

**PENGARUH TERAPI *THOUGHT STOPPING* TERHADAP
ANSIETAS KLIEN DENGAN GANGGUAN FISIK
DI RSUD KABUPATEN SORONG**

TESIS

**Butet Agustarika
0706254361**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
PROGRAM PASCA SARJANA
DEPOK, JULI 2009**

**PENGARUH TERAPI *THOUGHT STOPPING* TERHADAP
ANSIETAS KLIEN DENGAN GANGGUAN FISIK
DI RSUD KABUPATEN SORONG**

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu
Keperawatan

**Butet Agustarika
0706254361**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
PROGRAM PASCA SARJANA
DEPOK, JULI 2009**

ABSTRAK

Nama : Butet Agustarika
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Pengaruh Terapi Thought Stopping terhadap Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Kabupaten Sorong

Prevalensi gangguan mental emosional di Propinsi Papua Barat sebesar 13,2%, diantaranya adalah ansietas. Asuhan keperawatan jiwa bagi klien gangguan fisik yang mengalami ansietas belum berjalan optimal, 75% klien dengan gangguan fisik yang dirawat di RSUD Kabupaten Sorong mengalami ansietas. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh terapi *thought stopping* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong. Desain yang digunakan "*Quasi experimental pre-post test with control group*". Penetapan sampel dengan *random permutasi* sebanyak 86 klien. Ansietas klien diukur menggunakan kuesioner dan lembar observasi, dianalisis menggunakan distribusi frekuensi, *independent-t test*, *paired-t test* dan regresi linier ganda. Terapi *Thought Stopping* dilakukan dengan melatih klien memutuskan pikiran yang mengganggu dengan mengatakan "stop" yang dilakukan dalam tiga sesi selama 3-5 hari untuk setiap klien. Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan ansietas secara bermakna pada klien yang mendapatkan terapi *Thought Stopping* ($p\text{-value} < 0,05$) yang meliputi respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi. Pada perempuan penurunan ansietas lebih tinggi secara bermakna dibandingkan pada pria. Klien yang mendapatkan terapi *Thought Stopping* mengalami penurunan ansietas lebih tinggi secara bermakna dibandingkan klien yang tidak mendapatkan terapi. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Dombek yang menyatakan bahwa tindakan konfrontasi terhadap pikiran yang mengganggu dalam terapi *Thought Stopping* sangat membantu secara nyata menurunkan ansietas. Terapi *Thought Stopping* dapat dilakukan di rumah sakit umum untuk mengurangi ansietas klien. Untuk itu perlu dikembangkan CLPN (*Consultant Psychiatric Liaison Nursing*) di rumah sakit umum agar terapi *Thought Stopping* dapat dijalankan untuk mengatasi ansietas klien dengan gangguan fisik.

Kata kunci: ansietas, gangguan fisik dan terapi *thought stopping*

ABSTRACT

Name : Butet Agustarika
Study Program : Master of Nursing Science
Title : The Influence of Thought Stopping Therapy To The Client
Anxiety Who Suffer Physical Illness in Sorong General Hospital.

Abstract

Prevalence of psychiatric mood disorders in West Papua 13,2%, that several of them had anxiety. Psychiatric nursing care to the client with the physical and psychosocial illness was not implemented optionally. 75% client with physical illness in Sorong general hospital had anxiety. The research aim was gathering data of the effect of thought stopping therapy to the client anxiety who suffer physical illness in Sorong general hospital. The design was “Quasi experimental pre-post-test with control group”. The sample determine by permutation random, they were 86 clients. The anxiety was measure by questioner and observation sheet and analyzed by frequency distribution, independent t test, paired t test and multiple regression linear. In thought stopping therapy, the anxiety client interrupted their negative or stressor thought and say “stop”. They followed this therapy in three session. The result showed that the client anxiety reduced significantly (p value < 0,05) that include physical, cognitive, behavior and emotion response. The female client have anxiety decrease higher than the male client. Intervention group was more reduced than control group significantly. That similar with Dombek research that confrontation act to stress mind in thought stopping therapy can help for reduced anxiety. Thought stopping therapy can implemented in general hospital to reduced anxiety. Recommended for increased psychiatric nursing care for suffer physical client that anxiety with build CLPN (Consultan Liaison Psychiatric Nursing) in general hospital.

Key word : anxiety, physical illness, Thought Stopping Therapy

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Kesehatan adalah keadaan sehat fisik, mental dan sosial, bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan (WHO, 2001). Hal ini berarti seseorang dikatakan sehat apabila seluruh aspek dalam dirinya dalam keadaan tidak terganggu baik tubuh, psikis, maupun sosial. Apabila fisiknya sehat, maka mental (jiwa) dan sosialpun sehat, demikian pula sebaliknya, jika mentalnya terganggu atau sakit, maka fisik dan sosialnyapun akan sakit. Kesehatan harus dilihat secara menyeluruh sehingga kesehatan jiwa merupakan bagian dari kesehatan yang tidak dapat dipisahkan.

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, sosial dan perilaku (Videbeck, 2008). Sehat emosional berarti seseorang berhasil mendapatkan kegembiraan, merasa berharga, merasa lega dan mempunyai kasih sayang di saat dia menghadapi suatu perubahan (Boyd & Nihart, 1998), serta memiliki kestabilan emosional (Videbeck, 2008). Sehat psikologis mencakup coping yang efektif dan konsep diri yang positif. Sehat sosial dapat terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan (Videbeck, 2008), termasuk hubungan pada lingkungan sosial yang sifatnya dinamis dan bisa berubah. Dengan demikian kondisi sehat jiwa dilihat secara holistik meliputi aspek emosional, psikologis, sosial dan perilaku yang dapat berfungsi sesuai tugas dan perannya dalam kehidupan sehari-hari. Untuk itu, kesehatan jiwa dibutuhkan oleh setiap orang untuk menghasilkan manusia berkualitas dan terbebas dari gangguan jiwa.

Menurut *American Psychiatric Association* (1994, dalam Videbeck 2008), gangguan jiwa adalah suatu sindrom atau pola psikologis atau perilaku yang penting secara klinis yang terjadi pada seseorang dan dikaitkan dengan adanya distress disertai peningkatan resiko kematian yang menyakitkan, nyeri, disabilitas atau sangat kehilangan kebebasan. Gangguan jiwa merupakan suatu

kumpulan perilaku yang secara klinis berkaitan dengan suatu gejala penderitaan yang menimbulkan gangguan pada satu atau lebih fungsi yang penting dari kehidupan manusia. Masalah gangguan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius, paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah gangguan jiwa (WHO, 2001). Apabila penduduk dunia berjumlah 1,8 milyar, maka sekitar 450 juta orang di dunia mengalami masalah gangguan jiwa.

Manifestasi gangguan jiwa dapat diekspresikan secara berbeda sesuai dengan variasi dari gangguan, mulai dari manifestasi yang tenang sampai yang gaduh, dari gangguan yang sifatnya sementara sampai yang menetap (Kaplan & Saddock, 2005) serta dikelompokkan menjadi gangguan jiwa berat (psikotik) dan gangguan jiwa ringan yang sering disebut juga dengan gangguan mental emosional. Manifestasi yang tenang berupa gejala yang ringan dan sifatnya sementara dapat digolongkan ke dalam gangguan mental emosional, sedangkan manifestasi yang gaduh (misalnya perilaku kekerasan akibat halusinasi atau waham) dapat digolongkan ke dalam gangguan jiwa berat.

Gangguan mental emosional menurut “Dictionary reference” dari Princeton University (2006) adalah bagian dari gangguan jiwa yang bukan disebabkan oleh kelainan organik otak dan lebih didominasi oleh gangguan emosi (*disturbance of emotions*). Penelitian yang dilakukan oleh Harrison (2001) menunjukkan bahwa klien yang berkunjung ke rumah sakit umum ada yang mengalami gejala somatisasi, yaitu berobat dengan keluhan fisik namun tidak ada penyebab organik. Pengertian ini mengandung arti bahwa gangguan mental emosional lebih mengarah ke aspek psikologis daripada biologis. Richmond (1954, dalam Kaplan & Saddock, 2005) mengemukakan bahwa gangguan mental emosional merupakan perubahan *mood* dan afek yang dihubungkan kepada pikiran-pikiran spesifik atau kondisi fisik yang seiring dengan *mood* dan afek. Gangguan mental emosional merupakan perubahan atau gangguan *mood* dan afek yang berpengaruh juga terhadap fisik seseorang karena aspek biologis (fisik), psikis (salah satunya adalah emosi) dan sosial

merupakan satu kesatuan yang saling mempengaruhi. Dengan demikian aspek fisik dan mental saling mempengaruhi terhadap gangguan mental emosional seseorang.

Benyamin (1994) memperkirakan bahwa antara 20% - 40% dari seluruh klien yang dirawat di rumah sakit umum akan mengalami gangguan mental di samping gangguan fisik, 20% - 30% klien yang masuk unit gawat darurat akan mengalami gangguan mental selain gangguan fisik (Storer, 2000). Klien dengan gangguan fisik yang datang ke rumah sakit umum, baik yang berobat ke unit gawat darurat maupun yang dirawat di ruang perawatan umum mempunyai kecenderungan mengalami gangguan mental emosional.

Berdasarkan RISKESDAS (2007), prevalensi gangguan mental emosional pada umur 15 tahun ke atas adalah 11,6% dengan prevalensi tertinggi menurut tingkat provinsi adalah di provinsi Jawa Barat, yaitu sebesar 20% dan di Papua Barat sebesar 13,2%. Prevalensi gangguan mental emosional ini meningkat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan tempat tinggal. Berdasarkan umur, angka tertinggi adalah kelompok umur 75 tahun ke atas (33,7%). Berdasarkan jenis kelamin, kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional adalah kelompok yang berjenis kelamin perempuan (14%). Berdasarkan tingkat pendidikan, kelompok yang tertinggi adalah yang berpendidikan rendah (21,6%). Berdasarkan pekerjaan, kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional yaitu kelompok yang tidak bekerja (19,6%), sedangkan berdasarkan tempat tinggal kelompok yang rentan adalah kelompok yang tinggal di pedesaan (12,3%). Tingginya prevalensi pada kelompok umur 75 tahun ke atas karena pada usia tersebut terjadi konflik antara integritas dan keputusan hidup (Erikson, 1983 dalam Suliswati, 2005). Konflik yang terjadi pada diri seseorang dapat dikarenakan mekanisme pertahanan dirinya maladaptif terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupan.

Setiap orang pernah mengalami perubahan dalam hidupnya, di mana perubahan tersebut menuntut seseorang untuk beradaptasi dalam mengatasinya. Perubahan tersebut bisa menjadi kondisi yang mengancam individu. Kaplan dan Saddock (2005) menjelaskan bahwa apabila individu tidak mampu menemukan penyelesaian terhadap situasi yang mengancamnya, maka individu tersebut mengalami ansietas. Hawari (2008) mengemukakan apabila orang tersebut tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan, maka timbullah keluhan berupa ansietas. Peristiwa akut juga dapat mencetuskan terjadinya ansietas (Videbeck, 2008). Berdasarkan beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa proses berubah dan peristiwa akut dapat menjadi stimulus yang menyebabkan seseorang mengalami ansietas.

Ansietas merupakan respon dasar setiap orang yang diperlukan apabila dalam batas ringan dan sifatnya normal. Videbeck (2008) berpendapat bahwa ansietas adalah alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya kepada individu. Ansietas berbeda dengan ketakutan, tidak ada objek yang nampak pada ansietas, sedangkan pada ketakutan ada objek yang nampak, seperti takut pada binatang, seseorang dan sebagainya. Kaplan dan Saddock (2005) menjelaskan ansietas ada sebagai 'kesulitan' atau 'kesusahan' dan merupakan konsekuensi yang normal dari pertumbuhan, perubahan, pengalaman baru, penemuan identitas, dan arti hidup. Hal ini meliputi tubuh seseorang, persepsi dirinya, dan berhubungan dengan hal lain yang menjadi dasar dalam keperawatan jiwa dan perilaku manusia.

Wilkinson (2007) menjelaskan, ansietas dapat menyebabkan ketidakseimbangan fisik, psikologis dan sosial. Ketidakseimbangan fisik dapat berupa keluhan-keluhan somatik (fisik), seperti perasaan panas atau dingin, mual, mulut kering (Stuart, 2007) disertai aktivitas saraf otonom (Carpenito, 1995). Ketidakseimbangan psikis (psikologis) berupa kekhawatiran atau ketakutan terhadap sesuatu, keluhan sulit konsentrasi, bingung, kehilangan kontrol, ekspresi wajah tegang, mudah tersinggung (ICD-10 dalam Kaplan & Saddock, 2005), sedangkan ketidakseimbangan sosial berupa menarik diri.

Dapat disimpulkan bahwa keluhan-keluhan yang diungkapkan maupun yang dapat diamati seseorang yang mengalami ansietas meliputi aspek fisik (somatik) sebagai kompensasi saraf otonom, kognitif, psikologis, sosial, perilaku dan afektif.

Ansietas memiliki dua aspek, yakni aspek yang sehat dan membahayakan (Videbeck, 2008). Aspek yang sehat dapat meningkatkan kemampuan individu menjadi *fight* dan kuat (Noreen, 1998), sedangkan aspek yang membahayakan dapat membuat individu mengalami respon *flight* atau *freeze* atau menjadi beku dan tidak dapat melakukan sesuatu sehingga menghambat individu melakukan fungsinya dengan adekuat. Videbeck (2008) juga menjelaskan bahwa aspek ansietas ini bergantung pada tingkat ansietas, lama ansietas yang dialami dan koping individu terhadap ansietas. Apabila koping individu adaptif dan tingkat ansietas ringan, maka individu tersebut berada dalam aspek ansietas yang sehat, sebaliknya jika koping individu maladaptif dan tingkat ansietas berat, maka ansietas individu membahayakan.

Ansietas terdiri dari 4 (empat) tingkatan, yaitu: ringan, sedang, berat sampai panik. (Peplau, 1989 dalam Noreen 2006). Setiap tingkat menyebabkan perubahan lapang persepsi, fisiologis dan emosional pada individu. Seseorang dengan ansietas ringan lapang persepinya masih meluas dan waspada, sedangkan pada individu dengan ansietas sedang terfokus hanya pada pikiran yang menjadi perhatiannya, tetapi individu tersebut masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain. Lain halnya dengan seseorang yang mengalami cemas berat dan panik, lapang persepinya sangat sempit, kehilangan kendali bahkan tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan komando dari orang lain.

Bourdon (1992, dalam Boyd & Nihart, 1998) mengatakan bahwa 14,6% penduduk USA pernah menderita gangguan ansietas di sepanjang kehidupannya. Berdasarkan data yang diperoleh dari *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM IV-TR), prevalensi penduduk

yang mengalami gangguan ansietas menyeluruh sebesar 2,8 - 3%, di samping gangguan panik (0,5 – 1,7%), gangguan ansietas sosial (3,7 – 13%), phobia (4,8 – 8%), gangguan obsesif kompulsif (0,5 – 2,3%), dan PTSD (3,6 – 8%). Selain itu, 5% dari jumlah penduduk Indonesia mengalami gangguan ansietas, baik akut maupun kronik dengan perbandingan antara wanita dan pria 2 banding 1. (PPDGJ-III, 1993). Jumlah penduduk yang mengalami ansietas cukup berarti dan perlu dilakukan upaya untuk menurunkan ansietas tersebut dengan mengkaji penyebabnya serta melakukan asuhan keperawatan terkait dengan penyebab tersebut.

Penyebab seseorang mengalami ansietas adalah peristiwa traumatik, konflik emosional yang tidak terselesaikan, konsep diri terganggu, frustrasi, gangguan fisik, pola mekanisme koping keluarga, riwayat gangguan ansietas, medikasi pemicu terjadi ansietas (Suliswati, 2005). Peristiwa traumatik berkaitan dengan krisis yang dialami individu, konflik emosional mencakup konflik antara keinginan dan kenyataan, konsep diri terganggu dan frustrasi dapat menimbulkan ketidakmampuan individu berfikir realistis, sedangkan gangguan fisik bisa menimbulkan ansietas karena dapat menjadi ancaman terhadap integritas fisik seseorang. Videbeck (2008) mengatakan bahwa salah satu peristiwa yang dapat mencetuskan individu mengalami ansietas adalah masalah (gangguan) kesehatan fisik. Penyakit kronis dan mahal biaya perawatan dapat menjadi stresor terjadinya ansietas.

Beberapa penyakit fisik akut dan kronis adalah stroke dan cedera otak. Prevalensi pasien dengan post stroke yang mengalami gangguan cemas menyeluruh adalah 6% di rumah sakit akut dan 3,5% di komunitas. Salah satu studi di Swedia (Kaplan, 2005) mengatakan bahwa 41,2% pasien dengan cedera otak mengalami gangguan cemas menyeluruh. Sedangkan prevalensi klinis gangguan fisik penduduk yang tersebar di seluruh Indonesia adalah sebagai berikut : Penyakit filariasis sebesar 1,1%; Demam Berdarah Dengue (DBD) 0,6%; malaria 2,85%; Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA) 25,5%; Pneumonia 2,13%; TB 0,99%; campak 1,18%; tifoid 1,6%; hepatitis 0,6%;

diare 9%; penyakit sendi 30,3%; hipertensi 7,6%; stroke 8,3%; asma 3,5%; penyakit jantung 7,2%; Diabetes Melitus 1,1%; penyakit tumor 4,3%o. (RISKESDAS, 2007). ISPA merupakan penyakit atau gangguan fisik dengan prevalensi tertinggi sebesar 25,5%, namun di Indonesia belum ada penelitian tentang prevalensi ansietas yang dialami oleh klien dengan ISPA ataupun gangguan fisik lainnya. Hal ini memberi tantangan pada setiap anggota tim pelayanan kesehatan untuk melakukan penelitian tentang ansietas dan bekerjasama untuk memberikan efek yang sinergis bagi klien dengan gangguan fisik yang mengalami ansietas.

Perawat sebagai komponen yang paling banyak dari tim pelayanan kesehatan merupakan penolong penting klien untuk menurunkan ansietas. Sebagai intervensi keperawatan yang profesional dalam menurunkan ansietas adalah terapi individu, terapi keluarga, terapi kelompok dan terapi psikofarmaka. Menurut Varcarolis, 2006, beberapa terapi individu yang dapat digunakan adalah terapi kognitif (*cognitive therapy*), terapi perilaku (*behavioral therapy*) yang di dalamnya meliputi *relaxation training, modelling, sistemic desensitization, flooding, response prevention dan thought stopping, serta CBT (Cognitive-Behavioral Therapy)*. Sedangkan terapi keluarga yang dapat dilakukan dalam mengatasi ansietas adalah *family psychoeducation therapy* (Stuart & Laraia, 2005) dan terapi kelompok yang dapat digunakan yaitu logoterapi (Issacs, 2005).

Thought stopping (penghentian pikiran) merupakan salah satu contoh dari teknik psikoterapi kognitif behavior yang dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir (Tang & DeRubeis, 1999). Dalam pelaksanaannya, terapi ini menggunakan berbagai variasi dalam membantu seseorang yang sedang mencoba dan menghentikan pikiran yang tidak menyenangkan dengan penuh pertimbangan. Terapi *Thought Stopping* dilakukan dengan memutuskan pikiran atau obsesi yang mengancam. Klien diinstruksikan mengatakan “stop” ketika pikiran dan perasaan yang “mengancam” muncul dan memberi isyarat pada klien untuk menggantikan

pikiran tersebut dengan memilih alternatif pikiran yang positif. Terapi penghentian pikiran ini dapat dilakukan ketika pikiran yang mengancam atau maladaptif terjadi, namun berbahaya bila digunakan dalam perjalanan yang panjang karena dapat menimbulkan akibat yang disebut *rebound effect* (efek yang berulang kembali).

Salah satu indikasi dilakukannya terapi *Thought Stopping* adalah klien dengan depresi ringan, percobaan bunuh diri, isolasi sosial (Donald, 2006), perilaku kekerasan (Boyd & Nihart, 1998).

Provinsi Papua Barat menempati peringkat kedua tertinggi untuk prevalensi gangguan mental emosional yang berumur 15 tahun ke atas setelah Jawa Barat, yaitu sebesar 13,2% (RISKESDAS 2007). Provinsi Papua Barat terdiri dari delapan kabupaten dan satu kotamadya, salah satu diantaranya adalah kabupaten Sorong. Kabupaten Sorong merupakan salah satu kabupaten yang letaknya strategis sebagai pintu masuk ke pulau Papua yang memiliki satu rumah sakit umum, yaitu RSUD Kabupaten Sorong. Pada tanggal 15 Februari 1988 RSUD Kab.Sorong ditetapkan sebagai rumah sakit tipe C berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan no.105/Menkes/II/1988. Selanjutnya sejak tanggal 10 Juli 2008 RSUD Kab.Sorong direkomendasikan, menjadi RSUD rujukan propinsi Papua Barat yang didukung oleh surat rekomendasi Gubernur Papua Barat no.945/750/GPB. Berdasarkan data inilah, maka peneliti tertarik melakukan penelitian di RSUD Kabupaten Sorong.

RSUD Kab. Sorong mempunyai BOR 56 %, LOS 3 hari, TOI 2 hari dengan kapasitas tempat tidur 164 buah, 14 ruang rawat inap dan 7 ruang rawat jalan. Menurut laporan tahunan RSUD Kabupaten Sorong tahun 2007 jumlah pasien yang dirawat di RSUD Kelas C Sorong dari bulan Januari sampai Desember 2007 sebanyak 7557 orang yang terdiri dari: 1210 pasien penyakit dalam, 701 pasien bedah , 1379 pasien anak, 1268 pasien kebidanan, 1437 pasien, 1224 orang pasien Perinatologi, 214 pasien ICU. Adapun 10 daftar penyakit terbanyak yaitu : *Gastroenteritis* (579 kasus), malaria (526 kasus), TBC Paru

(233 kasus), DHF (210 kasus), ISPA (143 kasus), *Bronchopneumonia* (110 kasus), Dispepsia (97 kasus), Gastritis (82 kasus), Hipertensi (73 kasus), Asma (60 kasus). Berdasarkan data di atas, rata-rata pasien dengan gangguan fisik berjumlah 21 orang per hari dengan kasus yang terbanyak yaitu *Gastroenteritis* dan malaria.

Berdasarkan pengalaman peneliti saat bertugas di ruang penyakit dalam, sebagian besar pasien yang dirawat menunjukkan gejala jantung berdebar-debar, wajah tegang, nadi meningkat pada saat dirawat, baik karena penyakit yang diderita maupun karena faktor biaya perawatan. Hasil wawancara dengan salah satu kepala ruangan penyakit dalam, didapatkan data bahwa dari 20 klien yang sedang dirawat terdapat 15 klien (75%) yang menyatakan susah tidur, merasa berdebar-debar, tekanan darah dan nadi meningkat, wajahnya kelihatan tegang. Belum ada standar asuhan keperawatan untuk masalah psikososial, termasuk untuk masalah ansietas yang dapat dijadikan panduan untuk asuhan keperawatan klien dengan masalah ansietas. Untuk itu, dipandang perlu untuk membuat standar asuhan keperawatan dan memberikan tindakan keperawatan yang lebih spesifik untuk menangani masalah ansietas pada klien dengan masalah fisik.

Hasil praktek peneliti saat aplikasi II di ruang perawatan umum RSMM Bogor bulan November sampai Desember 2008 menunjukkan bahwa masalah cemas merupakan salah satu diagnosa keperawatan psikososial yang sering ditemui pada pasien yang dirawat di ruang perawatan umum, mulai dari cemas ringan, cemas sedang bahkan cemas berat. Sebanyak 70% klien (12 orang) yang dirawat peneliti mengalami cemas, di mana 6 klien diberikan terapi *thought stopping*, 4 klien diberikan terapi relaksasi progresif dan 2 orang terapi generalis saja. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi dari klien dan keluarga yang mendapatkan terapi *thought stopping*, diperoleh data yaitu salah satu klien mengatakan bahwa klien merasa lebih lega, ada juga yang mengatakan bahwa terapi ini sangat berguna, keluarga klien yang merawat klien mengatakan bahwa anggota keluarga yang dirawat di ruang perawatan

umum dan mendapat terapi penghentian pikiran wajahnya tampak tidak tegang lagi dan bisa tidur nyenyak.

Dari semua hasil penelitian yang ada di Indonesia, belum ada penelitian yang secara spesifik membahas tentang penggunaan terapi *thought stopping* untuk menurunkan ansietas pada klien dengan gangguan fisik. Peneliti akan menerapkan terapi tersebut di RSUD Kabupaten Sorong sebagai rumah sakit rujukan di kota maupun kabupaten Sorong dengan kasus penyakit yang bervariasi dan terbuka untuk pembaharuan.

1.2 Rumusan Masalah

Ansietas merupakan masalah psikososial yang cukup banyak ditemui pada klien yang dirawat dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong, yaitu sebesar 75%. Belum ada standar asuhan keperawatan maupun terapi spesialis yang diterapkan untuk menurunkan bahkan mengatasi ansietas klien. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan, maka dilakukan intervensi melalui terapi *thought stopping*. Sehubungan dengan latar belakang di atas dapat ditemukan rumusan masalah:

- 1.2.1 75% (15 orang) klien dengan gangguan fisik yang dirawat di RSUD Kabupaten Sorong mengalami ansietas
- 1.2.2 Belum adanya tindakan keperawatan sebagai standarisasi untuk mengatasi masalah ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong
- 1.2.3 Belum dilakukan terapi *thought stopping* untuk mengatasi ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong

1.3 Pertanyaan Penelitian

Klien gangguan fisik yang mengalami ansietas di RSUD Kabupaten Sorong akan diberikan terapi *thought stopping*, sehingga muncul pertanyaan penelitian sebagai berikut:

- 1.3.1 Apakah pengaruh terapi *thought stopping* terhadap penurunan ansietas pada klien gangguan fisik yang dirawat di RSUD Kabupaten Sorong?

- 1.3.2 Apakah faktor lain yang dapat menurunkan ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum :

Mengetahui pengaruh terapi *thought stopping* terhadap ansietas yang dialami klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong.

1.4.2 Tujuan khusus :

1.4.2.1 Diketuainya tingkat ansietas klien gangguan fisik sebelum dilakukan terapi *thought stopping* di RSUD Kabupaten Sorong.

1.4.2.2 Diketuainya perubahan ansietas klien gangguan fisik yang mendapat terapi *thought stopping* di RSUD Kabupaten Sorong.

1.4.2.3 Diketuainya perubahan ansietas klien gangguan fisik yang tidak mendapat terapi *thought stopping* di RSUD Kabupaten Sorong.

1.4.2.4 Diketuainya perbedaan ansietas klien gangguan fisik antara yang mendapat dan tidak mendapat terapi *thought stopping* di RSUD Kabupaten Sorong.

1.4.2.5 Diketuainya hubungan faktor usia, pekerjaan, pendidikan dan jenis penyakit dengan ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Aplikatif

Pelaksanaan terapi *thought stopping* diharapkan dapat menurunkan ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong, maka terapi *thought stopping* bermanfaat sebagai :

1.5.1.1 Panduan perawat dalam melaksanakan terapi *thought stopping* pada klien gangguan fisik yang mengalami ansietas

1.5.1.2 Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya kesehatan jiwa klien dengan gangguan fisik yang mengalami ansietas

1.5.1.3 Bagi perawat spesialis jiwa, dapat memberikan masukan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan fisik.

1.5.1.4 Bagi pihak RSUD Kabupaten Sorong, dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan terutama untuk klien dengan gangguan fisik

1.5.2 Manfaat Keilmuan

1.5.2.1 Terapi *thought stopping* sebagai salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa bagi klien yang mengalami ansietas

1.5.2.2 Penelitian terapi *thought stopping* sebagai *evidence based*.

1.5.3 Manfaat Metodologi

1.5.3.1 Menerapkan teori dan metode yang terbaik untuk mengatasi ansietas klien dengan gangguan fisik melalui terapi *thought stopping*

1.5.3.2 Hasil penelitian akan berguna sebagai data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya, khususnya tentang terapi *thought stopping* pada klien dengan gangguan fisik.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Berbagai teori atau konsep tentang ansietas, gangguan fisik, serta terapi *thought stopping* dan konsep-konsep terkait dengan ansietas akan dibahas dalam bab ini.

2.1 Ansietas

Ansietas telah banyak dibahas dan menjadi subyek dalam berbagai artikel dan buku karena memang ansietas sangat erat hubungannya dengan kehidupan sehari-hari setiap manusia. Ansietas merupakan respon dasar setiap orang, penting apabila dalam batas ringan dan normal. Videbeck (2008) berpendapat bahwa ansietas adalah alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya kepada individu. Apabila ansietas menjadi kronis dan menyebabkan perilaku maladaptif, maka ansietas bukan lagi sebagai tanda bahaya, tetapi sudah menjadi gangguan yang sering disebut gangguan ansietas.

Pada bagian ini akan dibahas tentang pengertian, penyebab, proses terjadinya ansietas, dan cara mengatasi ansietas.

2.1.1 Pengertian ansietas

Kata *anxious* berkaitan dengan kata Latin *angere*, yang artinya ‘bertahan’ atau ‘keadaan sulit’ (Stuart & Laraia, 2005). Ini mirip dengan kata *anger*, yang didefinisikan sebagai ‘kesulitan’ atau ‘kesusahan’. Berkaitan pula dengan *anguish*, yang digambarkan sebagai ‘nyeri akut, penderitaan, atau keadaan sulit’. Hal ini meliputi tubuh seseorang, persepsi dirinya, dan berhubungan dengan hal lain yang menjadi dasar dalam keperawatan jiwa dan perilaku manusia. Ansietas berbeda tetapi berhubungan dengan ketakutan, tidak ada objek yang nampak pada ansietas, sedangkan pada ketakutan ada objek yang nampak, seperti takut pada binatang, seseorang dan sebagainya. Takut adalah respon terhadap objek mengancam, sedangkan cemas adalah emosi yang ditimbulkan oleh rasa takut.

Kaplan dan Saddock (2005) menjelaskan ansietas ada sebagai 'kesulitan' atau 'kesusahan' dan merupakan konsekuensi yang normal dari pertumbuhan, perubahan, pengalaman baru, penemuan identitas, dan arti hidup. Ansietas adalah perasaan tidak senang yang khas yang disebabkan oleh dugaan akan bahaya atau frustrasi yang mengancam yang akan membahayakan rasa aman, keseimbangan atau kehidupan seseorang individu atau kelompok biososialnya (Groen, 2001). Sumber lain menyebutkan, ansietas merupakan suatu keadaan dimana individu/kelompok mengalami perasaan yang sulit dan disertai aktifitas syaraf otonom dalam berespon terhadap ketidakjelasan, ancaman tidak spesifik (Carpenito, 1995). Kesimpulan dari beberapa pendapat di atas, ansietas merupakan perasaan tidak nyaman atau perasaan yang sulit yang disebabkan oleh sesuatu yang mengancam dan membuat stres yang disertai dengan aktivitas saraf otonom dan mengakibatkan individu berespon terhadap ancaman tersebut.

Wilkinson (2007) menjelaskan, ansietas dapat menyebabkan ketidakseimbangan fisik, psikologis dan sosial. Ketidakseimbangan fisik berupa keluhan-keluhan somatik (fisik), seperti perasaan panas atau dingin, mual, mulut kering (Stuart, 2007) disertai aktivitas saraf otonom (Carpenito, 1995), sedangkan ketidakseimbangan psikis (psikologis) berupa kekhawatiran. Selain keluhan fisik, psikis dan sosial yang dirasakan klien, ansietas juga dapat dilihat dari aspek kognitif berupa keluhan sulit konsentrasi, bingung, kehilangan kontrol, dari aspek perilaku berupa ekspresi wajah tegang, menarik diri, mudah tersinggung (ICD-10 dalam Kaplan & Saddock, 2005). Dapat disimpulkan bahwa keluhan-keluhan yang diungkapkan maupun yang dapat diamati seseorang yang mengalami ansietas meliputi aspek fisik (somatik), kognitif, psikologis, sosial, perilaku dan emosi.

Ansietas memiliki dua aspek, yakni aspek yang sehat dan membahayakan (Videbeck, 2008). Aspek yang sehat dapat

meningkatkan kemampuan individu menjadi *fight* dan kuat (Noreen, 1998), sedangkan aspek yang membahayakan dapat membuat individu mengalami respon *flight* atau *freeze* atau menjadi beku dan tidak dapat melakukan sesuatu sehingga menghambat individu melakukan fungsinya dengan adekuat. Videbeck (2008) juga menjelaskan bahwa aspek ansietas ini bergantung pada tingkat ansietas, lama ansietas yang dialami dan koping individu terhadap ansietas. Apabila koping individu adaptif dan tingkat ansietas ringan, maka individu tersebut berada dalam aspek ansietas yang sehat, sebaliknya jika koping individu maladaptif dan tingkat ansietas berat, maka ansietas individu membahayakan.

2.2 Proses terjadinya ansietas

Perasaan tidak nyaman atau terancam pada ansietas diawali dengan adanya faktor predisposisi dan faktor presipitasi :

2.2.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stres (Stuart & Laraia, 2005). Berbagai teori dikembangkan mengenai faktor predisposisi terjadinya ansietas.

2.2.1.1 Biologi (Fisik)

Penelitian terkini berfokus pada penyebab biologis terjadinya ansietas yang berlawanan dengan penyebab psikologis. (Sullivan & Coplan, 2000). Beberapa individu yang mengalami episode sikap bermusuhan, iritabilitas, perilaku sosial dan perasaan menyangkal terhadap kenyataan hidup dapat menyebabkan ansietas tingkat berat bahkan ke arah panik. Salah satu faktor penyebab secara fisik yaitu adanya gangguan atau ketidakseimbangan pada fisik seseorang.

a. Gangguan fisik

Gangguan fisik adalah suatu keadaan yang terganggu, baik secara fisik oleh penyakit, maupun secara fungsional berupa penurunan aktivitas sehari-hari (Encyclopedia II, 1983). Gangguan fisik terjadi apabila kondisi fisik mengalami penurunan, dan berakibat pula pada kemampuan individu melakukan aktivitasnya. Wikipedia (1983) menjelaskan bahwa gangguan fisik terjadi sebagai akibat ketidakseimbangan antara energi yang masuk dan energi yang keluar. Hal ini berarti energi yang masuk ke dalam tubuh individu lebih kecil daripada energi yang keluar atau sebaliknya, sehingga seseorang mudah terserang suatu kuman penyakit tertentu. Ketika penyakit masuk, individu berespon melakukan suatu perlawanan untuk tetap hidup dan kembali sehat (Frisch & Frisch, 2006). Gangguan fisik dan respon individu bersifat unik dan membutuhkan pendekatan yang unik pula.

Gangguan fisik yang dapat menyebabkan ansietas adalah gangguan otak dan saraf seperti cedera kepala, gangguan jantung, gangguan hormonal, gangguan pernafasan berupa asma, paru-paru obstruktif kronis atau COPD (Medicastore, 2009), operasi, aborsi, cacat badan (Tarwoto & Wartona, 2003), kanker, penyakit jantung, nyeri kronik dan gangguan syaraf (Frisch & Frisch, 2006). Pengalaman hospitalisasi dan prosedur medis dapat meningkatkan ansietas bahkan trauma bagi sebagian individu (Boyd & Nihart, 1998).

b. Mekanisme terjadinya ansietas akibat gangguan fisik

Pengaturan ansietas berhubungan dengan aktivitas dari *neurotransmitter Gamma Aminobutyric Acid (GABA)*, yang mengontrol aktifitas neuron di bagian otak yang

berfungsi untuk pengeluaran ansietas. Mekanisme kerja terjadinya ansietas diawali dengan penghambatan *neurotransmitter* di otak oleh GABA. Ketika bersilangan di sinaps dan mencapai atau mengikat ke reseptor GABA di membran postsinaps, maka saluran reseptor terbuka, diikuti oleh pertukaran ion-ion. Akibatnya terjadi penghambatan atau reduksi sel yang dirangsang dan kemudian sel beraktifitas dengan lamban (Stuart & Laraia,2005). Mekanisme biologis ini menunjukkan bahwa ansietas terjadi karena adanya masalah terhadap efisiensi proses *neurotransmitter*.

Selain itu, Stuart (2007) mengatakan bahwa kesehatan umum individu memiliki efek nyata sebagai predisposisi terjadinya ansietas. Apabila kesehatan individu terganggu, maka kemampuan individu untuk mengatasi ancaman berupa penyakit (gangguan fisik) akan menurun.

Beberapa penelitian membuktikan bahwa klien yang mengalami gangguan fisik akan mengakibatkan ansietas. Prevalensi pasien dengan post stroke yang mengalami gangguan cemas menyeluruh adalah 6% di rumah sakit akut dan 3,5% di komunitas. Salah satu studi di Swedia (Kaplan, 2005) mengatakan bahwa 41,2% pasien dengan cedera otak mengalami gangguan cemas menyeluruh.

2.2.1.2 Psikologi

Ansietas dapat terjadi karena perasaan ketidakberdayaan dalam menyelesaikan ancaman, kehilangan kemampuan mengendalikan keadaan, perasaan kehilangan fungsi dan harga diri, gagal membentuk pertahanan dari ancaman, perasaan terisolasi, takut akan kematian, rasa tidak berdaya, dan rasa

tidak aman (Hudak & Gallo, 1995; Koziar B, Glenora E, 1993).

Sullivan (2000) berpendapat bahwa ansietas dimulai pada awal hubungan antara bayi dengan ibunya. Melalui hubungan emosional inilah, ansietas pertama kali disampaikan ibu pada anaknya. Bayi merespon seperti ketika dia bersatu bersama ibunya. Ketika anak tumbuh dewasa, dia akan melihat ketidakmampuan sebagai akibat dari reaksinya. Sullivan percaya bahwa ibupun menyetujui perilakunya. Ditambah pula, adanya trauma seperti perpisahan dan kehilangan yang akhirnya menjadikan seseorang rentan terhadap ansietas. Ansietas dapat timbul di kemudian hari ketika dia kehilangan cinta dari seseorang yang menurutnya berharga.

Stuart dan Laraia (2005) mengemukakan bahwa ansietas adalah suatu perjalanan yang dipelajari karena suatu keinginan yang halus untuk menghindari rasa nyeri. Jadi ansietas dimulai ketika nyeri mencapai suatu stimulus tertentu. Bila reaksinya cukup kuat, ini dapat digeneralisasi pada objek dan situasi yang sama.

Tingkat harga diri seseorang juga suatu faktor penting yang berhubungan dengan ansietas (Sullivan, 2000). Seseorang yang mudah merasa terancam atau memiliki tingkat harga diri yang rendah akan lebih mudah mengalami ansietas. Ansietasnya akan tinggi karena mereka meragukan kemampuan mereka untuk sukses. Ini menyebabkan mereka tidak melakukan sesuatu sesuai dengan kemampuan aktual mereka atau bagaimana mereka harus mempelajari hal tersebut. Sehingga ansietas disebabkan oleh persepsi mereka

sendiri tentang ketidakmampuan yang direfleksikan ke dalam konsep diri.

Stresor psikososial berupa keadaan atau peristiwa yang menyebabkan maturitas atau pematangan juga merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya ansietas (Tarwoto & Wartonah, 2003). Individu yang memiliki kematangan kepribadian akan lebih sukar mengalami ansietas, sebab individu yang matang mempunyai daya adaptasi yang besar terhadap stressor, sedangkan individu yang berkepribadian tidak matang yaitu yang tergantung pada orang lain lebih peka terhadap rangsangan sehingga sangat mudah mengalami ansietas.

2.2.1.3 Sosial budaya

Cara hidup orang di masyarakat juga sangat mempengaruhi pada timbulnya ansietas (Tarwoto. & Wartonah, 2003). Individu yang mempunyai cara hidup sangat teratur dan mempunyai falsafah hidup yang jelas maka pada umumnya lebih sukar mengalami ansietas. Faktor lain yang juga akan mempengaruhi timbulnya ansietas adalah status ekonomi. Orang dengan status ekonomi yang kuat akan jauh lebih sukar mengalami ansietas dibanding mereka yang status ekonominya lemah. Seseorang yang mempunyai pekerjaan yang penting dan memerlukan aktivitas, maka akan merasa sangat terganggu apabila kehilangan kegiatan pekerjaan. Kehilangan pekerjaan merupakan "frustasi eksternal" yang dapat menjadi penyebab timbulnya ansietas dan akan mempengaruhi perannya dimasyarakat (Stuart & Laraia, 2005). Di samping frustasi eksternal, ada pula frustasi internal yang dapat menyebabkan seseorang mengalami ansietas. Contoh dari frustasi internal ditunjukkan oleh seorang sarjana

yang memiliki tujuan yang tidak realistis sehubungan dengan karirnya. Individu tersebut akan mengalami perasaan gagal, disepelkan, dan akhirnya mengalami ansietas.

Manusia yang sudah terekspos ansietas pada awal-awal kehidupannya akan lebih mudah mengalami ansietas di kemudian hari (Stuart & Laraia, 2005). Jadi pengaruh orang tua dan keluarga serta lingkungan di mana anak-anak dibesarkan sangatlah penting. Anak-anak yang melihat cara orang tua mereka berespon terhadap ansietas pada setiap stres-stres kecil akan segera dikembangkan oleh dirinya dengan pola yang sama. Tapi sebaliknya, bila orang tua tidak bereaksi terhadap situasi yang potensial menyebabkan stres, anak akan merasa sendiri dan merasa tidak ada support emosional dari keluarga mereka. Sehingga respon emosional yang tepat dari orang tua pada anaknya, akan membantu si anak mempelajari metode koping yang konstruktif. Demikian pula anak-anak yang berada di tempat yang dirasakan asing ternyata lebih mudah mengalami ansietas ((Tarwoto & Wartonah, 2003)

Secara epidemiologi dan kajian mengenai keluarga, menunjukkan bahwa gangguan ansietas nyata-nyata ada dalam keluarga dan itu biasanya terjadi dengan tipe yang berbeda-beda (Stuart & Laraia, 2005). Mereka yang sering memanfaatkan fasilitas kesehatan, dan meminta untuk dilakukan *treatment* terhadap berbagai gejala yang disebabkan ansietas seperti nyeri dada, palpitasi, pusing, dan nafas pendek.

Budaya seseorang juga dapat menjadi pemicu terjadinya ansietas. Hasil survey yang dilakukan oleh Mudjadid,dkk tahun 2006 di lima wilayah pada masyarakat DKI Jakarta

didapatkan data bahwa tingginya angka ansietas disebabkan oleh perubahan gaya hidup serta kultur dan budaya yang mengikuti perkembangan kota. Namun demikian, faktor predisposisi di atas tidaklah cukup kuat menyebabkan seseorang mengalami ansietas apabila tidak disertai faktor presipitasi (pencetus).

2.2.2 Stresor Presipitasi

Menurut Stuart dan Laraia (2005) stresor presipitasi adalah stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang membutuhkan energi ekstra untuk coping. Faktor presipitasi dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga), yakni :

2.2.2.1 Biologi (fisik)

Salah satu penyebab biologis yang dapat menimbulkan ansietas yaitu gangguan fisik (Suliswati, 2007) dan (Fracchione, 2004). Gangguan fisik dapat mengancam integritas diri seseorang, ancaman tersebut berupa ancaman eksternal dan internal (Stuart & Laraia, 2005). Ancaman eksternal yaitu masuknya kuman, virus, polusi lingkungan, rumah yang tidak memadai, makanan, pakaian, atau trauma injuri. Sedangkan ancaman internal yaitu kegagalan mekanisme fisiologis tubuh seperti jantung, sistem kekebalan, pengaturan suhu, kehamilan. Nyeri merupakan indikasi awal adanya ancaman terhadap integritas fisik. Hal ini menimbulkan ansietas dimana seringkali memotivasi seseorang meminta pertolongan perawatan.

2.2.2.2 Psikologi

Penanganan terhadap integritas fisik dapat mengakibatkan ketidakmampuan psikologis atau penurunan terhadap aktivitas sehari-hari seseorang (Stuart & Laraia, 2005). Demikian pula apabila penanganan tersebut menyangkut identitas diri, dan

harga diri seseorang, dapat mengakibatkan ancaman terhadap *self system*. Ancaman tersebut berupa ancaman eksternal, yaitu kehilangan orang yang berarti, seperti : meninggal, perceraian, dilemma etik, pindah kerja, perubahan dalam status kerja; dapat pula berupa ancaman internal seperti: gangguan hubungan interpersonal di rumah, di rumah sakit atau ketika menerima peran baru sebagai klien dengan gangguan fisik yang sedang dalam perawatan.

2.2.2.3 Sosial budaya

Status ekonomi dan pekerjaan dapat mencetuskan seseorang mengalami ansietas (Tarwoto & Wartonah, 2003). Seseorang yang dirumahkan akibat perampangan struktur dalam suatu instansi mengakibatkan status ekonomi seseorang menurun, hal ini dapat menimbulkan seseorang mengalami ansietas. Demikian pula fungsi integrasi sosial seseorang yang terganggu dapat menjadi pencetus terjadinya ansietas (Stuart & Laraia, 2005).

2.3 Tanda dan gejala

Manusia memiliki kemampuan berespon terhadap ansietas, berupa penilaian terhadap stressor.

2.3.1 Penilaian terhadap stressor

Penilaian terhadap stressor adalah evaluasi tentang makna stressor bagi kesejahteraan individu, di mana di dalamnya stressor memiliki arti, intensitas dan kepentingan. (Stuart, 2007) Penilaian terhadap ansietas mendorong perawat melakukan pengkajian terhadap banyak faktor, termasuk respon fisik, kognitif, perilaku dan emosional (Videbeck, 2008) sehingga dapat mengembangkan intervensi keperawatan yang tepat. Selain itu, penilaian juga menekankan hubungan timbal balik

antara respon-respon ansietas (tanda dan gejala) tersebut sesuai dengan tingkat ansietas masing-masing.

Peplau (1952 dalam Videbeck, 2008) serta Kaplan dan Saddock (2005) mengatakan bahwa terdapat empat tingkat ansietas, yaitu: ringan (*mild*), sedang (*modere*), berat (*severe*) dan panik (*panic*). Jika seseorang berada pada rentang respon ansietas mild – moderate, dia akan mengembangkan kemampuan kopingnya dengan baik, dapat mengobservasi situasi yang menyebabkan ansietas, menjelaskan dan menganalisisnya, memformulasikan arti dan hubungannya, mendiskusikannya dengan orang lain untuk mendapatkan *feedback* dan validasi, dan keuntungan dari pengalaman adaptasinya. Namun seseorang yang berada pada tingkat berat/ severe (bahkan tingkat panik) tidak dapat menggunakan kemampuan intelektualnya untuk menjelaskan hal di atas, sehingga dia memerlukan pertolongan segera untuk mendapatkan jalan termudah guna mengurangi ansietasnya.

Adapun tanda dan gejala klien yang mengalami ansietas berdasarkan tingkat ansietas adalah :

a. Ringan

Ketegangan dalam kehidupan sehari-hari (Videbeck, 2008). Selama tahap ini, seseorang menjadi lebih waspada dan kesadarannya menjadi lebih tajam terhadap lingkungan. Jenis ansietas ini dapat memberikan motivasi pembelajaran dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

b. Sedang

Pada tingkat ini, individu berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu. Individu tidak mempunyai perhatian yang selektif, kemampuan penglihatan, pendengaran, dan penciuman menurun (Stuart, 2007). Jika diarahkan untuk melakukan sesuatu, individu dapat berfokus pada perhatian yang lebih banyak .

c. Berat

Lapang persepsi individu sangat menyempit (Videbeck, 2008). Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area yang lain. Kemampuan persepsi seseorang menjadi menurun secara menyolok dan perhatiannya pun terpecah-pecah. Pikirannya hanya fokus pada satu hal dan tidak memikirkan yang lain.

d. Panik (Sangat berat)

Panik adalah kehilangan kendali, individu tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mengakibatkan disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian (Videbeck, 2008). Gejala yang terjadi adalah palpitasi, nyeri dada, mual atau muntah, ketakutan kehilangan control, parestesia, tubuh merasa panas atau dingin (Stuart & Laraia, 2005)

Bagaimanapun, cara yang mudah menghindari ansietas ini mungkin tidak adaptif untuk jangka waktu ke depan. Biasanya seseorang dalam keadaan cemas jatuh ke satu dari empat kategori tersebut dan menunjukkan perilaku "*acting out*", contohnya, memproyeksikan marah dan kesalahan kepada orang lain, somatisasi, (menjadikan stress secara aktual, simptom secara fisik atau sakit), immobilisasi atau paralisis, contohnya, depresi atau menarik diri. Karena ansietas merupakan bagian normal dari kehidupan manusia maka sangatlah penting untuk mendorong agar mengubah dan mengembangkan kemampuan mekanisme koping menjadi lebih baik.

Berikut ini terdapat tabel 2.1 yang menjelaskan tentang tanda dan gejala ansietas berupa respon fisik, kognitif, perilaku dan emosional dan disusun berdasarkan tingkat ansietas klien dan merupakan modifikasi dari Stuart dan Laraia (2005), Videbeck (2008) dan Hamilton (1959).

Tabel 2.1.
Respon Fisik, Kognitif, Perilaku dan Emosional Klien yang Mengalami Ansietas Berdasarkan Tingkat Ansietas*

Tk. Ansietas	Ringan	Sedang	Berat	Sangat berat
Fisiologis				
TTV				
Tekanan darah	Tekanan darah tidak ada perubahan	Tekanan darah meningkat	Tekanan darah meningkat	Tekanan darah meningkat kemudian menurun
Nadi	Nadi tidak ada perubahan	Nadi cepat	Nadi cepat	Nadi cepat kemudian lambat
Pernafasan	Pernafasan tidak ada perubahan	Pernafasan meningkat	Nadi cepat Pernafasan meningkat	Pernafasan cepat dan dangkal
Ketegangan otot	Rileks	Wajah tampak tegang	Rahang menegang Menggertakan gigi	Wajah menyeringai Mulut terngangai
Pola makan	Masih ada nafsu makan	Meningkat atau menurun	Kehilangan nafsu makan	Mual atau muntah
Pola tidur	Pola tidur teratur	Sulit untuk mengawali tidur	Sering terjaga	Insomnia Mimpi buruk
Pola eliminasi	Pola eliminasi teratur	Frekuensi BAK dan BAB meningkat	Frekuensi dan BAB meningkat	Retensi urin Konstipasi
Kulit	Tidak ada keluhan	Mulai berkeringat Akral dingin dan pucat	Keringat berlebihan	Keringat berlebihan Kulit teraba panas dingin
Mulut	Saliva normal	Mulut kering	Mulut kering	Mulut kering sekali
Kognitif				
Fokus perhatian	Cepat berespon terhadap stimulus	Fokus pada hal yang penting	Fokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik	Fokus perhatian terpecah
Proses belajar	Motivasi belajar tinggi	Perlu arahan	Perlu banyak arahan	Tidak bisa berfikir
Proses pikir	Pikiran logis	Perhatian menurun	Egosentris	Halusinasi Waham Ilusi

(sambungan)

Tk. Ansietas	Ringan	Sedang	Berat	Sangat berat
Orientasi	Baik	Ingatan menurun	Pelupa	Disorientasi waktu, orang dan tempat
Perilaku				
Motorik		Gerakan mulai tidak terarah	Agitasi	Aktivitas motorik kasar meningkat
Komunikasi	Inkoheren	Koheren	Bicara cepat	Inkoheren
Produktivitas	Kreatif	Menurun	Bicara cepat	Tidak produktif
Interaksi sosial	Memerlukan orang lain	Memerlukan orang lain	Interaksi sosial berkurang	Menarik diri
Emosional				
Konsep diri	Ideal diri tinggi	Tidak percaya diri	Merasa bersalah	Putus asa
Penguasaan diri	Tergesa-gesa	Tidak sabar	Bingung	Lepas kendali

Sumber : Modifikasi dari Stuart dan Laraia (2005), Videbeck (2008) dan Hamilton (1959).

Catatan : * telah diolah kembali.

Tanda dan gejala klien yang mengalami ansietas berbeda untuk setiap tingkatan. Semakin berat gejala ansietas yang dialami, semakin berat pula tingkat ansietas klien.

Derajat ansietas seseorang dapat diukur dengan menggunakan alat ukur (instrumen). Beberapa teori yang dikembangkan dalam pengukuran ansietas, yaitu Stuart Laraia (2005) membagi berdasarkan respon klien yang terdiri dari 4 (empat) respon yaitu : fisiologis, perilaku, kognitif dan afektif. Videbeck (2008) mempunyai dasar pembagian yang berbeda, tingkat respon ansietas dibagi dalam 3 (tiga) bagian , yaitu berdasarkan respon fisik, kognitif dan emosional.

Selain itu, dikenal pula pengukuran ansietas *Hamilton Rating Scale for Anxiety* atau *HRS-A* (Hawari, 2008). Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yaitu perasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi (murung), gejala somatik (otot), gejala somatik (sensorik), gejala kardivaskuler (jantung dan pembuluh darah), gejala pernafasan, gejala pencernaan, gejala perkemihan dan kelamin, gejala autonom dan perilaku. Masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik.

Berbeda dengan Stuart dan Laraia, Videbeck dan Hamilton, 2 ahli lain membuat skala pengukuran ansietas dalam jumlah kelompok yang berbeda, yaitu Zung dan Sarason. Zung (1971) membuat skala pengukuran dalam 20 (dua puluh) bagian yang dikenal dengan "Zung's self rating anxiety scale". Demikian pula Sarason (1980) membuat skala pengukuran ansietas dalam 37 (tiga puluh tujuh) item.

2.4 Penanganan mengatasi ansietas

Penanganan terhadap ansietas dapat dilakukan kepada individu dengan berbagai cara yang meliputi mekanisme koping, tindakan keperawatan dan penanganan medis.

2.4.1 Mekanisme koping

Mekanisme koping merupakan tiap upaya yang ditujukan untuk penatalaksanaan ansietas, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan ego yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart, 2007). Kemampuan menggunakan koping yang konstruktif dapat membuat individu menjadi sehat jiwa dan dewasa, sebaliknya ketidakmampuan individu menggunakan koping yang konstruktif dapat menjadi penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Ansietas sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping:

2.4.1.1 Reaksi yang berorientasi pada tugas, yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi yang membuat stres. Reaksi ini mempertimbangkan penyelesaian masalah dan kebutuhan individu. Individu yang mengalami ansietas melakukan penyelesaian dengan mencari teman atau orang terdekat untuk membantu mengarahkan individu terhadap perhatian lain.

2.4.1.2 Mekanisme pertahanan ego, membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang (Stuart, 2007). Mekanisme pertahanan ego

individu yang mengalami ansietas ada yang bersifat konstruktif dan bersifat yang destruktif. Ketidakmampuan individu melakukan mekanisme koping yang konstruktif merupakan penyebab terjadinya perilaku patologis (Stuart & Laraia, 2005). Untuk menetralkan individu denial (menyangkal) terhadap ansietas yang dialami. Sedangkan, beberapa mekanisme pertahanan ego lain yang digunakan : kompensasi, *displacement*, introyeksi, isolasi, proyeksi, rasionalisasi, formasi reaksi, regresi, represi, sublimasi, dan supresi.

2.4.2 Tindakan keperawatan

2.4.2.1 Diagnosa keperawatan klien dengan ansietas

Diagnosa keperawatan adalah sebuah label singkat, menggambarkan kondisi pasien yang diobservasi di lapangan (Wilkinson, 2007). Kondisi ini dapat berupa masalah-masalah aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan untuk klien dengan ansietas terdiri dari diagnosa keperawatan primer dan diagnosa keperawatan yang terkait. Diagnosa keperawatan primer meliputi : ansietas, defisit pengetahuan tentang koping terhadap ansietas (Copel, 2007). Sedangkan diagnosa keperawatan yang terkait meliputi : konflik pengambilan keputusan, ketakutan, ketidakefektifan koping individu (Wilkinson, 2007), resiko perilaku kekerasan pada diri sendiri dan orang lain (Boyd & Nihart, 1998).

2.4.2.2 Tindakan keperawatan ansietas

Klasifikasi Intervensi Keperawatan (NIC, 1996 dalam Wilkinson, 2007) mengkategorisasikan aktivitas keperawatan dengan menggunakan bahasa yang baku. Prioritas tindakan di bawah ini merupakan intervensi yang paling terlihat untuk mempengaruhi masalah atau diagnosa keperawatan ansietas,

tetapi hal ini tidak berarti bahwa tindakan tersebut merupakan satu-satunya tindakan yang harus digunakan.

Teknik menurunkan atau mengurangi ansietas telah banyak dijelaskan oleh berbagai ahli psikososial tergantung dari tingkat ansietas yang dialami oleh klien, mulai dari ansietas ringan, ansietas sedang, ansietas berat sampai panik. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk klien dengan masalah ansietas, yaitu :

- a. Hipnotis diri sendiri, yaitu dengan latihan 5 jari (Stuart, 2007)
- b. Teknik relaksasi untuk mengontrol ketegangan otot (*National Mental Health Information*, 2001)
- c. Terapi Kognitif (*Cognitive Therapy*)

Merupakan terapi yang didasarkan pada keyakinan klien dalam kesalahan berfikir (Vaccarolis, 2008). Selama proses restrukturisasi pikiran, terapis membantu klien untuk mengidentifikasi pikiran otomatis yang membuat stress dan menyebabkan ansietas, menggali pikiran tersebut, mengevaluasi kembali situasi yang realistis dan menggantinya dengan ide-ide yang membangun.

- d. Terapi Perilaku (*Behavioral Therapy*)

Videbeck (2008) menyatakan bahwa terapi perilaku dipandang efektif dalam mengatasi gangguan ansietas, terutama jika dikombinasikan dengan farmakoterapi. Berbagai jenis teknik terapi perilaku digunakan sebagai pembelajaran dan praktek secara langsung dalam upaya menurunkan atau mengatasi ansietas. Beberapa jenis terapi yang termasuk dalam terapi perilaku adalah *thought stopping, relaxation training, modelling, systemic desensitization, flooding, response prevention*.

e. *Thought stopping*

Merupakan bagian dari terapi perilaku (Videbeck, 2008). Stuart dan Laraia (2001) menjelaskan *thought stopping* sebagai suatu proses menghentikan pikiran yang tinggal dan mengganggu. *Thought stopping* (penghentian pikiran) merupakan salah satu contoh dari teknik psikoterapi kognitif behavior yang dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir (Tang & DeRubeis, 1999).

f. *CBT (Cognitive-Behavioral Therapy)*.

Terapi ini merupakan kombinasi terapi kognitif dan terapi perilaku yang dilakukan untuk mengurangi ansietas (Varcarolis, 2006). Hasil penelitian Mark, dkk (2000), CBT menunjukkan hasil yang efektif dalam mengatasi gangguan ansietas selain terapi interpersonal dan psikodinamik.

g. Logoterapi

Terapi ini berfokus pada masalah-masalah hidup yang berkaitan dengan kebebasan, ketidakberdayaan, kehilangan, isolasi, kesepian, ansietas dan kematian (Issacs, 2005). Melalui logoterapi klien menemukan makna dari keberadaannya sendiri.

h. Psikoedukasi keluarga

Family Psychoeducation Therapy adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi terapeutik (Stuart & Laraia, 2005). Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik.

2.4.3 Penanganan Medis

Penanganan medis yang dilakukan merupakan terapi kolaborasi antara perawat dan dokter untuk mengatasi ansietas klien, terutama ansietas tingkat berat dan panik.

Videbeck (2008) menjelaskan bahwa aspek ansietas ini bergantung pada tingkat ansietas, lama ansietas yang dialami dan koping individu terhadap ansietas. Apabila koping individu adaptif dan tingkat ansietas ringan, maka individu tersebut berada dalam aspek ansietas yang sehat, sebaliknya jika koping individu maladaptif dan tingkat ansietas berat, maka ansietas individu membahayakan. Diagnosis gangguan ansietas ditegakkan ketika ansietas tidak lagi berfungsi sebagai tanda bahaya, melainkan menjadi kronis dan menyebabkan perilaku maladaptif dan disabilitas emosional.

2.4.3.1 Diagnosa medis

Diagnosa medis untuk klien yang mengalami ansietas dapat diklasifikasikan sebagai berikut : gangguan ansietas menyeluruh (*generalized anxiety disorder*), gangguan ansietas sebagian (*separation anxiety disorder*), pobia sosial (*social phobia*), *specific phobia*, *agoraphobia*, gangguan panik (*panic disorder*), gangguan obsesif kompulsif (*obsessive-compulsive disorder*), stres pasca trauma (*post traumatic stress disorder*), gangguan antisosial (*antisocial disorder*).

2.4.3.2 Terapi medis

Terapi medis berupa pemberian psikofarmaka yaitu :

a. Benzodiazepine (diazepam)

Tipe benzodiazepine adalah tipe farmaka yang dipakai untuk mengurangi atau menghilangkan gejala-gejala ansietas dengan cepat dan mempunyai sedikit efek samping yaitu mengantuk. Beberapa klien mengalami gejala menarik diri bila berhenti menggunakan obat benzodiazepine. Dengan menurunkan dosis secara bertahap dapat mengurangi gejala-gejala tersebut.

b. Diazepam

Diazepam merupakan golongan antiansietas yang paling umum diberikan kepada klien dengan gangguan ansietas.

Sediaan diazepam berupa tablet 2 mg & 5 mg atau berupa injeksi 10 mg.

Indikasi pemberian diazepam adalah meredakan gejala ansietas dan agitasi. Diazepam merupakan antiansietas mulai dengan dosis 2 mg, 1 – 2 kali sehari. Apabila diperlukan dapat ditingkatkan dosisnya secara perlahan sampai 10 – 15 mg/hari. Penggunaan sedasi jangan lebih dari 2 minggu, karena akan meningkatkan risiko ketergantungan. Efek samping dari obat ini adalah efek sedatif (mengantuk) serta klien yang mengkonsumsinya berpotensi menjadi ketergantungan dan penyalahgunaan zat.

c. Alprazolam yang digunakan pada gangguan panik dan GAD (general ansietas disorder)

2.5 Pelayanan Aspek Psikososial di Rumah Sakit Umum

Klien yang datang ke rumah sakit umum perlu mendapatkan pelayanan yang holistik. *Oxford Concise Medical Dictionary* (1996) mendefinisikan holistik sebagai sebuah pendekatan asuhan keperawatan kepada klien meliputi aspek fisik, psikis dan sosial, lebih dari hanya sekedar mendiagnosa penyakit.

Masalah psikososial dan gangguan terhadap kesehatan jiwa dapat ditemukan pada klien yang mengalami gangguan fisik, salah satu diantaranya adalah ansietas, mulai dari tingkat ringan sampai tingkat sangat berat atau panik.

Untuk mengatasi masalah psikososial yang dialami klien dengan gangguan fisik di rumah sakit umum diperlukan manajemen yang tepat. Saat ini di negara-negara maju sudah menerapkan konsultan psikiatrik keperawatan untuk mengatasi masalah psikososial klien sebagai dampak dari gangguan fisik di rumah sakit umum, yang dikenal dengan nama *Consultan-Liasison Psychiatric Nursing* (CLPN).

Consultan-Liasison Psychiatric Nursing (CLPN) pertama kali berkembang di Amerika pada tahun 1930 dan baru di terapkan dirumah sakit umum pertama kali tahun 1960 (Jones, 1989). *Consultan-Liasison Psychiaric Nursing* dilakukan untuk merespon peningkatan penghargaan yang penting dalam hubungan psikofisiologi yang berdampak pada penyakit fisik, proses penyembuhan dan sehat (Minarik & Neese, 2002 dalam Frisch & Frisch 2006). CLPN merupakan salah satu model terbaru dari subspecialis yang memberikan konsultasi kepada klien gangguan fisik dan yang berobat ke rumah sakit umum bukan berada di unit psikiatri.

Liaison Psichiatri adalah sebuah studi tentang perasaan takut yang ditimbulkan akibat diagnosis, pengobatan yang disebabkan oleh penyakit fisik untuk mencegah terjadinya masalah psikologis dan penyakit mental akibat dari penyakit fisik (Pasnau, 1982, dalam Frisch & Frisch, 2006). Dalam buku klasik digambarkan khusus ditahun 1980, Lewis dan Levy (1982 dalam Frisch & Frisch 2006) tujuan dari *Consultan-Liasison Psychiaric Nursing* adalah untuk mendemonstrasikan dan mengajarkan konsep kesehatan mental dan mengaplikasikan dalam praktek.

CLPN dapat dilakukan di rumah sakit umum berdasarkan kerja sama staf keperawatan dengan membentuk tim yang menangani aspek psikososial yang dialami klien gangguan fisik. Psikoterapi merupakan salah satu asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien yang meliputi terapi individu, terapi kelompok maupun terapi keluarga.

2.6 Terapi *thought stopping*

2.6.1 Pengertian terapi *thought stopping*

Konsep tentang terapi *thought stopping* bukan hal yang baru tapi sudah dikenal sejak jaman Yunani kuno. Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan *thought stopping* sebagai suatu proses menghentikan pikiran yang mengganggu. *Thought stopping* (penghentian pikiran) merupakan salah satu contoh dari teknik psikoterapi kognitif behavior

yang dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir (Tang & DeRubeis, 1999). Frank Mc Donald berpendapat bahwa emotion *thought stopping* (Latihan menghentikan pemikiran) merupakan suatu bentuk latihan atau terapi dengan melihat hubungan antara pikiran yang disadari dan yang tidak disadari. Terapi ini ditujukan untuk mengatasi klien dengan kasus ansietas.

Thought Stopping Therapy merupakan salah satu dari terapi perilaku (Videbeck, 2008) yang digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir. Kebiasaan berpikir dapat membentuk perubahan perilaku, dengan satu pikiran otomatis saja dapat memberi petunjuk kepada pikiran – pikiran lain yang mengancam. *Thought stopping* digunakan dengan berbagai cara menolong klien untuk tenang dan berhenti memikirkan pikiran yang tidak menyenangkan dan sifatnya mengancam. Teknik ini sebagian besar digunakan dalam penelitian dengan memodifikasikan pada individu yang mengalami ansietas.

Terapi *thought stopping* merupakan teknik yang efektif dan cepat untuk membantu menghadapi pikiran yang membuat stres dan ansietas yang seringkali disertai serangan panik, ansietas, dan agorafobia disebut dengan “menghentikan pikiran” (Ankrom, 1998). Dasar dari teknik ini adalah secara sadar memerintah diri sendiri, “stop!”, saat mengalami pemikiran negatif berulang, tidak penting, dan *distorted*. Kemudian mengganti pikiran negatif tersebut dengan pikiran lain yang lebih positif dan realistis.

2.6.2 Tujuan terapi *thought stopping*

Tujuan dilakukannya terapi *Thought Stopping*, adalah membantu klien mengatasi ansietas yang mengganggu, membantu klien mengatasi pikiran yang mengancam atau membuat stres yang sering muncul, membantu klien mengatasi pikiran obsesif dan fobia (Donald, 1999). Ankrom (2005) mengatakan bahwa tujuan dilakukannya terapi

ini untuk memutuskan pikiran yang mengganggu dan menimbulkan ansietas.

2.6.3 Indikasi terapi *thought stopping*

Masalah kesehatan jiwa yang efektif untuk dilakukan terapi *Thought Stopping* adalah gangguan ansietas menyeluruh, gangguan ansietas akibat sebagian tubuh lumpuh dan tidak bisa sembuh, depresi ringan, percobaan bunuh diri, isolasi sosial (Donald, 1999), perilaku kekerasan (Boyd, 1998). Pada klien yang mengalami ansietas, terapi ini bekerja dengan cara menghentikan pikiran yang mengancam dan menjadi stressor bagi klien. Apabila pikiran tersebut muncul kembali klien dianjurkan untuk menghentikan kembali dengan mengatakan “stop”.

2.6.4 Kriteria terapis

Thought stopping merupakan suatu terapi yang memerlukan komitmen dan praktek, untuk itu dapat dilakukan oleh perawat klinik yang memiliki keahlian khusus (perawat spesialis). Sekalipun terapi ini tampaknya sederhana dan mudah untuk dipraktekkan, namun untuk mendapatkan hasil yang maksimal, diperlukan keahlian khusus seorang terapis dan perlu terus-menerus dipraktekkan, baik bagi terapis itu sendiri maupun klien.

2.6.5 Sesi – sesi dalam terapi *thought stopping*

Pembagian sesi dalam melakukan terapi *thought stopping* berbeda-beda dan sifatnya bervariasi. Terdapat beberapa pendapat tentang pembagian sesi sebagai berikut :

2.6.5.1 Empat sesi terapi *thought stopping* menurut Ankrom (1998), yaitu :

- a. Sesi pertama : Identifikasi pikiran yang membuat stress. Pada sesi ini klien memulai dengan memonitor pikiran yang mengganggu dan mencemaskan klien, kemudian tuliskan

pikiran tersebut dan pilih salah satu yang akan diatasi terlebih dahulu.

- b. Sesi kedua : Buatlah pernyataan positif dan penuh keyakinan di sebelah pikiran yang membuat ansietas tersebut. Misalnya : “saya sangat cemas , mungkin saya akan mulai panik dan memermalukan diri saya sendiri jika menerima undangan konser”. Buat pernyataan positif seperti : “Saya pernah berada dalam kondisi cemas sebelumnya dan saya tetap berhasil” atau “saya percaya bahwa saya dapat mengontrol ansietas saya dengan menggunakan teknik yang sudah saya pelajari”.
- c. Sesi ketiga :Ulangi lalu ganti. Instruksikan klien tutup mata dan pikirkan tentang pikiran yang membuat stress. Usahakan untuk membayangkan diri klien berada dalam situasi di mana pikiran tersebut mungkin muncul. Ulangi hal itu dalam pikiran klien selama kira-kira 3 (tiga) menit kemudian hardik dengan mengatakan “stop!”. Ucapkan pikiran positif yang telah diidentifikasi di sesi 2 tadi dengan penuh keyakinan.
- d. Sesi keempat :Membuat keputusan yang penting. Agar teknik menghentikan pikiran menjadi lebih efektif, klien memerlukan latihan setiap hari. Pikiran yang membuat stress akan sering muncul di awal-awal latihan, namun secara perlahan akan menghilang.

2.6.5.2 Lima langkah terapi *thought stopping* menurut Patricia Miller (2001):

a. Langkah pertama

Tanyakan pada diri hal-hal yang terkait dengan pikiran yang membuat stress. Bentuk pertanyaan adalah apakah pikiran itu realistis atau tidak, membuat anda produktif atau tidak, bersifat netral atau justru membuat tidak percaya diri,

dapat dikontrol dengan mudah atau tidak. Putuskan jika anda ingin menghilangkan pikiran yang membuat stress, pilih salah satu pikiran yang sangat anda ingin hilangkan dan ikuti langkah berikutnya.

b. Langkah kedua

Bayangkan pikiran yang membuat stress lalu tutup mata dan bawa diri ke situasi imaginasi di mana pikiran tersebut biasa muncul. Usahakan untuk melibatkan pikiran normal dan bersifat netral. Cara ini memungkinkan untuk menghentikan pikiran yang membuat stress dengan tetap melanjutkan pikiran sehat yang lain muncul.

c. Langkah ketiga

Atur alarm atau *timer* selama 3 menit. Alihkan pandangan, tutup mata dan fokuskan pada pikiran yang membuat stress tersebut. Ketika mendengar alarm atau *timer* teriakkan kata “stop!” sambil mengangkat tangan, menjentikkan jari anda atau berdiri. Biarkan pikiran kosong dari semua pikiran yang membuat stres. Lakukan selama 30 detik sejak meneriakkan kata “stop!”. Jika pikiran tersebut muncul kembali dalam rentang waktu 30 detik, teriakkan “stop!” kembali.

d. Langkah keempat

Memutuskan pikiran yang membuat stres tanpa bantuan alarm atau *timer*. Saat anda sedang memfokuskan diri pada pikiran yang tidak diinginkan tersebut, teriakkan “stop!” Ketika anda berhasil untuk menghilangkan pikiran tersebut dalam beberapa situasi berbeda, mulailah untuk mengucapkan dengan kata “stop” dengan nada biasa. Setelah berhasil, cobalah dengan membisikkan “stop”, kemudian mengucapkan tanpa suara, hanya dalam pikiran anda.

e. Langkah kelima

Buat pikiran pengganti sebagai ganti dari pikiran yang membuat anda stress. Caranya adalah dengan membuat beberapa pernyataan yang positif dan bersifat asertif yang sesuai dengan situasi yang anda hadapi. Kembangkan beberapa pernyataan asertif tersebut untuk anda katakan pada diri sendiri. Selain itu, pikiran yang membuat stres dapat juga diganti dengan membayangkan pemandangan yang sangat indah dan mengagumkan.

2.6.5.3 Enam fase dalam terapi *thought stopping* menurut “*Nursing education, practice and research*”, 2008, yaitu :

- a. Gunakan latihan relaksasi dan latihan pernafasan terlebih dahulu untuk mempermudah menghentikan pikiran yang membuat stress.
- b. Rekam kata “stop” dalam interval 1-3 menit selama 30 menit dengan menggunakan tape. Pikirkan pikiran yang tidak diinginkan dan setiap mendengar suara stop dari tape lanjutkan pikiran tersebut.
- c. Ulangi langkah kedua tanpa menggunakan rekaman tape.
- d. Setelah mencoba untuk menghentikan pikiran yang membuat stress, cobalah dengan seutas tali. Lakukan selama 30 menit setiap malam untuk kurun waktu 2 minggu.
- e. Setelah berhasil menggunakan tali, lakukan penghentian pikiran ini dengan memikirkan kata “stop”. Ulangi proses ini selama 30 menit.
- f. Gantikan teknik penghentian pikiran yang menggunakan tape, teriakan, tali atau dengan memikirkan kata “stop” dengan suatu perilaku tertentu.

Prinsip sesi pertama dan kedua dari Ankrom sama dengan langkah pertama dan kedua dari Miller serta *Nursing education, practice and research*; demikian pula sesi keempat Ankrom dan langkah kedua Miller; sehingga pelaksanaan terapi *thought stopping* yang merupakan modifikasi dari Ankrom (1998), Miller (2001) dan *Nursing education, practice and research* (2008) menjadi 3 (tiga) langkah, yaitu : mengidentifikasi dan memutuskan pikiran yang mengancam atau membuat stres dengan menggunakan alarm, berlatih memutuskan pikiran yang mengancam dengan menggunakan rekaman dan berlatih memutuskan pikiran yang mengancam secara otomatis.

2.6.6 Prinsip-prinsip terapi *thought stopping*

Dalam pelaksanaannya, terapi ini menggunakan berbagai variasi dalam membantu seseorang yang sedang mencoba dan menghentikan pikiran yang tidak menyenangkan atau memutuskan pikiran atau obsesi yang mengancam dengan penuh pertimbangan. Klien diinstruksikan mengatakan “stop” ketika pikiran dan perasaan yang “mengancam” muncul dan memberi isyarat pada klien untuk menggantikan pikiran tersebut dengan memilih alternatif pikiran yang positif. Prosedur yang efektif tergantung pada kesepakatan bersama dalam proses dan tidak merubah kesepakatan tersebut. Ketika menggunakan perasaan menghentikan pikiran, secara otomatis pemikiran yang tidak disadari di hentikan beberapa saat atau beberapa bagian. Pikiran menyendiri, marah, menarik diri, cemas, perasaan pasca trauma, putus asa semuanya terhenti dan langsung menampilkan pikiran yang disadari karena pemikiran tersebut dirubah menjadi disadari.

Selama melakukan latihan ini kita tidak mencoba untuk melepaskan masalah dari kehidupan atau sumber masalah, dimana kenyataannya kita tidak mudah membawa pikiran hanya kepada masalah kita untuk merubah ke arah yang disadari secepatnya. Selanjutnya pada saat yang sama, mulai untuk berhenti berpikir tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan masalah cemas atau sumber masalah yang

membuat anda depresi. Kalimat yang menunjukkan ansietas dan depresi misalnya :”Saya lebih baik mati! hentikan!”, “saya tidak punya pekerjaan! hentikan!”, ”seandainya saya....! hentikan!”, “mereka membuat saya....! hentikan!”, “penderitaan ini tiada akhir! hentikan!”.

Mengubah proses berpikir merupakan hal penting bagi seorang terapis untuk mempertahankan perasaan klien sehingga dapat berpengaruh kuat pada pola dan proses berpikir klien. Terapi penghentian pikiran ini dapat dilakukan ketika pikiran yang mengancam atau maladaptif terjadi, namun berbahaya bila digunakan dalam perjalanan yang panjang karena dapat menimbulkan akibat yang disebut *rebound effect* (efek yang berulang kembali). Untuk itu perlu dilanjutkan dengan terapi lain dengan mengganti pikiran negatif tadi dengan pikiran yang positif.

2.7 Pedoman pelaksanaan terapi *thought stopping*

Dalam penelitian ini panduan dimodifikasi dengan mengadopsi tahapan terapi *thought stopping* oleh Ankrom (1998) dan modifikasi dari Patricia Miller (2001) berupa empat sesi dan lima langkah terapi *thought stopping* yang terdiri dari sesi 1 mengidentifikasi pikiran yang membuat stres, sesi 2 membuat pernyataan positif dan sesi 3 mengatur alarm atau *timer* selama 3 menit, lalu mengalihkan pandangan, menutup mata, memfokuskan pada pikiran yang membuat stress tersebut. Ketiga sesi ini digabung dalam sesi pertama yaitu identifikasi dan putuskan pikiran yang mengancam dan menimbulkan stres. Menurut *Nursing education* (2008) dilanjutkan dengan merekam kata “stop” dalam interval 1-3 menit selam 30 menit dengan menggunakan tape dan berteriak kata “stop”. Setelah berhasil berteriak kata “stop”, klien berlatih dengan nada suara biasa, berbisik dan berbicara dalam hati (langkah keempat Miller, 2001). Langkah tersebut dimasukkan sebagai sesi kedua. Sesi ketiga dengan melatih klien melakukan pemutusan pikiran secara otomatis yang merupakan modifikasi langkah keenam *Nursing education* (2008) dan sesi keempat Ankrom (1998).

2.7.1 Pelaksanaan terapi *thought stopping*

Dari ketiga pendapat di atas, maka peneliti membagi pelaksanaan terapi ini dalam 3 sesi, yaitu :

2.7.1.1 Sesi 1 : Identifikasi dan putuskan pikiran yang mengancam atau membuat stres

Tanyakan pada klien hal-hal berikut terkait dengan pemikiran yang membuat stres: apakah pemikiran itu realistis atau tidak, apakah pemikiran tersebut membuat klien produktif atau tidak, apakah pemikiran tersebut bersifat netral (tidak mempengaruhi diri anda) atau justru membuat anda tidak percaya diri, apakah pemikiran tersebut dapat dikontrol dengan mudah atau tidak. Pilih salah satu pikiran yang sangat ingin anda hilangkan dan instruksikan klien menuliskan dalam selembar kertas pada kolom sebelah kiri. Atur alarm selama 3 menit (bila menggunakan alarm), instruksikan klien berhenti memikirkan pikiran yang mengancam (membuat stres) atau ketika terapis berteriak "STOP!". Minta klien memejamkan mata dan membayangkan situasi saat pikiran yang mengancam atau membuat stres seolah-olah akan terjadi, lalu putuskan dengan berteriak "STOP!". Ganti pikiran tersebut dengan membayangkan pikiran positif yang telah diidentifikasi.

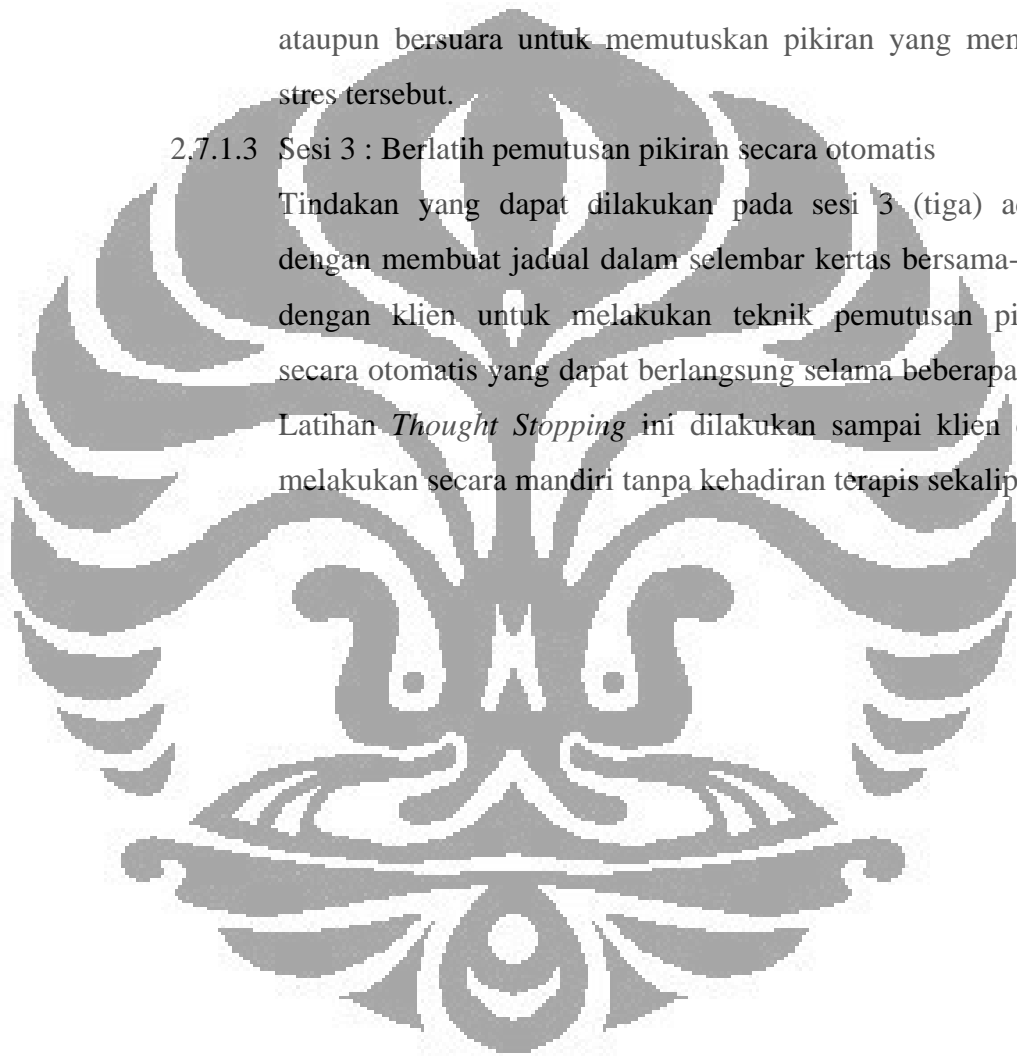
2.7.1.2 Sesi 2 : Berlatih pemutusan pikiran dengan menggunakan rekaman

Identifikasi pikiran-pikiran yang membuat stres lain yang telah dituliskan di kolom sebelah kiri. Rekam kata "STOP" dalam interval 1-3 menit selama 30 menit dengan menggunakan tape. Bayangkan pikiran tersebut dan setiap mendengar suara "STOP" dari tape klien berteriak "STOP". Ganti pikiran tersebut dengan pikiran positif. Jika telah berhasil, ulangi lagi tanpa menggunakan rekaman. Latih *thought stopping* dengan mengucapkan "STOP" dengan nada

normal, dengan bisikan dan dengan membayangkan mendengar teriakan "STOP". Ajarkan klien melakukan teknik *Thought Stopping* dengan menggunakan karet gelang, mencubit diri sendiri atau menekan kuku jari. Setelah berhasil melakukan tahap-tahap tersebut, maka ketika pikiran yang membuat stres muncul di saat klien di tengah keramaian sekalipun, terapi ini dapat digunakan tanpa harus berteriak ataupun bersuara untuk memutuskan pikiran yang membuat stres tersebut.

2.7.1.3 Sesi 3 : Berlatih pemutusan pikiran secara otomatis

Tindakan yang dapat dilakukan pada sesi 3 (tiga) adalah dengan membuat jadwal dalam selembar kertas bersama-sama dengan klien untuk melakukan teknik pemutusan pikiran secara otomatis yang dapat berlangsung selama beberapa hari. Latihan *Thought Stopping* ini dilakukan sampai klien dapat melakukan secara mandiri tanpa kehadiran terapis sekalipun.



BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Dalam bab ini peneliti menguraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang berhubungan dengan pemberian terapi *thought stopping* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik.

3.1 Kerangka Teori

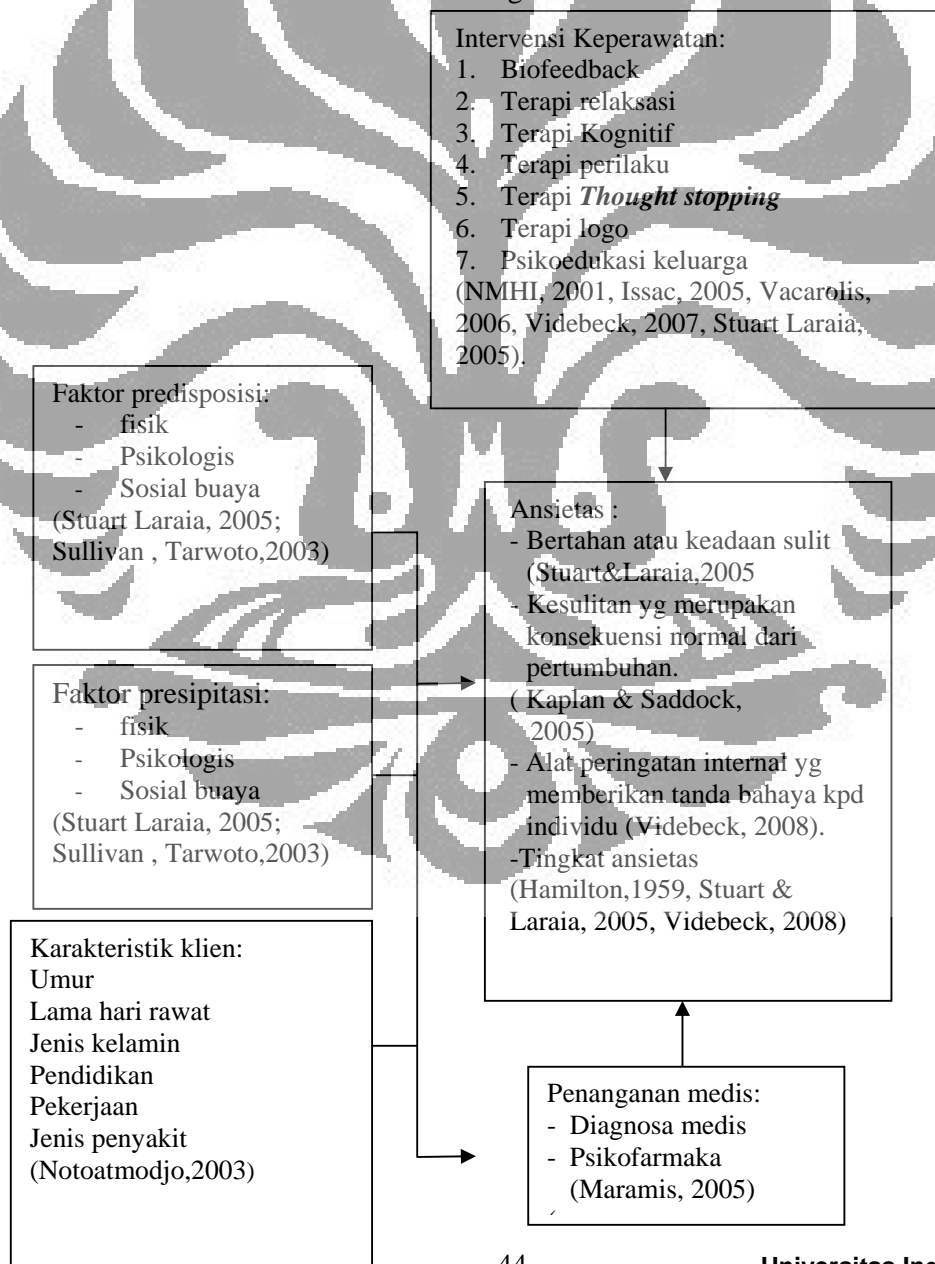
Kerangka teori ini merupakan kerangka yang digunakan sebagai landasan penelitian dan kerangka teori ini disusun berdasarkan informasi, konsep dan teori yang telah dikemukakan pada BAB II.

Kerangka teori dimulai dengan menjelaskan tentang ansietas meliputi pengertian, proses terjadinya, tanda dan gejala, penanganan mengatasi ansietas dan terapi *thought stopping*. Proses terjadinya ansietas dibahas berdasarkan beberapa pendapat, yaitu Stuart dan Laraia (2005), Suliswati (2005), Videbeck (2008), Tarwoto dan Wartonah (2003), Kozier (1993), yaitu penyebab fisik, psikologis, dan sosial budaya. Adapun proses terjadinya ansietas menggunakan pendekatan konsep stress adaptasi yang dikemukakan Stuart dan Laraia (2005) yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Sedangkan tanda dan gejala serta respon ansietas berdasarkan tingkat ansietas dibahas dalam penilaian terhadap stresor dengan memodifikasi beberapa skala ukur ansietas, yaitu Stuart dan Laraia (2005), Videbeck (2008) dan Hamilton (1959).

Berbagai penanganan untuk menurunkan ansietas pada klien dengan gangguan fisik, terdiri dari mekanisme coping, tindakan keperawatan dan penanganan medis. Tindakan keperawatan meliputi terapi secara umum (generalis) serta terapi yang lebih lanjut (spesialis), sedangkan penanganan medis berupa diagnosa medis dan terapi medis. Terapi *Thought Stopping* merupakan bentuk terapi individu yang bertujuan untuk menghentikan ide dan pikiran yang membuat stres dan mengancam serta menggantinya dengan ide dan

pikiran yang positif. Landasan teori yang melatarbelakangi pemberian terapi *Thought stopping* adalah teori ansietas dan terapi menurunkan ansietas (terapi perilaku) oleh Varcarolis. Terapi ini dikembangkan oleh Ankrom (1998) dalam 3 (tiga) sesi, oleh Patricia Miller (2001) dalam 5 (lima) sesi, dan oleh “*Nursing education, practice and research*” (2008) dalam 6 (enam) sesi. Umur, lama hari rawat, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, jenis penyakit merupakan karakteristik klien yang akan diteliti di samping terapi *Thought Stopping*. Kerangka teori dapat dilihat pada skema 3. 1.

Skema 3.1. Kerangka Teori Penelitian



3.2 Kerangka konsep

Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian ini.

Variabel yang setelah dilakukan dalam penelitian ini terdiri dari:

a. Variabel dependen.

Ansietas merupakan variabel dependen yang dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu: faktor predisposisi dan presipitasi dengan tanda dan gejala meliputi aspek fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi. Tanda dan gejala tersebut tergantung dari tingkat ansietas masing-masing.

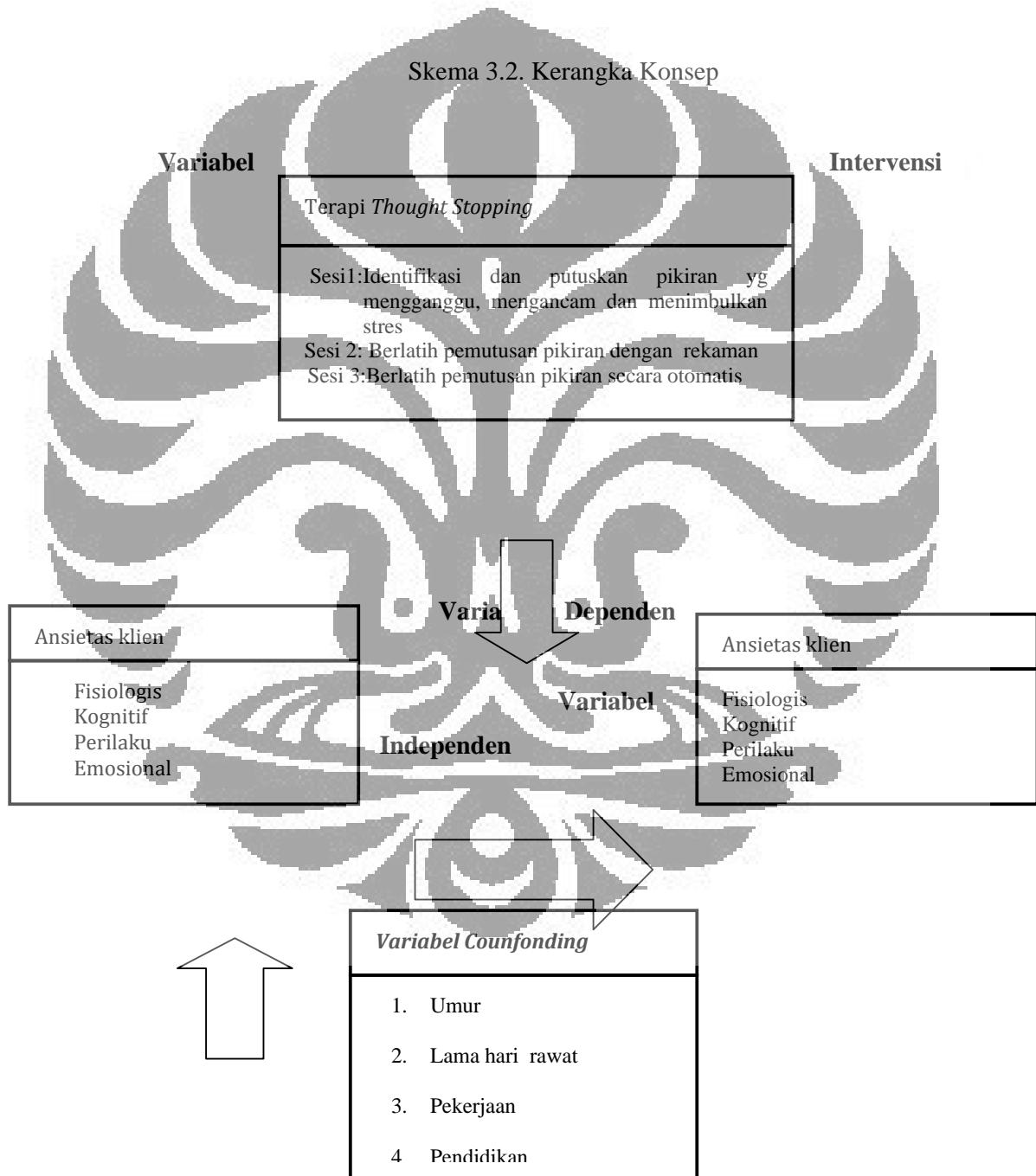
b. Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi *Thought Stopping* yang diberikan sebagai upaya untuk mengatasi ansietas yang dialami oleh klien dengan gangguan fisik. Terapi *Thought Stopping* terdiri dari tiga sesi, yakni sesi pertama identifikasi dan putuskan pikiran yang mengganggu dan mengancam serta menimbulkan stres, sesi kedua berlatih pemutusan pikiran dengan menggunakan rekaman dan sesi ketiga berlatih pemutusan pikiran secara otomatis. Tujuan dilakukannya terapi *Thought Stopping* adalah untuk mengatasi ansietas akibat pikiran yang mengganggu dan mengancam serta mengantikannya dengan pikiran yang positif. Langkah-langkah dalam terapi *Thought Stopping* merupakan modifikasi yang dikembangkan oleh Patricia Miller (2001), Ankrom (1998) dan *Nursing education, practice and research* (2008). Hasil akhir yang diharapkan pada penelitian ini adalah dengan melakukan terapi *Thought Stopping* dapat menurunkan ansietas klien.

c. Variabel Counfounding

Penelitian dilakukan pada klien gangguan fisik dengan masalah ansietas yang mempunyai karakteristik yang berbeda dan bervariasi. Peneliti tidak dapat mengontrol seluruh variabel secara optimal sehingga terdapat

variabel yang sedikit banyak mempengaruhi variabel dependen dan independen yang disebut *variabel counfounding* atau variabel pengecoh (Sastoasmoro, 2008). *Variabel counfounding* dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, jenis penyakit (Notoatmodjo, 2003) dan lama hari rawat. Kerangka konsep untuk penelitian ini dapat dilihat dalam skema 3.2.



3.3 Hipotesis Penelitian

Setelah menyusun bagan kerangka konsep, peneliti membuat hipotesis berupa pernyataan tentang suatu kaidah yang kebenarannya belum teruji secara empirik (Bahtiar, 2000) untuk mengembangkan suatu jawaban yang bersifat dugaan atau tentatif. Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah yang diajukan, dimana kebenaran jawaban ini telah dibuktikan secara empirik dengan penelitian yang telah dilakukan. Hipotesis untuk penelitian ini adalah :

- a. Ada pengaruh pemberian terapi *thought stopping* terhadap penurunan ansietas pada klien gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong
- b. Ada perbedaan tingkat ansietas antara klien gangguan fisik yang mendapat dan tidak mendapat terapi *thought stopping* di RSUD Kab.Sorong
- c. Ada hubungan karakteristik klien (usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan ruang perawatan) dengan penurunan ansietas klien gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong.

3.4 Definisi Operasional

Variabel harus didefinisikan secara operasional agar lebih mudah dicari hubungannya antara satu variabel dengan yang lain dan juga pengukurannya. Definisi operasional ialah suatu definisi yang didasarkan pada karakteristik yang dapat diobservasi dari apa yang sedang didefinisikan atau "mengubah" konsep-konsep yang berupa konstruk dengan kata-kata yang menggambarkan perilaku atau gejala yang dapat diamati dan yang dapat diuji dan ditentukan kebenarannya oleh orang lain.(Sarwono,2006)

Variabel operasional bermanfaat untuk : 1) mengidentifikasi kriteria yang dapat diobservasi yang sedang didefinisikan; 2) menunjukkan bahwa suatu konsep atau

objek mungkin mempunyai lebih dari satu definisi operasional; 3) mengetahui bahwa definisi operasional bersifat unik dalam situasi dimana definisi tersebut harus digunasetelah. Di bawah ini terdapat defisinsi operasional variabel dependen dan intervensi serta data demografi.

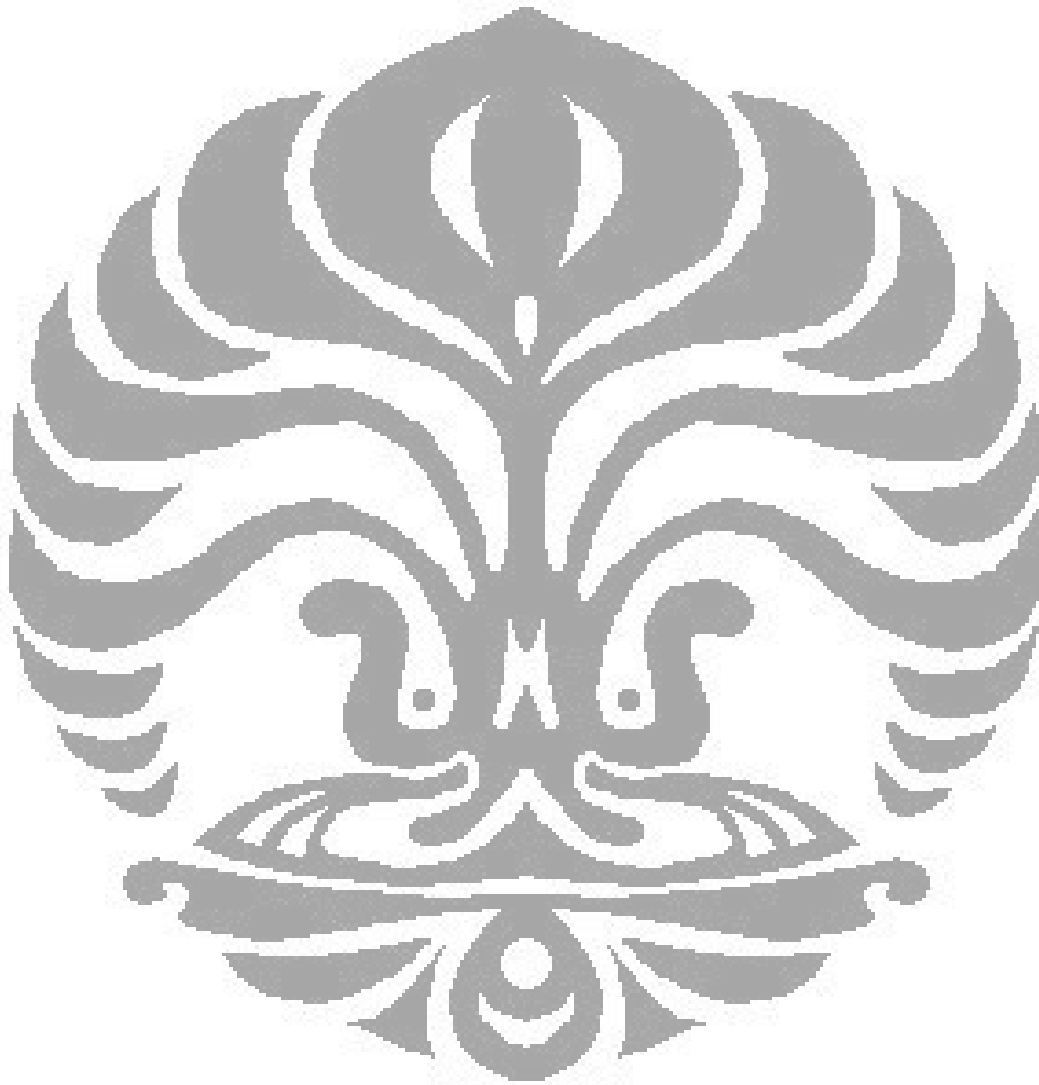
Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Independen, Intervensi dan Data Demografi

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel Dependen				
Ansietas	Perasaan terancam dan stressfull, yang dimanifestasikan dalam empat aspek yaitu fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi	Wawancara dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur ansietas tentang perasaan klien Observasi respon klien dalam mengungkapkan perasaannya	Dinyatakan dengan skor 16-64	Interval
Respon fisiologis	Manifestasi ansietas berupa tanda-tanda vital, pola tidur, pola makan.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur respon fisiologis tentang perasaan klien Observasi respon klien dalam mengungkapkan perasaannya	Dinyatakan dengan skor 6-24 Dinyatakan dengan skor 5-20	Interval
Respon kognitif	Manifestasi ansietas berupa focus perhatian, proses belajar dan orientasi.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur respon kognitif tentang perasaan klien Observasi respon klien dalam mengungkapkan perasaannya	Dinyatakan dengan skor 3-12 Dinyatakan dengan skor 1-4	Interval
Respon prilaku	Manifestasi ansietas berupa prilaku motorik, komunikasi, produktivitas dan interaksi sosial.	Wawancara dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur respon prilaku tentang perasaan klien Observasi respon klien dalam mengungkapkan perasaannya	Dinyatakan dengan skor 5-20 Dinyatakan dengan skor 2-8	Interval
Respon emosi	Manifestasi ansietas berupa konsep diri	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Dinyatakan dengan skor 2-8	Interval

dan penguasaan diri. sebagai alat ukur respon emosi tentang perasaan klien

Variabel Intervensi				
Terapi <i>thought stopping</i>	Terapi untuk menghentikan pikiran terancam atau “stressfull” pada klien yang mengalami ansietas.	Lembar evaluasi	1. Klien yg mendapatkan terapi <i>thought stopping</i> sesi 1-3 2. Klien yang tidak mendapatkan terapi <i>thought stopping</i> sesi 1-3	Nominal
Karakteristik klien				
Umur	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir	Lembar kuesioner tentang umur responden dalam tahun.	Dinyatakan dengan angka.	Interval
Lama rawat	hari keberapa responden dirawat saat diwawancara	Wawancara tentang hari rawat responden	Dinyatakan dengan skor	Interval
Jenis kelamin	Status gender responden	Lembar kuesioner tentang jenis kelamin	Dinyatakan dengan : 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Pendidikan	Pendidikan yang ditempuh responden secara formal	Lembar kuesioner tentang pendidikan responden	Dinyatakan dengan angka : 1-3 Pilihan jawaban terdiri : 1. Rendah (tdk sekolah, SD) 2. Sedang (SMP dan SMA) 3. Tinggi (DIII/PT)	Ordinal
Pekerjaan	Status pekerjaan yang sedang digeluti sebelum dirawat	Lembar kuesioner tentang pekerjaan responden	Dinyatakan dengan angka : 1-2 Pilihan jawaban terdiri : 1. Bekerja (PNS, swasta, wiraswasta, lain-lain) 2. Tidak bekerja	Ordinal

Jenis penyakit	Penyakit yang diderita dikategorikan menjadi penyakit dalam dan bedah	yang klien	Observasi di rekam medik	Dinyatakan dengan: 1. Penyakit dalam 2. Bedah	Nominal
----------------	---	------------	--------------------------	---	---------



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain penelitian

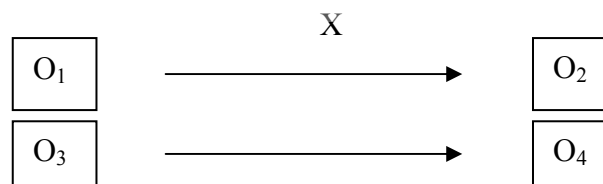
Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah "Quasi experimental pre-post test with control group" dengan intervensi terapi *thought stopping*. Desain ini digunakan untuk mempelajari fenomena dalam kerangka "korelasi sebab-akibat" dengan memberikan perlakuan atau manipulasi pada subjek penelitian, untuk kemudian dipelajari efek perlakuan tersebut (Bahtiar, 2000). Penelitian dilakukan untuk mengetahui ansietas klien gangguan fisik sebelum diberikan perlakuan berupa terapi *thought stopping* dan membandingkannya dengan ansietas klien gangguan fisik sesudah diberikan perlakuan. Penelitian juga membandingkan dua kelompok klien di RSUD Kab. Sorong yaitu :

- a. Kelompok intervensi adalah kelompok yang diberikan terapi *thought stopping*
- b. Kelompok kontrol adalah kelompok yang diberikan intervensi keperawatan secara umum, tanpa diberikan terapi *thought stopping*

Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismail (2002) bahwa pada penelitian eksperimen peneliti melakukan alokasi subyek diberikan perlakuan, dan mengukur hasil (efek) intervensi. Desain penelitian dapat dilihat pada bagan 4.1

Skema 4.1

Desain penelitian *pre* dan *post test*



Keterangan:

O_1 : Ansietas kelompok intervensi sebelum dilakukan terapi *thought stopping*

O_2 : Ansietas kelompok intervensi sesudah dilakukan terapi *thought stopping*

O_3 : Ansietas kelompok kontrol sebelum intervensi umum tanpa dilakukan terapi *thought stopping*

O_4 : Ansietas kelompok kontrol sesudah intervensi umum tanpa dilakukan terapi *thought stopping*

X = terapi *thought stopping*

$O_2 - O_1 =$ Perbedaan ansietas klien sesudah dan sebelum intervensi terapi *thought stopping*

$O_4 - O_3 =$ Perbedaan ansietas klien sesudah dan sebelum intervensi umum tanpa dilakukan terapi *thought stopping*

$O_4 - O_2 =$ Perbedaan ansietas klien yang mendapat dan tidak mendapat terapi *thought stopping*.

4.2 Populasi dan sampel**4.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan individu yang menjadi acuan hasil-hasil penelitian yang mempunyai karakteristik tertentu (Bahtiar, dkk., 2000).

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh klien gangguan fisik dewasa yang dirawat di RSUD Kabupaten Sorong. Terdapat 6 (enam) ruang rawat dewasa yang terdiri dari Ruang Kasuari, Ruang Garuda, Ruang Camar, Kelas Utama, Ruang Rajawali dan Ruang Kakatua dengan total populasi 318 orang (April – Mei 2009).

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro, 2008) atau sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti. Penggunaan sampel pada penelitian mengandung pelbagai keuntungan, yaitu : lebih murah, mudah, cepat, akurat, spesifik dan mewakili populasi.

Jumlah Sampel dalam penelitian ini mengarah pada dua sisi. Rumus sampel yang digunakan menurut Lemeshow (1997) adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot 2\sigma^2}{d^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel

Z = 1,96 (dengan tingkat kepercayaan 95%)

d = angka presisi (penduga)

σ = standar deviasi

Bila Z = 1,96; d = 0,1 (diharapkan penduga yang dihasilkan akan jatuh dalam jarak 10%) dan $\sigma = 7,1$ maka jumlah sampel yang dihitung dengan menggunakan rumus di atas :

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 2 \times (7,1)^2}{(0,1)^2}$$

n = 38,7 yang dibulatkan menjadi 39 klien.

Besar sampel yang dihitung ada kemungkinan mengalami *drop out*, *loss to follow up* atau subyek tidak taat sehingga peneliti perlu mengantisipasi kemungkinan tersebut dengan cara melakukan koreksi terhadap besar sampel. Rumus sederhana yang dapat digunakan untuk penambahan subyek menurut Sastroasmoro (2008) adalah:

$$n' = \frac{n}{(1-f)}$$

Jika $n = 39$ dan $f = 10\%$, maka besar sampel yang direncanakan akan diteliti:

$$n' = \frac{39}{(1-0,1)}$$

$n' = 43,3$ dibulatkan menjadi 43 klien.

Berdasarkan penghitungan di atas terlihat jumlah klien gangguan fisik dari kelompok yang diberikan terapi *thought stopping* (kelompok intervensi) adalah 43 orang dan kelompok yang tidak diberikan terapi *thought stopping* (kelompok kontrol) adalah 43 orang.

Sampel penelitian ini adalah klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Usia 20 – 60 tahun (usia dewasa)
- b. Sedang menjalani perawatan di ruang rawat inap
- c. Mengalami gangguan fisik : penyakit dalam dan bedah
- d. Bisa membaca dan menulis

Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *random permutasi*, yaitu sampel dimana setiap sampel dari sejumlah n sampel yang mungkin mempunyai kesempatan yang sama untuk terpilih (Lemeshow, 1997). Pemilihan sampel dengan menggunakan penomoran ganjil dan genap untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Klien yang mendapat intervensi diberi nomor responden ganjil dan klien yang tidak mendapat intervensi diberi nomor genap mulai dari nomor 1 sampai dengan nomor 86.

Klien yang dijadikan sampel adalah klien yang sedang dirawat di ruang penyakit dalam, yaitu: Ruang Kasuari (19 klien), Ruang Garuda (29 klien), Ruang Camar (6 klien), Kelas Utama (5 klien) dan ruang bedah:

Ruang Rajawali (14 klien) dan Ruang Kakatua (13 klien) dengan kerangka sampel dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1. Kerangka Sampel Klien Ansietas di RSUD Kabupaten Sorong

Ruangan	Mgg 1	Mgg 2	Mgg 3	Mgg 4	Mgg 5	Mgg 6
Garuda	3	5	6	4	5	6
Kasuari	2	4	3	3	4	3
Camar	2	1	-	1	1	1
Kelas Utama	1	-	2	-	1	1
Rajawali	2	2	2	3	3	2
Kakatua	2	2	2	2	2	3
Total	12	14	15	13	16	16

4.3 Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 6 minggu mulai tanggal 20 April sampai tanggal 4 Juni 2009. Satu minggu digunakan untuk sosialisasi dengan rumah sakit dan melatih perawat yang ada di ruangan tentang asuhan keperawatan ansietas secara umum. Tim observer dengan kualifikasi S1 dibentuk dan diberikan sosialisasi cara untuk mengisi kuisioner dan lembar observasi. Pre test dilakukan sebelum intervensi baik pada kelompok yang mendapat intervensi maupun kelompok yang tidak mendapat intervensi serta memenuhi kriteria inklusi. Post test dilakukan pada klien gangguan fisik setelah dilakukan terapi *thought stopping*.

4.4 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap dewasa RSUD Sorong. Kabupaten Sorong merupakan salah satu kabupaten yang letaknya strategis sebagai pintu masuknya pulau Papua. Pada tanggal 10 Juli 2008 RSUD Kab.Sorong direkomendasikan menjadi RSUD rujukan propinsi Papua Barat yang didukung oleh surat rekomendasi Gubernur Papua Barat no.945/750/GPB. Selain itu, RSUD Kabupaten Sorong adalah tempat peneliti bekerja dan merupakan lahan praktek bagi mahasiswa keperawatan di kabupaten maupun

kota Sorong. Selama peneliti bertugas di ruang penyakit dalam terdapat 75% klien gangguan fisik yang mengalami ansietas. Berdasarkan data inilah, maka peneliti tertarik melakukan penelitian di RSUD Kabupaten Sorong secara lebih efektif dan efisien.

4.5 Etika penelitian

Uji etik oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan hasil uji etik menyatakan proposal pengaruh terapi *thought stopping* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik dinyatakan lolos dan layak untuk dilakukan penelitian (lampiran 1).

Untuk pelaksanaan terapi *thought stopping* dilakukan *expert validity* untuk modul terapi *thought stopping* (lampiran 2) dan uji kompetensi untuk pelaksanaan penelitian (lampiran 3) oleh tim keperawatan kesehatan jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian ke kepala dinas kesehatan kabupaten Sorong dan direktur RSUD kabupaten Sorong sesudah lulus uji *expert validity* dan uji kompetensi. Setelah mendapat persetujuan peneliti melakukan koordinasi dengan kepala-kepala ruangan rawat inap, baik ruangan penyakit dalam (R. Kasuari, R. Garuda, R. Camar, dan Kelas Utama) maupun ruangan dengan kasus bedah (R. Kakatua dan R. Rajawali) untuk mencari informasi tentang identitas klien yang meliputi jenis penyakit serta masalah keperawatan yang dialami.

Sebelum penelitian dilakukan, klien yang memenuhi syarat diberikan penjelasan yang terdapat dalam lembar informasi penelitian (lampiran 4) tentang tujuan penelitian, manfaat penelitian, jaminan kerahasiaan penelitian, peran yang dapat dilakukan oleh klien yang menjadi subyek penelitian. Peneliti memegang prinsip *scientific attitude*/ sikap ilmiah dan etika penelitian keperawatan yang mempertimbangkan aspek sosioetika dan harkat martabat kemanusiaan (Jacob, 2004). Prinsip pertama mempertimbangkan hak-hak klien untuk mendapatkan informasi terbuka dan berkaitan dengan penelitian

serta bebas menentukan pilihan atau bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian (*autonomy*). Setiap klien diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* (lampiran 5) atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti. Selanjutnya, pelaksanaan terapi *thought stopping* dilakukan dalam tiga sesi selama 30 - 45 menit oleh peneliti sendiri setelah diberikan intervensi secara umum pada klien dengan ansietas oleh perawat ruangan. Tim observer menjelaskan cara-cara pengisian kuesioner terlebih dahulu dengan menjaga *privacy* klien.

Prinsip kedua tidak menampilkan informasi nama dan alamat asal klien dalam kuisisioner dan alat ukur untuk menjamin anonimitas (*anonymous*) dan kerahasiaan (*confidentiality*), untuk itu peneliti akan menggunakan nomor klien.

Prinsip ketiga merupakan konotasi keterbukaan dan keadilan (*justice*) dengan menjelaskan prosedur penelitian, memperlakukan klien secara adil kepada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi, dan memperhatikan kejujuran (*honesty*) serta ketelitian. Demi kelancaran pelaksanaan Terapi *Thought Stopping* pada klien gangguan fisik yang mengalami ansietas, dilakukan dalam 3 kali pertemuan dan untuk tiap pertemuan dilakukan selama 45 menit sehingga tidak menimbulkan kejenuhan pada klien. Pada kelompok intervensi diberikan tindakan keperawatan terapi *Thought Stopping* pada klien gangguan fisik yang mengalami ansietas, kemudian dievaluasi kemampuan klien sesuai dengan format evaluasi. Sedangkan di kelompok kontrol hanya diobservasi tindakan yang dilakukan klien dalam mengatasi ansietasnya. Namun setelah *post-test* pada kelompok kontrol diberikan penjelasan secara umum tentang terapi *thought stopping* secara bersama-sama dalam tiap ruangan.

Prinsip keempat adalah memaksimalkan hasil yang bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal merugikan (*maleficence*) dengan melakukan tindakan

terapi *Thought Stopping* sesuai standar pelaksanaan untuk mengatasi ansietas klien.

4.6 Alat pengumpul data

Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara dan observasi (sebagai instrumen penelitian) yang terdapat dalam lampiran 6. Instrumen ini diklasifikasikan sebagai berikut :

4.6.1 Instrumen A: merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari: nomor responden, umur, tanggal pengisian kuesioner, pendidikan, pekerjaan. Bentuk pertanyaan dalam pertanyaan tertutup, dan peneliti memberi angka pada kotak yang tersedia, sesuai dengan *option* yang dipilih oleh klien. Informasi tentang ruang perawatan dan lama hari rawat diperoleh dari hasil observasi dan catatan rekam medik.

4.6.2 Instrumen B: merupakan instrumen yang dipakai untuk mengukur tingkat ansietas klien yang dialami terkait proses hospitalisasinya. Instrumen B merupakan hasil modifikasi dari beberapa sumber yaitu Stuart dan Laraia (2005), Videbeck (2008) dan Hamilton (1959) tentang respon yang diukur oleh klien secara subyektif. Instrumen untuk memperoleh data mengenai tingkat ansietas terdiri dari 16 pernyataan yang terdiri dari 8 pernyataan negatif dan 8 pernyataan positif tentang tanda-tanda ansietas dan diukur dengan menggunakan skala Likert (1 - 4). Dalam menentukan skoring untuk tiap pernyataan negatif pada nomor 1, 4, 5, 10, 13, 14, 15, 16 diberi nilai 1 = tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3 = sering, 4 = selalu. Pernyataan positif pada nomor 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12 diberi nilai 1 = selalu, 2 = sering, 3 = kadang-kadang, 4 = tidak pernah. Penghitungan skor untuk mengkategorikan dilakukan dengan cara jumlah seluruh item pernyataan (16 buah) dikalikan 1 untuk skor terendah dan 16 pernyataan dikalikan 4 untuk skor tertinggi, dengan kategori: ansietas ringan dalam rentang 16 – 28, ansietas sedang dalam rentang 28 – 40, ansietas berat dalam rentang 40 – 52,

ansietas sangat berat dalam rentang 52 – 64. Klien diminta menjawab satu pilihan yang paling benar dari empat pilihan yang ada. Instrumen B digunakan untuk *pre test* dan *post test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

4.6.3 Instrumen C: lembar observasi ansietas klien yang diisi oleh peneliti untuk mengukur tingkat ansietas sesuai dengan kondisi yang dialami klien secara obyektif. Instrumen C juga merupakan hasil modifikasi dari beberapa sumber yaitu Stuart dan Laraia (2005), Videbeck (2008) dan Hamilton (1959) berupa respon obyektif (diukur oleh perawat). Instrumen ini terdiri dari 8 (delapan) subyek yang akan diobservasi dan merupakan penjabaran dari 3 (tiga) respon ansietas yaitu respon fisiologis, kognitif dan perilaku. Pengukuran yang akan digunakan adalah skala Likert (1-4). Dalam lembar observasi nomor 1-3 terdapat tiga pilihan yaitu normal, meningkat, meningkat lalu menurun. Dalam menganalisa data akan dibuat empat pilihan yaitu normal, meningkat, meningkat, meningkat lalu menurun sesuai pengukuran skala Likert (1-4). Penghitungan skor untuk mengkategorikan dilakukan dengan cara jumlah seluruh item observasi (8 buah) dikalikan 1 untuk skor terendah dan 8 item observasi dikalikan 4 untuk skor tertinggi, dengan kategori: ansietas ringan dalam rentang 8 – 12, ansietas sedang dalam rentang 12–16, ansietas berat dalam rentang 16 – 20, ansietas sangat berat dalam rentang 20 – 24.

4.7 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Pelaksanaan uji coba instrumen dilakukan tanggal 13 – 18 April pada 15 klien yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan responden yaitu klien dengan gangguan fisik yang mengalami ansietas di RSUD Sele Be Solu Kotamadya Sorong. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan dengan menggunakan validitas isi (*content validity*). Validitas isi pada penelitian ini dilakukan pada kuesioner tingkat ansietas sebagai hasil modifikasi beberapa alat pengukuran ansietas yang dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah.

Uji validitas instrumen pengukuran ansietas menggunakan *pearson product moment* dengan membandingkan r tabel dengan r hasil dimana bila r hasil $>$ r tabel, maka pertanyaan tersebut valid, sedangkan uji reabilitas dilakukan dengan menganalisis pertanyaan valid (output uji validitas dan reliabilitas dapat dilihat pada lampiran 7).

4.7.1 Uji Validitas:

Menentukan nilai r tabel dengan menggunakan rumus $df = n - 2$. Jadi $df = 15 - 2 = 13$. Pada tingkat kemaknaan 5 %, didapatkan r tabel = 0,553. Nilai r hasil dapat dilihat pada kolom "Corrected Item Total Correlation". Masing-masing pernyataan dibandingkan dengan nilai r hasil dan nilai r tabel dengan ketentuan: bila nilai r hasil $>$ r tabel, maka pertanyaan tersebut Valid.

Dari 16 pernyataan ada 6 yang nilai r nya $<$ 0,553 sehingga dinyatakan tidak valid, yaitu p2, p6, p8, p9, p11, dan p15. Sedangkan p1, p3, p4, p5, p7, p10, p12, p13, p14, dan p16 dinyatakan valid (r hasil dapat dilihat pada lampiran 6). Pernyataan yang tidak valid diganti dengan pernyataan baru (6 buah pernyataan) dan diuji kembali kepada 30 responden.

Uji kuesioner kepada 30 responden diperoleh hasil bahwa p1, p2, p3, p4, p5, p6, p7, p10, p11, p12, p13, p14, p15, dan p16 dinyatakan valid, sedangkan p8 dan p9 tidak valid karena nilai r nya lebih kecil dari r tabel (r tabel 0,374). Untuk 2 pernyataan yang tidak valid diganti dengan pertanyaan lain pada respon yang sama.

4.7.2 Uji Reliabilitas

Menentukan reliabilitas adalah dengan membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hasil (α). Bila nilai r Alpha $>$ r tabel, maka pertanyaan tersebut reliabel.

Dari hasil uji di atas ternyata nilai r Alpha (0,903) lebih besar dari nilai r tabel (0,374), maka keenam belas pertanyaan di atas adalah reliabel.

4.8 Prosedur penelitian

Proses penelitian ini dilaksanakan melalui tiga tahap, yaitu :

4.8.1 Persiapan administratif

Persiapan administratif dimulai pada tanggal 13 April 2009 dengan mengurus surat izin untuk uji instrumen kepada direktur RSUD Sele Be Solu. Uji instrumen dilakukan pada 2 (dua) ruang rawat inap, yaitu ruang penyakit dalam dan ruang bedah. Uji instrumen dilanjutkan dengan mengurus surat ijin penelitian di RSUD Kabupaten Sorong untuk pengambilan data.

Peneliti melakukan sosialisasi tentang pelaksanaan penelitian dengan direktur RSUD Kabupaten Sorong (diwakili oleh kepala tata usaha), kepala seksi keperawatan dan kepala ruangan rawat inap RSUD Kabupaten Sorong.

4.8.2 Pelaksanaan kegiatan

Tahapan pelaksanaan kegiatan penelitian dilakukan dalam enam langkah. Langkah-langkah yang dilakukan adalah :

a. Pelatihan dan penyegaran tentang asuhan keperawatan ansietas

Pelatihan dan penyegaran tentang asuhan keperawatan pada klien dengan ansietas dilakukan sebelum peneliti melakukan pengumpulan data (daftar hadir peserta pada lampiran 8). Peserta terdiri dari perawat dari 6 (enam) ruangan dan staf perawat dari subseksi keperawatan. Materi yang disampaikan adalah asuhan keperawatan secara umum (generalis) dalam bentuk standar asuhan keperawatan ansietas (lampiran 9).

b. Seleksi

Seleksi klien dilakukan bekerjasama dengan perawat ruangan untuk menentukan klien yang memenuhi syarat dalam kriteria

inklusi serta mengalami ansietas. Peneliti melakukan sosialisasi tentang kriteria inklusi klien yang dijadikan sampel di keenam ruangan tempat penelitian kepada perawat ruangan yang bertugas di ruang tersebut. Terdapat 86 dari 318 total populasi klien yang dirawat di 6 (enam) ruangan yang memenuhi kriteria inklusi.

c. *Pre test*

Pertama – tama klien mengisi instrumen A sebagai data demografi. Setelah itu dilakukan pengukuran ansietas klien dengan mempersilahkan klien menjawab pernyataan yang ada dalam instrumen B selama 10-15 menit. Selama pengisian kuesioner, observer berada dalam ruangan responden dan langsung mengadakan observasi terhadap ansietas responden dengan menggunakan pedoman observasi. Setelah kuesioner dijawab oleh responden, maka kuesioner dikumpulkan kembali.

d. *Intervensi*

Klien yang telah mengisi kuesioner diberikan intervensi berupa asuhan keperawatan ansietas yang bersifat umum (generalis) oleh perawat ruangan. Peneliti melanjutkan kegiatan penelitian dengan melakukan terapi *thought stopping* secara individu kepada kelompok klien yang diberikan intervensi dalam tiga sesi selama 3 kali pertemuan (45 menit/sesi). Jumlah klien yang diberikan terapi ini 3 - 4 orang dalam sehari. Pertemuan dilakukan 1 kali untuk 1 klien dalam sehari, sehingga masing-masing klien mendapat terapi *Thought Stopping* dalam waktu 3 hari.

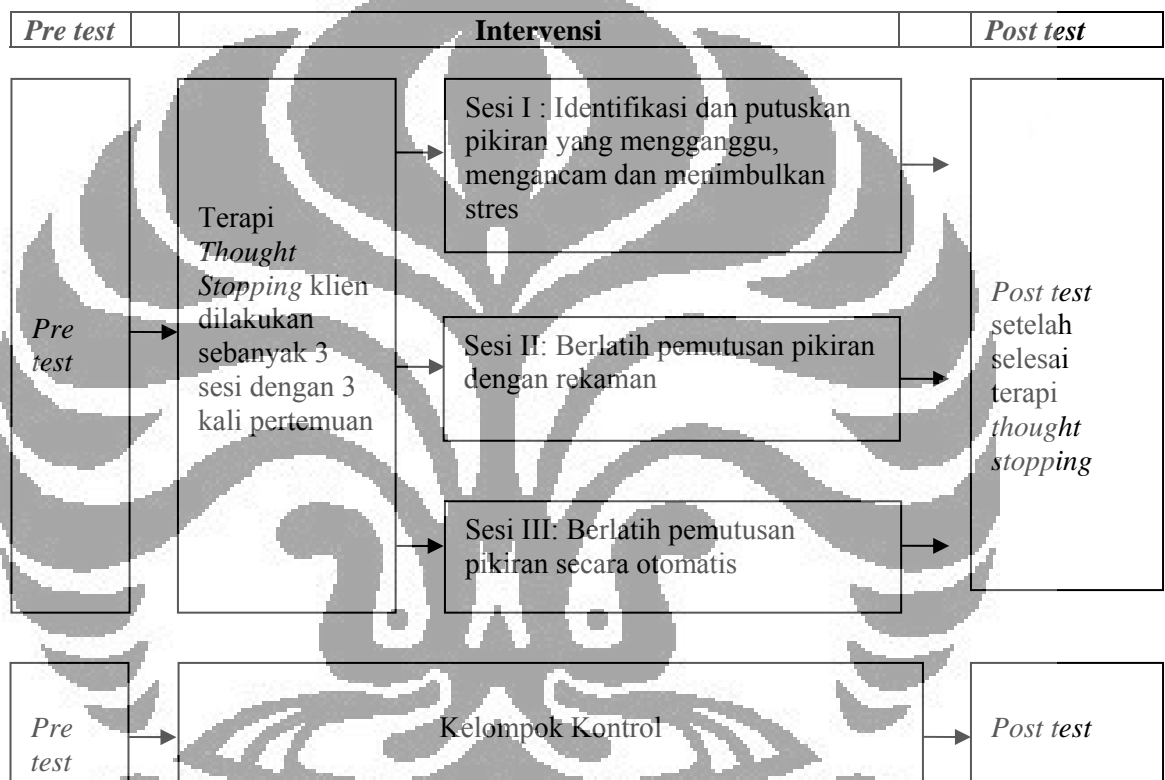
e. *Post test*

Pengukuran ansietas dilakukan kembali setelah selesai pemberian terapi *thought stopping* sesi ketiga kepada klien kelompok yang mendapat intervensi maupun kelompok yang tidak mendapat intervensi. Instrumen yang digunakan adalah instrumen A, B dan C. Kelompok yang tidak mendapatkan terapi *thought stopping* diberikan penjelasan secara umum tentang terapi *Thought Stopping* secara bersama-sama dalam tiap ruangan setelah *post test*.

Kerangka kerja pelaksanaan terapi *thought stopping* dapat dilihat pada skema 4.2.

Skema 4.2

Kerangka Kerja Pengaruh Terapi *Thought Stopping* Terhadap Ansietas Klien Dengan Gangguan Fisik di RSUD Kabupaten Sorong.



4.9 Analisis Data

Setelah data terkumpul, sebelum dilakukan analisis, peneliti melakukan pengolahan data yang terdiri dari empat langkah menurut Hastono (2007) :

4.9.1 Pengolahan data

4.9.1.1 *Editing*

Peneliti melakukan pengecekan isian data demografi, kuesioner dan lembar observasi apakah jawaban yang terdapat di lembar kuesioner dan observasi lengkap (16 pernyataan dan 8 hasil observasi diberi *check list* semua), jelas (tulisan jelas dibaca),

relevan dan konsisten (berkaitan antara pernyataan satu dengan yang lainnya). Terdapat 4 orang yang belum diisi lama hari rawatnya sehingga peneliti melengkapi data dengan melihat catatan pada rekam medik yang telah diserahkan ke bagian *medical record*.

4.9.1.2 *Coding*

Merubah data dari huruf menjadi angka untuk mempermudah dalam analisis data. Pada data demografi jenis kelamin, diberi kode 1 untuk pilihan laki-laki dan 2 untuk pilihan perempuan. Data pendidikan terakhir diberi kode 1 untuk tidak sekolah, kode 2 untuk SD, kode 3 untuk SLTP, kode 4 untuk SLTA, dan kode 5 untuk akademi atau perguruan tinggi; selanjutnya diberi kode baru untuk dikategorikan, yaitu kode 1 pendidikan rendah, kode 2 untuk pendidikan sedang dan kode 3 untuk pendidikan tinggi. Data pekerjaan diberi kode 1 untuk pilihan PNS, kode 2 untuk swasta, kode 3 untuk wiraswasta, kode 4 untuk lain-lain dan kode 5 untuk tidak bekerja, selanjutnya diberi kode baru untuk dikategorikan, yaitu kode 1 untuk bekerja dan kode 2 untuk tidak bekerja. Data jenis penyakit diberi kode 1 untuk jenis penyakit dalam dan kode 2 untuk jenis penyakit bedah. Data kelompok diberi kode 1 untuk kelompok intervensi dan kode 2 untuk kelompok kontrol.

4.9.1.3 *Processing*

Data yang telah dicek dan diberi kode diproses dengan meng-*entry* dari kuesioner dan lembar observasi ke paket program komputer mulai dari data demografi, kuesioner sampai lembar observasi yang sudah diberi kode terlebih dahulu.

4.9.1.4 *Cleaning*

Pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada yang salah atau tidak. Pada penelitian yang dilakukan tidak ditemukan data yang salah, sehingga peneliti melanjutkan ke tahap analisa data.

4.9.2 Analisa data

4.9.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diukur dalam penelitian. Karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan jenis penyakit responden merupakan data kategorik yang dianalisis untuk menghitung frekuensi dan persentasi. Umur dan lama hari rawat merupakan data numerik yang dianalisis dengan menghitung *central tendency*, yaitu mean, median, standar deviasi, *confidence interval* 95%, nilai minimal dan maksimal. Deskripsi univariat dilakukan pada setiap variabel yang diteliti. Analisis univariat dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2.
Analisis Univariat Pengaruh Terapi *Thought Stopping* Terhadap Ansietas pada Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Kabupaten Sorong

No	Variabel	Cara Analisis
1.	Umur (Data Interval)	Hitung <i>central tendency</i> : - Mean - Median - Standar deviasi - Confidence Interval (CI).
2.	Lama hari rawat (Data Interval)	
3.	Ansietas klien kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	
4.	Jenis kelamin (Data Nominal)	Hitung : - Proporsi
5.	Pendidikan (Data Ordinal)	
6.	Pekerjaan (Data Ordinal)	
7.	Jenis penyakit (Data Ordinal)	

4.9.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat pengaruh terapi *thought stopping* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik sebelum dan sesudah dilakukan terapi *thought stopping* di RSUD Kabupaten Sorong.

Uji kesetaraan untuk mengidentifikasi kesamaan variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sebelum dilakukan uji hipotesis. Uji kesetaraan dilakukan juga untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik klien dan ansietas klien gangguan fisik antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi. Kesetaraan karakteristik klien yaitu variabel umur dan lama hari rawat antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dilakukan uji *Independent sample t-test*, sedangkan untuk menguji kesetaraan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan jenis penyakit antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan uji *chi square*. Kesetaraan ansietas klien gangguan fisik sebelum penelitian pada kelompok intervensi dan kontrol digunakan uji *independent sample t-test*. Bila *p-value* besar dari alpha maka kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat disimpulkan setara/ homogen.

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu mengetahui pengaruh *Terapi thought stopping* terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong. Analisis ini menggunakan *paired t-test* bertujuan untuk melihat perbedaan antara ansietas klien gangguan fisik sebelum dan sesudah dilakukan terapi *thought stopping* di RSUD kabupaten Sorong. Adapun analisis yang

melihat ansietas sesudah intervensi antar kelompok menggunakan *Independent sample t test*.

Analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3.
Analisis Bivariat Pengaruh Terapi *Thought Stopping* Terhadap Ansietas Pada Klien Dengan Gangguan Fisik di RSUD Kabupaten Sorong

A. Analisis Kesetaraan			
No	Variabel		Cara Analisis
1.	Umur klien kelompok intervensi (Data Interval)	Umur klien kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Independent sample t test</i>
2.	Lama hari rawat klien kelompok intervensi (Data Interval)	Lama hari rawat klien kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Independent sample t test</i>
3.	Jenis kelamin klien kelompok intervensi (Data Nominal)	Jenis kelamin klien kelompok kontrol (Data Nominal)	<i>Chi Square</i>
4.	Pendidikan klien kelompok intervensi (Data Ordinal)	Pendidikan klien kelompok kontrol (Data Ordinal)	<i>Chi Square</i>
5.	Pekerjaan klien kelompok intervensi (Data Ordinal)	Pekerjaan klien kelompok kontrol (Data Ordinal)	<i>Chi Square</i>
6.	Jenis penyakit klien kelompok intervensi (Data Ordinal)	Jenis penyakit klien kelompok kontrol (Data Ordinal)	<i>Independent sample t test</i>
7.	Ansietas klien kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Ansietas klien kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	<i>Independent sample t test</i>
B. Analisis Bivariat			
1.	Ansietas klien kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Ansietas klien kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval)	<i>Paired t test</i>
2.	Ansietas klien kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	Ansietas klien kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval)	<i>Paired t test</i>
3.	Ansietas klien kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval)	Ansietas klien kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval)	<i>Independent sample t test</i>

4.9.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa yang dirumuskan yaitu apakah ada kontribusi karakteristik klien yang meliputi : umur, pekerjaan, pendidikan dan ruang perawatan terhadap ansietas klien gangguan fisik setelah dilakukan intervensi terapi *thought stopping*, kemudian dilakukan analisis menggunakan uji korelasi regresi linier ganda. Analisis multivariat dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4.
Analisis Variabel Penelitian Pengaruh Terapi *Thought Stopping* Terhadap Ansietas Pada Klien Dengan Gangguan Fisik di RSUD Kabupaten Sorong

C. Analisis Variabel Independen Dengan Variabel Dependen (Analisis Multivariat)			
No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Cara Analisis
1	Terapi <i>thought stopping</i> (Data Nominal)	Perbedaan skor ansietas	Regresi linier ganda
2	Umur (Data Interval)		
3	Jenis kelamin (Data Nominal)		
4	Pendidikan (Data Ordinal)		
5	Pekerjaan (Data Ordinal)		
6	Ruang perawatan (Ordinal)		
7	Lama hari rawat (Data Interval)		

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh Terapi *Thought Stopping* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong yang dilaksanakan pada tanggal 20 April sampai 4 Juni 2008. Jumlah klien sebanyak 86 orang (43 klien kelompok kontrol dan 43 klien kelompok intervensi) sesuai kriteria inklusi. Dari 86 klien dengan gangguan fisik dibagi dua kelompok yaitu 43 klien sebagai kelompok intervensi yang dilakukan tindakan terapi *Thought Stopping* (tiga sesi) dan 43 klien sebagai kelompok kontrol yang dilakukan terapi generalis. Kedua kelompok dilakukan *pre- test* dan *post- test* yang hasilnya dibandingkan. Hasil penelitian ini terdiri dari empat bagian yang akan diuraikan berikut ini:

5.1 Proses pelaksanaan terapi *Thought Stopping* pada klien dengan gangguan fisik

Pelaksanaan terapi *Thought Stopping* pada klien dengan gangguan fisik meliputi persiapan dan pelaksanaan Terapi *Thought Stopping*.

5.1.1 Persiapan Pelaksanaan Terapi *Thought Stopping*

Persiapan pelaksanaan Terapi *Thought Stopping* pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong diawali dengan melakukan sosialisasi proposal dan penjelasan pelaksanaan terapi *Thought Stopping* kepada pihak rumah sakit, baik pejabat struktural maupun perawat ruangan Garuda, Kasuari, Camar, Rajawali, Kakatua dan Kelas Utama. Sosialisasi tersebut mendapat respon yang positif dari pihak rumah sakit dan meningkatkan pengetahuan para perawat tentang salah satu terapi spesialis jiwa bagi klien dengan gangguan fisik yang belum pernah dilakukan sebelumnya.

Pelatihan dan penyegaran tentang asuhan keperawatan pada klien dengan ansietas yang diikuti oleh 6 orang perawat ruangan dan 1 orang perawat

pejabat struktural. Pada penyegaran ini perawat ruangan diberikan materi tentang asuhan keperawatan klien dengan ansietas berupa SAK (standar asuhan keperawatan). Setelah materi disampaikan, perawat ruangan mendemonstrasikan kembali asuhan keperawatan tersebut satu persatu. Untuk mengevaluasi kemampuan, perawat melakukan asuhan keperawatan ansietas pada klien gangguan fisik, maka peneliti memotivasi perawat untuk mengulangi kembali asuhan keperawatan klien dengan ansietas. Hasil observasi diperoleh data bahwa 5 dari 6 perawat mampu mendemonstrasikan asuhan keperawatan ansietas berupa *deep breathing*, distraksi maupun teknik 5 jari.

Peneliti membentuk tim observer sebagai pengumpul data dengan kualifikasi pendidikan S1 keperawatan sebanyak tiga orang. Peneliti melakukan persamaan persepsi dengan tim observer tentang kuesioner dan lembar observasi yang digunakan serta cara pengisiannya.

5.1.2 Pelaksanaan Terapi *Thought Stopping*

Pelaksanaan Terapi *Thought Stopping* diawali pada tanggal 20 April 2009 dengan pemilihan sampel secara random permutasi, yaitu dengan pemberian nomor pada instrumen penelitian.

Perawat ruangan yang sudah mendapatkan pelatihan dan penyegaran memberikan asuhan keperawatan ansietas secara umum (terapi generalis) kepada klien yang akan diberikan terapi *Thought Stopping* dan klien yang tidak diberikan terapi *Thought Stopping*. Peneliti melanjutkan melakukan terapi *Thought Stopping* selama 3 hari berturut-turut dalam tiga sesi.

Selama pelaksanaan terapi *Thought Stopping*, terdapat 5 orang klien *drop out*, terdiri dari 3 orang klien kelompok intervensi (2 orang klien meninggal dunia dan 1 orang klien pulang atas permintaan sendiri) serta 2 orang klien kelompok kontrol pulang atas permintaan sendiri.

Jumlah klien dalam satu kamar rata-rata 2-8 orang, *setting* ruangan pada saat pelaksanaan terapi *Thought Stopping* yaitu klien duduk atau berbaring di atas tempat tidur berhadapan dengan terapis. Untuk menjaga *privacy* klien, peneliti menggunakan *screen* di ujung dan samping klien. Pada sesi 1 terapis menggunakan alat bantu alarm jam wekker, pada sesi 2 menggunakan rekaman dan karet gelang.

Selama pelaksanaan terapi ini terdapat beberapa kendala, yaitu pelaksanaan terapi tidak sesuai dengan perjanjian di awal pertemuan. Hal ini dikarenakan klien harus menjalani pemeriksaan medis, ataupun perubahan jadwal operasi secara tiba-tiba. Selain itu, di ruangan Kasuari (ruang rawat kelas 3) terdapat klien lain yang sedang tidur merasa terganggu dengan bunyi alarm dan teriakan “stop”.

5.2 Karakteristik klien dengan gangguan fisik

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik klien yang meliputi umur, lama hari rawat, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan jenis penyakit klien dengan gangguan fisik. Hasil analisa menggambarkan distribusi klien intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah intervensi penelitian. Berikut ini uraian hasil analisisnya.

5.2.1 Karakteristik Klien dengan Gangguan Fisik

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi klien yang terdiri dari umur, lama hari rawat, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan jenis penyakit.

a. Umur dan lama hari rawat

Karakteristik klien yang terdiri dari umur merupakan variabel numerik yang dianalisis dengan menghitung *central tendency* dan disajikan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1.
Analisis Umur dan Lama Hari Rawat pada Klien dengan Gangguan Fisik Kelompok
Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
(n = 86)

Variabel	Jenis Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Umur	Intervensi	43	36,74	36,00	11,56	20 – 60	33,19 – 40,30
	Kontrol	43	39,26	37,00	12,64	20 – 60	35,36 – 43,15
	Total	86	37,84	36,00	11,71	20 – 60	35,33 – 40,35
Lama hari rawat	Intervensi	43	7,19	6,00	5,03	3 – 31	5,64 – 8,73
	Kontrol	43	8,74	8,00	4,09	3 – 28	7,49 – 10,00
	Total	86	7,97	7,00	4,62	3 – 31	6,97 – 8,96

Hasil analisa pada tabel 5.1 di atas dijelaskan bahwa dari 86 klien dengan gangguan fisik yang mengalami ansietas rata-rata berumur 37,84 tahun dengan umur termuda 20 tahun dan umur tertua 60 tahun. Rata-rata memiliki lama hari rawat 7,97 hari dengan lama hari rawat tercepat 3 hari dan terlama 31 hari.

- b. Jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan jenis penyakit merupakan variabel kategorik dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi.

Hasil analisis tabel 5.2 klien dengan gangguan fisik yang berjumlah 86 orang sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 52 orang (61,6%), mempunyai tingkat pendidikan sedang (SLTP dan SMA) yaitu sebanyak 43 orang (50%), klien bekerja sebanyak 50 orang (58,1%) dan dirawat dengan penyakit dalam sebanyak 56 orang (68,6%).

Distribusi klien dengan gangguan fisik berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, jenis penyakit pada kelompok intervensi dan kontrol dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2
Distribusi Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan,
Pekerjaan, Jenis penyakit pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
(n = 86)

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 43)		Kelompok kontrol (n = 43)		Jumlah (n = 86)	
	n	%	n	%	n	%
1. Jenis kelamin						
a. Laki-laki	26	60,5	26	60,5	52	61,6
b. Perempuan	17	39,5	17	39,5	34	38,4
TOTAL	43	100	43	100	86	100
2. Pendidikan						
a. Pendidikan rendah (Tdk sekolah dan SD)	14	32,6	14	32,6	28	32,6
b. Pendidikan sedang (SLTP dan SLTA)	21	48,8	22	51,2	43	50,0
c. Pendidikan tinggi (Diploma III/PT)	8	18,6	7	16,2	15	17,4
TOTAL	43	100	43	100	86	100
3. Pekerjaan						
a. Bekerja	27	62,8	23	53,5	50	58,1
b. Tidak bekerja	16	37,2	20	46,5	36	41,9
TOTAL	43	100	43	100	86	100
4. Jenis penyakit						
a. Dalam	33	76,7	23	53,5	56	65,1
b. Bedah	10	23,2	20	46,5	30	34,9
TOTAL	43	100	43	100	86	100

5.2.2 Kesetaraan Karakteristik Klien Dengan Gangguan Fisik

Validitas hasil penelitian kuasi eksperimen ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan secara bermakna antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan kata lain kedua kelompok sebanding atau sama.

5.2.2.1 Kesetaraan Karakteristik Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Umur dan Lama Hari Rawat

Untuk melihat kesetaraan karakteristik umur klien pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Independent Sample T-Test*, dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3
Analisis Kesetaraan Umur dan Lama Hari Rawat Klien dengan Gangguan Fisik pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009 (n = 86)

No	Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	P value
1	Umur	1. Intervensi	43	36,74	11,56	0,392
		2. Kontrol	43	39,26	11,86	
2	Lama hari rawat	1. Intervensi	43	7,19	5,03	0,121
		2. Kontrol	43	8,74	4,09	

Hasil analisis dari tabel 5.3. dijelaskan bahwa umur dan lama hari rawat setara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan $p\text{-value} > 0,05$)

5.2.2.2 Kesetaraan Karakteristik Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Jenis penyakit.

Untuk melihat kesetaraan karakteristik klien berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan jenis penyakit pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Chi Square*. Adapun hasil analisisnya dapat terlihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4.
Kesesetaraan Karakteristik Klien Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan,
dan Jenis penyakit Antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol Di RSUD
Kabupaten Sorong tahun 2009
(n = 86)

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 43)		Kelompok kontrol (n = 43)		Jumlah (n = 86)		P Value
	n	%	n	%	n	%	
1. Jenis Kelamin							1,000
a. Laki-laki	26	60,5	26	60,5	52	60,46	
b. Perempuan	17	39,5	17	39,5	34	39,54	
2. Pendidikan							0,956
a. Pendidikan rendah (tdk sekolah dan SD)	14	32,6	14	32,6	28	32,6	
b. Pendidikan sedang (SLTP dan SLTA)	21	48,8	22	51,2	43	50,0	
c. Pendidikan tinggi (Diploma III/PT)	8	18,6	7	16,2	15	17,4	
3. Pekerjaan							0,512
a. Bekerja	27	62,8	23	53,5	50	38,1	
b. Tidak bekerja	16	37,2	20	46,5	36	41,9	
4. Jenis penyakit							0,020
a. Dalam	33	76,7	23	53,5	56	65,1	
b. Bedah	10	23,2	20	46,5	30	34,9	

Hasil analisis tabel 5.4 dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan setara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan p value > 0,05. Jenis penyakit berbeda secara bermakna antara jumlah klien yang dirawat dengan penyakit dalam dan bedah.

5.3 Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi Diri dan Observasi

Pada bagian ini akan dijelaskan ansietas klien dengan gangguan fisik sebelum dilakukan terapi *Thought Stopping* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, hasil analisis kesetaraan ansietas klien dengan gangguan fisik sebelum

dilakukan terapi *Thought Stopping*, ansietas klien sebelum dan sesudah terapi *Thought Stopping*, selisih ansietas sebelum dan sesudah terapi *Thought Stopping*, ansietas klien sesudah dilakukan terapi *Thought Stopping*.

5.3.1 Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi diri dan Observasi Sebelum Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

Analisis ansietas klien berdasarkan evaluasi diri sebelum dilakukan terapi *thought stopping* dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5.
Analisis Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi diri Sebelum Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
(n = 86)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	Min - Max	CI
Respon fisiologis	1. Intervensi	43	14,63	3,82	7 – 23	13,45 – 15,80
	2. Kontrol	43	14,40	3,73	6 – 21	13,25 – 15,54
	Total	86	14,51	3,76	6 – 23	
Respon kognitif	1. Intervensi	43	5,33	1,71	3 – 9	4,80 – 5,85
	2. Kontrol	43	5,33	1,48	3 – 9	4,87 – 5,78
	Total	86	5,33	1,59	3 – 9	
Respon prilaku	1. Intervensi	43	11,42	3,94	5 – 19	10,21 – 12,63
	2. Kontrol	43	11,37	3,42	5 – 19	10,32 – 12,43
	Total	86	11,40	3,67	5 – 19	
Respon Emosi	1. Intervensi	43	5,09	1,74	2 – 8	4,56 – 5,63
	2. Kontrol	43	4,98	0,99	2 – 7	4,67 – 5,28
	Total	86	5,03	1,41	2 – 8	
Komposit	1. Intervensi	43	36,47	8,03	22 – 54	-2,96 – 3,75
	2. Kontrol	43	36,07	7,60	22 – 54	-2,49 – 3,18
	Total	86	36,27	7,77	20 – 54	

Hasil analisis tabel 5.5 rata-rata ansietas untuk respon fisiologis berada pada rentang ansietas sedang yaitu 14,51 (rentang skor antara 6 – 24), rata-

rata ansietas untuk respon kognitif berada pada rentang ansietas sedang yaitu 5,33 (rentang skor antara 3 – 12), rata-rata ansietas untuk respon prilaku berada pada rentang ansietas sedang yaitu 11,40 (rentang skor antara 5 – 20), rata-rata ansietas untuk respon emosi berada pada rentang ansietas sedang yaitu 5,03 (rentang skor antara 2 – 8). Rata-rata ansietas secara komposit berada pada rentang ansietas sedang yaitu 36,27 (rentang skor antara 16 – 64).

Analisis ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan observasi sebelum dilakukan terapi *thought stopping* dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6.
Analisis Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Observasi Sebelum Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
(n = 86)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	Min - Max	CI
Respon fisiologis	1. Intervensi	43	9,35	2,10	5 – 14	8,70 – 10,00
	2. Kontrol	43	8,93	2,38	5 – 12	8,20 – 9,66
	Total	86	9,14	2,25	5 – 14	
Respon kognitif	1. Intervensi	43	1,63	0,73	1 – 4	1,40 – 1,85
	2. Kontrol	43	1,47	0,63	1 – 3	1,27 – 1,66
	Total	86	1,55	0,68	1 – 4	
Respon prilaku	1. Intervensi	43	2,60	0,98	2 – 5	2,30 – 2,91
	2. Kontrol	43	2,51	0,96	2 – 4	2,22 – 2,81
	Total	86	2,56	0,97	1 – 5	
Komposit	1. Intervensi	43	13,58	3,08	8 – 21	-0,66 – 2,01
	2. Kontrol	43	12,91	3,15	8 – 21	-0,67 – 2,10
	Total	86	13,25	3,21	8 – 22	

Hasil analisis tabel 5.6 rata-rata ansietas untuk respon fisiologis berada pada rentang ansietas sedang yaitu 9,14 (rentang skor antara 5 – 20), rata-rata ansietas untuk respon kognitif berada pada ansietas ringan yaitu 1,55

(rentang skor antara 1 - 4), rata-rata ansietas untuk respon prilaku berada pada rentang ansietas ringan yaitu 2,56 (rentang skor antara 2 – 8). Rata-rata ansietas secara komposit berada pada rentang ansietas sedang yaitu 13,25 (rentang skor antara 8 – 24).

5.3.2 Kesetaraan Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi diri dan Observasi Kuesioner dan Observasi Klien dengan Gangguan Fisik Sebelum Diberikan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

Untuk melihat kesetaraan ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan evaluasi diri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Independent Sample T-Test*, hasilnya terangkum dalam tabel 5.7.

Tabel 5.7
Analisis Kesetaraan Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi diri Sebelum Diberikan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUD Kabupaten Sorong (n = 86)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	p - value
Respon fisiologis	1. Intervensi	43	14,63	3,82	0,776
	2. Kontrol	43	14,40	3,73	
Respon kognitif	1. Intervensi	43	5,33	1,71	1,00
	2. Kontrol	43	5,33	1,48	
Respon Prilaku	1. Intervensi	43	11,42	3,94	0,954
	2. Kontrol	43	11,37	3,42	
Respon Emosi	1. Intervensi	43	5,09	1,74	0,704
	2. Kontrol	43	4,98	0,99	

Hasil analisis tabel 5.7. menunjukkan bahwa rata-rata skor ansietas klien respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi berdasarkan evaluasi diri setara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (p value $> 0,05$). Analisis kesetaraan ansietas klien berdasarkan observasi dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8
Analisis Kesetaraan Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Observasi Sebelum Diberikan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUD Kabupaten Sorong (n = 86)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	p - value
Respon fisiologis	1. Intervensi	43	9,35	2,10	0,390
	2. Kontrol	43	8,93	2,38	
Respon kognitif	1. Intervensi	43	1,63	0,73	0,270
	2. Kontrol	43	1,47	0,63	
Respon Prilaku	1. Intervensi	43	2,60	0,98	0,658
	2. Kontrol	43	2,51	0,96	

Hasil analisis tabel 5.8. menunjukkan bahwa rata-rata skor ansietas klien respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi berdasarkan observasi setara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan p value $> 0,05$.

5.3.3 Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi diri dan Observasi Sebelum – Sesudah Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

5.3.3.1 Ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan evaluasi diri dan observasi sebelum – sesudah Terapi *Thought Stopping* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Perubahan ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan evaluasi diri sebelum dan sesudah Terapi *Thought Stopping* pada

kelompok intervensi dan kontrol dilakukan uji *Paired t test* yang dijelaskan pada tabel 5.9.

Tabel 5.9
Analisis Perbedaan Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi diri Sebelum Dan Sesudah Intervensi *Terapi Thought Stopping* Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
(n = 86)

Kelompok	Variabel Ansietas	N	Mean	SD	P-value
Intervensi	1. Respon fisiologis				
	a. Sebelum	43	14,63	3,82	0,000
	b. Sesudah	43	11,28	3,91	
	Selisih		3,35	3,63	
	2. Respon kognitif				
	a. Sebelum	43	5,33	1,71	0,000
	b. Sesudah	43	4,16	1,48	
	Selisih		1,16	1,82	
	3. Respon prilaku				
	a. Sebelum	43	11,42	3,94	0,000
	b. Sesudah	43	8,77	3,60	
	Selisih		2,65	3,44	
	4. Respon emosi				
	a. Sebelum	43	5,09	1,74	0,000
	b. Sesudah	43	3,60	1,54	
	Selisih		1,49	1,79	
Komposit					
a. Sebelum	43	36,47	8,03	0,000	
b. Sesudah	43	27,81	8,82		
Selisih		8,65	7,83		
Kontrol	1. Respon fisiologis				
	a. Sebelum	43	14,40	3,73	0,825
	b. Sesudah	43	14,33	3,14	
	Selisih		0,07	2,05	
	2. Respon kognitif				
	a. Sebelum	43	5,33	1,48	0,460
	b. Sesudah	43	5,47	1,74	
	Selisih		-0,14	1,23	
	3. Respon prilaku				
	a. Sebelum	43	11,37	3,42	0,560
	b. Sesudah	43	11,14	3,44	
	Selisih		0,23	2,60	
	4. Respon emosi				
	a. Sebelum	43	4,98	0,99	0,077
	b. Sesudah	43	5,21	1,24	
	Selisih		-0,23	0,84	
Komposit					
a. Sebelum	43	36,07	7,60	0,913	
b. Sesudah	43	36,14	7,70		
Selisih		0,07	4,14		

Hasil analisis tabel 5.9 menunjukkan bahwa ansietas berdasarkan evaluasi diri pada respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi sebelum dan sesudah diberikan terapi *Thought Stopping* pada kelompok intervensi mengalami penurunan secara bermakna (p value $< 0,05$), sedangkan pada kelompok kontrol mengalami penurunan secara tidak bermakna pada respon fisiologis dan perilaku (p value $> 0,05$) dan mengalami peningkatan pada respon kognitif dan emosi. Selisih penurunan ansietas secara komposit lebih tinggi pada kelompok intervensi (8,65 poin) dibandingkan pada kelompok kontrol (0,07 poin).

Hasil analisis tabel 5.10 menunjukkan bahwa ansietas berdasarkan observasi pada respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi sebelum dan sesudah diberikan terapi *Thought Stopping* pada kelompok intervensi mengalami penurunan secara bermakna (p value $< 0,05$), sedangkan pada kelompok kontrol mengalami penurunan secara tidak bermakna pada respon perilaku (p value $> 0,05$) dan mengalami peningkatan pada respon fisiologis dan kognitif. Selisih penurunan ansietas secara komposit lebih tinggi pada kelompok intervensi (3,56 poin) dibandingkan pada kelompok kontrol (0,37 poin).

Perubahan ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan observasi sebelum dan sesudah Terapi *Thought Stopping* pada kelompok intervensi dan kontrol dijelaskan pada tabel 5.10

Tabel 5.10
 Analisis Perbedaan Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Observasi
 Sebelum Dan Sesudah Intervensi *Terapi Thought Stopping* Pada Kelompok
 Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
 (n = 86)

Kelompok	Variabel Ansietas	N	Mean	SD	P-value
Intervensi	1. Respon fisiologis				
	a. Sebelum	43	9,35	2,10	0,000
	b. Sesudah	43	6,72	2,16	
	Selisih		2,63	2,65	
	2. Respon kognitif				
	a. Sebelum	43	1,63	0,73	0,000
	b. Sesudah	43	1,19	0,55	
	Selisih		0,44	0,67	
	3. Respon prilaku				
	a. Sebelum	43	2,60	0,98	0,000
	b. Sesudah	43	2,12	0,50	
	Selisih		0,49	0,96	
Komposit					
a. Sebelum	43	13,58	3,08	0,000	
b. Sesudah	43	10,02	2,77		
Selisih		3,56	3,20		
Kontrol	1. Respon fisiologis				
	a. Sebelum	43	8,93	2,38	0,299
	b. Sesudah	43	9,26	2,18	
	Selisih		-0,33	2,03	
	2. Respon kognitif				
	a. Sebelum	43	1,47	0,63	0,290
	b. Sesudah	43	1,56	0,63	
	Selisih		-0,09	0,57	
	3. Respon prilaku				
	a. Sebelum	43	2,51	0,96	0,720
	b. Sesudah	43	2,47	0,91	
	Selisih		0,05	0,84	
Komposit					
a. Sebelum	43	12,91	3,15	0,327	
b. Sesudah	43	13,28	2,78		
Selisih		0,37	2,46		

5.3.3.2 Selisih ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan evaluasi diri dan observasi sebelum dan setelah dilakukan terapi *Thought Stopping* pada kelompok intervensi dan kontrol.

Selisih ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan evaluasi diri dan observasi sebelum dan sesudah Terapi *Thought Stopping*

pada kelompok intervensi dan kontrol dilakukan uji *Independent sample t-Test* dan dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11.
Analisis Selisih Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi Diri dan Observasi Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
(n = 86)

	Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	P value
Evaluasi Diri	Selisih Respon fisiologis	1.Intervensi	43	3,35	3,63	0,000
		2.Kontrol	43	0,07	2,05	
	Selisih Respon kognitif	1.Intervensi	43	1,16	1,82	0,000
		2.Kontrol	43	-0,14	1,23	
Evaluasi Diri	Selisih Respon prilaku	1.Intervensi	43	2,65	3,44	0,005
		2.Kontrol	43	0,23	2,60	
	Selisih Respon emosi	1.Intervensi	43	1,49	1,79	0,000
		2.Kontrol	43	-0,23	0,84	
Komposit SE	1.Intervensi	43	8,65	7,83	0,000	
	2.Kontrol	43	0,07	4,14		
Observasi	Selisih Respon fisiologis	1.Intervensi	43	2,63	2,65	0,000
		2.Kontrol	43	-0,33	2,03	
	Selisih Respon kognitif	1.Intervensi	43	0,44	0,67	0,000
		2.Kontrol	43	-0,09	5,70	
	Selisih Respon prilaku	1.Intervensi	43	0,49	0,96	0,026
		2.Kontrol	43	0,05	0,84	
	Komposit Observasi	1.Intervensi	43	3,56	3,20	0,000
		2.Kontrol	43	0,37	2,46	

Hasil analisis tabel 5.11 menunjukkan rata-rata selisih ansietas klien berdasarkan evaluasi diri respon fisiologis pada kelompok intervensi sebesar 3,35 dan kelompok kontrol sebesar 0,07. Rata-rata selisih ansietas respon kognitif pada kelompok intervensi sebesar 1,16 dan kelompok kontrol sebesar -0,14. Rata-rata selisih

ansietas respon perilaku pada kelompok intervensi sebesar 2,65 dan kelompok kontrol 0,23. Rata-rata selisih ansietas respon emosi pada kelompok intervensi sebesar 1,49 dan kelompok kontrol - 0,23. Dapat dikatakan bahwa selisih ansietas klien yang mendapatkan terapi *Thought Stopping* mengalami penurunan lebih tinggi dan bermakna dibandingkan kelompok yang tidak mendapatkan terapi *Thought Stopping* (p value < 0,05).

5.3.4 Ansietas Klien Dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi Diri dan Observasi Sesudah Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

Ansietas klien dengan gangguan fisik sesudah Terapi *Thought Stopping* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan menggunakan uji *Independen sample t-Test* dijelaskan pada tabel 5.12.

Tabel 5.12.

Analisis Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi diri Sesudah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
(n = 86)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	P – value
Respon fisiologis	1. Intervensi	43	11,28	3,91	0,000
	2. Kontrol	43	14,33	3,14	
Respon kognitif	1. Intervensi	43	4,16	1,48	0,000
	2. Kontrol	43	5,47	1,74	
Respon prilaku	1. Intervensi	43	8,77	3,60	0,002
	2. Kontrol	43	11,14	3,44	
Respon emosi	1. Intervensi	43	3,60	1,54	0,000
	2. Kontrol	43	5,21	1,24	
Komposit	1. Intervensi	43	27,81	8,82	0,000
	2. Kontrol	43	36,14	7,70	

Analisis respon fisiologis pada ansietas berdasarkan evaluasi diri sesudah dilakukan terapi *Thought Stopping* menunjukkan ansietas kelompok intervensi lebih menurun secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol (p value $< 0,05$).

Analisis respon kognitif pada ansietas berdasarkan evaluasi diri sesudah dilakukan terapi *Thought Stopping* menunjukkan ansietas kelompok intervensi lebih menurun secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol (p value $< 0,05$).

Analisis respon perilaku pada ansietas berdasarkan evaluasi diri sesudah dilakukan terapi *Thought Stopping* menunjukkan ansietas kelompok intervensi lebih menurun secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol (p value $< 0,05$).

Analisis respon emosi pada ansietas berdasarkan evaluasi diri sesudah dilakukan terapi *Thought Stopping* menunjukkan ansietas kelompok intervensi lebih menurun secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol (p value = 0.000, alpha = 5%), yaitu 3,60 untuk kelompok intervensi dan 5,21 untuk kelompok kontrol.

Analisis komposit ansietas berdasarkan evaluasi diri sesudah dilakukan terapi *Thought Stopping* menunjukkan ansietas kelompok intervensi lebih menurun secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol (p value $< 0,05$).

Sedangkan analisis ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan observasi dapat dilihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.13.
 Analisis Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Observasi
 Sesudah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Intervensi dan
 Kelompok Kontrol Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
 (n = 86)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	P - value
Respon fisiologis	1. Intervensi	43	6,72	2,16	0,000
	2. Kontrol	43	9,26	2,18	
Respon kognitif	1. Intervensi	43	1,19	0,55	0,004
	2. Kontrol	43	1,56	0,63	
Respon prilaku	1. Intervensi	43	2,12	0,50	0,030
	2. Kontrol	43	2,47	0,91	
Komposit	1. Intervensi	43	10,02	2,77	0,000
	2. Kontrol	43	13,28	2,78	

Analisis respon fisiologis pada ansietas berdasarkan observasi sesudah dilakukan terapi *Thought Stopping* menunjukkan ansietas kelompok intervensi lebih menurun secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol (p value < 0,05).

Analisis respon kognitif pada ansietas berdasarkan observasi sesudah dilakukan terapi *Thought Stopping* menunjukkan ansietas kelompok intervensi lebih menurun secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol (p value < 0,05).

Analisis respon prilaku pada ansietas berdasarkan observasi sesudah dilakukan terapi *Thought Stopping* menunjukkan ansietas kelompok intervensi lebih menurun secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol (p value < 0,05).

Analisis komposit ansietas berdasarkan observasi sesudah dilakukan terapi *Thought Stopping* menunjukkan ansietas kelompok intervensi lebih menurun secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol (p value < 0,05).

5.4 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Klien Gangguan Fisik

Faktor yang berkontribusi terhadap ansietas dilakukan untuk mengidentifikasi perubahan ansietas setelah terapi *Thought Stopping* pada kelompok intervensi dan kontrol. Sebelum melakukan uji korelasi, terlebih dahulu dilakukan analisis bivariat terhadap *variabel counfounding*, yaitu variabel jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan jenis penyakit dengan menggunakan *Independent t- test*.

Hasil analisis tabel 5.14 menunjukkan bahwa variabel kelompok, jenis kelamin dan jenis penyakit merupakan variabel yang dapat dimasukkan model multivariat (p value $< 0,25$). Variabel yang dapat masuk model multivariat adalah variabel yang pada analisis bivariatnya mempunyai nilai p value $< 0,25$ (Sutanto, 2007). Variabel pekerjaan (p value = 0,920) dan variabel pendidikan (p value = 0,831) dikeluarkan dari model multivariat yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.14.

Tabel 5.14.
Analisis Variabel Kelompok dan *Variabel Counfounding* Terhadap Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi Diri Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
(n = 86)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	P - value
Kelompok	1. Intervensi	43	-8,65	7,83	0,000
	2. Kontrol	43	0,07	4,14	
Jenis kelamin	1. Laki-laki	52	-2,98	7,28	0,048
	2. Perempuan	34	-6,29	7,79	
Pekerjaan	1. Bekerja	50	-4,22	7,49	0,920
	2. Tdk bekerja	34	-4,39	7,88	
Pendidikan	1. Rendah (tdk sek&SD)	28	-4,04	7,27	0,831
	2. Tinggi (SMP,SMA,PT)	58	-4,41	7,83	
Jenis penyakit	1. Dalam	59	-5,78	8,01	0,007
	2. Bedah	27	-1,04	5,52	

Analisis faktor yang berkontribusi terhadap ansietas berdasarkan observasi dilakukan dengan uji *Independent t- test* dan dapat dilihat pada tabel 5.15.

Tabel 5.15
Analisis Variabel Kelompok dan *Variabel Counfounding* Terhadap Ansietas
Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Observasi Di RSUD Kabupaten
Sorong Tahun 2009
(n = 86)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	P - value
Kelompok	1. Intervensi	43	-3,56	2,46	0,000
	2. Kontrol	43	0,37	3,20	
Jenis kelamin	1. Laki-laki	52	-1,48	2,68	0,712
	2. Perempuan	34	-1,76	4,44	
Pekerjaan	1. Bekerja	50	-1,86	3,35	0,402
	2. Tdk bekerja	36	-1,22	3,62	
Pendidikan	1. Rendah (tdk sek&SD)	28	-1,11	3,84	0,368
	2. Tinggi (SMP,SMA,PT)	58	-1,83	3,27	
Jenis penyakit	1. Dalam	56	-2,05	3,78	0,069
	2. Bedah	30	-0,59	2,37	

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa variabel kelompok dan jenis penyakit merupakan variabel yang dapat dimasukkan model multivariat (p value < 0,25). Variabel jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan dikeluarkan dari model multivariat.

5.4.1 Faktor yang berkontribusi terhadap ansietas berdasarkan evaluasi diri

Analisis faktor yang berkontribusi terhadap ansietas berdasarkan evaluasi diri dilakukan dengan menggunakan uji regresi linier ganda, hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.16.

Tabel 5.16.
Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik
Berdasarkan Evaluasi diri Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
(n=86)

Karakteristik klien	B	SEb	Beta	p-value
1. Terapi <i>Thought Stopping</i>	-8,20	1,36	-0,54	0,000
2. Jenis kelamin	-3,15	1,34	-0,20	0,021
3. Jenis penyakit	2,02	1,47	0,12	0,172

$R^2 = 0,392$ dan p value = 0,000

Dari tabel 5.16 menunjukkan bahwa terdapat dua variabel yang berhubungan dengan ansietas berdasarkan evaluasi diri, yaitu terapi *thought stopping* dan jenis kelamin. Hasil akhir analisis dapat dilihat pada tabel 5.17.

Tabel 5.17.
Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik
Berdasarkan Evaluasi diri Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
(n=86)

Karakteristik klien	B	SEb	Beta	p-value
4. Terapi <i>Thought Stopping</i>	-8,72	1,31	-0,57	0,000
5. Jenis kelamin	-3,31	1,34	-0,21	0,016

$R = 0,615$, $R^2 = 0,378$, p value = 0,016.

Hasil analisis tabel 5.17 menunjukkan bahwa terapi *Thought Stopping* dan jenis kelamin mempunyai hubungan yang kuat terhadap ansietas dan mempunyai peluang sebesar 37,8% untuk menurunkan ansietas.

5.4.2 Faktor yang berkontribusi terhadap ansietas berdasarkan observasi

Analisis faktor-faktor yang berkontribusi terhadap ansietas berdasarkan observasi dilakukan dengan menggunakan uji regresi linier ganda dan dapat dilihat pada tabel 5.18.

Tabel 5.18.
Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik
Berdasarkan Observasi Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
(n=86)

Karakteristik klien	B	SEb	Beta	p-value
6. Terapi Thought Stopping	-3,85	0,64	-0,56	0,000
7. Ruang rawat	0,32	0,69	0,04	0,651

$R = 0,573$; $R^2 = 0,328$, p value = 0,000.

Dari tabel 5.18 terdapat satu variabel yang berhubungan dengan ansietas berdasarkan evaluasi diri ($p\text{ value} < 0,05$), yaitu terapi *thought stopping*. Hasil akhir analisis dapat dilihat pada tabel 5.19.

Tabel 5.19.
Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik
Berdasarkan Observasi Di RSUD Kabupaten Sorong Tahun 2009
(n=86)

Karakteristik klien	B	SEb	Beta	p-value
1. Terapi Thought Stopping	-3,93	0,62	-0,57	0,000

$R = 0,572$; $R^2 = 0,327$, p value = 0,000.

Hasil analisis tabel 5.19 menunjukkan bahwa terapi *Thought Stopping* mempunyai hubungan yang kuat terhadap ansietas dan mempunyai peluang sebesar 32,7% untuk menurunkan ansietas.

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya; keterbatasan penelitian yang terkait dengan desain penelitian yang digunakan dan karakteristik sampel yang digunakan; dan selanjutnya akan dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi *Thought Stopping* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong. Mengetahui perbedaan ansietas klien dengan gangguan fisik yang memndapat terapi *Thought Stopping* selama kurang lebih 6 minggu dengan ansietas klien yang tidak mendapatkan terapi *Thought Stopping*.

Alokasi waktu yang diperlukan dalam penelitian ini kurang lebih 6 minggu (20 April sampai 3 Juni 2009 pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol).

6.1 Pengaruh Terapi *Thought Stopping* Terhadap Ansietas Klien Dengan Gangguan Fisik

- 6.1.1 Ansietas klien dengan gangguan fisik sebelum terapi *Thought Stopping* berdasarkan evaluasi diri dan observasi
- Skor rata-rata ansietas komposit berdasarkan evaluasi diri sebelum mendapatkan terapi *Thought Stopping* sebesar 14,51, yaitu pada rentang ansietas sedang, sedangkan skor berdasarkan observasi sebesar 9,35.

Hal ini sesuai dengan pendapat (Videbeck, 2008) yang menyatakan bahwa ansietas memiliki dua aspek, yakni aspek yang sehat dan membahayakan. Aspek yang sehat dapat meningkatkan kemampuan individu menjadi *fight*

dan kuat (Noreen, 1998), sedangkan aspek yang membahayakan dapat membuat individu mengalami respon *flight* atau *freeze* atau menjadi beku dan tidak dapat melakukan sesuatu sehingga menghambat individu melakukan fungsinya dengan adekuat. Asumsi peneliti apabila ansietas klien pada rentang sedang tidak ditangani maka ansietas dapat semakin meningkat menjadi rentang berat, bahkan sangat berat (panik). Selain itu, individu dapat terhambat untuk melakukan fungsinya.

6.1.2 Ansietas klien dengan gangguan fisik sesudah terapi *Thought Stopping* berdasarkan evaluasi diri dan observasi

Ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan evaluasi diri dan observasi terdiri atas respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi.

a. Respon fisiologis

Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan yang bermakna antara ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan respon fisiologis setelah mendapatkan terapi *Thought Stopping*.

Teori tentang ansietas menjelaskan bahwa penurunan ansietas klien pada penelitian ini dipengaruhi pelaksanaan terapi *Thought Stopping*, dimana klien mampu melakukan pemutusan pikiran yang mengganggu dan menimbulkan ansietas dengan mengatakan “stop”. Mengatakan kata “stop” secara fisiologis memberikan perintah terhadap otak sehingga mempengaruhi aktivitas dari *neurotransmitter Gamma Aminobutyric Acid (GABA)*, yang bertanggung jawab menghasilkan ansietas (Stuart & Laraia, 2005).

Hasil penelitian menunjukkan selisih rata-rata ansietas pada kelompok klien yang tidak mendapatkan terapi *Thought Stopping* sebesar -0,33. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan ansietas kelompok klien yang

hanya diberikan terapi generalis. Hal ini berarti apabila klien dengan ansietas tidak diberikan terapi spesialis akan mengakibatkan bahaya.

Videbeck (2008) berpendapat bahwa ansietas adalah alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya kepada individu. Selye dalam teorinya "*General Adaptation Syndrome*" menjelaskan bahwa pada tahap awal (reaksi alarm) fisiologis terhadap stress adalah peningkatan aktivitas dari simpatik adrenomedular merangsang sekresi adrenalin yang akan meningkatkan tekanan darah dan denyut nadi. Pada tahap kedua (perlawanan) terjadi peningkatan aktivitas dari simpatik adrenokortikal yang meningkatkan sekresi noradrenalin, kortisol, aldosteron yang berdampak pada peningkatan tekanan darah. Tahap ketiga (kelelahan) merupakan tahap terakhir di mana semua energi telah habis, tubuh tidak berdaya, organ tubuh rusak, tekanan darah menurun dan akhirnya dapat membawa kematian (Potter & Perry, 2005). Tahap pertama dan kedua merupakan ciri yang ditunjukkan pada ansietas ringan sampai berat, sedangkan tahap ketiga termasuk kategori ansietas sangat berat (panik).

Peneliti berasumsi bahwa ansietas akan terus mengalami penurunan apabila klien diberi terapi yang langsung berkenaan dengan fisik klien, yaitu terapi relaksasi progresif.

b. Respon kognitif

Skor rata-rata ansietas berdasarkan evaluasi diri sebelum mendapatkan terapi *Thought Stopping* sebesar 5,33, yaitu pada rentang ansietas sedang-sedang skor berdasarkan observasi 1,63.

Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan yang bermakna antara ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan evaluasi diri respon

kognitif sebelum mendapatkan terapi *Thought Stopping* dan setelah mendapatkan terapi *Thought Stopping* dengan selisih rata-rata ansietas sebesar 1,16 standar deviasi 1,82 ($p\text{-value} = 0,020 < 0,05$). Sedangkan selisih rata-rata ansietas pada kelompok klien yang tidak mendapatkan terapi *Thought Stopping* sebesar -0,14 standar deviasi 1,23. Hal ini menunjukkan terjadi peningkatan respon kognitif klien yang tidak mendapatkan terapi. Penurunan ansietas terjadi dalam rentang yang berbeda yaitu ansietas sedang (5,25 -7,5) ke ansietas ringan (3 – 5,25).

Asumsi peneliti penurunan ansietas berdasarkan respon kognitif yang terjadi pada kelompok yang mendapat terapi karena adanya informasi yang berulang – ulang oleh terapis untuk memutuskan pikiran yang membuat stress atau mengganggu klien pada sesi satu, dua dan tiga. Pendapat tersebut didukung oleh pendapat bahwa pengetahuan berhubungan dengan segala sesuatu yang diketahui. Pengetahuan tersebut diperoleh melalui proses pembelajaran, budaya, pendidikan, dan pengalaman hidup lainnya. Aspek kognitif terkait dengan pemahaman seseorang terhadap suatu hal. (WHO, dalam Notoatmodjo, 2003)

Penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan observasi berupa respon kognitif sebelum mendapatkan terapi *Thought Stopping* dan setelah mendapatkan terapi *Thought Stopping* dengan selisih rata-rata ansietas sebesar 0,44 standar deviasi 0,67 ($p\text{-value} = 0,001 < 0,05$). Penurunan ansietas terjadi dalam rentang yang sama yaitu ansietas ringan (1 – 1,75) Sedangkan selisih rata-rata ansietas pada kelompok klien yang tidak mendapatkan terapi *Thought Stopping* sebesar 0,05 standar deviasi 0,84.

Menurut Stuart dan Laraia (2001) terapi *Thought Stopping* adalah salah satu terapi kognitif perilaku dengan melalui suatu proses menghentikan

Universitas Indonesia

pikiran yang tinggal dan mengganggu. Tujuan dilakukannya terapi ini adalah membantu klien mengatasi ansietas yang mengganggu, membantu klien mengatasi pikiran yang mengancam atau membuat stres yang sering muncul serta membantu klien mengatasi pikiran obsesif dan fobia. (Donald, 1999). Terapi *Thought Stopping* memerlukan latihan pemutusan pikiran dengan berteriak, dengan suara normal, dengan berbisik dan latihan tanpa bersuara. Setelah klien mampu melakukan teknik tersebut klien juga dilatih untuk melakukan secara mandiri tanpa bantuan terapis. (Patricia Miller, 2001). Apabila klien mampu melakukan terapi ini, maka ansietas klien akan menurun bahkan teratasi.

c. Respon perilaku

Skor rata-rata ansietas berdasarkan evaluasi diri sebelum mendapatkan terapi *Thought Stopping* sebesar 11,40, yaitu pada rentang ansietas sedang, sedangkan skor berdasarkan observasi sebesar 2,60. Asumsi peneliti apabila ansietas klien tidak ditangani, maka dapat membuat klien semakin tinggi tingkat ansietasnya, bahkan dapat menimbulkan perilaku yang maladaptif.

Penelitian menunjukkan adanya penurunan yang bermakna antara ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan respon perilaku setelah mendapatkan terapi *Thought Stopping*. Penurunan ansietas terjadi dalam rentang yang sama yaitu ansietas sedang. Sedangkan selisih rata-rata ansietas pada kelompok klien yang tidak mendapatkan terapi *Thought Stopping* sebesar 0,23 standar deviasi 2,60. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata ansietas berupa respon perilaku pada klien yang tidak mendapatkan terapi lebih sedikit dibandingkan pada klien yang mendapatkan terapi *thought stopping*.

Hasil penelitian didukung oleh pendapat Videbeck (2008) yang menyatakan bahwa terapi perilaku dipandang efektif dalam mengatasi

gangguan ansietas, terutama jika dikombinasikan dengan farmakoterapi. Berbagai jenis teknik terapi perilaku digunakan sebagai pembelajaran dan praktek secara langsung dalam upaya menurunkan atau mengatasi ansietas, salah satu diantaranya adalah terapi *thought stopping*.

Penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan berupa respon perilaku setelah mendapatkan terapi *Thought Stopping*. Penurunan ansietas terjadi dalam rentang yang sama yaitu ansietas ringan ke ansietas sedang. Sedangkan selisih rata-rata ansietas pada kelompok klien yang tidak mendapatkan terapi *Thought Stopping* sebesar 0,05 standar deviasi 0,84.

Asumsi peneliti bahwa ansietas akan terus mengalami penurunan apabila klien diberikan motivasi tentang koping yang adaptif mengatasi ansietas oleh perawat ruangan. Pendapat tersebut didukung oleh Videbeck (2008) yang menyatakan bahwa apabila koping individu adaptif, maka individu tersebut dapat berada pada ansietas yang sehat (ansietas ringan), sebaliknya apabila koping individu maladaptif maka ansietas individu membahayakan (ansietas berat sampai panik).

Proses pemutusan pikiran dilakukan secara berulang-ulang dan dengan cara yang bervariasi, mulai dari berteriak, dengan nada suara normal, berbisik dan berbicara dalam hati. Proses pengulangan ini merupakan salah satu proses belajar untuk mengubah pikiran individu yang akan disertai dengan perilaku yang mendukung. Hal ini didukung oleh pendapat Soekamto (2002) yang mengatakan bahwa perubahan perilaku

seseorang dapat terjadi melalui proses belajar. Belajar diartikan sebagai suatu proses perubahan perilaku yang didasari oleh perilaku terdahulu.

Selisih ansietas berdasarkan observasi pada respon perilaku klien yang tidak mendapatkan terapi *thought stopping* menunjukkan bahwa terjadi penurunan ansietas sebesar 0,23, namun tidak ada perbedaan yang signifikan antara ansietas hari pertama dan hari keempat pada klien yang tidak mendapatkan terapi *thought stopping*. Peace David (2008) mengemukakan bahwa ketika seseorang mengambil tindakan dengan menuliskan pikiran yang mengganggu dan memutuskannya, maka pikiran tersebut akan berhenti. Sebaliknya tanpa perilaku atau tindakan untuk memutuskan pikiran yang mengganggu pada klien yang mengalami ansietas, maka perubahan ansietas pun tidak bermakna.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Videbeck (2008) bahwa terapi *thought stopping* merupakan bagian dari terapi perilaku (Videbeck, 2008) dan Stuart dan Laraia (2001) yang menjelaskan bahwa *thought stopping* sebagai suatu proses menghentikan pikiran yang tinggal dan mengganggu. Hal ini didukung pula oleh hasil penelitian Dombeck (2006) yang menyatakan bahwa tindakan konfrontasi terhadap pikiran yang mengganggu dalam terapi *thought stopping* (dalam sesi 1, 2 dan 3 penelitian ini) merupakan tindakan yang sangat membantu secara nyata bagi individu yang mengalami ansietas dibandingkan terapi *systematic desensitization*.

d. Respon emosi

Skor rata-rata ansietas berdasarkan evaluasi diri sebelum mendapatkan terapi *Thought Stopping* sebesar 5,03 yaitu pada rentang ansietas sedang.

Penelitian menunjukkan adanya penurunan yang bermakna antara ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan evaluasi diri respon emosi sebelum mendapatkan terapi *Thought Stopping* dan setelah mendapatkan terapi *Thought Stopping* dengan selisih rata-rata ansietas sebesar 1,49 standar deviasi 1,79 ($p\text{-value} = 0,006 < 0,05$). Penurunan ansietas terjadi dalam rentang yang berbeda yaitu ansietas berat ke ansietas sedang. Hal ini didukung oleh pendapat Peace David (2008) bahwa *thought stopping* menyentuh aspek emosi klien pada saat konselor berdiskusi dan bercakap-cakap dengan klien, yang mengalami ansietas. Konselor memberikan kesempatan kepada klien untuk menemukan dan menyelidiki sendiri pikiran yang mengganggu dan menimbulkan ansietas. Asumsi peneliti adanya eksplorasi perasaan, baik dengan menangis atau pernyataan sedih, kecewa dan khawatir sangat membantu klien untuk menurunkan ansietasnya.

Selisih ansietas berdasarkan evaluasi diri pada respon emosi klien yang tidak mendapatkan terapi *thought stopping* menunjukkan bahwa terjadi peningkatan ansietas sebesar 0,23 dengan standar deviasi 0,84. Hal ini menunjukkan bahwa klien tanpa intervensi aspek emosi dapat meningkatkan ansietasnya.

e. Komposit

Skor rata-rata ansietas berdasarkan komposit sebelum mendapatkan terapi *Thought Stopping* sebesar 36,47 yaitu pada rentang ansietas sedang. Selisih rata-rata ansietas klien yang paling besar adalah respon fisiologis. Hal ini berarti terapi *Thought Stopping* member dampak terbesar pada respon fisiologis.

6.2 Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Klien Gangguan Fisik

Penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara jenis kelamin terhadap ansietas klien, sedangkan faktor – faktor lain seperti umur, lama hari rawat, pendidikan, pekerjaan dan ruang perawatan tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap ansietas.

6.2.1 Hubungan Jenis Kelamin Terhadap Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 86 klien dengan gangguan fisik lebih banyak laki-laki daripada perempuan yaitu 52 orang (61,6%) baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Hasil penelitian bertentangan dengan pendapat Kaplan dan Saddock (1998) yang menyatakan bahwa perempuan lebih mudah mengalami ansietas dibandingkan laki-laki. Hal ini dapat terjadi karena klien yang menjadi responden dalam penelitian ini tidak seimbang, lebih banyak laki-laki daripada perempuan.

Hasil penelitian ini menunjukkan karakteristik jenis kelamin mempengaruhi ansietas klien sebesar 57,2%, di mana pada perempuan penurunan ansietas lebih tinggi daripada laki-laki.

Selain faktor jenis kelamin, ada faktor lain yang mempengaruhi ansietas klien yaitu dampak perbedaan penyakit yang dialami klien (hasil riset Mendlowicz M, 2000), pengalaman hospitalisasi dan prosedur medis juga dapat meningkatkan ansietas bahkan trauma bagi sebagian individu (Boyd & Nihart, 1998).

6.2.2 Hubungan Lama Hari Rawat Terhadap Ansietas Klien Dengan Gangguan Fisik

Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya pengaruh lama hari rawat terhadap ansietas. Rata-rata lama hari rawat klien adalah 7,19 dengan lama hari rawat tercepat 3 hari dan lama hari rawat terpanjang 31 hari.

Hasil riset Stein B. Murray, dkk (2004) di Los Angeles, San Diego dan Seattle menyatakan bahwa dari sejumlah 366 klien dengan gangguan ansietas, 10% diantaranya memerlukan waktu lebih dari 3 bulan untuk mengatasi ansietas dengan mendapatkan konseling dari tim kesehatan jiwa yang professional berupa psikoterapi saja, 40% dapat teratasi ansietasnya kurang dari 3 bulan dengan psikoterapi dan psikofarmaka (antiansietas). Asumsi peneliti bahwa terapi *thought stopping* perlu dikombinasikan dengan terapi lain sehingga lama hari rawat klien semakin sedikit.

6.2.3 Hubungan Pendidikan Terhadap Ansietas Klien Dengan Gangguan Fisik

Penelitian menunjukkan tidak ada pengaruh pendidikan klien terhadap ansietas ($p\text{-value} > 0,05$). Hasil tersebut menunjukkan walaupun pendidikan klien sebagian besar adalah sedang (SLTP dan SLTA) yaitu sebesar 48,8% dibandingkan dengan pendidikan rendah (tidak sekolah dan SD) sebesar 32% dan tinggi (Akademi dan perguruan tinggi) sebesar 18,6%, tetapi bila mempunyai kemauan dapat menurunkan ansietas.

Menurut Stuart dan Laraia, 2005, pendidikan dapat mempengaruhi perilaku dimana individu dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih mudah menerima informasi, mudah mengerti dan mudah menyelesaikan masalah. Pendapat ini didukung juga oleh Tarwoto dan Wartonah (2003) yang mengatakan bahwa status pendidikan yang rendah pada seseorang akan

menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami stress dibandingkan orang lain yang status pendidikannya lebih tinggi. Hasil penelitian ini bertentangan dengan kedua pendapat di atas, hal ini berarti terapi *Thought Stopping* dapat dilakukan oleh siapa saja tanpa mengenal latar belakang pendidikan.

6.2.4 Hubungan Pekerjaan Terhadap Ansietas Klien Dengan Gangguan Fisik

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan tidak ada perbedaan yang bermakna antara pekerjaan terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik ($p \text{ value} > 0,05$), sehingga status pekerjaan klien tidak berpengaruh terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik. Hal ini bertentangan dengan pendapat Stuart dan Laraia (2005) yang mengatakan bahwa kehilangan pekerjaan merupakan "frustasi eksternal" yang dapat menjadi penyebab timbulnya ansietas dan akan mempengaruhi perannya dimasyarakat. Seseorang yang mempunyai pekerjaan yang penting dan memerlukan aktivitas, maka akan merasa sangat terganggu apabila kehilangan kegiatan pekerjaan. (Stuart & Laraia, 2005).

Hasil penelitian ini bertentangan pula dengan pendapat Suliswati, 2005 yang mengemukakan bahwa status pekerjaan merupakan salah satu sumber eksternal yang dapat mencetuskan timbulnya ansietas. Ansietas terjadi sebagai akibat dari ancaman terhadap harga diri seseorang (Stuart & Laraia, 2005). Klien yang memiliki pekerjaan yang tetap, misalnya PNS atau pegawai swasta di suatu perusahaan akan memiliki harga diri yang lebih tinggi dan lebih tangguh mengalami ansietas. Sebaliknya, klien yang tidak bekerja atau memiliki pekerjaan yang tidak tetap, seperti buruh bangunan atau tukang ojek lebih rentan mengalami ansietas.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan ancaman meliputi : keterbatasan desain penelitian, keterbatasan instrumen, keterbatasan variabel dan keterbatasan hasil.

6.3.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah ”*Quasi experimental pre-post test control group*” dengan intervensi terapi *Thought Stopping*. Pengumpulan data dan pengukuran variabel dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah tindakan terapi *Thought Stopping*.

Polit dan Hungler (2001) menyatakan bahwa pada penelitian kuasi eksperimen semua variabel harus dikendalikan, jadi dapat dipastikan bahwa tidak ada variabel pengganggu. Namun demikian, area penelitian yang dilakukan adalah klien yang dirawat di rumah sakit dengan berbagai karakteristik yang berbeda dan bervariasi maka peneliti tidak dapat mengontrol seluruh variabel karakteristik demografi secara optimal sehingga variabel tersebut sedikit banyak akan mempengaruhi variabel penelitian. Salah satu variabel yang menurut peneliti menjadi pengganggu adalah faktor *setting* tempat pelaksanaan terapi *Thought Stopping* yang paling banyak dilakukan di bangsal rawat inap kelas tiga yang kurang nyaman dan *privacy* klien tidak terjaga. Untuk mengantisipasi hal ini, maka peneliti menggunakan *screen* untuk menjaga *privacy* klien. Masukan untuk penelitian berikutnya untuk membuat suasana yang nyaman bagi klien saat pelaksanaan terapi *thought stopping*, sehingga tidak mengganggu klien yang sedang diintervensi maupun klien lain saat berteriak “stop”.

6.3.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang terdiri dari instrumen A, B dan C terdiri dari kuesioner dengan jumlah yang terbatas, terutama untuk respon perilaku. Instrumen C belum mencakup semua respon hanya respon fisiologis, kognitif dan perilaku, sedangkan respon emosi belum ada. Pada penelitian selanjutnya perlu ditambahkan pernyataan evaluasi diri dan perlu dimasukkan pernyataan untuk observasi, sehingga ansietas klien dapat diukur dari semua respon.

6.3.3 Proses pelaksanaan penelitian

Pada awal penelitian peneliti melakukan sendiri, namun karena ruangan kurang nyaman dan privacy klien tidak terjaga dengan baik, maka peneliti meminta bantuan perawat ruangan yang bertugas untuk memberikan *screen* sebanyak 2 buah setiap kali melakukan terapi *Thought Stopping* dan melakukan kontrak pertemuan di luar jam istirahat klien lain. Dari beberapa klien yang diberikan terapi, ada beberapa yang tidak mengerti bahasa Indonesia, sehingga peneliti bekerjasama dengan keluarga klien untuk menterjemahkan perkataan peneliti kepada klien.

Pelaksanaan terapi *Thought Stopping* dilakukan selama 6 hari dalam seminggu mulai hari Senin – Sabtu dari pukul 08.00 sampai pukul 15.00, kecuali hari libur. Selama pelaksanaan terdapat 5 orang klien drop out, terdiri dari 3 orang klien kelompok intervensi (2 orang klien karena meninggal dan 1 orang klien pulang atas permintaan sendiri) serta 2 orang klien kelompok kontrol karena pulang atas permintaan sendiri.

Keterbatasan lain yang dialami adalah adanya klien yang hanya melakukan pertemuan selama 2 sesi (seharusnya 3 sesi) selama dirawat di rumah sakit karena berbenturan dengan hari libur. Peneliti membuat kontrak baru dengan klien untuk melanjutkan sesi ke 3 pada saat klien kontrol ke

Universitas Indonesia

poliklinik 3 hari setelah klien pulang. Selain itu jadwal pertemuan kadang ditunda karena klien harus menjalani pemeriksaan di luar ruang perawatan secara mendadak atau melakukan operasi di luar jadwal operasi yang sudah ditentukan.

6.4 Implikasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian pengaruh Terapi *Thought Stopping* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong menunjukkan hasil yang bermakna. Berikut diuraikan mengenai implikasi hasil penelitian terhadap :

6.4.1 Pelayanan Keperawatan

Kepala ruangan dan perawat pelaksana yang bertugas di tiga ruang rawat inap (R. Garuda, R. Kasuari dan R. Rajawali) mendapatkan pengetahuan tentang terapi *Thought Stopping* bagi klien yang mengalami gangguan psikososial berupa ansietas. Terapi *Thought Stopping* bermanfaat sebagai salah satu terapi spesialis perawat jiwa yang dapat dilakukan oleh perawat spesialis jiwa bagi klien yang sedang dirawat dengan gangguan fisik dan mengalami ansietas. Selanjutnya, peneliti peneliti berkolaborasi dengan bidang keperawatan untuk menambah satu poliklinik baru yaitu poliklinik jiwa untuk menangani klien yang mengalami gangguan psikososial, baik yang sedang dirawat di rumah sakit maupun klien umum dari luar rumah sakit. Perencanaan program tersebut sedang dalam proses penyusunan proposal untuk diajukan ke direktur RSUD Kabupaten Sorong dan Bupati Sorong.

6.4.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh terapi *Thought Stopping* terhadap ansietas sebagai salah satu intervensi yang dapat diberikan kepada klien dengan gangguan fisik. Pada kurikulum pendidikan perawat khususnya mata ajar keperawatan jiwa terapi *Thought Stopping* merupakan bentuk

terapi pada kelompok psikososial dalam upaya meningkatkan kesehatan jiwa dan dapat diberikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa terutama pada terapi keperawatan jiwa.

6.5 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini terbatas pada tingkat rumah sakit. Agar dapat digeneralisasi dapat diulang di beberapa rumah sakit umum lainnya. Penelitian kualitatif diperlukan untuk meneliti proses pelaksanaan terapi *Thought Stopping*. Hasil penelitian merupakan data awal untuk melakukan penelitian terapi *Thought Stopping* selanjutnya, baik pada klien dengan gangguan fisik yang dirawat di rumah sakit umum maupun klien gangguan psikososial di masyarakat.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai dengan pembahasan hasil penelitian ini maka dapat ditarik simpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan seperti penjelasan berikut:

7.1 Simpulan

7.1.1 Karakteristik klien gangguan fisik yang mengalami ansietas berada pada usia dewasa menengah (37,84 tahun) dengan rata-rata lama hari rawat 7,97 hari, laki-laki lebih banyak dari perempuan (52 orang), terbanyak berpendidikan SLTP dan SLTA (43 orang), status bekerja (50 orang), dirawat di ruang penyakit dalam (59 orang).

7.1.2 Terapi *thought stopping* dapat menurunkan ansietas klien dengan gangguan fisik sebesar 8,65.

7.1.3 Terapi *thought stopping* yang tidak diberikan pada klien dengan gangguan fisik dapat berakibat lebih buruk dibandingkan pada klien yang diberikan terapi *thought stopping*, bahkan dapat meningkatkan ansietas klien menjadi berat dan panic.

7.1.4 Karakteristik jenis kelamin berkontribusi pada ansietas klien dengan gangguan fisik.

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian tentang ansietas pada klien dengan gangguan fisik.

7.2.1 Aplikasi keperawatan

- a. Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi *Thought Stopping* sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan pada pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit umum dan masyarakat

- b. Organisasi profesi menetapkan terapi *Thought Stopping* sebagai salah satu kompetensi dari perawat spesialis keperawatan jiwa.
- c. Pembentukan ruang konseling jiwa di tiap rumah sakit umum, terutama di RSUD baik di wilayah Kota maupun Kabupaten Sorong untuk mengatasi masalah ansietas pada klien dengan gangguan fisik.
- d. Peneliti dalam hal ini mahasiswa S2 Keperawatan jiwa melakukan sosialisasi hasil penelitian tentang terapi *Thought Stopping* kepada bupati Sorong, dinas kesehatan kabupaten Sorong serta direktur RSUD Kabupaten Sorong.
- e. Departemen Kesehatan RI menetapkan suatu kebijakan untuk pelayanan kesehatan jiwa khususnya masalah ansietas dan psikososial lainnya yang ada di rumah sakit umum sebagai salah satu pelayanan kesehatan dasar dan upaya preventif pada masalah psikososial dengan pembentukan *Consultan-Liaison Psychiatric Nursing (CLPN)*.

7.2.2 Keilmuan

- a. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan bentuk terapi lain terkait dalam upaya menurunkan ansietas klien, misalnya relaksasi progresif untuk mengatasi respon fisiologis, terapi kognitif untuk mengatasi respon kognitif.
- b. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan modul terapi *Thought Stopping* dan melakukan pengesahan validitas isi secara resmi terhadap modul yang digunakan dalam pelaksanaan terapi *Thought Stopping*. Selain itu, hendaknya dilakukan juga uji kelayakan modul pada responden lain yang tidak mengikuti penelitian.
- c. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa pada semua tatanan pelayanan kesehatan dalam penerapan terapi *Thought Stopping*.

7.2.3 Metodologi

- a. Perlunya dilakukan penelitian lanjutan pada tatanan masyarakat yang lebih luas sehingga diketahui keefektifan penggunaan terapi *Thought Stopping* dalam menurunkan ansietas klien dengan gangguan fisik.
- b. Perlu diteliti lebih lanjut tentang karakteristik lain yang dapat mempengaruhi keberhasilan terapi *Thought Stopping* sebagai salah satu bentuk terapi individu untuk menurunkan ansietas klien dengan gangguan fisik.
- c. Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan terapi *Thought Stopping* untuk menjadikan terapi *Thought Stopping* sebagai salah satu model bentuk terapi keperawatan jiwa kelompok psikososial di rumah sakit umum maupun di masyarakat.
- d. Instrumen yang sudah digunakan dalam penelitian ini hendaknya dapat dipakai sebagai alat ukur dalam pelaksanaan kegiatan terapi *Thought Stopping*.

