

MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN SPESIALIS PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSIS ANSIETAS DAN GANGGUAN CITRA TUBUH DI UNIT UMUM

MariaTurnip¹, Achir Yani S. Hamid², Ice Yulia Wardani³

1. Mahasiswa Program Studi Ners Spesialis, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus FIK UI, Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan, Depok, Jawa Barat-16424, email: okiturnip@gmail.com
2. Staf Departemen Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Staf Departemen Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Abstrak

Penyakit fisik menimbulkan masalah psikososial ansietas dan gangguan citra tubuh. Masalah psikososial ini menjadi faktor *comorbid* yang menambah berat kondisi fisik klien. Pelaksanaan tindakan ners spesialis didasarkan pada konsep perilaku dan adaptasi sebagai mahluk yang holistik yang meliputi: *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT), *Thought Stopping* (TS), *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) dengan mempertimbangkan toleransi fisik klien. Tindakan ners spesialis *Family PsychoEducation* (FPE) pada keluarga dan *Supportive Therapy* (ST) pada kelompok pelaku rawat (*care giver*) diberikan untuk memperkuat dukungan dari luar klien demi mempertahankan kelangsungan proses perawatan klien. Hasil: Pelaksanaan tindakan ners spesialis menunjukkan penurunan tanda dan gejala pada klien di semua aspek respons terhadap stresor. Penurunan yang paling besar terjadi pada kombinasi terapi CBT+PMR+FPE yang dilakukan pada klien dengan diagnosis ansietas pada aspek afektif sebesar 79.2% dan klien dengan diagnosis gangguan citra tubuh pada aspek perilaku sebesar 86.3%. Kesimpulan: Tindakan ners spesialis *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT), *Thought Stopping* (TS), *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) dengan mempertimbangkan toleransi fisik klien dan *Family PsychoEducation* (FPE) pada keluarga serta *Supportive Therapy* (ST) pada kelompok pelaku rawat (*care giver*) dapat membantu penurunan respons klien terhadap stressor.

Kata kunci: penyakit fisik, holistik, perilaku, adaptasi, *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT), *Thought Stopping* (TS), *Progressive Muscle Relaxation* (PMR)

Abstract

Physical illness could contribute to psychosocial problems such as anxiety and disturbed body image. This psychosocial problems became a comorbid factor which could make the clients health problems more serious. The implementation Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Thought Stopping (TS), Progressive Muscle Relaxation (PMR) holistically applied by taking into consideration the physical tolerance of clients. The provision of Family PsychoEducation (FPE) for patient's family and Supportive Theraphy (ST) for patient's care giver by mental health-psychiatric nurse specialist could empower client continuity of care sustainability. Result: The combination CBT+PMR+FPE nurse specialist implementation have decreased the sign and symptoms up to 79.2% of effective aspect for clients with anxiety, and 86.3% of behavioral aspect for client who has disturbed body image. Conclusion: It was conclude that the implementation of CBT, TS, PMR by taking into consideration the client's physical tolerance and FPE for client's family and ST for client's care giver can decrease patient's responses to stressors.

Key word: *ilness, holistic, behavior, adaptation, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Thought Stopping (TS), Progressive Muscle Relaxation (PMR)*

PENDAHULUAN

Tubuh manusia merupakan sistem dinamis yang menempatkannya pada rentang sehat-sakit. Respons adaptif maupun maladaptif yang muncul meliputi seluruh aspek biopsikososiokultural yang holistik (Stuart, 2013). Terganggunya salah satu dari sistem tersebut akan diikuti dengan adanya perubahan pada sistem tubuh yang lain. Perubahan dapat berupa munculnya coping individu yang sesuai dengan kapasitas kemampuan yang dimilikinya. Penyakit fisik sering dipahami oleh klien sebagai ancaman yang dapat menyebabkan perubahan yang memicu munculnya ansietas dan gangguan citra tubuh. Masalah psikososial yang tidak diatasi dengan baik akan menjadi faktor *comorbid* yang dapat memperberat prognosis penyakit fisik.

Respons ansietas dan gangguan citra tubuh dapat pula merupakan hasil adaptasi klien dengan perubahan fisik dan lingkungannya. Adaptasi klien dan *care giver* dapat berupa: penyesuaian diri, perubahan gaya hidup dan aktivitas yang masih dimungkinkan untuk dilakukan lagi setelah terjadi gangguan kondisi kesehatannya (Llyod & Guthrie, 2007). Dengan diterapkannya konsep *consultation liaison mental health nursing* (CLMHN) pada klien dengan masalah psikososial, keseimbangan homeostasis dapat terjadi.

METODE

Pendekatan yang digunakan dalam penulisan ini bersifat studi kasus pada 37 klien dengan penyakit fisik yang mempunyai masalah psikososial ansietas dan gangguan citra tubuh di ruang rawat kelas 1. Masalah psikososial tersebut diintervensi dengan tindakan ners dan ners spesialis. Tindakan ners spesialis diberikan pada individu/klien, keluarga klien/*care giver* dan kelompok *care giver* klien, yang terdiri dari: *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT), *Thought Stopping* (TS), *Progressive Muscle Relaxation* (PMR), *Family Psychoeducation* (FPE) dan *Support therapy* (ST). Setiap pelaksanaan sesi

tindakan ners spesialis mengikuti empat tahapan komunikasi terapeutik yang meliputi: pra interaksi, orientasi, interaksi, dan terminasi (Townsend, 2011).

Kegiatan pengukuran tanda gejala atas respons terhadap stresor pada masalah psikososial ansietas dan gangguan citra tubuh berupa *pre* dan *post* di tiap sesi tindakan ners spesialis. Instrumen pengukuran menggunakan pendekatan pengkajian Stress Adaptasi Stuart yang sudah dimodifikasi. Pelaksanaan tindakan ners spesialis dikelompokkan dalam tiga kelompok. Pengelompokan didasarkan pada kondisi fisik klien dan kemampuan toleransi klien. Kelompok tindakan ners spesialis dan jumlah klien pada masing-masing kelompok yaitu: kelompok CBT+PMR+TS+FPE diikuti 14 klien, kelompok CBT+PMR+FPE diikuti 12 klien, dan kelompok CBT+ TS+FPE+ST diikuti 11 klien.

HASIL

Karakteristik klien ansietas dan gangguan citra tubuh di ruang rawat kelas 1 dijabarkan sebagai berikut:

Tabel 1. Karakteristik Klien (n=37)

No	Karakteristik	Jumlah	%
1	Usia		
	a. 12-18 tahun	1	2,7
	b. 26-60 tahun	28	75,6
	c. > 60 tahun	9	24,3
2	Jenis kelamin		
	a. Laki-laki	22	59,4
	b. Perempuan	15	40,6
3	Pendidikan		
	a. SD	1	2,7
	b. SMP	6	16,3
	c. SMA	19	51,3
	d. Perguruan Tinggi	11	29,7
4	Pekerjaan		
	a. Bekerja	19	51,4
	b. Tidak bekerja/pensiunan	18	48,6
5	Agama		
	a. Islam	34	91,9
	b. Kristen	3	8,1
6	Suku		
	a. Sunda	20	56,8
	b. Jawa	10	27
	c. Batak	4	10,8
	d. Lainnya	3	8,1

7	Status perkawinan		
	a. Menikah	27	72,9
	b. Janda/duda	8	21,7
	c. Belum menikah	2	5,4
8	Lama menderita penyakit	17	45,9
	a. 1-5 tahun	14	37,8
	b. < 1 tahun	6	16,2
	c. > 5 tahun		
9	Lama klien dirawat		
	a. 2-5 hari	24	64,8
	b. > 5 hari	13	35,1
	c. 1 hari	0	0
10	Riwayat dirawat di rumah sakit	24	64,8
	a. > 2 kali	8	21,6
	b. 2 kali	5	13,5
	c. 1 kali		
11	Cara bayar		
	a. BPJS	35	94,5
	b. Umum	2	5,4
12	Care giver		
	a. Suami/istri	26	70,2
	b. Anak	12	32,4
	c. Saudara	4	10,4
	d. Orang tua	2	5,4
	e. Lainnya	2	5,4

1. Data demografi

Klien yang paling banyak dirawat rata-rata berusia 26-60 tahun yang dalam tahapan perkembangan kepribadian Erikson termasuk kategori dewasa menengah. Tugas perkembangan pada rentang usia ini adalah pencapaian tujuan hidup, baik berupa pencapaian pribadi maupun jenjang karir yang dapat pula dinikmati orang lain di sekitarnya (Townsend, 2011). Indikator tercapainya tugas perkembangan ini adalah adanya ungkapan bahwa seorang individu dapat menikmati kondisinya sekarang yang diikuti dengan upaya-upaya yang dihasilkan dari munculnya sebuah kesadaran untuk tanggung jawab menciptakan kehidupan bersama yang lebih baik. Perubahan konsep diri klien dapat terjadi bila kegagalan pencapaian pribadinya ini diakibatkan oleh adanya perubahan bentuk, struktur dan fungsi tubuh karena proses penyakit.

Karakteristik klien yang paling banyak dirawat berdasarkan jenis kelamin adalah jenis kelamin laki-laki.

Bila dihubungkan dengan penjelasan sebelumnya terkait karakteristik usia, maka klien yang dirawat paling banyak adalah laki-laki berusia dewasa menengah. Lapisan sosial yang mengikuti garis patriakal ini, memposisikan laki-laki sebagai kepala keluarga (Muhsin et al, 2011). Posisi sentral ini mengandaikan pula sejumlah tanggung jawab yang melekat padanya, terlebih bila dinilai secara bersamaan dengan tugas perkembangan di usia menengah.

Usia juga terkait dengan berbagai aktivitas yang terkait erat dengan gaya hidup yang mempengaruhi derajat kesehatan seseorang. Gaya hidup yang dimaksudkan dapat berupa kegiatan merokok, konsumsi zat jenis narkotika, atau minuman beralkohol. Sebuah penelitian dengan metode *panel survey* di Inggris yang dilakukan pada 5122 orang, dengan jenis kelamin laki-laki sekitar 51%, saat berusia 11-15 tahun selama tahun 1994-2008 di Inggris terkait dengan upaya pengenalan (inisiasi) kegiatan merokok menunjukkan bahwa tingkat sosial ekonomi yang rendah berbanding lurus dengan tingginya kegiatan inisiasi merokok dan peningkatan jumlah kegiatan merokok (Green et al, 2016).

Lapisan sosial yang mengikuti garis patriakal ini, memposisikan jenis kelamin laki-laki sebagai kepala keluarga (Muhsin et al, 2011). Posisi sentral ini mengandaikan pula sejumlah tanggung jawab yang melekat padanya, terlebih bila dinilai secara bersamaan dengan tugas perkembangan di usia menengah. Konstruksi pengenalan cara berespons terhadap pengalaman menderita penyakit berdasarkan gender pun sudah dimulai sejak masa kanak-kanak dan pada akhirnya mempengaruhi pengambilan keputusan dalam mencari layanan kesehatan (MacLean, Hunt, Sweeting, 2013).

Klien yang dirawat mayoritas sudah menikah. Perubahan bentuk, struktur dan fungsi tubuh karena proses penyakit ini akan

mempengaruhi pencapaian peran tugas perkembangan klien terhadap pasangannya. Sebuah survei dengan metode *cross-sectional* yang dilakukan organisasi kesehatan dunia (WHO) *World Mental Health* (WHM) di 15 negara dengan menggunakan *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI 3.0) menyebutkan bahwa status perkawinan menikah, berkaitan dengan penurunan risiko ansietas dan depresi pada jenis kelamin laki-laki (Scott et al, 2011). Peranan yang terganggu ini dapat dilihat dari aspek yang melekat pada status perkawinan yaitu: prokreasi dan menjaga kelangsungan keturunan.

Klien yang dirawat mayoritas beragama Islam. Aspek ini merupakan faktor positif karena dapat mengarahkan orientasi pemikiran klien pada nilai-nilai moral (benar-salah) yang ada dalam keyakinan tersebut dalam menghadapi adanya perubahan bentuk, struktur dan fungsi tubuh karena proses penyakit ini. Hasil sebuah penelitian terkait pandangan hidup yang banyak dipengaruhi sistem kepercayaan di Budaya Sunda menjelaskan bahwa masyarakat di Tatar Sunda termasuk masyarakat dengan tingkat religiusitas yang tinggi (Muhsin et al, 2011). Perubahan cara dalam memandang penyakit juga dimungkinkan dari nilai-nilai yang ada di dalam keyakinan tersebut, misalnya: *“Tidaklah seorang muslim ditimpa kelelahan, penyakit, dan sejenisnya, melainkan Allah akan menggururkan bersamanya dosa-dosanya seperti pohon yang menggurkan daun-daunnya”* berdasarkan Hadits Riwayat Bukhari no. 5660 dan Hadits Riwayat Muslim no. 2571.

Kajian budaya merupakan endapan nilai-nilai yang berlangsung secara turun temurun. Nilai-nilai yang terdapat dalam budaya akan mempengaruhi pembentukan konsep diri seseorang. Masyarakat Tatar Sunda meyakini bahwa pengalaman menderita suatu penyakit adalah termasuk salah satu kondisi yang harus dihindari. Kondisi ini terdapat dalam

aspek ‘akibat buruk’ yang terdiri dari: mendapat penyakit, tak berdaya, serta rusak badan dan pikiran (Muhsin et al, 2011).

Permasalahan terkait ragam pemahaman sosial masyarakat terhadap penyakit dan dampaknya dapat memunculkan stigma (salah satunya adalah *labelling*). Asumsi yang dibentuk oleh masyarakat ini dalam beragam metafora pada gilirannya menjadi konflik tersendiri bagi klien (Sontag, 1991). ‘Perilaku masyarakat’ di lingkungan sosial klien terkait *reward and punishment* juga memberi dampak pada terjadinya respons terhadap stresor yang ditunjukkan oleh klien (Jena, 2008).

Karakteristik pendidikan klien yang terbanyak adalah sekolah menengah atas. Pendidikan terkait erat dengan kemampuan klien dalam memahami sebuah fenomena. Organisasi kesehatan dunia (WHO) menyebutkan bahwa potensial meningkatnya kejadian gangguan kesehatan mental sebagai akibat dari perubahan emosi perilaku yang terdapat pada golongan masyarakat dengan tingkat pendidikan yang rendah atau pada yang tidak mempunyai pekerjaan (WHO, 2005).

Jumlah klien yang mempunyai pekerjaan dan yang tidak mempunyai pekerjaan hampir sama besar. Kepemilikan akan sebuah status pekerjaan, berdampak pada status ekonomi, sosial, dan pencapaian pribadi. Frekwensi menderita penyakit dapat mempengaruhi pencapaian tugas perkembangan dan menurunnya produktivitas. Sebuah analisa studi tentang karyawan yang tidak hadir (*absent*) di tempat kerja dengan menggunakan dua sumber pengumpul data NHS *Scotland information Service division* (ISD) dan layanan pengumpulan data langsung EASY (*Early Acces to Support for You*) yang dilakukan di Skotlandia pada 154.217 orang selama Januari 2007-Agustus 2012 menunjukkan bahwa rata-rata tertinggi 87.9% adalah berjenis kelamin perempuan, 32.3% pada

rentang usia 40-49 tahun, dan 26.4% dengan jenis penyakit di saluran pencernaan (Brown *et al*, 2015).

2. Faktor predisposisi ansietas dan gangguan citra tubuh

Faktor predisposisi pada aspek biologis, psikologis, dan sosial budaya yang dialami oleh klien dengan ansietas dan gangguan citra tubuh yang menderita penyakit fisik dijelaskan dalam tabel berikut:

Tabel 2. Faktor Predisposisi Ansietas Dan Gangguan Citra Tubuh Di Ruang Bisma 16 Februari-18 April 2016 (n=37)

No	Karakteristik	Jumlah	%
1	Biologis		
a.	Riwayat konsumsi makanan/minuman yang tidak mendukung gaya hidup sehat	28	75,6
b.	Riwayat merokok	21	56,7
c.	Riwayat penyakit yang sama	20	54
d.	Riwayat dirawat di rumah sakit	13	35,1
e.	Riwayat penyakit yang lain	4	10,8
f.	Lainnya	8	21,6
2	Psikologis		
a.	Konsep diri negatif	22	59,4
b.	Pengalaman tidak menyenangkan	10	27
c.	Kematian orang terkasih	6	16,2
d.	Keinginan tidak terpenuhi	4	10,8
e.	Tipe kepribadian: <i>introvert</i>	2	5,4
3	Sosial budaya		
a.	Tidak punya tabungan	28	75,6
b.	Penghasilan kurang	7	18,9
c.	Tidak bekerja	5	13,5
d.	Konflik keluarga	4	10,8
e.	Lainnya	5	13,5

Faktor predisposisi pada **aspek biologis** meliputi: pengalaman pernah dirawat, frekwensi klien menderita jenis penyakit yang sama, penggunaan obat tertentu dalam jangka waktu yang lama, prosedur diagnostik atau operasi

pengangkatan anggota tubuh yang pernah dialami klien, dan penyakit lain yang pernah diderita klien. Riwayat rata-rata klien pernah dirawat di rumah sakit sebesar 35.1% dan pengalaman dirawat lebih dari dua kali sebesar 64.8%. Kondisi ini menggambarkan bahwa klien sebagian besar pernah mempunyai pengalaman hospitalisasi.

Frekwensi klien menderita penyakit yang sama sebesar 54% dengan lama menderita penyakit yaitu 1-5 tahun sebesar 45.9%. Frekwensi klien menderita penyakit yang sama pada faktor predisposisi ini menggambarkan bahwa penyakit yang dideritanya sudah bersifat kronis. Gaya hidup klien yang mengarah pada gaya hidup tidak sehat berkaitan erat dengan jenis penyakit kronis ini. Jenis penyakit dalam tiga urutan terbanyak pada klien adalah diabetes melitus sebesar 70.2%, hipertensi sebesar 62.1%, dan stroke sebesar 27%. Penyakit ini sangat dipengaruhi oleh gaya hidup klien yang tidak sehat.

Faktor predisposisi pada **aspek psikologis** pada klien dengan ansietas dan gangguan citra tubuh ini pada angka rata-rata tertinggi adalah adanya konsep diri yang negatif sebesar 22%. Salah satu penyebab terjadinya konsep diri yang negatif dipengaruhi oleh adanya proses kehilangan atau perubahan bentuk, struktur, dan fungsi tubuh yang sifatnya sudah kronis. Faktor predisposisi aspek psikologis yang lain berupa pengalaman yang tidak menyenangkan. Perubahan bentuk, struktur, dan fungsi dapat dimaknai sebagai pengalaman yang tidak menyenangkan terkait dengan pengalaman kehilangan juga frekwensi dirasakannya segala keluhan fisik yang menghadirkan perasaan “terancam”.

Faktor predisposisi pada **aspek sosial budaya** terkait usia tahap dewasa menengah dengan tugas perkembangan yang terganggu

akibat adanya perubahan bentuk, struktur, dan fungsi tubuh. Tidak memiliki tabungan merupakan faktor predisposisi dengan rata-rata yang paling banyak. Tidak adanya tabungan merupakan bentuk ancaman yang sewaktu-waktu mengancam kelangsungan kegiatan perawatan tidak dapat dilanjutkan.

3. Faktor Presipitasi Ansietas Dan Gangguan Citra Tubuh

Faktor presipitasi pada aspek biologis, psikologis, dan sosial budaya yang dialami oleh klien dengan ansietas dan gangguan citra tubuh yang menderita penyakit fisik dijelaskan dalam tabel berikut:

Tabel 3. Stressor Presipitasi Klien Ansietas Dan Gangguan Citra Tubuh Di Ruang Bisma 16 Februari-18 April 2016 (n=37)

No	Karakteristik	Jumlah	%
1	Biologis		
	a. Penyakit fisik	37	100
	b. Pasang infus	37	100
	c. Nyeri akibat pemeriksaan gula	37	100
	d. Nyeri akibat pemeriksaan darah rutin	23	62,1
	e. Konsumsi makanan/minuman yang tidak sehat	20	13,5
	f. Mual muntah	15	40,5
	g. Demam	12	32,4
	h. Sesak napas	12	32,4
	i. Kelemahan anggota gerak	11	29,7
	j. Batuk	7	18,9
	k. Pertama kali dirawat di RS	7	18,9
	l. Pemeriksaan laboratorium rutin	5	13,5
	m. Terpasang kateter	4	10,8
	n. Terapi hemodialisa	3	8,1
2	Psikologis		
	a. Peran terganggu	21	56,7
	b. Konsep diri negatif	15	40,5
	c. Memendam masalah	7	18,9
	d. Keinginan tidak terpenuhi	4	10,8
3	Sosiokultural		
	a. Tidak dapat bekerja/kuliah	18	48,6
	b. Tidak bisa ikut	16	43,2

	kegiatan sosial		
c.	Kekurangan biaya perawatan di RS	12	32,4
d.	Penghasilan terganggu	11	29,7
e.	Terhambat beribadah	11	29,7
f.	Konflik keluarga	1	2,7

Faktor presipitasi **aspek biologis** klien berkaitan dengan jenis penyakit yang sedang diderita, riwayat penggunaan obat-obat (*vasoconstrictor/vasodilator*, inotropik, hormonal), penyakit penyerta, lama rawat, jenis penyakit yang diderita sewaktu dirawat, perubahan fisik yang dialami klien akibat penyakit/terapi yang dideritanya, gaya hidup yang tidak sehat, adanya keterbatasan fisik, pengalaman hospitalisasi, dan derajat nyeri. Semua klien yang dirawat mengalami nyeri dengan derajat yang berbeda-beda yang diakibatkan oleh adanya tindakan pemasangan infus/tindakan medik atau diagnostik dan proses penyakitnya.

Klien memiliki rata-rata lama rawat adalah 2-5 hari sebesar 64,8%. Lama waktu rawat ini didasarkan pada pertimbangan tim medis atau keputusan klien/keluarga untuk menghentikan proses perawatan. Pelaksanaan sistem INA CBG's dalam penggunaan model pembayaran dengan BPJS sudah diterapkan di Ruang Bisma (Depkes, 2014). Rentang waktu ini berkontribusi dalam pelaksanaan tindakan ners spesialis untuk dilakukan sesuai dengan target pencapaiannya masing-masing.

Faktor presipitasi **aspek psikologis** klien berdasarkan angka tertinggi adalah terganggunya peran sebesar 56,7%, konsep diri yang negatif sebesar 40,5%, akibat proses penyakit dan tindakan hospitalisasi. Konsep diri negatif ini disebabkan oleh adanya perubahan bentuk, struktur, dan fungsi tubuh yang sifatnya juga sudah akut atau kronis yang masih aktual pada saat pengkajian dilakukan. Ansietas yang

disebabkan oleh adanya perubahan bentuk, struktur, dan fungsi tubuh menyebabkan munculnya persepsi klien terkait konsep dirinya. Sebuah penelitian kualitatif yang dilakukan di Norwegia bertujuan menggali persepsi klien terhadap perubahan tubuhnya pasca stroke mengungkapkan bahwa klien menggambarkan hidupnya sebagai sebuah kenyataan hidup di dalam tubuh yang rapuh, yang senantiasa selalu memperhatikan fungsi tubuh, dan seperti tinggal di dalam tubuh “yang lain” (Kitzmuller *et al*, 2013). Intoleransi atas pengalaman ketidakpastian (*uncertainty*) terhadap adanya perubahan bentuk, struktur, dan fungsi tubuh disebutkan mempunyai hubungan positif yang memunculkan ansietas dan depresi pada sebuah penelitian yang dilakukan di Amerika (Summers, 2016).

Faktor presipitasi **aspek sosial budaya** klien berupa terganggunya peran klien yang aktual terjadi selama proses perawatan yang terkait dengan tugas perkembangannya. Hasil yang didapatkan menggambarkan peran yang terganggu pada tahap dewasa menengah yaitu tidak dapat bekerja sebesar 48.6% yang sebagai dampak penyakit atau kegiatan perawatan yang dilakukan di rumah sakit. Klien yang tidak dapat mengikuti kegiatan sosial sebagai aktualisasi diri sebesar 43.2% akibat adanya perubahan bentuk, struktur, dan fungsi tubuh. Kekurangan biaya untuk perawatan selama di rumah sakit dialami sekitar 34.4% dari klien yang dirawat. Kondisi ini menimbulkan perasaan tidak aman yang menyebabkan ansietas. Kondisi ini terjadi sebagai dampak terganggunya penghasilan karena terganggunya pekerjaan selama menjalani proses penyakit, lama waktu rawat di rumah sakit sehingga tidak bisa bekerja sebesar 29.7%, dan tidak memiliki tabungan sebesar 75.6%. Proses penyakit ini mengganggu aktivitas klien dalam 43.2% dan kegiatan sosial sebesar 29.7%.

4. Respons/Penilaian Terhadap Stresor Klien Ansietas Dan Gangguan Citra Tubuh

Respons terhadap stresor meliputi aspek kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial dijelaskan dalam tabel berikut:

Tabel 4. Respons/Penilaian Terhadap Stresor Klien Ansietas Dan Gangguan Citra Tubuh Di Ruang Bisma 16 Februari-18 April 2016 (n=37)

No	Karakteristik	Jumlah	%
Ansietas			
1	Afektif		
	a. Merasa bersalah	37	100
	b. Sedih	37	100
	c. Kecewa	37	100
	d. Tegang	37	100
2	Kognitif		
	a. Persepsi menyempit	37	100
	b. Bingung	37	100
	c. Menurunnya produktifitas	37	100
	d. Sulit konsentrasi	37	100
	e. Putus asa	5	13,5
3	Fisiologis		
	a. Keluhan fisik: berkeringat, perubahan frekuensi BAB/BAK, mulut kering, rasa tidak nyaman di perut	37	100
	b. Perubahan tanda-tanda vital	37	100
	c. Gangguan pola tidur	37	100
	d. Gangguan pola makan	37	100
	e. Ketegangan otot-otot	37	100
4	Perilaku		
	a. Kurang berpartisipasi dalam perawatan diri	33	89,2
	b. Menangis	25	67,6
	c. Diam	25	67,6
	d. Marah	10	27
5	Sosial		
	a. Menolak interaksi	12	32,4
	b. Bermusuhan	2	5,2
Gangguan Citra Tubuh			
1	Kognitif		
	a. Ungkapan negatif terhadap bentuk, struktur atau fungsi	37	100

	tubuh			
	b. Kurang konsentrasi	37	100	
	c. Bingung	37	100	
	d. Takut akan terluka atau kematian	37	100	
2	Afektif			
	a. Khawatir	37	100	
	b. Sedih	37	100	
	c. Merasa bersalah	32	86,5	
	d. Marah	30	81	
	e. Malu	27	73	
	f. Gugup	4	10,8	
3	Perilaku			
	a. Gelisah	37	100	
	b. Penurunan kreatifitas	37	100	
	c. Tidak mau membicarakan/tidak mau melihat bagian tubuh yang terganggu	28	75,7	
4	Fisiologis			
	a. Keluhan fisik: berkeringat, perubahan frekuensi BAB/BAK, mulut kering, rasa tidak nyaman di perut	37	100	
	b. Perubahan tanda-tanda vital	37	100	
	c. Perubahan pola tidur	37	100	
	d. Perubahan pola makan	37	100	
	e. Ketegangan otot-otot	37	100	
5	Sosial			
	a. Mudah tersinggung	37	100	
	b. Menghindari orang lain	9	24,3	

Semua klien mengalami kesulitan berkonsentrasi, persepsi yang menyempit, kebingungan, dan menurunnya produktivitas. Klien yang putus asa akibat proses penyakit dan dampak yang ditimbulkannya sebesar 13.5%. Kondisi ini didapatkan dari ungkapan klien yang mengekspresikan ketidakpuasannya terhadap upaya yang telah dilakukan selama ini untuk mengatasi penyakitnya tidak sesuai dengan yang diharapkannya.

Semua klien menunjukkan rasa bersalah, sedih, kecewa, dan ketegangan selama menderita penyakit

ini. Kondisi tubuh yang mengalami perubahan yang berakibat pada terganggunya peran pencapaian pribadi dan kariernya. Hal ini diakibatkan oleh tugas perkembangan yang tidak tercapai yang pada akhirnya berdampak pada perubahan penilaian klien atas konsep dirinya sendiri. Klien yang merasa malu sebesar 73% atas perubahan tubuh yang dialaminya.

Seluruh klien menunjukkan perubahan pada **aspek fisiologis** yang meliputi ungkapan adanya keluhan fisik, perubahan tanda-tanda vital, gangguan pola makan dan tidur. Keluhan fisik yang dialami semua klien adalah rasa tidak nyaman di perut. Keluhan fisik ini perlu dikaji lebih mendalam sehingga dapat dibedakan dengan perubahan fisiologis yang disebabkan oleh proses perjalanan penyakit dan dampak spesifik terapi yang diberikan pada klien. Respons klien terhadap stresor mengaktifasi neurotransmitter yang bertanggung jawab pada ketegangan di daerah otot (Stuart, 2013).

Aspek perilaku yang menunjukkan nilai rata-rata yang paling tinggi adalah kurangnya partisipasi klien dalam kegiatan merawat dirinya sehingga klien membutuhkan motivasi dari luar dirinya baik itu dari perawat dan *care giver*. Klien menangis dan diam sebesar 67.6% dan menunjukkan ekspresi marah sebesar 27%. Semua klien menunjukkan perilaku gelisah dan adanya penurunan kreativitas. Rasa malu tampak pada perilaku klien yang tidak mau membicarakan bagian tubuhnya yang terganggu sebesar 75.7%. Perubahan yang dialami oleh tubuh akibat dari proses penyakit menjadi topik yang tidak menyenangkan untuk semua klien sehingga mudah tersinggung dan menghindari orang lain sebesar 24.3%.

5. Sumber koping Klien Ansietas Dan Gangguan Citra Tubuh

Sumber koping pada klien dengan ansietas dan gangguan citra tubuh

meliputi: *personal ability*, *social support*, *material asset*, dan *positive beliefs* dijelaskan dalam tabel berikut:

Tabel 5. Sumber Koping Klien Ansietas Dan Gangguan Citra Tubuh Di Ruang Bisma 16 Februari-18 April 2016 (n=37)

No	Karakteristik	Jumlah	%
1	<i>Personal Ability</i>		
	a. Belum memahami penyakitnya	36	97,2
	b. Memahami penyakitnya	1	2,7
2	<i>Social Support</i>		
	a. Ada care giver	37	100
	b. Keluarga belum mampu merawat klien	31	83,7
3	<i>Material Assets</i>		
	a. Fasilitas kesehatan mudah dijangkau	37	100
	b. Menggunakan BPJS/asuransi kesehatan	35	94,5
	c. Mempunyai tabungan	3	24,3
4	<i>Positive Beliefs</i>		
	a. Mempunyai keyakinan bisa sembuh	37	100
	b. Yakin dengan petugas kesehatan	37	100

Personal ability yang dapat digambarkan adalah bahwa terdapat 97.2% klien belum memahami tentang penyakitnya. Hal ini terkait dengan keterbatasannya dalam mendapatkan sumber informasi dan mengidentifikasi permasalahannya, serta cara mengatasinya. Semua klien memiliki *care giver*/pelaku rawat. Keberadaan status *care giver* juga dipengaruhi oleh pandangan hidup masyarakat berbudaya Sunda yang terkait manifestasi keinginannya dalam mencapai kondisi “*hurip*” (sejahtera lahir batin), “*cageur*” (sejahtera lahir batin), dan “*waras*” (sehat) ini akan tercapai bila di lingkungan masyarakatnya menerapkan prinsip “*silih asih*” (saling mengasihi), “*silih asah*” (saling mengasah atau memperbaiki),

dan “*silih asuh*” (saling mengasuh) (Muhsin *et al*, 2011). Pandangan ini ternyata dijiwai oleh keluarga dan masyarakat di lingkungan sosial klien dan terlihat dari persentase *care giver* yang dimiliki klien sebesar 70.2% yang adalah pasangannya sendiri sementara klien yang mempunyai anak sebagai *care giver* sebesar 32.4%.

Kelangsungan proses pengobatan dan rehabilitasi terkait erat dengan pembiayaan. Kondisi ini menggambarkan aset material yang dimiliki klien dalam mendukung proses kelangsungan pengobatan dan rehabilitasi atas adanya perubahan bentuk, struktur, dan fungsi tubuh. **Aset material** dapat berupa tabungan dan asuransi yang digunakan klien. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa klien yang menggunakan BPJS non bersubsidi untuk fasilitas kesehatan kelas 1 sebesar 94.5% (Depkes, 2014).

Semua klien memiliki *positive beliefs*. Hal ini merupakan faktor protektif. *Positive beliefs* ini sekaligus juga menunjukkan adanya harapan dan optimisme yang dapat mempengaruhi tubuh untuk mempengaruhi sistem imun dan fungsi beberapa organ tubuh yang lain (Townsend, 2011). *Positive beliefs* yang dimiliki klien berbudaya Sunda menggambarkan adanya keyakinan akan sembuh datangnya dari kekuasaan Tuhan dan keyakinan pada kompetensi petugas kesehatan merupakan cara yang untuk mendapatkan kesembuhannya (Muhsin *et al*, 2011). Sebuah studi neurobiologis dengan menggunakan teknik pencitraan *electroencehalography* (EEG), (*Positron Emission Tomography*) PET, and Single photon emission computed tomography (SPECT) dan *functional Magnetic Resonance Imaging* (fMRI) dan parameter fisiologis pada orang yang sedang melaksanakan kegiatan religius dan spritual lainnya pada yang dilakukan di New York menunjukkan adanya peningkatan derajat kesehatan yang bermakna (Newberg, 2014; Misra *et al*, 2015).

6. Rata-Rata Penurunan Tanda Gejala Ansietas Dan Gangguan Citra Tubuh Pada Masing-Masing Kelompok Setelah Dilakukan Tindakan Ners Spesialis

Rata-rata penurunan tanda gejala ansietas dan gangguan citra tubuh setelah dilakukan tindakan ners spesialis dijelaskan dalam tabel berikut ini:

Tabel 6. Rata-Rata Penurunan Tanda Gejala Ansietas Pada Masing-Masing Kelompok Setelah Dilakukan Tindakan Ners Spesialis

Tindakan Ners Spesialis	Rata-Rata Persentase Penurunan Tanda Gejala Ansietas				
	Kogni Afek Fisio Perila Sosi				
	tif	tif	logis	ku	al
CBT+PMR+TS+FPE	55,7	71,4	62,9	50	21,4
CBT+PMR+FPE	51,7	79,2	75	41,7	16,7
CBT+TS+FPE+ST	49	59,1	40,9	40,9	20,7

Tabel 7. Rata-Rata Penurunan Tanda Gejala Gangguan Citra Tubuh Pada Masing-Masing Kelompok Setelah Dilakukan Tindakan Ners Spesialis

Tindakan Ners Spesialis	Rata-Rata Persentase Penurunan Tanda Gejala Gangguan Citra Tubuh				
	Kogni Afek Fisio Perila Sosi				
	tif	tif	logis	ku	al
CBT+PMR+TS+FPE	75	60,7	68,6	78,6	57,1
CBT+PMR+FPE	81,3	47,2	61,1	86,3	58
CBT+TS+FPE+ST	72,7	54,4	49,1	78,8	40,9

Nilai tertinggi rata-rata penurunan respons terhadap stresor terdapat pada kelompok terapi ini yaitu untuk diagnosis ansietas pada aspek afektif 79.2% dan diagnosis gangguan citra tubuh pada aspek perilaku sebesar 86.3%.

PEMBAHASAN

Pelaksanaan tindakan yang diberikan pada tiga kelompok menggunakan tindakan ners spesialis yang sama yaitu: CBT dan FPE. Hasil dari intervensi pada klien yang menderita penyakit fisik dengan permasalahan psikososial ansietas

dan gangguan citra tubuh tersebut menunjukkan bahwa tanda gejala pada aspek afektif dan perilaku mengalami rata-rata penurunan yang paling besar pada ansietas dan aspek perilaku pada gangguan citra tubuh.

Sebuah penelitian yang dilakukan di Amerika menyebutkan bahwa intervensi ansietas yang berbasis pada penerimaan/*acceptance* dan perilaku/*behavior* yang disertai dengan relaksasi menghasilkan perubahan yang bermakna baik itu secara klinis maupun secara statistik (Hayes-Skelton & Roemer, 2013). Dampak terapi kognitif perilaku (CBT) yang dilakukan dengan berbasis komputer pada klien dari hasil sebuah penelitian *systematic review* menunjukkan bahwa derajat ansietas menurun secara bermakna pada klien dengan penyakit diabetes, multiple sclerosis, HIV, tinnitus, dan klien dengan nyeri kronis (McCombie et al, 2015).

Sebuah studi literatur yang dilakukan di Inggris menyebutkan bahwa penggunaan intervensi psikososial CBT, SST, *cosmetic training*, dan konseling hanya akan efektif bila didukung oleh beberapa faktor, yaitu: pendekatan terapeutik, metode pemberian, waktu pelaksanaan, dan penerimaan klien (Norman & Moss, 2015). Penerimaan kondisi klien juga diharapkan datang dari perawat. Sebuah studi literatur yang dilakukan di Miami terhadap persepsi perawat medikal bedah terhadap klien dengan gangguan emosi perilaku menyebutkan beberapa faktor yang menyebabkannya, yaitu: faktor persepsi perawat itu sendiri dan kemampuan/*skill* yang dimilikinya (Alexander et al, 2016). Pernyataan ini selalu aktual untuk dievaluasi kembali pada saat proses intervensi tidak teraplikasikan dengan baik.

Penelitian yang dilakukan di Inggris pada klien dengan luka bakar yang mengalami permasalahan psikososial ansietas dan nyeri juga menjelaskan bahwa faktor pendekatan paradigma terapeutik dan metode pemberian yang terkait dengan sejumlah sesi yang dilaksanakan (Corry et al, 2015). Penggunaan kerangka konsep Model

Perilaku Johnson dan Adaptasi Roy dengan menggunakan pendekatan stres adaptasi merupakan salah satu model paradigma terapeutik yang dapat digunakan dalam mengatasi permasalahan psikososial dalam pelaksanaan tindakan ners spesialis.

Sebuah penelitian yang dilakukan di Amerika dengan pendekatan bio-neurologi yang dilakukan secara multi-disipliner menjelaskan bahwa setiap aktivasi neurotransmitter di otak, yang disebabkan oleh respons terhadap stres, selanjutnya akan mengarahkan interpretasi yang mendasari terbentuknya perilaku (David et al, 2016). Interaksi ini dijelaskan dalam berbagai mekanisme yang terjadi, yaitu: mekanisme kognitif, otak, molekuler, dan genetik. Keseluruhan mekanisme ini menunjukkan adanya kondisi saling ketergantungan dan saling mempengaruhi. Akhirnya, setiap tindakan ners spesialis yang ditujukan untuk menurunkan intensitas respons setiap kejadian yang dimaknai klien sebagai “stresor”, akan berperan pula pada interaksi mekanisme tersebut.

KESIMPULAN

Perubahan keseluruhan aspek dalam kehidupan klien yang menderita penyakit fisik yang dialami klien sebagai hasil adaptasinya saat menderita penyakit tertentu sebagai stresor yang memunculkan respons ansietas dan gangguan citra tubuh. Ansietas dan gangguan citra tubuh pada klien dengan penyakit fisik pada prosesnya saling mempengaruhi karena pada keduanya terdapat perubahan respons fisik yang mendasarinya. Intervensi keperawatan dapat mengarahkan proses adaptasi yang inadaptif sebagai upaya pembentukan kemampuan dalam menghadapi setiap kemungkinan perubahan yang terjadi sehingga proses adaptasi senantiasa mengarah pada perilaku yang adaptif. Tindakan ners spesialis mengalami kegagalan pada satu aspek dan selanjutnya akan mempengaruhi aspek yang lain. Namun, menggambarkan arah adaptasi yang inadaptif dan sebaliknya; kesesuaian/adanya upaya *adjustment*

yang baik secara terus-menerus menggambarkan arah adaptasi yang adaptif.

Pelaksanaan kombinasi tindakan tindakan ners spesialis pada tiga kelompok yang berbeda dengan menggunakan tindakan ners spesialis CBT dan FPE yang sama pada semua kelompok menggambarkan bahwa intervensi ansietas yang berbasis pada penerimaan/*acceptance* dan perilaku/*behavior* yang disertai dengan relaksasi menghasilkan perubahan yang bermakna baik itu secara klinis maupun secara statistik. Hasil dari intervensi pada klien yang menderita penyakit fisik dengan permasalahan psikososial ansietas dan gangguan citra tubuh tersebut menunjukkan bahwa tanda gejala pada aspek afektif dan perilaku mengalami rata-rata penurunan yang paling besar pada ansietas dan aspek perilaku pada gangguan citra tubuh.

Kemampuan untuk mengarahkan adaptasi klien yang sifatnya adaptif merupakan kompetensi perawat melalui penguasaan sistem manajemen baik itu manajemen pelayanan maupun asuhan. Manajemen pelayanan dengan menggunakan intervensi yang berbasis berbasis pada penerimaan dan perilaku yang disertai dengan relaksasi menghasilkan perubahan yang bermakna. Proses adaptasi klien yang inadaptif akan dapat diarahkan pada proses adaptasi yang adaptif melalui pemberian asuhan yang berkualitas yang dihasilkan dari manajemen asuhan yang baik pula.

SARAN

1. Perlunya mengembangkan penerapan asuhan keperawatan dengan menggunakan konsep model yang lebih mampu menjawab tantangan dalam mengatasi permasalahan psikososial untuk masing-masing gangguan fisik yang spesifik.
2. Bahan pertimbangan untuk pelaksanaan tindakan ners spesialis di ruangan perawatan fisik, misalnya: *cognitive therapy* (CT), *Self Help Group* (SHG), *supportive therapy*, dan lain-lain.

3. Pengalaman penerapan tindakan ners spesialis ansietas dan gangguan citra tubuh menjadi dasar bagi pengembangan sistem manajemen pelayanan dan penyediaan fasilitas terapi keperawatan jiwa yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan yang diselenggarakan secara berkesinambungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alexander, V., Ellis, H., Barrett, B. *Medical-Surgical Nurses' Perceptions of Psychiatric Patterns: a Review of The Literature with Clinical and Practical Applications*. Archives of Psychiatric Nursing 30 (2016) 262-270.
- Brown, J., Mackay, D., demou, E., Frank, J., Macdonal, E. B., *The EASY (Early Acces to Support for You) sickness absence service: a four-year evaluation of the impact on absenteeism*. Scand J Work Environ Health. 41 (2015) 2:204-215.
- Corry, N., Pruzinsky, T., Rumsey, N. *Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury: Social functioning, body image, and health policy perspectives*. 21 (2009) 539-548.
- David, D., Matu, S., Mogoase, C., Volnescu, B. *Integrating cognitive processing, brain activity, molecules and genes to advantage evidence-based psychological treatment for depression and anxiety: from cognitive neurogenetics to CBT-Based neurogenetics*. J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther. (2016) 1-20.
- Departemen Kesehatan RI. (2014) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 tahun 2014. Jakarta.
- Green, M. J., Leyland, A. H., Sweeting, H., Benzeval, M. *Socialeconomic position and early adolesent smoking development: evidence from British Youth Panel Survey (1994-2008)*. Tob Control. (2016) 203-210.
- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L. A *randomized clinical trial comparing an acceptance-based behaviour therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 81 (2013) 761-773.
- Jena, S. P. K. (2008) *Behavior therapy: techniques, research and applications*. India. SAGE Publications.
- Llyod, G., Guthrie, E. (2007). *Handbook of Liaison psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
- Kitzmuller, G., Haggstrom, T., Asplund, K. *Living an unfamiliar body: the significance of long-term influence of bodily changes on percepttion of self after stroke*. Med Health Care and Philos 16 (2013) 19-29.
- MacLean, A., Hunt, K., Sweeting, H. *Symptom of Mental health problems: Children's and adolescent's understanding and implications for gender diffences in help seeeking*. Children & Society. 27 (2013) 161-173.
- McCombie, A., Gearry, R., Andrews, J., Milocka-Walus, A., Mulder, R. *Computerized cognitive behaviour therapy for psychological distress in patients with physical illnesses: a systematic review*. J Clin Psychol Med Settings. 22 (2015) 20-44.
- Muhsin, M. Z., Sunarni, N., Mahzuni, D., Adyawardhina, R., Nugraha, A., Maulana, S., Kartika, N. (2011). *Kajian Identifikasi Permasalahan Kebudayaan Sunda*. Bandung: Universitas Padjajaran.
- Newberg, A. B. *The neuroscientific study of spiritual practices*. Frontiers in Psychology. 215 (2014) 1-6.
- Norman, A., Moss, T. P. *Psychosocial Intervention for Adults with Visible Differences: Systematic Review*. PeerJ. (2015) 1-15.
- Stuart, G. W. (2013) *Principle and practice of psychiatric nursing*. St. Louis Missouri: Elsevier Mosby.
- Scott, K. M., Wells, J. E., Angermeyer, M., Brugha, T. S., Bromet, E., Demyttenaere, K., Girolamo, G., Gujere, O., Haro, J. M., Jin, R., Karam, A. N., Kovess, V., Lara, C., Levinson, D., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sampson, N., Takeshima, T., Zhang, M., Kessler, R. C. *Gender*

- and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety, and substance use disorders.* Psychol Med. 40 (2011) 9:1495-1505.
- Sontag, S. (1991) *Illness as Methaphor and AIDS and Its Methaphors.* England: Penguin Books.
- Townsend, M. C. (2011) *Psychiatric Mental Health Nursing: Concept of Care in Evidence-based practice.* Philadelphia. F. A. DavisPlus Company.
- World Health Organization. (2005). *Mental Health, Poverty, & Development: mental health care to development.* Geneva.