

# STUDI KASUS PADA KLIEN ANSIETAS DENGAN PENDEKATAN TEORI ADAPTASI STUART

Novi Widyastuti Rahayu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dosen Akademi Keperawatan Notokusumo Yogyakarta

## Abstrak

Ansietas adalah bagian dari respons terhadap stres dan dalam rentang sehat, dan tanda bagi seseorang untuk melindungi diri dari situasi berbahaya. Dampak negatif ansietas dapat menurunkan produktivitas dan kualitas hidup. Tujuan penelitian ini adalah menggambarkan hasil kasus spesialis keperawatan jiwa pada klien ansietas menggunakan pendekatan teori Adaptasi Stuart. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan teori Adaptasi Stuart. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah tindakan keperawatan generalis ansietas, dan tindakan keperawatan spesialis meliputi terapi individu; terapi relaksasi progresif dan terapi penghentian pikiran. Hasil pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut dapat menurunkan tanda dan gejala ansietas pada aspek kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial serta meningkatkan kemampuan klien dalam mengatasi ansietas.

Kata Kunci: ansietas, teori adaptasi Stuart

## Pendahuluan

Ansietas adalah bagian dari respons terhadap stres dan dalam rentang sehat, dan tanda bagi seseorang untuk melindungi diri dari situasi berbahaya (Carson, 2000; Videbeck, 2008). Hal ini juga sesuai dengan Varcarolis (2000) ansietas merupakan respons normal terhadap situasi yang mengancam sepanjang kehidupan manusia. Dari definisi ansietas tersebut dapat disimpulkan bahwa ansietas merupakan alat untuk memperingatkan individu terhadap ancaman, konflik dan bahaya yang akan terjadi di masa akan datang. Berbeda dengan Stuart dan Laraia (2009) ansietas adalah perasaan khawatir, tidak pasti terhadap sesuatu yang tidak jelas. Shives (2005) juga menjelaskan ansietas adalah perasaan ketidakpastian, kegelisahan, ketakutan atau tekanan yang dialami oleh seseorang dalam berespons terhadap situasi atau objek yang tidak diketahui sebelumnya dan bersifat subjektif.

Berdasarkan hal tersebut ansietas menjadi masalah ketika terjadi dalam waktu yang lama dan menyebabkan gejala fisik atau psikologis serta mempengaruhi perilaku sosial (Varcarolis, 2000; Carson, 2000).

Upaya pencegahan yang dilakukan difokuskan pada pencegahan terjadinya gangguan dan peningkatan kemampuan klien dan keluarga dengan melakukan promosi kesehatan tentang cara perawatan penyakit kronis dengan meminimalkan tanda gejala atau keluhan yang muncul dengan melakukan latihan yang diberikan oleh penulis. Hal ini sesuai dengan konsep perawat *Community Mental Health Nursing* (CMHN) yang berada di komunitas yaitu bertanggung jawab memberikan asuhan keperawatan jiwa komunitas pada klien dan keluarga yang masuk dalam kelompok resiko mengalami gangguan jiwa dengan upaya *promotif* dan *preventif*.

Jumlah klien yang dikelola sebanyak 35 orang, meliputi Stroke 4 orang (3.44%), DM 15 orang (12.93%), Hipertensi 30 orang (25.86%), TB 6 orang (5.17%), Kolesterol 25 orang (21.55), Gastritis 30 orang (25.86%). Berdasarkan gangguan fisik tersebut, keluhan klien yang penulis temukan adalah sulit tidur, tidak nafsu makan, sulit konsentrasi, mudah tersinggung, fokus pada dirinya sendiri, produktivitas menurun, banyak bertanya, wajah tegang, takut tidak spesifik, khawatir, kekakuan pada otot, pusing, dan waspada. Keluhan klien lain yang penulis temukan adalah kurangnya pengetahuan tentang kondisi penyakit dan ketidakmampuan klien dalam merawat penyakit kronis, sehingga saat muncul keluhan pada bagian yang sakit selalu membuat klien takut dan khawatir. Beberapa keluhan fisik klien yang penulis temukan tersebut selalu klien rasakan secara berulang dan saat berulang membuat klien semakin takut dan khawatir.

Kekhawatiran tersebut membuat dasar penulis untuk memfokuskan pemberian tindakan keperawatan, dengan cara menurunkan tanda gejala atau keluhan yang sering klien rasakan serta meningkatkan kemampuan klien untuk latihan mengontrol ansietas. Langkah awal yang sudah dilakukan penulis adalah melakukan pengkajian terkait dengan kondisi kesehatan klien dengan menggunakan

pendekatan teori adaptasi Stuart. Teori adaptasi Stuart memandang perilaku manusia dalam perspektif yang holistik terdiri atas biologis, psikologis dan sosiokultural. Aspek-aspek tersebut dalam asuhan keperawatan jiwa saling berintegrasi. Menurut Stuart (2013) psikodinamika masalah keperawatan dimulai dengan menganalisa faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping dan mekanisme koping yang digunakan oleh seorang individu sehingga menghasilkan respons baik yang bersifat konstruktif maupun destruktif dalam rentang adaptif sampai maladaptif.

Berdasarkan hal tersebut, untuk meningkatkan kemampuan klien dan menurunkan tanda dan gejala ansietas, penulis melakukan berbagai tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan ini diberikan dalam bentuk pemberian tindakan keperawatan generalis dan tindakan keperawatan spesialis sesuai dengan kebutuhan klien. Bentuk tindakan keperawatan yang diberikan pada klien dan keluarga dengan ansietas yang sudah penulis laksanakan adalah terapi penghentian pikiran, terapi relaksasi progresif, dengan melibatkan klien, keluarga dan kader kesehatan.

Efektivitas pemberian terapi pada klien keluarga dan kelompok sudah dibuktikan melalui beberapa hasil penelitian. Penelitian Agustarika (2008) menunjukkan *thought*

*stopping* dapat menurunkan kecemasan. Hasil penelitian Supriatin (2010) menunjukkan klien yang diberikan relaksasi progresif dan *thought stoping* menurunkan respons fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi pada klien yang mengalami ansietas. Begitu juga hasil penelitian Snyder & Lindquist (2002) latihan *Progressive Muscle Relaxation* dapat meningkatkan kondisi rileks. Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk melakukan studi kasus asuhan keperawatan spesialis jiwa pada klien ansietas dengan pendekatan teori Adaptasi Stuart.

## Metode

Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan teori Adaptasi Stuart

## Hasil

Hasil penelitian ini menguraikan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan spesialis jiwa pada klien ansietas menggunakan pendekatan teori Adaptasi Stuart. Berikut ini dijelaskan tentang hasil pelaksanaan studi kasus spesialis jiwa pada klien ansietas yang sudah dilakukan meliputi:.

### Karakteristik Klien

**Tabel 1**  
**Karakteristik klien Ansietas (n=35)**

Karakteristik	Mean	Standar deviation	Min-Maks
Umur	51,14	4,306	45- 69 th

Berdasarkan Tabel 1 dapat dijelaskan bahwa klien ansietas rata-rata berumur 51,14 tahun dengan umur termuda 45 tahun dan umur tertua 69 tahun.

**Tabel 2.**  
**Karakteristik klien Ansietas (n=35)**

No	Variabel	(n)	(%)
1.	Jenis Kelamin		
	• Laki-laki	14	40
	• Perempuan	21	60
2.	Pendidikan		
	• Tidak Sekolah	1	2.85
	• SD	8	22.85
	• SMP	10	28.57
	• SMA	16	45.71
3.	Pekerjaan		
	• Bekerja	9	25.71
	• Tidak Bekerja	26	74.28
4.	Status Perkawinan		
	• Menikah	28	80
	• Janda / Duda	7	20

Berdasarkan Tabel 2, diketahui karakteristik klien paling banyak jenis kelamin perempuan 21 orang (61%), pendidikan SMA 16 orang (45.71%), tidak bekerja 26 orang (74.28%), dan masih memiliki pasangan hidup yaitu sebanyak 28 orang (80%).

### Faktor Predisposisi

**Tabel 3**  
**Distribusi Faktor Predisposisi pada Klien Ansietas (n=35)**

No	Faktor Predisposisi	n	(%)
1.	Biologis		
	a. Riwayat penyakit kronis	35	100
	b. Genetik	7	20
2.	Psikologis		
	a. Kepribadian tertutup	28	80
	b. Riwayat kehilangan	28	80
3.	Sosial Budaya		
	a. Status ekonomi menengah kebawah	35	100
	b. Pernah di rawat di RS	15	42.85
	c. Pola komunikasi tertutup	28	80
	d. Jarang terlibat kegiatan sosial	20	57.14

Berdasarkan Tabel 3, faktor predisposisi diatas bisa lebih dari satu untuk setiap klien, dengan rincian sebagai berikut: **Faktor biologis**; menunjukkan bahwa seluruh klien mempunyai riwayat penyakit kronis (100%). **Faktor psikologis**; sebagian besar ditemukan bahwa klien memiliki tipe kepribadian yang tertutup, dan riwayat kehilangan sebanyak 28 orang (80%). **Faktor sosial budaya**; seluruh klien memiliki sttus ekonomi menengah ke bawah (100%).

#### Faktor presipitasi

**Tabel 4**  
**Distribusi Faktor Presipitasi pada Klien**  
**Ansietas (n=35)**

No	Faktor Presipitasi	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Sifat stressor		
a.	Biologis		
	• Kondisi fisik	35	100
	• Kekambuhan	20	57.14
b.	Psikologis		
	• Kehilangan	35	100
c.	Sosial budaya		
	• Status ekonomi	35	100
2.	Asal stressor		
a.	Internal	35	100
b.	Eksternal	35	100
3.	Waktu dan lama stressor	7	20
a.	1 tahun	8	22.85
b.	2 tahun	20	57.14
c.	> 3 minggu		
4.	Jumlah stressor		
a.	> 2 stressor	35	100

Berdasarkan Tabel 4 penjelasan tentang faktor presipitasi pada klien ansietas sebagai berikut: **Sifat Stressor**: berdasarkan hasil pengkajian terhadap 35 klien, diketahui bahwa faktor presipitasi biologis berupa adanya masalah kesehatan fisik ditemukan pada seluruh klien

(100%). Stressor psikologis, ditemukan adanya perasaan takut, kehilangan, kematian sebanyak 20 orang (57.14%). Stressor sosial budaya semua klien mengalami kekhawatiran pada anggota keluarga dan perubahan peran sebanyak 100%. **Asal Stressor**: seluruh klien mempunyai sumber permasalahan yang ditemukan berasal dari dalam individu (internal) dan dari luar individu (eksternal) sebanyak 100%. **Waktu dan lamanya stressor**: sebagian besar klien yang telah terpapar dengan stressor sekitar > 3 tahun sebanyak 20 orang (57.14%) dan paling rendah terpapar stressor selama 1 tahun sebanyak 7 orang (20%). **Jumlah Stressor**: hasil pengkajian seluruh klien mempunyai stressor lebih dari 2 stressor (100%).

#### Sumber Koping

**Tabel 5**  
**Sumber Koping Klien Ansietas**  
**(n=35)**

No	Sumber Koping	n	%
1	Kemampuan personal		
	• Tahu cara mengatasi ansietas	5	14.28
	• Tidak tahu cara mengatasi ansietas	30	85.71
2	Dukungan Sosial		
	• Keluarga tahu cara mengatasi ansietas	1	2.85
	• Keluarga tidak tahu cara mengatasi ansietas	34	97.14
3	Material Asset		
	• BPJS	28	80
	• Tabungan pribadi	7	20
	• Jarak jangkauan tempat pelayanan kesehatan	35	100
4	Keyakinan positif		
	• Yakin sembuh	24	68.57
	• Tidak yakin sembuh	11	31.42

Berdasarkan Tabel 5, penjelasan tentang sumber koping pada klien ansietas sebagai berikut: **Personal ability**: Sebagian besar klien yaitu sebanyak 30 orang (85.71%) mengatakan tidak tahu bagaimana mengatasi ansietas. **Sosial Support**: sebagian besar keluarga tidak mengetahui cara mengatasi ansietas yaitu sebanyak 30 orang (97.14%). **Material Asset**: sebagian besar klien menggunakan asuransi BPJS yaitu sebanyak 28 orang (80%). **Positif Believe**: sebagian besar klien mempunyai keyakinan positif bisa sembuh yaitu sebanyak 24 orang (68.57%).

### Mekanisme Koping

**Tabel 6**  
**Distribusi Mekanisme Koping Klien Ansietas (n=35)**

No	Mekanisme Koping	n	%
1.	Mekanisme Koping Adaptif:		
a.	Berdoa / beribadah	10	28.57
b.	Berobat ke pelayanan kesehatan	18	51.42
c.	Melakukan kegiatan bermanfaat	4	11.42
d.	Bercerita dengan orang lain	21	60
3	Mekanisme Koping Maladaptif		
a.	Menyangkal penyakitnya	4	11.42
b.	Ketergantungan pada orang lain	15	42.85
c.	Tidak melakukan apapun/ memendam masalah/diam	23	65.71
d.	Menangis	14	40
e.	Marah	8	22.85

Berdasarkan Tabel 6 diatas, mekanisme koping adaptif yang banyak klien lakukan saat menghadapi masalah ansietas yaitu dengan berbicara dengan orang lain sebanyak 21 orang (60%), sedangkan mekanisme koping maladaptif yang banyak klien lakukan saat menghadapi masalah ansietas yaitu tidak

melakukan apapun, memendam masalah atau banyak diam sebanyak 23 orang (65.71%).

### Penilaian terhadap stresor

Ansietas yang dialami oleh klien setiap orang berbeda-beda tingkatannya. Berikut ini adalah tanda gejala ansietas atau penilaian terhadap stresor ansietas pada Tabel 7

**Tabel 7**  
**Distribusi Penilaian Terhadap Stresor Klien Ansietas (n=35)**

No	Penilaian terhadap Stresor	n	%
1.	<b>Respons Kognitif</b>		
a.	Terfokus pada masalah	31	88.57
b.	Mampu berpikir secara luas	4	11.42
2.	<b>Respons Afektif</b>		
a.	Bingung	35	100
b.	Khawatir	35	100
c.	Sedih	35	100
d.	Rasa tidak berharga	5	14.28
3.	<b>Respons Fisiologis</b>		
a.	TTV naik	20	57.14
b.	Insomnia	32	91.42
c.	Anoreksia	21	60
4.	<b>Respons Perilaku</b>		
a.	Produktifitas menurun	29	82.85
b.	Banyak bertanya	35	100
c.	Lebih banyak diam	23	65.71
d.	Pembicaraan berfokus pada diri sendiri	15	42.85
e.	Mudah menangis	14	40
f.	Marah	8	22.85
g.	Berdoa	10	28.57
5.	<b>Respons Sosial</b>		
a.	Menghindari orang lain	18	51.42
b.	Berbicara pada orang lain	21	60

Berdasarkan Tabel 7, penjelasan tentang penilaian terhadap stresor pada klien ansietas sebagai berikut: **Respons Kognitif**: sebagian besar klien terfokus pada masalah yang dialami yaitu sebanyak 31 orang (88.57%). **Respons Afektif**: seluruh klien mengalami

binggung, sedih dan khawatir sebanyak (100%). **Respons Fisiologis:** respon tubuh yang paling banyak dialami oleh klien yaitu insomnia sebanyak 32 orang (91.42%). **Respons Perilaku:** seluruh klien melakukan banyak bertanya yaitu (100%). **Respons Sosial:** paling banyak respon sosial klien yaitu berbicara dengan orang lain sebanyak 21 orang (60%) .

**Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**  
**Tabel 8**  
**Distribusi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**  
**pada Klien Ansietas (n=35)**

No	Tindakan Keperawatan	n	%
1.	<b>Tindakan Generalis</b>		
	a. Individu	35	100
	b. Keluarga	35	100
2.	<b>Tindakan Spesialis</b>		
	a. Terapi Penghentian Pikiran	32	91,42
	b. Terapi Relaksasi Progresif	35	100

Berdasarkan Tabel 8 diatas, diuraikan tentang tindakan keperawatan yang diberikan kepada 35 klien yang mengalami ansietas. **Tindakan generalis:** seluruh klien dan keluarga mendapatkan intervensi generalis (100%). **Tindakan Spesialis:** Terapi penghentian pikiran diberikan pada 32 orang (91.42%). Relaksasi progresif diberikan pada seluruh klien dengan ansietas (100%).

## Pembahasan

Dari hasil studi kasus yang telah dilakukan, berikut ini pembahasan yang dilakukan pada klien ansietas .

## Karakteristik Klien dengan Ansietas

Karakteristik klien ansietas yang akan dibahas terdiri atas usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, dan status perkawinan. Berikut ini pembahasan tentang karakteristik klien dengan masalah ansietas.

### a. Usia

Klien yang dikelola dengan masalah ansietas rata-rata berusia 51,14 tahun. Erikson (2000) menggolongkan usia 25-65 tahun ke dalam usia dewasa dan usia 18-25 tahun pada tahapan usia dewasa awal. Usia dewasa merupakan masa produktif dimana klien memiliki tuntutan aktualisasi diri, baik dari diri sendiri, keluarga, maupun lingkungan. Stuart dan Laraia (2009) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stresor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan ketrampilan dalam mekanisme koping. Disisi lain Stuart (2013) menjelaskan bahwa perubahan usia akan berpengaruh terhadap kecenderungan dalam menggunakan jasa pelayanan kesehatan mental. Hal ini juga sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2003) yang menjelaskan bahwa pada rentang usia dewasa, seseorang akan berfikir lebih rasional untuk mencari pelayanan kesehatan.

### a. Jenis Kelamin

Hasil pengkajian menunjukkan sebagian besar klien berjenis kelamin perempuan. Hasil ini senada dengan hasil penelitian Luttik, Lesman & Jaarsma (2009) bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap kemampuan mengelola stres, klien perempuan lebih rentan mengalami stres dibandingkan laki-laki. Menurut Kuraesin, N.D (2009) Laki-laki lebih luasawasannya karena sering berinteraksi dengan lingkungan luar, sedangkan sebagaian besar perempuan hanya tinggal dirumah, sehingga informasi yang didapat terbatas. Videbeck (2008) menyatakan bahwa wanita lebih sering mengalami gangguan emosional yaitu ansietas dan selain itu individu yang berusia kurang dari 45 tahun, situasi perceraian atau perpisahan serta status sosial ekonomi rendah merupakan faktor pendukung munculnya ansietas. Penyebab ansietas klien lebih dikarenakan pada tanggung jawab seorang perempuan terhadap peran sosialnya yang tidak dapat dikerjakan karena sakit.

#### b. Pekerjaan

Hasil pengkajian menunjukkan sebagian besar klien tidak memiliki pekerjaan. Pekerjaan berkaitan dengan pendapatan yang diterima oleh klien. Hasil ini sesuai pendapat Cattell (2001) serta Hoffman dan Hatch (2000) yang menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara kemiskinan dan stresor

keuangan. Austin (1991) menemukan adanya *burden* terhadap kondisi keuangan dan kondisi kesehatan pada klien yang menimbulkan ansietas klien.

#### c. Pendidikan

Hasil pengkajian menunjukkan pendidikan klien yang bervariasi. Pendidikan klien paling tinggi adalah SMA 16 orang (45.71%) dan pendidikan klien paling rendah tidak sekolah 1 orang (2.85%). Temuan ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kopelowicz, Liberman dan Zarare (2002) yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan seseorang akan berkorelasi positif dengan keterampilan koping yang dimiliki. Penelitian yang dilakukan oleh Lowton (2002) yang mengidentifikasi bahwa pendidikan yang tinggi akan mempengaruhi kemampuannya untuk mengatasi penyakitnya.

Menurut Lowton (2002) Pendidikan yang tinggi, dapat memberi 2 dampak terhadap klien ketika menjalani perawatan di rumah sakit. Dampak positif yang ditemukan adalah dengan pendidikan yang tinggi akan mempengaruhi pendapatan klien sehingga dapat menjadi sumber koping untuk klien ketika menjalani perawatann juga kemampuan untuk memobilisasi sumber dan mencari informasi. Dampak positif lain

adalah dengan pendidikan yang tinggi diharapkan pengetahuan dan ketrampilan klien dalam merawat dirinya semakin baik. Sedangkan dampak negatif yang teridentifikasi adalah semakin tinggi pendidikan klien maka pengetahuan tentang kegawatan penyakitnya semakin diketahui dan hal ini berpotensi menimbulkan peningkatan ansietas klien. Pada manajemen kasus diatas, kemungkinan dampak negatif dari pendidikan tinggi klien yang terjadi.

#### d. Status Perkawinan

Hasil pengkajian menunjukkan sebagian besar klien masih memiliki pasangan hidup yaitu sebanyak 28 orang (80%) dan sisanya 7 orang (20%) sudah tidak memiliki pasangan hidup atau disebut janda/duda. Friedman (1998) menjelaskan bahwa terdapat 5 (lima) fungsi dalam sebuah keluarga, yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi dan penempatan sosial, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, serta memberikan pelayanan kesehatan bagi seluruh anggota keluarga. Seseorang yang telah menikah akan menjalankan fungsi-fungsi keluarga di atas.

#### **Faktor Predisposisi**

Berdasarkan hasil pengkajian faktor predisposisi pertama yaitu **faktor biologi**. Faktor biologis berupa penyakit kronis dan faktor genetik penyakit kronis. Penyakit kronis ditemukan paling banyak yaitu

sebanyak 35 klien. Hal ini sesuai Stuart dan Laraia (2009) yang menyatakan bahwa kondisi kesehatan fisik seseorang sangat berpengaruh terhadap ansietas. Semakin buruk kondisi kesehatan klien maka akan menyebabkan skala ansietas meningkat.

Faktor predisposisi kedua adalah **faktor psikologis**. Pada faktor predisposisi psikologis yang teridentifikasi adalah kondisi psikologis yang terkait dengan kepribadian yang tertutup, pengalaman kehilangan dan pengalaman menjadi korban kekerasan. Hal ini sesuai dengan teori psikoanalisa yang disampaikan oleh Freud (1994) yang menyampaikan bahwa ansietas merupakan hasil dari ketidakmampuan menyelesaikan masalah, konflik yang tidak disadari antara impuls agresif atau kepuasan libido serta pengakuan terhadap ego dari kerusakan eksternal yang berasal dari kepuasan. Roerig (1999) yang menjelaskan bahwa kondisi psikologis dihasilkan dari konflik yang tidak disadari pada saat masa kanak-kanak, seperti takut kehilangan cinta atau perhatian orang tua, menimbulkan perasaan tidak nyaman atau ansietas pada masa kanak-kanak, remaja dan dewasa awal.

Faktor predisposisi ketiga adalah **sosial budaya**. Hasil manajemen kasus spesialis keperawatan jiwa mengidentifikasi adanya faktor sosial ekonomi menengah ke bawah,

pola komunikasi yang buruk dan jarang terlibat dalam kegiatan sosial. Kelima aspek sosial budaya ini mempunyai prevalansi yang tinggi sebagai penyebab ansietas klien. Hasil ini senada dengan teori sosial budaya yang menyatakan bahwa pengalaman seseorang sulit beradaptasi terhadap permintaan sosial budaya dikarenakan konsep diri yang rendah dan mekanisme koping yang buruk (Shives, 2005). Kemampuan komunikasi yang rendah akibat konsep diri yang negatif menyebabkan seseorang sulit dalam menyelesaikan masalah sehingga berpotensi menyebabkan ansietas.

#### **Faktor Presipitasi**

Berdasarkan hasil pengkajian faktor presipitasi, **Sifat Stresor: biologi**, diketahui seluruh klien mengalami masalah kesehatan fisik (100%). Hal ini senada dengan pernyataan Peate dan Whiting (2006) bahwa penyebab ansietas pada klien adalah kondisi sakit yang dialaminya. **Stresor psikologis**, ditemukan adanya perasaan takut, kehilangan sebanyak 20 orang (57.14%). **Stresor sosial budaya** semua klien mengalami kekhawatiran pada anggota keluarga dan perubahan peran sebanyak 100%. **Asal Stresor:** seluruh klien mempunyai sumber permasalahan yang ditemukan berasal dari dalam individu (internal) dan dari luar individu (eksternal) sebanyak 100%. Stresor eksternal teridentifikasi dari stresor sosial

budaya. Sedangkan stresor internal teridentifikasi dari stresor biologi dan psikologi. Hal ini sesuai dengan konsep adaptasi stres (Stuart & Laraia, 2009) yang menyatakan bahwa asal stresor dapat berasal dari internal dan eksternal. **Waktu dan lamanya stresor:** sebagian besar klien yang telah terpapar dengan stresor sekitar > 3 tahun sebanyak 20 orang(57.14%) dan paling rendah terpapar stresor selama 1 tahun sebanyak 7 orang(20%). Jumlah Stresor: hasil pengkajian seluruh klien mempunyai stresor lebih dari 2 stresor (100%). Semakin banyak jumlah stresor yang dialami maka tingkat ansietas yang dialami oleh klien semakin meningkat. Hal ini memperkuat pernyataan Stuart dan Laraia (2009) yang menyatakan bahwa jumlah stresor lebih dari satu yang dialami oleh individu dalam satu waktu akan lebih sulit diselesaikan dibandingkan dengan satu stresor yang dialami

#### **Sumber Koping**

Sumber koping terdiri dari 4 komponen yaitu kemampuan personal, dukungan sosial, asset material dan keyakinan positif. Berikut ini diuraikan tentang 4 komponen sumber koping tersebut, meliputi; **kemampuan personal** yang yang didapatkan pada hasil pengkajian adalah kemampuan melakukan perawatan terhadap penyakitnya dan kemampuan dalam mengontrol ansietas. Hal ini sesuai dengan

konsep Stuart dan Laraia (2009) yang menyatakan bahwa kemampuan personal yang perlu dimiliki oleh klien meliputi kemampuan mengenal masalah, menentukan masalah dan menyelesaikan masalah.

**Dukungan sosial** yang didapatkan sebagian besar tidak mendapatkan dukungan sosial terkait dengan stresor yang dialami. Semakin rendah dukungan sosial yang diterima oleh klien menyebabkan peningkatan ansietas. Hal ini sesuai dengan Taylor, dkk (2006) yang menyatakan bahwa dukungan sosial yang membantu seseorang untuk meningkatkan pemahaman terhadap stresor dalam mencapai ketrampilan koping yang efektif. Pendapat yang sama pada Sarafino (2002) yang menyatakan bahwa dukungan sosial merupakan perasaan *caring*, penghargaan atau membantu seseorang menerima orang lain yang berasal dari keyakinan yang berbeda. Taylor et al. (2006) memaparkan bahwa dukungan sosial berasal dari keluarga, komunitas.

Menurut teori Adaptasi Stuart, material aset dan sumber pelayanan kesehatan merupakan salah satu sumber koping (Stuart, 20013). Pada klien kelolaan sebagian besar mempunyai jaminan kesehatan berupa BPJS serta sebagian besar bertempat tinggal terjangkau pelayanan kesehatan baik Puskesmas maupun rumah sakit. Seseorang

yang memiliki *material asset* memungkinkan untuk mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sebagai solusi terhadap masalah kesehatan yang sedang dihadapi. **Keyakinan positif**, hasil yang didapatkan dalam pengkajian ini sebagian besar klien mempunyai keyakinan bisa sembuh yaitu sebanyak 24 orang (68.57%) dan sisanya merasa tidak yakin sembuh sebanyak 11 orang (31.42%).

### **Mekanisme Koping**

mekanisme koping adaptif yang banyak klien lakukan saat menghadapi masalah ansietas yaitu dengan berbicara dengan orang lain sebanyak 21 orang (60%), sedangkan mekanisme koping maladaptif yang banyak klien lakukan saat menghadapi masalah ansietas yaitu tidak melakukan apapun, memendam masalah atau banyak diam sebanyak 23 orang (65.71%). Mekanisme koping yang penulis kaji, masuk dalam (*problem focused coping mechanism: kompromi*) dan tidak melakukan apapun/memendam masalah (*emotion focused coping mechanisms: represi*).

### **Penilaian terhadap Stresor**

Penilaian terhadap stresor yang didapatkan pada klien ansietas dikelompokkan dalam penilaian fisiologis, kognitif, afektif, perilaku dan sosial budaya. **Respons kognitif** yang teridentifikasi dari hasil studi kasus spesialis

keperawatan jiwa adalah kemampuan berpikir yang dimiliki oleh klien dalam melihat stresor yang dialami. Repons kognitif yang ditemukan ada yang bersifat positif dan ada yang bersifat negatif. Repons positif dihasilkan dari kemampuan klien dalam mentoleransi stresor. Repons negatif dihasilkan dari kegagalan dalam melakukan penilaian kognitif terhadap stresor. Hal ini senada dengan pendapat Stuart dan Laraia (2009) yang menyatakan bahwa faktor kognitif bertugas mencatat kejadian stresful, memilih pola koping yang digunakan, dan emosional, fisiologis, perilaku dan reaksi sosial seseorang.

Penilaian terhadap stresor pada **respons afektif** yaitu bingung, khawatir dan sedih. Hal ini sesuai pendapat Stuart dan Laraia (2009) yang menyatakan bahwa repons afektif meliputi sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, antisipasi atau kaget, bingung dan khawatir. Penilaian stresor pada **respons fisiologis** yang didapatkan yaitu peningkatan tekanan darah, terganggunya pola tidur, pola makan. Saat stres terbentuk interaksi beberapa neuroendokrin yang meliputi hormon, prolaktin, hormon adrenokortikotropik (ACTH) vasopresin, oksitosin, insulin, epineprin, norepineprin, dan neurotransmitter lain di otak. Repons fisiologis *Fight-or-flight* menstimulasi divisi simpatik dari sistem saraf autonomik dan meningkatkan aktivitas kelenjar adrenal. Sebagai tambahan, stres

dapat mempengaruhi sistem imun dan mempengaruhi kemampuan seseorang untuk melawan penyakit. Pendapat yang sama disampaikan oleh Fortinash (2003) yang menyatakan bahwa ansietas secara fisiologis dapat ditunjukkan dalam skala normal, meningkat, menurun atau *fight or flight*.

Penilaian terhadap stresor pada **respons perilaku** yang didapatkan yaitu marah, menangis, berdoa. Perilaku berdoa dalam rangka menurunkan berbagai stres tersebut senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Baldacchino (2001) yang menyebutkan bahwa koping spiritual (berdoa) merupakan upaya untuk menyelesaikan antara stimulus stres dan hasil negatif yang dapat menyebabkan timbulnya stres. Dengan kata lain berdoa merupakan salah satu strategi koping yang digunakan oleh klien dalam menerima penyakit dan dirawat di rumah sakit.

Penilaian terhadap stresor pada **respons sosial** yang didapatkan yaitu menghindari orang lain dan interaksi sosial kurang. Sebagian besar klien menunjukkan interaksi sosial kurang. Hal ini sesuai dengan pernyataan Peate dan Whiting (2006) yang menyatakan bahwa kebosanan dan kelelahan klien menyebabkan klien menghindari kontak sosial dengan orang lain. Perilaku sosial yang positif yaitu berbicara dengan orang lain termasuk didalamnya tenaga profesional. Komunikasi yang dilakukan biasanya dilakukan dalam

bentuk bicara dengan beberapa orang (kelompok). Hal ini sesuai pendapat Carson (2000), yang menyatakan bahwa berbagi pengalaman dapat dilakukan dalam kelompok. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan Kesimpulannya bahwa kebiasaan komunikasi terbuka dengan orang lain dapat menurunkan tingkat ansietas.

**Terapi Relaksasi progresif** merupakan suatu upaya keterampilan yang dimiliki seseorang untuk mengurangi ketegangan dan ansietas akibat kontraksi terhadap perpindahan serabut otot sebagai dampak dari ketegangan. Ketegangan ini dapat disebabkan karena adanya bahaya atau ancaman yang dirasakan oleh individu. Kemampuan yang dicapai klien dari pemberian terapi ini adalah klien mampu memperagakan tehnik mengontrol efek fisiologis yang ditimbulkan oleh ansietas seperti gangguan pola tidur dan pola makan. Dengan kata lain, relaksasi progresif sangat efektif digunakan untuk menurunkan ansietas terutama mengontrol efek fisiologis yang ditimbulkan oleh ansietas. Hal ini sesuai dengan pendapat Mohr (2006) yang menjelaskan bahwa relaksasi progresif sangat efektif digunakan untuk menurunkan ansietas terutama dengan mengontrol efek fisiologis yang ditimbulkan oleh ansietas. Wheeler (2008) juga menjelaskan bahwa relaksasi progresif merupakan bagian dari terapi perilaku yang bertujuan untuk menurunkan

sistem saraf otonom dalam berespons terhadap ansietas. Analisa yang dapat kita simpulkan adalah bahwa relaksasi progresif tepat diberikan ketika klien menunjukkan repon fisiologis yang abnormal sehingga relaksasi progresif tepat diberikan pada skala ansietas sedang, berat dan panik dimana terjadi peningkatan atau penurunan fungsi fisiologis.

**Terapi penghentian pikiran** digunakan untuk mengatasi ketidakmampuan melakukan manajemen pikiran negatif terutama dalam kondisi situasional. Hal ini sesuai dengan pendapat Wheeler (2008) yang menyatakan bahwa terapi penghentian pikiran dilakukan untuk memecahkan ansietas dengan stimulus yang tiba-tiba. Wolphe (1974) menyatakan bahwa *terapi* penghentian pikiran efektif diberikan pada tingkatan dimana konsentrasi individu mulai menurun. Analisa yang dapat dikembangkan adalah bahwa terapi *thought stopping* efektif dilakukan pada skala ansietas berat karena pada skala ini terjadi penurunan kemampuan untuk berfokus sehingga teknik mendistraksi pikiran negatif sangat efektif diberikan. Hasilnya pada manajemen kasus klien dengan ansietas bahwa skala ansietas klien menurun dari berat menjadi sedang yang ditampilkan dengan ekspresi wajah yang tidak tegang lagi.

Berdasarkan evaluasi hasil pelaksanaan studi kasus dapat dianalisa bahwa seluruh terapi

yang diberikan berfokus untuk menyelesaikan sumber koping khususnya kemampuan personal dan keyakinan positif. Seluruh terapi menunjukkan adanya peningkatan kemampuan klien dalam merawat dan mengontrol ansietas.

## Kesimpulan

1. Karakteristik klien yang mengalami ansietas meliputi usia rata-rata 51,14 tahun, jenis kelamin paling banyak perempuan (60%), pekerjaan paling banyak tidak bekerja (74.28%), pendidikan paling banyak SMA (45.71%) dan status perkawinan paling banyak menikah (80%).
2. Sumber koping klien ansietas, sebagian besar klien belum mengenal ansietas dan belum mampu mengatasi ansietas. sebagian besar memiliki dukungan keluarga tapi tidak mengetahui cara merawat klien dengan ansietas. klien belum mendapatkan dukungan kelompok dan dukungan masyarakat, Sebagian memiliki asuransi kesehatan (BPJS). Jarak rumah dan pelayanan kesehatan terjangkau. Keyakinan positif akan kesembuhan penyakitnya pada semua klien
3. Hasil pelaksanaan tindakan keperawatan untuk mengatasi ansietas yang dilakukan adalah terapi generalis ansietas, terapi relaksasi progresif, terapi penghentian pikiran. Seluruh terapi keperawatan yang dilakukan berfokus untuk meningkatkan kemampuan sumber koping dan mekanisme

koping klien serta keyakinan positif keluarga dalam merawat klien ansietas dengan gangguan fisik.

## Referensi

- Agustarika, B.(2008). *Pengaruh Terapi Thought Stopping Terhadap Ansietas dengan Gangguan Disik di RSUP Kabupaten Sorong*. Depok –FIK UI. Tidak Dipublikasikan
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The nurse-patient journey*. (2<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- DepKes (2008). *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007: Laporan nasional 2007*. Jakarta.
- Isaacs, A. (2001). *Panduan Belajar: Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatrik*. Jakarta: EGC
- Keliat, B.A. (2007). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A. dkk. (2007). *Modul BC-CMHN*. Jakarta: FIK-UI & WHO
- Luttik, Marie Louise., I. Lesman-Leegte., Tiny Jaarsma (2009). Quality of life and depressive symptoms in heart failure patient and their partners: the impact of role and gender. *Journal of Cardiac Failure vol 15 no 7*
- Mohr, W. K. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins
- Scechtman and Katz. (2007). Therapeutic bonding in group as an explanatory variable of progress in the social competence of student with learning disabilities university of Haifa, Israel. *Group Dynamic: Theory, Research, and Practice. American Psychological Association, Vol 11 No 2: 117-128*
- Shives, L.R. (2005). *Basic Concept of Psychiatric-Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Stuart, (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th edition). St Louis : Mosby.
- Stuart,G.W. & Laraia, M.T. (2009). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7<sup>th</sup> edition). St Louis: Mosby
- Tomey, A.M. & Alligod, M.R. (2006). *Nursing Theories and Their Works*. 6<sup>th</sup> Ed. St.Louis; Mosby Elsevier
- Townsend, M.C. (2005). *Essentials of psychiatric mental health nursing*.(3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Varcorolis, E.M. (2000). *Psychiatric Nursing Clinical Guide: assessment tools and diagnosis*. Philadelphia: W.B.Saunders Company.
- Videbeck, S.L. (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wilkinson, J.M. (2007). *Buku saku diagnosis keperawatan dengan intervensi NIC dan kriteria hasil NOC*. Edisi 7. Alih bahasa: Widyawati, dkk. Jakarta: EGC

