi cemas dengan tarik napas dalam dan bercerita hal yang baik-baik dengan orang disekitarnya. - Klien mengatakan merasa lebih tenang dan mau belajar lagi cara untuk mengatasi ansietas yang dialami. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak kooperatif - Ada <i>feedback</i> yang baik dari klien - Klien mampu mendemonstrasikan ulang kegiatan yang | Ω |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>telah diajarkan oleh perawat</p> <p>A:</p> <p>Secara kognitif, afektif dan psikomotor klien mampu mengenal pengertian, penyebab, tanda gejala, akibat, dan proses terjadinya ansietas, klien mampu mengetahui cara mengatasi ansietas, klien mampu mengatasi ansietas, klien mampu merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan, klien mampu membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.</p> <p>P:</p> <p>Evaluasi tindakan pada klien, lanjutkan tindakan teknik relaksasi hipnotis lima jari dan kegiatan spiritual: berdzikir.</p> | |
|--|--|--|--|--|

| | | | |
|---|--|---|----------|
| <p>Kamis, 22 Oktober 2020 09.00</p> | <p>1. melatih cara mengatasi ansietas a. Hipnotis lima jari yang fokus pada hal positif 1) Jempol dan telunjuk disatukan, dan bayangkan badan sehat. 2) Jempol dan jari tengah disatukan, dan bayangkan orang yang peduli dan sayang pada saudara. 3) Jempol dan jari manis disatukan, dan bayangkan saat saudara mendapat pujian dan prestasi 4) Jempol dan kelingking disatukan, dan bayangkan tempat yang</p> | <p>S: - Klien mengatakan bahwa cemas yang dialaminya sudah berkurang - klien mengatakan bahwa dapat mengikuti instruksi yang diberikan oleh perawat - klien mengatakan bahwa hipnotis lima jari membuat perasaannya menjadi lebih baik - klien mengatakan lebih tenang ketika diajak dzikir. - klien mengatakan bahwa akan melakukan jika mengalami cemas O: - Klien tampak kooperatif - Ada <i>feedback</i> yang baik dari klien - Klien mampu mengikuti kegiatan yang telah diajarkan oleh perawat A: Secara kognitif, afektif dan psikomotor klien mampu mengatasi ansietas, klien mampu merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan, klien mampu membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. P: Masalah teratasi intervensi dihentikan.</p> | <p>Ω</p> |
|---|--|---|----------|

| | | | | |
|--|-------|---|--|--|
| | 11.00 | <p>paling saudara sukai</p> <p>b. Mengajarkan kegiatan spiritual: berdzikir.</p> <p>2. Menganjurkan klien membuat jadwal teknik relaksasi secara teratur.</p> | | |
|--|-------|---|--|--|

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan jiwa pada klien lansia yang mengalami hipertensi dengan ansietas di Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro yang dilaksanakan mulai tanggal 21 Oktober 2020 sampai dengan 22 Oktober 2020. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan pendekatan proses keperawatan jiwa dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

4.1. Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan klien, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan jiwa pada klien sehingga klien dapat terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Data yang didapatkan, klien bernama Ny. S berjenis kelamin perempuan, berusia 87 tahun. Menurut penelitian (Annisa & Ifdil, 2017) menjelaskan bahwa penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan secara umum maupun kesehatan jiwa secara khusus pada lansia. Menurut pendapat penulis juga ansietas pada lansia dapat terjadi karena faktor perubahan status kesehatan terutama masalah hipertensi yang harus minum obat secara terus menerus, merasa takut menjadi beban keluarga dan juga perasaan takut akan kematian. Hal ini didukung oleh penelitian (Priyono, 2020) tentang Ansietas Wanita Lanjut Usia

yang Mengalami Hipertensi menjelaskan bahwa semakin lama seseorang menderita hipertensi maka semakin tinggi tingkat ansietas yang dialami wanita lanjut usia dengan hipertensi. Hal ini dapat disebabkan karena kekhawatiran responden atas penyakit yang tidak kunjung sembuh meskipun berbagai upaya seperti yang telah disampaikan oleh kader posyandu maupun petugas kesehatan dari puskesmas telah dilakukan. Tekanan darah klien saat dilakukan pengkajian adalah 150/90 mmHg. Menurut penulis, hal tersebut dikarenakan pengaruh obat yang rutin dikonsumsi klien, sehingga setelah mengonsumsi obat tekanan darah klien turun.

Pada pengkajian keluhan utama Ny. S terdapat adanya perasaan khawatir, cemas dan was-was karena sudah menderita hipertensi 10 tahun namun tidak kunjung sembuh dan tubuhnya yang semakin lemah sehingga kebutuhan sehari-hari banyak bergantung kepada anak-anaknya. Perasaan cemas yang dialami seringkali membuat Ny. S merasa gelisah dan susah tidur. Pada sebagian besar penderita hipertensi muncul perasaan cemas dan sering memikirkan penyakit hipertensi yang dialaminya. Beberapa diantaranya mengatakan khawatir tentang penyakit hipertensi dan muncul perasaan yang tidak menentu serta sulit tidur (Moh. Syukri, 2017). Maka berdasarkan data di atas penulis mengambil kesimpulan antara teori dan kasus nyata tidak terdapat kesenjangan karena didapatkan data dari kasus nyata sama dengan teori baik penyebab dan tanda gejala sama.

Pada pengkajian tingkat ansietas klien tergolong ansietas ringan, berkaitan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Respon ansietas setiap individu akan mempengaruhi perilakunya baik yang bersifat adaptif maupun maladaptive,

demikian halnya dengan ansietas dimana perilaku ansietas merupakan hasil dari pengalaman individu mempelajari perilaku cemas dari pengalaman hidup yang dijalannya (Wuryaningsih, dkk, 2020). Klien mengeluh sering merasa cemas jika nantinya penyakit hipertensi yang dimiliki klien bertambah buruk. Klien juga cemas jika meninggal sedangkan amal ibadahnya belum cukup. Pada pengkajian riwayat pengobatan, ditemukan data, bahwa klien sebelumnya memiliki penyakit hipertensi sejak umur 70 tahun, rutin mengkonsumsi obat oral dan kontrol ke pelayanan kesehatan. Satu tahun yang lalu, klien terlambat kontrol dan beberapa hari tidak mengkonsumsi obat untuk hipertensinya.

Pada pengkajian kognitif, pada klien lansia usia 87 tahun yang telah mengalami kemunduran secara kognitif sesuai dengan penelitian (Saraswati, dkk. 2015) tentang Status Kognitif Dan Kualitas Hidup Lansia bahwa lansiamengalami kemunduran intelektual secara fisiologis yang dapat berupa mudah lupa, sampai pada kemunduran berupa kepikunan (demensia). Pengkajian afektif, Klien terlihat gelisah ketika penulis bertanya terkait penyakitnya. Pengkajian psikomotor, didapatkan klien mengatakan bahwa mengalihkan rasa cemas dengan berdoa dan beribadah untuk bekal ketika nanti meninggal. Pengkajian riwayat sosial, membuktikan adanya perubahan sosial pada klien. Sebelum sakit, klien jarang mengikuti kegiatan di pelayanan kesehatan, tetapi semanjak sakit, klien rutin mengikuti kegiatan PROLANIS yang diadakan di kelurahan daerah tempat tinggalnya. Klien juga sering mengikuti kegiatan Posyandu Lansia.

Selama proses pengkajian pada Ny. S terdapat adanya faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung dari proses pengkajian adalah klien kooperatif selalu menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh penulis sehingga

mempermudah penulis dalam menggali data-data masalah yang ada pada klien. Klien bersedia diajak berbicara dan senang saat diajak berbicara serta tidak menolak ajakan penulis dalam menggali data pada klien. Klien merasa senang ketika penulis melakukan pengkajian karena merasa diperhatikan dan menambah rasa saling percaya sehingga selama pengkajian merasa tidak ada yg ditutupi, Sedangkan faktor penghambat dalam melakukan pengkajian yaitu tidak adanya keluarga klien untuk menggali informasi dan tidak dapat melakukan validasi data yang didapat dari klien sehingga penulis hanya mendapat data dari interaksi dengan klien. Namun klien mengatakan bahwa keluarga nya selalu memotivasi klien untuk tetap melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, mengantarkan periksa ke layanan kesehatan dan membelikan obat serta kebutuhan klien.

Pengkajian dilakukan dengan menggunakan Bahasa jawa karena klien lebih mudah berkomunikasi dalam bahasa jawa. Penulis bertanya tentang kekhawatiran yang dirasakan oleh klien, klien menjawab: "*Kulo was-was yen penyakit niki mboten saget saras lan kulo nggeh was-was yen mengken pun ba'da nanging dereng wonten amal seng kathah*", arti kalimat tersebut dalam Bahasa Indonesia adalah "*Saya khawatir jika penyakit yang diderita tidak kunjung sembuh dan cemas jika nanti meninggal belum cukup amal*". Penulis bertanya "tentang apakah klien juga sering merasa jenuh selama proses pengobatan?" klien mengatakan "*kadang ya bosen tapi priapun maleh, kulo mboten pengin yen anak-anak kepikiran amargi kulo mboten saras*" hal ini berarti bahwa Klien terkadang merasa bosan karena menjalani pengobatan hipertensi secara rutin namun itu tetap dilakukan karena tidak ingin menyusahkan anak-anaknya kalau klien sakit. Penulis menggali informasi dari keterangan keluarga melalui *whatsapp* dan

keluarga kooperatif dalam menjawab terhadap pertanyaan yang diajukan oleh penulis.

4.2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan teori di buku (Budi Anna Keliat, et al 2019) Asuhankeperawatan jiwa diagnosis risiko terdiri dari diagnosis fisik dan diagnosis risiko. Diagnosis fisik yaitu nyeri, risiko jatuh, hipertermia, defisien volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ketidakefektifan bersihanjalan napas, resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, intoleran aktivitas, hambatan mobilitas fisik. Diagnosa fisik merupakan faktor resiko terjadinya diagnose psikososial yang akan disebut sebagai diagnosis resiko. Diagnosa keperawatan resiko meliputi: ansietas, gangguan citra tubuh, duka cita, keputusasaan, ketidakberdayaan, Harga diri rendah situasional, ketidakefektifan koping individu, ketidakefektifan manajemen kesehatan, ketidakefektifan performa peran, dan distress spiritual. Sedangkan pada kasus nyata diagnose keperawatan yang muncul ada 5 diagnosa keperawatan yaitu koping individu tidak efektif, ansietas, kurang pengetahuan, keputusasaan, harga diri rendah.

Diagnosa yang diangkat sebagai *core problem* adalah ansietas. Penulis mengangkat diagnosa ansietas sebagai *core problem* adalah berdasarkan data pengkajian keluhan utama, tanda dan gejala yang paling menonjol adalah data yang menunjukkan klien dengan ansietas. Ansietas disebabkan banyak faktor salah satu faktor penyebabnya adalah koping individu tidak efektif. Awalnya individu pada satu situasi yang penuh dengan stressor, individu berusaha menyelesaikan namun tidak tuntas sehingga timbul pikiran bahwa dirinya tidak

dapat sembuh dari penyakit hipertensi yang diderita dan merasa gagal menjalankan fungsi peran.

Klien mengalami perubahan kognitif penurunan konsentrasi, berfokus pada hal yang sakit, menyadari adanya gejala fisiologi seperti pusing. Perubahan afektif seperti perasaan khawatir, sedih, tidak percaya diri dan merasa bingung. Perubahan fisiologis seperti penurunan nafsu makan, ketegangan otot, peningkatan tanda-tanda vital, kesulitan tidur dan nyeri. Perubahan perilaku yang muncul pada klien ansietas seperti penurunan produktifitas, kewaspadaan meningkat, dan tidak bisa tenang. Perubahan sosial seperti kurangnya inisiatif, sulit menikmati kegiatan sehari-hari. Ansietas ringan, berkaitan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan klien menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsi. Respons yang ditimbulkan dari kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial ini masih dalam batas normal. Dampak dari ansietas ringan adalah meningkatnya kewaspadaan dan kemampuan dalam belajar (Zaini, 2019). Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosis ansietas yaitu data subjektif klien mengatakan mengatakan sering merasa was- was, gelisah dan takut jika hipertensi yang dideritanya tidak kunjung sembuh dan takut jika meninggal namun belum banyak amal yang dilakukan.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antar teori dan kasus nyata karena analisa data dan diagnosis yang ada diteori sama dengan yang ada pada kasus Ny. S.

4.3. Rencana Keperawatan

Pada perencanaan keperawatan jiwa yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama, yaitu Ansietas yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) klien yang terbagi dua strategi yang tertuju pada klien dan keluarga. Pada tinjauan teori terdapat sembilan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien.

1. Kaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien dalam mengurangi ansietas
2. Jelaskan proses terjadinya ansietas
3. Latih cara mengatasi ansietas:
 - a. Tarik napas dalam
 - b. Distraksi: bercakap-cakap hal positif
 - c. Hipnotis lima jari yang fokus pada hal positif
 - 1) Jempol dan telunjuk disatukan, dan bayangkan badan sehat
 - 2) Jempol dan jari tengah disatukan, dan bayangkan orang yang peduli dan sayang pada saudara.
 - 3) Jempol dan jari manis disatukan, dan bayangkan saat saudara mendapat pujian dan prestasi
 - 4) Jempol dan kelingking disatukan, dan bayangkan tempat yang paling saudara sukai
 - d. Kegiatan spiritual (berdzikir)
4. Bantu klien untuk melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan (buat jadwal tarik nafas dalam, hipnosis lima jari dan berdzikir).

5. Kaji masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien yang mengalami ansietas (diskusikan dengan keluarga masalah yang membuat klien mengalami ansietas).
6. Jelaskan pengertian, penyebab, tanda gejala, dan proses terjadinya ansietas serta mengambil keputusan merawat klien (diskusikan bersama keluarga penyebab, tanda gejala, dan proses terjadinya ansietas serta mengambil keputusan merawat klien)
7. Latih keluarga cara merawat dan membimbing klien mengatasi ansietas sesuai dengan arahan keperawatan yang telah diberikan kepada klien (diskusikan dengan keluarga cara merawat dan membimbing klien mengatasi ansietas sesuai dengan arahan keperawatan yang telah diberikan kepada klien)
8. Latih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan ansietas klien (diskusikan dengan keluarga untuk menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan ansietas klien)
9. Diskusikan tanda dan gejala ansietas yang memerlukan rujukan segera dan menganjurkan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur (diskusikan bersama keluarga kondisi klien yang perlu segera dirujuk ke fasilitas kesehatan).

Tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dan hal ini selaras dengan penelitian (Henik Istikhomah, 2016) yang mengatakan bahwa pelatihan relaksasi nafas dalam dapat menjadi salah satu alternatif intervensi yang digunakan untuk menurunkan ansietas. Selain nafas dalam terdapat intervensi

hipnotis lima jari yang dapat mengurangi ansietas hal ini didukung oleh penelitian (Wahyuningsih & Hidayati, 2019) tentang Hipnosis Lima Jari Terhadap Penurunan Cemas Pada Pasien Diabetes Mellitus yang mengatakan bahwa Teknik hipnosis lima jari ini sangat efektif diberikan pada penderita DM dengan tingkat penurunan cemas ringan hingga sedang. Karena teknik hipnosis lima jari ini dapat meningkatkan rasa rileks bagi penderitanya berupa respirasi yang dapat memperlancar sistem pernafasan sehingga terjadi penurunan tingkat ansietas. Selanjutnya penulis memberikan intervensi keperawatan berdzikir untuk mengurangi ansietas dan menyebabkan ketenangan jiwa klien (Fajrin, 2019).

4.4. Tindakan Keperawatan

Pada tinjauan teori implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan jiwa, yang biasa dilakukan perawat adalah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai oleh keadaan klien saat ini (*here and now*). Pada saat akan melaksanakan tindakan perawat membuat kontrak terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang

diharapkan klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien (Nurhalimah, 2016).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien telah di sesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan klien disebutkan terdapat empat strategi pelaksanaan yang akan dilakukan, diantaranya:

1. Mengkaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien dalam mengurangi ansietas.
2. Menjelaskan proses terjadinya ansietas
3. Melatih cara mengatasi ansietas:
 - a. Tarik napas dalam
 - b. Distraksi: bercakap-cakap hal positif
 - c. Hipnotis lima jari yang fokus pada hal positif
 - 1) Jempol dan telunjuk disatukan, dan bayangkan badan sehat
 - 2) Jempol dan jari tengah disatukan, dan bayangkan orang yang peduli dan sayang pada saudara.
 - 3) Jempol dan jari manis disatukan, dan bayangkan saat saudara mendapat pujian dan prestasi
 - 4) Jempol dan kelingking disatukan, dan bayangkan tempat yang paling saudara sukai
 - d. Kegiatan spiritual (berdzikir)

4. Bantu klien untuk melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan (buat jadwal tarik nafas dalam, hipnosis lima jari dan berdzikir).

Tahap pelaksanaan ini, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien kooperatif dalam pelaksanaan kegiatan klien menuruti sesuai arahan yang diberikan perawat pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan mulai tanggal 21 Oktober 2020 sampai 22 Oktober 2021.

Pengkajian tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien dalam mengurangi ansietas, menjelaskan proses terjadinya ansietas, melatih cara mengatasi ansietas: tarik napas dalam dan distraksi: bercakap-cakap hal positif dilaksanakan dalam 1 hari yaitu pada tanggal 21 Oktober 2020 pukul 09.00 WIB – 11.00 WIB diruang tamu dengan tetap menjaga protokol kesehatan yaitu menjaga jarak, memakai masker, dan mencuci tangan. klien kooperatif saat dilakukan pelaksanaan tindakan keperawatan membina hubungan saling percaya, klien mau menyebutkan nama panjang dan nama panggilannya, klien mampu mengatakan bahwa cemas adalah khawatir, was-was perasaan selalu dihantui karena penyakitnya yang tidak kunjung sembuh, Saat diajarkan napas dalam, klien mampu memperagakannya 3 kali. Saat diajarkan untuk distraksi: bercakap- cakap hal positif, klien mengerti dan mengiyakan anjuran perawat dan klien bersedia membuat jadwal teratur untuk latihan nafas dalam dan distraksi: bercakap-cakap positif.

Melatih cara mengatasi ansietas: hipnotis lima jari dan kegiatan spiritual berdzikir dilakukan pada hari berikutnya yaitu tanggal 22 Oktober 2020 pukul 09.00 WIB sampai dengan pukul 11.00 WIB diruang tamu dengan tetap menjaga protokol kesehatan yaitu menjaga jarak, memakai masker, dan mencuci tangan.

Evaluasi kegiatan sebelumnya yaitu latihan napas dalam dan distraksi: bercakap-cakap hal positif, klien dapat melakukan seperti anjuran perawat pada hari sebelumnya dengan baik. Di dalam tindakan keperawatan ini, klien masih kooperatif selanjutnya perawat mengajarkan cara mengatasi ansietas dengan hipnotis lima jari dan kegiatan spiritual: berdzikir. Klien mengikuti anjuran perawat dengan antusias.

Menurut penulis pada implementasi terdapat kesenjangan teori dan tinjauan kasus yaitu tidak dapat melakukan SP keluarga karena keterbatasan waktu dan penulis tidak membuat perjanjian dengan keluarga namun klien mengatakan bahwa mampu memotivasi klien, keluarga juga mampu memenuhi kebutuhan obatklien, keluarga mampu memenuhi kebutuhan kontrol, keluarga juga memotivasi klien untuk tetap berpikir positif tentang penyakitnya dan bersyukur masih dapat beraktivitas sampai saat ini sehingga terdapat keselarasan dengan penelitian (Yustiani Nur Afifah, 2017) tentang Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Lansia Yang Mengalami Diabetes Mellitus menyatakan bahwa dukungan keluarga dan orang terdekat bertujuan agar lansia tetap dapat menjalankan kegiatan sehari-hari secara teratur dan tidak berlebihan.

Selama tindakan keperawatan napas dalam klien dapat mengikuti anjuran dari penulis. Selanjutnya untuk kegiatan distraksi berupa berbicara hal positif, klien mengatakan *“kulo nggeh biasa cerito teng yogo kulo mbak, kadang nggeh kaleh tiang tonggo sebelah mriki kadang critone nggeh tentang kabar-kabar sak niki, kadang nggeh crito angen-angen kulo mengken kulo nggeh nyuwun pendapatteng yogo lan tonggo niku jen tansah pikirane positif dados ayem”* dalam Bahasa Indonesia yang berarti bahwa *“saya sudah terbiasa untuk bercerita dengan anak-*

anak, terkadang juga dengan tetangga dekat rumah dan terkadang bercerita tentang informasi kondisi saat ini, bertukar pendapat dan saling memotivasi untuk tetap berpikir positif sehingga lebih tenang”.

Pada tindakan keperawatan hari kedua penulis melakukan tindakan keperawatan selanjutnya yaitu melakukan hipnotis lima jari. Selama tindakan tersebut klien merasa senang dan menikmati namun klien seringkali bingung dengan intruksi yang diberikan oleh perawat hal ini dikarenakan kondisi klien yang sudah lansia, terjadi penurunan fungsi kognitif sehingga perlu dilakukan instruksi berulang-ulang hingga klien mengerti. Penulis melakukan tindakan yang keempat berupa kegiatan spiritual dengan berdzikir. Selama tindakan berdzikir klien dapat mengikuti kegiatan dengan sangat baik klien juga mengatakan bahwa *“kulo nggeh remen dzikiran mawon mbak, soale nggeh pun terbiasa nggeh saget damel sangu kulo benjing nak pun ba’da”* dalam Bahasa Indonesia hal tersebut berarti bahwa *“Klien lebih menyukai kegiatan berdzikir dari semua rangkaian tindakan yang telah diberikan karena berdzikir sudah menjadi kebiasaan klien serta dapat digunakan sebagai amal untuk nanti ketika telah meninggal”.*

4.5. Evaluasi Keperawatan

Tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dapat dilaksanakan dengan baik dimana kami dapat mengetahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung. Evaluasi pada tinjauan pustaka berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon klien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan dua hari di rumah klien. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon klien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2014). Pada tanggal 21 Oktober 2020 penulis melakukan bina hubungan saling percaya, mengkaji tanda dan gejala ansietas, mengetahui kemampuan klien dalam mengurangi ansietas, menjelaskan proses terjadinya ansietas, melatih napas dalam dan distraksi dengan bercakap – cakap hal positif. Evaluasi pertemuan pertama, didapatkan data subyektif, yaitu klien mengatakan was-was dan susah tidur. klien juga mengatakan lebih tenang karena mengerti apa yang harus dilakukan saat mengalami cemas setelah melakukan relaksasi napas dalam dan latihan teknik pengalihan situasi. Data obyektif, yaitu klien kooperatif, terlihat gelisah karena memikirkan penyakitnya, kontak mata baik. Klien dapat menyebutkan penyebab ansietas, menyebutkan situasi yang menyertai ansietas, menyebutkan perilaku yang tepat untuk mengatasi ansietas, dan dapat memeragakan relaksasi napas dalam dan teknik pengalihan situasi. Evaluasi secara kognitif klien tampak masih bingung dengan penjelasan penulis hal ini dikarenakan pada lansia terjadi penurunan degenerative dan lebih dapat mengingat masa lampau dari pada peristiwa yang terjadi saat ini hal ini selaras dengan penelitian (Saraswati, dkk. 2015) tentang Status Kognitif Dan Kualitas Hidup Lansia bahwa lansia mengalami kemunduran intelektual secara fisiologis yang dapat berupa mudah lupa, sampai pada kemunduran berupa kepikunan (demensia) serta gangguan mengenali peristiwa saat ini sehingga sulit adaptasi terhadap lingkungannya. Evaluasi afektif berupa klien merasa senang dan merasa lebih tenang dan dapat membedakan perasaan sebelum dilakukan tindakan keperawatan dan setelah dilakukan tindakan keperawatan berupa napas dalam dan

distraksi dengan bercakap-cakap hal positif. Evaluasi psikomotor klien dapat melakukan tindakan sesuai bimbingan penulis dengan baik dan klien bersedia melakukan secara terjadwal.

Pada evaluasi tanggal 22 Oktober 2020 klien mampu melakukan hipnotis lima jari dan kegiatan spiritual: berdzikir dan mengevaluasi seluruh kegiatan yang telah dilakukan. Evaluasi hari kedua diperoleh data subyektif, klien mengatakan lebih tenang setelah mengetahui teknik menurunkan ansietas dengan hipnotis lima jari dan kegiatan spiritual: berdzikir. Data obyektif, yaitu klien terlihat lebih tenang setelah melakukan teknik tarik napas dalam, kooperatif, wajah rileks, kontak mata ada. Klien dapat melakukan teknik relaksasi lima jari, klien dapat melakukan keempat teknik untuk mengatasi kecemasan dengan baik. Masalah teratasi, penulis menganjurkan klien untuk selalu melakukan teknik yang sudah diajarkan setiap hari. Evaluasi kognitif didapatkan klien lebih merasa mudah memahami ketika tindakan kegiatan spiritual: berdzikir karena klien mengatakan *“kulo remen pas berdzikir soale dipun damel amal mengken nak pun ba'da”* yang dalam Bahasa Indonesia berarti *“saya lebih senang ketika berdzikir soalnya untuk bekal amal ketika meninggal nanti”*. Evaluasi afektif berupa klien merasa lebih tenang dan dapat membedakan perasaan sebelum dilakukan intervensi keperawatan dan sesudah dilakukan intervensi keperawatan dan merasa lebih tenang dan menjadikan ansietas sebagai respon waspada sehingga dapat memotivasi ke bentuk positif dengan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan. Evaluasi psikomotor didapatkan klien mengatakan akan melakukan kegiatan spiritual: berdzikir secara terjadwal untuk mengurangi rasa was-was yang dirasakan.

Pelaksanaan evaluasi tindakan kepada keluarga dilakukan setelah sidang karya akhir ilmiah penulis dan didapatkan data bahwa keluarga telah melakukan pembimbingan teratur kepada klien seperti yang telah diajarkan oleh penulis dan memberikan motivasi kepada klien untuk tetap semangat dan berpikir positif serta memenuhi kebutuhan control, kebutuhan pengobatan dan kebutuhan sehari-hari.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus *Ansietas* pada lansia yang mengalami hipertensi, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan *Ansietas* pada lansia yang mengalami hipertensi.

5.1. Simpulan

Dari kasus yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pasien dengan kasus *Ansietas* pada lansia yang mengalami hipertensi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada klien dengan *Ansietas* pada lansia yang mengalami hipertensi menunjukkan keluhan cemas karena perubahan status kesehatan, meningkatnya tekanan darah, gelisah, susah tidur, mengeluh lemah dan tidak nafsu makan.
2. Pada klien dengan *Ansietas* akan mengalami beberapa masalah psikososial. Masalah asuhan keperawatan yang timbul adalah coping individu tidak efektif, Keputusan, dan Harga Diri Rendah. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan klien secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa karena banyak tindakan yang memerlukan kesadaran dan kerja sama perawat dan klien.

3. Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan *Ansietas* adalah klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenali

tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien dalam mengurangi ansietas, klien dapat menjelaskan proses terjadinya ansietas, melakukan napas dalam, melakukan distraksi dengan bercakap- cakap hal positif, melakukan hipnotis lima jari, melakukan kegiatan spiritual dengan berdzikir dan melakukan latihan sesuai jadwal kegiatan.

4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan *Ansietas* adalah klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenali tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien dalam mengurangi ansietas, klien dapat menjelaskan proses terjadinya ansietas, melakukan napas dalam, melakukan distraksi dengan bercakap- cakap hal positif, melakukan hipnotis lima jari, melakukan kegiatan spiritual dengan berdzikir dan melakukan latihan sesuai jadwal kegiatan.
5. Evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan *Ansietas* adalah klien sudah dapat membina hubungan saling percaya, klien sudah dapat mengenali tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien dalam mengurangi ansietas, klien sudah dapat menjelaskan proses terjadinya ansietas, melakukan napas dalam, melakukan distraksi dengan bercakap- cakap hal positif, melakukan hipnotis lima jari, melakukan kegiatan spiritual dengan berdzikir dan sudah melakukan latihan sesuai jadwal kegiatan.
6. Dokumentasi ditulis berdasarkan apa yang sudah direncanakan, dan yang sudah dilaksanakan, setiap hasil dari tindakan keperawatan langsung didokumentasikan secara bertahap sampai pada proses perawatan selesai.

5.2. Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas, maka penulis memberikan saran sebagai berikut:

5.2.1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk lebih memperluas dan menambahkan pengetahuan dan ketrampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

5.2.2. Bagi Penulis Selanjutnya

Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penulisan selanjutnya dan dilakukan penulisan lebih lanjut mengenai dukungan keluarga bagi lansia yang mengalami ansietas.

DAFTAR PUSTAKA

- Anita, D. (2017). Pengaruh Pemberian Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi dengan Anastesi Umum. *Jurnal Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*, 14–40.
- Annisa, D. F., & Ifdil, I. (2017). Konsep Kecemasan (Anxiety) pada Lanjut Usia (Lansia). *Konselor*, 5(2), 93. <https://doi.org/10.24036/02016526480-0-00>
- Budi Anna Keliat, Achir Yani S. Hamid, Yossi susanti Eka, Novi Daulima, Ice Yulia Wardani, H. S. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa (Pertama)*. Jakarta: EGC.
- Dewi, & Rhosma, S. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Erdiana. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kecemasan Lanjut Usia di Puskesmas Johar Baru II Jakarta. *Jurnal Kesehatan Saelmakers Perdana*, 2(1), 83–90. Retrieved from <http://ojs.ukmc.ac.id/index.php/JOH>
- Fajrin, E. R. (2019). Pengaruh pemberian terapi dzikir terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien pre operasi appendiktomi. *Jurnal Keperawatan*.
- Fitria, Ayuningtyas, F., & Prihatiningsih, W. (2017). *Komunikasi Terapeutik pada Lansia di Graha Werdha AUSSI Kusuma Lestari , Depok*. 201–215.
- Haq, H. R. (2017). Strategi Adaptasi Remaja Dari Penderita Skizofrenia di Kota Surabaya. *Sosial Dan Politik*.
- Henik Istikhomah, M. (2016). Pengaruh Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Kecemasan Dan Lama Persalinan Kala I Dan Ii Di Bpm Wilayah Klaten Henik Istikhomah, Murwati. *Jurnal Keperawatan*, 64–68.
- HIMPSI. (2020). Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa Ke-5 Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia. *Himpsi.or.Id*, (September 2019), 13. Retrieved from <https://himpsi.or.id/blog/pengumuman-2/post/kesehatan-jiwa-dan-resolusi-pascapandemi-di-indonesia-panduan-penulisan-132>
- Keliat, B. A. (2011). *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). Hasil Utama RISKESDAS 2018.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Profil Kesehatan Indonesia 2018.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2017 Tentang Penanggulangan Pemasungan Pada Orang dengan Gangguan Jiwa.
- Khoiriyah, R., & Handayani, S. (2020). Kesehatan Mental Emosional Perempuan

Penderita Kanker di Indonesia Emotional Mental Health of Women With Cancer in Indonesia Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Prof Dr Kesehatan mental menurut WHO. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 3(2).

- Manuntung, A. (2018). *Terapi Perilaku Kognitif pada Pasien Hipertensi*. Malang: Wineka Media
- Moh. Syukri. (2017). Efektivitas Terapi Hipnosis Lima Jari Terhadap Ansietas Klien Hipertensi di Puskesmas Rawasari Kota Jambi Tahun 2017. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 19(2), 353–356. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v19i2.678>
- Nurhalimah. (2016). *Keperawatan Jiwa* (Pertama; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, ed.). Jakarta: KEMENKES RI.
- PH, L., Keliat, B. A., & Putri, Y. S. E. (2016). Penurunan Respons Ansietas Klien Penyakit Fisik Dengan Terapi Generalis Ansietas Di Rumah Sakit Umum Bogor. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 4(1), 13–20.
- Priyono, W. (2020). Kecemasan Wanita Lanjut Usia yang Mengalami Hipertensi. *Jurnal Keperawatan*, 172–179.
- Renjaan, L., & Yani, A. (2019). *Keyakinan Masyarakat Terhadap Penyebab Hipertensi, Dan Upaya Penanggulangannya*. MPPKI (Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia): The Indonesian Journal of Health Promotion, 2(1), 1-4.
- Stuart, G. . (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing (10th edition)* (10th ed.). St.Louis: Elsevier Mosby.
- Wahyuningsih, E., & Hidayati, E. (2019). *Hipnosis Lima Jari Terhadap Penurunan Cemas Pada Pasien Hipnosis Five Finger Against Anxiety Decrease In Patients With Diabetes Mellitus*. 9(4).
- Wuryaningsih, E., W., dkk. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa 1*. Jember: UPT Percetakan & Penerbitan Universitas Jember
- Yustiani Nur Afifah, dkk. (2017). Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan lansia yang mengalami diabetes melitus. *Jurnal Keperawatan*, 4(2), 53–56.
- Yusuf, A., PK, R. F., & Nihayati, H. E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Zaini, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial di Pelayanan Klinis dan Komunitas*. Yogyakarta: DEEPUBLISH
- Zaini, M. (2019). *Keperawatan Kesehatan Jiwa: Pendekatan Teori dan Praktik Keperawatan*.

LAMPIRAN

Lampiran 1

Curriculum Vitae

Nama : Siti Akhirussanah
NIM : 2030102
Program Studi : Profesi Ners
Tempat, tanggal lahir : Bojonegoro, 01 Januari 1998
Agama : Islam
Alamat : Desa Semenpinggir RT 03 RW 01 Kec. Kapas, Kab.
Bojonegoro
Email : sitiakhirussanah11@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

- | | | |
|-------------------------------|-------------|------|
| 1. RA Nurul Huda | Lulus Tahun | 2004 |
| 2. MI Nurul Huda Semenpinggir | Lulus Tahun | 2010 |
| 3. MTs Negeri 5 Bojonegoro | Lulus Tahun | 2013 |
| 4. SMA Negeri 1 Sumberrejo | Lulus Tahun | 2016 |
| 5. STIKES Hang Tuah Surabaya | Lulus Tahun | 2020 |

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

“KARAKTER BUKANLAH WARISAN. DIA DIBANGUN HARI DEMI HARI
DENGAN PIKIRAN DAN TINDAKAN, TERUSLAH BERPIKIR DAN
BERTINDAK”

Persembahan:

Alhamdulillah, Allah SWT yang telah memberikan kemudahan, kelancaran dan pertolonganNya kepada saya sehingga saya mampu menyelesaikan kewajiban dan bisa mendapat hasil sesuai dengan usaha dan kerja keras saya selama ini, saya persembahkan karya ini kepada:

1. Orangtua tercinta Ibu Trianingsih dan Bapak Abdul Hanan, terimakasih atas usaha yang tidak pernah lelah, doa, dan semangat kepada saya selama ini.
2. Bulek saya (Kristiyah) dan Paklek saya (Badari), terimakasih semangat, motivasi untuk saya selama ini. Semoga Allah SWT selalu memberi petunjuk, kesehatan, dan kebahagiaan.
3. Kakak tercinta saya (Erna Wijayanti & Hari Handoko) beserta keponakan saya (Muhammad Kamil Najib) dan calon imam saya (Febrianto Nugroho), terimakasih menambah semangat saya selama menuntut ilmu di bangku kuliah, serta memberikan dukungan dan menghibur tanpa kenal lelah.
4. Sahabat sepersambatan tersayang (Nabel, Putu) yang selalu memberi motivasi dan kerenyahan dalam mengerjakan revisi.
5. Teman-teman terbaik di prodi Ners angkatan 11, terimakasih atas dukungan dan semangat.

6. Dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu, terimakasih selalu mendoakan yang terbaik untukku, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidupku. Semoga Allah SWT selalu melindungi dan meridhoi kalian. Aamiin Ya Robbal'Alaamiin.

Lampiran 3

SRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-1

Nama: Ny. S

Tanggal: 21 Oktober 2021

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

Pada klien dengan ansietas, klien sudah beberapa hari cemas, gelisah, sulit tidur dan sempat tidak mau control hipertensi yang diderita karena khawatir penyakit hipertensi nya tidak kunjung sembuh dan khawatir jika meninggal dunia.

b. Diagnosa Keperawatan

Ansietas

c. Tujuan Diagnosa

- 1) Klien dapat membina hubungan saling percaya
- 2) Klien mampu mengenal ansietas
- 3) Klien mampu mengatasi ansietas dengan napas dalam
- 4) Klien mampu mengatasi ansietas dengan distraksi: bercakap-cakap hal positif

d. Tindakan keperawatan

- 1) Bina hubungan saling percaya. Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar pasien merasa aman dan

nyaman saat berinteraksi. Tindakan yang harus dilakukan dalam membina hubungan saling percaya adalah:

- a) Mengucapkan salam terapeutik
 - b) Memperkenalkan diri (nama dan asal institusi)
 - c) Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien
 - d) Menjelaskan tujuan interaksi
 - e) Menyetujui kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien.
- 2) Bantu pasien mengenal ansietas
- a) Bantu pasien mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya
 - b) Bantu pasien menjelaskan situasi yang menimbulkan ansietas
 - c) Bantu pasien untuk mengenal penyebab ansietas
 - d) Bantu pasien menyadari perilaku akibat ansietas
- 3) Ajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam
- 4) Ajarkan pasien untuk melakukan distraksi dengan bercakap-cakap hal positif untuk mengalihkan situasi.

Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Orientasi

1. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum selamat pagi mbah perkenalkan saya siti akhirussanah, mahasiswa profesi keperawatan stikes hang tuah Surabaya. Ini dengan mbah siapa? Lebih senang dipanggil siapa mbah? Tujuan saya kesini mau melakukan pengkajian kepada mbah untuk memenuhi tugas kuliah saya. Apakah mbah berkenan? Kira-kira saya membutuhkan waktu selama 60 menit. Apakah mbah bersedia? Apakah ada yang perlu untuk ditanyakan mbah?”

2. Evaluasi

“Bagaimana keadaan mbah saat ini?”

“Apa yang mbah rasakan saat ini?”

3. Kontrak

d. Topik: Membahas tentang perih yang membuat klien cemas

e. Tempat: Ruang tamu

f. Waktu: pukul 09.00-10.00 (60 menit)

4. Kerja

“Mbah mengatakan kalau merasa khawatir dengan penyakit mbah, sudah beberapa hari mengalami gelisah, dan sulit tidur. Coba mbah ceritakan lebih lanjut tentang perasaan mbah, kenapa mbah meraskan hal tersebut, apa yang mbah pikirkan? Oh, jadi mbah takut kalau penyakit mbah tak kunjung sembuh? Bagaimana kalau kita coba mengatasi ansietas mbah dengan relaksasi dengan cara tarik napas dalam. Ini merupakan salah satu cara untuk mengurangi ansietas yang mbah rasakan.”

“Bagaimana kalau kita latihan sekarang. Saya akan lakukan, dan mbah memperhatikan saya, lalu mengikuti yang sudah saya ajarkan. Kita mulai ya mbah?”

“Pertama-tama mbah tarik napas dalam perlahan-lahan, setelah itu tahan napas. Dalam hitungan ketiga setelah itu mbah hempaskan udara melalui mulut dengan meniup udara secara perlahan-lahan. Sekarang coba mbah praktikan.”

“cara yang kedua mbah dapat melakukan pengalihan cemas yang mbah alami dengan keluarga mbah, misalnya anak mbah. Ketika mbah melakukan kegiatan yang mbah lakukan, mbah dapat bercerita dengan anak-anak mbah, atau tetangga samping kanan kiri mbah”

5. Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Nah, sekarang bagaimana perasaan mbah? Apakah perasaan cemasnya sudah berkurang mbah? Apakah sudah merasa lebih baik sekarang?”

b. Evaluasi Objektif

“Sekarang coba mbah lakukan lagi tahapan-tahapan melakukan relaksasi yang seperti saya contohkan tadi ya? Dan mbah lakukan teknik distraksi yang saya ajarkan tadi dan membuat jadwal rutin untuk melakukannya”.

c. Kontrak

“Baiklah. Bagaimana kalau kita lanjutkan percakapan kita besok pagi lagi pukul 09.00 di ruang tamu ini lagi kita belajar tentang teknik relaksasi hipnotis lima jari dan berdzikir? Apakah mbah bersedia?”

d. Rencana Tindakan Lanjutan

“Selanjutnya mbah coba ingat- ingat apa yang sudah saya ajarkan ya?

Dan ketika cemas mbah dapat melakukannya rutin. Baik kalau begitu kita bertemu kembali besok yaa assalamualaikum”.

Lampiran 4

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-2

Nama: Ny. S

Tanggal: 22 Oktober 2021

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

Pada klien dengan ansietas, klien sudah beberapa hari cemas, gelisah, sulit tidur dan sempat tidak mau control hipertensi yang diderita karena khawatir penyakit hipertensi nya tidak kunjung sembuh dan khawatir jika meninggal dunia.

b. Diagnosa Keperawatan

Ansietas

c. Tujuan Diagnosa

- 1) Klien mampu mengatasi ansietas dengan hipnotis lima jari.
- 2) Klien mampu mengatasi ansietas dengan berdzikir

d. Tindakan keperawatan

- 1) Ajarkan klien untuk melakukan hipnotis lima jari.
- 2) Ajarkan klien untuk kegiatan spiritual berdzikir

Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Orientasi

1. Salam terapeutik

“Selamat pagi mbah, masih ingat dengan saya? masih ingat nama saya? .”
ya saya mbak sanah.” “Sesuai janji saya kemarin hari ini kita akan latihan

mengurangi ansietas dengan hipnotis lima jari dan berdzikir, tetapi sebelumnya kita ulang kembali ya mbah mengurangi ansietas cara yang sebelumnya” Baik, betul sekali”

2. Evaluasi atau validasi

“Bagaimana perasaan mbah hari ini? semalem bisa tidur nyenyak? Apakah sudah mandi mbah? sudah sarapan? Tadi pagi kegiatannya ngapain ajambah? Oh menonton TV”

3. Kontrak

a. Topik

“Hari ini kita akan belajar cara mengurangi ansietas dengan hipnotis lima jari dan berdzikir ya mbah”

b. Tempat

“Sesuai janji kita kemarin, kita ngobrolnya di sini saja ya mbah? Yang nyaman”

c. Waktu

“Mbah mau kita mengobrol berapa lama? bagaimana kalau 60 menit? Mbah setuju?”

4. Kerja (tindakan)

“Bagaimana perasaan mbah hari ini? Apakah bisa tidur nyenyak? Mbah sebelum saya ajari saya tensi dulu ya mbah, Oh 140/90 sudah turun ya mbah, apakah mbah merasakan cemas lagi? Oh sudah tidak baik. mbah kita evaluasi tindakan yang kemarin ya? Coba mbah sebutkan, Baik benar. Bagaimana kalau kita mempraktekkan bersama mbah? Baik, sudah bagus. Coba tarik nafas dalamnya kita ulang 5x ya mbah. Benar sekali” “oh iya

mbah, untuk yang cara verbal hayo, apakah mbah masih ingat? Benar sekali”

“Nah, untuk selanjutnya kita berlatih dengan hipnotis lima jari ya mbah”

“kita mulai yam bah, pertama mbah ambil posisi yang nyaman menurut mbah, kalau mbah tidak menekuk kaki mbah bisa dengan selonjoran dan menutup mata yam bah. Saya jelaskan prosedurnya yam bah.”

“Pertama, Jempol dan telunjuk disatukan, dan mbah bayangkan badan sehat”

”Kedua, Jempol dan jari tengah disatukan, dan bayangkan orang yang peduli dan sayang pada mbah”

”ketiga, Jempol dan jari manis disatukan, dan bayangkan saat mbah mendapat pujian dan prestasi, mbah bisa pergi haji atau apa yang mbah impikan terkabul”

”Selanjutnya, Jempol dan kelingking disatukan, dan bayangkan tempat yang paling mbah sukai. Bisa di pantai, di gunung yang sejuk.”

”Apakah mbah sudah paham dengan penjelasan saya?” Selanjutnya, jika mbah merasa cemas, khawatir takut penyakitnya tidak sembuh dan takut meninggal, mbah bisa berdoa dan berdzikir kepada Allah supaya tenang, Mbah apakah biasa berdzikir? Baik berdzikir seperti itu juga bagus mbah”

5. Terminasi

a. Evaluasi klien terhadap tindakan keperawatan

1) Evaluasi klien subjektif

Bagaimana perasaan mbah saat ini? bagaimana setelah mbah tau cara mengurangi ansietas dengan hipnotis lima jari? apakah sudah jelas?”

2) Evaluasi perawat objektif setelah reinforcement

“mbah, selama tidak ada saya, mbah ingat-ingat ya, bagaimana cara mengurangi ansietas, Coba di ulangi lagi yuk mbah bareng saya”

3) Tindak lanjut klien

“Terimakasih yam bah atas waktunya semoga mbah sehat selalu. Saya pamit dahulu assalamualaikum”

Lampiran 5

Analisa Proses Interaksi

Nama Mahasiswa : Siti Akhirussanah, S. Kep.
Tanggal : 21 Oktober 2020
Waktu : 09.00 WIB

Tempat : Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro
Inisial Klien : Ny. S
Interaksi ke 1
Lingkungan : Ruang tamu, dengan protocol kesehatan
Deskripsi Pasien : Klien cemas

Tujuan Komunikasi : Klien dapat mengenal perawat dan mengungkapkan secara terbuka permasalahannya, klien dapat melakukan distraksi napas dalam, klien dapat melakukan distraksi dengan bercakap hal positif.

| KOMUNIKASI VERBAL | KOMUNIKASI NON VERBAL | ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT | ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN | RASIONAL |
|---|--|--|---|--|
| <p>P: “Assalamualaikum selamat pagi mbah perkenalkan saya siti akhirussanah, mahasiswa profesi keperawatan stikes hangtuah Surabaya. Ini dengan mbah siapa? Lebih senang dipanggil siapa mbah? Tujuan saya kesini mau melakukan pengkajian kepada mbah untuk memenuhi tugas kuliah saya. Apakah mbah berkenan? Kira-kira saya membutuhkan waktu selama 60 menit. Apakah mbah bersedia? Apakah ada yang perlu untuk ditanyakan mbah?”</p> <p>K: Waalaikumsalam.. Iya mbak aku mau kok Dereng wonten pertanyaan mbak Nami kulo Ny. S mbak... aku biasa dipanggil mbah S</p> | <p>P : Perawat berucap salam sambil berkontak mata dengan klien</p> <p>K : Klien menjawab salam dari perawat</p> | <p>P: Ingin membuka percakapan dengan klien dan berharap dengan sapaan sederhana P bisa diterima oleh K.</p> <p>P: merasa senang ada tanggapan</p> | <p>K: Klien tampak bersedia berinteraksi dan membutuhkan bantuan dari perawat</p> | <p>Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <p>P: “Bagaimana keadaan mbah saat ini?” “Apa yang mbah rasakan saat ini?”</p> <p>K: “kabarku baik mbak” “Aku sering was-was karena penyakitku ini mbak,, yang tidak kunjung sembuh meskipun minum obat secara rutin dan control secara rutin. Aku takut jika aku meninggal namun belum banyak amal yang aku kerjakan”</p> | <p>P: Perawat berucap dengan tenang dan suara yang jelas</p> <p>K: Klien tampak biasa saja menanggapi pembicaraan perawat</p> | <p>Perawat berusaha mengeksplorasi klien dengan mengklarifikasi responnya</p> | <p>Klien menunjukkan sikap menerima kehadiran perawat</p> | <p>Validasi bertujuan untuk membina hubungan saling percaya antara klien dan perawat.</p> |
|--|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|--------------------------------|---|
| <p>P: “Mbah mengatakan kalau merasa khawatir dengan penyakit mbah, sudah beberapa hari mengalami gelisah, dan sulit tidur. Coba mbah ceritakan lebih lanjut tentang perasaan mbah, kenapa mbah merasakan hal tersebut, apa yang mbah pikirkan?”</p> <p>K : “aku biasa merasakan was-was karena takut meninggal, karena saudara-saudaraku sudah meninggal”</p> | <p>P: Perawat bertanya dengan tenang dan bahasa yang jelas</p> <p>K: Klien menjelaskan apa yang klien rasakan</p> | <p>Perawat berusaha mengeksplorasi klien dengan mengklarifikasi responnya</p> | <p>Klien tampak kooperatif</p> | <p>Eksplorasi adalah salah satu teknik komunikasi terapeutik yang bertujuan untuk mengetahui lebih dalam aspek kognitif dan afektif klien</p> |
|---|---|---|--------------------------------|---|

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <p>P : Baik, sekarang saya akan mengajarkan Ny.S cara untuk mengatasi kecemasan tersebut”</p> <p>K : Baik Mbak</p> <p>P : “Pertama-tama mbah tarik napas dalam perlahan-lahan, setelah itu tahan napas. Dalam hitungan ketiga setelah itu mbah hembuskan udara melalui mulut dengan meniup udara secara perlahan-lahan. Sekarang coba mbah praktikkan.”</p> <p>K:Iya Mbak</p> | <p>P: Perawat menjelaskan dengan sabar</p> <p>K: Klien mengangguk</p> <p>P: Perawat menjelaskan dengan pelan dan jelas, sambil menjelaskan perawat meyakinkan klien agar klien dengan percaya diri dapat melakukan apa yang di perawat ajarkan tadi</p> <p>K: Klien menerima dan memperagakan apa yang sudah diajarkan perawat</p> | <p>Perawat berasumsi bahwa klien memang membutuhkan bantuan</p> <p>Perawat berharap respon klien menerima apa yang diajarkan</p> | <p>Klien menunjukkan sikap pasrahnya sebagai tanda kegelisahannya</p> <p>Usaha yang dilakukan klien telah tepat</p> | <p>Sikap mendukung akan memberikan rasa aman bagi klien</p> <p>Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu cara untuk mengatasi kecemasan yang dialami oleh klien</p> |
|---|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <p>P : “Bagus sekali, mbah sudah memperagakancara pertama melawan suara-suara itu. Selanjutn saya akan mengajarkan cara yang kedua yaitu dengan distraksi bercakap cakap hal positif, cara yang kedua mbah dapat melakukan pengalihan cemas yang mbah alami dengan keluarga mbah, misalnya anak mbah. Ketika mbah melakukan kegiatan yang mbah lakukan, mbah dapat bercerita dengan aak-anak mbah, atau tetangga samping kanan kiri mbah”</p> <p>K : Baik Mbak</p> | <p>P: Perawat memperhatikan klien</p> <p>P : Perawat menjelaskan cara yang kedua dengan pelan dan jelas, pada saat menjelaskan perawat memperhatikan klien memastikan klien menerima penjelasan dari perawat</p> <p>K:Klien memperhatikan Perawat dan Klienmampu menjelaskan</p> | <p>Perawat berharap menerima apa yang diajarkan kepada klien</p> | <p>Usaha yang dilakukan klien telah tepat</p> | <p>Teknik distraksi bercakap-cakap positif dalam merupakan salah satu cara untuk mengatasi kecemasan yang dialami oleh klien</p> |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <p>P : “Bagaimana perasaan Ny.S sekarang setelah memperagakan cara mengurangi rasa cemas dan was-was dengan napas dalam dan distraksi?”</p> <p>K : “Ya.. Sedikit tenang mbak setelah apa yang ajarkan tadi”</p> <p>P : “Bagaimana kalau besok kita mempelajari cara yang lainnya untuk mengurangi rasa cemas dengan hipnotis lima jari dan kegiatan spiritual dengan berdzikir?”</p> <p>K : “Iya mbak. Saya mau sekali”</p> | <p>P: Perawat bertanya dengan sabar berharap respon yang baik diterimanya</p> <p>K: Klien ungkapkan dengan antusias dan penuh rasa suka</p> <p>P: Perawat menyakinkan klien agar besok harinya dapat mempelajari cara selanjutnya</p> <p>K: Klien menganggukdan menerima ajakan Perawat</p> | <p>Perawat ingin mengetahui perasaan klien setelah mengajarkan cara melawan mengatasi kecemasan (anxietas)</p> <p>Perawat yakin klien akan menerima ajakan perawat</p> | <p>Klien menunjukkan perilaku yang memberi kesan memahami dan menerima apa yang telah di ajarkan perawat</p> <p>Klien menerima ajakan perawat untuk melanjutkan terapi cara 3 dan 4</p> | <p>Ungkapan perasaan sebagai mengevaluasi terhadap jalannya terapi</p> <p>Memenuhi 4 cara terapi mengatasi ansietas</p> |
|---|---|--|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <p>P : “Besok Ny.S bersedia pukul jam berapa dan dimana Ny.B ? K : Jam 9 pagi mbak, Di ruang Tamu saja Mbak”</p> | <p>P: Perawat menyakinkan waktu dan tempatnya sesuai keinginan klien K: Klien memberikan kontrak waktu kepada Perawat</p> | | | |
| <p>P : “Baik Ny.S, terimakasih untuk waktu luangnya kita bertemu kembali besok pada pukul jam 09.00.Saya permisi Terimakasih” K: “Iya mbak sama-sama”</p> | <p>P: Perawat berucap salam dan sambil tersenyum kepada Klien K: Klien tersenyum kembali</p> | <p>Terminasi merupakan tahap akhir sesi tiap sesi</p> | <p>Klien menerima terminasi dari pertemuan pertaman</p> | <p>Menanggapi ucapan Terimakasih menunjukkan kesan perangkat terminasi yang dapat untuk meningkatkan hubungan saling percaya</p> |

Kesan Perawat:

Fase awal dapat dilaksanakan dengan baik.Klien cukup kooperatif walaupun masih merasa cemas ataupun was-was karena hipertensi yang dialami. Data yang tergalai adalah data mengenai ansietas (kecemasan). Kontrak selanjutnya telah dilaksanakan dan klien menerima kontrak tersebut. Secara umum proses interaksi sudah dapat dilanjutkan dengan fase berikutnya.

Analisa Proses Interaksi

Nama Mahasiswa : Siti Akhirussanah, S.Kep.
Tanggal : 22 Oktober 2020
Waktu : 09.00 WIB
Tempat : Desa Semenpinggir Kecamatan Kapas Kabupaten Bojonegoro
Inisial Klien : Ny.S
Interaksi ke : 2
Lingkungan : Ruang tamu, sesuai protocol kesehatan
Deskripsi Pasien : Ny.S tampak rapid an siap menerima tindakan dari perawat.
Tujuan Komunikasi : Klien dapat mengenal perawat dan mengungkapkan secara terbuka permasalahannya

| | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|--|-------------------------|-----------------|
| KOMUNIKASI VERBAL | KOMUNIKASI NON VERBAL | ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT | ANALISA BERPUSAT | RASIONAL |
|--------------------------|----------------------------------|--|-------------------------|-----------------|

| | | | PADA KLIEN | |
|--|---|--|---|--|
| <p>P: “Assalamualaikum Selamat pagi mbah S, Apakah mbah masih ingat dengan saya?” iya betul sekali .. , saya perawat Sanah .Saya Mahasiswa Profesi Ners stikes Hang Tuah Surabaya”</p> <p>K: “Walaikumsalam Mbak,ini dengan Mbak Perawat sanah ya”</p> | <p>P : Perawat berucapsalam sambil berkontak mata dengan klien</p> <p>K : Klien menjawab salam dari perawat</p> | <p>P: Ingin membuka percakapan dengan klien dan berharap dengan sapaan sederhana P bisa diterima oleh K.</p> | <p>K: Klien tampak bersedia berinteraksi dan membutuhkan bantuan dari perawat</p> | <p>Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya</p> |
| <p>P: Iya mbah betul saya Perawat Sanah yang kemarin sudah mengajarkan cara mengatasi cemas (ansietas) dengan yang pertama relaksasi napas dalam kedua dengan cara</p> | <p>P: Perawat berucap dengan tenang dan suara yang jelas</p> <p>K: Klien tampak biasa saja menanggapi pembicaraan perawat</p> | <p>P: Merasa senang klien mengingat perawat</p> | <p>Klien menunjukkan sikap menerima kehadiran perawat</p> | <p>Melanjutkan 4 cara mengatasi kecemasan.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <p>distraksi dengan bercakap-cakap hal positif. Bagaimana apakah mbah sudah mempraktikkannya?</p> <p>K: Iya mbak sudah saya praktikan</p> | | | | |
| <p>P: “Bagus mbah, sesuai dengan kontrak yang sudah disepakati mbah kemarin, saya akan mengajarkan cara mengatasi cemas (ansietas) dengan cara hipnotis lima jari.” “Pertama, Jempol dan telunjuk disatukan, dan mbah bayangkan badan sehat” ”Kedua, Jempol dan jari tengah disatukan, dan bayangkan orang yang peduli dan sayang pada mbah” ”ketiga, Jempol dan jari</p> | <p>P: Perawat menjelaskan cara yang ketiga dengan tenang dan bahasa yang jelas sambil menjelaskan perawat meyakinkan klien agar klien dengan percaya diri dapat melakukan apa yang di perawat ajarkan tadi</p> | <p>P: Berusaha mendukung apa yang dibutuhkan klien</p> | <p>Klien memperdulikan penjelasan perawat</p> | <p>Teknik hipnotis lima jari dapat dilakukan pada klien dengan ansietas (kecemasan)</p> |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <p>manis disatukan, dan bayangkan saat mbah mendapat pujian dan prestasi, mbah bisa pergi haji atau apa yang mbah impikan terkabul”</p> <p>”Selanjutnya, Jempol dan kelingking disatukan, dan bayangkan tempat yang paling mbah sukai. Bisa di pantai, di gunung yang sejuk.”</p> <p>”Apakah mbah sudah paham dengan penjelasan saya?”</p> <p>K : “Iya mbak.. ayo coba dipraktekkan”</p> | <p>K: Klien menerima penjelasan perawat</p> | | | |
|--|---|--|--|--|

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>P : “Selanjutnya, jika mbah merasa cemas, khawatir takut penyakitnya tidak sembuh dan takut meninggal,mbah bisa berdoa dan berdzikir kepada Allah supaya tenang, Mbahapakah biasa berdzikir? Baik berdzikir seperti itu juga bagus mbah”</p> <p>K : “Bisa mbak, saya akan coba melakukannya”</p> | <p>P: Perawat menjelaskan cara yang keempat dengan pelan dan jelas, sambil menjelaskan perawat meyakinkan klien agar klien dengan percaya diri dapat melakukan apa yang di perawat ajarkan tadi</p> <p>K: Klien menerima apa yang sudah jelaskan oleh perawat</p> | <p>P: Berasumsi bahwa klien memang membutuhkan bantuan</p> | <p>Usaha yang dilakukan klien sebagian telah tepat</p> | <p>Teknik kegiatan spiritual: berdzikir dapat dilakukan pada klien dengan ansietas (kecemasan)</p> |
|---|---|--|--|--|

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <p>P : “Coba sekarang mbah jelaskan kembali apayang sudah saya sampaikan barusan”</p> <p>K: “Iya mbak jadi cara mengatasi rasa was-was saya yaitu dengan napas dalam, bercakap-cakap, hipnotis lima jari dan berdzikir”</p> | <p>P: Perawat memperhatikan klien</p> <p>K: Klien menjelaskan kembali cara melawan suara-suara dengan jelas</p> | <p>P: Berharap menerima apa yang diajarkan kepada klien</p> | <p>K:Klien menunjukkan perilaku yang memberi kesan menerima dan memahami</p> | <p>Ungkapan perasaan untuk mengevaluasi keadaan/masalah klien</p> |
| <p>P: baiklah saya pamit pulang terlebih dahulu ya mbah terimakasih Assalamualaikum</p> <p>K: Iya mbak sama-sama waalaikumsalam</p> | <p>P: Perawat berucap salam sambil tersenyum</p> <p>K:Klien tersenyum sambil menjawab salam Perawat</p> | <p>P: Perawat meninggalkan klien dengan perasaan lega</p> | <p>K:Klien menerima terminasi dari pertemuan pertama dan kedua</p> | <p>Mengucapkan salam adalah perangkat yang dapat meningkatkan hubungan saling percaya</p> |

Kesan Perawat:

Fase kedua dapat dilaksanakan dengan baik. Klien cukup kooperatif. Data yang tergalil adalah klien mampu mengatasi ansietas (kecemasan), mampu melakukan hipnotis lima jari dan kegiatan spiritual dengan berdzikir sudah baik. Secara umum proses interaksi sudah terlaksana dengan baik

Lampiran 6

Format pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Psikososial FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PSIKOSOSIAL

A. Informasi Umum

Inisial Klien :
Usia :
Jenis Kelamin :
Suku :
Bahasa Dominan :
Status Perkawinan :
Pekerjaan :
Alamat :

B. Keluhan Utama

C. Penampilan Umum dan Perilaku Fisik

Berat Badan :
Tinggi Badan :
Tanda-Tanda Vital :
S : °C , TD : mmHg, N : x/mnt, RR : x/mnt

Riwayat Pengobatan Fisik:

Masalah Keperawatan :

D. Tingkat Ansietas

Tingkat ansietas (lingkari tingkat ansietas dan check list perilaku yang ditampilkan oleh klien)

Ringan Sedang Berat Panik

| | | | |
|----------|---|--------------|---|
| Perilaku | √ | Perilaku | √ |
| Tenang | | Menarik Diri | |
| Ramah | | Bingung | |
| Pasif | | Disorientasi | |
| Waspada | | Ketakutan | |

| | | | |
|--------------------------------|---|-------------------|--|
| Merasa membernarkan lingkungan | | Hiperventilasi | |
| Kooperatif | | Halusinasi/Delusi | |
| Gangguan Perhatian | | Depersonalisasi | |
| Gelisah | | Obsesi | |
| Sulit berkonsentrasi | | Kompulsi | |
| Waspada Berlebihan | | Keluhan Somatik | |
| Tremor | √ | Hiperaktivitas | |
| Bicara Cepat | | Lainnya : | |

Masalah Keperawatan :

E. Keluarga

- 1) Genogram :
- 2) Tipe Keluarga :
- 3) Pengambilan Keputusan :
- 4) Hubungan Klien dengan Kepala Keluarga :
- 5) Kebiasaan yang dilakukan bersama keluarga :
- 6) Kegiatan yang dilakukan keluarga dalam masyarakat :

Masalah Keperawatan :

F. Riwayat Sosial

- 1) Pola Sosial
 1. Teman/Orang terdekat,
 2. Peran serta dengan Kelompok,
 3. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain,
- 2) Obat yang di Konsumsi

Masalah Keperawatan :

G. Status Mental dan Emosi

- 1) Penampilan

| Penampilan | Ada | Tidak | Jelaskan |
|----------------|-----|-------|----------|
| Cacat Fisik | | | |
| Kontak Mata | | | |
| Pakaian | - | | |
| Perawatan Diri | | | |

Masalah Keperawatan :

2) Tingkah Laku

| Tingkah Laku | √ | Jelaskan |
|----------------|---|----------|
| Resah | | |
| Agitasi | | |
| Letargi | | |
| Sikap | | |
| Ekspresi Wajah | | |
| Lain-lain | | |

3) Pola Komunikasi

| Pola Komunikasi | √ | Pola Komunikasi | √ |
|------------------|---|--------------------------|---|
| Jelas | | Apasia | |
| Koheren | | Perseverasi | |
| Bicara Kotor | | Rumination | |
| Inkoheren | | Tangesial | |
| Neologisme | | Banyak Bicara/Dominan | |
| Asosiasi Longgar | | Bicara Lambat | |
| Flight Of Ideas | | Sukar Berbicara | |

4) Mood dan Afek

| Perilaku | √ | Jelaskan |
|------------------|---|----------|
| Senang | | |
| Sedih | | |
| Patah Hati | | |
| Putus Asa | | |
| Gembira | | |
| Euforia | | |
| Curiga | | |
| Lesu | | |
| Marah/Bermusuhan | | |

5) Proses Pikir

| Perilaku | √ |
|-----------------|---|
| Jelas | |
| Logis | |
| Mudah di ikuti | |
| Relevan | |
| Bingung | |
| Bloking | |
| Delusi | |
| Arus Cepat | |
| Asosiasi Lambat | |

| | | |
|-----------------------|----------|--------|
| Curiga | | |
| Memori jangka Pendek | Hilang : | Utuh : |
| Memori jangka Panjang | Hilang : | Utuh : |

6) Persepsi

| | | |
|-----------------|---|----------|
| Perilaku | √ | Jelaskan |
| Halusinasi | - | |
| Ilusi | - | |
| Depersonalisasi | - | |
| Derealisasi | - | |

| | | |
|--------------|---|----------|
| Halusinasi | √ | Jelaskan |
| Pendengaran | - | |
| Pengelihatan | - | |
| Perabaan | - | |
| Pengecapan | - | |
| Penghidu | - | |

7) Kognitif

a) Orientasi Realita

| | |
|---------|----------|
| | Jelaskan |
| Waktu | |
| Tempat | |
| Orang | |
| Situasi | |

b) Memori

| | | |
|------------------------------------|---|----------|
| Gangguan | √ | Jelaskan |
| Gangguan daya ingat jangka panjang | | |
| Gangguan daya ingat jangka pendek | | |
| Gangguan daya ingat saat ini | | |
| Paranemisia | | |
| Hiperamnesia | | |
| Amnesia | | |

c) Tingkat Kosentrasi

| | | |
|---------------|---|----------|
| Tingkatan | √ | Jelaskan |
| Mudah Beralih | | |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Tidak mampu berkonsentrasi | | |
| Tidak mampu berhitung sederhana | | |

H. Ide Bunuh Diri

I. Kultural dan Spiritual

Agama yang dianut

- 1) Bagaimana kebutuhan klien terhadap spiritual dan pelaksanaannya?
- 2) Apakah klien mengalami gangguan dalam menjalankan kegiatan spiritualnya setelah mengalami kekerasan atau penganiayaan?
- 3) Adakah pengaruh spiritual terhadap coping individu?

J. Pohon Masalah