

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### 2.1 Konsep Penyakit Skizofrenia

##### 2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, menerima, Menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi (Pardede, Siregar & Hulu, 2020). Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan hambatan dalam berkomunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Pardede & Laia., 2020).

##### 2.1.2 Etiologi

Menurut (Rizka Yunita, 2020), etiologi skizofrenia yaitu:

- a. Umur Orang berusia 25 sampai 35 tahun 1,8 kali lebih mungkin mengidap skizofrenia dibanding mereka yang berusia 17 sampai 24 tahun.
- b. Jenis Kelamin Laki- laki mendominasi skizofrenia (72%), Laki- laki mungkin berisiko sebab mereka menjadi penopang dalam rumah tangga jadi, mereka cenderung untuk mengalami stres.
- c. Pekerjaan Pada kelompok skizofrenia, risiko yang tidak bekerja merupakan 6,2 sebab mereka yang tidak bekerja lebih cenderung banyak pikiran.
- d. Status Pernikahan Mereka yang belum menikah bisa jadi berisiko mengalami gangguan jiwa, sebab status dibutuhkan untuk bertukar identitas serta sikap ideal antara suami serta istri untuk menggapai perdamaian.

- e. Konflik keluarga Peristiwa dan permasalahan yang berlangsung skizofrenia sebesar 1,13 kali.
- f. Status ekonomi Dalam keluarga bisa tingkatkan risiko berkembangnya gangguan jiwa 6,00 kali lebih mungkin untuk meningkatkan skizofrenia dengan status ekonomi yang lebih rendah karena, ekonomi yang rendah bisa mempengaruhi kehidupan seseorang.

### 2.1.3 Jenis-Jenis Skizofrenia

- a. Menurut (Maramis, 2019) Skizofrenia terbagi ke dalam beberapa jenis, yaitu. Skizofrenia Paranoid Dengan gejala utamanya adalah waham, halusinasi, gangguan proses berfikir, gangguan afek, emosi dan kemauan.
- b. Skizofrenia Hebefrenik Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Kemudian, gangguan spikomotorseperti mannerism serta neologisme.
- c. Skizofrenia Katatonik : Penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya, memiliki emosi yang dangkal dan muncul gejala yang mempengaruhi psikomotor seperti mutisme, muka tanpa mimik, stupor, terdapat grimas dan katalepsi. d. Skizofrenia Simplex : sering timbul paertama kali pada masa pubertas. Gejalanya di antara lain adalah kedangkalan emosi, kemunduran kemauan dan menarik diri dari pergaulan.
- d. Skizofrenia Residual : gejala yang timbul berupa keterlambatan psikomotor, penurunan aktivitas.

### 2.1.4 Tanda dan Gejala

Menurut Amimi (2020) tanda dan gejala skizofrenia secara general dibagi menjadi 2 yaitu,gejala positif dan negatif :

- a. Gejala positif atau gejala nyata,yaitu :
  1. Halusinasi : Persepsi sensori yang salah atau pengalaman yang tidak terjadi dalam realitas.
  2. Waham : Keyakinan yang salah dan dipertahankan yang tidak memiliki dasar dalam realitas.
  3. Ekopraksia : Peniruan Gerakan dan gestur oranglain yang diamati pasien.

4. Flight of ideas : Aliran verbalitas yang terus-menerus saat individu melompat dari suatu topik ke topik lain dengan cepat.
  5. Perseverasi : Terus menerus membicarakan satu topik atau gagasan, pengulangan kalimat, kata atau frasa secara verbal dan menolak untuk mengubah topik tersebut.
- b. Gejala negatif atau gejala samar, yaitu :
1. Apati : Perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas, dan peristiwa.
  2. Alogia : Kecenderungan berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna
  3. Afek datar : Tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi atau mood.
  4. Afek tumpul : Rentang keadaan perasaan emosional atau mood yang terbatas.
  5. Anhedonia : Merasa tidak senang atau tidak gembira dalam menjalani hidup, aktivitas atau hubungan.
  6. Katatonia : Imobilitas karena faktor psikologis, kadang kala ditandai oleh periode agitasi atau gembira, pasien tampak tidak bergerak, seolah-olah dalam keadaan setengah sadar.
  7. Tidak memiliki kemauan : Tidak adanya keinginan, ambisi, atau dorongan untuk bertindak atau melakukan tugas-tugas.

### 2.1.5 Penatalaksanaan

Tujuan dari skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal klien, serta mencegah kekambuhannya. Belum ada pengobatan dalam masing-masing subtype skizofrenia (Prabowo, 2019). Dibawah ini termasuk penatalaksanaan pada skizofrenia :

#### 1. Terapi Farmakologi

Obatan-obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi yaitu golongan obat antipsikotik. Obat anti psikotik terbagi menjadi dua golongan, yaitu :

a. Antipsikotik Tipikal

Merupakan antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi seperti dopamine. Antipsikoti ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif pada klien skizofrenia. Berikut ini yang termasuk golongan obat antipsikotik tipikal :

1. Chlorpromazine dengan dosis harian 30-800 mg/hari
2. Flupenthixol dengan dosis harian 12-64 mg/hari
3. Fluphenazine dengan dosis harian 2-40 mg/hari
4. Haloperidol dengan dosis harian 1-100 mg/hari

b. Antipsikotik Atipikal

Digunakan untuk mengurangi keparahan halusinasi pendengaran, terutama pada kondisi seperti skizofrenia. Obat ini bekerja mengubah kimia otak, yang membantu meringankan gejala dan meningkatkan fungsi keseluruhan pada individu yang terkena dampak. Berikut adalah daftar obat yang termasuk golongan obat antipsikotik atipikal :

1. Clozapine dosis harian 300-900 mg/hari
2. Risperidone dosis harian 1-40 mg/hari
3. Losapin dosis harian 20-150 mg/hari
4. Melindone dosis harian 225mg/hari

2. Terapi Non Farmakologi

Menurut Hawari (2016) terapi non farmakologi yang diberikan kepada klien antara lain

a. Pendekatan Psikososial

Pendekatan psikososial bertujuan memberikan dukungan emosional kepada klien sehingga klien mampu meningkatkan fungsi sosial dan pekerjaannya dengan maksimal

b. Pendekatan Suportif

Pendekatan suportif merupakan salah satu bentuk terapi yang bertujuan memberikan dorongan semangat dan motivasi agar penderita skizofrenia tidak merasa putus asa dan mempunyai semangat juang menghadapi hidup, Pada klien skizofrenia perlu adanya dorongan berjuang untuk pulih dan mampu mencegah adanya kekambuhan (Prabowo, 2014).

c. Pendekatan Re-edukatif

Bentuk terapi ini memberi terapi ulang untuk merubah pola Pendidikan lama dengan yang baru sehingga penderita skizofrenia lebih adaptif terhadap dunia luar (Prabowo, 2014)

d. Pendekatan Rekontruksi

Pendekatan rekontruksi bertujuan memperbaiki kembali kepribadian yang mengalami perubahan disebabkan adanya stressor yang klien tidak mampu menghadapinya (Ikawati, 2016)

e. Pendekatan Kognitif

Pendekatan kognitif merupakan terapi pemulihan fungsi kognitif sehingga penderita skizofrenia mampu membedakan nilai-nilai sosial etika.

f. Pendekatan Senam Aerobik Low Impact

Pendekatan senam aerobik low impact pada pasien jiwa, terutama yang mengalami skizofrenia atau kecemasan, dapat menjadi intervensi yang efektif untuk mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup. Senam aerobik low impact melibatkan gerakan ringan dengan intensitas rendah, seperti berjalan di tempat atau menggerakkan tangan, yang aman bagi pasien dengan kondisi fisik yang rentan.

## 2.2 Konsep Dasar Kecemasan

### 2.2.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan khawatir yang menyebar, tidak jelas, dan berkaitan dengan perasaan tidak berdaya atau tidak pasti. Kecemasan ini tidak memiliki objek yang spesifik, kecemasan yang dialami secara subjektif dan di komunikasikan secara personal. Kecemasan merupakan khawatir dan, bingung pada sesuatu kejadian yang akan terjadi dan tidak jelas penyebabnya, kemudian di hubungkan dengan perasaan yang tidak menentu. Kecemasan bukanlah penyakit tetapi merupakan suatu gejala, dan kebanyakan orang merasakan kecemasan pada waktu tertentu saja. Perasaan cemas akan muncul sebagai reaksi normal yang akan menekan pada situasi tertentu dan hanya muncul sebentar(Harlina & Aiyub, 2020).

Kecemasan merupakan kondisi psikologis yang penuh dengan rasa takut dan khawatir. Perasaan takut dan khawatir akan sesuatu hal yang belum tentu terjadi. Kecemasan berasal dari bahasa latin (*anxius*) dan bahasa jerman (*anst*), yaitu suatu kata yang digunakan untuk menggambarkan efek negatif. Kecemasan merupakan keadaan emosi yang muncul saat seseorang sedang mengalami stress, dan ditandai dengan perasaan tegang, pikiran yang membuat seseorang merasa khawatir disertai respon fisik seperti jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah, dan lain sebagainya(Astuti et al., 2019).

Kecemasan menurut Hawari pada (Yanti Budiyaniti, Lisna Annisa Fitriana, Lena Helen Supriatna, Erna Irawan, 2022) adalah gangguan alam perasaan dengan kekhawatiran yang 5 mendalam dan berkelanjutan, tetapi belum mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh dan perilaku dapat terganggu, tetapi masih dalam batas-batas normal.

### 2.1.2 Etiologi

Menurut Setyawan, A., & Hasnah, K. (2020) ada beberapa faktor penyebab terjadinya kecemasan, faktor penyebab kecemasan dibagi menjadi dua yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

#### 1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yaitu faktor pendukung terjadinya suatu kecemasan, faktor predisposisi terbagi menjadi beberapa antara lain yang pertama yaitu teori psikoanalisis yang artinya kecemasan yang terjadi antara dua elemen kepribadian antara superego, id mewakili insting seseorang sedangkan superego menggambarkan hati nurani, ego berfungsi menengahi antara dua elemen yang bertentangan itu dan kecemasan memiliki fungsi untuk mengingatkan ego adanya bahaya (Juniyarti, J., & Huzaifah, 2023).

Teori yang kedua yaitu teori Interpersonal ialah kecemasan yang timbul akibat dari perasaan takut, timbul dari masalah-masalah hubungan interpersonal yang berkaitan dengan kemampuan berkomunikasi, tingginya tingkat kecemasan akan menyebabkan rendahnya kemampuan seseorang berkomunikasi. Kecemasan juga berhubungan dengan trauma, perpisahan, dan kehilangan yang menyebabkan kerentanan fisik (Juniyarti, J., & Huzaifah, 2023). Ketiga yaitu teori perilaku ialah kecemasan yang dapat mengganggu kemampuan seseorang untuk menggapai tujuan yang diinginkan. Menurut Stuart (2019) kecemasan terjadi karena adanya suatu dorongan yang berdasarkan keinginan untuk menghindari kesedihan. Adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan, konflik dapat menimbulkan kecemasan sedangkan kecemasan menimbulkan perasaan tidak berdaya sehingga meningkatkan konflik yang ada. Selain itu faktor predisposisi lainnya yaitu faktor keluarga menggambarkan bahwa gangguan kecemasan yang terjadi didalam keluarga berkaitan dengan depresi, kemungkinan juga disertai dengan gangguan fisik yang menurunkan kemampuan mengatasi stressor. Gangguan kecemasan ini merupakan faktor biologis menunjukkan

bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat yang berperan dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan (Stuart, 2019).

## 2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah faktor pencetus terjadinya kecemasan, menurut Stuart (2019) faktor presipitasi dibagi menjadi dua yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal menurut Juniyarti, J., & Huzaifah (2023) yaitu ancaman terhadap integritas fisik yang menyebabkan penurunan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan). Ancaman sistem diri dapat mengganggu identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu. Faktor internal dibagi menjadi beberapa meliputi faktor usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, keadaan fisik, kepribadian individu, lingkungan, status sosial ekonomi. Seseorang yang memiliki usia yang sudah dewasa ternyata jauh lebih bisa mengendalikan rasa cemas dibandingkan dengan yang berusia muda, mereka yang berusia muda dibandingkan dengan usia muda yang cenderung lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan, usia berhubungan dengan pengalaman dan pemahaman seseorang terhadap penyakit sehingga mereka dapat menyikapi dengan lebih baik. Proses berfikir pada individu yang sudah dewasa memungkinkan menggunakan mekanisme koping yang lebih baik, pengalaman masa lalu dapat mempengaruhi perkembangan keterampilan sehingga dapat mempengaruhi individu dalam menghadapi kecemasan karena individu mampu beradaptasi dengan lebih baik sehingga tingkat kecemasan berbeda dan dapat meringankan tingkat kecemasan (Sentana & Pratiwi, 2019).

Selain itu faktor internal yang mempengaruhi yaitu jenis kelamin, biasanya pada perempuan mempunyai tingkat kecemasan yang lebih tinggi daripada laki-laki, dikarenakan perempuan lebih peka terhadap emosinya sehingga akan menjadi lebih peka juga terhadap perasaan kecemasannya (Stuart, 2019). Faktor keadaan fisik dan



kepribadian seseorang jika mengalami gangguan fisik akan mudah mengalami kelelahan fisik yang akan mempermudah seseorang mengalami kecemasan. Seseorang memiliki kepribadian yang berbeda-beda, individu yang memiliki kepribadian tidak sabar, terlalu terburu-buru, ambisius, mudah gelisah, dan mudah tersinggung tipe yang seperti itu akan mudah meningkatkan kecemasan (Stuart, 2019). Lingkungan sekitar juga mempengaruhi tingkat kecemasan seseorang, apabila seseorang berada di lingkungan yang terasa asing baginya akan timbul rasa cemas, berbeda ketika berada di sekitar lingkungan yang memang sudah terbiasa ditempati. Status sosial ekonomi yang baik mudah tercukupi dibandingkan status sosial ekonomi rendah, bila status sosial ekonomi rendah seseorang akan merasa mudah cemas ketika kebutuhan primer maupun sekunder tidak terpenuhi (Stuart, 2019). Faktor pendidikan seseorang juga mempengaruhi faktor internal pencetus kecemasan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuan yang dimiliki juga semakin luas sehingga dalam mempersepsikan suatu hal lebih baik sehingga menurunkan kecemasan dibandingkan dengan tingkat pendidikan yang rendah akan cenderung mengalami kesulitan dalam menyelesaikan kecemasan (Arifiati & Wahyuni,)

### **2.1.3 Tanda Dan Gejala**

Kecemasan Menurut Jeffrey S. Nevid, 2021, ada beberapa tanda-tanda kecemasan, yaitu :

- a. Tanda-Tanda Fisik Kecemasan. Tanda fisik kecemasan diantaranya yaitu: kegelisahan, kegugupan, tangan atau anggota tubuh yang bergetar atau gemetar, sensasi dari tegang di sekitar dahi, banyak berkeringat, telapak tangan yang berkeringat, pening atau pingsan, mulut dan kerongkongan terasa kering, kesulitan berbicara, kesulitan bernafas, nafas menjadi pendek, jantung yang terasa berdebar keras atau berdetak kencang, suara yang bergetar, jari-jari atau anggota tubuh yang menjadi dingin, pusing, merasa lemas atau mati rasa, sulit menelan, kerongkongan merasa tersekat, leher atau punggung terasa kaku, sensasi seperti tercekik atau tertahan, tangan yang dingin dan lembab, terdapat

gangguan sakit perut atau mual, panas dingin, sering buang air kecil, wajah terasa memerah, diare, dan merasa sensitif atau “mudah marah”.

- b. Tanda-Tanda Behavioral Kecemasan Tanda-tanda behavioral kecemasan diantaranya yaitu: perilaku menghindar, perilaku melekat dan dependen, dan perilaku terguncang.
- c. Tanda-Tanda Kognitif Kecemasan Tanda-tanda kognitif kecemasan diantaranya : khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan atau aprehensi terhadap sesuatu yang terjadi di masa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan segera terjadi (tanpa ada penjelasan yang jelas), terpaku pada sensasi ketubuhan, sangat waspada terhadap sensasi ketubuhan, merasa terancam oleh orang atau peristiwa yang normalnya hanya sedikit atau tidak mendapat perhatian, ketakutan akan kehilangan kontrol, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, berpikir bahwa dunia mengalami keruntuhan, berpikir bahwa semuanya tidak lagi bisa dikendalikan, berpikir bahwa semuanya terasa sangat membingungkan tanpa bisa diatasi, khawatir terhadap hal-hal yang sepele, berpikir tentang hal mengganggu yang sama secara berulang-ulang, berpikir bahwa harus bisa kabur dari keramaian (kalau tidak pasti akan pingsan), pikiran terasa bercampur aduk atau kebingungan, tidak mampu menghilangkan pikiran-pikiran terganggu, berpikir akan segera mati (meskipun dokter tidak menemukan sesuatu yang salah secara medis), khawatir akan ditinggal sendirian, dan sulit berkonsentrasi atau memfokuskan pikiran.

Menurut (Widati & Twistiandayani, 2019) mengemukakan gejala kecemasan diantaranya yaitu :

1. Cemas, khawatir, tidak tenang, ragu dan bimbang
2. Memandang masa depan dengan rasa was-was (khawatir)
3. Kurang percaya diri, gugup apabila tampil di muka umum (demam panggung)
4. Sering merasa tidak bersalah, menyalahkan orang lain.
5. Tidak mudah mengalah
6. Gerakan sering serba salah, tidak tenang bila duduk, gelisah

7. Sering mengeluh ini dan itu (keluhan-keluhan somatik), khawatir berlebihan terhadap penyakit
8. Mudah tersinggung, membesar-besarkan masalah yang kecil (dramatisasi)
9. Dalam mengambil keputusan sering diliputi rasa bimbang dan ragu
10. Bila mengemukakan sesuatu atau bertanya seringkali diulang-ulang
11. Apabila sedang emosi sering kali bertindak histeris.

#### **2.1.4 Tahap Kecemasan**

Seseorang pasti mengalami kecemasan pada kondisi tertentu, Menurut Peplau dalam (Siahaan, 2022), terdapat empat tahapan kecemasan, yaitu :

##### 1) Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas. Tanda dan gejala antara lain: persepsi dan perhatian meningkat, waspada, sadar akan stimulus internal dan eksternal, mampu mengatasi masalah secara efektif serta terjadi kemampuan belajar. Perubahan fisiologi ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

##### 2) Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, konstipasi. Sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya.

##### 3) Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Tanda dan gejala dari kecemasan berat yaitu : persepsinya sangat kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini

individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitasi, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun besar, dan diare. Secara emosi individu mengalami ketakutan serta seluruh perhatian terfokus pada dirinya.

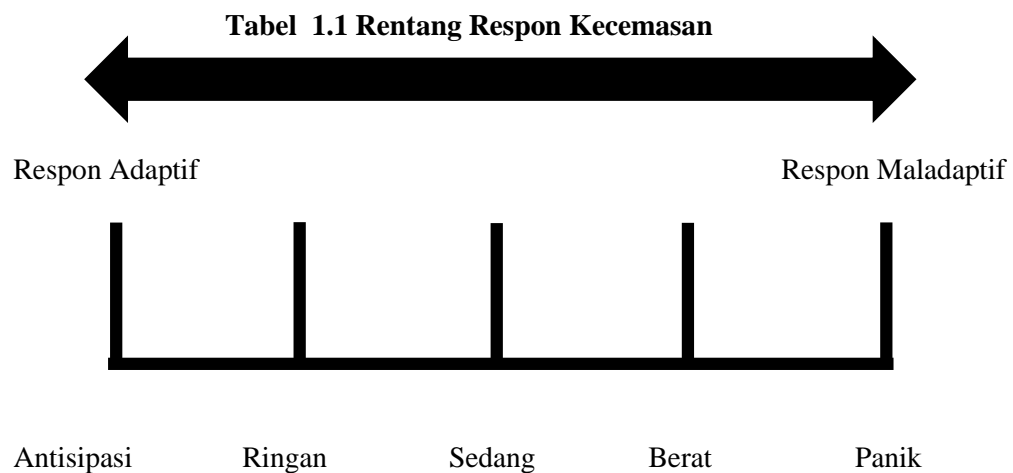
#### 4) Panik

Pada tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional. Kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian. Tanda dan gejala dari tingkat panik yaitu tidak dapat fokus pada suatu kejadian.

### **2.1.5 Rentang Respon Kecemasan**

Menurut Munif (2023) menggambarkan rentang respon kecemasan adaptif dan maladaptif. Rentang respon adaptif yaitu ketika individu dapat menerima dan mengendalikan kecemasan. Respon positif yang digunakan untuk menghadapi kecemasan, seseorang akan beranggapan bahwa kecemasan suatu tantangan dan motivasi dalam penyelesaian masalah dan sarana memperoleh penghargaan yang tinggi, menunjukkan respon seperti berbicara kepada orang lain, menangis, tidur, menggunakan teknik relaksasi. Sedangkan menurut Utari (2018) rentang respon adaptif individu beradaptasi dengan perasaan cemas yang dirasakan, individu ketika berespon adaptif terhadap kecemasan maka kecemasan yang dialaminya akan ringan. Rentang respon maladaptif ketika individu tidak dapat mengatur kecemasan sehingga mekanisme koping disfungsi, dan tidak berkesinambungan. Respon yang muncul seperti perilaku bicara tidak jelas, isolasi diri, perilaku agresif, bahkan sampai penggunaan obat terlarang (Rohmah, 2019). Menurut peneliti lainnya rentang respon maladaptif kondisi individu yang panik tidak dapat berespon terhadap rasa cemas yang

dihadapi sehingga memunculkan gangguan perilaku maupun kognitif. Rentang respon maladaptif yang semakin tinggi maka tingkat kecemasan yang dirasakan akan semakin berat (Utari, 2018).



Sumber : Stuart, 2019

Kecemasan memiliki beberapa tingkatan menurut Utomo (2019) kecemasan dapat dibagi menjadi beberapa tingkatan seperti kecemasan ringan, sedang, berat, dan panik. Ketika kecemasan seseorang semakin tinggi maka akan memengaruhi kondisi fisiologis maupun psikologis seseorang. Kecemasan ringan yaitu kecemasan yang biasa terjadi pada seseorang ketika menghadapi perasaan waspada selain itu kecemasan ringan juga bisa terjadi pada kehidupan sehari-hari tetapi masih bisa menyelesaikan masalah yang terjadi, kecemasan ini dapat memberikan motivasi dan kreativitas berpikir, ditandai dengan masih bisa terlihat tenang, percaya diri, ketegangan otot

#### a. Respon Adaptif

Merupakan rentang ketika individu dapat menerima dan mengendalikan kecemasan maka akan memperoleh hasil yang positif. Kecemasan dapat menjadi tantangan, motivasi yang kuat untuk memecahkan masalah atau menjadi alat untuk mendapatkan keuntungan yang tinggi.

## b. Respon Maladaptif

Merupakan rentang ketika kecemasan tidak dapat dikendalikan, ini bersifat indivespon idual, mekanisme koping tidak berkelanjutan dengan orang lain. Beberapa jenis respon maladaptif diantaranya perilaku agresif, cadel, isolasi diri, makan berlebihan, minum-minuman keras, perujian dan penggunaan narkoba.

Antisipasi Ringan Sedang Berat Panik ringan, sedikit gelisah, dan sadar akan lingkungan. Sedangkan kecemasan sedang yaitu memungkinkan seseorang untuk berfikir lebih ke hal-hal yang lebih penting dan menjadi prioritas biasanya seseorang akan mudah tersinggung, fokus perhatian menurun, menjadi tidak sabar, ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital mulai meningkat, sering bak, pusing. Tingkat kecemasan ketiga yaitu kecemasan berat yang memusatkan pada sesuatu hal yang lebih spesifik dan terinci serta tidak dapat berfikir tentang hal yang lain biasanya individu cenderung sulit untuk berfikir, perasaan takut, bingung, kontak mata tidak fokus, banyak mengeluarkan keringat, nada bicara cepat, badan gemetar. Tingkat kecemasan terakhir yaitu panik, biasanya seseorang memiliki ketakutan yang berlebih dan tidak dapat dikendalikan, biasanya individu tidak dapat diarahkan, menyebabkan diorientasi kepribadian, kemampuan untuk berkomunikasi dengan seseorang berkurang, tidak dapat berfikir rasional.

### **2.1.6 Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)**

Skala HARS merupakan alat ukur untuk menilai tingkat kecemasan berdasarkan pada symptom seseorang yang mengalami kecemasan. HARS dibuat oleh Max Hamilton untuk mengukur gangguan kecemasan. Pada skala HARS dibagi menjadi 13 kategori gejala kecemasan dan 1 kategori perilaku. Kategori kecemasan sendiri dibagi menjadi 6 kategori psikologis, dan 7 kategori fisiologis (Amir & Putra, 2019). Kategori yang berjumlah 14 tersebut antara lain terdiri dari perasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatic otot,

gejala somatic sensorik, gejala kardiovaskuler, gejala urogenital, gejala autonomy, gejala pernafasan, tingkah laku (Ramdan, 2019). Yang dimaksudkan perasaan cemas yaitu gejala yang dirasakan oleh individu seperti perasaan khawatir, firasat buruk, takut, mudah kepikiran, mudah marah dan tersinggung. Sedangkan ketegangan meliputi perasaan tegang, lelah, mudah menangis, gemetar, gelisah, mudah terkejut, sulit untuk istirahat, sulit konsentrasi. Penilaian kecemasan ketakutan meliputi takut akan hal gelap, takut terhadap orang yang tidak dikenal, takut ketika sendirian, takut pada kerumunan banyak orang (Ramdan, 2019).

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

**TABEL 1.4 KUISIONER TINGKAT KECEMASAN  
HAMILTON ANXIETY RATING SCALE (HARS)**

Total nilai (*score*) :

1. Skor kurang dari 14 = Tidak ada gejala sama sekali
2. Skor 14-20 = Kecemasan Ringan
3. Skor 21-27 = Kecemasan Sedang
4. Skor 28-41 = Kecemasan Berat
5. Skor 42-56= Kecemasan Berat Sekali/Panik

No	Gejala Kecemasan	Nilai Angka (Score)
----	------------------	---------------------

1.	<p>Perasaan Cemas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Firasat buruk</li> <li><input type="checkbox"/> Mudah tersinggung</li> <li><input type="checkbox"/> Takut akan fikiran sendiri</li> <li><input type="checkbox"/> Cemas</li> </ul>	0	1	2	3	4
2.	<p>Keterangan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Merasa tegang</li> <li><input type="checkbox"/> Lesu</li> <li><input type="checkbox"/> Mudah terkejut</li> <li><input type="checkbox"/> Tidak dapat istirahat dengan tenang</li> <li><input type="checkbox"/> Mudah menangis</li> <li><input type="checkbox"/> Gemetar</li> <li><input type="checkbox"/> Gelisah</li> </ul>	0	1	2	3	4
3.	<p>Ketakutan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pada gelap</li> <li><input type="checkbox"/> Ditinggal sendiri</li> <li><input type="checkbox"/> Pada orang asing</li> <li><input type="checkbox"/> Pada keramaian lalu lintas</li> </ul>	0	1	2	3	4
4.	<p>Gangguan Tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sukar memulai tidur</li> <li><input type="checkbox"/> Terbangun malam hari</li> <li><input type="checkbox"/> Mimpi buruk</li> <li><input type="checkbox"/> Bangun dengan lesu</li> </ul>	0	1	2	3	4



	<input type="checkbox"/> Mimpi menakutkan					
5.	Gangguan Kecerdasan  <input type="checkbox"/> Daya ingat buruk <input type="checkbox"/> Sulit berkonsentrasi <input type="checkbox"/> Daya ingat menurun	0	1	2	3	4
6.	Perasaan Depresi  <input type="checkbox"/> Kehilangan minat <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Berkurangnya kesukaan pada hobi <input type="checkbox"/> Perasaan berubah-ubah	0	1	2	3	4
7.	Gejala Somatik (otot-otot)  <input type="checkbox"/> Nyeri otot <input type="checkbox"/> Kaku <input type="checkbox"/> Kedutan otot <input type="checkbox"/> Suara tak stabil	0	1	2	3	4
8.	Gejala Sensorik  <input type="checkbox"/> Telinga berdengung <input type="checkbox"/> Penglihatan kabur <input type="checkbox"/> Muka merah dan pucat <input type="checkbox"/> Merasa lemah	0	1	2	3	4
9.	Gejala Kardiovaskuler  <input type="checkbox"/> Denyut nadi cepat	0	1	2	3	4

	<input type="checkbox"/> Berdebar-debar <input type="checkbox"/> Nyeri dada <input type="checkbox"/> Rasa lemah seperti mau pingsan <input type="checkbox"/> Detak jantung menghilg					
10.	Gejala Pernafasan  <input type="checkbox"/> Rasa tertekan di dada <input type="checkbox"/> Perasaan tercekik <input type="checkbox"/> Merasa nafas pendek/ sesak <input type="checkbox"/> Sering menarik nafas panjang	0	1	2	3	4
11.	Gejala Gastrointestinal  <input type="checkbox"/> Sulit menelan <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Perut terasa penuh dan kembung <input type="checkbox"/> Nyeri lambung sebelum dan sesudah makan <input type="checkbox"/> Gangguan pencernaan <input type="checkbox"/> Konstipasi <input type="checkbox"/> Kehilangan berat badan	0	1	2	3	4

12.	<p>Gejala Urogenitalia (Perkemihan dan kelamin)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sering kencing</li> <li><input type="checkbox"/> Tidak dapat menahan kencing</li> <li><input type="checkbox"/> Tidak datang bulan</li> <li><input type="checkbox"/> Darah haid berlebihan</li> <li><input type="checkbox"/> Haid beberapa kali dalam sebulan</li> <li><input type="checkbox"/> Menjadi dingin (frigid)</li> <li><input type="checkbox"/> Ejakulasi dini</li> <li><input type="checkbox"/> Ereksi lemah</li> <li><input type="checkbox"/> Ereksi hilang</li> <li><input type="checkbox"/> Impotensi</li> </ul>	0	1	2	3	4
13.	<p>Gejala otonom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mulut kering</li> <li><input type="checkbox"/> Muka merah</li> <li><input type="checkbox"/> Mudah berkeringat</li> <li><input type="checkbox"/> Sakit kepala</li> <li><input type="checkbox"/> Bulu roma berdiri</li> <li><input type="checkbox"/> Kepala terasa berat</li> <li><input type="checkbox"/> Kepala terasa sakit</li> </ul>	0	1	2	3	4
14.	<p>Tingkah laku (sikap) pada wawancara</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Gelisah</li> <li><input type="checkbox"/> Tidak terang</li> <li><input type="checkbox"/> Mengerutkan dahi</li> </ul>	0	1	2	3	4

	<input type="checkbox"/> Muka tegang <input type="checkbox"/> Nafas pendek dan cepat <input type="checkbox"/> Muka merah <input type="checkbox"/> Jari gemetar <input type="checkbox"/> Otot tegang/mengeras					
		Total		Score		

## 2.3 Konsep Terapi Senam Aerobic Low Impact

### 2.3.1 Pengertian Senam Aerobic Low Impact

Aerobic berasal dari kata aero yang berarti oksigen. Jadi aerobic erat dengan oksigen. Dan aerobic berdasarkan istilahnya berasal dari bahasa Yunani yang berarti hidup dengan udara atau oksigen, maka dalam perkataan aerobic berarti kegiatan fisik yang membutuhkan udara atau oksigen untuk menunjang aktivitas tubuh kita (Rosidah, 2019). Olahraga aerobic adalah latihan yang menggunakan energi yang berasal dari pembakaran oksigen, contohnya senam. Senam aerobic merupakan latihan yang menggabungkan berbagai macam gerak, berirama, teratur dan terarah, serta pembawaanya yang riang. Senam aerobic mempunyai susunan latihan yang seimbang antara upper body dan lower body. Gerakan yang dipilih mudah, menyenangkan dan bervariasi sehingga memungkinkan seseorang untuk melakukan secara teratur dalam kurun yang lama (Pomatahu, 2021).

Senam aerobic merupakan latihan yang menggabungkan berbagai gerak, berirama, teratur dan terarah serta pembawaannya yang menggembirakan karena didukung jenis musik yang riang akan tetapi sebelum melakukan gerakan senam masyarakat dianjurkan menggunakan hand sanitizer, yang berguna untuk menjaga kebersihan tangan, pasalnya tangan adalah bagian bagian tubuh yang sangat rentan dan dapat dengan mudah menjadi tempat bersarangnya virus dan bakteri (Hellerstein,

2020). Senam aerobic merupakan olahraga untuk peningkatan kebugaran jasmani, meningkatkan daya tahan jantung dan paru-paru, meningkatkan kekuatan otot, meningkatkan kelentukan, dapat mengurangi kebosanan, stres, depresi dan kecemasan hal positif yang dapat dirasakan manfaatnya bagi pesenam yang aktif mengikuti senam dan dapat dilakukan secara massal. Berdasarkan menurut para ahli diatas senam aerobic merupakan olahraga yang dapat meningkatkan kebugaran jasmani serta dapat meningkatkan kondisi fisik umum seperti daya tahan tubuh, kekuatan, kelentukan, koordinasi, membentuk prestasi, membentuk tubuh yang ideal, dan memelihara kesehatan tubuh serta dapat mengurangi stres, depresi dan kecemasan atau kebosanan seseorang (Nugraheningsih and Saputro, 2020).

Menurut Wicaksono (2019), senam aerobic adalah olahraga yang dilakukan secara terus menerus dimana kebutuhan oksigen masih dapat dipenuhi tubuh. Latihan aerobic dimulai dengan pemanasan selama 5 menit kemudian diikuti dengan Latihan pokok dengan mengukur maksimum detak jantung dengan pencapaian 220 dikurangi usia yang sedang berlatih per menit (DNM). Latihan ini dilakukan selama 20 menit, namun bila dilakukan setiap hari atau bila tidak ada waktu boleh dilakukan 3x30 menit per minggu (Hanisaningrum, 2020). Tarian aerobic populer di tahun 1970-an. Namun, saat ini senam aerobic sangat disukai setiap kalangan umur, mulai anak-anak hingga lansia. Hal tersebut dapat dilihat di setiap minggu pagi di beberapa daerah, lapangan atau pelataran dijadikan sebagai tempat untuk senam aerobic secara massal. Senam aerobic dipadukan dengan irama music yang telah dipilih berdasarkan durasi tertentu. Aerobic memiliki pengertian latihan fisik yang memiliki tujuan untuk meningkatkan masuknya kadar oksigen didalam jaringan tubuh. Pemasukan oksigen ini ditentukan oleh kapasitas maksimal paru-paru saat menghirup udara. Aerobic ini mengalami perubahan dari waktu ke waktu, saat ini aerobic sudah tidak seperti tarian melainkan mempunyai gerakan yang tersusun rapi tapi penampilannya tidak terpaku pada musik. Sebagai tambahan, konsep dari aerobic saat ini diperluas lagi dengan adanya macam – macam jenis latihan dengan kursi, low impact, high impact, step dan juga slide aerobic.

Senam aerobic mempunyai banyak tujuan , tujuan utamanya adalah meningkatkan kinerja jantung dan paru serta pembentukan tubuh. Gerakan-gerakan yang dipilih juga tentu memiliki nilai yang diperlukan untuk tujuan-tujuan tersebut. Irama music yang digunakan pun mempunyai sisi yang sama pentingnya. Di suatu sisi sebagai patokan tindakan kecepatan, disis lain sebagai penjaga motivasi serta semangat individu yang melakukan aerobic (Hardianti, 2019).

### **2.3.2 Tujuan Senam Aerobic Low Impact**

meningkatkan kebugaran kardiovaskular, membantu menjaga kesehatan sendi, meningkatkan stamina dan koordinasi tubuh, serta dapat membantu mengurangi stres dan meningkatkan suasana hati. Beberapa referensi terbaru menunjukkan manfaatnya dalam berbagai kelompok usia, termasuk lansia dan penderita hipertensi. Tujuan Terapi Senam Aerobik Low Impact:

#### **a. Meningkatkan Kebugaran Kardiovaskular:**

Senam aerobik low impact membantu memperkuat jantung dan paru-paru, meningkatkan kapasitas paru-paru, dan meningkatkan daya tahan tubuh.

#### **b. Menjaga Kesehatan Sendi:**

Gerakan pada senam aerobik low impact dirancang ramah sendi, sehingga cocok untuk pemula, lansia, atau mereka yang memiliki masalah sendi.

#### **c. Meningkatkan Stamina dan Koordinasi Tubuh:**

Olahraga ini dapat membantu meningkatkan stamina dan koordinasi tubuh, serta mencegah kelelahan berlebihan.

#### **d. Mengurangi Stres dan Meningkatkan Suasana Hati:**

Senam aerobik low impact dapat membantu mengurangi stres, meningkatkan suasana hati, dan memberikan efek relaksasi.

### 2.3.3 Manfaat Terapi Senam Aerobic Low Impact

Priyanto (2019) menyebutkan bahwa manfaat senam aerobic antara lain:

- a. Menguatkan otot dalam tubuh  
Senam aerobik membuat otot menjadi lebih kuat karena intensitas dalam melakukan senam aerobik yang tinggi serta variasi gerakannya ada yang tinggi dan rendah bisa kita gunakan sebagai pilihan dalam menguatkan otot pada tubuh.
- b. Daya tahan tubuh dan daya tahan jantung  
Senam aerobik membantu tubuh menjadi lebih kuat dan sehat serta membuat daya tahan jantung juga kuat. Senam aerobik bisa meningkatkan kinerja jantung dan melancarkan aliran darah
- c. Berat badan ideal  
Senam aerobik secara teratur dan pola hidup yang sehat bisa mencegah kelebihan lemak berlebih, obesitas.
- d. Kelenturan tubuh meningkat  
Senam aerobik gerakannya meregangkan otot – otot pada tubuh dapat meningkatkan kelenturan pada tubuh dan juga bisa melancarkan peredaran pada tubuh. Otot manusia memiliki sifat seperti pita karet semakin kuat anda mengangkat suatu beban maka akan semakin elastis. Begitu pula dengan otot pada tubuh semakin sering dan rajin dalam berolahraga maka akan membuat otot – otot pada persendian semakin berkembang. Dengan berkembangnya otot yang semakin kuat, tentunya kelenturan pada tubuh semakin kuat juga.
- e. Meningkatkan energi tubuh  
Senam aerobik, bisa membuat tubuh meningkatkan suplai oksigen kedalam tubuh. Apabila dilakukan selama kurang lebih dua puluh menit

(20 menit) dapat meningkatkan energi sebanyak dua puluh persen (20%).

f. Mencegah penyakit

Senam aerobic merupakan senam kesehatan jasmani yang dapat membantu menjaga kesehatan tubuh dan mencegah resiko terkena berbagai penyakit seperti stroke, kolestrol, jantung dan bahkan penyakit kanker.

g. Kekebalan tubuh dapat meningkat

Senam aerobik dapat membantu tubuh menjadi lebih sehat dan kebal terhadap berbagai serangan penyakit. Tentunya dengan intensitas yang rutin serta konsisten dalam melakukan olahraga dan juga tidak salam dalam mengomsumsi makanan atau minuman.

### **2.3.4 Mekanisme Kerja Terapi Senam Aerobic Low Impact**

Mekanisme atau efek pada senam *aerobic low impact* dapat mempengaruhi perkembangan pada kecemasan ketika melakukan senam aerobic low impact lambat laun akan adanya peningkatan volume secara berkala. Senam aerobic low impact ini dapat mengubah neurotransmitter monoamine, meningkatkan kadar, mengurangi tingkat kortisol yang mengarah pada pengurangan gejala kecemasan. Senam aerobic low impact juga dapat meningkatkan beta endorphin ( Jiang & Liu, 2020).

### **2.3.5 Indikasi Dan Kontraindikasi Terapi Senam Aerobic Low Impact**

#### **2.3.6 Indikasi Terapi Senam Aerobic Impact**

Indikasi utama terapi senam aerobik low impact adalah untuk individu yang memiliki kondisi fisik tertentu atau ingin menghindari risiko cedera pada sendi dan otot. Senam aerobik low impact cocok untuk lansia, orang dengan masalah sendi, atau mereka yang baru memulai program kebugaran (Sabila,2020).

Indikasi Lainnya:



1. Meningkatkan kesehatan jantung dan pembuluh darah:  
Senam aerobik secara umum membantu meningkatkan fungsi jantung, menurunkan tekanan darah, dan meningkatkan sirkulasi darah.
2. Mengurangi stres dan meningkatkan kesehatan mental:  
Aktivitas fisik, termasuk senam aerobik, dapat membantu mengurangi stres, kecemasan, dan gejala depresi.
3. Meningkatkan kualitas tidur:  
Senam aerobik low impact dapat membantu mengatasi masalah kualitas tidur pada lansia.
4. Meningkatkan keseimbangan:  
Senam aerobik low impact dapat membantu meningkatkan keseimbangan, terutama pada lansia.
5. Mencegah penyakit degeneratif:  
Senam aerobik dapat membantu mencegah berbagai penyakit degeneratif seperti penyakit jantung, diabetes, dan osteoporosis.
6. Menurunkan berat badan:  
Senam aerobik dapat membantu menurunkan berat badan, terutama jika dikombinasikan dengan diet yang sehat.
7. Meningkatkan stamina dan daya tahan:  
Senam aerobik membantu meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh Sabila,2020).

### 2.3.7 Kontra Indikasi Terapi Senam Aerobic Low Impact

Kontraindikasi Senam Aerobik Low Impact pada Kecemasan (Sabila, 2020).

#### 1. Kondisi Medis Fisik yang Tidak Mendukung

Penyakit jantung yang tidak stabil (misalnya: aritmia, gagal jantung akut, angina tidak stabil). Hipertensi berat yang tidak terkontrol. Gangguan muskuloskeletal (misalnya: osteoarthritis berat, cedera sendi, nyeri punggung kronis berat) yang membatasi mobilitas atau dapat memperburuk kondisi dengan aktivitas fisik. Gangguan vestibular atau keseimbangan yang dapat meningkatkan risiko jatuh saat melakukan senam.

#### 2. Kondisi Psikologis Spesifik

Kecemasan berat dengan gejala somatik dominan, seperti palpitasi berlebihan, sesak napas, atau rasa seperti akan pingsan—senam bisa memicu persepsi tubuh yang salah dan memperparah gejala. Gangguan panik dengan serangan panik aktif, di mana aktivitas fisik bisa meniru gejala panik (jantung berdebar, napas cepat) dan memicu serangan baru. Agorafobia atau kecemasan sosial berat, jika senam dilakukan dalam kelompok atau tempat umum, bisa menjadi sumber stres tambahan.

### 3. Kondisi Psikiatrik Lain yang Tidak Stabil

Psikosis akut, depresi berat dengan risiko bunuh diri tinggi, atau gangguan bipolar fase manik/depresif aktif—karena pasien bisa kurang mampu mengikuti instruksi atau menjaga keselamatan diri.

### 4. Ketidaksiapan Mental atau Kurangnya Dukungan

Individu yang belum siap secara psikologis untuk berpartisipasi dalam aktivitas kelompok atau aktivitas fisik rutin mungkin merasa tertekan oleh tuntutan senam tersebut.

- Pasien dengan depresi

- Pasien dengan lumpuh- Pasien dengan penurunan kognitif

## **2.3.7 Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

Komunikasi terapeutik mempunyai tujuan dan berfungsi sebagai terapi bagi klien, karena itu pelaksanaan komunikasi terapeutik harus direncanakan dan terstruktur dengan baik. Hubungan terapeutik terdiri dari empat tahapan, yaitu:

1. Fase Pra Interaksi Tahap ini adalah masa persiapan sebelum memulai hubungan dengan klien.
2. Fase Orientasi Fase ini dimulai pada saat bertemu pertama dengan klien. Saat pertama kali bertemu dengan klien fase ini digunakan perawat untuk berkenalan dengan klien dan merupakan langkah awal dalam membina hubungan saling percaya.

3. Fase Kerja Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap ini perawat bersama klien mengatasi masalah yang dihadapi oleh klien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah ditetapkan. Teknik komunikasi terapeutik yang sering digunakan perawat antara lain mengeksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan.
4. Fase Terminasi Fase ini merupakan fase yang sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terlena dan berada pada tingkat optimal. Bisa terjadi terminasi pada saat perawat mengakhiri tugas pada unit tertentu atau saat klien akan pulang.

## **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SP)**

### **MASALAH KECEMASAN Pertemuan-1**

#### **1. Proses Keperawatan**

##### **A. Kondisi Pasien**

Pertemuan pertama:

- 1) Pasien melamun/merenung,
- 2) Pasien tampak gelisah,
- 3) Pasien merasa curiga

##### **B. Diagnosa Keperawatan**

Ansietas b/d Ancaman Terhadap Konsep Diri.

### **C. Tujuan Khusus**

TUK 2: Klien mampu mengenal ansietasnya

TUK 4: Klien dapat menggunakan mekanisme koping yang adaptif

TUK 5: Klien dapat menggunakan teknik relaksasi

### **D. Tindakan Keperawatan**

1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya

Tindakan keperawatan :

- a) Sapa pasien dengan nama baik verbal dan non verbal
  - b) Perkenalkan diri dengan sopan
  - c) Tanya nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai
  - d) Jelaskan tujuan pertemuan
  - e) Jujur dan menepati janji
  - f) Tunjukkan sikap empati dan menerima keadaan
  - g) Berikan perhatian kepada pasien dan perhatikan kebutuhan dasar
- 2) Pasien dapat menyebutkan minimal satu penyebab ketidak kooperatifan dalam meminum obat

Tindakan keperawatan :

- a) Tanyakan pada pasien tentang
  - Orang yang tinggal serumah/teman pasien
  - Orang terdekat pasien dirumah/diruang perawatan
- b) Diskusikan dengan keluarga tentang:
  - Cara merawat pasien dirumah

- Tindakan tindak lanjut dan pengobatan yang teratur
- Lingkungan yang tepat untuk pasien
- Obat pasien (nama obat, dosis, frekuensi, efek samping, akibat penghentian obat)
- Kondisi pasien yang memerlukan konsultasi segera.

## **2. Strategi Komunikasi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

### A. Orientasi

#### 1. Salam Terapiutik

"Hallo,kak. Perkenalkan saya perawat A, saya perawat yang dinas pada pagi ini mulai pukul 07.00-14.00. Ini dengan kakak siapa? Lebih senang dipanggil siapa kak?"

#### 2. Evaluasi

"Apa yang kakak rasakan saat ini? "

"Bagaimana keadaan kakak saat ini?"

#### 3. Kontrak

a) Topik: Membahas tentang perih yang membuat klien cemas

b) Tempat: Ruang teras di depan rumah

c) Waktu: pukul 09.00-09.20 (20 menit)

### **B. Kerja**

"kakak mengatakan kalau merasa khawatir dengan penyakit kakak, sudah beberapa hari mengalami gelisah, dan sulit tidur. Coba kakak ceritakan lebih lanjut tentang perasaan kakak, kenapa kakak meraskan hal tersebut, apa yang kakak pikirkan? Oh, jadi kakak takut kalau penyakit kakak kambuh lagi? Bagaimana kalau kita coba megatasi kecemasan kakak dengan teknik relaksasi, dengan cara tarik napas dalam. Ini merupakan salah satu cara untuk mengurangi kecemasan yang kakak rasakan."

"Bagaimana kalau kita latihan sekarang. Saya akan lakukan, dan kakak memperhatikan

saya, lalu mengikuti yang sudah saya ajarkan. Kita mulai ya kak? Pertama-tama kakak tarik napas dalam perlahan-lahan, setelah itu tahan napas. Dalam hitungan ketiga setelah itu kakak hembuskan udara melalui mulut dengan meniup udara secara perlahan-lahan. Sekarang coba kakak praktikan."

### **C. Terminasi**

#### a) Evaluasi Subyektif

"Nah, sekarang bagaimana perasaan kakak? Apakah perasaan cemasnya sudah berkurang kak? Apakah sudah merasa lebih baik sekarang?"

#### b) Evaluasi Objektif

"Sekarang coba kakak lakukan lagi tahapan-tahapan melakukan relaksasi yang seperti saya contohkan tadi ya?"

#### c) Kontrak

"Baiklah. Bagaimana kalau kita lanjutkan percakapan kita besok pagi lagi pukul 9 pagi seperti saat ini di serambi depan?"

#### d) Rencana Tindakan Lanjutan

"Selanjutnya kakak harus mengingat-ingat apa yang sudah saya ajarkan ya?"

## **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SP)**

### **Pertemuan ke 2**

#### **1. Proses Keperawatan**

##### **A. Kondisi Pasien**

- 1) Pasien melamun/merenung,
- 2) Pasien tampak gelisah,

3) Pasien merasa curiga

### **B. Diagnosa Keperawatan**

Ansietas b/d Ancaman Terhadap Konsep Diri.

### **C. Tujuan Khusus**

TUK 2: Klien mampu mengenal ansietasnya

TUK 4: klien dapat menggunakan mekanisme koping yang adaptif

TUK 5: Klien dapat menggunakan teknik relaksasi

### **D. Tindakan Keperawatan**

1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya

Tindakan keperawatan:

- a) Sapa pasien dengan nama baik verbal dan non verbal
  - b) Perkenalkan diri dengan sopan
  - c) Tanya nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai
  - d) Jelaskan tujuan pertemuan
  - e) Jujur dan menepati janji
  - f) Tunjukkan sikap empati dan menerima keadaan
  - g) Berikan perhatian kepada pasien dan perhatikan kebutuhan dasar
- 2) Pasien dapat menyebutkan minimal satu penyebab ketidakkooperatifan dalam meminum obat

Tindakan keperawatan:

- a) Tanyakan pada pasien tentang

- Orang yang tinggal serumah/teman pasien Orang terdekat pasien dirumah/diruang perawatan

b) Diskusikan dengan keluarga tentang:

- Cara merawat pasien dirumah
- Tindakan tindak lanjut dan pengobatan yang teratur
- Lingkungan yang tepat untuk pasien
- Obat pasien (nama obat, dosis, frekuensi, efek samping, akibat penghentian obat)
- Kondisi pasien yang memerlukan konsultasi segera.

## **2. Strategi Komunikasi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

### **A. Orientasi**

#### 1. Salam Terapeutik

"Hallo,kak. Perkenalkan saya perawat A, saya perawat yang dinas pada pagi ini mulai pukul 07.00-14.00. Ini dengan kakak siapa? Lebih senang dipanggil siapa kak?"

#### 2. Evaluasi

"Apa yang kakak rasakan saat ini?"

"Bagaimana keadaan kakak saat ini?"

#### 3. Kontrak

a) Topik: Membahas tentang perih yang membuat klien cemas

b) Tempat: Di Serambi Depan

c) Waktu: pukul 09.00-09.20 (20 menit)



## **B. Kerja**

"Kakak kemarin mengatakan kalau merasa khawatir dengan penyakit kakak, sudah beberapa hari mengalami gelisah dan sulit tidur. Apakah kakak masih merasa gelisah saat ini? Baiklah kalau kakak masih merasa gelisah. Kemarin kita sudah mempelajari teknik napas dalam, apakah kakak sudah melakukannya lagi? Kalau begitu kali ini kita akan mempelajari teknik relaksasi otot. Ikuti instruksi saya ya kak.

- 1) Kepalkan dengan kencang sesaat telapak tangan anda seolah-olah hendak meninju untuk mengencangkan otot bisep dan lengan bawah, dan rileks.
- 2) Kerutkan semua otot-otot diwajah anda, mulai dari dahi, mata, hidung, mulut, sampai leher dan bahu sekitar 4 hitungan dan rasakan ketegangan itu lalu tarik napas panjang dan perlahan-lahan hepaskan napas anda dan sambil kedurkan mulai dari dahi, mata, hidung, mulut. Leher, hidung.
- 3) Luruskan kaki anda lalu tegangkan rasakan tegang mulai dari jari kaki, lutut, betis, paha, pantat, rasakan ketegangan beberapa saat, lalu kembali tarik napas dalam sambil menghempaskan napas secara perlahan.

## **C. Terminasi**

### 1) Evaluasi Subyektif

"Nah, sekarang bagaimana perasaan kakak? Apakah perasaan cemasnya sudah berkurang kak? Apakah sudah merasa lebih baik sekarang?"

### 2) Evaluasi Objektif

"Sekarang coba kakak lakukan lagi tahapan-tahapan melakukan relakasasi yang seperti saya contohkan tadi ya?"

### 3) Kontrak

"Baiklah. Bagaimana kalau kita lanjutkan percakapan kita besok pagi lagi pukul 9 pagi seperti saat ini di ruang depan?"

### 4) Rencana Tindak Lanjut

Anjurkan klien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya.

## **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SP)**

### **Pertemuan ke 3**

#### **1. Proses Keperawatan**

##### **A. Kondisi Pasien**

- 1) Pasien melamun/merenung,
- 2) Pasien tampak gelisah,
- 3) Pasien merasa curiga

##### **B. Diagnosa Keperawatan**

Ansietas b/d Ancaman Terhadap Konsep Diri.

##### **C. Tujuan Khusus**

TUK 2: Klien mampu mengenal ansietasnya

TUK 4: klien dapat menggunakan mekanisme koping yang adaptif

TUK 5: Klien dapat menggunakan teknik relaksasi

##### **D. Tindakan Keperawatan**

1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya

Tindakan keperawatan:

- a) Sapa pasien dengan nama baik verbal dan non verbal
  - b) Perkenalkan diri dengan sopan
  - c) Tanya nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai
  - d) Jelaskan tujuan pertemuan
  - e) Jujur dan menepati janji
  - f) Tunjukkan sikap empati dan menerima keadaan
  - g) Berikan perhatian kepada pasien dan perhatikan kebutuhan dasar
- 2) Pasien dapat menyebutkan minimal satu penyebab ketidakkooperatifan dalam meminum obat

Tindakan keperawatan:

- a) Tanyakan pada pasien tentang
  - Orang yang tinggal serumah/teman pasien
  - Orang terdekat pasien dirumah/diruang perawatan
- b) Diskusikan dengan keluarga tentang:
  - Cara merawat pasien dirumah
  - Tindakan tindak lanjut dan pengobatan yang teratur
  - Lingkungan yang tepat untuk pasien
  - Obat pasien (nama obat, dosis, frekuensi, efek samping, akibat penghentian obat)
  - Kondisi pasien yang memerlukan konsultasi segera.

## **2. Strategi Komunikasi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

## **A. Orientasi**

### 1. Salam Terapiutik

"Hallo,kak. Perkenalkan saya perawat W, saya perawat yang dinas pada pagi ini mulai pukul 07.00-14.00. Ini dengan kakak siapa? Lebih senang dipanggil siapa kak?"

### 2. Evaluasi

"Apa yang kakak rasakan saat ini?"

"Bagaimana keadaan kakak saat ini?"

### 3. Kontrak

a. Topik: Membahas tentang perihal yang membuat klien cemas

b. Tempat: Di Halaman Rumah

c. Waktu: pukul 09.00-09.20 (20 menit)

## **B. Kerja**

"Kakak kemarin mengatakan kalau merasa khawatir dengan penyakit kakak, sudah beberapa hari mengalami gelisah, dan sulit tidur. Apakah kakak masih merasa gelisah hari ini? Baiklah kalau masih merasa gelisah. Kemarin kita sudah mempelajari teknik napas dalam dan relaksasi otot, apakah kakak sudah melakukannya lagi? Kalo sudah kita akan belajar teknik selanjutnya lagi yaitu senam apakah bersedia? Kalo begitu kita pemasan terlebih dahulu dilanjutkan senam.

## **C. Terminasi**

### 1) Evaluasi Subyektif

"Nah, sekarang bagaimana perasaan kakak? Apakah perasaan cemasnya sudah berkurang kak? Apakah sudah merasa lebih baik sekarang?"

### 2) Evaluasi Objektif

"Sekarang coba kakak lakukan lagi tahapan-tahapan melakukan relaksasi yang seperti saya contohkan tadi ya?"

### 3) Kontrak

"Baiklah. Bagaimana kalau kita lanjutkan percakapan kita besok pagi lagi pukul 9 pagi seperti saat ini di halaman rumah?"

### 4) Rencana Tindak Lanjut

Anjurkan klien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya.

## 2.3.8 Prosedur Senam Aerobic Low Impact

<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR SENAM AEROBIC LOW IMPACT</b>	
<b>Topik</b>	Penerapan terapi senam aerobic low impact pada pasien pasien kecemasan
<b>Pengertian</b>	Senam aerobic low impact adalah olahraga yang melibatkan gerakan tubuh dan untuk membantu mengurangi stres dan mendorong relaksasi
<b>Tujuan</b>	Mengarahkan secara lembut seseorang ke dalam keadaan dimana pikiran mereka tenang dan tetap rileks.
<b>Manfaat</b>	Mengurangi stress menjaga kesehatan otot, meningkatkan suasana hati.
<b>Prosedur</b>	<p>Tahap pre interaksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeksplorasi perasaan, harapan, dan kecemasan diri sendiri.</li> <li>2. Menganalisis kekuatan dan kelemahan diri perawat sendiri.</li> <li>3. Mengumpulkan data tentang pasien</li> <li>4. Merencanakan pertemuan pertama dengan klien.</li> </ol>
	<p>Tahap Persiapan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, tanyakan nama pasien dan perkenalkan diri.</li> <li>2. Menjelaskan prosedur dan tujuan kepada klien atau keluarga klien.</li> <li>3. Memberi kesempatan klien untuk bertanya</li> <li>4. Lalu Persiapan diri</li> <li>5. Menyiapkan tempat dan alat (Speaker, music dj senam aerobic)</li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Memakai pakaian olahraga, jika perlu</li> <li>7. Menyiapkan kondisi mental dan kemampuan dalam menguasai situasi</li> <li>8. Dapat menguasai tindakan yang diberikan kepada klien</li> <li>9. Mengidentifikasi apa yang diketahui tentang masalah yang terjadi</li> <li>10. Menjaga lingkungan agar tetap aman dan nyaman</li> <li>11. Menjaga privasi klien</li> </ol>
	<p>Tahap Pelaksanaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menentukan derajat kecemasan klien dengan menggunakan <i>HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)</i> dengan kategori:             <ul style="list-style-type: none"> <li>0 = tidak ada gejala sama sekali</li> <li>2 = satu gejala yang ada</li> <li>3 = berat/lebih dari separuh gejala yang ada</li> <li>4 = sangat berat semua gejala ada</li> </ul> </li> <li>- Setelah itu mulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta kepada klien untuk fokus. Klien didorong untuk relaks, membuat damai dan tenang.</li> </ul> <p>memberikan pelatihan senam selama durasi 15-20 menit yg terdiri dari pemanasan 5 menit latihan inti selama 15 menit dan pendinginan selama 5 menit.</p> <p>Ada 5 gerakan senam dengan hitungan 1x8 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tahap pemanasan             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jalan ditempat</li> <li>2) Step Close Step touch (Gerakan langkah kaki ke samping secara bergantian ke kanan dan kekiri)</li> </ol> </li> </ol> <div data-bbox="589 1493 1260 1852" data-label="Image"> </div>



3) V-Step (Gerakan melangkah kaki membentuk huruf "V" Segitiga, dengan lutut sedikit ditebuk)



4) Zigzag (Gerakan yang dilakukan dengan membentuk pola seperti huruf "Z" kedepan kebelakang)

	 <p>5) Griviphine (Gerakan langkah menyamping yang dilakukan dengan menyalangkan satu kaki dibelakang kaki yang lain seperti melangkah kaki kanan ke arah kanan, melangkah kaki kiri secara menyalang ke belakang, mejejakan ibu jari kaki kiri disebelah kaki kanan).</p> 
<p><b>Terminasi</b></p>	<p>Tahap Terminasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan perasaan klien terhadap senam aerobic low impact</li> <li>2. Evaluasi kecemasan klien menggunakan <i>HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)</i> dengan kategori: <ul style="list-style-type: none"> <li>0 = tidak ada gejala sama sekali</li> <li>2 = satu gejala yang ada</li> <li>3 = berat/lebih dari separuh gejala yang ada</li> <li>4 = sangat berat semua gejala ada</li> </ul> </li> </ol> <p>Penentuan derajat kecemasan dengan menjumlahkan skor 1-14 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skor kurang dari 14 = tidak ada kecemasan sedang skor 28-41</li> <li>- Skor krcemasan berat 28-41</li> </ul>



	- Skor Kecemasan 45-52 = kecemasan berat sekali
<b>Dokumentasi</b>	Berupa kemampuan pasien yang dimiliki pada catatan proses keperawatan tiap pasien. Contoh pasien mengikuti terapi senam aerobik low impact. Pasien mampu mengalihkan kecemasannya, serta jumlah skor kecemasan yang setelah dilakukan terapi

(Sumber : Ayandini, 2020)

## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Dengan Kecemasan

### 2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah sebagai dasar utama dari proses keperawatan, tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Saputri dan Mar'atus, 2021).

#### a. Identitas Pasien

Melakukan perkenalan dan kontrak dengan pasien nama mahasiswa, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat pasien, usia pasien agama, pendidikan, alamat, dan No RM, tanggal pengkajian

#### b. Identitas Pasien

Cantumkan nama, umur, jenis kelamin, agama, Alamat, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medis, diagnose medis, dan status perkawinan.

#### c. Keluhan Utama

Biasanya pasien berbicara sendiri, tersenyum sendiri, menggerakkan bibir diam-diam, menjauhi orang lain, tidak bisa membedakan mana yang asli mana yang palsu, serta memiliki ekspresi wajah yang tegang, kesal, dan marah.

#### d. Faktor Predisposisi

Tanyakan pada pasien atau keluarga, apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lampau, karena pada umumnya pasien pernah mengalami gangguan

persepsi sensorik atau halusinasi pendengaran padahal sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit?

e. Faktor Presipitasi

Kaji apakah klien mengalami gangguan jiwa sebelumnya, berapa lama klien dirawat, apakah pengobatannya berhasil atau tidak serta dikaji klien waktu mengalami gangguan jiwa

e. Pemeriksaan Fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tekanan darah, suhu, nadi, respirasi, berat badan, tinggi badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan.

g. Aspek Psikologis

1. Genogram

Membuat genogram minimal tiga keturunan yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi pengambilan Keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

2. Konsep Diri

a. Gambar diri

Tanyakan persepsi klien terhadap bagian tubuh klien yang disukai dan tidak disukai.

b. Identitas diri

Merupakan kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan dari semua aspek konsep diri sendiri sebagai satu kesatuan yang utuh.

c. Peran

Peran klien dalam keluarga atau kelompok Masyarakat, kemampuan dalam melaksanakan fungsi atau perannya dan bagaimana perasaan akibat perubahan tersebut.

d. Ideal diri

Yaitu harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika tidak sesuai dengan kenyataan.

e. Harga diri

Merupakan penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri frekuensi pencapaian tujuan akan menghasilkan harga diri yang rendah atau harga diri yang tinggi. Jika individu sering gagal maka cenderung harga diri rendah. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain.

3. Hubungan Sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan klien seperti : tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan, serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok atau masyarakat.

4. Spritual

Nilai dan keyakinan, klien dengan sakit jiwa dipandang tidak sesuai dengan agama dan budaya, kegiatan ibadah klien biasanya menjalankan ibadah di rumah sebelumnya, saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan.

5. Status mental

a. Penampilan

Biasanya penampilan dari yang tidak rapi serasi atau cocok

b. Pembicaraan

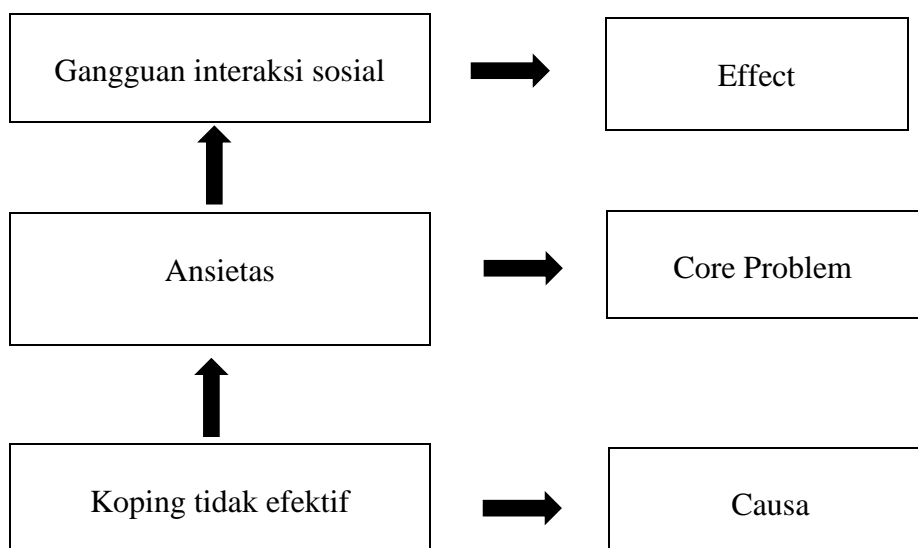
Tidak terorganisir dan bentuk yang maladaptif seperti kehilangan, tidak logis, berbelit-belit.

c. Aktifitas motorik

Meningkat atau menurun, impulsive dan beberapa yang abnormal

- d. Alam perasaan  
Berupa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi misalnya sedih dan putus asa disertai sedih dan putus asa disertai apatis.
  - e. Afek  
Afek sering tumpul, datar, dan tidak sesuai
  - f. Interaksi selama wawancara  
Biasanya respon verbal dan nonverbal lambat
  - g. Persepsi  
Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realita, ketidakmampuan menginterpretasikan stimulus yang ada sesuai dengan informasi.
  - h. Proses Pikir  
Proses informasi yang diterima tidak berfungsi dengan baik
  - i. Tingkat Kesadaran  
Orientasi tempat, waktu dan orang. Memori : memori jangka Panjang :  
Mengingat peristiwa setaun yang berlalu
  - j. Tingkat Konsentrasi dan berhitung  
Pasien mengalami gangguan konsentrasi, dan tidak mampu berhitung
  - k. Kemampuan  
Gangguan kemampuan penilaian ringan dimana pasien dapat mengambil Keputusan bersama
1. Mekanisme Koping  
Kemalasan dalam beraktivitas, sulit mempercayai orang, dan ketertarikan pada rangsangan internal menjelaskan perubahan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
  2. Sumber Koping  
Kekurangan ekonomi dalam keluarga dan adanya masalah dalam keluarga.

### 2.4.2 Pohon Masalah



### 2.4.3 Analisa Data

Merupakan proses perumusan masalah yang didasarkan data data yang di dapat dari hasil pengkajian berupa data objektif dan data subjektif.,

Data	Masalah Keperawatan
Data Subjektif :	Ansietas (D.0080)
-	
Data Objektif :	

- Klien tampak cemas, gelisah dan lebih sering menyendiri	
Data Subjektif : - Data Objektif : - Klien tampak kurang responsif pada orang lain - Klien tidak berminat melakukan kontak emosi dan fisik	Gangguan interaksi sosial (D.0118)
Data Subjektif : - Data Objektif : - Klien tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan	Koping tidak efektif (D.0096)

#### 2.4.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berupa masalah aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosis keperawatan ini adalah untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa yang dapat muncul pada pasien dengan gangguan kecemasan :

a. Ansietas (D.0080) b.d krisis situasional.

b . Harga diri Rendah (D.09069) b.d Ketidakmampuan mengatasi stress akibat kehilangan peran.

C. Koping tidak efektif (D.0096) b.d Perasaan tidak aman dan ketidakmampuan membina hubungan interpersonal.

### 2.4.5 Perencanaan Keperawatan

Menurut Rochmah (2018), perencanaan keperawatan merupakan bentuk rangkaian tindakan keperawatan yang memiliki tujuan khusus yang harus dicapai. Setelah melakukan tindakan keperawatan, seorang perawat bisa memberi alasan ilmiah yang terbaru. Alasan ilmiah adalah pengetahuan yang berlandaskan kepada literatur, pada hasil dari penelitian maupun pengalaman dari praktik. Rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan harus sesuai dengan standar asuhan keperawatan jiwa di Indonesia.

### 2.4.6 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnosis keperawatan yang muncul. Rencana tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran meliputi tujuan yang dicapai dan rencana tindakan, dengan mengacu pada standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018).

**Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Kecemasan**

No	Diagnosa	Tujuan (SLKI.2019)	Intervensi Keperawatan
1.	Anxietas (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 pertemuan. diharapkan tingkat anxietas menurun dengan kriteria hasil perbalisasi kebingungan	<p>Reduksi Anxietas</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Identifikasi saat tingkat anxietas berubah (mis kondisi,waktu,stresor)</p> <p>2. Identifikasi kemampuan senam aerobik low impact</p> <p>Mengambil keputusan</p> <p>3. Monitor tanda-tanda anxietas (verbal dan nonverbal)</p>

		<p>menurun perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, perilaku konsentrasi membaik</p>	<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien Untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>8. Ajarkan senam aerobik low impact</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> </ol>
--	--	--	--



			<p>3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu</p> <p>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>8. Latih Teknik relaksasi senam aerobic low impact</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi</p> <p>Pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>
2.	Gangguan interaksi sosial	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 pertemuan diharapkan tingkat gangguan interaksi sosial menurun dengan kriteria hasil perbalisasi kebingungan	<p>Observasi:</p> <p>1. Identifikasi penyebab kurangnya keterampilan sosial</p> <p>2. Identifikasi fokus keterampilan sosial</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Muktipasi untuk berlatih keterampilan sosial</p>

		menurun perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, perilaku konsentrasi membaik	<p>2. Beri umpan positif (mis.pujian atau penghargaan)</p> <p>3. Libatkan keluarga selama latihan keterampilan sosial, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan melatih keterampilan sosial</p> <p>2. Jelaskan respon dan konsekuensi keterampilan sosial anjurkan mengungkapkan perasaan akibat masalah yang dialami</p> <p>Edukasi keluarga untuk dukungan sosial</p> <p>3. latih keterampilan sosial secara bertahap.</p>
3.	Koping tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 pertemuan diharapkan tingkat koping tidak efektif menurun dengan kriteria hasil perbalisasi kebingungan menurun perilaku gelisah menurun,	<p><b>Terapeutik</b></p> <p>2.Fasilitasi</p> <p>1. Verbalisasi Kemampuan mengatasi Masalah meningkat</p> <p>2.Kemampuan memenuhi Peran sesuai usia meningkat</p> <p>3. Perilaku koping Adaptif meningkat mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan</p> <p>1. Diskusikan kelebihan</p>

		<p>perilaku tegang menurun, perilaku konsentrasi membaik</p>	<p>dan kekurangan dari setiap solusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi melihat situasi secara realistic</li> <li>-Motivasi</li> <li>mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan</li> <li>- Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif</li> <li>- Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi</li> <li>- Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, jika perlu</li> <li>- Fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga Kesehatan lainnya</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan alternatif solusi secara jelas</li> <li>-Berikan informasi yang diminta pasien</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dengan tenaga Kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan</li> </ul> <p>Dukungan Penampilan Peran</p> <p>Observasi</p>
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi berbagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan</li> <li>- Identifikasi peran yang ada dalam keluarga</li> <li>- Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan</li> <li>-Fasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku</li> <li>- Fasilitasi diskusi perubahan peran anak terhadap bayi baru lahir, jika perlu</li> <li>- Fasilitasi diskusi tentang peran orang tua, jika perlu</li> <li>- Fasilitasi diskusi tentang adaptasi peran saat anak meninggalkan rumah, jika perlu</li> <li>- Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dan peran timbal balik</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p>
--	--	--

		<p>-Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk pengembangan peran</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan</li> <li>- Diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan orang tua</li> <li>- Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran</li> <li>- Ajarkan perilaku baru yang dibutuhkan oleh pasien/orang tua untuk memenuhi peran</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujuk dalam kelompok untuk mempelajari peran baru Promosi Koping</li> </ul> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan</li> </ul> <p>-Identifikasi kemampuan yang dimiliki</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan</li> <li><input type="checkbox"/> Identifikasi pemahaman proses penyakit</li> </ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan</li><li><input type="checkbox"/> Identifikasi metode penyelesaian masalah</li><li><input type="checkbox"/> Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial</li></ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Diskusikan perubahan peran yang dialami</li><li><input type="checkbox"/> Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li><li><input type="checkbox"/> Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</li><li><input type="checkbox"/> Diskusikan untuk Mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri</li><li><input type="checkbox"/> Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu</li><li><input type="checkbox"/> Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri</li><li><input type="checkbox"/> Fasilitasi dalam Memperoleh informasi yang dibutuhkan</li><li><input type="checkbox"/> Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan</li></ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis</li> <li><input type="checkbox"/> Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan</li> <li><input type="checkbox"/> Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan</li> <li><input type="checkbox"/> Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial</li> <li><input type="checkbox"/> Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia</li> <li><input type="checkbox"/> Damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)</li> <li><input type="checkbox"/> Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama</li> <li><input type="checkbox"/> Dukung penggunaan Mekanisme pertahanan yang tepat</li> <li><input type="checkbox"/> Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama</li> <li><input type="checkbox"/> Anjurkan penggunaan</li> </ul>
--	--	---

			sumber spiritual, jika perlu <input type="checkbox"/> Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi <input type="checkbox"/> Anjurkan keluarga terlibat <input type="checkbox"/> Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik <input type="checkbox"/> Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif <input type="checkbox"/> Latih penggunaan Teknik relaksasi <input type="checkbox"/> Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan <input type="checkbox"/> Latih mengembangkan penilaian obyektif
--	--	--	--

#### 2.4.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang direncanakan, perawat harus memeriksa secara singkat apakah rencana tindakan tersebut masih sesuai dengan pada saat ini dan dibutuhkan oleh klien. Perawat juga melakukan penilaian diri untuk memastikan bahwa klien memiliki keterampilan interpersonal, intelektual, dan teknis yang diperlukan untuk melakukan tindakan tersebut. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi pasien. Jika tidak perawatan dapat dilakukan Saat melakukan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak dengan klien, menjelaskan apa yang akan dilakukan dan bagaimana klien diminta untuk kerja sama dalam implementasi. Tindakan keperawatan yang dilakukan asuhan keperawatan



dengan terapi senam aerobic low impact dapat efektif bila dilakukan selama 10 menit setiap satu kali pertemuan, implementasi dilakukan selama tiga Kali pertemuan.

### **2.47 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai dampak tindakan keperawatan terhadap klien. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu evaluasi proses atau formatif, yang dilakukan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan (Halu dan Pardede, 2022).

Evaluasi dapat menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

**S:** Tindakan subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi respon pasien dalam penerapan latihan senam aerobic low impact dalam mengurangi kecemasan.

**O:** Reaksi objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan. Dapat diukur dengan mengamati perilaku pasien pada saat implementasi, menanyakan kembali kepada klien tentang apa yang dilakukan dan memberikan umpama baik sesuai dengan hasil pengamatan mengenai tingkat kecemasan.

**A:** Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah tetap ada atau masalah yang sudah ada dan data kontraindikasi.

**P:** Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan analisis respons klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan perawat kepada klien dengan gangguan kecemasan

