

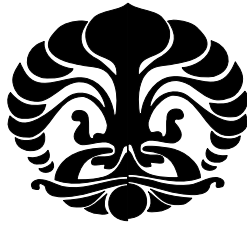
UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI *THOUGHT STOPPING* DAN *PROGRESSIVE
MUSCLE RELAXATION*
TERHADAP ANSIETAS PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN FISIK DI
RSUD Dr. SOEDONO MADIUN**

TESIS

Lilik Supriati
0806446454

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK, JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI *THOUGHT STOPPING* DAN *PROGRESSIVE
MUSCLE RELAXATION*
TERHADAP ANSIETAS PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN FISIK DI
RSUD Dr. SOEDONO MADIUN**

TESIS

Diajukan sebagai persyaratan untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan

Lilik Supriati
0806446454

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK, JULI 20110**

PERNYATAAN ORISINALITAS

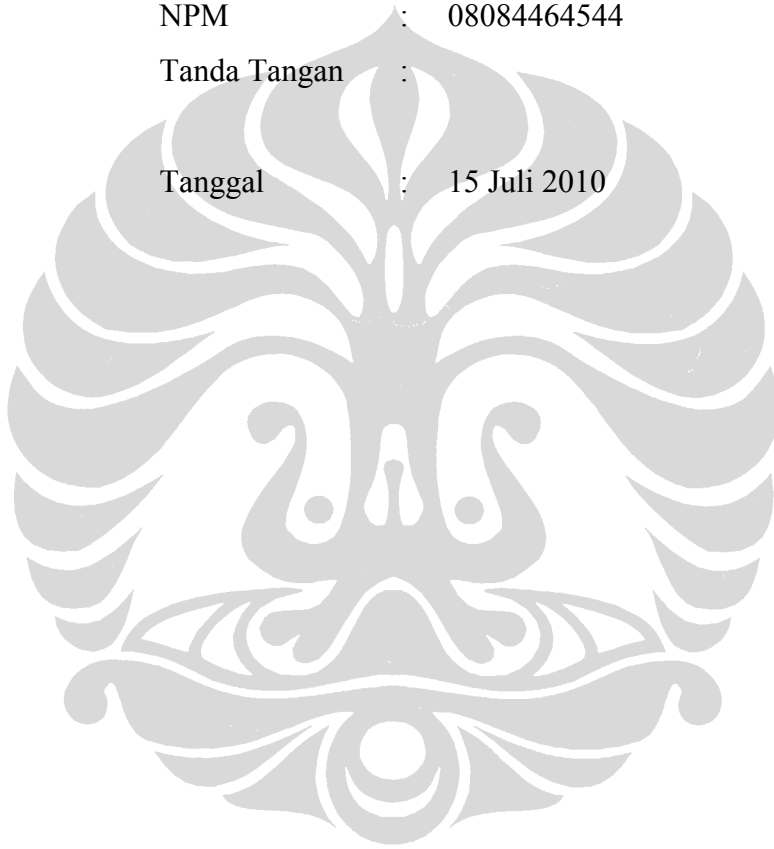
**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber
baik yang dikutip maupun dirujuk telah
saya nyatakan dengan benar**

Nama : Lilik Supriati

NPM : 08084464544

Tanda Tangan :

Tanggal : 15 Juli 2010



PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Lilik Supriati

NPM : 0806446454

Program Studi : Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa

Judul Tesis : Pengaruh Terapi *Thought Stopping* dan *Progressive Muscle Relaxation*
Terhadap Ansietas pada Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Dr.
Soedono Madiun

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dr.Budi Anna Keliat, SKp, M.appSc ()

Pembimbing II : Tuti Nuraini, SKp, M.Biomed ()

Penguji : Novi Helena C.D, SKp. MSc ()

Penguji : dr. Albert Maramis, SpKJ ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 15 Juli 2010

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lilik Supriati
NPM : 0806446454
Program Studi : Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa
Departemen : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, saya menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty – Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengaruh Terapi *Thought Stopping* dan *Progressive Muscle Relaxation* Terhadap Ansietas pada Klien dengan Gangguan Fisik Di RSUD Dr. Soedono Madiun

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, maka Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 15 Juli 2010

Yang menyatakan,

(Lilik Supriati)
**PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juni 2010

Lilik Supriati

Pengaruh terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono madiun

ABSTRAK

xvii+ 153 hal + 23 tabel + 4 skema + 17 lampiran

Thought stopping pada penelitian sebelumnya efektif terhadap ansietas tetapi belum optimal menurunkan respon fisiologis ansietas. Tujuan penelitian menjelaskan pengaruh terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik. Metode penelitian adalah *quasi experimental pre-post test with control group*. Penelitian dilakukan pada 56 klien yaitu 28 kelompok intervensi mendapat *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dan 28 kelompok kontrol hanya mendapat *thought stopping*. Hasil menunjukkan ansietas klien yang mendapat *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* menurun dari ansietas sedang ke ansietas ringan sedangkan yang mendapat *thought stopping* menurun tetap berada pada ansietas sedang. *Thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* menurunkan respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi secara bermakna ($p\text{-value}<0,05$). *Thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* direkomendasikan untuk penanganan ansietas di tatanan rumah sakit umum dan masyarakat.

Kata kunci : ansietas, *thought stopping*, *progressive muscle relaxation*, gangguan fisik
Daftar pustaka : 64(1995-2009)

**POST GRADUATE PROGRAM
FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Tesis, June 2010

Lilik Supriati

The Influence of Thought Stopping and Progressive Muscle Relaxation to Anxiety in physical Disorder Patient At Dr. Soedono Hospital Madiun

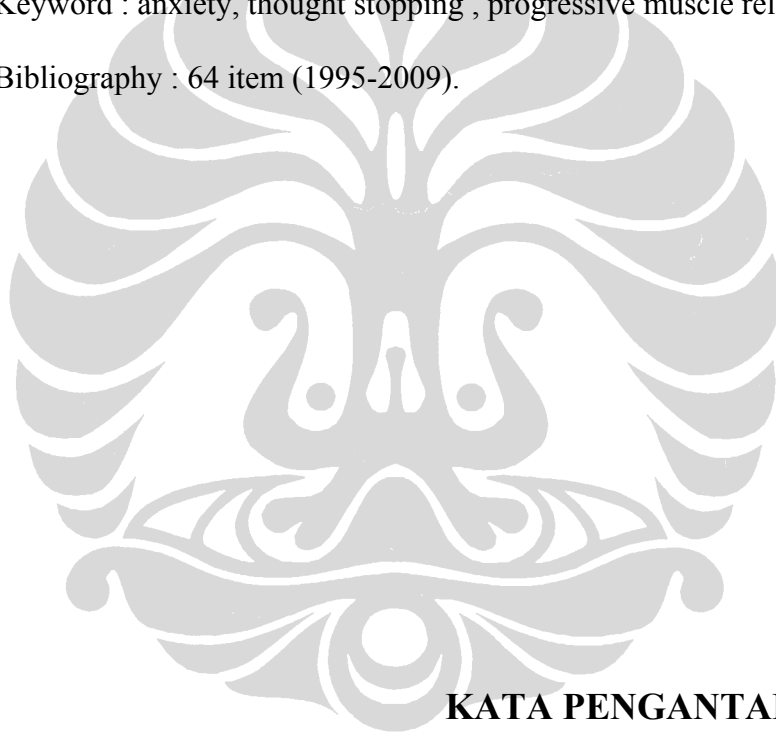
xvii + 153 pages + 23 tables + 4 scheme + 17 appendixs

ABSTRACT

Previous research had showed that *thought stopping* decreased anxiety but not yet optimal in physiological responses of anxiety. This study aims to determine the influence of thought stopping and progressive muscle relaxation on anxiety of physical disorder patient. This study used quasi experimental design with pre test-post test control group. Total population were 56 patients that divided into two group. They were 28 patients as control group that received thought stopping and 28 patients as intervention group received combination thought stopping and progressive muscle relaxation. Result showed anxiety in intervention group decreased from moderate anxiety to mild anxiety and control group decreased still in moderate anxiety. *Thought stopping* and *progressive muscle relaxation* decreased physiologic, cognitive, behavior and emotional responses of anxiety significantly ($p\text{-value} < 0,05$). The combination of this therapy was recommended as therapy to solve the anxiety at general hospital and community.

Keyword : anxiety, thought stopping , progressive muscle relaxation, physical disorders.

Bibliography : 64 item (1995-2009).



KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul **“Pengaruh Terapi *Thought Stopping* Dan *Progressive Muscle Relaxation* terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun”**. Tesis ini disusun dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk meraih gelar Magister Keperawatan Kekhususan keperawatan Jiwa pada Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia.

Selama proses penyusunan tesis ini, peneliti tidak lepas mendapatkan petunjuk dan bimbingan dari berbagai pihak. Maka dengan segala kerendahan hati, peneliti menyampaikan terima kasih kepada :

1. Dewi Irawaty, MA., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc, selaku koordinator Mata Ajar Tesis sekaligus Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan.
3. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc, selaku pembimbing I yang telah memberikan saran, arahan, bimbingan serta motivasi dalam penyusunan tesis ini hingga selesai.
4. Tuti Nuraini, S.Kp., M.Biomed selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan serta berbagai masukan dalam penyusunan tesis ini hingga selesai.
5. Herni Susanti S.Kp., M.N, selaku co asisten pembimbing I yang telah meluangkan waktu selama proses bimbingan, memberikan masukan serta motivasi dalam penyusunan tesis ini hingga selesai.
6. Staf Pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membekali ilmu, sehingga peneliti mampu menyusun tesis ini.
7. Direktur RSUD Dr. Soedono Madiun yang telah memberikan izin tempat penelitian.
8. Suamiku “dr. M. Rodli” dan buah hatiku tercinta ”Aurora” yang senantiasa memberikan dukungan besar serta berjuang bersama-sama selama menempuh studi.
9. Bapak dan ibu serta mertuaku yang telah memberikan dorongan baik dalam bentuk materi maupun spirit.
10. Rekan-rekan mahasiswa angkatan IV Program Pascasarjana Kekhususan Keperawatan Jiwa yang senasib dan sepenanggungan.
11. Semua pihak yang terlibat dalam penyusunan tesis ini, yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Besar harapan peneliti agar tesis ini dapat bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan umumnya bagi pengembangan ilmu keperawatan jiwa. Amien.

Jakarta, juni 2010

Peneliti

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	11
1.3 Tujuan Penelitian	12
1.4 Manfaat Penelitian	14
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Ansietas	
2.1.1 Pengertian	15
2.1.2 Proses Terjadinya Ansietas	17
2.1.3 Tanda dan Gejala	24
2.1.4 Tindakan untuk Mengatasi Ansietas	28
2.2 <i>Progressive Muscle Relaxation</i>	
2.2.1 Definisi.....	38
2.2.2 Indikasi <i>Progressive Muscle Relaxation</i>	40
2.2.3 Kontraindikasi <i>Progressive Muscle Relaxation</i>	41

2.2.4 Manfaat <i>Progressive Muscle Relaxation</i>	41
2.2.5 Pelaksanaan <i>Progressive Muscle Relaxation</i>	44
2.2.6 Pedoman Pelaksanaan <i>Progressive Muscle Relaxation</i> ...	53
2.3 Terapi <i>Thought Stopping</i>	
2.3.1 Konsep Terapi <i>Thought Stopping</i>	54
2.3.2 Tujuan Terapi <i>Thought Stopping</i>	55
2.3.3 Terapis.....	55
2.3.4 Sesi- Sesi Dalam Terapi <i>Thought Stopping</i>	56
2.3.5 Pelaksanaan Terapi <i>Thought Stopping</i>	60
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN	
DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Teori	62
3.2 Kerangka Konsep	65
3.2 Hipotesis	67
3.4 Definisi Operasional	67
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	72
4.2 Populasi dan Sampel	
4.2.1 Populasi	74
4.2.2 Sampel	74
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	77
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	78
4.4 Etika Penelitian	78
4.5 Alat Pengumpulan Data.....	79
4.6 Uji Coba Instrumen.....	80
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	82
4.8 Analisa Data.....	85
BAB 5 HASIL PENELITIAN	

5.1 Proses Pelaksanaan Terapi <i>Thought stopping</i> dan <i>Progrressive Muscle Relaxation</i> pada klien dengan Gangguan Fisik.....	89
5.2 Hasil Penelitian.....	91

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progrressive Muscle Relaxation</i> Terhadap Pengetahuan dan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas klien.....	121
6.2 Pengaruh <i>Terapi Thought Stopping</i> dan <i>Progrressive Muscle Relaxation</i> Terhadap Tanda dan Gejala Anseitas pada Klien.....	128
6.3 Pengaruh Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas klien terhadap Perubahan Ansietas.....	138
6.4 Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas, Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien.....	140
6.5 Keterbatasan penelitian	146
6.6 Implikasi Hasil Penelitian.....	147

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan	149
7.2 Saran.....	151

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Proses Pelaksanaan Terapi <i>Thought stopping</i> dan <i>Progrresive Muscle Relaxation</i> pada klien dengan Gangguan Fisik.....	89
5.2 Hasil Penelitian.....	91

BAB 6 PEMBAHASAN

6.7 Pengaruh Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progrresive Muscle Relaxation</i> Terhadap Pengetahuan dan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas klien.....	123
6.8 Pengaruh <i>Terapi Thought Stopping</i> dan <i>Progrresive Muscle Relaxation</i> Terhadap Tanda dan Gejala Anseitas pada Klien.....	126
6.9 Pengaruh Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas klien terhadap Perubahan Ansietas.....	138
6.10 Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas, Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien.....	140
6.11 Keterbatasan penelitian	145
6.12 Implikasi Hasil Penelitian.....	146

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan	148
7.2 Saran.....	150

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Tingkat Respon Ansietas	26
Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Variabel Peneli.....	67
Tabel 4.1 Analisa Bivariat dan Multivariat Variabel Penelitian.....	88
Tabel 5.1 Analisis Usia Klien dengan Gangguan Fisik pada Kelompok Intervensi dan pada Kelompok Kontrol di RSUD Dr. Soedono Madiun tahun 2010.....	92
Tabel 5.2 Distribusi Klien dengan Gangguan Fisik berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Ruang perawatan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010	93
Tabel 5.3 Analisis Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Sebelum Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progrressive Muscle Relaxation</i> pada Kelompok Intervensi dan Sebelum Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> pada Kelompok Kontrol di RSUD Dr. Soedono Madiun	96
Tabel 5.4 Analisis Perbedaan Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Sebelum-Sesudah Intervensi Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progressive Muscle Relaxation</i> pada Kelompok Intervensi dan Sebelum Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> pada Kelompok Kontrol di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010.....	97
Tabel 5.5 Analisis Selisih Perbedaan Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien Sebelum dan Setelah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progressive Muscle Relaxation</i> pada Kelompok Intervensi dan Sebelum Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought</i>	

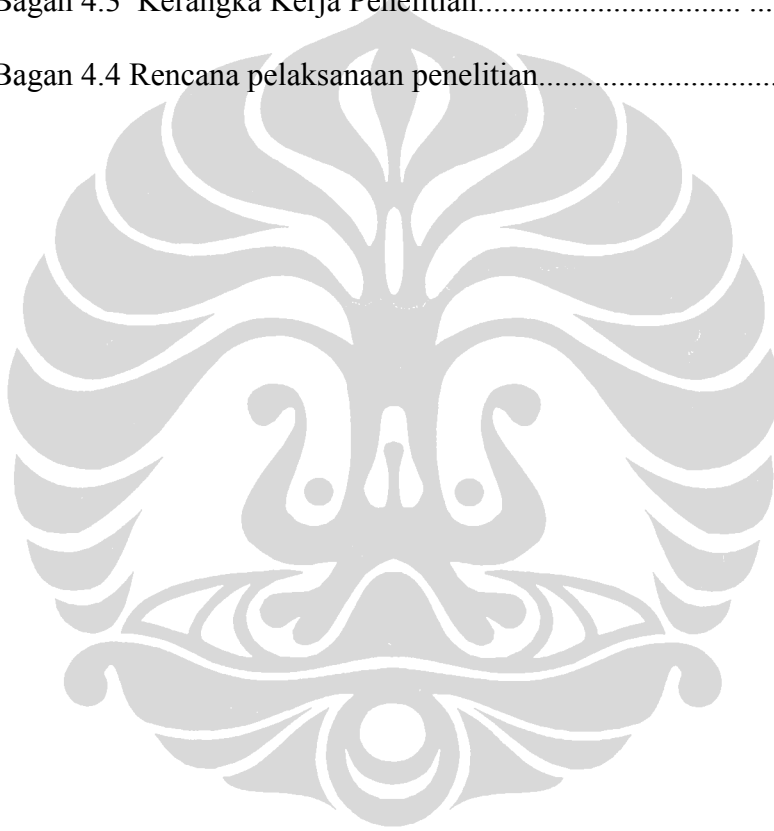
	<i>Stopping</i> pada Kelompok Kontrol di RSUD Dr. Soedono Madiun tahun 2010.....	98
Tabel 5.6	Analisis Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien Setelah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progressive muscle Relaxation</i> pada Kelompok Intervensi dan Setelah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> pada Kelompok Kontrol di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010.....	100
Tabel 5.7	Analisis Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi Sebelum Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progrressive Muscle Relaxation</i> pada Kelompok Intervensi dan Sebelum dilakukan terapi <i>thought stopping</i> pada kelompok kontrol di RSUD Dr. Soedono Madiun tahun 2010.....	101
Tabel 5.8	Analisis Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Observasi Sebelum dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progrressive Muscle Relaxation</i> pada Kelompok Intervensi dan Sebelum Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> pada Kelompok Kontrol di RSUD Dr. Soedono Madiun tahun 2010.....	103
Tabel 5.9	Analisis Perbedaan Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi Diri Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progrressive Mmuscle Relaxation</i> pada Kelompok Intervensi dan Sebelum Sesudah Dilakukan Terapi <i>Tthought Stopping</i> pada Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010.....	104
Tabel 5.10	Analisis Perbedaan Ansietas Klien Dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Observasi Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought Sstopping</i> Dan <i>Progrressive Muscle Relaxation</i> pada Kelompok Intervensi dan Sebelum Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> pada	

	Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010.....	106
Tabel 5.11	Analisis Selisih Perbedaan Ansietas Klien Dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi Diri Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progrressive Muscle Relaxation</i> pada Kelompok Intervensi dan Sebelum Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> pada Kelompok Kontrol di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010.....	108
Tabel 5.12	Analisis Selisih Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Observasi Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progrressive Muscle Relaxation</i> pada Kelompok Intervensi dan Sebelum Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> pada Kelompok Kontrol di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010.....	110
Tabel 5.13	Analisis Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi Diri Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progrressive Muscle Relaxation</i> Pada Kelompok Intervensi dan Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> pada Kelompok Kontrol di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010.....	112
Tabel 5.14	Analisis Ansietas Klien Dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Observasi Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> dan <i>Progrressive Muscle Relaxation</i> pada Kelompok Intervensi dan Sesudah Dilakukan Terapi <i>Thought Stopping</i> Pada Kelompok Kontrol di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010.....	114
Tabel 5.15	Faktor yang Berkontribusi Terhadap Pengetahuan Cara Mengatasi Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010.....	115

Tabel 5.15	Faktor yang Berkontribusi Terhadap Pengetahuan Cara Mengatasi Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010.....	116
Tabel 5.16	Faktor yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010	116
Tabel 5.17	Faktor yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010	117
Tabel 5.18	Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Klien Berdasarkan Evaluasi Diri Klien di RSUD dr Soedono Madiun Tahun 2010.....	117
Tabel 5.19	Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Klien Berdasarkan Evaluasi Diri Klien di RSUD dr Soedono Madiun Tahun 2010.....	118
Tabel 5.20	Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Berdasarkan Observasi Klien di RSUD dr. Soedono Madiun.....	118
Tabel 5.21	Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Berdasarkan Observasi Klien di RSUD dr. Soedono Madiun.....	119
Tabel 5.22	Perubahan Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Terhadap Perubahan Ansietas pada Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010.....	119
Tabel 5.23	Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas pada Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010.....	120

DAFTAR BAGAN

	Hal
Bagan 3.1 Kerangka Teori Penelitian	64
Bagan 3.2 Kerangka Konsep Penelitian	66
Bagan 4.1 Desain penelitian <i>Pre-Post Test Control Group</i>	72
Bagan 4.3 Kerangka Kerja Penelitian.....	82
Bagan 4.4 Rencana pelaksanaan penelitian.....	83



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2 Lembar persetujuan
- Lampiran 3 Data demografi responden (Kuisisioner A)
- Lampiran 4 Kuesioner B (Pengukuran ansietas)
- Lampiran 5 Lembar observasi
- Lampiran 6 Kuisisioner D (kemampuan kognitif dan psikomotor)
- Lampiran 7 Modul ansietas
- Lampiran 8 Modul *progressive muscle relaxation*
- Lampiran 9 Modul terapi *thought topping*
- Lampiran 10 Kisi-kisi instrumen penelitian
- Lampiran 11 Daftar Riwayat hidup peneliti
- Lampiran 12 Keterangan lolos uji etik
- Lampiran 13 Keterangan lulus uji expert validity
- Lampiran 14 Keterangan lulus uji kompetensi
- Lampiran 15 Surat ijin penelitian dari FIK-UI
- Lampiran 16 Surat perijinan melakukan uji instrument di RS Dr Sayiditman Magetan
- Lampiran 17 Surat perijinan melakukan uji instrument dan penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun.

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan fisik adalah suatu keadaan yang terganggu secara fisik oleh penyakit maupun secara fungsional berupa penurunan aktivitas sehari-hari. Gangguan fisik terjadi apabila kondisi fisik mengalami penurunan dan berakibat pula pada kemampuan individu melakukan aktivitasnya. 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 yang menyebabkan ketidakseimbangan terhadap individu.

Gangguan fisik dapat mengancam integritas diri seseorang. Ancaman tersebut berupa ancaman eksternal dan internal (Stuart & Laraia, 2005). Ancaman eksternal antara lain 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. Nyeri merupakan tanda indikasi awal adanya ancaman internal terhadap integritas fisik. Taylor (2007) mengatakan bahwa ancaman gangguan fisik yang terjadi dalam kehidupan individu dapat menjadi stressor yang bisa menyebabkan terjadinya stres dan kecemasan.

Stres merupakan respon yang terjadi karena adanya stressor yang berasal dari lingkungan atau terjadinya ancaman berbahaya dalam kehidupan individu baik nyata atau tidak (Sarafino, 2000). Hans Selye (1956, dalam Videbeck, 2008) mengidentifikasi aspek-aspek fisiologis stres dalam teori *general adaptation syndrome* yang terdiri dari tiga tahap reaksi terhadap stres mengatakan bahwa pada tahap awal, stres merupakan *alarm* atau peringatan bagi tubuh terhadap adanya kejadian berbahaya. Pada tahap reaksi alarm ini, stres menstimulasi pesan fisiologis tubuh dari hipotalamus ke kelenjar dan organ-organ untuk mempersiapkan pertahanan tubuh potensial. Frisch dan Frisch (2006) menjelaskan ketika penyakit

masuk, individu merespon dengan suatu perlawanan untuk tetap hidup dan kembali sehat. Hal tersebut menunjukkan bahwa pada saat terjadi ancaman terhadap tubuh, individu akan berusaha melawan untuk menjaga *homeostasis* atau keseimbangan.

Stres dapat menyebabkan terjadinya perubahan kognitif, emosi/psikologis dan sosial pada individu (Sarafino, 2000). Dampak negatif yang paling sering terhadap aspek psikologis/emosi sebagai respon stres adalah ansietas, depresi dan ketidakberdayaan yang diekspresikan sebagai bentuk distres, ketidakmampuan dan ketidaknyamanan terhadap kondisi yang dialami (Taylor, 2007). Hal ini dapat dikatakan bahwa ansietas merupakan salah satu respon dan dampak akibat stres yang dialami oleh individu.

Gangguan fisik sangat beragam dan banyak terjadi di masyarakat Indonesia. Gambaran gangguan fisik pada penduduk yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia seperti yang dilaporkan dalam riset kesehatan dasar (2007) adalah sebagai berikut; demam berdarah dengue 0,6%, hepatitis 0,6%, tuberkulosis 0,99%, diabetes melitus 1,1%, penyakit filariasis sebesar 1,1%, campak 1,18%, tipoid 1,6%, pneumonia 2,13%, malaria 2,85%, asma 3,5%, penyakit tumor 4,3%, penyakit jantung 7,2 %, hipertensi 7,6%, stroke 8,3%, diare 9%, infeksi saluran pernapasan atas 25,5%, dan penyakit sendi 30,3%.

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 & Wartonah, 2003), kanker, penyakit jantung, nyeri kronik dan gangguan syaraf (Frisch & Frisch, 2006). Hal ini didukung oleh beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa klien dengan gangguan fisik yang mengalami ansietas yaitu pasien post stroke yang mengalami gangguan cemas menyeluruh adalah 6% di rumah sakit dan 3,5% di komunitas. Salah satu studi di Swedia mengatakan bahwa 41,2% pasien dengan cedera otak mengalami gangguan cemas menyeluruh (Kaplan, 2005).

Benyamin (1994, dalam Agustarika, 2009) memperkirakan bahwa antara 20%-40% dari seluruh klien yang dirawat di rumah sakit umum akan mengalami gangguan mental disamping gangguan fisik, 20%-30% klien yang masuk unit gawat darurat akan mengalami gangguan mental selain gangguan fisik (Storer, 2000). Hal ini menunjukkan bahwa klien dengan gangguan fisik yang datang ke pelayanan rumah sakit umum baik yang menerima pengobatan di unit gawat darurat, poliklinik rawat jalan maupun yang di rawat di ruang perawatan umum mempunyai kecenderungan untuk mengalami ansietas .

Ansietas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Menurut Stuart dan Laraia (2005), ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki obyek yang spesifik, dialami secara subyektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi (Videbeck, 2008). Hal ini menunjukkan bahwa ansietas yang dialami oleh individu bersifat subyektif dan tidak sama antara satu dengan yang lainnya.

Ansietas terdiri dari 4 (empat) tingkatan, yaitu: ringan, sedang, berat sampai panik. (Videbeck, 2008). Setiap tingkat menyebabkan perubahan lapang persepsi, fisiologis dan emosional pada individu. Seseorang dengan ansietas ringan lapang persepsinya 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 persepsinya sangat sempit, kehilangan kendali bahkan tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan komando dari orang lain.

Penyebab ansietas sangat individual dan beragam. Penyebab seseorang mengalami ansietas adalah peristiwa traumatik, konflik emosional yang tidak terselesaikan, konsep diri terganggu, frustrasi, gangguan fisik, pola mekanisme koping, riwayat gangguan ansietas, dan medikasi pemicu terjadinya ansietas (Suliswati, 2005). Videbeck (2008) mengatakan bahwa salah satu peristiwa yang dapat mencetuskan individu mengalami ansietas adalah gangguan kesehatan fisik. Penyakit kronis dan mahalnya biaya perawatan juga dapat menjadi stresor terjadinya ansietas. Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa gangguan fisik dapat menimbulkan ansietas karena dapat menjadi ancaman terhadap integritas fisik. Hal ini dapat dikatakan bahwa seseorang yang mengalami gangguan fisik menuntut individu tersebut untuk mampu beradaptasi terhadap perubahan fisik yang terjadi. Hawari (2008) mengemukakan apabila orang tersebut tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan maka timbullah keluhan berupa ansietas. Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa peristiwa akut serta proses adaptasi/perubahan yang terjadi akibat gangguan fisik dapat menjadi stimulus yang menyebabkan seseorang mengalami ansietas.

Ansietas memiliki dua aspek yaitu aspek yang sehat dan aspek yang membahayakan yang bergantung pada tingkat ansietas, lama ansietas dialami, dan koping individu (Videbeck, 2008). Ansietas dapat menyebabkan ketidakseimbangan fisik, psikologi dan sosial. Ketidakseimbangan fisik dapat berupa keluhan-keluhan somatik (fisik) seperti terjadinya palpitasi, peningkatan tekanan darah, insomnia, dan ketegangan pada otot (Stuart, 2007) dan disertai aktivitas saraf otonom. Ketegangan otot merupakan salah satu tanda yang sering terjadi pada kondisi stres dan ansietas yang merupakan persiapan tubuh terhadap potensial kejadian berbahaya (*Center for Clinical intervention*, 2008). Ketidakseimbangan psikis (psikologis) berupa kekuatiran atau ketakutan terhadap sesuatu, keluhan sulit berkonsentrasi, bingung, dan kehilangan kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa ansietas dapat memberikan tanda dan gejala yang berupa keluhan-keluhan yang diungkapkan secara subyektif ataupun yang dapat diamati dengan observasi yang terdiri dari aspek fisik, aspek kognitif, psikologis, sosial dan perilaku.

Yayasan Depresi Indonesia (2002) menjelaskan bahwa dalam pelayanan kesehatan umum, sebagaimana dalam kesehatan jiwa ansietas adalah salah satu situasi komorbiditas tersering dari penderita gangguan jiwa. Ansietas merupakan salah satu bentuk dari gangguan jiwa yang sering tidak terdeteksi. Hal ini di dukung bahwa sebenarnya di masyarakat gangguan ansietas tersering kurang lebih sekitar 8 %. Gangguan kecemasan diperkirakan mengidap 1 dari 10 orang. Menurut data *National Institute of Mental Health* (2005) di Amerika Serikat terdapat 40 juta orang mengalami gangguan kecemasan pada usia 18 tahun sampai pada usia lanjut (Siswono, 2001). Hal ini menyebabkan gangguan jiwa di Indonesia seperti gambaran dari fenomena gunung es karena masalah ansietas sering tidak terdeteksi dalam pelayanan kesehatan. Dalam keperawatan jiwa, kecemasan merupakan gangguan jiwa yang termasuk dalam diagnosa resiko atau masalah psikososial.

Ansietas pada individu memberikan respon bersifat subyektif dan membutuhkan pendekatan yang unik pula. Respon ansietas individu terhadap gangguan secara fisik berkaitan dengan pengalaman masa lalu, persepsi terhadap penyakit, keyakinan terhadap penyembuhan dan sistem pelayanan kesehatan (Depkes, 2000). Persepsi individu terhadap penyakit akan menimbulkan masalah psikososial sehingga masalah psikososial sering kali terjadi mengiringi gangguan fisik yang dialami oleh individu. Masalah psikososial yang salah satunya adalah ansietas jika tidak ditangani dengan tepat akan semakin memperberat gangguan fisik yang terjadi.

Penelitian yang dilakukan oleh King dan Hardling (2006) membuktikan bahwa responden yang mempunyai nilai angka ansietas tinggi menunjukkan penyembuhan luka empat kali lebih lama daripada pasien yang tidak mengalami kecemasan dan depresi. Selain itu pada responden dengan ansietas mempunyai persepsi terhadap rasa nyeri pada luka dan kondisi sakit lebih tinggi. Ini menunjukkan bahwa ada hubungan timbal balik antara aspek fisik dan psikologis yang dialami oleh individu dengan gangguan fisik. Hal tersebut menunjukkan perlu adanya pendekatan dan

penanganan yang tepat terhadap masalah ansietas yang dialami oleh klien di rumah sakit umum dengan gangguan fisik.

Pendekatan dalam manajemen ansietas telah berkembang secara integratif dari gabungan beberapa teori. Burke, dkk (2004, dalam Wheeler, 2008) memaparkan bahwa penelitian yang mendukung dalam penggunaan berbagai intervensi untuk ansietas bukan berarti sama baiknya, tetapi berdasarkan pada keberhasilan di masyarakat. Sumber coping dalam diri internal maupun dari lingkungan sekitar yang dimiliki oleh individu juga akan mempengaruhi keberhasilan mengatasi ansietas. Sumber-sumber tersebut meliputi aset ekonomi, kemampuan diri (kemampuan pemecahan masalah), dukungan sosial dan keyakinan diri (Stuart & Laraia, 2005). Kemampuan diri yang dimiliki individu akan menentukan perilaku individu tersebut. Asuhan keperawatan pada klien dengan ansietas bertujuan agar klien mampu mengenal ansietas dan mampu mengatasi ansietas yang terjadi (Keliat, dkk, 2005). Kemampuan yang harus dimiliki klien terdiri dari pengetahuan dan kemampuan melakukan cara mengatasi ansietas terdiri dari klien mampu menyebutkan penyebab ansietas, menyebutkan situasi yang menyertai ansietas, menyebutkan perilaku terkait ansietas, melakukan situasi pengalihan situasi, melakukan teknik tarik napas dalam, melakukan teknik relaksasi otot (Keliat, dkk 2005).

Penatalaksanaan pada gejala ansietas menggunakan latihan relaksasi dan *biofeedback*. Menurut Varcolis (2006) beberapa terapi individu yang dapat digunakan adalah terapi kognitif (*cognitive therapy*), terapi perilaku (*behavioral therapy*) yang didalamnya meliputi *modelling*, *systemic desensitization*, *flooding* dan *thought stopping* serta *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 adalah *logoterapi* (Issacs, 2005).

Salah satu bentuk terapi individu yang dapat digunakan untuk menurunkan ansietas klien adalah dengan terapi *thought stopping*/terapi penghentian pikiran. *Thought stopping* adalah suatu teknik rahasia untuk mengatur pikiran negatif atau menghilangkan pikiran yang mengganggu dalam diri (Hana, 2008). *Thought stopping* (penghentian pikiran) merupakan salah satu contoh dari teknik psikoterapi *cognitif behavior* yang dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir (Tang & DeRubeis, 1999). Sehingga terapi ini membantu seseorang yang sedang mencoba dan menghentikan pikiran yang tidak menyenangkan.

Agustarika (2009) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa penggunaan terapi *thought stopping* mempunyai pengaruh yang signifikan dalam menurunkan ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong. Hasil yang didapatkan pada 43 klien sebagai responden menunjukkan penurunan ansietas setelah dilakukan terapi *thought stopping* jika dibandingkan pada klien yang tidak mendapatkan terapi *thought stopping*. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Agustarika (2009) didapatkan data bahwa klien yang mengalami ansietas menunjukkan angka yang paling tinggi terhadap ketidakseimbangan pada aspek fisik dan setelah dilakukan terapi *thought stopping* belum secara optimal teratasi. Sehingga dalam hal ini peneliti membuat rekomendasi perlunya untuk melakukan tambahan tindakan keperawatan spesialis jiwa yang lebih berfokus pada penurunan ansietas yang ditinjau pada aspek fisik.

Salah satu bentuk terapi individu lain yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah ansietas adalah dengan menggunakan terapi relaksasi. Penggunaan relaksasi dalam bidang klinis telah dimulai ketika Edmund Jacobson pada tahun 1938 melakukan riset dan dilaporkan dalam sebuah buku *progressive relaxation*. Jacobson mengemukakan teori bahwa ansietas menyebabkan ketegangan otot yang pada akhirnya meningkatkan perasaan ansietas. Jacobson berpendapat bahwa semua bentuk ketegangan termasuk ketegangan mental didasarkan pada kontraksi otot. Terapi ini disebut dengan relaksasi otot progresif atau *progressive muscle relaxation*. Edmund Jacobson (1938, dalam Synder & Lynquist, 2005) menjelaskan

bahwa terapi *progressive muscle relaxation* yang digunakan dalam manajemen stres dan kecemasan dapat digunakan sebagai terapi yang berdiri sendiri maupun dikombinasi dengan terapi yang lain. Soewondo (2009) mengatakan bahwa prosedur relaksasi ini dapat digunakan berdiri sendiri atau sebagai bagian dari prosedur yang lebih kompleks, seperti *disensitisasi sistemik* atau *cognitive behavioral therapy* (CBT). Hal ini menunjukkan bahwa sangat memungkinkan jika terapi *progressive muscle relaxation* digunakan secara bersamaan dengan terapi lain dalam penanganan ansietas klien.

Terapi relaksasi otot progresif atau *progressive muscle relaxation* adalah suatu terapi yang bertujuan untuk memberikan sensasi ketegangan dan merileksasikan otot-otot tubuh tertentu. Terapi *progressive muscle relaxation* merupakan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot-otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu tertentu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Synder & Lynquist, 2002). Terapi relaksasi otot progresif/*progressive muscle relaxation* merangsang pengeluaran zat-zat kimia *endorpin* dan *enkefalin* serta merangsang signal otak yang menyebabkan otot rilek dan meningkatkan aliran darah ke otak (Prawitasari, 2002).

Penelitian-penelitian yang mendukung terhadap keefektivan terapi *progressive muscle relaxation* ini antara lain adalah penelitian yang dilakukan oleh Lolak, dkk (2008) yang mengemukakan bahwa *progressive muscle relaxation* ini efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan pada klien dengan gangguan pernapasan yang sedang melakukan program rehabilitasi. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Ozdemir (2009) mengatakan bahwa terapi relaksasi otot progresif/*progressive muscle relaxation* juga efektif dalam menurunkan tingkat ansietas pada klien *post histerektomy*, penelitian When Chun Chen (2009) tentang efektivitas terapi *progressive muscle relaxation* terhadap penurunan ansietas pada klien *schizofrenia* akut serta penelitian yang dilakukan oleh Maryani (2009) yang menjelaskan bahwa terapi *progressive muscle relaxation* memberikan pengaruh yang signifikan

terhadap tingkat kecemasan, mual dan muntah setelah kemoterapi pada klien dengan kanker payudara.

Berdasarkan hasil temuan peneliti selama menjalani praktek aplikasi 1 tahun 2009 di ruang umum di Rumah Sakit Dr. Marzoeeki Mahdi Bogor ditemukan bahwa bahwa 9 dari 12 orang pasien (75%) yang menjadi pasien kelolaan dan resume mengalami ansietas. Peneliti sebagai mahasiswa S2 keperawatan jiwa melakukan *progrressive muscle relaxation* maupun terapi *thought stopping* terhadap penanganan masalah ansietas menunjukkan respon yang sangat baik yaitu klien secara subyektif menyampaikan kepuasan dan merasakan adanya penurunan kecemasan yang dirasakan. Klien mengatakan adanya perasaan lega karena merasa lebih rilek dan tenang. Selain itu ketika peneliti memberikan terapi *progressive muscle relaxation* kepada keluarga pasien dengan gangguan jiwa pada saat menjalani praktek komunitas di kelurahan Balumbang Raya pada tahun 2009, didapatkan evaluasi yang sangat memuaskan dari 3 orang anggota keluarga pasien yang dilakukan terapi ini. Evaluasi subyektif yang didapatkan yaitu 3 orang anggota keluarga menyampaikan bahwa terapi ini sangat membantu menurunkan ketegangan dan kecemasan dalam merawat anggota keluarganya yang sakit.

Penelitian ini menggunakan kombinasi terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dengan alasan bahwa terapi *thought stopping* merupakan tindakan keperawatan spesialis jiwa untuk menghentikan pikiran yang negatif atau kurang menyenangkan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Agustarika (2009) bahwa terapi ini efektif dalam menurunkan ansietas klien dengan gangguan fisik tetapi belum secara optimal terhadap penurunan gejala fisik ansietas sehingga peneliti mempunyai asumsi perlunya ditambah dengan terapi lain yang lebih berpengaruh langsung pada gejala fisik ansietas. Dalam hal ini peneliti memilih *progressive muscle relaxation* dikarenakan bahwa terapi ini merupakan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot-otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu tertentu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Selain itu, *progressive muscle relaxation* merupakan terapi yang bisa dikombinasi dengan terapi lain

seperti CBT, dan terapi *thought stopping* merupakan salah satu bentuk dari terapi CBT. Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan kombinasi terhadap kedua terapi tersebut. Penelitian tentang kombinasi kedua terapi ini dilakukan di RSUD Dr. Soedono Madiun.

RSUD Dr. Soedono Madiun adalah rumah sakit umum pemerintah tipe B milik pemerintah daerah propinsi Jawa Timur. RSUD Dr. Soedono Madiun sebagai unit swadana diatur dalam Perda no 6 tahun 1996 tentang persiapan RSUD Dr. Soedono Madiun menjadi unit swadana oleh Mendagri melalui Keputusan Menteri Dalam Negeri no 445-35-390 tahun 1996, namun baru secara efektif berfungsi sebagai rumah sakit swadana sejak april 1997. RSUD Dr. Soedono Madiun merupakan rumah sakit rujukan bagi rumah sakit kelas C dengan wilayah cakupan meliputi wilayah kerja Badan koordinator I di Madiun sampai dengan perbatasan Jawa Timur-Jawa Tengah yang meliputi 10 Kabupaten. RSUD Dr. Soedono Madiun telah memenuhi setifikat ISO-9001:2000/SNI 19 9001-2001 dan telah terakreditasi penuh untuk 16 standar pelayanan.

RSUD Dr. Soedono Madiun mempunyai BOR 69%, LOS 4 hari, TOI 2 hari dengan kapasitas tempat tidur 302. Berdasarkan laporan tahunan RSUD Dr. Soedono Madiun tahun 2008 didapatkan jumlah pasien yang dirawat mulai bulan januari sampai bulan desember 2008 sebanyak 18.579 orang. Sepuluh penyakit terbanyak rawat inap pada tahun 2008 yaitu diare dan gastroenteritis (543 kasus), cedera intrakranial (524 kasus), penyakit serebrovaskular (313 kasus), demam yang sebab tidak diketahui (312 kasus), nyeri perut dan panggul (245 kasus), demam dengue (208 kasus), gagal ginjal (204 kasus), asma (126 kasus), demam bolak-balik (114 kasus), diabetes melitus (99 kasus). Dari data tersebut maka dapat diketahui bahwa rata-rata pasien gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun berjumlah 50 orang setiap hari dengan kasus terbanyak diare dan gastroenteritis.

Hasil wawancara dengan dua orang kepala ruangan Wijaya Kusuma A dan B di RSUD Dr. Soedono Madiun didapatkan data bahwa banyak klien yang sedang

dirawat yang menyatakan susah tidur, merasa berdebar-debar, tekanan darah dan nadi meningkat, kelihatan tegang dan mengalami penurunan nafsu makan. Selain itu, berdasarkan hasil wawancara juga didapatkan data bahwa belum ada deteksi terhadap masalah ansietas pada klien gangguan fisik yang menjalani rawat inap serta belum optimalnya pelaksanaan asuhan keperawatan ansietas. Untuk itu, dipandang perlu untuk melakukan penyegaran tentang standar asuhan keperawatan ansietas kepada perawat di ruang rawat inap RSUD Dr. Soedono Madiun yang terdiri dari empat ruang yang akan digunakan sebagai tempat penelitian. Berdasarkan data inilah, maka peneliti tertarik melakukan penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun.

Berdasarkan uraian dan hasil temuan penelitian yang ada serta belum adanya penelitian yang melakukan kombinasi antara pemberian terapi *thought stopping* dengan *terapi progrssive muscle relaxation* terhadap ansietas dengan gangguan fisik dalam mengatasi ansietas. Maka peneliti tertarik untuk menerapkan kombinasi kedua terapi yaitu terapi *thought stopping* yang merupakan bagian dari terapi *cognitif behavior* dan terapi *progressive muscle relaxation* terhadap ansietas di RSUD Dr. Soedono Madiun dengan kasus penyakit yang bervariasi dan terbuka untuk pembaharuan dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

1.2 Perumusan masalah :

Banyaknya klien yang dirawat di rumah sakit umum yang mengalami ansietas dan belum optimalnya pelayanan kesehatan jiwa khususnya pelaksanaan terapi *thought stopping* dan terapi *progressive muscle relaxation* dalam menangani masalah ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun. Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

- 1.2.1 Banyaknya klien yang dirawat di RSUD Dr. Soedono Madiun yang menunjukkan gejala susah tidur, merasa berdebar-debar, tekanan darah dan nadi meningkat, kelihatan tegang dan mengalami penurunan nafsu makan

1.2.2 Belum adanya deteksi terhadap masalah psikososial ansietas pada gangguan fisik dan belum optimalnya program asuhan keperawatan pada masalah ansietas pada klien dengan gangguan fisik.

1.2.3 Belum adanya pelaksanaan terapi *thought stopping* dan terapi *progressive muscle relaxation* untuk ansietas klien dengan gangguan fisik.

Berdasarkan fenomena dan penjelasan diatas, maka pertanyaan penelitian adalah

1. Bagaimanakah pengetahuan dan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun?
2. Bagaimanakah pengaruh terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* terhadap pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara dalam mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun?
3. Bagaimanakah pengaruh terapi *thought stopping* terhadap terhadap pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun?
4. Apakah ada faktor lain yang berpengaruh terhadap pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun.

1.3.2 Tujuan Khusus Penelitian

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

- 1.3.2.1 Diketuinya karakteristik klien dengan gangguan fisik yang mengalami ansietas di RSUD Dr. Soedono Madiun

1.3.2.2 Diketahui pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas pada kelompok kontrol sebelum terapi *thought stopping* dan sebelum mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi di RSUD Dr. Soedono Madiun.

1.3.2.3 Diketahui perbedaan pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas sebelum dan setelah terapi *thought stopping* pada kelompok kontrol dan sebelum dan setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi di RSUD Dr. Soedono Madiun.

1.3.2.4 Diketahui perbedaan pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas antara kelompok kontrol setelah mendapat terapi *thought stopping* dan kelompok intervensi setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* di RSUD Dr. Soedono Madiun.

1.3.2.6 Diketahui faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pengembangan pelayanan keperawatan khususnya keperawatan jiwa. Manfaat penelitian ini meliputi:

1.4.1 Manfaat Aplikatif

Pelaksanaan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation terhadap* ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun diharapkan bermanfaat sebagai :

1.4.1.1 Panduan perawat dalam melaksanakan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada klien gangguan fisik yang mengalami ansietas

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

1.4.1.3 Bagi pihak RSUD Dr. Soedono Madiun dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan terutama untuk klien dengan gangguan fisik

1.4.2 Manfaat Keilmuan

1.4.2.1 Mengembangkan teknik terapi *thought stopping* dengan modifikasi bersama *progressive muscle relaxation* bagi klien gangguan fisik yang mengalami ansietas.

1.4.2.2 Hasil penelitian terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* terhadap ansietas pada klien gangguan fisik dapat dijadikan dasar praktek keperawatan khususnya keperawatan jiwa.

1.4.3 Manfaat Metodologi

1.4.3.1 Penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan bagi pengembangan penelitian lain dalam keperawatan jiwa khususnya pada penanganan ansietas klien dengan gangguan fisik.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan serta rujukan dalam penelitian, dalam bab ini akan dipaparkan tinjauan teori yang berkaitan dengan ansietas, terapi *thought stopping*, terapi *progressive muscle relaxation*, serta pedoman pelaksanaan *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik.

2.1 Konsep Ansietas

2.1.1 Pengertian

Ansietas merupakan pengalaman individu yang bersifat subyektif yang sering bermanifestasi sebagai perilaku yang disfungsional yang diartikan sebagai perasaan “kesulitan” dan kesusahan terhadap kejadian yang tidak diketahui dengan pasti (Varcarolis, 2007). Ansietas menurut Kaplan (2005), adalah sebagai “kesulitan” atau “kesusahan” dan merupakan konsekuensi yang normal dari pertumbuhan, perubahan, pengalaman baru, penemuan identitas dan makna hidup. Ansietas adalah perasaan tidak khas, disebabkan oleh dugaan akan bahaya atau frustrasi yang akan membahayakan rasa aman, keseimbangan atau kehidupan seseorang atau kelompok sosialnya. Wilkinson (2007) menjelaskan bahwa ansietas merupakan suatu keresahan, perasaan tidak nyaman yang tidak mudah atau *dread* disertai dengan respons otomatis; sumbernya seringkali tidak spesifik; perasaan khawatir yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya.

Fortinash dan Warret (2006) menjelaskan bahwa ansietas merupakan bagian integral dalam kehidupan manusia. Hampir sebagian individu dalam kehidupannya pernah mengungkapkan secara subyektif terhadap perasaan yang tidak spesifik berupa kesulitan dan kesusahan akibat ancaman eksternal yang berbahaya. Ansietas merupakan sinyal peringatan terhadap situasi yang mengancam, konflik dan berbahaya. Comer (1992, dalam Videbeck, 2008) menggambarkan ansietas sebagai perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika mengalami ansietas, individu mungkin

memiliki firasat akan ditimpa petaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi. Ansietas merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya bagi individu. Ansietas memiliki dua aspek yakni aspek sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung pada tingkat, lama ansietas dialami dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap ansietas. Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa ansietas merupakan reaksi emosional terhadap penilaian individu yang subyektif yang sangat akrab dengan kehidupan sehari-hari yang menggambarkan keadaan kuar, gelisah, tidak tenteram dan disertai ketidakseimbangan fisik, kognitif, psikologis dan perilaku.

Ansietas merupakan respon terhadap stres. Stres adalah kelelahan dan keletihan pada tubuh yang disebabkan oleh peristiwa dalam hidup (Seyle, 1956, dalam Videbeck, 2008). Ansietas terjadi jika individu mengalami kesulitan dalam beradaptasi terhadap situasi kehidupan, masalah dan tujuan hidup. Sistem saraf otonom berespon terhadap ansietas secara tidak sadar dalam tubuh. Saraf otonom menyebabkan perubahan pada tanda-tanda vital sebagai persiapan mekanisme pertahanan tubuh. *Glandula adrenal* mengeluarkan *adrenalin* atau *epinephrin* yang menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen, dilatasi pupil dan peningkatan tekanan arteri dan denyut jantung, dan peningkatan *glikogenolisis*. Jika kondisi berbahaya atau ansietas sudah selesai, maka saraf parasimpatis yang bekerja dan mengembalikan tubuh dalam kondisi normal kembali (Videbeck, 2008).

Ansietas dapat menyebabkan ketidakseimbangan fisik, psikologis dan sosial (Wilkinson, 2007). 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). Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa keluhan-keluhan yang diungkapkan secara subyektif maupun yang dapat diobservasi pada ansietas meliputi aspek fisik, kognitif, perilaku dan emosi.

2.1.2 Proses Terjadinya Ansietas

2.1.2.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stres (Stuart & Laraia, 2005). Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan proses terjadinya ansietas antara lain :

1) Biologi

Model biologis menjelaskan bahwa ekspresi emosi melibatkan struktur anatomi di dalam otak (Fortinash, 2006). Aspek biologis yang menjelaskan gangguan ansietas adalah adanya pengaruh *neurotransmitter*. Tiga *neurotransmitter* utama yang berhubungan dengan ansietas adalah *norepineprin*, *serotonin* dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA). Teori umum tentang peranan *norepineprin* di dalam ansietas ditunjukkan dengan adanya sistem *noradrenergik* yang teregulasi secara buruk. Peranan *gamma-aminobutyric acid* (GABA) dalam gangguan kecemasan didukung paling kuat oleh manfaat *benzodiazepine* yang meningkatkan aktivitas GABA pada reseptor GABA. Penelitian menemukan bahwa gejala sistem saraf otonomik dari gangguan kecemasan timbul jika diberikan agonis kebalikan *benzodiazepine* (Nemeroff, 2004). GABA merupakan neurotransmitter inhibitor pada otak. Pada studi neurologi dinyatakan bahwa terdapat penurunan kadar GABA dan penurunan reseptor GABA *benzodiazepine* pada klien dengan kecemasan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nemeroff (2004)

menunjukkan bahwa jumlah reseptor GABA menurun 20% dalam *cortex occipital* dibandingkan pada kelompok kontrol (Nemeroff, 2004).

Otak memiliki reseptor khusus terhadap *benzodiazepin*. Reseptor tersebut berfungsi membantu regulasi ansietas. Regulasi tersebut berhubungan dengan aktivitas neurotransmitter *gamma amino butyric acid* (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron dibagian otak yang bertanggung jawab menghasilkan ansietas. Bila GABA bersentuhan dengan *sinaps* dan berikatan dengan reseptor GABA pada *membran post-sinaps* akan membuka aliran atau pintu eksitasi sel dan memperlambat aktivitas sel. Teori ini menjelaskan bahwa individu yang sering mengalami ansietas mempunyai masalah dengan proses *neurotransmitter*.

Neural circuitry dari kecemasan berhubungan dengan *amigdala*. Stimulus yang berasal dari sensori *visual, auditory, olfactory, nociceptive* dan sensori *viceral* diteruskan melalui *talamus anterior* menuju *nucleus lateral amigdala* (LNA) yang akan mengirimkan signal stimulus menuju ke *central nukleus amigdala* (CNA). Dalam CNA akan terjadi integrasi informasi yang di manifestasikan secara autonomik dan perilaku yang menyebabkan rasa takut atau kecemasan (Cannistraro & Rauch, 2004). Impuls dari CNA akan diteruskan *afferent* menuju ke *nucelus parabrachial* yang menyebabkan terjadinya takipnea, ke *hypotalamus lateral* menyebabkan respon simpathis, ke *lokus serelus* menyebabkan peningkatan tekanan darah dan denyut jantung, ke paraventrikular *nukleus hypothalamus* menyebabkan aktivasi dari *hypothalamic-pituitary-adrenal*

(HPA) axis yang akan menstimulasi peningkatan *adrenocorticoid* (Cannistraro & Rauch, 2004). Adanya disfungsi dari hipocampus berhubungan dengan gangguan kecemasan. Selain itu adanya peningkatan aktivitas di dalam jalur *septo hipokampus* juga dapat menyebabkan kecemasan (Saddock, 2005).

2. Psikologis

Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa aspek psikologis memandang ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu *id* dan *superego*. *Id* mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan *superego* mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. *Ego* berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut dan fungsi ansietas adalah untuk mengingatkan *ego* bahwa ada ancaman berbahaya.

Sullivan (1953, dalam Stuart & Laraia, 2005) mempercayai bahwa ansietas tidak dapat muncul sampai seseorang mempunyai kesadaran terhadap lingkungannya. Ansietas pertama kali ditentukan oleh hubungan ibu dan anak pada awal kehidupannya, bayi berespon seolah-olah ia dan ibunya adalah satu unit. Dengan bertambahnya usia, anak melihat ketidaknyamanan yang timbul akibat tindakannya sendiri. Anak meyakini bahwa ibunya setuju atau tidak setuju dengan perilakunya itu.

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2003), maturitas individu, tipe kepribadian dan pendidikan juga mempengaruhi tingkat ansietas seseorang. Individu yang memiliki kepribadian matang akan lebih sukar mengalami gangguan akibat stres, sebab mempunyai daya adaptasi yang besar

terhadap stresor yang timbul sebaliknya individu yang berkepribadian tidak matang yaitu yang tergantung pada peka terhadap rangsangan sehingga sangat mudah mengalami gangguan akibat adanya stres. Orang dengan kepribadian tipe A lebih mudah mengalami gangguan stres daripada orang dengan kepribadian tipe B.

Sedangkan status pendidikan yang rendah pada seseorang, akan menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami stres dibanding dengan mereka yang status pendidikannya tinggi. Faktor pendidikan seseorang sangat mempengaruhi ansietas, klien dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi, menggunakan koping efektif dan konstruktif daripada seseorang dengan pendidikan rendah. Pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan luar sekolah dan berlangsung sepanjang hidup.

Suliswati, dkk., (2005) memaparkan bahwa ketegangan dalam kehidupan yang dapat menimbulkan ansietas diantaranya adalah peristiwa traumatik individu baik krisis perkembangan maupun situasional seperti peristiwa bencana, konflik emosional individu yang tidak terselesaikan dengan baik, konsep diri terganggu yang akan menimbulkan ketidakmampuan individu berfikir secara realitas, frustrasi atau rasa ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego serta pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani stres yang akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap konflik.

3. Sosial budaya

Suliswati, dkk., (2005) menerangkan bahwa riwayat gangguan ansietas dalam keluarga akan mempengaruhi respon individu dalam berespon terhadap konflik dan cara mengatasi ansietas. Tarwoto dan Wartonah (2003) memaparkan jika sosial budaya, potensi stres serta lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya ansietas. Cara hidup orang di masyarakat berdampak pada timbulnya stres. Individu yang mempunyai cara hidup sangat teratur dan mempunyai falsafah hidup yang jelas maka pada umumnya lebih sukar mengalami stres, sedangkan orang yang berada di tempat atau lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami stres.

2.1.2.2 Stresor Presipitasi

Stresor presipitasi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya ansietas (Suliswati, 2005). Stuart dan Laraia (2005) menggambarkan stresor pencetus sebagai stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Stresor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal. Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa stresor pencetus ini dapat disebabkan karena adanya ancaman terhadap integritas fisik yang meliputi disabilitas fisiologis atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan adanya ancaman terhadap sistem diri yang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu. Stresor pencetus ansietas dapat dikelompokkan dalam tiga kategori yaitu:

1. Biologi (fisik).

Gangguan fisik adalah suatu keadaan yang terganggu secara fisik oleh penyakit maupun secara fungsional berupa penurunan aktivitas sehari-hari. Gangguan fisik */physical*

disorders merupakan istilah yang ditinjau dari aspek medis yang sering digunakan untuk suatu istilah yang berlawanan dengan gangguan mental (*mental disorders*). Gangguan fisik merupakan kondisi terdapatnya indikasi untuk melakukan pemeriksaan objektif (seperti pemeriksaan kimia atau scan otak), sedangkan jika dasar pola pemeriksaannya pada perilaku disebut dengan mental disorders. Berdasarkan definisi diatas dapat diketahui bahwa gangguan fisik merupakan pendekatan yang menekankan pada aspek fisik atau penyakit saja.

Gangguan fisik terjadi apabila kondisi fisik mengalami penurunan, dan berakibat pula pada kemampuan individu melakukan aktivitasnya. 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.

Menurut Stuart dan Laraia (2005), gangguan fisik dapat mengancam integritas seseorang baik berupa ancaman secara eksternal maupun internal. Ancaman eksternal yaitu masuknya kuman, virus, polusi lingkungan, rumah yang tidak memadai, pakaian, makanan atau trauma injury, sedangkan ancaman internal yaitu kegagalan mekanisme fisiologis tubuh seperti jantung, sistem kekebalan, pengaturan suhu dan kehamilan. Nyeri merupakan indikasi awal adanya ancaman terhadap

integritas fisik. Hal ini menimbulkan ansietas dimana seringkali memotivasi seseorang meminta pertolongan perawatan.

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 & Wartonah, 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).

Selain itu, Stuart (2007) mengatakan bahwa kesehatan umum individu memiliki efek nyata sebagai presipitasi 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 mengatakan bahwa 41,2% pasien dengan cedera otak mengalami gangguan cemas menyeluruh (Kaplan, 2005).

2. Psikologi

Ancaman terhadap integritas fisik dapat mengakibatkan ketidakmampuan psikologis atau penurunan aktivitas sehari-hari seseorang. Apabila penanganan tersebut menyangkut identitas diri dan harga diri seseorang maka dapat mengakibatkan ancaman terhadap *self system*. Ancaman eksternal yang terkait dengan kondisi psikologis dan dapat

mencetuskan terjadinya ansietas diantaranya adalah peristiwa kematian, perceraian, dilema etik, pindah kerja, perubahan dalam status kerja. Sedangkan yang termasuk ancaman internal yaitu gangguan hubungan interpersonal dirumah, ditempat kerja atau ketika menerima peran baru (istri, suami, murid dan sebagainya).

3. Sosial budaya

Status ekonomi dan pekerjaan akan mempengaruhi timbulnya stres dan lebih lanjut dapat mencetuskan terjadinya ansietas (Tarwoto & Wartonah, 2003). Orang dengan status ekonomi yang kuat akan jauh lebih sukar mengalami stres dibanding mereka yang status ekonominya lemah. Hal ini secara tidak langsung dapat mempengaruhi seseorang mengalami ansietas, demikian pula fungsi integrasi sosialnya menjadi terganggu yang pada akhirnya mencetuskan terjadinya ansietas.

2.1.3 Tanda dan Gejala.

Pemahaman tentang ansietas perlu integrasi banyak faktor, termasuk pengetahuan dari perspektif psikoanalitis, interpersonal, perilaku, genetik dan biologis. Begitu juga manusia sebagai individu yang unik memiliki kemampuan penilaian terhadap stresor yang menyebabkan terjadinya ansietas yang berbeda pula. Menurut Stuart (2005) penilaian terhadap stresor adalah evaluasi bagi kesejahteraan individu, dimana didalamnya stresor memiliki arti, intensitas dan kepentingan

Peplau (1963, dalam Stuart & Laraia, 2005), Issacs (2005) serta Videback (2008) mengkategorikan ansietas menjadi empat tingkatan beserta tanda dan gejalanya yakni :

1. Ansietas ringan, berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Selama tahap ini, individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Individu melihat, mendengar dan menyerap lebih dari sebelumnya.

Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

2. Ansietas sedang merupakan perasaan yang mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda dan individu menjadi gugup/agitasi. Ansietas sedang memungkinkan individu berfokus pada hal yang penting dan mempersempit lapang persepsi. Individu melihat, mendengar dan menyerap lebih sedikit. Individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat melakukannya jika diarahkan.
3. Ansietas berat ditandai dengan lapang pandang yang berkurang. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal lain. Semua perilaku diarahkan pada pengurangan kecemasan dan memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.
4. Panik, berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror serta tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan dapat mengancam kehidupan. Meningkatnya aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pikiran yang rasional adalah semua gejala panik.

Tabel 2.1 dibawah ini adalah hasil modifikasi tingkat ansietas berdasarkan respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosional yang dimodifikasi dari Agustarika dan Sutejo (2009) berdasarkan teori yang dikembangkan oleh Peplau (1963, dalam Stuart & Laraia, 2005), Issacs (2005) serta Videback (2008)

Tabel 2.1
Tingkat Respon Ansietas

Tingkat Ansietas	Ringan	Sedang	Berat	Panik
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	Pernafasan meningkat	Pernafasan cepat dan dangkal
Ketegangan otot	Rileks ketegangan otot ringan	Wajah tampak tegang Ketegangan otot sedang	Rahang menegang Menggertakan gigi Ketegangan otot berat	Wajah menyeringai Mulut ternganga Ketegangan otot sangat berat
Pola makan	Masih ada nafsu makan	Meningkat/ menurun	Kehilangan nafsu makan	Mual / 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 brkeringat Akral dingin dan pucat	Keringat berlebihan	Keringat berlebihan Kulit teraba panas dingin

Tingkat ansietas	Ringan	Sedang	Berat	Panik
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 arahan banyak	Tidak bisa berfikir
Proses pikir	Pikiran logis	Perhatian menurun	Egosentris	Halusinasi Waham dan ilusi
Orientasi	Baik	Ingatan menurun	Pelupa	Disorientasi waktu, orang dan tempat
Perilaku				
Motorik	Rileks	Gerakan mulai tidak terarah	Agitasi	Aktivitas motorik kasar meningkat
Komunikasi	Koheren	Koheren	Bicara cepat	Inkoheren
Produktivitas	Kreatif	Menurun	Menurun	Tidak produktif
Interaksi sosial	Memerlukan orang lain	Memerlukan orang lain	Interaksi sosial kurang	Menarik diri
Emosional				
Konsep diri	Ideal diri tinggi	Tidak percaya diri	Merasa bersalah	Putus asa
Penguasaan diri	Tergesa-gesa	Tidak sabar	Bingung	Lepas kendali

Berdasarkan tabel 2.1 diatas dapat disimpulkan bahwa respon klien terhadap ansietas yang dimanifestasikan sebagai tanda dan gejala ansietas berbeda untuk setiap tingkatan. Hal ini menunjukkan semakin berat gejala ansietas yang dialami individu maka semakin berat pula tingkat ansietasnya.

Seseorang akan mengalami stres dan ansietas berkaitan dengan sumber koping dalam diri internal individu maupun dari lingkungan sekitarnya. Sumber-sumber tersebut meliputi aset ekonomi, kemampuan diri (kemampuan pemecahan masalah), dukungan sosial dan keyakinan diri (Stuart & Laraia, 2005).

Kemampuan diri yang dimiliki individu akan menentukan perilaku individu tersebut. Bloom (1908, dalam Taufik, 2007) mengatakan ada 3 ranah atau domain perilaku yaitu *cognitive*, *affective* dan *psychomotor*. Kognitif berkaitan dengan *knowledge* (pengetahuan) merupakan penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera. Psikomotor berhubungan dengan tindakan (*practice*) yaitu kecenderungan untuk bertindak,

Derajat ansietas seseorang dapat dilakukan pengukuran dengan menggunakan alat ukur (instrumen). Menurut Stuart dan Laraia (2005) membagi ansietas berdasarkan respon klien yang terdiri dari 4 (empat) respon yaitu : fisiologis, perilaku, kognitif dan afektif sedangkan Videbeck (2008) membagi derajat ansietas dibagi dalam 3 (tiga) bagian , yaitu berdasarkan respon fisik, kognitif dan emosional.

Instrumen pengukuran ansietas lainnya adalah *Hamilton Rating Scale for Anxiety* atau *HRS-A* (Hawari, 2008). *Hamilton Rating Scale for Anxiety* adalah skala penilaian yang dikembangkan untuk mengukur tingkat keparahan kecemasan berdasarkan simtomatologi. 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 kardiovaskuler (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. Nilai setiap item pada skala 5 titik, mulai dari 0 (tidak ada) sampai 4 (parah).

2.1.4 Tindakan untuk Mengatasi Ansietas

Penanganan terhadap masalah ansietas pada individu dapat dilakukan dengan berbagai macam pendekatan antara lain dapat dilakukan dengan mekanisme koping, tindakan keperawatan dan tindakan medis.

2.1.4.1 Mekanisme Koping

Individu yang mengalami ansietas akan menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya. Ketidakmampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis (Stuart, 2005). Ansietas ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran yang sadar. Ansietas sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping :

- 1) Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi stres secara realistis. Perilaku menyerang digunakan untuk menghilangkan atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Perilaku menarik diri digunakan menjauhkan diri dari sumber ancaman, baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara yang biasa dilakukan individu, mengganti tujuan atau mengorbankan aspek kebutuhan personal.
- 2) Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang. Tetapi karena mekanisme tersebut berlangsung secara relatif pada tingkat tidak sadar dan mencakup penipuan diri dan distorsi realitas, maka mekanisme ini merupakan respons maladaptif terhadap stres.

2.1.4.2 Penanganan medis

Menurut PPDGJ III (2001), ansietas diklasifikasikan sebagai gangguan ansietas fobik seperti agorafobia, fobia sosial dan fobia khas; gangguan ansietas lainnya seperti gangguan panik, gangguan ansietas menyeluruh (GAD), gangguan campuran ansietas dengan depresi serta gangguan obsesif kompulsif.

Terapi obat untuk gangguan ansietas diklasifikasikan menjadi antiansietas yang terdiri dari *ansiolitik*, *transquilizer minor*,

sedatif, hipnotik dan antikonfalsan (Stuart, 2005) . Mekanisme kerja dari obat ini adalah mendepresi susunan saraf pusat (SSP). Meskipun mekanisme kerja yang tepat tidak diketahui, obat ini diduga menimbulkan efek yang diinginkan melalui interaksi dengan *serotonin, dopamin* dan reseptor *neurotransmitter* lain (Halloway, 1996). Obat antiansetas digunakan dalam penatalaksanaan gangguan ansietas, gangguan somatoform, gangguan disosiatif, gangguan kejang, dan untuk pemulihan sementara gejala insomnia dan ansietas.

Efek samping yang umum dari penggunaan obat antiansietas yakni pada SSP (pelambatan mental, mengantuk, vertigo, bingung, tremor, letih, depresi, sakit kepala, ansietas, insomnia, kejang, delirium, kaki lemas, ataksia, bicara tidak jelas); kardiovaskuler (hipotensi ortostatik, takikardia, perubahan elektrokardiogram/EKG); mata dan THT (pandangan kabur, midriasis, tinnitus); gastro intestinal (anoreksia, mual, mulut kering, muntah, diare, konstipasi); kulit (kemerahan, dermatitis, gatal-gatal). Kontra indikasinya yaitu penyakit hati, klien lansia, penyakit ginjal, glaukoma, kehamilan atau menyusui, psikosis, penyakit pernafasan yang telah ada serta reaksi hipersensitivitas (Copel, 2007).

2.1.4.3 Tindakan Keperawatan

Filosofi keperawatan yang mendeskripsikan individu sebagai makhluk biopsikososial yang memiliki karakteristik unik dan berespon terhadap orang lain dan dunia dengan berbagai cara . Manusia mempunyai sifat yang holistik mempunyai pengertian bahwa manusia adalah makhluk fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Aspek-aspek tersebut saling berkaitan satu sama lain dan saling mempengaruhi (Videbeck, 2008). Definisi di atas menunjukkan bahwa ancaman terhadap aspek fisik dapat

mempengaruhi kondisi aspek lainnya sehingga penanganan pada pasien yang mengalami gangguan fisik harus diberikan secara holistik.

Menurut *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. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien yang sedang mengalami gangguan fisik yang sedang menjalani perawatan di rumah sakit umum tidak hanya terfokus pada masalah penyakit saja akan tetapi harus memperhatikan aspek lainnya. Untuk mengatasi masalah psikososial yang dialami klien dengan gangguan fisik di rumah sakit umum diperlukan manajemen dan penanganan 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).

Pergeseran konsep pelayanan kesehatan jiwa dari berbasis rumah sakit jiwa menjadi berbasis komunitas memberikan dampak terhadap peningkatan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan jiwa di setting pelayanan rumah sakit umum (Johnston & Cowman, 2008). PCLN (*psychiatric consultation liaison nursing*) merupakan program yang memfasilitasi kebutuhan tersebut dalam pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit umum. *Liaison Psychiatri* 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).

Consultation-Liasison Psychiatric Nursing (CLPN) pertama kali berkembang di Amerika pada tahun 1930 dan baru di terapkan di rumah sakit umum pertama kali tahun 1960. *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.

Consultan-Liasison Psychiaric Nursing merupakan praktek keperawatan lanjut yang dilakukan oleh perawat dengan pendidikan spesialis keperawatan jiwa (Johsnton dan Cowman, 2008). Pelayanan ini diberikan di setting rumah sakit umum untuk penanganan masalah psikososial pada pasien yang dirawat di rumah sakit umum seperti klien yang mengalami kecelakaan, kondisi emergency dan oncology (Robert, 1997). Pelayanan CLPN memberikan kontribusi terhadap peningkatan kolaborasi pada pelayanan aspek fisik dan psikososial pada klien sehingga meningkatkan pelayanan keperawatan secara profesional dan holistik selain itu CLPN juga memfasilitasi adanya konsultasi tentang pelayanan kesehatan jiwa kepada perawat maupun tenaga kesehatan profesional lainnya di setting rumah sakit umum terhadap masalah kesehatan jiwa khususnya aspek psikososial yang dialami oleh pasien secara intergratif (Sharrock & Happell, 2001). CLPN dapat dilakukan di rumah sakit umum berdasarkan kerja sama staf keperawatan dengan membentuk tim yang

menangani aspek psikososial yang dialami klien gangguan fisik. Salah satu masalah psikososial yang sering terjadi pada klien dengan gangguan fisik adalah ansietas.

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; Stuart & Laraia, 2005).

Asuhan keperawatan pada klien dengan ansietas bertujuan membantu klien mengenal ansietas dan mengatasi ansietas yang dialami. Kemampuan yang harus dimiliki klien terdiri dari pengetahuan dan psikomotor terdiri dari klien mampu menyebutkan penyebab ansietas, menyebutkan situasi yang menyertai ansietas, menyebutkan perilaku terkait ansietas, melakukan situasi pengalihan situasi, melakukan teknik tarik napas dalam, melakukan teknik relaksasi otot (Keliat, 2005).

Intervensi keperawatan untuk masalah ansietas secara umum menurut berbagai sumber adalah sebagai berikut:

1. Menurut *Nursing intervention clasification* (2008).

Dalam *Nursing intervention clasification* (2008), mendefinisikan *anxiety reduction* sebagai upaya untuk meminimalkan kondisi ketegangan, ketakutan, kekuatiran, atau kesulitan tentang ancaman berbahaya yang sumbernya tidak diketahui. Tindakan yang dilakukan dalam menurunkan kecemasan berdasarkan *Nursing intervention clasification* (2008) adalah:

1. Coba untuk tenang, gunakan pendekatan yang menentramkan hati.
2. Jelaskan harapan dengan jelas tentang perilaku pasien.
3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang akan terjadi pada saat tindakan/prosedur dilakukan.
4. Gali pemahaman klien terhadap situasi yang penuh stres.
5. Berikan informasi yang berkaitan dengan diagnosis, treatment dan prognosis.
6. Dampingi klien untuk kenyamanan, keselamatan dan menurunkan ketakutan dan libatkan keluarga.
7. Bantu klien untuk mengenali situasi yang menyebabkan kecemasan.
8. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan kontrol stimulus yang meningkatkan ketidaknyamanan klien.
9. Anjurkan klien untuk menggunakan teknik relaksasi.
10. Kaji tanda verbal dan non verbal ansietas.
11. Berikan terapi pengobatan jika diperlukan.

2. Menurut Yani, dkk (2000)

Yani, dkk (2000) membagi tindakan untuk masalah ansietas berdasarkan tingkat ansietas yang dialami oleh individu.

a. Tindakan keperawatan pada tingkat ansietas berat sampai panik adalah:

1. Membina hubungan saling percaya.
2. Menyadari dan mengontrol perasaan sendiri.
3. Menyakinkan klien tentang manfaat mekanisme koping yang bersifat melindunginya tetapi memfokuskan klien pada perilaku yang maladaptif.
4. Mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan ansietas pada klien.
5. Mengajak klien melakukan kegiatan/aktifitas sehari-hari yang telah dijadwalkan.

6. Meningkatkan kesehatan fisik dan kesejahteraan klien.

b. Tindakan keperawatan pada tingkat ansietas sedang.

1. Menjalin dan mempertahankan hubungan saling percaya.
2. Menyadari dan mengenal ansietas.
3. Membantu klien untuk mengenal ansietasnya.
4. Memperluas kesadaran klien terhadap perkembangan ansietas
5. Membantu klien mempelajari coping baru yang adaptif.
6. Meningkatkan respon relaksasi.

Dalam penelitian ini terapi umum ansietas yang digunakan adalah modul ansietas yang dikembangkan dalam Modul IC CMHN (2006).

Praktik intervensi lanjut untuk mengatasi gangguan ansietas berdasarkan beberapa ahli diantaranya adalah:

1. Terapi kognitif

Varcarolis, dkk., (2006) menjelaskan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang didasarkan pada keyakinan klien dalam kesalahan berfikir, mendorong pada penilaian negatif terhadap diri sendiri maupun orang lain. Selama proses restrukturisasi pikiran, terapis membantu klien untuk mengidentifikasi pikiran otomatis negatif yang menyebabkan ansietas, menggali pikiran tersebut, mengevaluasi kembali situasi yang realistis dan mengganti hal negatif yang telah diungkapkan dengan ide-ide membangun.

2. Terapi perilaku

Berbagai jenis teknik terapi perilaku digunakan sebagai pembelajaran dan praktik secara langsung dalam upaya menurunkan ansietas atau menghindari ansietas. Videbeck (2008) menegaskan bahwa terapi perilaku dipandang efektif

dalam mengatasi gangguan ansietas, terutama jika dikombinasikan dengan farmakoterapi.

3.. *Modeling*

Terapis secara khusus memberikan role model dan mendemonstrasikan perilaku yang sesuai dalam situasi yang ditakutkan dan kemudian klien menirukan. Menurut Issacs (2005) dalam terapi ini perilaku baru dipelajari dengan menirukan perilaku orang lain.

4. Desensitisasi sistematis

Konfrontasi bertahap dari suatu stimulus yang menimbulkan ansietas tinggi, terutama digunakan jika klien menderita fobia tertentu. Terapis mula-mula mengajarkan kepada klien bagaimana cara rileks dan kemudian mulai dengan stimulus yang menyebabkan ansietas ringan. Klien belajar menerapkan proses relaksasi ketika berhadapan dengan stimulus tersebut. Proses ini berlanjut sampai stimulus yang menimbulkan ansietas tinggi tidak lagi menyebabkan klien merasa ansietas (Isaacs, 2005).

5. *Flooding*

Berbeda dengan desensitisasi, teknik ini berangsur-angsur menyingkapkan klien kepada sejumlah besar stimulus yang tidak diinginkan di dalam suatu upaya untuk menghilangkannya. Klien belajar melalui penggalan yang panjang untuk mengurangi ansietas (Vancouver, dkk., 2006).

6. Pencegahan respon

Teknik ini dilakukan pada perilaku kompulsif, dimana terapis melarang kepada klien untuk melakukan perilaku kompulsif (seperti mencuci tangan berulang-ulang). Selain itu klien juga belajar mengurangi ansietas ketika kebiasaannya mulai hilang. Setelah belajar dengan terapis, klien dirumah menetapkan batas waktu secara berangsur-angsur sampai kebiasaannya mulai menghilang (Vancouver, dkk., 2006).

7. *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*

Pemberian CBT dan medikasi (anti ansietas dan anti depresan) dalam waktu 6-8 minggu akan membantu mengatasi ansietas sebanyak 70-90% (Anonim, 2009). Melalui hasil penelitian Mark, dkk (2000) CBT menunjukkan hasil yang efektif dalam mengatasi gangguan ansietas, selain terapi interpersonal dan psikodinamik.

8. Psikoedukasi keluarga

Psikoedukasi keluarga atau *family psychoeducation therapy* merupakan salah satu elemen program kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik. Tujuan program pendidikan ini adalah meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga teknik pengajaran untuk keluarga dalam membantu mereka melindungi keluarga dengan mengetahui gejala-gejala perilaku serta mendukung kekuatan keluarga itu sendiri (Stuart & Laraia, 2005).

9. *Assertive Community Treatment (ACT)*

Gangguan ansietas bila tidak ditangani akan mempengaruhi kualitas klien di masyarakat. Selain masyarakat dapat menjadi sumber terjadinya ansietas, masyarakat juga dapat menjadi sistem pendukung terhadap pemulihan gangguan ansietas. ACT merupakan suatu model yang didesain terdiri dari multidisiplin untuk memberikan pelayanan secara komprehensif termasuk pada gangguan ansietas dengan menggunakan sumber-sumber yang tersedia. Terapi ini penting dilakukan untuk mengurangi dampak dari gangguan ansietas di masyarakat seperti timbulnya masalah kesehatan fisik maupun psikis (Mauro & Murray, 2000). Dengan pemberian ACT diharapkan klien dengan ansietas dapat mengatasi masalahnya sehingga akan terbentuk lingkungan

keluarga dan masyarakat sebagai sistem pendukung khususnya dalam mengatasi ansietas.

10. Logoterapi

Teknik logoterapi bermanfaat untuk mengatasi fobia, ansietas, gangguan obsesi kompulsif dan pelayanan medis lainnya. Melalui metode konseling, terapis akan membantu dalam menemukan makna hidup (Johnson, 2006). Menurut Issacs (2005), terapi ini berfokus pada masalah-masalah hidup yang berkaitan dengan kebebasan, ketidakberdayaan, kehilangan, isolasi, kesepian, ansietas dan kematian. Penelitian Sutejo (2009) menunjukkan bahwa logoterapi efektif terhadap penurunan ansietas pada penduduk pasca gempa.

11. *Thought stopping*

Teknik penghentian pikiran negatif, dimana klien mungkin mengatakan stop keluar dari ide-ide yang muncul. Pengalihan pikiran yang tidak diinginkan secara diubah dan klien memilih alternatif ide positif. Ankrom (1998) menjelaskan bahwa *terapi thought stopping* atau disebut juga dengan istilah menghentikan pikiran merupakan teknik efektif dan cepat membantu menghadapi pikiran yang membuat stres dimana seringkali menyertai serangan panik, ansietas dan agrofobia. Penjelasan lebih lanjut tentang terapi *thought stopping* akan dijelaskan secara rinci pada pembahasan berikutnya.

12. Teknik relaksasi

Latihan relaksasi dilakukan melalui teknik pernapasan atau peregangan otot (*progressive muscle relaxation*). Menurut Stuart dan Laraia (2005) seseorang yang mengalami perasaan tidak tenang, ansietas dan stres psikologis, jika diberikan suatu latihan relaksasi yang terprogram secara baik maka akan menurunkan denyut nadi, tekanan darah tinggi, mengurangi keringat dan frekuensi pernafasan sehingga sangat efektif sebagai anti

ansietas. Dibawah ini adalah penjelasan lebih lanjut tentang *progressive muscle relaxation*.

2.2 *Progressive Muscle Relaxation*

2.2.1 Definisi

Istilah relaksasi sering digunakan untuk menjelaskan aktivitas yang menyenangkan. Ramdhani dan Putra (2008) menjelaskan bahwa relaksasi menghasilkan efek perasaan senang, mengurangi ketegangan, terutama ketegangan psikis yang berkaitan dengan kehidupan. Definisi relaksasi yang dikemukakan oleh (McCaffery & Beebe, 1989 dalam Kwekkboom & Gretarsdottir, 2006) mengatakan relaksasi adalah kondisi bebas secara relatif dari kecemasan dan ketegangan otot skeletal yang dimanifestasikan dengan ketenangan, kedamaian dan perasaan ringan.

Penggunaan relaksasi dalam bidang klinis telah dimulai semenjak awal abad 20, ketika Edmund Jacobson melakukan penelitian dan dilaporkan dalam sebuah buku *progressive Relaxation* yang diterbitkan oleh Chicago University Press pada tahun 1938. Dalam bukunya Jacobson menjelaskan mengenai hal-hal yang dilakukan seseorang pada saat tegang dan rileks. Pada saat tubuh dan pikiran rileks, secara otomatis ketegangan yang seringkali membuat otot-otot mengencang akan diabaikan (Zalaquet & McCraw, 2000 dalam Ramdhani & Putra, 2008).

Menurut sejarahnya metode relaksasi mengalami dua fase yang berbeda. Fase pertama dimulai dengan kerja Jacobson yang merupakan pelopor metode relaksasi, fase kedua dilakukan oleh Wolpe, seorang professor psikiatri pada Temple University and Eastern Pennsylvania Psychiatry Institute di Amerika. Dari hasil kedua penelitian pada dekade yang berbeda tersebut menunjukkan bahwa relaksasi dapat mengurangi ketegangan dan kecemasan (Beech dkk, 1982; Bernstein & Borkovec, 1973, dalam Prawitasari, 2002). Berdasarkan uraian diatas dapat dikatakan bahwa *progressive muscle relaxation* yang merupakan salah satu bentuk dari terapi

relaksasi dapat digunakan sebagai terapi pilihan pada pasien yang mengalami ansietas yang sering bermanifestasi adanya ketegangan otot.

Progressive muscle relaxation adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot – otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Synder&Lindquist, 2002). Pada latihan relaksasi ini perhatian individu diarahkan untuk membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika otot-otot dalam kondisi tegang.

Progressive muscle relaxation merupakan metode sistematis yang dilakukan dengan mengencangkan dan melemaskan sekelompok otot. Kontraksi otot akan diikuti dengan relaksasi dari 16 kelompok otot, termasuk tangan dan lengan dominan dan bukan lengan dominan, bisep dominan dan non dominan, dahi, pipi atas dan hidung, pipi bawah dan rahang, leher dan tenggorokan. Dada dengan bahu dan punggung atas, perut, Paha dominan dan non dominan, betis dominan dan non dominan dan kaki dominan dan non dominan (Berstein&Borkovec, 1973 dalam Kwekkeboom&Gretarsdottir, 2006). Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa *Progressive muscle relaxation* merupakan terapi relaksasi yang mudah untuk dilakukan.

2.2.2 Indikasi *progressive muscle relaxation*

Progressive muscle relaxation merupakan teknik manajemen terhadap stres dan ansietas telah digunakan pada berbagai tatanan pada berbagai populasi dan telah dibuktikan menjadi terapi yang efektif untuk digunakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan ansietas. *Progressive muscle relaxation* telah menunjukkan manfaat dalam mengurangi ansietas yang akan mempengaruhi berbagai gejala fisiologis dan psikologis karena kondisi medis. Teknik ini dianjurkan untuk orang-orang dengan gangguan kecemasan,

insomnia dan nyeri. Synder dan Lynquist (2002) mengatakan *progressive muscle relaxation* dapat digunakan sebagai terapi dalam manajemen stres dan kecemasan dan nyeri pada gangguan fisik seperti pasien asma, hipertensi, COPD (*chronic obstructive pulmonary diseases*), klien dengan gangguan jiwa (*psychiatric*), klien dengan pemulihan memori/ingatan, pasien kanker, *post-operative*, sakit kepala, pasien mual muntah, HIV, penyakit herpes dan klien yang akan mendapat prosedur medik tertentu.

Penelitian yang dilakukan oleh Lolak, dkk (2008) mengemukakan bahwa *progressive muscle relaxation* ini efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan pada klien dengan gangguan pernapasan yang sedang melakukan program rehabilitasi. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Ozdemir (2009) mengatakan bahwa terapi relaksasi otot progresif juga efektif dalam menurunkan tingkat ansietas pada klien *post histerektomy*, penelitian When Chun Chen, dkk (2009) terapi *progressive muscle relaxation* efektif dalam menurunkan ansietas pada pasien *schizofrenia* akut, serta penelitian yang dilakukan oleh Maryani (2009) yang menjelaskan bahwa terapi relaksasi otot progresif ini memberikan pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kecemasan, mual dan muntah setelah kemoterapi pada klien dengan kanker payudara.

2.2.3 Kontra indikasi *progressive muscle relaxation*.

Beberapa hal yang dapat menjadi kontraindikasi *progressive muscle relaxation* antara lain cedera akut atau ketidaknyamanan muskuloskeletal, infeksi atau inflamasi, dan penyakit jantung berat atau akut. Latihan PMR juga tidak dilakukan pada sisi otot yang sakit (Fritz, 2005).

Synder dan Lynquist (2002) menjelaskan bahwa selama melakukan latihan *progressive muscle relaxation*, terdapat hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain jika pasien mengalami distress emosional selama melakukan *progressive muscle relaxation* maka dianjurkan untuk menghentikan dan mengkonsultasikannya kepada perawat atau dokter. Jika otot terasa sakit atau

mengalami cedera pada bagian tubuh yang menjadi target atau mengalami nyeri otot yang berkelanjutan saat melakukan latihan ini, dianjurkan untuk menghentikan latihan dan segera berkonsultasi dengan dokter atau perawat.

2.2.4 Manfaat terapi *progressive muscle relaxation*

Relaksasi diciptakan setelah mempelajari sistem kerja saraf manusia yang terdiri dari sistem saraf pusat dan sistem saraf otonom. Sistem saraf pusat berfungsi mengendalikan gerakan-gerakan yang dikehendaki, misalnya gerakan tangan, kaki, leher dan jari-jari pada saat tubuh melakukan tugas-tugas tertentu. Sebaliknya sistem saraf otonom berfungsi mengendalikan gerakan-gerakan otomatis misalnya otot-otot halus (pengontrol pupil dan akomodasi lensa mata, dan gairah seksual). Proses kardiovaskular dan aktivitas kelenjar dalam tubuh Carlson (1994, dalam Ramdhani & Putra, 2008). Sistem saraf otonom terdiri dari dua sub sistem yaitu sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis yang kerjanya saling berlawanan. Sistem saraf simpatis lebih banyak aktif ketika tubuh membutuhkan energi misalnya pada saat terkejut, takut, cemas atau berada dalam kondisi tegang. Pada kondisi seperti ini, sistem saraf akan memacu aliran darah ke otot-otot skeletal, meningkatkan denyut jantung, napas menjadi cepat, tekanan darah meningkat dan hati mengeluarkan gula darah. Sebaliknya sistem saraf parasimpatis mengontrol aktivitas yang berlangsung selama penenangan tubuh, misalnya penurunan denyut jantung setelah fase ketegangan dan menaikkan aliran darah ke sistem *gastrointestinal* (Prawitasari, 2002).

Pada saat seseorang mengalami kejadian nyata atau potensial yang mengancam kesehatan maka akan terjadi respon sistem saraf simpatis yang berarti sebagai respon *fight-flight*. Hal ini termasuk dilatasi pupil, pernapasan meningkat, peningkatan denyut jantung, dan ketegangan pada otot (Synder&Lindquist, 2002). Respon ini membantu manusia dalam mengatasi situasi *stressfull* jangka pendek. Namun jika stres yang diterima berlangsung terus-menerus maka respon psikofisiologikal yang berulang dapat menimbulkan efek yang membahayakan tubuh. Brown (1997, dalam Synder & Lindquist, 2002)

menyebutkan bahwa respon stres adalah bagian dari jalur umpan balik yang tertutup antara otot-otot dan pikiran. Penilaian terhadap stressor mengakibatkan ketegangan otot yang mengirimkan stimulus ke otak dan membuat jalur umpan balik. Latihan relaksasi merupakan salah satu teknik pengelolaan diri yang didasarkan pada cara kerja sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Relaksasi otot akan menghambat jalur tersebut dengan cara mengaktifkan kerja sistem saraf parasimpatis dan manipulasi hipotalamus melalui pemusatan pikiran untuk memperkuat sikap positif sehingga rangsangan stress terhadap hipotalamus menjadi minimal (Copstead & Banasik, 2000).

Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa seseorang yang mengalami ansietas akan mengalami ketidakseimbangan secara fisik seperti perubahan pada tanda-tanda vital, gangguan pola makan, pola tidur dan adanya ketegangan otot. Hal tersebut juga didukung oleh Ankrom (2008) yang menyatakan bahwa kecemasan mencetuskan beberapa sensasi dan perubahan fisik, meliputi peningkatan aliran darah menuju otot, ketegangan otot, mempercepat atau memperlambat pernapasan, meningkatkan denyut jantung dan menurunkan fungsi digestif. *Center for clinical intervention* (2008) mengatakan bahwa ketegangan otot merupakan salah satu tanda yang sering terjadi pada kondisi stres dan ansietas yang merupakan persiapan tubuh terhadap potensial kejadian berbahaya. Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa pada kondisi ansietas, individu akan memerlukan banyak energi untuk mengembalikan ketidakseimbangan yang terjadi akibat respon ansietas yang dialami.

Jacobson (1938, dalam Synder & Lindquist, 2002) melaporkan bahwa tujuan *progressive muscle relaxation* adalah untuk mengurangi konsumsi oksigen tubuh, laju metabolisme tubuh, laju pernapasan, ketegangan otot, kontraksi ventricular premature dan tekanan darah sistolik serta gelombang alpha otak. Teshima, Sogawa dan Mizobe (1991, dalam Synder & Lindquist, 2002) mengemukakan bahwa relaksasi dapat meningkatkan *beta endorphin* dan berfungsi meningkatkan imun seluler. Selain itu, menurut Wolpe (1982, dalam Prawitasari, 2002) mengatakan bahwa efek otonomis yang menyertai relaksasi

merupakan kebalikan dari dengan ciri-ciri kecemasan. Relaksasi dapat digunakan untuk sebagai keterampilan coping yang aktif jika digunakan untuk mengajar individu kapan dan bagaimana menerapkan relaksasi dibawah kondisi yang menimbulkan kecemasan (Prawitasari, 2002).

2.2.5 Pelaksanaan terapi *progressive muscle relaxation*

Progressive muscle relaxation atau relaksasi otot progresif melibatkan kontraksi dan relaksasi berbagai kelompok otot mulai dari kaki kearah atas atau dari kepala kearah bawah. Selama melakukan latihan, pasien berfokus pada ketegangan dan relaksasi kelompok otot pada wajah, leher, bahu, dada, tangan, lengan, punggung, perut dan kaki. Untuk meregangkan otot secara progresif dimulai dengan menegangkan dan meregangkan kumpulan otot utama tubuh, dengan cara ini, maka akan disadari dimana otot itu berada dan hal ini akan meningkatkan kesadaran terhadap respon otot tubuh terhadap kecemasan dan ketegangan. Dengan mengetahui lokasi dan merasakan otot yang tegang, maka kita dapat merasakan hilangnya ketegangan dengan lebih jelas (Chalesworth&Nathan, 1996).

Teknik yang paling banyak digunakan adalah teknik yang dikembangkan oleh Bernstein dan Borkovec yang mengkombinasikan 108 otot-otot dan kelompok otot. Berdasarkan Jacobson menguranginya menjadi 16 kelompok otot sehingga lebih mudah digunakan (Synder & Lindquist, 2002). Menurut Arakawa (1995) terdapat empat elemen penting yang diperlukan untuk rileks yaitu (1) lingkungan yang tenang; (2) posisi yang nyaman; (3) sikap yang baik ; (4) perlengkapan mental (seperti kata, kalimat dan sebagainya). Lingkungan yang tenang diperlukan sehingga pasien dapat berkonsentrasi pada relaksasi otot termasuk membatasi interupsi/gangguan, suara-suara dan pencahayaan. Posisi yang nyaman memberikan dukungan bagi tubuh atau berbaring di tempat tidur pada posisi yang nyaman.

Pelaksanaan *progressive muscle relaxation*/relaksasi otot progresif untuk hasil yang maksimal dianjurkan dilakukan secara rutin selama 25- 30 menit setiap

sesi. Latihan dianjurkan dilakukan 2 kali sehari dan dilakukan 2 jam setelah makan untuk mencegah rasa mengantuk setelah makan (Charlesworth & Nathan, 1996). Jadwal latihan biasanya memerlukan waktu minimal satu minggu untuk hasil yang lebih maksimal. Berstein dan Borkovec menganjurkan menggunakan 10 sesi untuk latihan *progressive muscle relaxation*. Namun beberapa penelitian mengatakan bahwa dengan sedikitnya 4 sesi latihan sudah menunjukkan efek positif dari terapi (Gift, 1992; Peck 1997 dalam Synder & Lynquist, 2002).

Ada berbagai macam variasi prosedur yang dilakukan dalam pelaksanaan *progressive muscle relaxation*. Dibawah ini adalah berbagai cara yang dilakukan berdasarkan sumber yang berbeda:

3. Menurut buku modul 3 *progressive muscle relaxation* dalam *Center for Clinical intervention* (2008).

Prosedur yang dianjurkan selama melakukan terapi *progressive muscle relaxation* dapat mengikuti hal-hal sebagai berikut ini:

a). Prosedur umum

1. Pilih tempat yang nyaman dengan duduk atau berbaring di tempat tidur dan pastikan lingkungan sekitar tenang.
2. Tarik napas selama 4 detik, tahan 2 detik dan keluarkan perlahan-lahan selama 6 detik. Lakukan 2 kali.
3. Kemudian tegangkan sekelompok otot. Rasakan ketika otot-otot ditegangkan, tetapi yakinkan bahwa anda tidak merasakan rasa nyeri. Hal yang penting adalah bagaimana anda merasakan sensasi ketegangan daripada berfokus mencoba secara berlebihan untuk menegangkan otot, sehingga lakukan sesuai kemampuan anda ketika menegangkan otot.
4. Tegangkan kelompok otot tersebut selama 5 detik.
5. Lemaskan otot dan pertahankan selama 10 detik. Fokuskan perbedaan antara bagaimana ketika otot tegang dan ketika rileks.
6. Anda dapat melakukannya sebanyak 2 kali pada setiap sekelompok otot sebelum melakukan pada otot yang lainnya.

7. Ketika anda sudah selesai melakukan terapi ini, maka pertahankan kondisi rileksasi selama beberapa saat. Kemudian lakukan tarik napas dalam sebanyak 2 kali.

b). Gerakan Inti.

Dalam gerakan inti kelompok otot yang digunakan adalah tangan kanan dan kiri, lengan atas kanan dan kiri, dahi, mata dan pipi, mulut dan rahang, leher, bahu, bahu belakang, dada dan perut, pada dan pantat, kaki atas kanan dan kiri, kaki bawah kanan dan kiri. Gerakan yang dilakukan terdiri dari 18 gerakan untuk menggerakkan sekelompok otot tersebut.

2. Menurut Maryani (2009), prosedur yang dilakukan adalah sebagai berikut

1. Melepaskan kaca mata dan jam tangan, melonggarkan dasi, ikat pinggang, dan pakaian yang ketat.
2. Duduk dengan tenang pada posisi nyaman atau berbaring di tempat tidur pada posisi yang nyaman
3. Pastikan lingkungan sekitar tenang.
4. Biarkan mata terbuka selama beberapa menit. Kemudian secara perlahan menutup mata dan mempertahankannya tetap tertutup. Kebanyakan orang merasakan bahwa dengan menutup mata dapat membantu mempertahankan fokus selama latihan .
5. Tarik napas dalam beberapa kali sebelum memulai latihan. Hirup napas dalam secara perlahan-lahan melalui hidung dan hembuskan keluar melalui mulut. Ulangi beberapa kali.
6. Mulai mengencangkan dan melemaskan kelompok otot. Secara bertahap lakukan latihan kearah atas atau dari kepala kearah kaki dengan mengencangkan dan melemaskan masing-masing kelompok otot yang meliputi, tangan, siku dan lengan, wajah, dahi, mata , bibir, dada, perut, punggung bawah, tungkai, paha lutut dan kaki.

7. Tahan ketegangan setiap posisi selama 5 sampai 7 detik. Ikuti dengan relaksasi selama 10 sampai 20 detik sebelum berpindah pada kelompok otot berikutnya.
8. Fokus pada apa yang dirasakan selama mengencangkan otot dan saat rileks. Sewaktu tubuh merasa rileks, biarkan otot-otot untuk tetap rileks (rasakan perbedaan saat tegang dan rileks).
9. Setelah menyelesaikan latihan pada seluruh kelompok otot, dilanjutkan dengan napas dalam dan rasakan napas anda. Saat menghembuskan napas katakan 'rileks' dalam pikiran anda. Perhatikan perbedaan antara apa yang dirasakan setelah dan sebelum melakukan latihan dan fokus pada apa yang dirasakan dalam kondisi rileks ini.
10. Saat menyelesaikan latihan, buka mata dan duduk dengan tenang selama beberapa menit dengan mata terbuka, sambil meregangkan otot.
11. Akhiri latihan dengan menghirup napas melalui hidung dan hembuskan lewat mulut.

Ramdhani dan Putra (2008) menggambarkan gerakan yang dilakukan dalam *Progressive muscle relaxation* dalam pedoman latihan adalah sebagai berikut:



Gerakan 1 : Mengepalkan tangan

Sumber: Ramdhani dan Putra, 2008



Gerakan 2: untuk tangan bagian belakang

Gerakan pertama ditujukan untuk melatih otot tangan yang dilakukan dengan cara menggenggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan dan merasakan sensasi ketegangan yang terjadi. Pada saat kepalan dilepaskan klien dipandu untuk merasakan rileks selama 10 detik. Gerakan pada tangan kiri ini dilakukan dua-tiga kali sehingga klien dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan rileks yang dialami. Prosedur serupa juga dilakukan pada tangan kanan. Gerakan kedua adalah gerakan untuk melatih otot tangan bagian belakang. Gerakan ini dilakukan dengan cara menekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot-otot ditangan bagian belakang dan lengan bawah menegang ke langit-langit.



Gerakan 3: gerakan otot-otot bicep Gerakan 4: gerakan untuk melatih otot bahu

Sumber: Ramdhani & Putra, 2008

Gerakan ketiga adalah untuk melatih otot-otot *Biceps*. Otot biceps adalah otot besar yang terdapat di bagian atas pangkal lengan. Gerakan ini diawali dengan menggenggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot-otot biceps akan menjadi tegang.

Gerakan keempat ditujukan untuk melatih otot-otot bahu. Relaksasi untuk mengendurkan bagian otot-otot bahu dapat dilakukan dengan cara mengangkat kedua bahu setinggi tingginya seakan-akan bahu akan dibawa hingga menyentuh

kedua telinga. Fokus perhatian gerakan ini adalah kontras ketegangan yang terjadi di bahu, punggung atas, dan leher.



Gerakan 5: untuk otot dahi



Gerakan 6: untuk otot mata



Gerakan 7: untuk otot mulut



Gerakan 8: untuk rahang

Gerakan kelima sampai ke delapan adalah gerakan-gerakan yang ditujukan untuk melemaskan otot-otot di wajah. Otot-otot wajah yang dilatih adalah otot-otot dahi, mata, rahang, dan mulut. Gerakan untuk dahi dapat dilakukan dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot-ototnya terasa dan kulitnya keriput.

Gerakan yang ditujukan untuk mengendurkan otot-otot mata diawali dengan menutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan di sekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata. Gerakan 7 ini dilakukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut. Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut.

Gerakan 8 bertujuan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot-otot rahang dengan cara mengatupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi-gigi.



Gerakan 9: gerakan otot leher belakang

Sumber: Ramdhani dan Putra, 2008



Gerakan 10: gerakan otot leher depan



Gerakan 11: gerakan untuk otot punggung



Gerakan 12: gerakan untuk otot dada



Gerakan 13: gerakan untuk otot perut



Gerakan 14: gerakan otot paha

Sumber: Ramdhani & Putra, 2008

Gerakan kesembilan dan gerakan kesepuluh ditujukan untuk merilekskan otot-otot leher bagian depan maupun belakang. Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan. Klien dipandu meletakkan kepala sehingga dapat beristirahat, kemudian diminta untuk menekankan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan di bagian belakang leher dan punggung atas. Sedangkan gerakan 10 bertujuan untuk melatih otot leher bagian depan (lihat pada gambar). Gerakan ini dilakukan dengan cara membawa kepala ke muka, kemudian klien diminta untuk membenamkan dagu ke dadanya. Sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka. Gerakan 11 bertujuan untuk melatih otot-otot punggung. Gerakan ini dapat dilakukan dengan cara mengangkat tubuh dari sandaran kursi, kemudian punggung dilengkungkan, lalu busungkan dada sehingga tampak seperti pada gambar . Kondisi tegang dipertahankan selama 10 detik, kemudian rileks. Pada saat rileks, letakkan tubuh kembali ke kursi, sambil membiarkan otot-otot menjadi lemas. Gerakan berikutnya adalah gerakan 12, dilakukan untuk melemaskan otot-otot dada. Pada gerakan ini, klien diminta untuk menarik nafas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya. Posisi ini ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada kemudian turun ke perut. Pada saat ketegangan dilepas, klien dapat bernafas normal dengan lega. Sebagaimana dengan gerakan yang lain, gerakan ini diulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan rileks.

Setelah latihan otot-otot dada, gerakan 13 bertujuan untuk melatih otot-otot perut. Gerakan ini dilakukan dengan cara menarik kuat-kuat perut ke dalam, kemudian menahannya sampai perut menjadi kencang dan keras. Setelah 10 detik dilepaskan bebas, kemudian diulang kembali seperti gerakan awal untuk perut ini.

Gerakan 14 adalah gerakan untuk otot-otot kaki dan paha. Gerakan ini dilakukan secara berurutan. Gerakan 14 bertujuan untuk melatih otot-otot paha, dilakukan dengan cara meluruskan kedua belah telapak kaki (lihat gambar) sehingga otot paha terasa tegang. Gerakan ini dilanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian sehingga ketegangan pindah ke otot-otot betis. Sebagaimana prosedur relaksasi otot, klien harus menahan posisi tegang selama 10 detik baru setelah itu melepaskannya. Setiap gerakan dilakukan masing-masing dua-tiga kali.

2.2.6 Pedoman pelaksanaan *progressive muscle relaxation*

Prosedur *progressive muscle relaxation* yang dilakukan dalam penelitian ini adalah berdasarkan kombinasi pelaksanaan menurut modul 3 *progressive muscle relaxation* dalam *Center for Clinical intervention* (2008), Maryani (2009) dan Ramdhani dan Putra (2008) dengan menggunakan sekelompok otot-otot yang meliputi, tangan, tangan bagian belakang, otot-otot bisep, otot bahu, otot dahi, otot mata, otot mulut, otot rahang, otot leher belakang, otot leher depan, otot punggung, otot dada, otot perut, otot paha. Dengan 14 gerakan menurut Ramdhani dan Putra (2008). Dalam penelitian ini untuk gerakan ke-1 sampai dengan gerakan ke-3 tidak dilakukan pada lengan/ tangan yang terpasang selang infus, tetapi hanya dilakukan pada satu sisi saja yaitu pada lengan/tangan yang tidak terpasang selang infus. Hal ini dilakukan karena untuk menghindari resiko terhadap rusak atau terhambatnya aliran pada selang infus.

Dalam penelitian ini setiap gerakan yang dilakukan pada sekelompok otot tertentu akan dilakukan sebanyak 2 kali sesuai yang dianjurkan dalam modul 3 *progressive muscle relaxation* dalam *Center for Clinical intervention* (2008) dan diberikan sebanyak 2 kali setiap hari selama 2 hari berturut-turut. Pada pertemuan pertama (sesi 1) peneliti akan melakukan terapi *progressive muscle relaxation* secara langsung kepada responden dengan melakukan bimbingan sampai

responden memahami langkah-langkah terapi. Kemudian untuk pertemuan kedua dan selanjutnya (sesi ke-2 sampai sesi ke 4) peneliti tidak akan melakukan langsung kepada responden, tetapi dengan menggunakan CD rekaman yang dibuat dan dipersiapkan peneliti sebelumnya. Penjelasan lebih lanjut tentang pelaksanaan *progressive muscle relaxation* dalam penelitian ini akan dijelaskan dalam modul panduan pelaksanaan *progressive muscle relaxation* pada lampiran 7.

2.3 Terapi *Thought Stopping*

2.3.1 Konsep terapi *thought stopping*

Konsep tentang terapi *thought stopping* bukan hal yang baru tapi sudah dikenal sejak jaman Yunani kuno. *Thought stopping* pertama kali dikenalkan oleh Bain pada tahun 1928 dalam bukunya yang berjudul “*thought control in everyday life*” yang kemudian pada akhir tahun 1950 an dikembangkan oleh Joseph Wolpe dan ahli terapis perilaku lain. Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan *thought stopping* sebagai suatu proses menghentikan pikiran yang tinggal dan mengganggu. Sedangkan Joseph Wolpe menjelaskan bahwa *thought stopping* adalah suatu teknik rahasia untuk mengatur pikiran negatif atau menghilangkan pikiran negatif dalam diri (Hana, 2008).

Thought Stopping Therapy merupakan salah satu bagian dari CBT (*Cognitive Behaviour Therapy*) yang digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir. Kebiasaan berpikir dapat membentuk perubahan perilaku. Penggunaan teknik penghentian pikiran negatif atau *thought stopping* ini dimaksudkan karena pikiran yang negatif dapat menyebabkan adanya perilaku yang negatif sehingga perlu adanya penghentian pikiran negatif untuk menghindari akibat yang negatif dari pikiran buruk tersebut (Hana, 2008).

Thought stopping digunakan dengan berbagai variasi cara untuk menolong klien yang mencoba untuk tenang dan berhenti memikirkan pikiran yang tidak menyenangkan dan sifatnya mengancam. Teknik ini sebagian besar digunakan dalam studi penyelidikan dengan memodifikasikan pada orang-

orang tertentu seperti seseorang ansietas, depresi dan ketakutan atau kecurigaan yang berlebihan. Terapi *thought stopping* direkomendasikan ketika masalah yang terjadi lebih kearah kognitif yang secara berulang diekspresikan sebagai sesuatu yang menyakitkan atau memicu kondisi emosi yang tidak menyenangkan (Gardner, 2002).

2.3.2 Tujuan terapi *thought stopping*

Terapi *thought stopping* merupakan teknik yang efektif dan cepat untuk membantu individu yang sedang terganggu pikiran negatif dan kekuatiran yang sering menyertai gangguan panik, kecemasan dan agoraphobia (Hana, 2008). Menurut Ankrom (1998), dasar dari teknik ini adalah individu secara sadar memerintahkan pada diri sendiri “Berhenti!”, saat mengalami pemikiran negatif berulang, tidak penting, dan *distorted*. Kemudian mengganti pikiran negatif tersebut dengan pikiran lain yang lebih positif dan realistis.

Tujuan terapi *thought stopping* adalah membantu individu dalam mengatasi ansietas yang mengganggu dan membantu mengatasi pikiran yang mengancam atau “*stressfull*” yang sering muncul serta membantu klien mengatasi pikiran obsesif dan phobia. mengatakan bahwa terapi *thought stopping* sangat tepat diberikan pada pasien dengan gangguan ansietas menyeluruh, gangguan ansietas akibat sebagian tubuh lumpuh dan tidak bisa sembuh, depresi ringan, percobaan bunuh diri. Selain itu terapi *thought stopping* juga tepat untuk isolasi sosial (Donald, 2006) dan perilaku kekerasan (Boyd, 1998). Penelitian yang dilakukan oleh Agustarika (2009) menyatakan bahwa terapi *thought stopping* efektif dalam menurunkan ansietas pada klien dengan gangguan fisik.

2.3.3 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, terapi ini diperlukan keahlian khusus seorang terapis dan perlu terus-menerus dipraktekkan, baik bagi terapis itu sendiri maupun klien (Agustarika, 2009).

2.3.4 Sesi – sesi dalam terapi *thought stopping*

Pembagian sesi dalam melakukan terapi *thought stopping* berbeda-beda dan sifatnya bervariasi. Beberapa pendapat tentang pembagian sesi berdasarkan ahli yaitu Gardner (2002) membagi menjadi 6 langkah; Ankrom (1998) membagi 4 sesi; Patricia Miller (2001) membagi 5 langkah dan Agustarika (2009) membagi 3 sesi pelaksanaan terapi *thought stopping* sebagai berikut.

2.3.4.1 Langkah terapi *thought stopping* menurut Gardner (2002), yaitu

1. Langkah pertama : identifikasi pikiran yang tidak diharapkan.

Pada langkah ini klien mulai menuliskan dalam kertas sebanyak tiga atau empat tentang pikiran yang tidak diharapkan yang sering muncul dan klien tidak bisa menghentikan pikiran mengganggu tersebut.

2. Langkah kedua : identifikasi pikiran yang menyenangkan.

Pada langkah ini, klien mencatat tiga atau empat topik tentang pikiran yang menyenangkan seperti olahraga yang digemari, hobby yang menyenangkan, sedang rekreasi, mendapat penghargaan atau keberhasilan, tempat atau sesuatu yang menyenangkan dalam hidup. Langkah ini bukan bertujuan untuk mengganti pikiran yang tidak diharapkan tersebut, akan tetapi langkah ini bertujuan agar klien membayangkan bagaimana kalau pikiran menyenangkan dilakukan pada saat pikiran yang tidak diharapkan.

3. Langkah ketiga : Fokus pada pikiran yang tidak menyenangkan.

Pada langkah ini klien disuruh untuk memfokuskan pada pikiran yang tidak menyenangkan. Klien menutup mata dan

berkonsentrasi penuh pada pikiran yang tidak menyenangkan tersebut.

4. Langkah keempat: putuskan pikiran yang tidak menyenangkan. Pada tahap ini klien mengatakan kata “STOP” dengan suara yang keras ketika sudah tidak nyaman lagi dengan pikiran yang tidak menyenangkan tersebut. Hal ini dilakukan untuk menghentikan konsentrasi terhadap pikiran yang mengganggu.
5. Langkah kelima: Ganti dengan pikiran yang menyenangkan. Tahap ini klien disuruh untuk mengosongkan pikiran dari pikiran yang mengganggu dan mengantinya dengan memikirkan sesuatu yang menyenangkan selama kurang lebih 30 detik. Jika pikiran yang tidak menyenangkan kembali muncul sebelum 30 detik, klien disuruh mengatakan kata ”stop “lagi.
6. Langkah keenam : Ulangi dengan variasi. Pada langkah ini, klien mencoba untuk mengulangi menghentikan pikiran yang tidak menyenangkan dengan berbagai variasi. Ketika klien sudah berhasil memutus dengan mengatakan kata “STOP” dengan keras maka klien mencoba mengulangi dengan nada suara normal dan dengan bisikan. Kemudian jika sudah berhasil dengan bisikan , maka dilanjutkan dengan mengatakan dalam hati dengan membayangkan seakan-akan ada tanda “STOP” secara otomatis dalam pikiran klien.

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

1. Sesi pertama : Identifikasi piikiran 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.

2. 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 mempermalukan 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”.
3. Sesi ketiga :Ulangi lalu ganti. Instruksikan klien tutup mata dan pikirkan tentang pikiran yang membuat stres. 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.
4. 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.

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

1. Langkah pertama
Tanyakan pada diri hal-hal yang terkait dengan pikiran yang membuat stres. 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.

2. Langkah kedua

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

3. Langkah ketiga

Atur alarm atau *timer* selama 3 menit. Alihkan pandangan, tutup mata dan fokuskan pada pikiran yang membuat stres 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.

4. 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.

5. Langkah kelima

Buat pikiran pengganti sebagai ganti dari pikiran yang membuat anda stres. 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.

Berdasarkan beberapa langkah atau sesi dalam terapi *thought stopping* menurut beberapa ahli di atas maka dapat dianalisa bahwa prinsip sesi pertama Ankrom (1998) sama dengan langkah pertama dari Miller (2001) yaitu sama-sama mengidentifikasi pikiran yang membuat stres. Sedangkan langkah kedua Gardner (2002) sama prinsipnya dengan Ankrom (1998), langkah ketiga Gardner (2002) sama dengan sesi ketiga Miller (2001) yaitu memfokuskan pada pikiran yang membuat stress. Langkah keempat dan kelima Gardner (2002) sama prinsipnya dengan langkah ketiga Ankrom (1998) dan Miller (2001). Langkah keenam Gardner (2002) sama prinsipnya dengan langkah keempat Miller (2001). Penelitian ini menggunakan prinsip pelaksanaan *thought stopping* yang dikembangkan oleh Agustarika (2009) yang terdiri dari 3 sesi yaitu sesi 1: Identifikasi dan putuskan pikiran yang mengancam atau membuat stres; sesi 2 Berlatih pemutusan pikiran dengan menggunakan rekaman; sesi 3 Berlatih pemutusan pikiran secara otomatis. Sesi 1 dari Agustarika (2009) prinsipnya sama dengan sesi 1 Ankrom (1998) dan sesi 1 Miller (2002) yaitu sama-sama mengidentifikasi pikiran yang membuat stres, hal ini menurut peneliti sesuai dengan kondisi pasien gangguan fisik yang dirawat di RS mempunyai kemungkinan terhadap stres yang menimbulkan kecemasan pada pasien. Sesi 2 Agustarika (2009) prinsipnya sama dengan langkah keenam Gardner (2002) dan langkah ketiga Ankrom (1998) dan Miller (2001) yaitu klien secara bertahap meneriakkan kata "STOP" dengan menggunakan rekaman waktu. Dan sesi 3 Agustarika sama prinsipnya dengan langkah keempat Miller (2001).

2.3.5 Pelaksanaan terapi *thought stopping*.

Berdasarkan analisa diatas, maka dalam pelaksanaan terapi *thought stopping* dalam penelitian ini membagi pelaksanaan terapi ini dalam 3 sesi seperti yang dikembangkan oleh Agustarika (2009) berdasarkan beberapa ahli yaitu

- a. 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 selebar 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.

- b. Sesi 2 : Berlatih pemutusan pikiran dengan menggunakan rekaman

Identifikasi pikiran-pikiran yang 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.

c. 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

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberikan arah terhadap pelaksanaan penelitian serta analisis data.

3.1 Kerangka Teori

Kerangka teori ini merupakan landasan penelitian yang disusun berdasarkan informasi, konsep dan teori yang diuraikan pada BAB 2. Kerangka teori tersebut terdiri dari ansietas, faktor predisposisi, stresor presipitasi, faktor-faktor yang mempengaruhi ansietas, serta tindakan untuk mengurangi ansietas melalui mekanisme koping, pendekatan medis, dan tindakan keperawatan ansietas secara umum dan keperawatan lanjut

Kerangka teori dalam penelitian ini dimulai dengan penjelasan tentang ansietas meliputi pengertian, proses terjadinya, tanda dan gejala, tindakan untuk mengatasi ansietas, terapi *progressive muscle relaxation* dan terapi *thought stopping*. Pengertian ansietas berdasarkan Varcarolis (2007), Sadock (2005), Videbeck (2008). Proses terjadinya ansietas dengan menggunakan pendekatan konsep stres adaptasi yang dikemukakan oleh Stuart dan Laraia (2005) yang terdiri dari faktor predisposisi, stresor presipitasi, tanda dan gejala serta sumber koping. 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).

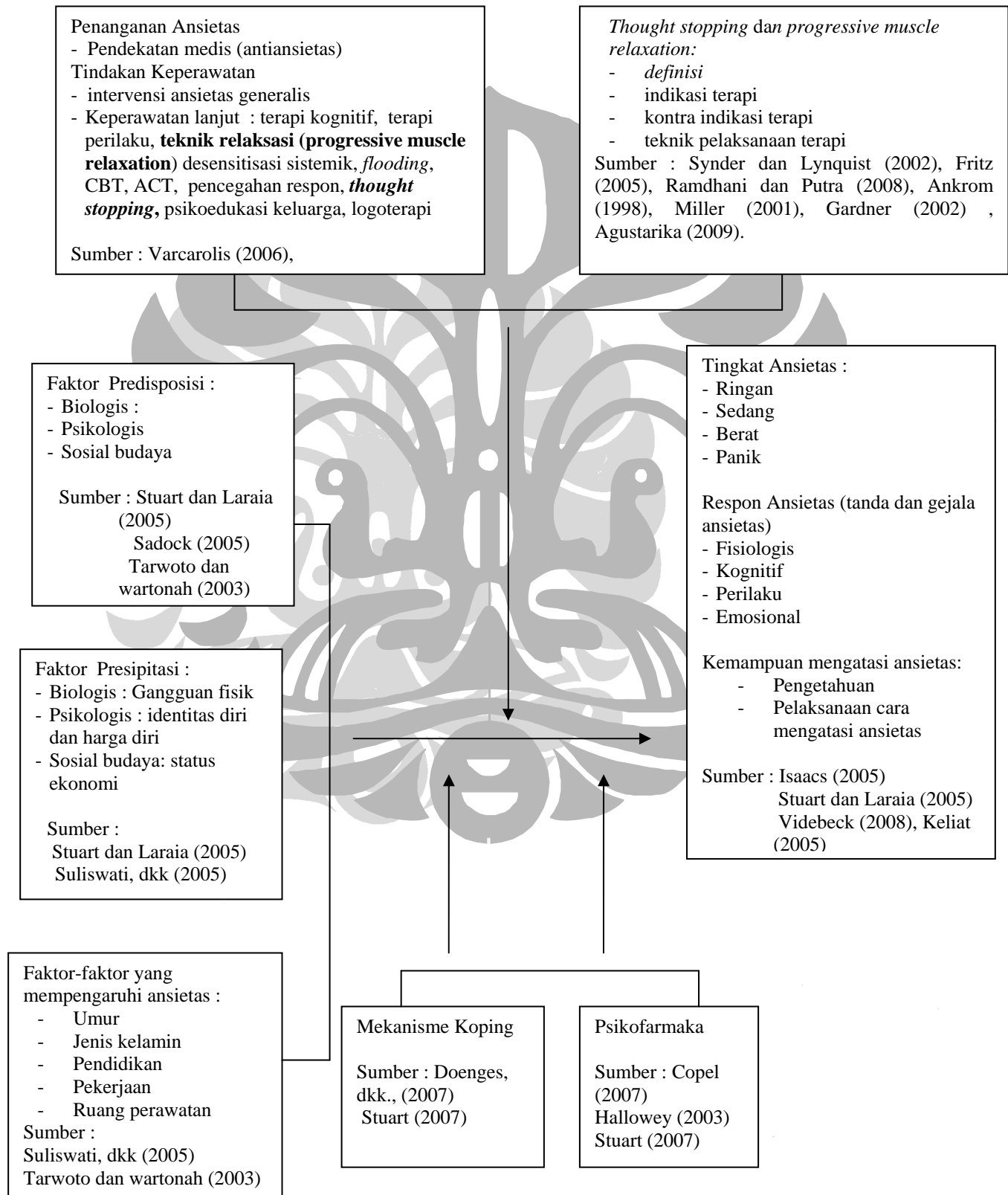
Tindakan untuk mengatasi ansietas pada klien terdiri dari mekanisme koping, tindakan keperawatan dan psikofarmaka. Asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas bertujuan agar klien mampu mengenal ansietas dan mampu mengatasi ansietas yang terjadi (Keliat,dkk, 2005). Tindakan keperawatan meliputi terapi secara umum (generalis) serta terapi yang lebih

lanjut (spesialis). Terapi spesialis yang digunakan adalah kombinasi terapi *thought stopping* dan terapi *progressive muscle relaxation*. Terapi *Thought Stopping* merupakan teknik yang efektif dan cepat untuk membantu individu yang sedang terganggu pikiran negatif dan kecuatiran yang sering menyertai gangguan panik, kecemasan dan agoraphobia (Hana, 2008). Menurut Ankrom (2008), dasar dari teknik ini adalah individu secara sadar memerintahkan pada diri sendiri “Berhenti!”, saat mengalami pemikiran negatif berulang, tidak penting, dan *distorted*. Kemudian mengganti pikiran negatif tersebut dengan pikiran lain yang lebih positif. Landasan teori yang melatarbelakangi pemberian terapi *Thought stopping* adalah teori ansietas dan terapi menurunkan ansietas (terapi perilaku) oleh Varcarolis. Terapi ini dikembangkan oleh Gardner (2002) dalam 6 (enam) sesi, oleh Patricia Miller (2001) dalam 5 (lima) sesi, dan oleh “*Nursing education, practice and research*” (2008) dalam 6 (enam) sesi. Dalam penelitian ini terapi *thought stopping* menggunakan 3 (tiga) sesi seperti yang dikembangkan oleh Agustarika (2009).

Landasan teori yang melatar belakangi penggunaan terapi *progressive muscle relaxation* adalah terapi relaksasi (Stuart & Laraia, 2005). *Progressive muscle relaxation* adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot – otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Synder & Lindquist, 2002). Kontraksi otot akan diikuti dengan relaksasi dari 16 kelompok otot (Berstein & Borkovec, 1973 dalam Kwekkeboom & Gretarsdottir, 2006) dan dengan 14 gerakan (Ramdhani & Putra, 2008). Terapi *progressive muscle relaxation* diberikan sebanyak 2 sesi tiap hari selama 2 hari berturut-turut. Umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, ruang perawatan merupakan karakteristik klien yang akan diteliti.

Kerangka teori dapat dilihat pada skema 3. 1 pada halaman berikut:

Skema 3.1
Kerangka Teori



3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas, variabel terikat dan variabel perancu.

3.2.1 Variabel dependen (terikat)

Variabel dependen/terikat dalam penelitian ini adalah tanda dan gejala ansietas, pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas pada klien dengan gangguan fisik. Variabel dependen ini akan diukur sebelum dan sesudah pelaksanaan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* yang diberikan pada kelompok intervensi. Demikian juga pada kelompok kontrol yang mendapatkan terapi *thought stopping*, pengukuran variabel dependen akan dilakukan setelah kelompok intervensi selesai mendapatkan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*. Instrumen pengukuran ansietas dengan menggunakan kuisioner dan lembar observasi yang dimodifikasi dari Agustarika (2009) dan Sutejo (2009) yang berdasarkan teori dari Videbeck (2008), Issac (2005) dan HARS (1956) tentang tanda dan gejala ansietas. Sedangkan kemampuan dilihat dari pengetahuan pasien mengenai tentang cara mengatasi ansietas dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas.

3.2.2 Variabel independen (bebas)

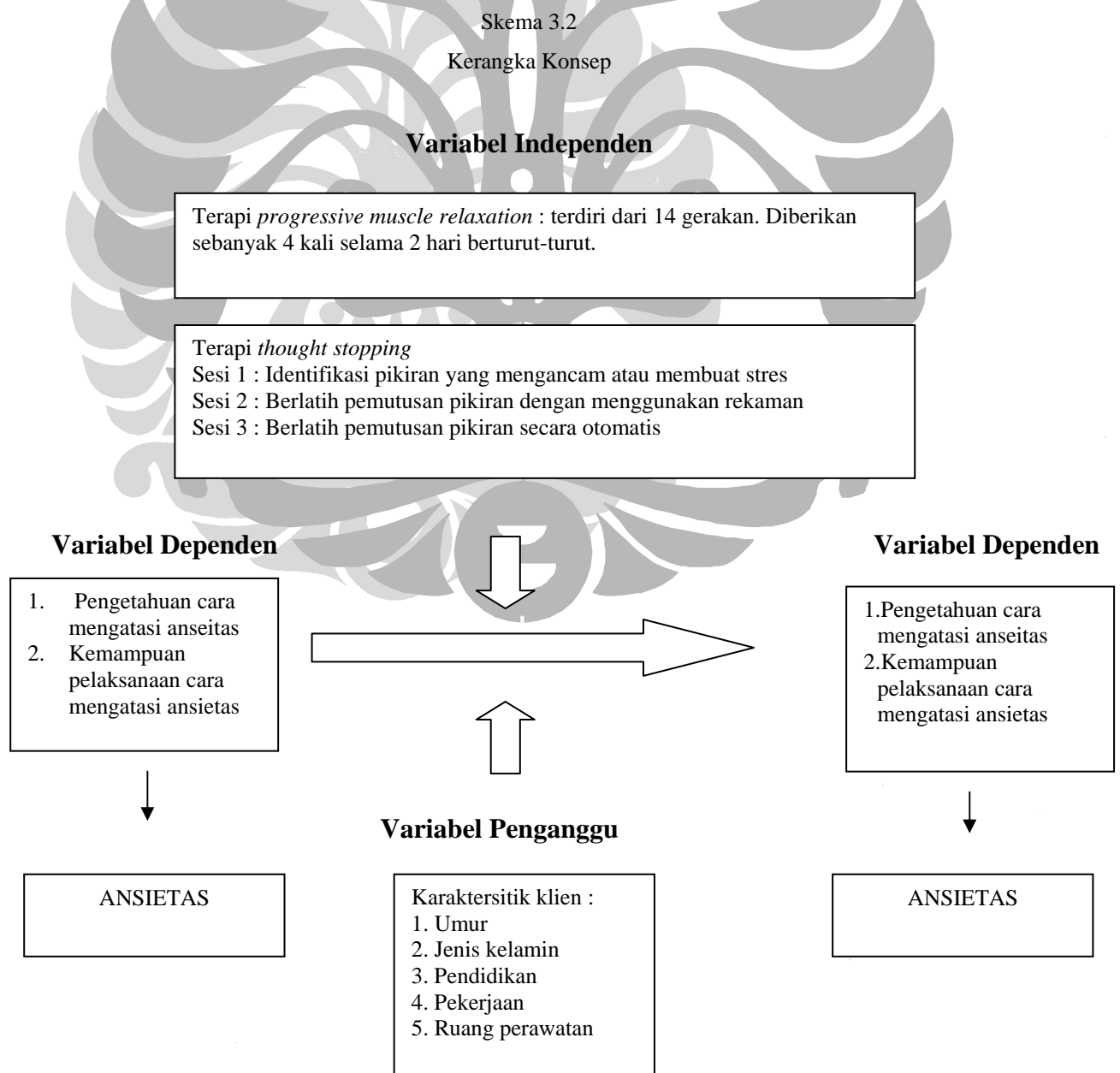
Variabel bebas dalam penelitian ini adalah terapi *thought stopping* dan terapi *progressive muscle relaxation* yang diberikan pada klien dengan gangguan fisik yang mengalami ansietas. Melalui teknik ini, klien setelah dilakukan terapi umum/ generalis untuk masalah ansietas kemudian akan dilakukan *progressive muscle relaxation* yang merupakan teknik relaksasi dengan menegangkan dan melemaskan sekelompok otot tertentu. Terapi *progressive muscle relaxation* dilakukan dengan 14 gerakan terstruktur yang akan dilakukan sebanyak 2 kali setiap hari selama 2 hari. Kemudian akan diberikan terapi

thought stopping yang terdiri terdiri dari 3 sesi. Dalam terapi ini, klien diajak untuk menghentikan pikiran yang tidak dikehendaki atau kurang menyenangkan dengan mengatakan kata “STOP” dengan prinsip terapi *thought stopping*.

3.2.3 Variabel pengganggu

Variabel pengganggu dalam penelitian ini adalah karakteristik klien gangguan fisik yang mengalami ansietas. Variabel tersebut terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan ruang perawatan.

Kerangka konsep penelitian digambarkan dengan skema 3.2 di bawah ini



3.3 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

3.3.1 Ada perbedaan terapi *thought stopping* dan terapi *progressive muscle relaxation* terhadap tanda dan gejala ansietas, pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun .

3.3.2 Ada perbedaan ansietas, pengetahuan dan pelaksanaan cara mengatasi ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun antara yang mendapatkan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dan yang mendapat terapi *thought stopping* tanpa *progressive muscle relaxation*.

3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati dalam melakukan pengukuran secara cermat terhadap obyek atau fenomena dengan menggunakan parameter yang jelas. Variabel independen merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependent (terikat), variabel ini dikenal dengan nama variabel bebas dalam mempengaruhi variabel lain. Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi sebab akibat karena variabel bebas (Azis, 2003). Definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian dapat diuraikan seperti pada tabel 3.1 dibawah ini

Tabel 3.1

Definisi Operasional dan Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Cara
A. Variabel Pengganggu					
1.	Umur	Usia individu yang dihitung berdasarkan waktu kelahiran sampai hari ulang tahun terakhir	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	dinyatakan dengan angka	Interval

pada saat diobservasi					
2.	Jenis Kelamin	Penanda biologik atau status gender responden	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan responden	1. Pendidikan rendah (tidak sekolah – SMP) 2. Pendidikan tinggi (SMA dan PT)	Ordinal
4.	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan baik didalam rumah maupun diluar rumah untuk mendapatkan imbalan/ penghasilan sesuai hasil usahanya	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Nominal
5.	Ruang perawatan	Tempat klien dilakukan perawatan selama opname di RS	Satu item pertanyaan dalam kuesioner tentang ruang perawatan	1. penyakit dalam 2. penyakit bedah	Nominal
B. Variabel Bebas					
	<i>Thought stopping</i>	Terapi individu yang digunakan untuk melatih klien menghentikan pikiran yang mengancam/kurang menyenangkan dengan 3 sesi	Lembar observasi (<i>checklist</i>)	1. Diberikan <i>thought stopping</i> tanpa <i>progressive muscle relaxation</i> . 2. Diberikan <i>thought stopping</i> dan <i>progressive muscle relaxation</i> .	Nominal
	<i>Progressive muscle relaxation</i>	Terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan sekelompok otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu, untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan	Lembar obeservasi (<i>checklist</i>)		

dan melemaskan secara progresif kelompok otot dilakukan secara berturut-turut yang terdiri dari 14 gerakan yang dilakukan sebanyak 2 kali setiap hari selama 2 hari, gerakan untuk otot tangan dan lengan (gerakan ke satu sampai gerakan ke empat) tidak dilakukan pada lengan/tangan yang terpasang infus tapi hanya dilakukan satu sisi saja pada tangan yang tidak terpasang infus.

C. Variabel Terikat

1. Ansietas	Perasaan subyektif tentang kejadian penuh stres dan mengancam yang dimanifestasikan dalam aspek fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi.	Dengan menggunakan kuisisioner B ansietas (evaluasi diri) terdiri dari 16 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert (tidak pernah, kadang-kadang, sering, selalu) dan dengan observasi dengan kuisisioner C yang terdiri 8 item pertanyaan dengan <i>checklist</i>	Dinyatakan dengan skor 16-64 Dinyatakan dengan skor 8-26	interval
1.1 Respon Fisiologis				
a. Tekanan Darah	Peningkatan tekanan darah (110/70 mmHg)	Dengan menggunakan observasi (kuesioner C) sebagai alat ukur respon fisiologis dengan menggunakan <i>checklist</i>	Skor 1-2 Skor 1-2	Interval
b. Nadi	Peningkatan nadi (> 60 x/mnt)			
c. Pernafasan	Peningkatan frekuensi pernafasan (> 16 x/mnt)		Skor 1-2	Interval

d. Ketegangan otot	Peningkatan ketegangan otot-otot yang dimanifestasikan sebagai rasa nyaman dan ketegangan pada otot tubuh	Dengan menggunakan kuisisioner B untuk respon fisiologis dengan menggunakan skala likert	Skor 1 – 4	Interval
e. Insomnia	Kesulitan memulai dan mempertahankan tidur.	Dengan menggunakan kuisisioner B untuk respon fisiologis berdasarkan observasi menggunakan ceklist	Skor 1-4	Interval
f. Kulit	Peningkatan produksi keringat	Dengan menggunakan kuisisioner B untuk respon fisiologis berdasarkan observasi menggunakan checklist	Skor 1-4	Interval
g. Nafsu makan	Selera atau keinginan makan pasien	Dengan menggunakan kuisisioner B untuk respon fisiologis berdasarkan observasi menggunakan checklist	Skor 1-4	Interval
1.2 Respon Kognitif	Perhatian terhadap situasi atau lingkungan sekitar yang dimanifestasikan sebagai fokus perhatian klien terhadap sesuatu, proses belajar dan orientasi klien setelah menderita sakit	Dengan menggunakan kuisisioner B sebagai alat ukur respon kognitif berdasarkan evaluasi diri tentang perasaan klien terkait dengan proses belajar dan orientasi yang dinyatakan dengan skala likert	Skor 1 – 4	Interval
		Observasi respon klien dalam tentang fokus		

		perhatian klien dengan menggunakan kuisisioner C yang dinyatakan dengan ceklist	Skala 1-4	
1.3 Respon Perilaku	Manifestasi ansietas berupa perilaku motorik (kemampuan klien melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi dan berjalan); komunikasi (kemampuan dalam berbicara dengan orang lain); produktivitas (kemampuan dalam bekerja dan kreativitas); dan interaksi sosial (kemampuan dalam bersosialisasi dengan orang lain)	Dengan menggunakan kuesioner B sebagai alat ukur respon perilaku tentang perasaan klien dengan evaluasi diri tentang motorik, komunikasi dan interaksi sosial yang dinyatakan dengan skala likert Dengan menggunakan kuisisioner C tentang Observasi respon klien dalam mengungkapkan perasaannya tentang motorik dan komunikasi yang dinyatakan dengan ceklist	Skor 1 – 4 Skor 1-4	Interval Interval
1.4 Respon emosi	Manifestasi ansietas berupa konsep diri dan penguasaan diri (kemampuan mengontrol emosi yang dimanifestasikan dalam bentuk kesabaran klien menerima kondisi sakit)	Dengan menggunakan kuesioner B sebagai alat ukur respon perilaku tentang perasaan klien berdasarkan evaluasi diri yang dinyatakan dengan skala likert	Skor 1-4	Interval
2. Pengetahuan cara mengatasi ansietas	Kemampuan pasien mengenal cara mengatasi ansietas dengan menggunakan terapi <i>thought stopping</i> dan <i>progressive muscle relaxation</i>	10 pertanyaan dalam kuisisioner D tentang kemampuan kognitif/pengetahuan klien dalam penanganan ansietas yang dibuat sendiri oleh peneliti	Nilai dalam rentang 10-20	interval
3. Kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas	Kemampuan pasien dalam melakukan tindakan mengatasi ansietas dengan menggunakan terapi <i>thought stopping</i> dan <i>progressive muscle relaxation</i>	15 pertanyaan dalam kuisisioner D tentang kemampuan klien dalam melakukan tindakan penanganan kecemasan	Nilai dalam rentang 15-60	interval

BAB 4

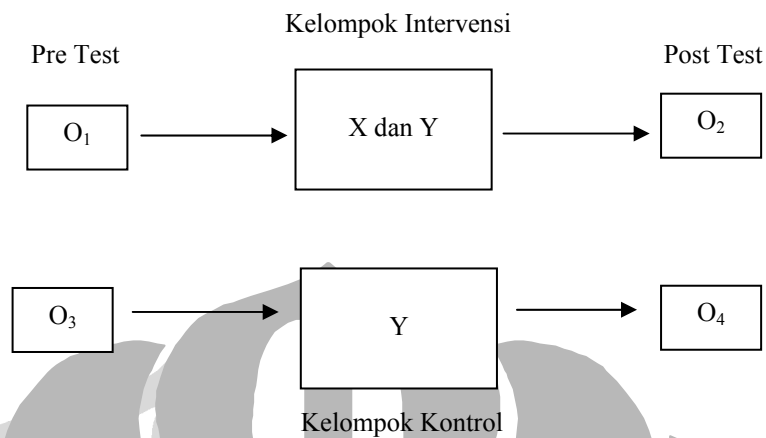
METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai metodologi penelitian yang terdiri atas: desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji coba instrumen, prosedur pengumpulan data dan analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah ”*Quasi experimental pre-post test with control group*” dengan intervensi *progressive muscle relaxation*/terapi relaksasi otot progresif dan terapi *thought stopping* (penghentian pikiran). Penelitian dilakukan untuk mengetahui perbedaan tanda dan gejala ansietas, pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa terapi *progressive muscle relaxation* dan terapi *thought stopping*. Pada penelitian ini juga membandingkan perbedaan ansietas dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas pada dua kelompok klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun yaitu kelompok intervensi yang mendapat terapi *progressive muscle relaxation* dan terapi *thought stopping* serta pada kelompok kontrol yang mendapatkan terapi *thought stopping* tanpa *progressive muscle relaxation*. Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismail (2008) yang menyatakan bahwa pada penelitian *quasi experimen* ditujukan untuk mengungkapkan pengaruh dari intervensi/perlakuan pada subyek dan mengukur hasil (efek) intervensi. Desain penelitian dapat dilihat pada skema 4.1

Skema 4.1
Desain Penelitian *Pre-Post Test Control Group*



Keterangan :

X : Intervensi terapi *progressive muscle relaxation*

Y : Intervensi terapi *thought stopping*

O₁ : Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas pada klien dengan gangguan fisik sebelum mendapat perlakuan terapi *progressive muscle relaxation* dan terapi *thought stopping*.

O₂ : Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas pada klien dengan gangguan fisik sesudah mendapat perlakuan terapi *thought stopping* dan terapi *progressive muscle relaxation*

O₃ : Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas pada klien dengan gangguan fisik pada kelompok kontrol sebelum mendapat terapi *thought stopping* tanpa *progressive muscle relaxation*.

O₄ : Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas pada klien dengan gangguan fisik pada kelompok kontrol setelah mendapat terapi *thought stopping* tanpa *progressive muscle relaxation*.

O₂ – O₁ : Perubahan pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas pada kelompok

intervensi sebelum dan sesudah dilakukan terapi *thought stopping* dan terapi *progressive muscle relaxation*.

O₄ – O₃ : Perubahan pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan terapi *thought stopping* tanpa *progressive muscle relaxation*.

O₂ – O₄ : Adanya perbedaan pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi, tanda dan gejala ansietas antara kelompok intervensi yang setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progrssive muscle relaxation* dan kelompok kontrol setelah mendapatkan terapi *thought stopping*.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi di dalam pengertian sehari-hari dihubungkan dengan penduduk atau jumlah penduduk di suatu tempat. Dalam penelitian, yang dimaksudkan dengan populasi adalah setiap subyek (dapat berupa manusia, binatang percobaan, laboratorium dan lain-lain) yang memenuhi karakteristik yang ditentukan (Sastroasmoro, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien gangguan fisik dewasa yang dirawat di RSUD Dr. Soedono Madiun. Terdapat 4 (empat) ruang rawat dewasa yang terdiri dari ruang Wijaya Kusuma A, B, C dan D pada bulan Mei-Juni.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2002).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Pasien gangguan fisik yang sedang rawat inap di ruang penyakit dalam dan bedah

2. Berusia 18 – 65 tahun
3. Bersedia jadi responden.
4. Klien gangguan fisik yang mengalami ansietas sedang dan berat.
5. Tidak mengalami penurunan kesadaran.
6. Fungsi pendengaran baik.
7. Dapat membaca dan menulis.
8. Tidak mengalami infeksi atau inflamasi pada muskuloskeletal.
9. Tidak mengalami trauma pada leher dan kepala
10. Tidak mengalami penyakit jantung berat dan akut.
11. Tidak mengalami fraktur/trauma tulang.

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan estimasi (perkiraan) untuk menguji hipotesis beda proporsi 2 kelompok berpasangan dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismail, 2008):

$$n = \frac{[Z_{\alpha} + Z_{\beta}]^2 \cdot f}{d^2}$$

Keterangan:

- n** : Besar sampel
- Z_α** : Harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian pada CI 95 % ($\alpha = 0,05$), maka $Z_{\alpha} = 1,96$
- Z_β** : Bila $\alpha = 0,05$ dan power = 0,80 maka $Z_{\beta} = 0,842$
- f** : Kesalahan tipe II yang setara dengan 20 % (= 0,2)
- d** : Beda proporsi yang klinis penting (*clinical judgement*) = 25 % atau 0,25

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, maka:

$$n = \frac{(1,96 + 0,842)^2 \cdot 0,2}{(0,25)^2}$$

$$n = 25,123 \text{ dibulatkan menjadi } 25$$

Maka besar sampel untuk penelitian ini adalah 25 responden untuk setiap kelompok.

Dalam studi *quasi eksperimental* ini, untuk mengantisipasi adanya *drop out* dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurangnya sampel diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Adapun rumus untuk mengantisipasi berkurangnya subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 2008) ini adalah :

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

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli

$1 - f$: Perkiraan proporsi drop out, yang diperkirakan 10 % ($f = 0,1$)

maka :

$$n = \frac{25}{1-0,1}$$

$$= 27,27, 27 \text{ dibulatkan menjadi } 28$$

Berdasarkan penghitungan diatas maka jumlah sampel untuk setiap kelompok adalah 28 orang sehingga total pasien sebanyak 56 orang.

Dalam penelitian ini klien yang dijadikan sampel adalah klien yang sedang dirawat di ruang penyakit dalam (Wijaya kusuma A dan B) dan ruang bedah (Ruang Wijaya Kusuma C dan D) yang berjumlah 28 orang pada kelompok intervensi dan 28 orang pada kelompok kontrol sehingga total keseluruhan klien dalam penelitian ini adalah 56 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan semua menandatangani *inform consent*. Distribusi sampel dapat dilihat pada tabel 4.2

Tabel 4.2.
Distribusi Sampel Klien

Ruangan	Mgg 1	Mgg 2	Mgg 3	Mgg 4	Mgg 5	Mgg 6	Total
Wiajaya Kusuma A	3	3	2	3	3	3	17
Wiajaya Kusuma B	3	5	6	4	4	3	25
Wiajaya Kusuma C	2	1	-	2	1	-	6
Wijaya Kusuma D	2	-	2	1	1	2	8
Total	10	9	10	10	9	8	56

4.2.3 Tehnik Pengambilan Sampel

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 nomor genap menjadi kelompok intervensi yang mendapat intervensi terapi *progressive muscle relaxation* dan terapi *thought stopping*. Klien yang mendapat nomor ganjil menjadi kelompok kontrol yang mendapat terapi *thought stopping* tanpa *progressive muscle relaxation*.

4.3 Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Dr. Soedono Madiun di ruang rawat penyakit dalam maupun di ruang rawat bedah di 4 ruangan yaitu wijaya kusuma A, B, C, dan D. Penelitian ini dilaksanakan pada awal bulan Februari sampai juni dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pelaksanaan terapi *thought stopping* dan *progrresive muscle relaxation*, pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian.

4.4 Etika Penelitian

Sebelum penelitian dilakukan, terlebih dahulu dilakukan uji etik oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada proposal pengaruh terapi *thought stopping* dan terapi *progressive muscle relaxation* terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik.

Sebelum penelitian dilakukan setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed concent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti. Pada penelitian ini, semua klien sejumlah 56 klien gangguan fisik yang menjadi responden telah menandatangani *inform concent*. Responden yang dilibatkan juga memperoleh hak mendapatkan informasi secara terbuka serta bebas menentukan pilihan tanpa adanya paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian (*autonomy*).

Pada penelitian ini, peneliti tidak menampilkan identitas responden (*anonymouse*) dan menjaga kerahasiaan data yang diperoleh (*confidentiality*) dengan cara menggunakan kode reponden. Data disimpan di file pribadi sebagai arsip dan hanya diakses oleh peneliti sendiri. Setelah data tersebut selesai dipergunakan maka data dimusnahkan dengan cara dibakar. Hasil penelitian ini dapat menjawab hipotesa yang telah ditetapkan yaitu adanya perbedaan tanda dan gejala ansietas, pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien setelah mendapatkan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada

klien dengan gangguan fisik dengan yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja. Prinsip keterbukaan dan keadilan (*justice*), semua klien mendapatkan terapi *thought stopping* sedangkan pada kelompok kontrol setelah post test diberikan penjelasan tentang terapi *progressive muscle relaxation* dengan memberikan leaflet dan senantiasa memperhatikan kejujuran (*honesty*) serta ketelitian. Prinsip berikutnya adalah memaksimalkan hasil agar dapat bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal yang merugikan (*maleficience*).

4.5 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan lembar kuesioner dan lembar observasi untuk mengidentifikasi tanda dan gejala ansietas berdasarkan evaluasi diri dan observasi, kemampuan kognitif dan psikomotor klien dalam mengatasi ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun yang terdiri dari :

4.5.1 Instrumen A

Instrumen A (lampiran 3) merupakan instrumen untuk mengetahui data demografi klien dengan gangguan fisik untuk mendapatkan gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi ansietas pada klien dengan gangguan fisik yang terdiri dari usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, dan ruang perawatan. Data demografi responden masuk dalam lembar kuesioner A, terdiri dari 5 pertanyaan dan diisi dengan cara check list.

4.5.2 Instrumen B

Instrumen B (lampiran 4) merupakan instrumen yang dipakai untuk mengukur tanda dan gejala ansietas pada klien dengan gangguan fisik yang menjalani hospitalisasi berdasarkan evaluasi diri. Instrumen tanda dan gejala ansietas ini merupakan hasil modifikasi dari Agustarika dan Sutejo (2009) yang dikembangkan dari beberapa sumber yaitu Stuart dan Laraia (2005), Videbeck (2008) dan Hamilton (1959) tentang respon ansietas yang diukur oleh klien secara subyektif. Instrumen untuk memperoleh data mengenai ansietas berdasarkan evaluasi diri/self evaluation terdiri dari 16 pernyataan yang terdiri dari 11 pernyataan negatif dan 5 pernyataan positif tentang

tanda dan gejala ansietas dan diukur dengan menggunakan skala Likert yaitu skor 1 - 4. Untuk pertanyaan negatif diberi nilai 1 = tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3 = sering, 4 = selalu. Pernyataan positif diberi nilai 1 = selalu, 2 = sering, 3 = kadang-kadang, 4 = tidak pernah. Penghitungan skor untuk mengkategorikan berdasarkan tingkat ansietas dilakukan dengan cara jumlah seluruh item pernyataan dikalikan skor tertinggi.

4.5.3 Instrumen C

Instrumen C merupakan instrumen ansietas berdasarkan observasi merupakan hasil modifikasi dari Agustarika dan Sutejo (2009) yang dikembangkan dari beberapa sumber yaitu Stuart dan Laraia (2005), Videbeck (2008) dan Hamilton (1959) berupa respon obyektif (diukur oleh perawat). Lembar observasi (lampiran 5) diisi berdasarkan hasil pengukuran dengan menggunakan alat (tensi meter, jam tangan) dan pengamatan secara langsung. Lembar yang akan diobservasi terdiri dari tiga sub variabel ansietas yaitu respon fisiologis (5 item), respon kognitif (1 item) dan respon perilaku (2 item) dengan rentang skor antara 8 – 26.

4.5.4 Instrumen D

Instrumen D (lampiran 6) merupakan instrumen untuk mengukur pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas. Pengetahuan terdiri dari 10 item pertanyaan dengan rentang nilai 10-20 sedangkan instrumen pelaksanaan terdiri dari 15 item pertanyaan dengan rentang skor 15-60.

4.6 Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan.

Validitas berarti sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data (Hastono, 2007). Untuk mengetahui validitas suatu instrumen (kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-

masing variabel dengan skor totalnya. Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan uji yaitu korelasi *Pearson Product Moment* dengan hasil valid apabila nilai r hasil (kolom *corrected item – total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (Hastono, 2007).

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas bila memenuhi nilai batas *Cronbach's Coefficient-alpha*.

Uji validitas pada penelitian ini dilakukan di rumah sakit yang berbeda dengan tempat penelitian yaitu RS Dr. Sayiditman Magetan. Uji validitas instrumen ini dilakukan uji coba pada 26 klien gangguan fisik setelah peneliti mendapatkan persetujuan dari Direktur RS Dr. Sayiditman Magetan. Setelah itu dianalisis faktor dengan mengkorelasikan antar skor item dengan skor total dengan teknik uji korelasi *pearson product moment*. Hasil uji validitas untuk instrumen ansietas berdasarkan evaluasi diperoleh 2 item yang tidak valid karena r hasil $<$ r tabel (0,496). Kemudian dilakukan perbaikan pertanyaan dan dilakukan uji ulang dan didapatkan semua item pertanyaan menjadi valid. Kuesioner untuk pengetahuan cara mengatasi ansietas didapatkan satu item pertanyaan tidak valid yaitu nomer 4 kemudian pertanyaan diganti dengan kalimat positif. Setelah dilakukan uji ulang kembali menjadi valid. Kuisisioner untuk kemampuan psikomotor terdapat 2 item pertanyaan yang tidak valid yaitu nomer 3 dan no 6. Item yang tidak valid tersebut tidak dibuang tetapi diubah kalimatnya dengan makna yang sama dan lebih mudah dipahami dan setelah uji ulang kembali menjadi valid. Sedangkan untuk uji reabilitas, pada penelitian ini digunakan dengan teknik *alpha cronbach* dan didapatkan r untuk kuesioner tanda dan gejala

ansietas sebesar 0,767; pengetahuan cara mengatasi ansietas $r = 0,842$; Kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas $r = 0,806$. Berdasarkan hasil uji reabilitas tersebut dapat disimpulkan instrumen yang dipakai dalam penelitian ini adalah realibel.

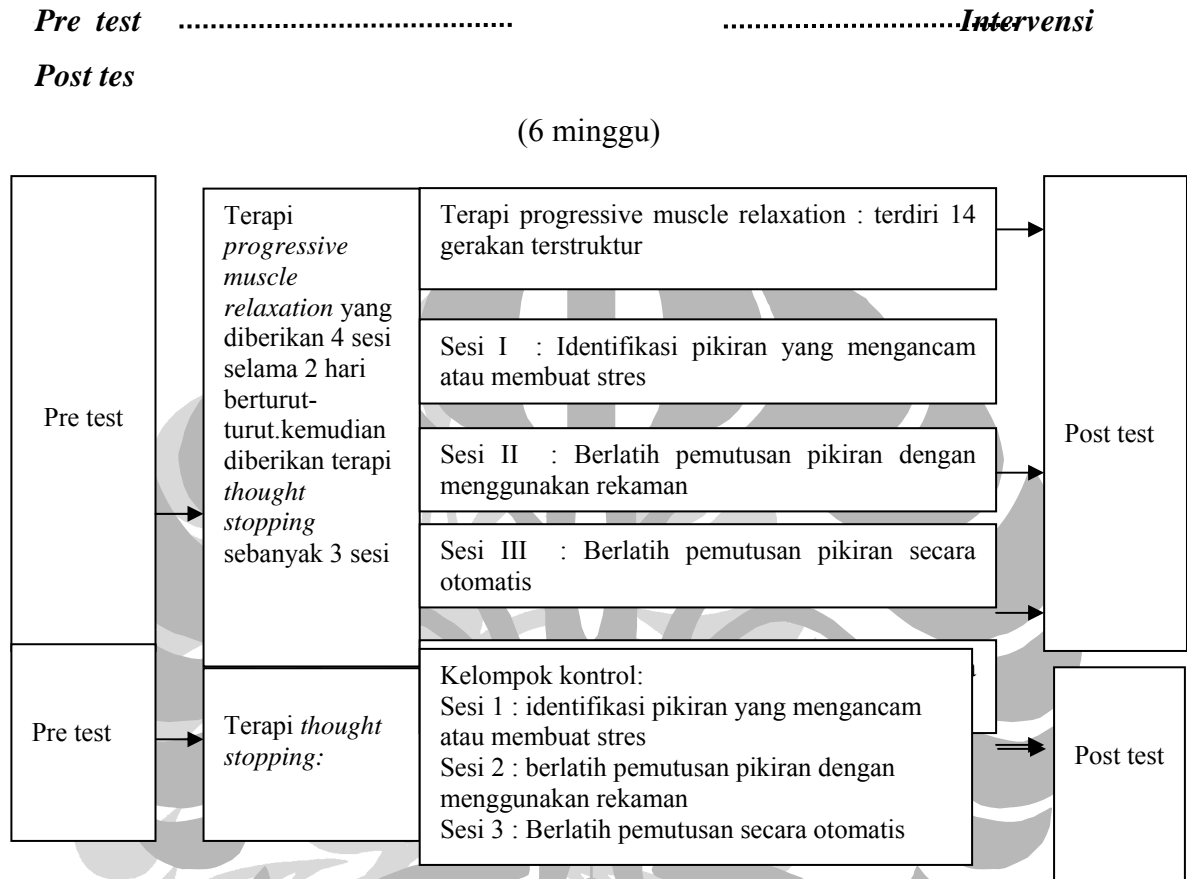
4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian ini dimulai dengan pelaksanaan uji etik, uji *validity expert* dan uji kompetensi. Uji etik dilakukan oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Uji *expert validity* didahului dengan menyusun modul terapi *progressive muscle relaxation* yang disusun berdasarkan studi literatur dari berbagai macam sumber dan menurut beberapa pendapat ahli. Dalam menyusun modul terapi, peneliti melakukan beberapa kali konsul kepada pakar keilmuan jiwa FIK. Setelah dinyatakan layak oleh tim penguji *expert validity* (lampiran 13) terhadap modul maka dilakukan uji kompetensi (lampiran 14). Hal ini dilakukan untuk menjamin kelayakan kemampuan peneliti dalam melakukan terapi kepada klien. Uji kompetensi dilakukan oleh tim pakar jiwa dari FIK yang dilakukan selama 1 hari.

Setelah dinyatakan lolos uji etik, uji *validity expert* dan uji kompetensi, maka peneliti mengajukan permohonan ijin kepada direktur RSUD Dr. Soedono Madiun terkait dengan tempat pelaksanaan penelitian. Setelah surat permohonan peneliti mendapat persetujuan dari direktur RSUD Dr. Soedono Madiun, peneliti melakukan presentasi proposal dan sosialisasi kepada pihak RSUD Dr. Soedono Madiun.

Bagan kerangka kerja terapi *thought stopping* dan terapi *progressive muscle relaxation* terhadap tingkat ansietas pada klien dengan gangguan fisik yang terdiri dari pelaksanaan pre test, intervensi dan post test dapat dilihat pada skema 4.3 pada halaman berikutnya.

Skema 4.3
 Kerangka Kerja terapi *thought stopping* dan terapi *progressive muscle relaxation*
 terhadap Ansietas pada klien dengan gangguan fisik
 di RSUD Dr. Soedono Madiun



1. Pre test

Pertama – tama klien yang memenuhi kriteria inklusi mengisi instrumen A sebagai data demografi. Setelah itu dilakukan pengukuran ansietas dan pengetahuan serta pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien dengan mempersilahkan klien menjawab pernyataan yang ada dalam instrumen B dan D selama 15-20 menit yang dilakukan oleh pengumpul data (mahasiswa D3 Keperawatan) Selama pengisian kuesioner pengambil data juga langsung mengadakan observasi terhadap ansietas klien dengan

menggunakan pedoman observasi. Setelah kuesioner dijawab oleh responden, maka kuesioner dikumpulkan kembali.

2. Intervensi

Klien yang telah mengisi kuesioner diberikan intervensi berupa asuhan keperawatan ansietas yang bersifat umum (generalis) oleh perawat ruangan maupun mahasiswa yang sedang berpraktek diruangan dan divalidasi oleh peneliti melalui dokumentasi keperawatan. Pada kelompok intervensi, setelah klien selesai mendapat askep umum ansietas, maka dilakukan *progressive muscle relaxation* yang akan diberikan sebanyak 4 kali selama 2 hari berturut-turut yang akan dilanjutkan dengan terapi *thought stopping*.

Pada kelompok kontrol, setelah dilakukan terapi generalis dilanjutkan dengan pemberian terapi *thought stopping* yang terdiri dari 3 sesi. Pelaksanaan terapi *thought stopping* dilakukan selama 30-45 menit/sesi..

Skema 4.4
Rencana pelaksanaan penelitian

	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3	Hari ke-4
Kelompok kontrol	Askep umum ansietas	Terapi <i>thought stopping</i> sesi 1	Terapi <i>thought stopping</i> sesi 2 dan sesi 3	Post test
Kelompok intervensi	Askep umum ansietas <i>Progressive muscle relaxation</i> sesi 1 dan 2	<i>Progressive muscle relaxation</i> sesi 3 dan sesi 4 Terapi <i>thought stopping</i> sesi 1	<i>Thought stopping</i> sesi 2 dan 3	Post tes

3. Post test.

Pengukuran ansietas dilakukan kembali setelah selesai pemberian terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol selesai mendapatkan terapi *thought stopping*. Instrumen yang digunakan adalah instrumen A, B, C dan D untuk mengetahui perubahan pengetahuan, kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas setelah dilakukan intervensi

4.8 Analisis Data

4.8.1 Pengolahan Data

Hastono (2007) memaparkan bahwa pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data. Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, paling tidak ada empat tahapan dalam pengolahan data yang peneliti harus lalui yaitu :

a. *Editing*

Dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten.

b. *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 0 untuk pilihan perempuan. Data pendidikan terakhir diberi kode 1 untuk pendidikan tinggi dan 0 untuk pendidikan rendah. Data pekerjaan diberi kode 1 untuk bekerja dan 0 untuk tidak bekerja. Data ruang perawatan diberi kode 1 untuk ruang perawatan penyakit dalam dan kode 0 untuk ruang perawatan bedah.

c. *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh serta sudah melewati pengkodean maka langkah peneliti selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis

d. *Cleaning*

Pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada yang salah atau tidak. Setelah dipastikan tidak ada yang salah, peneliti melanjutkan ke tahap analisa data.

4.8.1 Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menganalisis variabel – variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsinya agar dapat diketahui karakteristik dari subjek penelitian. Karakteristik responden yang dilakukan analisis dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok data numerik dan katagorik. Kelompok data numerik yakni umur, ansietas berdasarkan evaluasi diri dan observasi, kemampuan kognitif dan psikomotor dianalisis untuk mean, median, standar deviasi nilai maksimal-minimal dan interval confidence. Selanjutnya rentang nilai ansietas berdasarkan evaluasi diri dikategorikan menjadi 16-31 ansietas ringan; > 31- 46 ansietas sedang; > 46- 51 ansietas berat; > 51-60 panik. Nilai ansietas berdasarkan observasi menjadi 8-13 ansietas ringan; >13-16 ansietas sedang; > 16- 21 ansietas berat; >21 – 26 panik.

Pengetahuan cara mengatasi ansietas menjadi 10- 13 pengetahuan kurang, > 13- 17 pengetahuan cukup; >17- 20 pengetahuan baik. Kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas menjadi 15-30 kemampuan kurang; >30-45 kemampuan cukup; >45-60 kemampuan baik.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala data, jumlah populasi/ sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Sebelum analisis bivariat dilaksanakan maka dilakukan terlebih dahulu uji kesetaraan untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik klien dengan gangguan fisik antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Kesetaraan karakteristik klien yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan ruang perawatan serta ansietas dilakukan uji *Chi Square*.

Kesetaraan ansietas pada klien dengan gangguan fisik digunakan uji *independent sample t-test*. Bila nilai *p-value* lebih besar daripada *alpha* maka kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat disimpulkan setara atau homogen. Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yakni mengidentifikasi pengaruh terapi *thought stopping* dan terapi *progressive muscle relaxation* terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun.

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa yang dirumuskan yaitu apakah ada kontribusi karakteristik klien yang meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, ruang perawatan terhadap ansietas dan pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas setelah dilakukan intervensi terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation*. Analisis multivariat yang dilakukan adalah dengan menggunakan *regresi linear ganda*. Kegunaan *regresi linear ganda* ini menurut

Hastono (2007) adalah untuk memprediksi dan mengkuantifikasi hubungan sebuah atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen.

Untuk lebih mudah melihat cara analisis yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1

Analisis Bivariat dan Multivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi *Thought Stopping* dan *Progressive Muscle Relaxation* Terhadap Ansietas Pada Klien dengan Gangguan Fisik Di RSUD Dr. Soedono Madiun

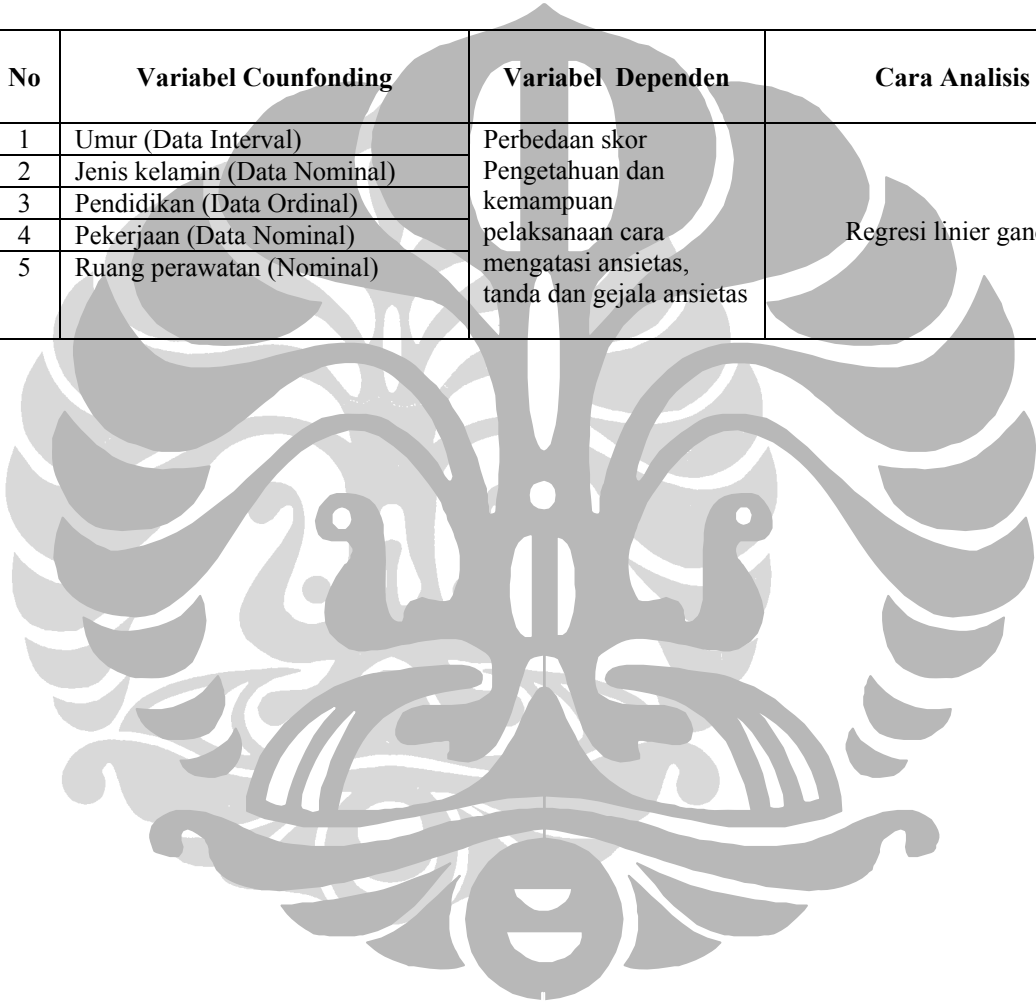
A. Analisis Uji Kesetaraan Karakteristik Responden, Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas, Tanda dan Gejala Ansietas

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1	Usia klien	Usia klien	<i>Independent sample t-test</i>
2	Jenis kelamin	Jenis Kelamin	<i>Uji Chi Square</i>
3	Pendidikan	Pendidikan	<i>Uji Chi Square</i>
4	Pekerjaan	Pekerjaan	<i>Uji Chi Square</i>
5	Ruang perawatan	Ruang perawatan	<i>Uji Chi Square</i>
6	Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas sebelum intervensi pada kelompok intervensi (data interval)	Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas sebelum intervensi pada kelompok kontrol (data interval)	<i>Independent Sample t-test</i>

B. Analisis Tanda dan Gejala Ansietas dan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor

No	Variabel Tingkat Ansietas	Variabel Tingkat Ansietas	Cara Analisis
1	Tanda dan gejala ansietas, pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas sebelum intervensi pada kelompok intervensi (Data Interval)	Tanda dan gejala ansietas, pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas setelah intervensi pada kelompok intervensi (Data Interval)	<i>Paired t-test</i>
2	Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas sebelum intervensi pada kelompok kontrol	Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas setelah intervensi pada kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Paired t-test</i>

	(Data Interval)		
3	Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas setelah intervensi pada kelompok intervensi (Data Interval)	Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas setelah intervensi pada kelompok kontrol (Data Interval)	<i>Independent Sample t-test</i>
C. Analisis Variabel Independen Dengan Variabel Dependen (Analisis Multivariat)			
No	Variabel Counfounding	Variabel Dependen	Cara Analisis
1	Umur (Data Interval)	Perbedaan skor Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas, tanda dan gejala ansietas	Regresi linier ganda
2	Jenis kelamin (Data Nominal)		
3	Pendidikan (Data Ordinal)		
4	Pekerjaan (Data Nominal)		
5	Ruang perawatan (Nominal)		



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun yang dilaksanakan pada tanggal 3 Mei sampai 11 Juni 2010. Jumlah responden sebanyak 56 orang yang dibagi menjadi 28 orang pada kelompok intervensi dan 28 orang kelompok kontrol sesuai kriteria inklusi. Dari 56 klien dengan gangguan fisik dibagi dua kelompok yaitu 28 klien sebagai kelompok intervensi yang dilakukan tindakan terapi *progressive muscle relaxation* dan terapi *thought stopping* dan 28 klien sebagai kelompok kontrol yang mendapatkan terapi *thought stopping* saja. Kedua kelompok dilakukan *pre-test* dan *post-test* yang hasilnya dibandingkan. Hasil penelitian ini terdiri dari tiga bagian yang akan diuraikan berikut ini:

5.1 Proses Pelaksanaan Terapi *Thought Stopping* dan *Progressive Muscle Relaxation* pada Klien dengan Gangguan Fisik

Pelaksanaan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada klien dengan gangguan fisik meliputi persiapan dan pelaksanaan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*.

5.1.1 Persiapan Pelaksanaan Terapi *Thought Stopping* dan *Progressive Muscle Relaxation*.

Persiapan pelaksanaan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun diawali dengan melakukan presentasi proposal dan penjelasan pelaksanaan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* kepada pihak rumah sakit, baik pejabat struktural diklat maupun kepala ruangan. Presentasi dan sosialisasi tersebut mendapatkan respon yang baik dari pihak rumah sakit dan kepala ruangan yang akan dijadikan tempat penelitian serta meningkatkan pengetahuan kepada para perawat ruangan rawat inap Wijaya

Kusuma tentang tindakan keperawatan spesialis jiwa terhadap penanganan ansietas pada klien dengan gangguan fisik yang sedang menjalani hospitalisasi yang belum pernah dipahami dan diketahui sebelumnya.

Penyegaran tentang asuhan keperawatan generalis ansietas yang diikuti oleh 4 orang kepala ruangan Wijaya Kusuma dan 1 orang perawat pejabat struktural Diklat. Penyegaran dilakukan dengan memberikan modul generalis ansietas kepada kepala ruangan. Peneliti melakukan *role play* terkait dengan cara pelaksanaan Askep ansietas generalis yang terdiri dari relaksasi (*deep breathing*), teknik distraksi dan *imaginary guidance* dengan teknik 5 jari.

Peneliti melakukan perekrutan pengumpul data sebanyak 4 orang yang merupakan mahasiswa D3 keperawatan. Kemudian dilanjutkan dengan melakukan pengarahan terhadap para pengumpul data tentang instrumen penelitian yang bertujuan untuk menyamakan persepsi tentang prosedur dan waktu pengumpulan data.

5.1.2. Pelaksanaan Terapi *Thought Stopping* dan *Progressive Muscle Relaxation*

Pelaksanaan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* diawali dengan pemilihan sampel secara random permutasi yaitu klien yang mendapatkan nomor genap masuk sebagai kelompok intervensi dan yang mendapat nomor ganjil sebagai kelompok kontrol. Rata-rata jumlah klien yang dilakukan setiap hari sebanyak 4-5 orang klien.

Pelaksanaan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dilakukan selama 4 hari dengan pemberian terapi *progressive muscle relaxation* sebanyak 4 kali dan terapi *thought stopping* dalam tiga sesi. Pemilihan klien yang akan mendapat terapi *thought stopping* saja dan yang mendapat *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*

dilakukan dengan melakukan pemilihan acak yaitu klien yang mendapat nomor genap diberikan *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* sedangkan yang mendapat nomor ganjil diberikan *thought stopping* saja. Selama proses pelaksanaan terapi, ada beberapa dalam satu ruangan yang sama terdapat klien yang mendapat *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dan ada yang hanya mendapat *thought stopping*.

Selama pelaksanaan terapi *progressive muscle relaxation* dan *thought stopping*, terdapat 2 orang klien *drop out*, terdiri dari 1 orang klien kelompok kontrol yang pulang atas permintaan pasien dan 1 orang kelompok intervensi yang pindah ke ruangan lain yang bukan menjadi tempat penelitian.

Proses pelaksanaan terapi *progressive muscle relaxation* klien sebagian besar memilih untuk tidur terlentang di tempat tidur pada posisi yang nyaman dan untuk terapi *thought stopping* yaitu klien duduk atau berbaring di atas tempat tidur berhadapan dengan terapis. Untuk menjaga *privacy* klien, peneliti menggunakan *screen* yang sudah ada di ruangan. Pada pelaksanaan terapi *progressive muscle relaxation* terapis menggunakan laptop untuk memutar CD dan untuk terapi *thought stopping* pada sesi 1 menggunakan alat bantu alarm jam wekker, pada sesi 2 menggunakan rekaman dan karet gelang.

Selama pelaksanaan terapi *progressive muscle relaxation* dan *thought stopping* ini ada beberapa modifikasi dalam pelaksanaan terapi ini yaitu terapis harus menyesuaikan dengan adanya jadwal pemeriksaan medis atau jadwal kunjung pasien sehingga untuk pelaksanaan terapi tidak sesuai dengan kontrak waktu yang disepakati bersama klien. Kendala lain sebagian klien yang dirawat tidak memahami bahasa Indonesia.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Karakteristik klien dengan gangguan fisik

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik klien yang dikelompok menjadi data numerik yaitu usia dan kategorik yang terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan ruang perawatan

5.2.1.1 Karakteristik klien berdasarkan usia

Karakteristik klien yang terdiri dari usia merupakan variabel numerik yang dianalisis dengan menggunakan analisis *explore* dan dijelaskan dalam tabel 5.1

Tabel 5.1.
Analisis Usia Klien dengan Gangguan Fisik pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010
(n = 56)

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	SD	Min-Maks	95% CI	p-value
Usia	Intervensi	28	37,89	12,53	19 – 59	33,04– 42,75	0,345
	Kontrol	28	41,11	12,74	19 – 60	36,17– 46,05	
Total		56	39,50	12,63	19 - 60	36,12 – 42,88	

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa rata-rata usia klien adalah 39,5 tahun dengan usia termuda 19 tahun dan tertua 60 tahun. Hasil uji statistik kesetaraan klien berdasarkan usia dapat disimpulkan bahwa usia kelompok intervensi setara dengan kelompok kontrol (*p-value* 0,345 > 0,05).

5.2.1.2 Karakteristik Klien berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan ruang perawatan.

Jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan ruang perawatan merupakan variabel kategorik yang dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi disajikan dalam tabel 5.2

Hasil analisis dari tabel 5.2 dari 56 klien dengan gangguan fisik yang menjadi responden lebih banyak laki-laki daripada perempuan yaitu 29 orang (51.8 %).

Tabel 5.2
Distribusi Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Ruang Perawatan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun tahun 2010
(n=56)

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 28)		Kelompok kontrol (n = 28)		Jumlah (n = 56)		P-value
	n	%	n	%	N	%	
1. Jenis kelamin							
a. Laki-laki	15	53.6	14	50	29	51.8	
b. Perempuan	13	46.4	14	50	27	48.2	1,000
TOTAL	28	100	28	100	56	100	
2. Pendidikan							
a. Pendidikan rendah (Tdk sekolah, SD, SMP)	12	42,9%	15	53%	27	48,3%	
b. Pendidikan tinggi (SMA, Diploma III/PT)	16	57,1%	13	46,6%	29	51,7%	0,593
TOTAL	28	100	28	100	56	100	
3. Pekerjaan							
a. Bekerja	18	64.3	23	82,1%	41	73.2	
b. Tidak bekerja	10	35.7	5	17,9 %	15	26.8	0,227
TOTAL	28	100	28	100	56	100	
4. Ruang Perawatan							
a. Dalam	22	78.6	20	71,4%	42	75%	
b. Bedah	6	21.4	8	28,6%	14	25%	0,758
TOTAL	28	100	43	100	56	100	

Tingkat pendidikan klien dengan gangguan fisik paling banyak adalah pendidikan tinggi (SMA, diploma/PT) sebesar

29 orang (51,7%), terdiri dari 16 orang (57,1%) kelompok intervensi dan 13 orang (46,4%) kelompok kontrol.

Pekerjaan klien dari 56 klien dengan gangguan fisik menunjukkan proporsi terbesar adalah bekerja sebanyak 41 orang (73,2%). Klien dengan gangguan fisik yang berjumlah 56 orang terbanyak dirawat di ruang penyakit dalam yaitu 42 orang (75%).

Hasil uji statistik dari tabel 5.2 dapat disimpulkan bahwa kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara untuk variabel jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan ruang perawatan ($p\text{-value} > \alpha 0,05$).

5.3 Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara mengatasi Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik.

Pada bagian ini akan dijelaskan pengetahuan klien tentang cara mengatasi ansietas dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas sebelum dilakukan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan sebelum dilakukan terapi *thought stopping* pada kelompok kontrol, hasil analisis kesetaraan pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien sebelum dilakukan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*, pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*, selisih pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation*, pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas sesudah dilakukan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* dan sesudah terapi *thought stopping*.

5.3.1 Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Sebelum Dilakukan Terapi *Thought Stopping* dan *Progressive Muscle Relaxation* pada Kelompok Intervensi dan Sebelum Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Kontrol.

Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas sebelum dilakukan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* dan sebelum dilakukan terapi *thought stopping* dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3
Analisis Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas pada Klien dengan Gangguan Fisik Sebelum Dilakukan Terapi *Thought Stopping* dan *Progressive Muscle Relaxation* pada Kelompok Intervensi dan Sebelum Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010 (n=56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	Min - Max	CI	P-value
Pengetahuan cara mengatasi ansietas	1. Intervensi	28	16,46	1,67	14 – 18	15,82 – 17,11	0,302
	2. Kontrol	28	16,04	1,40	14 - 18	15,49 – 16,58	
	Total	56	16,25	1,54	14 – 18		
Kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas	1. Intervensi	28	25,04	6,78	14-45	22,44 – 27,70	0,744
	2. Kontrol	28	24,54	5,38	15-32	22,45 – 26,62	
	Total	56	24,80	6,07	14-45		

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui rentang skor pengetahuan klien tentang mengatasi ansietas berdasarkan instrumen minimum 10, maksimum 20. Total pengetahuan tentang mengatasi ansietas klien sebesar 16,25 atau pengetahuan cukup dengan skor minimal 14 dan tertinggi 18. Rata-rata total skor kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas sebelum dilakukan terapi sebesar 24,80 atau dalam rentang pelaksanaan yang kurang. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien dengan gangguan fisik antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi menunjukkan kesetaraan yang sama sebelum intervensi. Hal ini ditunjukkan dengan *p-value* > 0,05

5.3.2 Perbedaan pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien dengan gangguan fisik sebelum - sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* dan sebelum - sesudah terapi *thought stopping*.

Hasil uji statistik perbedaan pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien dengan gangguan fisik dalam mengatasi ansietas sebelum - sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* dan sebelum - sesudah terapi *thought stopping* ditunjukkan pada tabel 5.4.

Tabel 5.4
Analisis Perbedaan Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Sebelum - Sesudah Intervensi *Terapi Thought Stopping dan Progrressive Muscle Relaxation* Pada Kelompok Intervensi Dan Sebelum - Sesudah Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010 (n=56)

Kelompok	Variabel Ansietas	N	Mean	SD	P-value
Intervensi	1. Pengetahuan cara mengatasi ansietas				
	a. Sebelum	28	16,46	1,67	0,000
	b. Sesudah	28	17,75	0,58	
	Selisih		1,29		
	2. Kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas				
a. Sebelum	28	25,07	6,78	0,000	
b. Sesudah	28	47,57	5,62		
Selisih			22,5		
Kontrol	1. pengetahuan cara mengatasi ansietas				
	a. Sebelum	28	16,04	1,40	0,000
	b. Sesudah	28	16,82	0,98	
	Selisih		0,78		
	2. Kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas				
a. Sebelum	28	24,54	5,38	0,000	
b. Sesudah	28	33,86	5,56		
Selisih			9,32		

Dari tabel 5.4 menunjukkan rata-rata peningkatan pengetahuan pada kelompok intervensi sebesar 1,29 poin atau menjadi pengetahuan baik dan peningkatan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas sebesar 22,50

atau menjadi kemampuan baik. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* meningkat secara bermakna ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

Sedangkan Pada kelompok kontrol peningkatan pengetahuan sebesar 0,78 atau menjadi pengetahuan cukup dan peningkatan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas sebesar 9,32 atau kemampuan cukup. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa kemampuan kognitif dan psikomotor klien sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* meningkat secara bermakna ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

5.3.3 Selisih perbedaan pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien dengan gangguan fisik sebelum - setelah dilakukan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* dan sebelum - setelah dilakukan terapi *thought stopping*.

Selisih pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien dalam mengatasi ansietas sebelum dan setelah dilakukan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* dan sebelum dan setelah dilakukan terapi *thought stopping* dijelaskan dalam tabel 5.5.

Tabel 5.5

Analisis Selisih Perbedaan Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas klien Sebelum Dan Setelah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* dan *Progrressive Muscle Relaxation* Pada Kelompok Intervensi Dan Sebelum dan Setelah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Kontrol Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010
(n = 56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	p-value
Selisih pengetahuan cara mengatasi ansietas	1.Intervensi	28	3,18	1,19	0,115
	2.Kontrol	28	0,10	0,31	
Selisih kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas	1.Intervensi	28	22,5	8,64	0,000
	2.Kontrol	28	9,32	7,79	

Dari tabel 5.5 menunjukkan peningkatan pengetahuan cara mengatasi ansietas pada kelompok yang mendapat terapi *thought stoppping* dan *progrressive muscle relaxation* sebesar 3,18 dan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* meningkat sebesar 0,10. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa pengetahuan cara mengatasi ansietas antara kelompok yang mendapat terapi *thought stoppping* dan *progrressive muscle relaxation* dengan yang mendapat terapi *thought stopping* tidak berbeda secara bermakna ($p\text{-value} = 0,115$; $\alpha = 0,05$).

Peningkatan pelaksanaan cara mengatasi ansietas pada kelompok yang mendapat terapi *thought stoppping* dan *progrressive muscle relaxation* sebesar 22,5 dan pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* sebesar 9,32. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa peningkatan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas kelompok yang mendapat terapi *thought stoppping* dan *progrressive muscle relaxation* lebih tinggi secara bermakna daripada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* saja ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

5.3.4 Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Sesudah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* dan *Progrressive Muscle Relaxation* dan Sesudah Dilakukan Terapi *Thought Stopping*

Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien sesudah dilakukan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* dan sesudah dilakukan terapi *thought stopping* dijelaskan dalam tabel 5. 6

Dari tabel 5.6 menunjukkan perbandingan pengetahuan cara mengatasi ansietas klien setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* berbeda secara bermakna dengan kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$)

Tabel 5.6
 Analisis Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi
 Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Sesudah Dilakukan Terapi
Thought Stopping dan *Progrressive Muscle Relaxation* pada Kelompok
 Intervensi dan Sesudah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada
 Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010
 (n = 56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	P – value
Pengetahuan cara mengatasi ansietas	1. Intervensi	28	17,75	0,58	0,000
	2.Kontrol	28	16,82	0,98	
Kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas	1. Intervensi	28	47,57	5,62	0,000
	2.Kontrol	28	33,86	5,56	

Sedangkan perbandingan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* berbeda secara bermakna dengan kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$)

5.4 Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi Diri dan Observasi

Pada bagian ini akan dijelaskan ansietas klien berdasarkan evaluasi diri dan observasi sebelum dilakukan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan sebelum dilakukan terapi *thought stopping* pada kelompok kontrol, hasil analisis kesetaraan ansietas klien berdasarkan evaluasi dan observasi sebelum dilakukan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*, ansietas klien sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*, selisih ansietas sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* dan ansietas klien sesudah dilakukan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dan sesudah dilakukan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*

5.4.1 Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi diri dan Observasi Sebelum Dilakukan Terapi *Thought Stopping* dan *Progressive Muscle Relaxation* dan Sebelum Dilakukan Terapi *Thought Stopping*.

Hasil uji statistik ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan evaluasi diri sebelum terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan sebelum terapi *thought stopping* pada kelompok kontrol ditunjukkan pada tabel 5.7.

Tabel 5.7.
Analisis Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi diri Sebelum Dilakukan Terapi *Thought Stopping* dan *Progressive Muscle relaxation* pada Kelompok Intervensi dan Sebelum Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010 (n = 56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	Min – Max	CI	P-value
Respon fisiologis	1. Intervensi	28	16,68	2,99	11 -21	15,52-17,83	0,929
	2.Kontrol	28	16,75	3,01	12 -22	15,58- 17,92	
	Total	56	16,71	2,97	11-22		
Respon kognitif	1. Intervensi	28	7,61	2,02	3 -11	6,82 - 8,39	0,583
	2.Kontrol	28	8,04	2,04	4 -12	7,24 – 8,83	
	Total	56	7,89	1,92	4-12		
Respon Prilaku	1. Intervensi	28	12,25	2,60	8-18	11,24 – 13,26	0,840
	2.Kontrol	28	12,68	2,68	7-17	11,64 – 13,74	
	Total	56	12,39	2,61	7-18		
Respon Emosi	1. Intervensi	28	5,93	1,51	4 – 8	5,34 – 6,52	0,355
	2.Kontrol	28	6,36	1,68	3-8	5,70 - 7,01	
	Total	56	6,12	1,57	3-8		
Komposit	1. Intervensi	28	42,46	5,98	30-53	40,15 – 44,78	0,422
	2. Kontrol	28	43,82	6,55	33-54	42,28 – 46,36	
	Total	56	43,14	6,25	30-54		

Dari tabel 5.7 diatas respon fisiologis berdasarkan instrumen minimum 6, maksimum 24. Rata-rata total respon fisiologis dari klien dengan skor 16,71. Rentang skor respon kognitif berdasarkan instrumen minimum 3, maksimum 12. Rata-rata total respon kognitif dengan skor 7,89. Rentang skor respon prilaku

minimum 5, maksimum 20. Rata-rata total respon perilaku dengan skor 12,39. Sedangkan rentang skor respon emosi minimum 2, maksimum 8. Rata-rata total respon emosi dengan skor 6,12. Rentang skor komposit minimum 16, maksimum 64. Rata-rata total komposit ansietas dengan skor 43,14 atau berada dalam rentang ansietas sedang.

Hasil uji kesetaraan ansietas klien berdasarkan evaluasi diri sebelum terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan sebelum terapi *thought stopping* pada kelompok kontrol menunjukkan kesetaraan yang sama. Hal ini ditunjukkan dengan $p\text{-value} > 0,05$.

Ansietas klien berdasarkan observasi sebelum dilakukan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* dan sebelum dilakukan terapi *thought stopping* ditunjukkan dalam tabel 5.8

Dari tabel 5.8 rentang skor respon fisiologis berdasarkan instrumen minimum 5, maksimum 14. Rata-rata total respon fisiologis dengan skor 8,79. Rentang skor respon kognitif minimum 1, maksimum 4. Rata-rata total respon kognitif dengan skor 2,21.

Rentang skor respon perilaku minimum 2, maksimum 8. Rata-rata total respon perilaku dengan skor 2,61 dan rentang skor komposit minimum 8, maksimum 26. Rata-rata total skor komposit 13,61 atau berada dalam rentang ansietas sedang.

Analisis kesetaraan ansietas klien berdasarkan observasi menunjukkan bahwa rata-rata skor ansietas klien dengan gangguan fisik sebelum diberikan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan sebelum diberikan *thought stopping* pada kelompok kontrol menunjukkan kesetaraan yang sama ($p\text{-value} > 0,05$)

Tabel 5.8
 Analisis Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Observasi
 Sebelum Dilakukan Terapi *Thought Stopping* dan *Progrressive Muscle
 Relaxation* pada Kelompok Intervensi dan Sebelum Dilakukan Terapi
Thought Stopping pada Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun
 Tahun 2010 (n=56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	Min – Max	CI	P- value
Respon fisiologis	1. Intervensi	28	8,93	1,24	7-11	8,45 – 9,41	0,385
	2. Kontrol	28	8,64	1,19	7 - 11	8,18 – 9,11	
	Total	56	8,79	1,22	7 – 11		
Respon kognitif	1. Intervensi	28	2,07	0,54	1 – 3	1,86 – 2,28	0,087
	2. Kontrol	28	2,36	0,68	1 – 4	2,09 – 2,62	
	Total	56	2,21	0,62	1 – 4		
Respon Prilaku	1. Intervensi	28	2,54	0,64	2 – 4	2,29 – 2,78	0,454
	2. Kontrol	28	2,68	0,77	2 – 4	2,38 – 2,98	
	Total	56	2,61	0,71	2 – 4		
Komposit	1. Intervensi	28	13,54	1,57	11-17	12,93 – 14,15	0,322
	2. Kontrol	28	13,68	1,74	11-17	13,00 – 14,35	
	Total		13,61	1,65	11-17		

5.4.2 Ansietas Klien Berdasarkan Evaluasi diri dan Observasi Klien dengan Gangguan Fisik Sebelum – Sesudah Terapi *Thought Stopping* dan *Progrressive Muscle Relaxation* pada Kelompok Intervensi dan Sebelum-Sesudah Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Kontrol.

Perubahan ansietas Klien dengan gangguan fisik berdasarkan evaluasi diri dan observasi sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* pada kelompok kontrol dilakukan uji *dependen sample t-Test (Paired t test)* yang dijelaskan pada tabel 5.9.

Dari tabel 5.9 dapat diketahui hasil statistik perubahan ansietas klien berdasarkan evaluasi diri sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi rata-rata penurunan skor respon fisiologis ansietas klien sebesar 9,00. Hasil uji statistik dapat disimpulkan respon fisiologis sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* menurun secara bermakna ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Pada kelompok kontrol penurunan respon fisiologis sebesar 0,04. Hasil uji statistik

menunjukkan pada kelompok kontrol respon fisiologis menurun tidak bermakna ($p\text{-value} = 0,326$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.9

Analisis Perbedaan Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi diri Sebelum Dan Sesudah Intervensi *Terapi Thought Stopping dan Progressive muscle Relaxation* Pada Kelompok Intervensi Dan Sebelum dan Sesudah Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun

Tahun 2010 (n=56)

Kelompok	Variabel Ansietas	N	Mean	SD	P-value
Intervensi	1. Respon fisiologis				
	a. Sebelum	28	16.68	2.99	0,000
	b. Sesudah	28	7.68	1.30	
	Selisih		9.00	2,97	
	2. Respon kognitif				
	a. Sebelum	28	7.75	1.82	0,000
	b. Sesudah	28	3.43	0.74	
	Selisih		4,32	1,98	
	3. Respon prilaku				
	a. Sebelum	28	12.46	2.74	0,000
	b. Sesudah	28	6.21	1.13	
	Selisih		6,25	2,37	
	4. Respon emosi				
a. Sebelum	28	5.93	1.57	0,000	
b. Sesudah	28	2.71	0.60		
Selisih		3,22	1,64		
Komposit					
a. Sebelum	28	42,46	5,98	0,000	
b. Sesudah	28	20,04	1,75		
Selisih		22,42			
Kontrol	1. Respon fisiologis				
	a. Sebelum	28	16.75	3.01	0,116
	b. Sesudah	28	16.71	3.00	
	Selisih		0.04	0,19	
	2. Respon kognitif				
	a. Sebelum	28	8.04	2.04	0,000
	b. Sesudah	28	4.43	1.34	
	Selisih		3,61	2,08	
	3. Respon prilaku				
	a. Sebelum	28	12.32	2.52	0,000
	b. Sesudah	28	9,79	2,42	
	Selisih		2,53	2,04	
	4. Respon emosi				
a. Sebelum	2	6.32	1.59	0,000	
b. Sesudah	28	4.32	1.41		
Selisih		2,00	1,19		
Komposit					
a. Sebelum	28	43,82		0,000	
b. Sesudah	28	35,25			
Selisih		8,57			

Penurunan respon kognitif ansietas klien berdasarkan evaluasi diri pada kelompok intervensi rata-rata penurunan sebesar 4,32. Hasil uji statistik dapat disimpulkan penurunan respon kognitif berdasarkan evaluasi diri sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* menurun secara bermakna ($p\text{ value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Pada kelompok kontrol menunjukkan penurunan respon kognitif sebesar 3,61. Hasil uji statistik dapat disimpulkan penurunan respon kognitif klien sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* juga menurun secara bermakna ($p\text{ value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

Respon perilaku ansietas klien berdasarkan evaluasi diri pada kelompok intervensi rata-rata menurun sebesar 6,25. Hasil statistik dapat disimpulkan respon perilaku klien sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* menurun secara bermakna ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Pada kelompok kontrol rata-rata penurunan respon perilaku ansietas klien sebesar 2,52. Hasil uji statistik dapat disimpulkan respon perilaku sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* juga menurun secara bermakna ($p\text{ value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

Respon emosi ansietas klien pada kelompok intervensi rata-rata menurun sebesar 3,22. Hasil uji sttistik menunjukkan respon emosi sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrrrresive muscle relaxation* menurun secara bermakna ($p\text{- value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Pada kelompok kontrol rata-rata respon emosi menurun sebesar 2,00. Hasil uji statistik juga menunjukkan respon emosi sebelum dan sesudah terapi *thought stoppping* menurun secara bermakna ($p\text{- value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

Komposit rata-rata ansietas yang merupakan gabungan respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi pada kelompok intervensi rata-rata menurun sebesar 22,42 atau menjadi ansietas ringan. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa sebelum dan sesudah terapi *thought stoppping* dan *progrressive muscle relaxation* menurun secara bermakna ($p\text{- value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Pada kelompok kontrol komposit ansietas rata-rata menurun sebesar 8,57 atau ansietas sedang. Hasil uji

statistik dapat disimpulkan sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* respon ansietas menurun secara bermakna ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

Perbedaan ansietas klien berdasarkan observasi sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* pada kelompok 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 dan Progrressive Muscle Relaxation* Pada Kelompok Intervensi Dan Sebelum dan Sesudah Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010
(n = 56)

Kelompok	Variabel Ansietas	N	Mean	SD	P-value
Intervensi	1. Respon fisiologis				
	a. Sebelum	28	8,93	1,24	0,000
	b. Sesudah	28	5,75	0,79	
	Selisih		3,18	1,19	
	2. Respon kognitif				
	a. Sebelum	28	2,07	0,54	0,000
	b. Sesudah	28	1,25	0,52	
	Selisih		0,82	0,61	
	3. Respon prilaku				
	a. Sebelum	28	2,54	0,64	0,000
	b. Sesudah	28	2,04	0,19	
	Selisih		0,50	0,58	
Komposit					
a. Sebelum	28	13,54	1,57	0,000	
b. Sesudah	28	9,04	0,96		
Selisih		4,5			
Kontrol	1. Respon fisiologis				
	a. Sebelum	28	8,64	1,19	0,083
	b. Sesudah	28	8,54	1,04	
	Selisih		0,10	0,31	
	2. Respon kognitif				
	a. Sebelum	28	2,36	0,68	0,000
	b. Sesudah	28	1,61	0,49	
	Selisih		0,75	0,58	
	3. Respon prilaku				
	a. Sebelum	28	2,68	0,77	0,017
	b. Sesudah	28	2,43	0,57	
	Selisih		0,25	0,52	
Komposit					
a. Sebelum	28	13,68	1,74	0,000	
b. Sesudah	28	12,57	1,42		
Selisih		1,11			

Dari tabel 5.10 menunjukkan pada kelompok intervensi rata-rata penurunan skor respon fisiologis ansietas klien berdasarkan observasi sebesar 3,18. Hasil uji statistik dapat disimpulkan respon fisiologis sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* menurun secara bermakna ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Pada kelompok kontrol penurunan respon fisiologis sebesar 0,10. Hasil uji statistik menunjukkan pada kelompok kontrol respon fisiologis menurun tidak bermakna ($p\text{-value} = 0,083$; $\alpha = 0,05$).

Penurunan respon kognitif ansietas klien berdasarkan observasi pada kelompok intervensi rata-rata penurunan sebesar 0,82. Hasil uji statistik dapat disimpulkan penurunan respon kognitif berdasarkan observasi sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* menurun secara bermakna ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Pada kelompok kontrol menunjukkan penurunan respon kognitif sebesar 0,75. Hasil uji statistik dapat disimpulkan penurunan respon kognitif klien sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* menurun secara bermakna ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

Respon perilaku ansietas klien berdasarkan observasi pada kelompok intervensi rata-rata menurun sebesar 0,50. Hasil statistik dapat disimpulkan respon perilaku klien sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* menurun secara bermakna ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Pada kelompok kontrol rata-rata penurunan respon perilaku ansietas klien sebesar 0,25. Hasil uji statistik dapat disimpulkan respon perilaku sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* juga menurun secara bermakna ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

Komposit rata-rata ansietas berdasarkan observasi yang merupakan gabungan respon fisiologis, kognitif, perilaku pada kelompok intervensi rata-rata menurun sebesar 4,5 atau menjadi ansietas ringan. Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* menurun secara bermakna ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$). Pada

kelompok kontrol komposit ansietas rata-rata menurun sebesar 1,11 atau menjadi ansietas sedang. Hasil uji statistik dapat disimpulkan sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* respon ansietas menurun secara bermakna (p -value = 0,000; α = 0,05).

5.4.3 Selisih Perbedaan Ansietas Klien Berdasarkan Evaluasi diri dan Observasi Sebelum dan Setelah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* dan *Progrressive Muscle Relaxation* pada Kelompok Intervensi dan Sebelum dan Setelah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Kontrol.

Selisih ansietas Klien dengan gangguan fisik berdasarkan evaluasi diri dan observasi sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* pada kelompok kontrol dilakukan uji *Independen sample t-Test*. Selisih ansietas klien berdasarkan evaluasi diri sebelum dan setelah dilakukan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan kontrol dijelaskan dalam tabel 5.11

Tabel 5.11.

Analisis Selisih Perbedaan Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi Diri Sebelum Dan Setelah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* dan *Progrressive Muscle Relaxation* Pada Kelompok Intervensi Dan Sebelum dan Setelah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010 (n = 56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	P value
Selisih Respon fisiologis	1.Intervensi	28	9,00	2,97	0,000
	2.Kontrol	28	0,04	0,19	
Selisih Respon kognitif	1.Intervensi	28	4,32	1,98	0,194
	2.Kontrol	28	3,61	2,08	
Evaluasi Diri Selisih Respon prilaku	1.Intervensi	28	6,25	2,37	0,000
	2.Kontrol	28	2,54	2,04	
Selisih Respon emosi	1.Intervensi	28	3,22	1,64	0,003
	2.Kontrol	28	2,00	1,19	
Komposit SE	1.Intervensi	28	22,79	6,33	0,000
	2.Kontrol	28	8,18	3,12	

Dari tabel 5.11 menunjukkan penurunan respon fisiologis klien berdasarkan evaluasi diri pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* dan

progrressive muscle relaxation sebesar 9,00 dan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stoppping* menurun sebesar 0,04. Penurunan respon fisiologis ansietas klien pada kelompok yang mendapatkan terapi *thought stoppping* dan *progrressive muscle relaxation* lebih besar secara bermakna dibandingkan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stoppping* saja ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha 5\%$).

Penurunan respon kognitif klien berdasarkan evaluasi diri pada kelompok yang mendapat terapi *thought stoppping* dan *progrressive muscle relaxation* sebesar 4,32 dan pada kelompok yang mendapat terapi *thought stoppping* menurun sebesar 3,61. Penurunan respon kognitif ansietas klien pada kelompok yang mendapatkan terapi *thought stoppping* dan *progrressive muscle relaxation* tidak ada beda secara bermakna dibandingkan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stoppping* saja ($p\text{-value} = 0,194$; $\alpha 5\%$).

Penurunan respon perilaku klien berdasarkan evaluasi diri pada kelompok yang mendapat terapi *thought stoppping* dan *progrressive muscle relaxation* sebesar 6,25 dan pada kelompok yang mendapat terapi *thought stoppping* menurun sebesar 2,54. Penurunan respon perilaku ansietas klien pada kelompok yang mendapatkan terapi *thought stoppping* dan *progrressive muscle relaxation* lebih besar secara bermakna dibandingkan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stoppping* ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha 5\%$).

Penurunan respon emosi klien berdasarkan evaluasi diri pada kelompok yang mendapat terapi *thought stoppping* dan *progrressive muscle relaxation* sebesar 3,22 dan pada kelompok yang mendapat terapi *thought stoppping* menurun sebesar 2,00. Penurunan respon emosi ansietas klien pada kelompok yang mendapatkan terapi *thought stoppping* dan *progrressive muscle relaxation* lebih besar secara bermakna dibandingkan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stoppping* ($p\text{-value} = 0,003$; $\alpha 5\%$).

Penurunan komposit ansietas klien yang merupakan gabungan respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi berdasarkan evaluasi diri pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* sebesar 22,79 dan pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* menurun sebesar 8,18. Penurunan komposit ansietas klien pada kelompok yang mendapatkan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* lebih besar secara bermakna dibandingkan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha 5\%$).

Selisih Perbedaan ansietas klien berdasarkan observasi sebelum dan setelah dilakukan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan sebelum – setelah terapi *thought stopping* pada kelompok kontrol dijelaskan dalam tabel 5.12.

Tabel 5.12
Analisis Selisih Perbedaan Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Observasi Sebelum Dan Setelah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* dan *Progrressive Muscle Relaxation* Pada Kelompok Intervensi Dan Sebelum dan Setelah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2009
(n = 56)

	Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	p-value
Observasi	Selisih Respon fisiologis	1.Intervensi	28	3,18	1,19	0,000
		2.Kontrol	28	0,10	0,31	
	Selisih Respon kognitif	1.Intervensi	28	0,82	0,61	0,657
		2.Kontrol	28	0,75	0,58	
	Selisih Respon prilaku	1.Intervensi	28	0,50	0,58	0,000
		2.Kontrol	28	0,25	0,52	
Komposit Observasi		Intervensi	28	4,50	1,71	0,000
		Kontrol	28	1,11	0,87	

Dari tabel 5.12 menunjukkan penurunan respon fisiologis klien berdasarkan observasi pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* sebesar 3,18 dan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* menurun sebesar 0,10. Penurunan respon fisiologis ansietas klien pada kelompok yang mendapatkan terapi *thought*

stopping dan *progrressive muscle relaxation* lebih besar secara bermakna dibandingkan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha 5\%$).

Penurunan respon kognitif klien berdasarkan observasi pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* sebesar 0,82 dan pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* menurun sebesar 0,75. Penurunan respon kognitif ansietas klien pada kelompok yang mendapatkan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* tidak ada beda secara bermakna dengan kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,657$; $\alpha 5\%$).

Penurunan respon perilaku klien berdasarkan observasi pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* sebesar 0,50 dan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* menurun sebesar 0,25. Penurunan respon perilaku ansietas klien pada kelompok yang mendapatkan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* lebih besar secara bermakna dibandingkan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha 5\%$).

Penurunan komposit ansietas yang merupakan gabungan respon fisiologis, kognitif dan perilaku berdasarkan observasi pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* sebesar 5,40 dan pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* menurun sebesar 1,11. Penurunan komposit ansietas klien pada kelompok yang mendapatkan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* lebih besar secara bermakna dibandingkan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha 5\%$).

5.4.4 Ansietas Klien dengan gangguan fisik berdasarkan Evaluasi Diri dan Observasi Sesudah Terapi *Thought Stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan sesudah terapi *thought stopping* saja pada kelompok kontrol.

Analisis ansietas klien dengan gangguan fisik berdasarkan evaluasi dan observasi sesudah terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi dan sesudah terapi *thought stopping* pada kelompok kontrol dengan menggunakan uji *Independen sample t-Tes*.

Ansietas klien berdasarkan evaluasi diri sesudah terapi *thought stopping* dan *progrresive muscle relaxation* dan sesudah terapi *thought stopping* dijelaskan dalam tabel 5.13.

Tabel 5.13
Analisis Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Evaluasi diri Sesudah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* dan *Progrresive Muscle Relaxation* pada Kelompok Intervensi dan Sesudah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* pada Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010 (n=56)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	P – value
Respon fisiologis	1. Intervensi	28	7,68	1,30	0,000
	2.Kontrol	28	11,29	2,74	
Respon kognitif	1. Intervensi	28	3,43	0,78	0,001
	2.Kontrol	28	4,43	1,34	
Respon Prilaku	1. Intervensi	28	6,21	1,13	0,000
	2.Kontrol	28	9,79	2,47	
Respon Emosi	1. Intervensi	28	2,71	0,60	0,000
	2.Kontrol	28	4,32	1,41	
Komposit	1. Intervensi	28	20,04	1,75	0,000
	2. Kontrol	28	35,25	5,16	

Dari tabel 5.13 menunjukkan perbandingan respon fisiologis ansietas klien setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* berbeda secara bermakna dengan kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

Perbandingan respon kognitif ansietas klien setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* berbeda secara bermakna dengan kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,001$; $\alpha = 0,05$).

Perbandingan respon perilaku ansietas klien setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* berbeda secara bermakna dengan kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

Perbandingan respon emosi ansietas klien setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* berbeda secara bermakna dengan kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,001$; $\alpha = 0,05$).

Perbandingan komposit ansietas klien yang merupakan gabungan respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosi berdasarkan evaluasi diri setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* berbeda secara bermakna dengan kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

Ansietas klien berdasarkan observasi sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* dan sesudah terapi *thought stoppping* dijelaskan dalam tabel 5.14.

Dari tabel 5. 14 dapat diketahui bahwa perbandingan respon fisiologis ansietas klien berdasarkan observasi setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* berbeda secara bermakna dengan kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$)

Perbandingan respon kognitif ansietas klien setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* berbeda secara bermakna dengan

kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,011$; $\alpha = 0,05$).

Tabel 5.14
Analisis Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik Berdasarkan Observasi
Sesudah Dilakukan Terapi *Thought Stopping* dan *Progrressive Muscle
Relaxation* pada Kelompok Intervensi dan Sesudah Dilakukan Terapi
Thought Stopping Kelompok Kontrol Di RSUD Dr. Soedono Madiun
Tahun 2010
($n = 56$)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	P – value
Respon fisiologis	1. Intervensi	28	5,75	0,79	0,000
	2.Kontrol	28	8,54	1,04	
Respon kognitif	1. Intervensi	28	1,25	0,52	0,011
	2.Kontrol	28	1,61	0,49	
Respon Prilaku	1. Intervensi	28	2,04	0,19	0,001
	2.Kontrol	28	2,43	0,58	
Komposit	1. Intervensi	28	9,04	0,96	0,000
	2.Kontrol	28	12,57	1,42	

Perbandingan respon perilaku ansietas klien setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* berbeda secara bermakna dengan kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,001$; $\alpha = 0,05$).

Perbandingan komposit ansietas klien yang merupakan gabungan respon fisiologis, kognitif, perilaku berdasarkan observasi setelah mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* berbeda secara bermakna dengan kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* ($p\text{-value} = 0,000$; $\alpha = 0,05$).

5.5 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas, Ansietas berdasarkan Evaluasi Diri dan Observasi pada Klien dengan Gangguan Fisik

Pada bagian ini akan disampaikan faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan, kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas dan ansietas berdasarkan evaluasi diri dan observasi

5.5.1. Faktor yang Berkontribusi Terhadap Pengetahuan Cara Mengatasi Ansietas.

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi pengetahuan cara mengatasi ansietas maka dianalisis juga dengan menggunakan regresi linear ganda, dengan hasil yang tercantum pada tabel 5.15.

Tabel 5.15
Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pengetahuan Cara Mengatasi Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun (n=56)

Karakteristik klien	B	SE	Beta	Sig	R Square	p-value
1. Usia	0,001	0,013	-0,003	0,981	0,132	0,302
2. Jenis kelamin	0,062	0,385	0,026	0,873		
3. pekerjaan	-0,696	0,361	-0,259	0,873		
4. pendidikan	0,084	0,378	0,031	0,059		
5. ruang perawatan	-0,326	0,386	-0,140	0,826		
6. terapi <i>thought stopping</i> dan PMR	-0,407	0,321	-0,175	0,211		

Berdasarkan tabel 5.15 diatas dapat diketahui bahwa variabel yang dikeluarkan adalah variabel usia, jenis kelamin, pekerjaan, ruang perawatan. sehingga pemodelan menjadi seperti tabel 5.15 dibawah ini.

Berdasarkan tabel 5.15 dapat diketahui bahwa pendidikan mempunyai pengaruh terhadap pengetahuan cara mengatasi ansietas klien dalam mengatasi ansietas. *R-square* sebesar 0,064 menunjukkan bahwa ada sekitar 6,4% pengaruh pendidikan dan terapi *thought stopping* dan *progrresive muscle relaxation* terhadap pengetahuan cara mengatasi ansietas klien setelah dikontrol dengan variabel lain

Tabel 5.15

Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Pengetahuan Cara Mengatasi Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun (n=56)

Karakteristik	R Square	B	SE	Beta	Sig.
1. Pendidikan	0,064	-0,310	0,312	-0,133	0,032
2. Terapi <i>thought stopping</i> dan PMR		-0,467	0,311	-0,200	0,140

5.5.2 Faktor yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien maka dianalisis dengan menggunakan regresi linear ganda, dengan hasil yang tercantum pada tabel 5.16

Tabel 5.16

Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun (n=56)

Karakteristik klien	B	SE	Beta	Sig	R Square	p-value
1. Usia	0,006	0,095	0,007	0,950	0,423	0.000
2. Jenis kelamin	-3,037	2,807	0,146	0,284		
3. pendidikan	-0,253	2,815	-0,012	0,929		
4. pekerjaan	-1,777	2,759	-0,074	0,522		
5. ruang perawatan	-1,087	2,631	-0,045	0,681		
6. terapi <i>thought stopping</i> dan PMR	-13,200	2,340	-0,633	0,000		

Dari tabel 5.16 diatas dapat diketahui bahwa variabel yang dikeluarkan adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, ruang perawatan sehingga pemodelan menjadi seperti pada tabel 5.17

Berdasarkan tabel 5.17 dapat diketahui bahwa terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* berpengaruh signifikan terhadap kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien. *R square* sebesar 0,400 menunjukkan bahwa sekitar 40% pengaruh terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* terhadap kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien

Tabel 5.17

Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010 (n=56)

Karakteristik	R Square	B	SE	Beta	Sig.
1. Terapi thought stopping dan PMR	0,400	-13,179	2,198	-0,632	0,000

5.5.3 Faktor yang berkontribusi terhadap ansietas berdasarkan evaluasi diri dan observasi.

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi ansietas berdasarkan evaluasi dan observasi maka dianalisis dengan menggunakan regresi linear ganda, dengan hasil yang tercantum pada tabel 5.18 dan tabel 5.19.

Tabel 5.18

Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Klien Berdasarkan Evaluasi Diri di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010 (n = 56)

Karakteristik klien	B	SE	Beta	Sig	R Square	p-value
1. Usia	0,033	2,527	0,062	0,456	0,696	0,000
2. Jenis kelamin	-0,595	0,044	-0,045	0,648		
3. pendidikan	-2,176	1,300	-0,164	0,101		
4. pekerjaan	1,164	1,274	0,076	0,366		
5. ruang perawatan	0,083	1,215	0,005	0,946		
6. terapi <i>thought stopping</i> dan PMR	-10,546	1,081	-0,796	0,000		

Dari regresi linear ganda ini, variable-variabel yang mempunyai *p-value* > 0,25 seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan dan ruang perawatan dikeluarkan dari pemodelan sehingga seperti tabel 5. 19.

Berdasarkan tabel 5.19 dapat diketahui bahwa terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dan pendidikan berkontribusi terhadap ansietas berdasarkan evaluasi (*p-value* < 0,05). Nilai R Square sebesar 0,689 menunjukkan bahwa ada sekitar 68,9% pengaruh terapi *thought stopping* dan *progressive*

muscle relaxation dan pendidikan terhadap ansietas klien berdasarkan evaluasi diri setelah dikontrol variabel lain.

Tabel 5.19

Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Klien Berdasarkan Evaluasi di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010 (n=56)

Karakteristik	R Square	B	SE	Beta	Sig.
1. Pendidikan	0,689	1,712	1,032	-0,129	0.103
2. <i>thought ping</i> dan <i>progressive muscle relaxation</i>		-10,740	1,040	-0,810	0.000

Faktor yang berkontribusi terhadap ansietas berdasarkan observasi ditunjukkan pada tabel 5. 20 berikut ini

Tabel 5.20

Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Klien Berdasarkan Observasi di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010 (n = 56)

Karakteristik klien	B	SE	Beta	Sig	R Square	p-value
1. Usia	0,016	0,015	0,095	0,245	0,653	0,000
2. Jenis kelamin	-0,410	0,451	- 0,095	0,367		
3. pendidikan	-0,258	0,452	- 0,60	0,570		
4. pekerjaan	0,309	0,443	0,62	0,489		
5. ruang perawatan	0,523	0,422	0,105	0,222		
6. terapi <i>thought stopping</i> dan PMR	-3,292	0,376	- 0,762	0,000		

Dari regresi linear ganda pada tabel 5.20 diatas, variabel yang dikeluarkan adalah variable jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, sehingga pemodelan seperti pada tabel 5. 21.

Berdasarkan tabel 5.21 dapat diketahui bahwa terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap ansietas berdasarkan observasi. Nilai *R Square* sebesar 0,643 menunjukkan bahwa ada sekitar 64,3% pengaruh terapi *thought stopping* dan *progressive muscle*

relaxation, usia dan ruang perawatan terhadap ansietas berdasarkan observasi setelah dikontrol variabel lain.

Tabel 5.21

Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Klien Berdasarkan Observasi di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010 (n = 56)

Karakteristik	R Square	B	SE	Beta	Sig.
1. Usia	0,643	0,20	0,014	0,119	0,161
2. Ruang perawatan		0,521	0,414	0,105	0,214
3. <i>thought stopping</i> dan <i>progressive muscle relaxation</i>		-3,364	0,362	-0,779	0,000

5.6 Hubungan Perubahan Pengetahuan dan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas dengan Perubahan Ansietas

Untuk mengetahui apakah pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas berpengaruh terhadap perubahan ansietas maka dianalisis dengan menggunakan korelasi, dengan hasil tercantum pada tabel 5. 22.

Tabel 5.22

Perubahan Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Terhadap Perubahan Ansietas pada Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010

Karakteristik	Perubahan Ansietas			
	Intervensi		Kontrol	
	R	p value	R	p value
1. Pengetahuan	-0,191	0,331	-0,121	0,540
2. Pelaksanaan Cara mengatasi ansietas	-0,401	0,034	-0,321	0,095

Berdasarkan tabel 5.22 dapat diketahui bahwa pada kelompok intervensi yang mendapatkan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* pengetahuan cara mengatasi ansietas tidak mempunyai hubungan dengan perubahan ansietas. Demikian juga pada kelompok kontrol yang hanya mendapat

terapi *thought stopping* pengetahuan tidak mempunyai hubungan dengan perubahan ansietas

Sedangkan untuk kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas pada kelompok intervensi mempunyai hubungan terhadap perubahan ansietas dengan hubungan sedang ($p\text{-value} < 0,05$). Sedangkan pada kelompok kontrol yang hanya mendapat terapi *thought stopping* kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas tidak berhubungan dengan perubahan ansietas.

Untuk mengetahui faktor yang berkontribusi terhadap perubahan ansietas klien dengan gangguan fisik maka dianalisis dengan menggunakan regresi linear ganda dengan hasil yang tercantum pada tabel 5.23.

Tabel 5.23
Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas Pada Klien dengan Gangguan Fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2010 (n=56).

Karakteristik responden	R ²	B	p-value	Sig.
1. Terapi <i>thought stopping</i> dan PMR		-10,348	0,000	
2. Pengetahuan cara mengatasi ansietas	0,688	0,010	0,873	0,000
3. Kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas		-0,745	0,111	

Berdasarkan tabel 5.23 dapat diketahui bahwa terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* memiliki pengaruh terhadap perubahan ansietas ($p\text{-value} < 0,05$). Nilai R square sebesar 0,688 menunjukkan bahwa ada sekitar 68,8% pengaruh terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*, pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas terhadap perubahan ansietas klien dengan gangguan fisik.

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* dan *progrressive muscle relaxation* terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun. .

6.1 Pengaruh Terapi *Thought Stopping* dan Terapi *Progrressive Muscle Relaxation* Terhadap Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien dengan Gangguan Fisik.

6.1.1 Pengaruh Terapi *Thought Stopping* dan Terapi *Progrressive Muscle Relaxation* Terhadap Pengetahuan Cara Mengatasi Ansietas.

Pengetahuan cara mengatasi ansietas klien dengan gangguan fisik pada kelompok intervensi menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation*. Begitu juga pada kelompok kontrol yang hanya mendapat terapi *thought stopping* menunjukkan perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah terapi. Tetapi peningkatan pengetahuan tentang cara mengatasi ansietas pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* lebih tinggi daripada klien yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja. .

Pengetahuan atau aspek kemampuan kognitif menurut Taufik (2007) merupakan penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya dengan mengetahui, memahami, menerapkan, analisis, sintesis dan evaluasi. Pengetahuan merupakan bagian penting dalam proses perubahan perilaku seseorang. Karena tanpa dasar pengetahuan yang kuat maka perilaku yang ditampilkan

oleh individu tidak akan bertahan lama karena tanpa didasari adanya suatu pemahaman. Komponen kognitif ini berkaitan erat dengan pengetahuan yang dimiliki oleh individu tersebut. 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. Kemampuan menyerap informasi mempengaruhi kemampuan menyelesaikan masalah (WHO, dalam Notoatmodjo, 2003). Sehingga dapat disimpulkan bahwa sebelum individu tersebut bertindak atau menuntut adanya perubahan perilaku/tindakan, maka sebaiknya individu mengetahui dahulu tentang tujuan dan segala sesuatu terhadap hal yang akan dilakukan. Hal ini dapat dilakukan dengan memberikan informasi atau penjelasan terlebih dulu kepada individu sehingga perilaku atau perubahan tindakan akan lebih bertahan lama karena adanya proses pemahaman oleh individu.

Asuhan keperawatan pada klien dengan ansietas baik yang generalis maupun yang spesialis bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien dalam mengatasi ansietasnya. Pengetahuan kognitif yang harus dimiliki klien adalah mengenal ansietasnya seperti menyebutkan penyebab ansietas, menyebutkan situasi yang menyertai ansietas, menyebutkan perilaku terkait ansietas sedangkan kemampuan psikomotor melakukan teknik pengalihan distraksi dan relaksasi (Keliat, dkk, 2005).

Dalam proses asuhan keperawatan generalis maupun pelaksanaan terapi *thought stopping* dan *progresive muscle relaxation* terdapat suatu proses belajar dengan pemberian informasi. Djamarah (2008) mengatakan bahwa proses belajar merupakan serangkaian kegiatan untuk memperoleh suatu perubahan tingkah laku sebagai hasil dari pengalaman individu berinteraksi dengan lingkungannya yang menyangkut kognitif, psikomotor dan afektif. Proses belajar akan membawa perubahan dalam arti *behavioral changes* (Suryabrata,

2004). Sedangkan menurut Notoadmojo (2007) mengatakan bahwa belajar merupakan suatu usaha untuk memperoleh hal-hal baru dalam tingkah laku baik pengetahuan/kecakapan/ keterampilan atau nilai-nilai.

Peningkatan pengetahuan klien terjadi karena pada saat pelaksanaan terapi *thought stopping* klien diberikan informasi yang berulang-ulang tentang keterampilan baru dalam mengatasi ansietas. Pelaksanaan *thought stopping* yang terdiri dari 3 sesi yaitu identifikasi dan putuskan pikiran yang mengancam atau membuat stres, berlatih pemutusan pikiran dengan menggunakan rekaman, dan berlatih pemutusan pikiran secara otomatis akan memberikan proses pembelajaran kepada klien bagaimana menyelesaikan masalah ansietas dengan mencoba menghentikan pikiran penyebab masalahnya. Sedangkan pemberian *progrressive muscle relaxation* mengajarkan kepada klien bagaimana menciptakan relaksasi yang memberikan dampak ketenangan, kenyamanan sehingga klien akan memahami manfaat relaksasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan pada klien yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* meningkat 5,45% dari 83,3% menjadi 88,75% dari nilai maksimal pengetahuan cara mengatasi ansietas (pengetahuan cukup menjadi pengetahuan baik). Sedangkan pada kelompok kontrol yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja peningkatan pengetahuan cara mengatasi ansietas sebesar 3,9% dari 80,2% menjadi 84,1 % dari nilai maksimal pengetahuan cara mengatasi ansietas (pengetahuan cukup menjadi pengetahuan cukup). Perbedaan peningkatan pada klien yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* lebih tinggi daripada yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja.

Pendapat peneliti bahwa hal ini karena pada kelompok kontrol hanya mendapatkan informasi tentang ansietas dan terapi *thought stopping* saja yang terdiri dari pengertian, tujuan, prosedur pelaksanaan terapi *thought stopping* sedangkan pada kelompok intervensi klien selain mendapat informasi tentang terapi *thought stopping* juga tentang terapi *progressive muscle relaxation* yang terdiri dari pengertian, tujuan, manfaat dan cara pelaksanaan sehingga informasi yang didapatkan oleh kelompok intervensi lebih banyak. Hal ini akan mempengaruhi daya serap informasi yang berpengaruh terhadap kemampuan klien dalam menyelesaikan masalah. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoadmojo (2007) yang menyatakan 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. Kemampuan menyerap informasi mempengaruhi kemampuan menyelesaikan masalah.

Berdasarkan Taufik (2007) bahwa domain kognitif atau pengetahuan pada tahap awal terdiri dari *know* dan *comprehension*. Pada tahap *know* diartikan sebagai *recall* memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu sedangkan *comprehension* atau pemahaman individu harus mampu menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut. Pendapat peneliti karena informasi yang didapat pada kelompok kontrol hanya tentang satu terapi saja yaitu *thought stopping* maka proses *know* dan *comprehension* juga akan lebih sedikit daripada kelompok intervensi yang mendapat dua terapi. Sehingga hal tersebut menurut peneliti yang menyebabkan peningkatan pengetahuan cara mengatasi ansietas klien dengan gangguan fisik lebih tinggi pada kelompok klien yang diberikan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* walaupun tidak ada perbedaan

bermakna peningkatan pengetahuan mengatasi ansietas antara kelompok intervensi dan kontrol.

Hal ini menurut peneliti kemungkinan terkait dengan proses pelaksanaan pemilihan klien sebagai responden yang tidak dilakukan pembagian berdasarkan ruangan, tetapi hanya dengan pengacakan nomor dengan random permutasi. Klien yang mendapat nomor genap diberikan *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* sedangkan yang mendapat nomor ganjil hanya diberikan *thought stopping* sehingga ada beberapa klien yang dalam satu ruangan masuk sebagai kelompok intervensi dan kontrol. Hal ini akan menyebabkan bias karena adanya kemungkinan klien atau keluarga akan bercerita kepada klien lain terkait dengan informasi terapi yang didapatkan. Menurut peneliti kondisi tersebut dapat berkontribusi terhadap hasil peningkatan pengetahuan pada kelompok kontrol yang juga meningkat secara signifikan walaupun hanya mendapatkan informasi tentang *thought stopping* saja.

6.1.2 Pengaruh Terapi *Thought Stopping* dan Terapi *Progrresive Muscle Relaxation* terhadap Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien.

Kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien dengan gangguan fisik pada kelompok yang diberikan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dan pada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* mengalami peningkatan yang bermakna. Meskipun demikian ada perbedaan peningkatan yang sangat bermakna antara kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* daripada yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja.

Menurut Bloom bahwa ranah psikomotor berhubungan dengan hasil belajar yang pencapaiannya melalui keterampilan. Peningkatan

kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas pada klien yang mendapat terapi *thought stopping* pada kelompok kontrol sebesar 15,5% dari 40,9% menjadi 56,4% dari nilai maksimal kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas (kemampuan kurang menjadi kemampuan cukup). Peningkatan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas terjadi karena adanya proses pelatihan dengan melakukan keterampilan langsung. Latihan merupakan suatu hal penting dalam proses pembelajaran. Menurut Notoadmojo (2007), latihan adalah suatu proses penyempurnaan potensi tenaga-tenaga yang ada dengan mengulang aktivitas tertentu yang sama dengan pembiasaan atau pembudayaan. Latihan maupun pembiasaan terjadi dalam taraf biologis, akan tetapi apabila selanjutnya berkembang kearah psikis maka akan terjadi proses *otomatisme*. Proses tersebut akan menghasilkan tindakan yang tidak disadari, cepat dan tepat.

Klien yang mendapat terapi *thought stopping* akan diajarkan cara menghentikan pikiran yang mengancam dengan menggunakan latihan dengan panduan terapis dan membuat jadwal mandiri untuk mencoba latihan menghentikan pikiran tanpa kehadiran terapis diluar jadwal pertemuan. Dengan proses latihan yang dilakukan maka dapat meningkatkan pelaksanaan cara mengatasi ansietasnya dengan menerapkan proses *otomatisme* sehingga akan memberikan pembelajaran dan latihan kepada klien bahwa kapan dan dimanapun saat terjadi ansietas klien mampu untuk melakukan coping adaptif dengan pemutusan pikiran yang mengganggu sehingga dapat menurunkan ansietas yang dialami. *Thought stopping* merupakan salah satu bagian dari terapi *cognitive behavior therapy* yang digunakan untuk mengubah proses berpikir. Kebiasaan berpikir dapat membentuk perubahan perilaku individu. Proses pelaksanaan terapi *thought stopping* dengan adanya latihan yang berulang-ulang akan meningkatkan pelaksanaan cara mengatasi ansietas klien.

Sedangkan peningkatan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas pada klien yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* sebesar 37,5% dari 41,78 % menjadi 79,28% dari nilai maksimal kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas (kemampuan kurang menjadi kemampuan baik). Peningkatan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas pada klien yang mendapat kombinasi terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* karena selain proses yang sama dengan kelompok kontrol akan ditambah dengan pelaksanaan *progressive muscle relaxation*.

Menurut Prawitasari (2002), bahwa *progressive muscle relaxation* dapat digunakan sebagai keterampilan coping yang aktif yang mengajarkan kepada individu kapan dan bagaimana menerapkan relaksasi dibawah kondisi yang menimbulkan ansietas. Pendapat peneliti bahwa peningkatan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas yang masuk sebagai ranah pengetahuan psikomotor pada kelompok intervensi lebih tinggi karena pelaksanaan terapi dilatih dan dikerjakan dengan pendampingan dan kehadiran terapis secara langsung. Pendampingan pelaksanaan terapi yang diberikan dua kali sehari akan berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan klien dalam melakukan secara rutin terapi yang dilatih dan diajarkan. Hal ini akan menyebabkan peningkatan pelaksanaan cara mengatasi ansietas dengan menggunakan terapi *progressive muscle relaxation* ini.

Domain psikomotor merupakan tindakan yang dapat dilihat dan diukur sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki oleh klien. Klien yang mempunyai pengetahuan yang baik terhadap terapi dalam menangani ansietas akan lebih termotivasi dalam mencoba mengaplikasikan terapi tersebut untuk mengatasi masalah ansietasnya. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoadmojo (2007) yang mengatakan bahwa perubahan perilaku dapat dilakukan dengan menggunakan kekuatan/dorongan/pemberian informasi dan diskusi. Pembelajaran

keterampilan akan efektif bila dilakukan dengan menggunakan prinsip belajar sambil mengerjakan (*learning by doing*). Keterampilan yang dilatih melalui praktik secara berulang-ulang akan menjadi kebiasaan atau otomatis dilakukan. Terapi *thought stopping* yang merupakan terapi menghentikan pikiran tidak menyenangkan /mengancam dan terapi *progressive muscle relaxation* yang memberikan relaksasi, ketenangan dan kenyamanan yang mengajarkan bagaimana klien mampu untuk secara otomatis melakukan dalam kondisi kecemasan akan mempengaruhi perilaku individu untuk melakukan terapi ini karena ada kebutuhan atau dorongan untuk menurunkan ansietas yang dialami. Hal ini sesuai dengan pendapat Walgito (2003) yang mengatakan bahwa perilaku yang nampak maupun yang tidak nampak berdasarkan teori dorongan (*drive theory*) akan dilakukan oleh individu berkaitan dengan kebutuhan-kebutuhan yang mendorong individu berperilaku.

6.2 Pengaruh Terapi *Thought Stopping* dan Terapi *Progressive Muscle Relaxation* Terhadap Tanda dan Gejala Ansietas pada Klien dengan Gangguan Fisik.

6.2.1 Pengaruh terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* terhadap tanda dan gejala ansietas berdasarkan evaluasi diri dan observasi.

6.2.1.1 Respon Fisiologis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi respon fisiologis berdasarkan evaluasi maupun observasi terdapat penurunan yang bermakna setelah diberikan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dan pada kelompok kontrol yang hanya diberikan terapi *thought stopping* saja penurunan respon fisiologis tidak bermakna. Ada perbedaan yang bermakna respon fisiologis antara klien yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dengan yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja.

Menurut Seyle (1956, dalam Videbeck, 2008) ansietas yang terjadi dalam kehidupan manusia sebagai dampak ketidakmampuan individu untuk beradaptasi terhadap situasi kehidupan melibatkan sistem saraf otonom dalam tubuh. Sistem saraf otonom terdiri dari saraf simpatis dan parasimpatis. Kerja sistem saraf otonom ini secara tidak sadar akan merespon terhadap ansietas yang dialami oleh individu. Sistem saraf otonom akan menyebabkan terjadinya perubahan fisiologis seperti perubahan tanda-tanda vital.

Respon fisiologis saat terjadinya stres dan ansietas merefleksikan interaksi beberapa neuroendokrin/ neurotransmitter serta melibatkan struktur anatomi di dalam otak (Nemeroff, 2004). Respon fisiologis *fight or flight* pada saat seseorang mengalami kejadian potensial berbahaya maka akan terjadi respon sistem saraf simpatis yang akan meningkatkan aktivasi kelenjar adrenal. *Respon fight-flight* ini, akan mengaktifasi sistem saraf untuk memacu aliran darah ke otot-otot skeletal, meningkatkan denyut jantung, napas menjadi cepat dan tekanan darah meningkat. Hal ini juga didukung dengan pendapat dari *center for clinical intervention* (2008) yang mengatakan bahwa aktivasi sistem saraf sebagai persiapan kejadian berbahaya oleh tubuh juga akan bermanifestasi sebagai ketegangan otot sebagai salah satu tanda fisiologis yang paling sering dari ansietas.

Selain itu, respon fisiologis dari ansietas juga merefleksikan bahwa ansietas melibatkan *neural circuitry* yang berhubungan dengan *amigdala*. Canistrato dan Rauch (2005) menjelaskan bahwa impuls dari CNA (*central nukleus amigdala*) yang telah terjadi proses integrasi akan dilanjutkan ke *afferent* menuju ke *nucleus parabrachial* yang menyebabkan peningkatan napas, ke *hypotalamus lateral* menyebabkan respon simpatis, ke *lokus*

sereleus menyebabkan peningkatan tekanan darah dan denyut jantung. Sehingga dapat disimpulkan bahwa hal inilah yang menyebabkan terjadinya perubahan fisiologis sebagai dampak ansietas yang terjadi dalam diri seseorang.

Pemberian terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi menunjukkan dampak terhadap penurunan respon fisiologis yang cukup besar jika dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya mendapat terapi *thought stopping*. Menurut Ankrom (1998) terapi *thought stopping* yang merupakan bagian dari CBT (*cognitive behavior therapy*) merupakan suatu teknik yang digunakan untuk menghentikan pikiran yang tidak menyenangkan dan mengancam dengan secara sadar memerintahkan pada diri sendiri untuk mengatakan "STOP" saat mengalami pemikiran tidak menyenangkan dan mengancam yang berulang.

Berdasarkan hasil penelitian diatas bahwa pemberian terapi *thought stopping* saja tanpa kombinasi dengan *progrressive muscle relaxation* tidak memberikan dampak terhadap penurunan respon fisiologis ansietas berdasarkan evaluasi dan observasi Menurut peneliti, proses yang terjadi dalam terapi *thought stopping* dengan 3 sesi pelaksanaan terapi lebih kearah restrukturisasi kognitif klien dengan menghentikan pikiran yang mengganggu dan memasukkan ide/pikiran yang lebih positif saat klien sudah mampu menghentikan pikiran mengganggu tersebut sehingga tidak secara langsung berpengaruh terhadap respon fisiologis ansietas sebagai dampak sistem kerja saraf simpatis yang menyebabkan terjadinya tanda dan gejala fisiologis ansietas.

Hal ini sesuai dengan pendapat Hana (2008) yang menyatakan bahwa terapi *thought stopping* lebih direkomendasikan ketika masalah yang terjadi lebih kearah kognitif yang secara berulang diekspresikan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan. Selain itu, hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Agustarika (2009) yang menunjukkan hasil yang sama bahwa pemberian terapi *thought stopping* kurang secara optimal menurunkan respon fisiologis ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong dengan rata-rata penurunan skor fisiologis setelah diberikan *thought stopping* 3,35.

Kombinasi antara terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* berdampak bermakna terhadap penurunan respon fisiologis ansietas berdasarkan evaluasi diri maupun observasi. Menurut Synder dan Lynquist (2002) *progrressive muscle relaxation* adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot-otot pada bagian tubuh tertentu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Pada terapi *progrressive muscle relaxation* ini, perhatian individu diarahkan untuk membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika otot dalam kondisi tegang serta merasakan relaksasi pada saat otot dilemaskan.

Dampak relaksasi dari pemberian *progrressive muscle relaxation* akan menghasilkan efek perasaan tenang dan mengurangi ketegangan. Hal ini sesuai dengan pendapat Copstead dan Banasik (2000) yang mengatakan bahwa relaksasi otot akan mengaktivasi kerja sistem saraf pusat parasimpatis. Kerja sistem saraf parasimpatis berlawanan dengan saraf simpatis yang bekerja pada saat tubuh memerlukan banyak energi seperti dalam

kondisi ansietas sehingga berlawanan dengan ciri-ciri ansietas. Hal ini sesuai dengan pendapat dari Jacobson (1938, dalam Synder & Lynquist, 2002) yang mengatakan bahwa tujuan dari terapi *progrressive muscle relaxation* adalah untuk mengurangi konsumsi oksigen tubuh, laju metabolisme tubuh, laju pernapasan, ketegangan otot, penurunan tekanan darah sistolik serta penurunan gelombang alpha otak, meningkatkan *beta endorphin* dan meningkatkan imun seluler.

Pendapat peneliti bahwa dengan pemberian *progrressive muscle relaxation* yang bekerja dengan cara mengaktifkan sistem saraf parasimpatis maka akan memberikan dampak yang berlawanan dengan kerja sistem saraf simpatis yang akan aktif pada saat klien mengalami ansietas sehingga dengan mengaktifkan kerja sistem saraf parasimpatis maka akan menurunkan tanda dan gejala fisiologis ansietas.

Berdasarkan pendapat diatas, dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi *progrressive muscle relaxation* mempunyai dampak secara langsung terhadap tanda dan gejala fisiologis ansietas. Hal ini sesuai dengan hasil analisa penelitian bahwa kombinasi pemberian terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* pada kelompok intervensi menunjukkan selisih penurunan yang lebih besar dan berbeda bermakna terhadap penurunan respon fisiologis ansietas berdasarkan evaluasi diri maupun observasi daripada kelompok kontrol yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja.

6.2.1.2 Respon Kognitif

Kelompok intervensi yang mendapatkan kombinasi terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* dan kelompok kontrol yang hanya mendapat terapi *thought stopping*

menunjukkan adanya penurunan respon kognitif berdasarkan evaluasi maupun observasi secara bermakna setelah diberikan terapi. Tetapi penurunan respon kognitif pada kelompok intervensi yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* lebih besar daripada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja.

Berdasarkan hasil *self evaluasi* menunjukkan bahwa klien dengan gangguan fisik yang mengalami ansietas menunjukkan penurunan belajar dan tidak mampu mengambil hikmah dari penyakit yang diderita, terkadang sulit berpikir hal lain dan hanya terfokus pada kondisi sakit. Sedangkan secara observasi, perubahan kognitif yang terjadi adalah klien fokus terhadap hal yang penting yaitu kondisi sakitnya saja. Hal ini sesuai dengan pendapat Suliswati,dkk (2005) yang mengatakan bahwa respon kognitif pada ansietas dapat mempengaruhi kemampuan berpikir seseorang seperti ketidakmampuan memperhatikan, konsentrasi menurun, mudah lupa, menurunnya lapang persepsi dan bingung. Pemberian terapi *thought stopping* memberikan dampak terhadap penurunan skor respon kognitif ansietas. Menurut Hana (2008) terapi *thought stopping* merupakan suatu teknik untuk mengatur pikiran negatif atau menghilangkan pikiran yang mengancam dalam diri untuk menolong klien yang mencoba untuk tenang dan berhenti memikirkan pikiran yang tidak menyenangkan dan sifatnya mengancam. Menurut Ankrom (1998) teknik penghentian pikiran negatif, dimana klien mengatakan “stop” akan menyebabkan klien keluar dari ide-ide yang mengancam yang muncul dan diubah dengan alternatif pikiran yang positif. Pada penelitian ini, pemberian *thought stopping* membantu klien untuk mengatasi pikiran yang mengancam terkait dengan kondisi sakitnya.

Berdasarkan analisa hasil penelitian, bahwa pada kelompok kontrol yang hanya diberikan terapi *thought stopping* juga menunjukkan hasil penurunan respon kognitif ansietas baik berdasarkan evaluasi diri maupun observasi secara bermakna sama seperti pada kelompok intervensi yang mendapatkan kombinasi terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* walaupun selisih penurunan skor rata-rata respon kognitif lebih besar pada kelompok intervensi. Pendapat peneliti disebabkan karena kedua kelompok mendapatkan terapi *thought stopping* yang sama dan mendapatkan informasi berulang-ulang untuk menghentikan pikiran yang tidak menyenangkan atau mengancam sehingga hal ini bisa mempengaruhi aspek kognitif klien dengan proses yang sama.

Progressive muscle relaxation memberikan dampak terhadap kognitif dikarenakan efek relaksasi yang memberikan ketenangan dan kenyamanan pada klien. Hal ini sesuai dengan pendapat Brown (1997, dalam Synder dan Lynquist, 2002) yang mengatakan bahwa respon stres merupakan bagian dari jalur umpan balik yang tertutup antara otot-otot dan pikiran. Penilaian terhadap stressor mengakibatkan ketegangan otot yang mengirimkan stimulus ke otak dan membuat jalur umpan balik. Pemberian terapi *progressive muscle relaxation* akan memberikan dampak relaksasi otot yang akan menghambat jalur tersebut dengan cara mengaktifkan kerja sistem saraf parasimpatis dan manipulasi hipotalamus melalui pemusatan pikiran untuk memperkuat sikap positif sehingga rangsangan stres terhadap hipotalamus menjadi minimal. Hal tersebut mendukung hasil penelitian bahwa kelompok yang mendapat kombinasi terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* menunjukkan penurunan respon kognitif yang lebih

besar daripada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja.

6.2.1.3 Respon Perilaku

Respon perilaku berdasarkan evaluasi diri maupun observasi klien pada kelompok yang mendapatkan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dan kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* menurun secara bermakna, Tetapi penurunan respon perilaku pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* lebih besar dan ada perbedaan bermakna respon perilaku antara klien yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dengan yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja.

Hasil penelitian sesuai dengan pendapat dari Hana (2008) yang mengatakan bahwa terapi *thought stopping* merupakan bagian dari terapi *cognitive behavior therapy* yang digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir. Kebiasaan berpikir dapat membentuk perubahan perilaku. Penggunaan teknik penghentian pikiran/*thought stopping* ini dimaksudkan karena pikiran yang negatif dapat menyebabkan adanya perilaku yang negatif sehingga perlu adanya penghentian pikiran negatif untuk menghindari akibat yang negatif dari pikiran tersebut. Hal ini juga didukung oleh pendapat Videbeck (2008) yang menyatakan bahwa *thought stopping* yang merupakan bagian dari terapi CBT dapat digunakan sebagai pembelajaran dan praktek secara langsung dalam upaya menurunkan atau mengatasi ansietas. Sehingga pada kedua kelompok, yaitu kelompok intervensi maupun kontrol yang mendapatkan terapi *thought stopping* menunjukkan adanya penurunan skor rata-rata respon perilaku ansietas dengan proses terapi *thought stopping* yang sama dengan

adanya proses pembelajaran dan praktik perilaku baru dalam mengatasi ansietas yang dialami oleh klien.

Pada kelompok intervensi yang mendapatkan kombinasi terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*, rata-rata skor penurunan respon perilaku lebih besar daripada kelompok kontrol. Prawitasari (2002) mengatakan bahwa *progressive muscle relaxation* yang merupakan bagian dari terapi relaksasi dapat digunakan sebagai keterampilan koping yang aktif yang dapat mengajarkan individu kapan dan bagaimana menerapkan relaksasi dan kenyamanan dibawah kondisi yang menimbulkan ansietas. Videbeck (2008) yang menyatakan bahwa apabila koping 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). Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Golfried dan Trier (1974, dalam Prawitasari, 2002) yang menunjukkan efektivitas latihan relaksasi progresif yang disajikan sebagai *self control coping skill*. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa subyek yang diberi latihan relaksasi sebagai *active coping skill* secara signifikan menunjukkan penurunan ansietas secara signifikan.

Pendapat peneliti bahwa kombinasi terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* karena selain dengan adanya proses terapi *thought stopping* dengan pemutusan pikiran yang dilakukan secara berulang-ulang dengan cara bervariasi mulai dari berteriak, nada suara normal dan berbisik dalam hati merupakan suatu proses pembelajaran bagi individu untuk mengubah pikiran yang akan disertai dengan perilaku yang adaptif, klien juga diberikan *progressive muscle relaxation* sebagai keterampilan koping yang aktif maka dapat memperbaiki

atau mengubah coping individu menjadi adaptif sehingga perilaku yang ditampilkan akan adaptif pula. 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. Hal ini mendukung hasil penelitian bahwa penurunan respon perilaku ansietas berdasarkan evaluasi diri dan observasi pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* mengalami penurunan yang lebih besar dan berbeda bermakna daripada kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja.

6.2.1.4 Respon Emosi

Respon emosi berdasarkan evaluasi diri pada kelompok yang mendapatkan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dan kelompok klien yang hanya mendapat terapi *thought stopping* juga menurun secara bermakna, tetapi penurunan respon kognitif lebih besar pada kelompok yang mendapat kombinasi terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*.

Menurut Suliswati, dkk (2005) yang mengatakan bahwa secara emosional klien yang mengalami ansietas akan mengekspresikan dalam bentuk kebingungan dan curiga berlebihan sebagai reaksi emosi terhadap ansietas. Sehingga dengan pemberian terapi *thought stopping* dapat menurunkan respon emosi tersebut. Pendapat peneliti bahwa pemberian terapi *thought stopping* baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol dapat menyentuh aspek emosi klien karena adanya proses diskusi dengan klien tentang pikiran yang tidak menyenangkan/mengancam yang muncul dalam pikiran klien dengan gangguan fisik dengan memberikan kesempatan kepada

klien untuk menemukan, mengidentifikasi dan bercerita kepada terapis seperti perasaan sedih, kecewa, menangis dan kuatir tentang kondisinya sehingga klien merasa aman, tenang dan diperhatikan.

Pada kelompok intervensi yang mendapat kombinasi terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* menunjukkan hasil penurunan respon emosi yang lebih besar. Menurut peneliti hal ini dikarenakan karena efek relaksasi dari *progressive muscle relaxation* yang memberikan efek perasaan rileks dan nyaman sehingga mempunyai dampak terhadap emosional klien. Dengan demikian klien akan mampu mengendalikan penguasaan diri berupa kondisi sabar terhadap kondisi sakit yang dialami dan kepercayaan diri meningkat. Berdasarkan penelitian pada klien dengan gangguan fisik sebagian besar merasa bahwa tidak sabar dengan kondisi penyakit atau kondisi sakit yang sedang dideritanya serta merasa tidak percaya diri untuk melakukan kegiatan atau aktivitas sehari-hari. Hal ini sesuai dengan pendapat dari (McCaffery & Beebe, 1989 dalam Kwekkboom & Gretarsdottir, 2006) yang menyatakan bahwa *progressive muscle relaxation* yang memberikan efek relaksasi adalah kondisi bebas secara relatif dari ansietas dan ketegangan otot skeletal yang dimanifestasikan dengan ketenangan, kedamaian dan perasaan ringan. Dengan adanya perasaan tenang dan damai, maka akan mempengaruhi emosional klien menjadi lebih baik.

6.3 Pengaruh Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas Klien terhadap Perubahan Ansietas.

Pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas yang dimiliki oleh klien akan mempengaruhi kemampuan klien dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Apabila pengetahuan dan kemampuan melakukan cara mengatasi

masalah tersebut baik atau meningkat maka individu akan mampu mengatasi masalah-masalah yang dihadapinya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan tentang cara mengatasi ansietas pada kelompok yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* maupun kelompok yang hanya mendapat terapi *thought stopping* tidak mempunyai hubungan dengan perubahan ansietas yang dialami oleh klien ($p\text{-value} > 0,05$).

Hal ini bisa saja disebabkan bahwa perubahan pengetahuan yang menurut Reves (1998, dalam Jalal & Supriyadi, 2001), bahwa proses belajar merupakan suatu proses, baik yang berupa pemindahan maupun penyempurnaan, sebagai proses, pendidikan akan melibatkan dan mengikutsertakan bermacam-macam komponen dalam rangka mencapai tujuan yang diharapkan. Ahli lain menyatakan bahwa belajar adalah sebuah proses dengan metode-metode tertentu sehingga orang memperoleh pengetahuan, pemahaman dan cara bertingkah laku yang sesuai dengan kebutuhan (Syah, 1995).

Menurut Keliat,dkk (2005), pengetahuan yang harus dimiliki oleh klien dengan ansietas adalah pengetahuan tentang ansietas dan cara mengatasi ansietas. Pada penelitian ini pengetahuan tentang ansietas diberikan dalam asuhan keperawatan generalis ansietas, sedangkan pengetahuan tentang cara mengontrol ansietas terkait dengan pemahaman klien tentang terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation*. Hasil penelitian berbeda dengan konsep dan teori yang dikemukakan oleh (WHO, dalam Notoatmodjo, 2003) yang menyatakan bahwa domain pengetahuan kognitif terkait dengan pemahaman seseorang terhadap suatu hal. Kemampuan menyerap informasi mempengaruhi kemampuan menyelesaikan masalah. hal ini menurut peneliti disebabkan karena peningkatan pengetahuan tanpa adanya kemauan untuk berubah dan melakukan maka tidak akan berpengaruh terhadap masalah yang dihadapi.

Berdasarkan penelitian ini kemampuan melakukan cara mengatasi ansietas atau domain pengetahuan psikomotor pasien yang mempunyai hubungan dengan perubahan ansietas klien. Artinya dengan semakin meningkatnya kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas maka akan semakin menurunkan ansietas klien.

Menurut peneliti, kemampuan melaksanakan cara mengatasi ansietas sangat erat kaitannya dengan latihan yang dilakukan oleh klien dalam menurunkan ansietas. Pada klien yang mendapat terapi *thought stopping* klien diajarkan cara menghentikan pikiran yang mengganggu dan mengancam secara otomatis kapan dan dimanapun tanpa kehadiran terapis, sehingga hal ini bisa menjadi coping yang adaptif dalam mengatasi ansietas. Selain itu dengan pemberian *progrressive muscle relaxation* klien juga diajarkan bagaimana menciptakan kondisi relaksasi pada saat kecemasan terjadi sehingga bisa memperkuat coping adaptif bagi klien.

6.4 Faktor yang Berkontribusi Terhadap Ansietas, Pengetahuan dan Kemampuan Pelaksanaan Cara Mengatasi Ansietas pada Klien dengan gangguan Fisik.

6.4.1 Faktor yang berkontribusi terhadap ansietas berdasarkan evaluasi diri dan observasi pada klien dengan gangguan fisik

Karakteristik klien yang diteliti dalam penelitian ini yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, cacat fisik dan riwayat kehilangan anggota keluarga akibat peristiwa gempa. Pada bagian ini akan dibahas hubungan karakteristik klien dengan respon yang ditimbulkan dari ansietas berdasarkan self evaluasi dan observasi.

6.4.1.1 Faktor jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada kontribusi jenis kelamin terhadap ansietas, pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas.

Hasil penelitian bertentangan dengan pendapat Kaplan dan Saddock (2005) yang menyatakan bahwa perempuan lebih mudah mengalami ansietas dibandingkan laki-laki. Prevalensi wanita adalah dua sampai

tiga kali lebih sering terkena bentuk gangguan ansietas. Menurut peneliti hal ini terjadi karena perempuan lebih mendahulukan emosi sehingga pada saat terjadi kondisi sakit maka aspek emosi klien lebih tersentuh sehingga akan semakin memperberat kondisi sakit yang dialami. Selain itu hal ini dapat terjadi karena klien yang menjadi responden dalam penelitian ini tidak seimbang, lebih banyak laki-laki daripada perempuan. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Agustarika (2009) yang mengatakan bahwa jenis kelamin tidak ada kontribusinya terhadap kejadian ansietas pada klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong.

6.4.1.2 Faktor usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia mempunyai kontribusi terhadap ansietas berdasarkan observasi tetapi tidak berkontribusi terhadap pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas. Total klien gangguan fisik yang menjadi responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol rata-rata mempunyai usia 39,5 tahun atau usia dewasa muda. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Sutejo (2009) yang menyatakan bahwa sebagian besar penduduk pasca gempa di Klaten yang mengalami ansietas juga berada pada usia dewasa. Hal ini dikarenakan pada tahapan usia dewasa berkontribusi terhadap terjadinya ansietas berkaitan dengan tugas perkembangan yang kompleks. Pada tahapan ini, individu mempunyai tanggung jawab kemandirian yang tinggi terkait dengan sosial ekonomi, sumber dukungan dan kemampuan koping dalam menghadapi stres kehidupan dibandingkan dengan tahapan kehidupan lain. Jika dihubungkan dengan gangguan fisik yang dialami karena penyakit dan penurunan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari maka akan mengancam tugas perkembangan individu dalam memenuhi kemandirian dan pencapaian status sosial.

Selain itu usia juga akan mempengaruhi tingkat kematangan seseorang. Menurut Tarwoto dan Wartonah (2003), maturitas individu juga mempengaruhi tingkat ansietas seseorang. Individu yang memiliki kepribadian matang akan lebih sukar mengalami gangguan akibat stress, sebab mempunyai daya adaptasi yang besar terhadap stresor yang timbul sebaliknya individu yang berkepribadian tidak matang yaitu yang tergantung pada peka terhadap rangsangan sehingga sangat mudah mengalami gangguan akibat adanya stress.

6.4.1.3 Faktor pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan mempunyai kontribusi terhadap ansietas berdasarkan evaluasi diri

Menurut Tarwoto & Wartonah (2003) pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan luar sekolah dan berlangsung sepanjang hidup. Status pendidikan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami stres dibanding dengan mereka yang status pendidikannya tinggi.

Notoatmojo (2003) menyatakan bahwa pendidikan secara umum dapat diartikan sebagai segala usaha yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik secara individu, kelompok maupun masyarakat sehingga orang tersebut dapat melakukan tindakan sesuai dengan harapan. Faktor pendidikan seseorang sangat mempengaruhi ansietas, klien dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi, menggunakan koping efektif dan konstruktif daripada seseorang dengan pendidikan rendah. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kopelowicz, dkk (2003) yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan seseorang akan berkorelasi positif dengan keterampilan koping yang dimiliki.

Pada penelitian ini sebagian besar klien dengan latar pendidikan yang tinggi maka individu akan lebih mampu beradaptasi dengan kondisi sakit yang dialami sebagai penyebab ansietasnya. Hal ini sesuai dengan pendapat Hawari (2008) yang mengemukakan bahwa apabila individu tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan yang dialami maka akan timbul keluhan ansietas.

Idealnya pendidikan berpengaruh terhadap cara berfikir dan sikap seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin baik cara berfikirnya dan semakin baik juga kemampuan untuk melakukan penyelesaian masalah. Tingkat pendidikan klien yang tinggi memotivasi untuk menggunakan fasilitas layanan kesehatan yang ada karena adanya pemahaman bersikap dan bertindak untuk segera mencari pertolongan pada saat kondisi sakit.

6.4.1.4 Faktor pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan tidak ada kontribusi terhadap ansietas, pengetahuan, dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas. 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). Selain itu menurut Tarwoto

dan Wartonah (2003) mengatakan bahwa pekerjaan berkaitan dengan status ekonomi yang dimiliki yang akan mempengaruhi terjadinya stres dan lebih lanjut dapat mencetuskan ansietas pada kehidupan individu.

Menurut peneliti bahwa klien dengan gangguan fisik yang terjadi karena adanya penyakit serta penurunan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari akan mengancam kemampuannya melakukan aktivitas kerja, sehingga akan mempengaruhi status ekonomi keluarga. Dalam penelitian ini sebagian besar klien gangguan fisik mempunyai status bekerja dan sebagai kepala rumah tangga sehingga dapat sebagai pemicu terjadinya ansietas.

6.4.1.5 Faktor ruang perawatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ruang perawatan berkontribusi terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik.

Pendapat peneliti bahwa hal ini terkait dengan jenis penyakit yang dialami oleh individu. Individu yang mempunyai penyakit kronis dan terminal seperti kanker, HIV/AIDS dan prosedur pembedahan akan menunjukkan ansietas yang lebih tinggi daripada penyakit akut seperti DHF. Hal ini menurut peneliti juga dipengaruhi persepsi individu terhadap penyakit yang dideritanya. Ini sesuai dengan pendapat Shaha (2008) yang mengatakan bahwa tingginya ansietas pada pasien dengan penyakit kanker berkaitan dengan adanya ketidakpastian (*uncertainty*) akan prognosa penyakit, efektivitas pengobatan terhadap pemulihan kondisi yang lama. Hal tersebut juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Stein (2002, dalam Maryani, 2009) bahwa orang tua/orang dewasa yang dihadapkan pada penyakit-penyakit yang mengancam kehidupan dan kondisi kesehatan kronis memiliki pengalaman-pengalaman kecemasan dan depresi serta kesulitan-kesulitan emosional lainnya.

Pada penelitian ini distribusi diagnosa medis klien yang dirawat di ruang penyakit dalam antara lain penyakit HIV/AIDS, CKD (*cronik kidney diseases*), *dengue haemorrhagic fever*, *typhus abdominalis*, *dispepsia*, diare, *chirosis hepatis*, observasi febris, *asma brochiale*, hipertensi, vertigo. Sedangkan diagnosa media klien yang dirawat di ruang bedah antara lain BPH (*benigna prostat hiperplasia*), HIL (*hernia inguinalis lateralis*), *struma*, tumor *mamae*, *Haemoroid*, *hidronefrosis*, tumor abdomen.

Stuart dan Laraia (2005) mengatakan bahwa kesehatan umum individu mempunyai efek nyata sebagai presipitasi terjadinya ansietas. Hal ini didukung bahwa penyakit tertentu yang dapat menyebabkan ansietas lebih tinggi diantaranya seperti cedera kepala, gangguan jantung, gangguan pernapasan, prosedur operasi, kanker, nyeri kronik, dan penyakit syaraf (Medicastore, 2009).

6.4.2 Faktor yang berkontribusi terhadap pengetahuan cara mengatasi ansietas klien dengan gangguan fisik

6.4.2.1 Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan berkontribusi terhadap pengetahuan cara mengatasi ansietas klien. Pendidikan sangat erat kaitannya dengan pengetahuan individu. Pendapat peneliti bahwa pendidikan tinggi akan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyerap informasi yang disampaikan sehingga akan meningkatkan pengetahuan baru. Hal ini menyebabkan bahwa seseorang dengan pendidikan tinggi akan lebih mudah untuk mengikuti proses belajar yang ada dalam intervensi dengan lebih baik.

Hal ini sesuai dengan pendapat Notoadmodjo (2007) yang mengatakan bahwa belajar merupakan proses emosional dan intelektual. Belajar dipengaruhi oleh keadaan individu secara

keseluruhan. Dan salah satu faktor yang mempengaruhi peristiwa belajar adalah keterampilan intelektual maupun tingkat pendidikan seseorang.

6.4.3 Faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas

6.4.3.1 Terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada kontribusi karakteristik klien terhadap kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas selain terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*. Hal ini sudah cukup jelas dijelaskan pada bagian pengaruh terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* terhadap kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Dalam setiap penelitian beresiko mengalami kelemahan yang diakibatkan adanya keterbatasan-keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai ancaman.

6.5.1 Proses pelaksanaan penelitian

Pada awal proses persiapan penelitian dalam rencana akan dilakukan penyegaran tentang aspek ansietas generalis yang diberikan kepada semua perawat ruangan yang menjadi tempat penelitian dan akan dilakukan evaluasi tentang kemampuan perawat dalam memberikan asuhan generalis ansietas. Tetapi dalam proses pelaksanaan penyegaran aspek ansietas hanya dihadiri oleh 4 kepala ruangan dan tidak dilakukan evaluasi tentang kemampuan sehingga peneliti tidak bisa menjamin bahwa semua perawat sudah mampu dalam melaksanakan aspek ansietas kepada klien dengan gangguan fisik dengan benar.

Dalam proses pelaksanaan pemberian terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* mendapatkan kendala tentang setting ruangan pasien yang berada di kelas tiga yang kurang memberikan ketenangan saat klien melakukan terapi. Hal ini bisa mempengaruhi konsentrasi dan kenyamanan klien dalam mengikuti terapi. Selain itu ada kendala lain tentang penguasaan bahasa Indonesia yang kurang sehingga peneliti melakukan modifikasi dengan memakai bahasa Jawa untuk melakukan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation*.

Keterbatasan lain adalah tentang pelaksanaan *progressive muscle relaxation* yang seharusnya dilakukan minimal 2 jam setelah makan, tetapi dengan adanya kendala jadwal pemeriksaan medis dan jam kunjung pasien maka *progressive muscle relaxation* dilakukan tidak sesuai dengan jadwal dan ketentuan waktu pelaksanaan yang seharusnya dilakukan 2 jam setelah makan untuk mencegah rasa mengantuk pasien setelah makan.

6.5.2 Instrumen Penelitian

Penelitian ini tidak dilakukan *interrater reability* yang mengukur kesamaan persepsi antar para pengumpul tetapi hanya dilakukan penjelasan tentang instrumen dan cara pengambilan data kepada para pengumpul data sebelum penelitian dilakukan.

6.6 Implikasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian pengaruh terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soedono Madiun menunjukkan hasil yang bermakna. Berikut diuraikan mengenai implikasi hasil penelitian terhadap :

6.6.1 Pelayanan Keperawatan

Memasukkan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* sebagai salah satu tindakan keperawatan spesialis jiwa yang dapat dilakukan bagi klien yang sedang dirawat dengan gangguan fisik di rumah sakit umum yang mengalami ansietas. dan memasukkan CD (*compact disk*) yang dibuat

oleh peneliti sebagai panduan dalam melakukan *progrressive muscle relaxation* bagi perawat maupun bagi pasien dengan gangguan fisik

6.6.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan terapi *thought stopping* dan *progrressive muscle relaxation* berpengaruh terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik sehingga dapat dijadikan salah satu intervensi yang dapat diberikan kepada pasien ansietas.

6.6.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini terbatas pada tingkat rumah sakit, agar dapat digeneralisasi dapat diulang di beberapa rumah sakit umum lainnya.

Hasil penelitian merupakan data awal untuk melakukan penelitian terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* selanjutnya, baik pada klien dengan gangguan fisik yang dirawat di rumah sakit umum maupun klien gangguan psikososial di masyarakat.

BAB 7

KESIMPULAN 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 Kesimpulan

7.1.1 Karakteristik klien gangguan fisik yang mengalami ansietas berada pada usia dewasa menengah (39,50 tahun), laki-laki lebih banyak dari perempuan (51,7%), terbanyak berpendidikan tinggi (51,7%), status bekerja (73,2%), dirawat di ruang penyakit dalam (75%). Pengetahuan klien tentang cara mengatasi ansietas sebelum intervensi berada pada rentang pengetahuan cukup dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas berada pada rentang kemampuan kurang. Ansietas sebelum intervensi berada pada rentang ansietas sedang.

7.1.2 Terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* yang diberikan pada klien dengan gangguan fisik dapat meningkatkan pengetahuan (dari pengetahuan cukup menjadi pengetahuan baik) dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas secara bermakna (dari kemampuan kurang menjadi kemampuan baik).

7.1.3 Terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* yang diberikan pada klien dengan gangguan fisik dapat menurunkan respon fisiologis, respon kognitif, respon perilaku dan respon emosi dan komposit ansietas secara bermakna.

- 7.1.4 Ansietas setelah diberikan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* menurun dari ansietas sedang menjadi ansietas ringan, sedangkan ansietas pada klien yang hanya mendapat terapi *thought stopping* mengalami penurunan tetapi tetap berada pada rentang ansietas sedang.
- 7.1.5 Terapi *thought stopping* yang diberikan kepada klien dengan gangguan fisik juga meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas.
- 7.1.6 Terapi *thought stopping* yang diberikan kepada klien dengan gangguan fisik tidak dapat menurunkan respon fisiologis, tetapi bermakna untuk penurunan kognitif, perilaku dan respon emosi ansietas.
- 7.1.7 Peningkatan pengetahuan tentang mengatasi ansietas antara klien yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dengan yang hanya mendapat terapi *thought stopping* tidak ada perbedaan yang bermakna, tetapi ada perbedaan yang bermakna peningkatan kemampuan pelaksanaan cara mengatasi ansietas antara klien yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dengan yang hanya mendapat terapi *thought stopping*.
- 7.1.8 Penurunan respon fisiologis, respon perilaku dan respon emosi pada klien yang mendapat terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* lebih besar secara bermakna dibandingkan dengan yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja. Tidak ada perbedaan yang bermakna pada respon kognitif antara yang mendapat terapi *thought stopping* dan

progressive muscle relaxation dengan yang hanya mendapat terapi *thought stopping* saja.

7.1.9 Pendidikan berpengaruh terhadap pengetahuan klien dalam mengatasi ansietas. pendidikan dan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* berpengaruh terhadap ansietas berdasarkan evaluasi. Usia, ruang perawatan dan terapi berpengaruh terhadap ansietas berdasarkan observasi.

7.2 Saran

Terkait dengan kesimpulan 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

7.2.1.1 Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan pada pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit umum dan masyarakat

7.2.1.2 Organisasi profesi menetapkan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* sebagai salah satu kompetensi dari perawat spesialis keperawatan jiwa.

7.2.1.3 Peneliti dalam hal ini mahasiswa S2 Keperawatan jiwa melakukan sosialisasi hasil penelitian tentang terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* kepada direktur rumah sakit RSUD Dr. Soedono Madiun.

7.2.2 Keilmuan

7.2.2.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan bentuk kombinasi terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dalam upaya menurunkan ansietas dengan kondisi klien yang berbeda tidak hanya berada di RSU.

7.2.2.2 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* dan *progressive muscle relaxation*.

7.2.3 Metodologi

7.2.3.1 Perlu dilakukan penelitian lanjutan pada tatanan masyarakat yang lebih luas sehingga diketahui keefektifan penggunaan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* dalam menurunkan ansietas klien dengan gangguan fisik menggunakan metode sampling dengan *cluster random sampling* maupun *stratified random sampling*.

7.2.3.2 Perlu diteliti lebih lanjut tentang karakteristik lain yang dapat mempengaruhi keberhasilan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* sebagai salah satu bentuk terapi individu untuk menurunkan ansietas klien dengan gangguan fisik.

7.2.3.3 Perlu dibuat alat panduan audiovisual pelaksanaan *progrressive muscle relaxation* dengan menggunakan alat yang lebih bagus sebagai panduan terapi bagi klien.



PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian :

“ Pengaruh Terapi *Thought Stopping* Dan *Progressive Muscle Relaxation* Terhadap Ansietas Pada Klien Dengan Gangguan Fisik Di RSUD Dr. Soedono Madiun”

Peneliti : Lilik Supriati

No Telp : 08179625413

Saya Lilik Supriati (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui pengaruh terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* terhadap ansietas pada klien dengan gangguan fisik. Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di tatanan rumah sakit umum dalam hal mengatasi ansietas pada klien dengan gangguan fisik. Responden penelitian ini akan dibagi menjadi dua kelompok yakni kelompok yang diberikan terapi *thought stopping* (terapi penghentian pikiran) dan kelompok yang diberikan terapi *thought stopping* dan *progressive muscle relaxation* (relaksasi otot progresif). Proses pelaksanaan kegiatan penelitian dibagi menjadi tiga tahap yaitu pre test, intervensi dan post test. Peneliti menjamin sepenuhnya bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara : 1) Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya. 2) Menghargai keinginan responden untuk tidak terlibat atau berpartisipasi dalam penelitian ini. Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan kesediaan bapak/ibu/saudara untuk menjadi responden. Terimakasih atas partisipasinya.

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di tatanan rumah sakit umum.

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini.

Madiun,2010

Responden,

.....

Nama jelas

LEMBAR KUISIONER A (DATA DEMOGRAFI PASIEN)

Petunjuk pengisian :

Pilihlah salah satu dari jawaban yang tersedia dengan memberi tanda centang (√) pada kotak di sebelah jawaban yang saudara pilih.

Nama Responden:

Nomer Responden:

1. Umur :

tahun

2. Jenis kelamin

Laki – laki

Perempuan

3. Pendidikan :

Tidak pernah sekolah

SD

SMP

SMA

Akademi / Perguruan Tinggi

4. Pekerjaan :

Tidak bekerja

Buruh / Tani

Swasta

Wiraswasta

PNS / ABRI

5. Ruang perawatan

Ruang penyakit dalam

Ruang Bedah

**KUISIONER B (INSTRUMEN ANSIETAS/KECEMASAN SETELAH MENDERITA
SAKIT FISIK)**

Petunjuk :

Jawablah pernyataan dibawah ini sesuai dengan perubahan-perubahan yang anda rasakan dalam kehidupan setelah Anda menderita sakit fisik dengan memberi tanda centang (✓) disebelah kanan pernyataan. Anda jangan menghabiskan terlalu banyak waktu hanya pada salah satu pernyataan, segera berikan jawaban yang menggambarkan apa yang Anda **rasakan**.

**Selalu jika perasaan terjadi secara terus menerus
Sering jika perasaan timbul 3-4 kali dalam setiap hari
Kadang-kadang jika perasaan muncul 1-2 kali dalam setiap hari
Tidak pernah jika tidak pernah muncul**

No	Setelah menderita sakit, Saat ini saya merasa	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1	Selera makan saya menjadi menurun				
2	Tidak dapat tidur dengan teratur dan nyenyak				
3	Buang air kecil dalam sehari lebih dari 6 kali				
4	Ujung jari tangan dan kaki saya terasa dingin dan berkeringat				
5	Merasa rileks dan nyaman				
6	Merasakan ketegangan otot-otot				
7	Bisa belajar dan mengambil hikmah dari penyakit yang saya alami.				
8	Tidak bisa berfikir secara luas dan hanya terfokus pada kondisi penyakit saya.				
9	Tidak mampu mengingat kejadian sebelum saya sakit				
10	Dapat mandi sendiri				
11	Dapat makan sendiri tanpa disuapi orang lain				
12	Dapat berjalan sendiri tanpa bantuan				
13	Tidak percaya diri untuk berbicara dengan orang lain				
14	Kemampuan bekerja saya menurun				
15	Tidak percaya diri dengan kemampuan melakukan aktivitas yang biasa saya lakukan				
16	Tidak sabar terhadap penyakit yang saya alami				

KUISIONER C

(LEMBAR OBSERVASI TANDA DAN GEJALA ANSIETAS)

Nomor Responden : Nama responden.....

Respon Fisiologis

1. Tekanan Darah.....mmHg (biasanyammHg

Normal

Meningkat

2. Nadi..... kali/menit

Normal

Meningkat

3. Pernafasan..... kali/menit

Normal

Meningkat

4. Ketegangan Otot

Wajah rileks

Rahang menegang dan menggertakan gigi

Wajah tampak tegang

Wajah menyeringai dan mulut menganga

5. Kulit

Tidak berkeringat

Keringat berlebihan

Mulai berkeringat

Keringat berlebihan dan kulit teraba panas dan dingin

Respon Kognitif

1. Fokus Perhatian

Cepat bersepon terhadap stimulus

Fokus pada hal yang rinci & spesifik

Fokus pada hal yang penting

Fokus perhatian terpecah

Respon Perilaku

1. Motorik

Tenang

Agitasi/ gelisah

Gerakan mondar mandir

Aktivitas tidak terkontrol

2. Komunikasi

Koheren

Disorientasi waktu, orang & tempat

Pelupa

Inkoheren

KUESIONER KOGNITIF/PENGETAHUAN TENTANG KEMAMPUAN MENGATASI KECEMASAN

Nomor responden :

(diisi oleh peneliti)

Penyakit yang Saya alami menyebabkan perubahan dalam kehidupan Saya. Berilah tanda centang (√) pada pernyataan yang menurut Anda benar dan sesuai dengan apa yang Anda rasakan dan alami.

Benar jika menurut Anda pernyataan tersebut benar

Salah jika menurut Anda pernyataan tersebut salah

No	Item Pernyataan	Benar	Salah
1	Kecemasan merupakan perasaan tidak nyaman dan kuatir terhadap sesuatu yang mengancam		
2	Pikiran yang mengancam dan tidak menyenangkan dapat menyebabkan terjadinya kecemasan		
3	Mencari pikiran yang mengancam tidak perlu dilakukan untuk menurunkan kecemasan		
4	Menghentikan pikiran yang mengganggu dan mengancam dengan berteriak kata "STOP" cara yang dapat menurunkan kecemasan		
5	Menghentikan pikiran yang mengganggu dan mengancam secara berbisik tidak perlu dilakukan		
6	Ketegangan pada otot-otot tubuh bukan merupakan tanda kecemasan dalam kehidupan seseorang.		
7	Ketegangan otot menghambat kondisi tenang dan nyaman dalam kehidupan.		
8	Menegangkan dan melemaskan sekelompok otot tubuh dapat membantu menurunkan kecemasan		
9	Merasakan ketenangan dengan melemaskan otot-otot tubuh perlu dilakukan untuk menurunkan kecemasan		
10	Kecemasan mempunyai dampak buruk terhadap kesehatan seseorang		

KEMAMPUAN PSIKOMOTOR INDIVIDU MENGATASI KECEMASAN

Nomor responden : _____ (diisi oleh peneliti)

Jawablah pernyataan dibawah ini sesuai dengan Cara yang Anda lakukan jika mengalami kecemasan akibat penyakit yang Anda derita. Berilah tanda centang (v) pada pernyataan berikut sesuai dengan yang Anda lakukan jika sedang cemas.

Selalu : jika Anda melakukan pernyataan tersebut 3 kali atau lebih dalam sehari

Sering : jika Anda melakukan pernyataan tersebut 2 kali sehari

Kadang-kadang : jika anda melakukan pernyataan tersebut 1 kali sehari

Tidak pernah : jika Anda tidak pernah melakukan pernyataan sama sekali.

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	Saya mencari pikiran yang sangat mengganggu dan membuat stress				
2	Saya menenangkan diri dengan cara memejamkan mata, tarik napas dalam dan mengosongkan pikiran				
3	Memusatkan pikiran pada pikiran yang sangat mengganggu dengan beriak "STOP"				
4	Menghentikan pikiran yang mengganggu secara otomatis kapan saja dengan mengatakan kata "STOP" secara berbisik dalam hati				
	Saya menegangkan dan melemaskan otot yaitu :				
5	• Otot tangan				
6	• Otot lengan				
7	• Otot bahu				
8	• Otot punggung				
9	• Otot leher				
10	• Otot dada				
11	• Otot perut				
12	• Otot-otot wajah (otot dahi, mata, mulut dan rahang)				
13	• Otot kaki dan paha				
14	Memusatkan pikiran untuk membedakan rasa saat otot ditegangkan dan saat dilemaskan				
15	Merasakan kenyamanan dan rileksasi saat otot dilemaskan				

KISI-KISI PERTANYAAN KEMAMPUAN KOGNITIF

Materi	Jumlah soal	Nomer soal
1. Terapi <i>thought stopping</i>	5	1,2,3,4,5
2. <i>Progrresive muscle relaxation</i>	5	6,7,8,9,10

KISI-KISI PERTANYAAN KEMAMPUAN PSIKOMOTOR

Materi	Jumlah soal	Nomer soal
1. Terapi <i>thought stopping</i>	4	1,2,3,4
2. Pengetahuan tentang terapi <i>progressive muscle relaxation</i>	11	5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15

KISI-KISI INSTRUMEN (Lembar Observasi)

Materi	Jumlah soal	Nomor Soal
1. Fisiologis		
a. Tekanan darah	1	1
b. Nadi	1	2
c. Pernapasan	1	3
d. Ketegangan otot	1	4
e. Kulit	1	5
2. Kognitif		
a. Fokus perhatian	1	6
3. Perilaku		
a. Motorik	1	7
b. Komunikasi	1	8

KISI-KISIS INSTRUMEN TANDA DAN GEJALA KECEMASAN

Materi	Jumlah soal	Nomor soal
1. Fisiologis		
a. Pola makan	1	1
b. Pola tidur	1	2
c. Pola eliminasi	1	3
d. Kulit	1	4
e. Ketegangan otot	2	5 dan 6
2. Kognitif		
a. Proses belajar	1	7
b. Proses pikir	1	8
c. Orientasi	1	9
3. Perilaku		
a. Motorik	3	10,11,12
b. Komunikasi	1	13
c. Produktivitas	1	14
4. Emosi		
a. Konsep diri	1	15
b. Penguasaan diri	1	16

MODUL

MODUL ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN ANSIETAS

Gangguan fisik adalah suatu keadaan yang terganggu, baik secara fisik oleh penyakit, maupun secara fungsional berupa penurunan aktivitas sehari-hari. Gangguan fisik terjadi apabila kondisi fisik mengalami penurunan, dan berakibat pula pada kemampuan individu melakukan aktivitasnya. Gangguan fisik terjadi sebagai akibat ketidakseimbangan antara energi yang masuk ke dalam tubuh individu lebih kecil daripada energi yang keluar atau sebaliknya, sehingga seseorang mudah terserang suatu kuman penyakit tertentu.

Salah satu dampak yang ditimbulkan akibat penyakit (gangguan) fisik adalah ansietas. Stuart (2007) mengatakan bahwa kesehatan umum individu memiliki efek nyata sebagai predisposisi terjadinya ansietas. Apabila kesehatan fisik individu terganggu, maka kemampuan individu untuk mengatasi ancaman berupa gangguan fisik akan menurun.

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari modul ini perawat mampu:

1. Melakukan pengkajian klien dengan ansietas.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien dengan ansietas.
3. Melakukan tindakan keperawatan pada klien dengan ansietas.
4. Mengevaluasi kemampuan klien dalam menangani masalah ansietas.

B. Pengkajian

1. Pengertian

Ansietas merupakan perasaan tidak nyaman atau perasaan yang sulit yang disebabkan oleh sesuatu yang mengancam dan membuat stress yang disertai dengan aktivitas saraf otonom dan mengakibatkan individu berespon terhadap ancaman tersebut. Ansietas berbeda namun berhubungan dengan ketakutan. Takut merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya sedangkan ansietas adalah reapon emosional terhadap penilaian tersebut.

Ansietas terdiri dari empat tingkatan yaitu: ringan (mild), sedang (moderat), berat (severe) dan panik (panik). Ansietas ringan disebabkan oleh ketegangan dalam

kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada. Ansietas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang dirasakan penting dan mengesampingkan hal lain sehingga perhatian hanya pada hal yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu dengan terarah. Jika seseorang berada pada rentang respon ansietas ringan-sedang, 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.

2. Penyebab

Ansietas dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu:

- a. Adanya ancaman terhadap integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar.
- b. Adanya perasaan ketidakberdayaan dalam menyelesaikan ancaman.
- c. Hilangnya kemampuan mengendalikan keadaan, perasaan kehilangan fungsi dan harga diri.
- d. Adanya rasa frustrasi akibat kegagalan dalam mencapai tujuan.
- e. Adanya cara hidup yang tidak teratur dan tidak mempunyai falsafah hidup yang jelas.

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada ansietas terbagi atas empat respon yaitu: respon fisik, kognitif, perilaku, dan emosional.

a. Respon fisik

1. Nadi dan tekanan darah naik
2. Mulut kering
3. Anoreksia.
4. Diare.
5. Gelisah.

6. Berkeringat.
 7. Tremor.
 8. Sakit kepala.
 9. Sulit tidur.
- b. Respon kognitif
1. Lapang persepsi menyempit.
 2. Tidak mampu menerima rangsang dari luar.
 3. Berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya.
- c. Respon perilaku
1. Gerakan tersentak-sentak.
 2. Bicara berlebihan-lebihan dan cepat.
 3. Perasaan tidak aman.

C. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data-data yang ditemukan pada saat pengkajian, maka diperoleh diagnosa keperawatan : ansietas.

D. Tindakan Keperawatan

1. Bina hubungan saling percaya
Tindakan yang dapat dilakukan dalam membina hubungan saling percaya adalah mengucapkan salam terapeutik, berjabat tangan, menjelaskan tujuan interaksi, membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu klien.
2. Kaji ansietas klien yang mencakup: perasaan klien, penyebab, dan tingkat ansietas klien, coping yang dimiliki klien untuk mengurangi ansietas.
3. Ajarkan pasien teknik relaksasi untuk meningkatkan kontrol dan rasa percaya diri.
 - o Pengalihan situasi
 - o Latihan relaksasi (tarik napas dalam
 - o Imaginary guidance dengan teknik 5 jari.
4. Kurangi rangsangan yang berlebihan dengan menyediakan lingkungan yang tenang, batasi kontak dengan orang lain yang dapat memperberat ansietas klien.
5. Berikan *reinforcement positif* berupa pujian terhadap setiap kemampuan klien melakukan penanganan terhadap ansietas.

6.Motivasi klien melakukan teknik relaksasi setiap ansietas muncul.



DAFTAR PUSTAKA

- Centre for Clinical Intervention. (2008). *Progressive musce relaxation*. <http://www.cci.health.wa.gov.a>. diperoleh tanggal 15 November 2009.
- Charlesworth, E.A. & Nathan, R.G. (1996). *Manajemen stress dengan teknik relaksasi*. Jakarta: Abdi Tandur.
- Copstead, L.C. & Banasik, J.L. (2000). *Pathofisiology (2 nd ed)*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Lemone, P & Burke, K. (2008). *Medical surgical nursing: critical thinking in client care (4 th ed)*. New jersey: Pearson prentice Hall.
- Maryani, Ani. (2008). *Pengaruh progressive muscle relaxation terhadap kecemasan, mual muntah setelah kemoterapi pada pasien kanker payudara di RS Dr. Hasan Sadikin Bandung*. Tesis. Tidak dipublikasikan
- Ramdhani,N,& Putra, A.A. (2008). *Pengembangan multi media relaksasi*. Laporan Penelitian. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.
- Synder, M. & Lyndquist, R. (2002). *Complementary/alternative therapies in nursing (4 th ed)*. New York: Springer Publising Company.

DAFTAR PUSTAKA

Hamid, A.Y., Keliat, B.A. (1995). *Panduan Relaksasi dan Reduksi Stres*. Edisi ketiga. Jakarta : ECG

[http://\(http://www.ppt.Frank.mcDonald/5421/index5.html\)](http://www.ppt.Frank.mcDonald/5421/index5.html)_Diakses tanggal 19 Oktober 2008
www.ehow.com/how_4425976_use-thought-stopping-method.html, diakses tanggal 15 Februari 2009.

<http://nursingplanet.com/nr/index.php?blog=1&p=62&more=1&c=1&b=1&pb=1>, diakses tgl 10 Maret 2009.

<http://panicdisorder.about.com/od/livingwithpd/ht/thoughtstop.htm>, diakses tanggal 15 Februari 2009

([http://www.Studentservices/Emotional Thought Stopping.htm](http://www.Studentservices/EmotionalThoughtStopping.htm)), diakses tanggal 22 Oktober 2008.

C.R., Wilson, S.K., Trigoboff, E. (2004). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. New Jersey: Pearson Prentice Hall

Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. Sixth edition. Lippincott Williams & Wilkins

Rawlins, R.P., Williams, S.R., Beck, C.K. (1993) *Mental Health-Psychiatric Nursing*. Third edition. St. Louis : Mosby Year

Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8th edition). St Louis: Mosby.

Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC

FORMAT EVALUASI SESI 1: IDENTIFIKASI DAN PUTUSKAN PIKIRAN YANG MENGGANGGU DAN MENGANCAM SERTA MENIMBULKAN STRES

NO.	ASPEK YANG DINILAI	Tanggal	Tanggal	Tanggal
1.	Kemampuan menilai pikiran yang mengancam atau membuat stres.			
2.	Kemampuan menilai seberapa besar pikiran yang mengancam (membuat stres) mengganggu kehidupan.			
3.	Kemampuan menyebutkan manfaat dan cara melakukan latihan.			
4.	Mempraktekkan teknik <i>Thought Stopping</i> menggunakan alarm.			
5.	Mempraktekkan membayangkan pikiran positif pengganti pikiran yang membuat stres.			

Catatan :

Madiun

2010

Perawat

()

FORMAT EVALUASI SESI 2: BERLATIH PEMUTUSAN PIKIRAN DENGAN CARA BERVARIASI

NO.	ASPEK YANG DINILAI	Tgl.	Tgl.	Tgl.
1.	Kemampuan menilai pikiran yang mengancam atau membuat stres.			
2.	Mempraktekkan tehnik pemutusan pikiran menggunakan rekaman dengan berteriak "STOP"			
3.	Mempraktekkan tehnik pemutusan pikiran menggunakan rekaman dengan nada suara normal.			
4.	Mempraktekkan tehnik pemutusan pikiran menggunakan rekaman dengan berbisik.			
5.	Mempraktekkan tehnik pemutusan pikiran tanpa bersuara			

Catatan :

Madiun ,

2010

Perawat

()

FORMAT EVALUASI SESI 3: BERLATIH PEMUTUSAN PIKIRAN SECARA OTOMATIS

NO.	ASPEK YANG DINILAI	Tgl.	Tgl.	Tgl.
1.	Kemampuan membuat jadual latihan secara mandiri tiga kali sehari dengan berbisik "STOP"			
2.	Mempraktekkan teknik pemutusan pikiran secara otomatis dengan berbisik "STOP" dipandu terapis.			
3.	Mempraktekkan teknik pemutusan pikiran secara otomatis dengan berbisik "STOP" tanpa dipandu terapis			
4.	Mempraktekkan teknik pemutusan pikiran secara otomatis tanpa bersuara secara otomatis di luar jadual.			

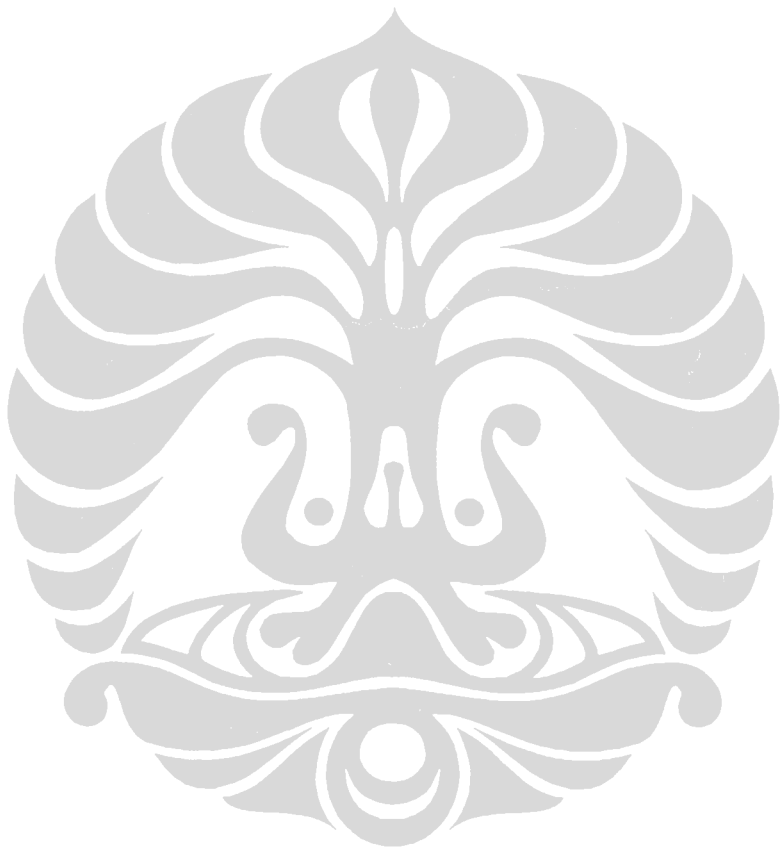
Catatan :

Madiun,

2010

Perawat

()



LEMBAR KERJA KLIEN

Inisial klien :

Ruang :

NO.	Tgl.	Pikiran yang mengganggu, mengancam dan menimbulkan stres	Pikiran yang muncul setelah melakukan pemutusan pikiran
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

9.			
10.			

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata :

Nama : Lilik Supriati
 Tempat/ Tanggal Lahir : Tulungagung, 5 Mei 1983
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Alamat rumah : Sempu, Ds. Gading Kulon RT 1.RW 3,Kec.Dau Kabupaten
 Malang

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 1 Ngebong : Lulus tahun 1995
2. SMP Negeri 1 Bandung : Lulus tahun 1998
3. SPK Depkes Celaket Malang : Lulus tahun 2001
4. S1 Keperawatan PSIK FK Unibraw : Lulus tahun 2005
5. Profesi Ners PSIK FK Unibraw : Lulus tahun 2006

Riwayat Pekerjaan

1. Staf pengajar PSIK-FK Universitas Brawijaya : Tahun 2006 sampai sekarang