

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Dislipidemia

2.1.1 Definisi Dislipidemia

Dislipidemia didefinisikan sebagai keadaan dimana terjadi kenaikan trigliserida dan kolesterol LDL (hiperlipidemia) serta penurunan kolesterol HDL (Mahley, 2016). Lipid tidak larut dalam air dan ditranspor dalam plasma bukan sebagai bentuk bebasnya, melainkan sebagai lipoprotein. Hiperlipoproteinemia menunjukkan peningkatan konsentrasi makromolekul lipoprotein yang mentranspor lipid dalam plasma. Peningkatan kolesterol total dan kolesterol LDL serta penurunan kolesterol HDL terkait erat dengan penyakit jantung koroner. Kondisi ini menyebabkan terjadinya aterosklerosis yang mengarah pada angina, infark jantung, aritmia, stroke, penyakit arteri perifer, dan kematian mendadak (Darey, 2018).

2.1.2 Etiologi Dislipidemia

Etiologi dari dislipidemia dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah sebagai berikut (Darey, 2018) :

1) Faktor Jenis Kelamin

Risiko terjadinya dislipidemia pada pria lebih besar daripada wanita. Hal tersebut disebabkan karena pada wanita produktif terdapat efek perlindungan dari hormon reproduksi.

Pria lebih banyak menderita aterosklerosis, dikarenakan hormon seks pria (testosteron) mempercepat timbulnya aterosklerosis sedangkan hormon seks wanita (estrogen) mempunyai efek perlindungan terhadap aterosklerosis. Akan tetapi pada wanita menopause mempunyai risiko lebih besar terhadap terjadinya aterosklerosis dibandingkan Wanita premenopause.

2) Faktor Usia

Semakin tua usia seseorang maka fungsi organ tubuhnya semakin menurun, begitu juga dengan penurunan aktivitas reseptor LDL, sehingga bercak perlemakan dalam tubuh semakin meningkat dan menyebabkan kadar kolesterol total lebih tinggi, sedangkan kolesterol HDL relatif tidak berubah. Pada usia 10 tahun bercak perlemakan sudah dapat ditemukan di lumen pembuluh darah dan meningkat kekerapannya pada usia 30 tahun.

3) Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan salah satu faktor pencetus terjadinya dislipidemia. Dalam ilmu genetika menyebutkan bahwa gen untuk sifat sifat tertentu (specific trait) diturunkan secara

berpasangan yaitu kita memerlukan satu gen dari ibu dan satu gen dari ayah, sehingga kadar hiperlipidemia tinggi dapat diakibatkan oleh faktor dislipidemia primer karena faktor kelainan genetik.

4) Faktor Kegemukan

Kegemukan erat hubungannya dengan peningkatan risiko sejumlah komplikasi yang dapat terjadi sendiri sendiri atau bersamaan. Kegemukan disebabkan oleh ketidakseimbangan antara energi yang masuk bersama makanan, dengan energi yang dipakai. Kelebihan energi ini ditimbun dalam sel lemak yang membesar. Pada orang yang kegemukan menunjukkan output VLDL trigliserida yang tinggi dan kadar trigliserida plasma yang lebih tinggi. Trigliserida berlebihan dalam sirkulasi juga mempengaruhi lipoprotein lain. Bila trigliserida LDL dan HDL mengalami lipolisis, akan menjadi small dense LDL dan HDL, abnormalitas ini secara tipikal ditandai dengan kadar HDL kolesterol yang rendah

5) Faktor Olah Raga

Olah raga yang teratur dapat menyebabkan kadar kolesterol total, kolesterol LDL, dan trigliserida menurun dalam darah, sedangkan kolesterol HDL meningkat secara bermakna. Lemak ditimbun dalam di dalam sel lemak sebagai trigliserida. Olahraga memecahkan timbunan trigliserida dan melepaskan asam lemak dan

gliserol ke dalam aliran darah.

6) Faktor Merokok

Merokok dapat meningkatkan kadar kolesterol total, kolesterol LDL, trigliserida, dan menekan kolesterol HDL. Pada seseorang yang merokok, rokok akan merusak dinding pembuluh darah. Nikotin yang terkandung dalam asap rokok akan merangsang hormon adrenalin, sehingga akan mengubah metabolisme lemak yang dapat menurunkan kadar kolesterol HDL dalam darah.

7) Faktor Makanan

Konsumsi tinggi kolesterol menyebabkan hiperkolesterolemia dan aterosklerosis. Asupan tinggi kolesterol dapat menyebabkan peningkatan kadar kolesterol total dan LDL sehingga mempunyai risiko terjadinya dislipidemia.

2.1.3 Patofisiologi Dislipidemia

Pembentukan lipid Melalui 3 jalur yaitu (Ganiswarna, 2017) :

1) Jalur Metabolisme Eksogen

Makanan berlemak yang kita makan terdiri atas trigliserida dan kolesterol. Selain kolesterol yang berasal dari makanan, dalam usus juga terdapat kolesterol dari hati yang diekstresi bersama

empedu ke usus halus. Baik lemak di usus halus yang berasal dari makanan maupun yang berasal dari hati disebut lemak eksogen. Trigliserida dan kolesterol dalam usus halus akan diserap ke dalam enterosit mukosa usus halus. Trigliserida akan diserap sebagai asam lemak bebas sedang kolesterol sebagai kolesterol. Di dalam usus halus asam lemak bebas akan diubah lagi menjadi trigliserida, sedang kolesterol akan mengalami esterifikasi menjadi kolesterol ester dan keduanya Bersama dengan fosfolipid dan apoloprotein akan membentuk lipoprotein yang dikenal dengan kilomikron. Kilomikron ini akan masuk ke saluran limfe dan akhirnya melalui duktus torasikus akan masuk ke dalam aliran darah. Trigliserida dalam kilomikron akan mengalami hidrolisis oleh enzim lipoprotein lipase yang berasal dari endotel menjadi asam lemak bebas free fatty acid (FFA) non-esterified fatty acid (NEFA). Asam lemak bebas dapat disimpan sebagai trigliserid kembali di jaringan lemak (adiposa), tetapi bila terdapat dalam jumlah yang banyak sebagian akan diambil oleh hati menjadi bahan untuk pembentukan trigliserid hati. Kilomikron yang sudah kehilangan sebagian besar trigliserid akan menjadi kilomikron remnant yang mengandung kolesterol ester dan akan dibawa ke hati.

2) Jalur Metabolisme Endogen

Trigliserid dan kolesterol yang disintesis di hati disekresi ke dalam sirkulasi sebagai lipoprotein B100. Dalam sirkulasi, triglisirid di VLDL akan mengalami hidrolisis oleh enzim lipoprotein lipase (LPL), dan VLDL berubah menjadi IDL yang juga akan mengalami hidrolisis dan berubah menjadi LDL. Sebagian dari VLDL, IDL dan LDL akan mengangkut kolesterol ester kembali ke hati. LDL adalah lipoprotein yang paling banyak mengandung kolesterol. Sebagian dari kolesterol di LDL akan dibawa ke hati dan jaringan steroidogenik lainnya seperti kelenjar adrenal, testis, dan ovarium yang mempunyai reseptor untuk kolesterol LDL. Sebagian lagi dari kolesterol LDL akan mengalami oksidasi dan ditangkap oleh reseptor scavenger A (SR-A) di makrofag dan akan menjadi sel busa (foam cell). Makin banyak kadar kolesterol-LDL dalam plasma makin banyak yang akan mengalami oksidasi dan ditangkap oleh sel makrofag. Jumlah kolesterol yang akan teroksidasi tergantung dari kadar kolesterol yang terkandung di LDL. Beberapa keadaan mempengaruhi tingkat oksidasi seperti: Meningkatnya jumlah LDL seperti pada sindrom metabolic dan diabetes militus. Kadar kolesterol HDL, makin tinggi kadar HDL maka HDL bersifat protektif terhadap oksidasi LDL

3) Jalur Reverse Cholesterol Transport

HDL dilepaskan sebagai partikel kecil miskin kolesterol yang mengandung apolipoprotein (apo) A, C, dan E: dan disebut HDL nascent. HDL nascent berasal dari usus halus dan hati, mempunyai bentuk gepeng dan mengandung apolipoprotein A1. HDL nascent akan mendekati makrofag untuk mengambil kolesterol yang tersimpan di makrofag. Setelah mengambil kolesterol dari makrofag, HDL nascent berubah menjadi HDL dewasa yang berbentuk bulat. Agar dapat diambil oleh HDL nascent, kolesterol (kolesterol bebas) dibagikan dari makrofag harus dibawa ke permukaan membran sel makrofag oleh suatu transporter yang disebut adenosine triphosphate-binding cassette transporter. Setelah mengambil kolesterol bebas dari sel makrofag, kolesterol bebas akan diesterifikasi menjadi kolesterol ester oleh enzim lecithin cholesterol acyl transferase (LCAT). Selanjutnya sebagian kolesterol ester yang dibawa oleh HDL akan mengambil dua jalur. Jalur pertama ialah ke hati dan ditangkap oleh scavenger receptor class B type 1 dikenal dengan SR-B1. Jalur kedua dari VLDL dan IDL dengan bantuan kolesterol ester transfer protein (CETP). Dengan demikian fungsi HDL sebagai 'penyiap' kolesterol dari makrofag mempunyai dua jalur yaitu langsung ke hati dan jalur tidak langsung melalui VLDL dan IDL untuk membawa kolesterol kembali ke hati.

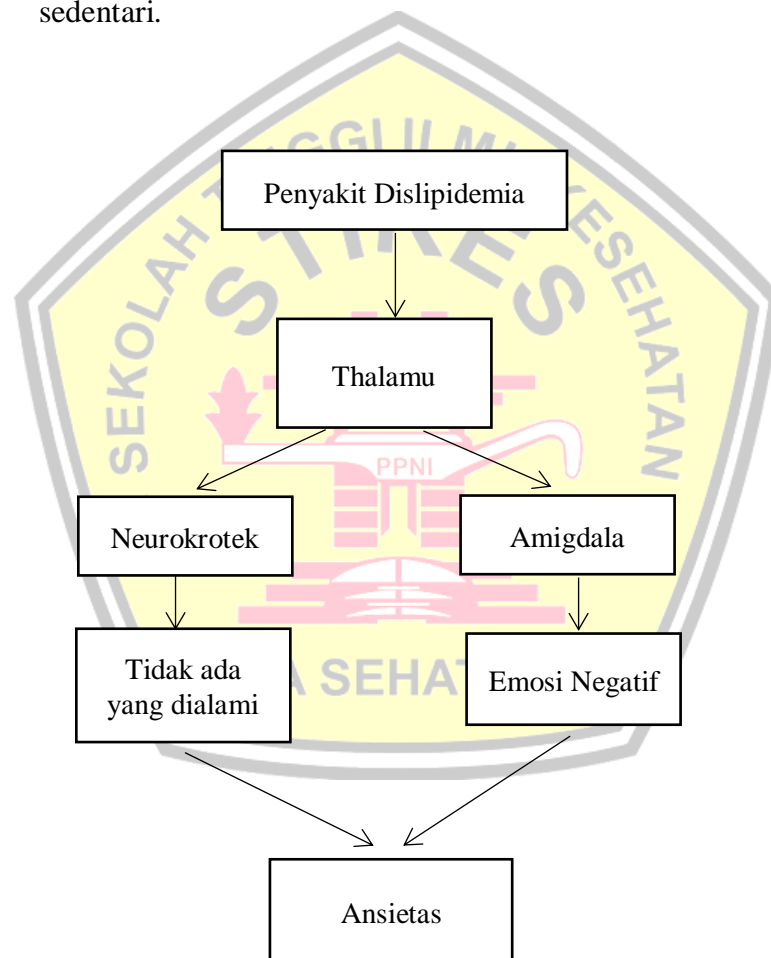
2.1.4 Etiologi Patogenesis

Lipid diangkut dalam plasma sebagai komponen dari lipoprotein kompleks. Lipoprotein adalah partikel kompleks yang berbentuk spherical yang terbuat dari ratusan molekul lipid dan protein. Protein yang dikenal dengan sebutan apolipoprotein menempati permukaan lipoprotein. Ada beberapa jenis lipoprotein, berdasarkan densitas, komposisi, ukuran dan mobilitas elektroforesisnya, lipoprotein diklasifikasikan menjadi (Cotran & Robbin, 2019) :

- 1) Kilomikron : lipoprotein yang mengangkut trigliserida yang berasal dari makanan dari usus kecil ke dalam plasma melalui pembuluh limfe.
- 2) VLDL (Very Low Density Lipoprotein) : lipoprotein yang mengangkut sintesis kolesterol dan trigliserida endogen.
- 3) LDL (Low Density Lipoprotein): lipoprotein yang mengangkut kolesterol ke reseptor LDL pada sel hepar dan sel jaringan perifer, sehingga kolesterol dapat digunakan untuk kepentingan sel-sel tersebut.
- 4) HDL : lipoprotein yang mengangkut kolesterol dari jaringan perifer kembali ke hepar.

2.1.5 Pathway

Dislipidemia didefinisikan sebagai keadaan dimana terjadi kenaikan trigliserida dan kolesterol LDL (hiperlipidemia) serta penurunan kolesterol HDL (Mahley, 2016). Meningkatnya trigliserida dan LDL serta menurunnya HDL di sebabkan oleh malnutrisi dan sedentari.



Gambar 2. 1 Pathway Dislipidemia

2.1.6 Klasifikasi Lipid

Dibagi menjadi 2 (Azwar, 2014) :

1) Lipid Sederhana (Simple Lipid)

Terdiri dari lemak, minyak dan malam/lilin

- a) Lemak (fats) yaitu ester gliserol dengan asam lemak.
- b) Minyak adalah fats dalam bentuk cair misalnya minyak tumbuhan.
- c) Malam/Lilin (waxes) bila alkoholnya alifatik rantai panjang disebut cetyl alkohol seperti terdapat pada dinding sarang lebah.

2) Lipid Majemuk (Compound Lipid)

Terdiri dari alkohol, asam lemak, dan senyawa lainnya.

- a) Fosfolipid: yang mengandung alkohol, asam lemak, fosfat dan suatu base
- b) misalnya kolin, etanolamin, serin, inositol. Alkoholnya dapat gliserol atau sfingol.
- c) Glikolipid: yang lipid yang mengandung karbohidrat disamping alkohol dan asam lemak. Termasuk dalam glikolipid adalah serebrosida, sulfatida, dan gangliosida.

d) Lipid Majemuk Lain: Lipoprotein adalah gabungan berbagai lipid dengan protein. Lipoprotein merupakan zat angkut lipid dalam darah karena dalam bentuk lipoprotein lipid bersifat lebih larut dalam plasma (bersifat liofilik).

2.1.7 Manifestasi Klinik Dislipidemia

Secara klinis, dislipidemia diklasifikasikan menjadi (Cotran & Robbin, 2019) :

1) Hiperkolesterolemia

Keadaan ini merupakan hiperkolesterolemia yang paling sering ditemukan (lebih dari 90%) yang merupakan interaksi antara kelainan gen yang multipel nutrisi, faktor-faktor lingkungan lainnya serta mempunyai lebih dari satu dasar metabolik. Hiperkolesterolemia biasanya ringan atau sedang dan tidak ada xantoma.

2) Hipertrigliseridemia

Pada keadaan ini terdapat hipertrigliseridemia berat maupun ringan. Peningkatan trigliseridemia yang ringan menunjukkan kenaikan kadar very low density lipoprotein (VLDL), sedangkan dalam bentuk yang lebih berat biasanya disertai dengan kilomikronemia.

3) Campuran hiperkolesterolemia dan hipertrigliseridemia (dislipidemia campuran)

Kelainan ini ditandai dengan peningkatan kolesterol dan trigliserida (dislipidemia kombinasi) dan beratnya bervariasi. Spektrum manifestasi klinis bervariasi luas dari asimtomatik hingga ke manifestasi klinis yang jelas. Penderita dapat muncul dengan manifestasi klinis nyeri abdomen, xanthoma pada telapak tangan dan kelopak mata, tendinitis, arcus cornea, xanthoma tuberosum, obesity dan bahkan dengan manifestasi coronary heart diseases.

2.1.8 Komplikasi Dislipidemia

Aterosklerosis, penyakit jantung koroner, stroke, pankreatitis akut

1) Aterosklerosis

Aterosklerosis adalah suatu bentuk arteriosklerosis yang terutama mengenai lapisan intima dan umumnya terjadi di arteri muskuler ukuran besar dan sedang serta merupakan kelainan yang mendasari penyakit jantung iskemik. Lesi aterosklerosis diklasifikasikan atas 3 tahap secara morfologik: bercak perlemakan, plak fibrosa, dan lesi terkomplikasi. Sebelum terjadinya bercak perlemakan sudah ada gel-gel busa. Bercak perlemakan sudah bisa

ditemukan pada usia 10 tahun dan meningkat kekerapannya pada usia 30 tahun. Flak fibrosa adalah bentuk lesi yang khas untuk aterosklerosis yang sudah berkembang. Lesi terkomplikasi adalah plak fibrosa yang sudah mengalami perubahan oleh peningkatan nekrosis sel, perdarahan, deposit kalsium atau diquamasi permukaan endotel diatasnya dan pembentukan trombus. Lesi terkomplikasi dapat mengakibatkan gangguan aliran di lumen pembuluh darah (Price & Wilson, 2018).

2) Penyakit jantung coroner

Penyakit jantung koroner atau penyakit arteri koroner merupakan suatu manifestasi khusus dan arterosklerosis pada arteri koroner. Plaque terbentuk pada percabangan arteri yang kearah arteri koronaria kiri, arteri koronaria kanan dan agak jarang pada arteri sirkum flex. Hal ini menyebabkan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard (Price & Wilson, 2018).

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Skirining dianjurkan pada semua pasien berusia 20 tahun ,setiap 5 tahun sekali untuk pengecekan (Cotran & Robbin, 2019) :

- 1) Kadar kolesterol total,LDL,HDL,trigliserida
- 2) Glukosa darah

- 3) Tes fungsi hati
- 4) Urin lengkap dan Tes fungsi ginjal TSH < EKG.

2.1.10 Gambaran Laboratorium Dislipidemia

Pada pemeriksaan laboratorium memegang peranan penting dalam menegakkan diagnosa. Parameter yang diperiksa yaitu kadar kolesterol total, kolesterol LDL, kolesterol HDL dan trigliserida (Ganiswarna, 2017) .

1) Persiapan

Sebaiknya subjek dalam keadaan metabolik stabil, tidak ada perubahan berat badan, pola makan, kebiasaan merokok, olahraga, minum kopi/alkohol dalam minggu terakhir sebelum diperiksa, tidak ada sakit berat atau operasi dalam 2 bulan terakhir. Tidak mendapat obat yang mempengaruhi kadar lipid dalam 2 minggu terakhir. Bila hal tersebut tidak memungkinkan, pemeriksaan tetap dilakukan tetapi, dengan disertai catatan.

2) Pengambilan bahan pemeriksaan

Pengambilan bahan dilakukan setelah puasa 12-16 jam (boleh minum air putih). Sebelum bahan diambil subyek duduk selama 5 menit. Pengambilan bahan dilakukan dengan melakukan bendungan

vena seminimal mungkin. Bahan yang diambil adalah serum.

3) Analisis

Analisis kolesterol total dan trigliserida dilakukan dengan metode ensimatik. Analisis kolesterol HDL dan Kol-LDL dilakukan dengan metode presipitasi dan ensimatik. Kadar kolesterol LDL sebaiknya diukur secara langsung, atau dapat juga dihitung menggunakan rumus Friedewald kalau kadar trigliserida < 400 mg/d, sebagai berikut :

$$\text{Kadar kol. LDL} = \text{Kol.Total} - \text{kol.HDL} - 1/5 \text{ trigliserida}$$

2.1.11 Penatalaksanaan Dislipidemia

Penatalaksanaan dislipidemia terdiri atas (Sudoyo, 2016):

1) Penatalaksanaan non-farmakologik

Meliputi terapi nutrisi medis, aktivitas fisik serta beberapa upaya lain seperti berhenti merokok, menurunkan berat badan bagi yang gemuk dan mengurangi asupan alkohol. Penurunan berat badan dan peningkatan aktivitas fisik dapat menurunkan kadar trigliserida dan meningkatkan kadar HDL kolesterol serta sedikit menurunkan kadar LDL kolesterol.

a) Terapi Nutrisi Medis

Selalu merupakan tahap awal penatalaksanaan dislipidemi, oleh karena itu di sarankan untuk berkonsultasi dengan ahli gizi. Pada dasarnya adalah pembatasan jumlah kalori dan jumlah lemak. Pasien dengan kadar kolesterol LDL atau kolesterol total yang tinggi dianjurkan untuk mengurangi asupan lemak jenuh dan meningkatkan asupan lemak tidak jenuh rantai tunggal dan ganda (mono unsaturated fatty acid =3D MUFA dan poly unsaturated fatty acid =3D PUFA). Pada pasien dengan kadar trigliserida yang tinggi perlu dikurangi asupan karbohidrat, alkohol dan lemak.

b) Aktivitas fisik

Pada prinsipnya pasien dianjurkan untuk meningkatkan aktivitas fisik sesuai dengan kondisi dan kemampuannya. Semua jenis aktivitas fisik bermanfaat, seperti jalan kaki, naik sepeda, berenang dll. Penting sekali diperhatikan agar jenis olahraga disesuaikan dengan kemampuan dan kesenangan pasien, selain itu agar dilakukan secara terus menerus. Pasien DM yang mempunyai BB berlebih sebaiknya mendapat Terapi

Nutrisi Medik dan meningkatkan aktivitas fisik. The American Heart Association merekomendasikan untuk pasien DM dengan Penyakit Kardiovaskular bahwa Terapi Nutrisi Medik maksimal dapat menurunkan kadar LDL kolesterol sebesar 15 sampai 25 mg/dl. Jadi, bila kadar LDL kolesterol mengalami peningkatan lebih dari 25 mg/dl diatas kadar sasaran terapi, hendaklah diputuskan untuk menambahkan terapi farmakologik terutama terhadap pasien dengan risiko tinggi (pasien DM dgn riwayat infark miokard sebelumnya atau dengan kadar LDL kolesterol tinggi (diatas 130 mg/dl).

c) Manfaat terapi farmakologik

Berbagai studi klinis menunjukkan bahwa terapi farmakologik dengan obat penurun lipid memberi manfaat perbaikan profil lipid dan menurunkan komplikasi Kardiovaskular pada pasien² DM tipe 2. Hasil dari beberapa studi klinis mendukung rekomendasi ADA, bahwa kadar LDL kolesterol dibawah 100 mg/dl merupakan sasaran utama penatalaksanaan dislipidemia diabetik. Disamping itu penurunan kadar trigliseridaa dengan menggunakan gemfibrozil seperti yang ditunjukkan

dalam VA-HIT secondary prevention study, dapat pula menurunkan angka kejadian komplikasi kardiovaskular berulang sebesar 24%.

d) Terapi Kombinasi

Banyak studi yang membuktikan bahwa terapi kombinasi antara statin dan berbagai obat lain seperti bile acid resin, fibrat dan niacin memberikan manfaat yang lebih baik dalam hal penurunan kadar LDL kolesterol, namun pemakaiannya terkendala oleh meningkatnya kejadian efek samping dan interaksi obat. Kombinasi ezetimibe dengan statin merupakan strategi baru dalam memperbaiki profil lipid pada pasien DM tipe 2. Studi terbaru menunjukkan bahwa kombinasi ezetimibe dengan simvastatin pada dosis 10/10, 10/20, 10/40 dan 10/80 mg menghasilkan penurunan kadar LDL kolesterol, total kolesterol, trigliserida, non HDL kolesterol dan apolipoprotein (Apo) B yang lebih besar dibandingkan simvastatin monoterapi serta ditoleransi dengan baik.

2) Penatalaksanaan Farmakologi

Penatalaksanaan farmakologik menggunakan obat2 penurun lipid. Apabila gagal dengan pengobatan non-farmakologis maka harus dimulai dengan pemberian obat penurunan lipid. ncep-atp III menganjurkan sebagai obat pilihan pertama: golongan hmg - coa reductase inhibitor karena sesuai dengan kesepakatan kadar kolesterol-LDL merupakan sasaran utama pencegahan penyakit arteri koroner. Pada keadaan trigliserid tinggi misal > 400 mg/dl maka perlu dimulai dengan golongan derivat asam fibrat Untuk menurunkan kadar trigliserid, oleh karena kadar trigliserid yang tinggi dapat mengakibatkan pamkreatitis akut. Apabila kadar trigliserid sudah turun dan kadar kolesterol-LDL belum mencapai sasaran maka dapat diberikan pengobatan kombinasi dengan hmg coa reductase inhibitor dipilih kombinasi: asam fibrat fenofibrat jangan gemfibrozil. dengan dikembangkannya obat kombinasi dalam satu tablet (fixed dose combination) makan pilihan obat mungkin akan berubah. sebagai contoh kombinasi lovastatin dan asam nikotinic lepas lambat (niaspan) dikenal dengan nama advicor telah dibuktikan jauh lebih efektif dibandingkan dengan lovastatin sendiri atau asam nikotinic sendiri dosis tinggi. kombinasi simvastatin dengan ezetimibe yaitu vytorin, ternyata mempunyai efek lebih baik dibandingkan dengan simvastatin

dosis tunggal. obat kombinasi dalam satu tablet mungkin akan lebih banyak digunakan bagi mereka dimana kadar kolesterol-LDL harus sangat rendah atau kadar kolesterol - HDL perlu ditingkatkan.



2.2 Konsep Dasar Ansietas

2.2.1 Pengertian

Ansietas adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman. Kejadian dalam hidup seperti menghadapi tuntutan, persaingan, serta bencana dapat membawa dampak terhadap kesehatan fisik dan psikologis. Salah satu contoh dampak psikologis adalah timbulnya kecemasan atau ansietas.

Ansitas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Ansietas merupakan perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman (NANDA 2018-2020).

Banyak ahli mendefinisikan mengenai ansietas. Berikut ini adalah salah satu definisi dari ansietas. Stuart (2012) menyatakan bahwa ansietas adalah perasaan tidak tenang yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai dengan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, dan ketidakamanan. Perasaan takut dan tidak menentu dapat mendatangkan sinyal peringatan tentang bahaya yang akan datang dan membuat individu untuk siap mengambil tindakan menghadapi ancaman. Definisi lain tentang ansietas adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons. Seringkali sumber perasaan tidak santai tersebut tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu. Ansietas dapat pula diterjemahkan sebagai suatu perasaan takut akan terjadi sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahaya. Ansietas merupakan sinyal yang menyadarkan/memperingatkan akan adanya bahaya yang akan datang dan membantu individu untuk bersiap mengambil tindakan untuk menghadapi ancaman.

2.2.2 Etiologi

2.2.2.1 Faktor Predisposisi

Menurut Stuart dan Laraia (2005) menyatakan faktor penyebab terjadinya ansietas. Adapun teori yang dapat menjelaskan ansietas antara lain :

1) Faktor biologis

Teori biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus yang dapat meningkatkan neuroregulator inhibisi (GABA) yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berkaitan dengan ansietas (Stuart, 2013). Reseptor benzodiazepine yang terdapat di otak, dapat membantu mengatur ansietas. Penghambatan GABA juga berperan penting dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas sebagaimana halnya dengan endorfin. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor.

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis dapat dilihat dari pandangan psikoanalitik, pandangan interpersonal, dan pandangan perilaku.

a) Pandangan psikoanalitik

Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara antara dua elemen kepribadian (Id seseorang dan superego). Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b) Pandangan interpersonal

Ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang yang mengalami harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.

c) Pandangan perilaku.

Ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap sebagai dorongan belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Individu yang terbiasa dengan kehidupan dini dihadapkan pada ketakutan berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas dalam kehidupan selanjutnya.

d) Sosial budaya

Ansietas dapat ditemukan dengan mudah dalam keluarga. Ada ketumpang tindihan antara gangguan ansietas dan gangguan ansietas dengan depresi. Faktor ekonomi dan latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas.

2.2.4 Klasifikasi Ansietas

Peplau (1963) mengidentifikasi empat tingkat ansietas dengan penjelasan efeknya sebagai berikut :

- 1) Ansietas ringan, terjadi saat ketegangan hidup sehari-hari. Selama tahap ini seseorang waspada dan lapang persepsi meningkat. Kemampuan seseorang untuk melihat, mendengar, dan menangkap lebih dari sebelumnya. Jenis ansietas ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas
- 2) Ansietas sedang, dimana seseorang hanya berfokus pada hal yang penting saja lapang persepsi menyempit sehingga kurang melihat, mendengar dan menangkap. Seseorang memblokir area tertentu tetapi masih mampu mengikuti perintah jika diarahkan untuk melakukannya
- 3) Ansietas berat, ditandai dengan penurunan yang signifikan di lapang persepsi. Cenderung memfokuskan pada hal yang detail dan tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ansietas, dan banyak arahan yang dibutuhkan untuk fokus pada area lain.
- 4) Panik, dikaitkan dengan rasa takut dan teror, sebagian orang yang mengalami kepanikan tidak dapat melakukan hal-hal bahkan dengan arahan. Gejala panik adalah peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain,

persepsi yang menyempit, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Orang panik tidak mampu berkomunikasi atau berfungsi secara efektif. Tingkat ansietas ini tidak dapat bertahan tanpa batas waktu, karena tidak kompatibel dengan kehidupan . kondisi panik yang berkepanjangan akan menghasilkan kelelahan dan bahkan kematian, namun panik dapat diobati dengan aman dan efektif.

2.2.5 Patofisiologi

Kecemasan merupakan respon dari persepsi ancaman yang diterima oleh sistem syaraf pusat. Persepsi ini timbul akibat adanya rangsangan dari luar serta dari dalam yang berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Rangsangan tersebut dipersepsikan oleh panca indra, diteruskan dan direspon oleh sistem syaraf pusat sesuai pola hidup tiap individu. Di dalam syaraf pusat, proses tersebut melibatkan jalur Cortex Cerebri-Limbic System-Reticular Activating System-Hypothalamus yang memberikan impuls kepada kelenjar hiofise untuk mensekresi mediator hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal, yang kemudian memacu sistem syaraf otonom melalui mediator hormonal yang lain menyebutkan bahwa di dalam sistem syaraf pusat yang merupakan mediato-mediator utama dari gejala ansietas ialah norepinephrin dan serotonin. Neurotransmitter dan peptida lain, corticotropin-releasing

factor, juga ikut terlibat. Sistem syaraf otonom yang berada di perifer, terutama sistem syaraf simpatis, juga memperantarai banyak gejala ansietas.

2.2.6 Sumber Kecemasan

1) Ancaman internal dan eksternal terhadap ego (S. Freud)

Adanya gangguan pemenuhan kebutuhan dasar seperti : makan, minum, dan seksual

2) Ancaman terhadap keamanan interpersonal dan harga diri (Sullivan)

- a. Tidak menemukan integritas diri
- b. Tidak menemukan prestige
- c. Tidak memperoleh aktualisasi diri
- d. Malu/tidak sesuai antara pandangan diri dan lingkungan nyata.

2.2.7 Tanda dan Gejala - gejala Ansietas

Tanda dan gejala klien dengan ansietas adalah :

- 1) Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri serta mudah tersinggung
- 2) Klien merasa tegang, tidak tenang, gelisah, dan mudah terkejut
- 3) Klien mengatakan takut bila sendiri, atau pada keramaian dan banyak orang
- 4) Mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menegangkan
- 5) Gangguan konsentrasi dan daya ingat

- 6) Adanya keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang belakang, pendengaran yang berdenging atau berdebar-debar, sesak napas, mengalami gangguan pencernaan, berkemih atau sakit kepala.

2.2.8 Karakteristik Tingkat Ansietas

1) Ansietas Ringan

- a) Tingkah laku
 - (1) Duduk dengan tenang, posisi relaks
 - (2) Isi pembicaraan tepat dan normal
- b) Afektif
 - (1) Kurang perhatian
 - (2) Nyaman dan aman
- c) Kognitif
 - (1) Mampu berkonsentrasi
- d) Fisiologis
 - (1) Nafas pendek
 - (2) Nadi meningkat
 - (3) Gejala ringan pada lambung

2) Ansietas Sedang

- a) Tingkah laku
 - (1) Tremor halus pada tangan
 - (2) Tidak dapat duduk dengan tenang

(3) Banyak bicara dan intonasi cepat

(4) Tekanan suara meningkat secara intermitten

b) Afektif

(1) Perhatian terhadap apa yang sedang terjadi

(2) Khawatir, nervous

c) Kognitif

(1) Lapangan persepsi menyempit

(2) Kurang mampu memusatkan perhatian pada faktor yang penting

(3) Kurang sadar pada detail disekitar yang berkaitan

(d) Fisiologis

(1) Nafas pendek

(2) HR meningkat

(3) Mulut kering

(4) Anoreksia

(5) Diare, konstipasi

(6) Tidak mampu relaks

(7) Susah tidur/insomnia

3) Ansietas Berat

a) Tingkah laku

(1) Pergerakan menyentak saat menggunakan tangan

(2) Banyak bicara

- (3) Kecepatan bicara meningkat cepat
- (4) Tekanan meningkat, volume suara keras

b) Afektif

- (1) Tidak adekuat, tidak aman
- (2) Merasa tidak berguna
- (3) Takut terhadap apa yang akan terjadi
- (4) Emosi masih dapat terkontrol

c) Kognitif

- (1) Lapangan persepsi sangat sempit
- (2) Tidak mampu membuat kaitan
- (3) Tidak mampu membuat masalah secara luas

d) Fisiologis

- (1) Nafas pendek
- (2) Gelisah
- (5) Respon terkejut berlebihan
- (6) Ekspresi ketakutan
- (7) Badan bergetar

4) Panik

a) Tingkah laku

- (1) Tidak mampu mengendalikan motorik

- (2) Kasar
 - (3) Aktifitas yang dilakukan tidak bertujuan
 - (4) Pembicaraan sulit dimengerti
 - (5) Suara melengking dan berteriak
- b) Afektif
- (1) Merasa kaget, terjebak, ditakuti, dan merasa diterror
- c) Kognitif
- (1) Persepsi menyempit
 - (2) Berpikir tidak teratur
 - (3) Sulit membuat keputusan dan penilaian
- d) Fisiologis
- (1) Nafas pendek
 - (2) Rasa tercekik/tersumbat
 - (3) Nyeri dada
 - (4) Gerak involunter
 - (5) Tubuh bergetar
 - (6) Ekspresi wajah mengerikan

2.2.9 Faktor Yang Mempengaruhi Ansietas

Ansietas dapat disebabkan karena individu terpapar zat berbahaya/racun (toksin), konflik tidak disadari tentang tujuan hidup, hambatan hubungan dengan kekeluargaan/ keturunan, adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi,

gangguan dalam hubungan interpersonal, krisis situasional/ maturasi, ancaman kematian, ancaman terhadap konsep diri, stress, penyalahgunaan zat, perubahan dalam status peran, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, perubahan lingkungan dan perubahan status ekonomi. (NANDA 2005)

2.2.10 Penatalaksanaan

Menurut Hawari (2008) penatalaksanaan ansietas pada tahap pencegahan dan terapi memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistik, yaitu mencakup fisik (somatik), psikologik atau psikiatrik, psikososial dan psikoreligius. Selengkapnya seperti pada uraian berikut :

- 1) Upaya meningkatkan kekebalan terhadap stress, dengan cara :
 - a) Makan makanan yang bergizi dan seimbang.
 - b) Tidur yang cukup.
 - c) Olahraga
 - d) Tidak merokok
 - e) Tidak meminum minuman keras
- 2) Terapi psikofarmako

Terapi psikofarmako merupakan pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neurotransmitter (sinyal penghantar syaraf) di susunan saraf pusat otak (limbic system). Terapi psikofarmako yang sering dipakai adalah obat anti cemas (anxiolitic), yaitu diazepam, clobazam,

bromazepam, lorazepam, buspironeHCl, meprobamate dan alprazolam.

3) Terapi somatik

Gejala atau keluhan fisik (somatik) sering dijumpai sebagai gejala ikutan atau akibat dari kecemasan yang berkepanjangan Untuk menghilangkan keluhan-keluhan somatik (fisik) itu dapat diberikan obat-obatan yang ditujukan pada organ tubuh yang bersangkutan.

4) Psikoterapi

Psikoterapi diberikan tergantung dari kebutuhan individu, antara lain :

- a) Psikoterapi suportif, untuk memberikan motivasi semangat atau dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta percaya diri.★
- b) Psikoterapi re-edukatif, memberikan pendidikan ulang dan koreksi bila dinilai bahwa ketidak mampuan mengatasi kecemasan
- c) Psikoterapi re-konstruktif, untuk dimaksudkan memperbaiki (re-konstruksi) kepribadian yang telah mengalami goncangan akibat stressor.
- d) Psikoterapi kognitif, untuk memulihkan fungsi kognitif pasien yaitu kemampuan untuk berpikir secara rasional, konsentrai dan daya ingat.

- e) Psikoterapi psikodinamik, untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan mengapa seseorang tidak mampu menghadap stressor psikososial sehingga mengalami kecemasan.
 - f) Psikoterapi keluarga untuk memperbaiki hubungan kekeluargaan agar faktor keluarga tidak lagi menjadi faktor penyebab dan faktor keluarga dapat dijadikan sebagai faktor pendukung.
 - g) Terapi psikoreligius untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial. (Eko Prabowo, 2014)
- 5) Napas Dalam
- Napas dalam yaitu bentuk latihan napas yang terdiri atas pernapasan abdominal (diafragma) Prosedur :
- a) Atur posisi yang nyaman
 - b) Fleksikan lutut klien untuk merelaksasi otot abdomen
 - c) Tempatkan 1 atau 2 tangan pada abdomen, tepat dibawah tulang iga.
 - d) Tarik napas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup. Hitung sampai 3 selama inspirasi.

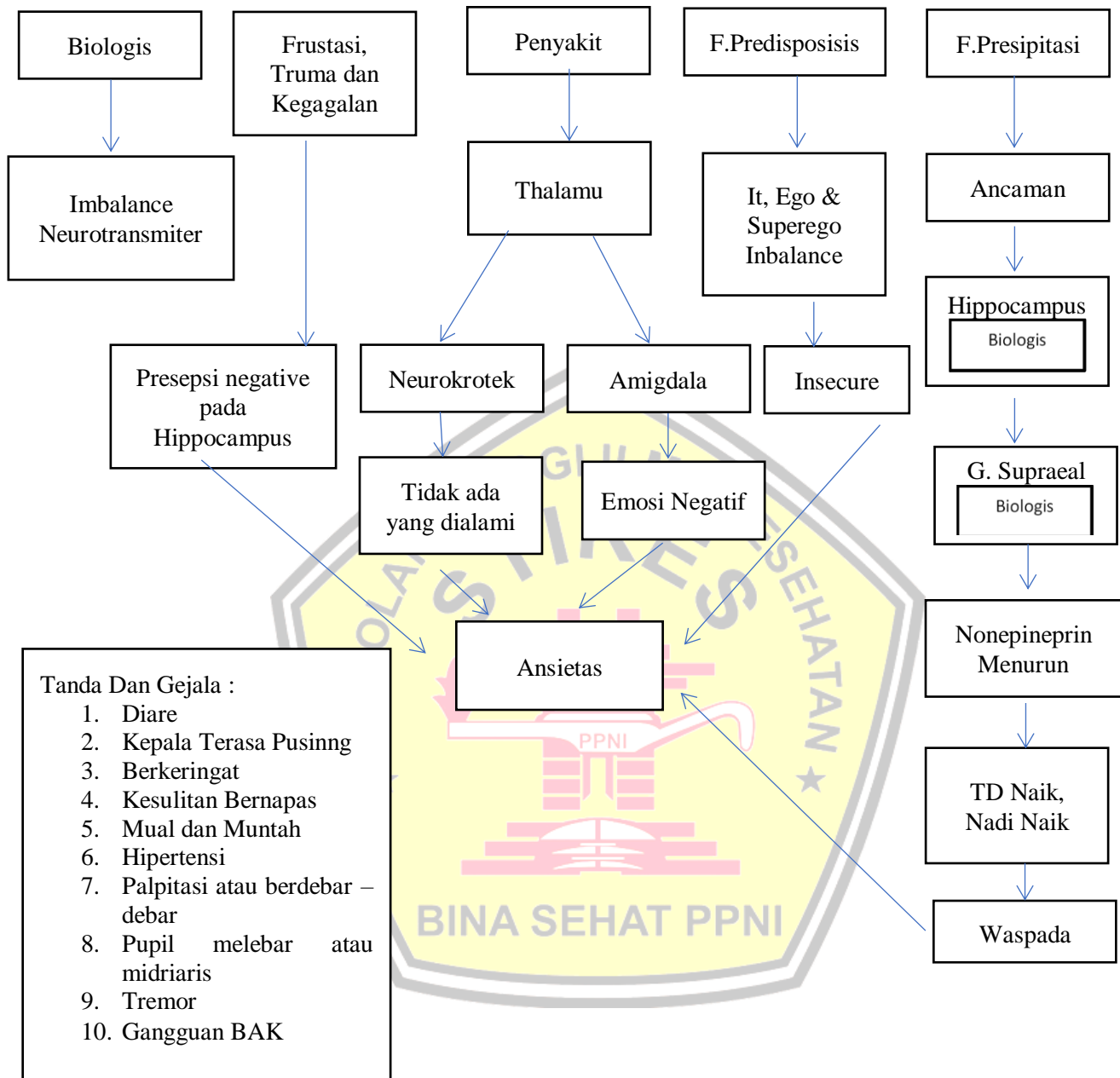
- e) Hembuskan udara lewat bibir seperti meniup secara perlahan –
lahan (Asmadi,2018)

2.2.11 Alat Ukur Ansietas

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) Terdiri dari 20 pertanyaan terkait dengan gejala ansietas. Masing-masing pertanyaan terdapat 4 penilaian yang terdiri dari 1 (tidak pernah), 2 (jarang), 3 (kadang-kadang), dan 4 (sering). Klasifikasi tingkat ansietas berdasarkan skor yang diperoleh yaitu 20-40 (tidak cemas), 41-60 (ansietas ringan), 61-80 (ansietas sedang), dan 81-100 (ansietas berat) (Sarifaah, 2013)

2.2.12 Pathway

Ansitas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Ansietas memiliki beberapa faktor yang dapat merubah tingkah laku seseorang seperti faktor biologis, frustasi dan trauma, penyakit predisposisi dan faktor presipitasi.



Gambar 2. 3 Pathway Anxietas

Endang Nihayati, H. (2017)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Ansietas

2.3.1. Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama dari Proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, social dan spiritual. Ansietas adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Pengkajian pada klien ansietas dapat dilakukan dengan wawancara dan observasi pada klien dan keluarga klien. Tanda dan gejala ansietas dapat ditemukan dengan wawancara melalui pertanyaan sebagai berikut :

1) Identitas Klien

Melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, nama klien, nama panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia klien beserta dengan no RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

2) Alasan masuk RS

Tanyakan pada klien dan keluarga apa yang menyebabkan klien atau keluarga datang kerumah sakit saat ini. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga untu mengatasi masalah, dan bagaimana hasilnya

3) Faktor Predisposisi

- a) Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu atau tidak ?
- b) Bagaimana pengobatan sebelumnya ?
- c) Trauma :

Jenis Trauma	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
Aniaya fisik				
Aniaya seksual				
Penolakan				
Kekerasan dalam keluarga				
Tindakan kriminal				
Lain-lain				

Tabel 2. 1 Pengkajian Jenis Trauma

*Bila klien pernah mengalami (ya), bagaimana hasil pengobatan sebelumnya (**Berhasil** bilamana klien bisa beradaptasi dimasyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa, **Kurang berhasil** bilamana klien bisa beradaptasi tapi masih ada gejala-gejala sisa dan **Tidak berhasil** bilamana klien ada tidak ada kemajuan /gejala menetap/bahkan gejala semakin bertambah parah).*

d) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ?

★ Bila ada :

Hubungan keluarga :

Gejala :

Riwayat pengobatan :

e) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan ?

Apakah ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan (seperti kegagalan, perpisahan, kematian, trauma dll) selama tumbuh kembang yang pernah dialami klien sepanjang hidupnya.

Menurut Stuart dan Laraia (1998) terdapat beberapa

teori yang dapat menjelaskan ansietas, di antaranya sebagai berikut.

a) Faktor biologis

Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine. Reseptor ini membantu mengatur ansietas. Penghambat GABA juga berperan utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas sebagaimana halnya dengan endorfin. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor.

b) Faktor psikologis

1) Pandangan psikoanalitik

Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara antara dua elemen kepribadian—id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

2) Pandangan interpersonal

Ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang yang mengalami harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.

3) Pandangan perilaku

Ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap sebagai dorongan belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Individu yang terbiasa dengan kehidupan dini dihadapkan pada ketakutan berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas dalam kehidupan selanjutnya.

c) Sosial budaya

Ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan ansietas dan antara gangguan ansietas

dengan depresi. Faktor ekonomi dan latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas.

4) Faktor Presipitasi

Stressor pencetus mungkin berasal dari sumber internal atau eksternal. Stressor pencetus dapat dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu :

- a) Ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari.
- b) Ancaman terhadap konsep diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang.

5) Perilaku

Ansietas dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologi dan perilaku secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping dalam upaya melawan kecemasan. Intensitas perilaku akan meningkat sejalan dengan peningkatan tingkat kecemasan.

6) Sumber Koping

Individu dapat mengalami stress dan ansietas dengan menggerakkan sumber koping tersebut di lingkungan. Sumber koping

tersebut sebagai modal ekonomi, kemampuan penyelesaian masalah, dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress mengadopsi strategi koping yang berhasil.

7) Mekanisme Koping

Ketika mengalami ansietas individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya dan ketidakmampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Ansietas tingkat ringan sering ditanggulangi tanpa serius. Tingkat ansietas sedang dan berat menimbulkan 2 jenis mekanisme koping yaitu :

- a) Reaksi yang berorientasi pada tugas, yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realitis tuntutan situasi stress.
- b) Mekanisme pertahanan ego, membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi jika berlangsung pada tingkat sadar dan melibatkan penipuan diri serta distorsi realitas, maka mekanisme ini dapat merupakan respon maladaptif terhadap stress.

8) Pemeriksaan fisik

a) Gambaran umum

Biasanya klien dengan ansietas tampak mengalami kepanikan.

b) Kesadaran Klien

Klien dengan ansietas biasanya mengalami bingung, delirium, dan sedasi

c) Kepala dan leher

Biasanya klien dengan ansietas mengalami sklera yang tidak ikterik, konjungtiva tidak pucat, tidak ada edema palpebra, serta tidak mengalami pembesaran liphe node anterior dan posterior, dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

d) Telinga

Klien dengan ansietas kondisi telinga dalam keadaan bersih, serta membran timpani yang utuh

e) Vaskularisasi perifer

Klien dengan ansietas terkadang mengalami wajah yang pucat, ekstremitas pucat dan tidak ada edema

f) Perkusi reflek tendo

Klien dengan ansietas biasanya reflek tendo normal, reflek +1 dan tidak ada klonus

g) Neurologik

Terkadang klien dengan ansietas mengalami keluhan pusing

9) Psikososial

a) Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

b) Konsep diri

1) Gambaran Diri

Bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuhnya yang paling disukai dan bagian yang paling tidak disukai.

2) Identitas Diri

Bagaimana tentang status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status/posisi tersebut, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan.

3) Peran

Bagaimana harapan klien dengan tubuhnya, posisi, status, tugas/peran yang diembannya dalam keluarga,

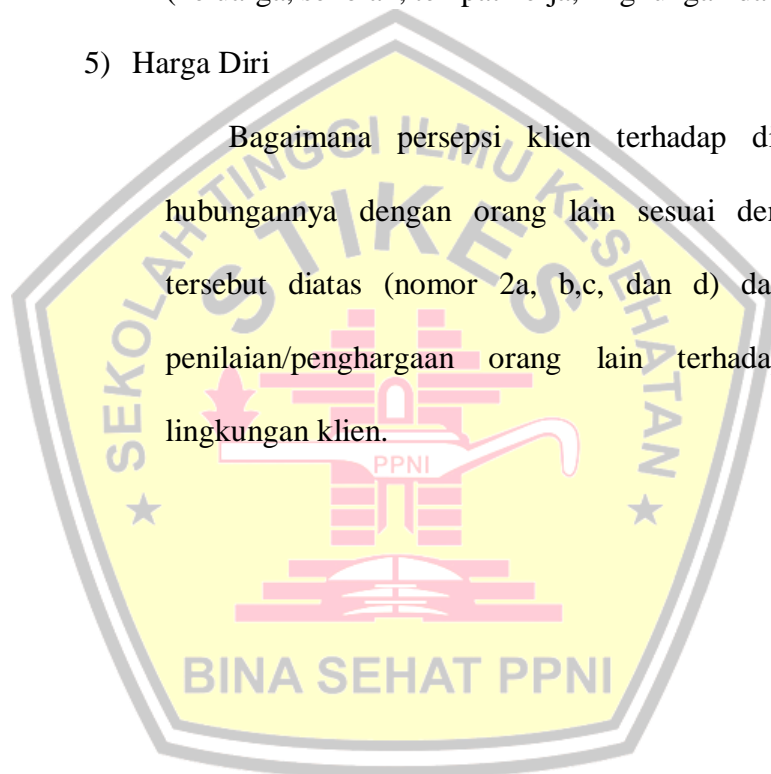
kelompok, masyarakat dan bagaimana kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.

4) Ideal Diri

Bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/peran dan harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, lingkungan dan masyarakat)

5) Harga Diri

Bagaimana persepsi klien terhadap dirinya dalam hubungannya dengan orang lain sesuai dengan kondisi tersebut diatas (nomor 2a, b,c, dan d) dan bagaimana penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan klien.



6) Proses Pikir

(1) Arus pikiran

Sirkumtansial yaitu pembicaraan yang berbelit tetapi sampai dengan tujuan pembicaraab dan perseverasi yaitu pembicaraan yang di ulang berkali-kali. Selain sirkumtansial dan perseverasi klien dengan halusinasi visual biasanya juga mengalami gangguan dalam bentuk blocking yaitu jalan pikiran tiba-tiba berhenti atau berhenti di tengah sebuah kalimat. Klien tidak dapat menerangkan kenapa ia berhenti

(2) Bentuk pikiran

Klien lebih sering diam dan larut dengan menyendiri, bersikap seperti malas-malasan

(3) Isi pikiran

Klien merasa lebih senang menyendiri dari pada berkumpul dengan orang lain. Klien suka membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang kesal atau marah, klien biasanya waham curiga atau phobia

(4) Praktik sosial

Kaji apakah anak-anak selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan personal higiene.

(5) Status sosial ekonomi

Kaji tentang latar belakang pekerjaan keluarga dimana berhubungan dengan personal higiene yang memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, sampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.

★(6) Pengetahuan

Kaji tentang pengetahuan personal higiene dimana ini sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan.

(7) Budaya

Kaji/ tanyakan jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan atau kebiasaan atau kepercayaan keluarga dan lingkungan.

(8) Kebiasaan

Kaji apakah ada kebiasaan klien yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, samphoo dan lain-lain.

(9) Kondisi fisik atau psikis

Pada keadaan tertentu (sakit) kaji kemampuan untuk merawat diri berkurang dan kaji apakah perlu bantuan untuk melakukannya

c) Hubungan Sosial

Siapa orang yang berarti dalam kehidupan klien, tempat mengadu, bicara, minta bantuan atau dukungan baik secara material maupun non material, peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat, kelompok sosial apa saja yang diikuti dilindungi dan sejauh mana klien terlibat. Hambatan apa saja dalam berhubungan dengan orang lain/kelompok tersebut.

d) Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

e) Status Mental

(1) Penampilan

Cara berpenampilan tidak seperti biasanya, tidak rapi, bau, dan kotor.

(2) Pembicaraan

Tidak mampu memulai pembicaraan, berbicara hanya jika ditanya. Cara berbicara digambarkan dalam frekuensi (Kecepatan cepat/lambat), volume (Keras/lembut), jumlah (sedikit, membisu, ditekan) dan karakteristiknya (gugup, kata-kata bersambung, aksen tidak wajar). Pada klien ansietas biasanya ditemukan cara bicara yang cenderung gugup dan tidak wajar.

(3) Aktivitas motoric

- Tegang, gelisah, takut, sedih, marah, dll.
- Tik : ekspresi wajah kecil yang tidak disadari
- Grimasem : ekspresi wajah yang berubah-ubah tanpa disadari klien

(4) Efek dan emosi

- Labil : emosi klien yang cepat berubah-ubah
- Tidak sesuai : emosi klien yang bertentangan/bertolak belakang dengan stimulus yang diberikan

(5) Interaksi selama wawancara

- Bingung
- Bermusuhan
- Curiga
- Halusinasi

(6) Persepsi / sensori

Persepsi sensori sebagai penyebabnya

(7) Tingkat kesadaran

Tidak sadar, separuung, apatis, dll.

(8) Memori

Gangguan daya ingat jangka menengah

(9) Tingkat konsentrasi

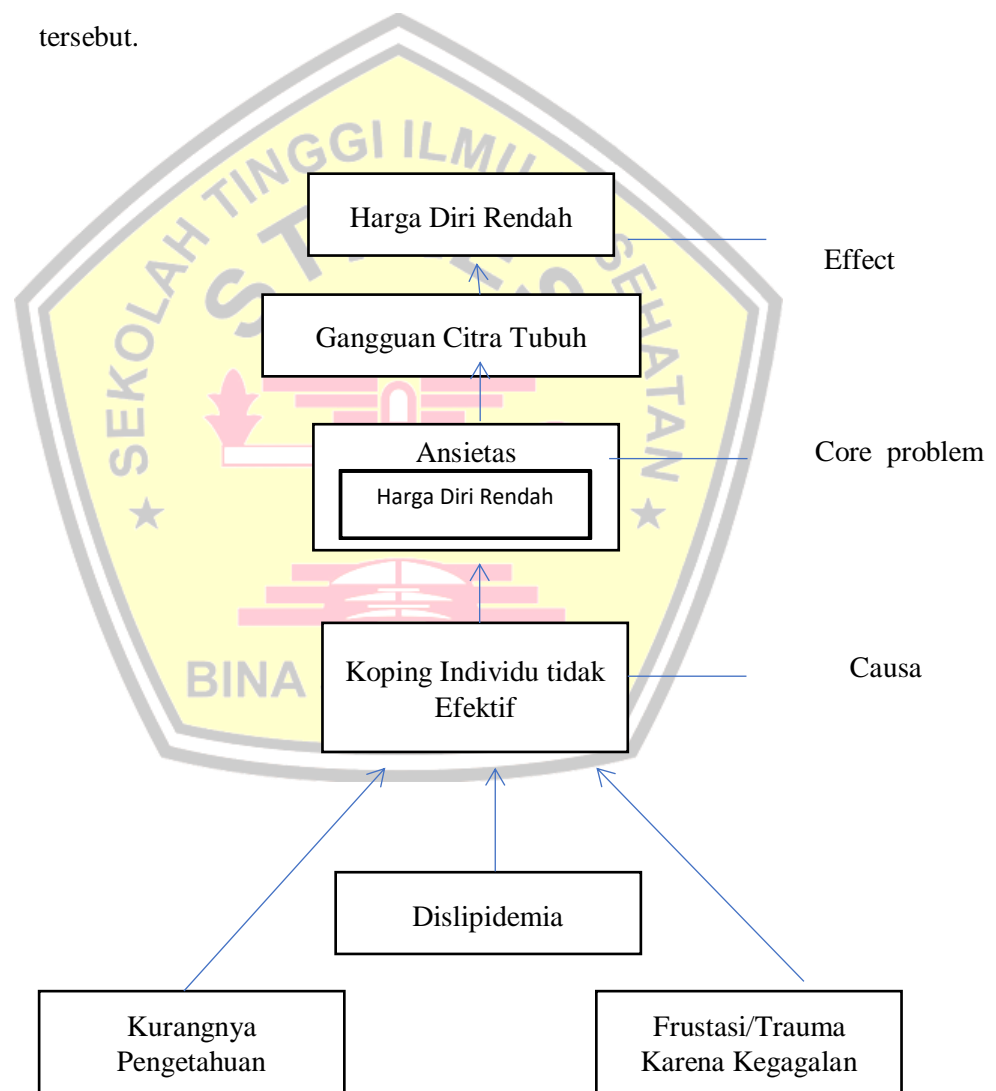
Konsentrasi menurun, tidak mampu atau mampu

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

1. Ansietas berhubungan dengan hasil uji kolesterol dan Triglicerida yang tinggi di tandai dengan gelisah dan sulit makan

2.3.3. Pohon Masalah

Dampak penyakit dislipidemia yang menyebabkan harga diri rendah pada klien atau pasien tersebut. Di karenakan terdapat anggota tubuh yang tidak bisa bekerja secara normal di karenakan dislipidemia bahkan dapat menyebabkan nyeri sehingga mengganggu aktivitas dari klien atau pasien tersebut.



Gambar 2. 4 Pohon Masalah Ansietas

2.3.4. Rencana Asuhan Keperawatan Klien Dengan Ansietas

Perencanaan		Intervensi
Tujuan	Kriteria Evaluasi	
<p>Tujuan umum : Setelah di lakukan Asuhan Keperawatan Tingkat Ansietas menurun</p>		
<p>TUK 1: Klien mampu membina dan menjalin hubungan saling percaya dengan perawat menggunakan komunikasi yang terapeutik</p>	<p>Klien menunjukkan tanda tanda dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi wajah bersahabat - Klien menunjukkan rasa senang - Klien bersedia menyebutkan nama - Ada kontak mata - Klien bersedia mengutarakan masalah yang dihadapinya. 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sapa klien dengan ramah baik secara verbal maupun non verbal - Perkenalkan diri dengan sopan - Lakukan pendekatan dengan klien. - Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien - Jelaskan tujuan dari pertemuan tersebut - Tunjukan sikap empati dan menerima klien apa adanya

<p>TUK 2: Klien mampu mengenali tingkat ansietas yang dialami</p>	<p>1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala ansietas</p>	<p>Dalam rangka mengurangi ansietas maka perlu dilakukan intervensi berupa :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu klien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya - Hubungkan perilaku dan perasaannya - Validasi kesimpulan dan asumsi terhadap klien - Gunakan pertanyaan terbuka untuk mengalihkan topik yang mengancam ke hal yang berkaitan dengan konflik - Gunakan konsultasi untuk membantu klien mengungkapkan perasaannya - Mendengarkan klien tentang apa penyebab ansietas yang dialami dengan penuh perhatian - Observasi tanda verbal dan non verbal dari ansietas klien
<p>TUK 3 : Klien dapat mengurangi tingkat ansietasnya.</p>	<p>1. Tingkat ansietas berkurang</p>	<p>Dalam Rangka Mengurangi Level Ansietas, Berikut Ini Merupakan Intervensi Yang Dapat Dilakukan Dalam Kaitannya Dengan Teknik Menenangkan (<i>Calming Technique</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien Mampu Mengurangi Atau Menghilangkan Rangsangan Yang Menyebabkan Ansietas Pada Klien

<p>TUK 4 : Klien mampu menggunakan mekanisme koping adaptif</p>	<p>1. Tingkat ansietas yang dialami klien berkurang</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gali Cara Klien Mengurangi Ansietas Dimasa Lalu - Tunjukkan Akibat Maladaptif Dan Destruktif Dari Respons Koping Yang Digunakan - Dorong Klien Untuk Menggunakan Respons Koping Adaptif Yang Dimilikinya - Latih Klien Dengan Menggunakan Ansietas Sedang
<p>TUK 5 : Klien mampu memperagakan dan menggunakan teknik relaksasi tarik napas dalam</p>	<p>1. Tingkat ansietas klien berkurang 2. Klien mampu mengendalikan gangguan ansietas yang dialami</p>	<p>Ajarkan Klien Teknik Relaksasi Untuk Meningkatkan Kembali Rasa Percaya Diri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan Relaksasi <ul style="list-style-type: none"> a. Tarik Napas Dalam b. Mengerutkan Dan Mengendurkan Otot-Otot
<p>TUK 6 : Ansietas sembuh, klien mampu mengatasi saat ansietasnya kambuh</p>	<p>1. Klien mampu mengatasi ansietas yang ia alami dengan baik 2. Ansietas klien sembuh.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ingatkan klien untuk tetap melakukan teknik relaksasi saat klien mengalami ansietas.

Tabel 2. 2 Rencana Asuhan Keperawatan

SOP Teknik relaksasi Tarik nafas dalam

Tahap Pra interkasi

1. Identifikasi pasien meliputi nama dan umur klien
2. Indikasi kebutuhan pasien
3. Cuci tangan

4. Menggunakan handsoon, jika perlu
5. Siapkan alat

Tahap orientasi :

1. Beri salam, panggil klien dengan Namanya
2. Jelaskan tujuan dan prosedur Tindakan
3. Beri kesempatan pada klien untuk bertanya

Tahap kerja :

1. Tempatkan pasien di tempat yang tenang dan nyaman
2. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman
3. Berikan posisi nyaman (misal dengan duduk bersandar atau tidur)
4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
5. Latih melakukan teknik napas dalam :
 - a. Anjurkan tutup mata dan konsentrasi penuh
 - b. Ajarkan melakukan inspirasi dengan
 - c. menghirup udara melalui hidung secara perlahan
 - d. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mencucu secara perlahan
 - e. Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama

8 detik

- f. Monitor respons pasien selama dilakukan prosedur

2.3.5. Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Nurjannah, 2014)

2.3.6. Evaluasi

1. Pada Pasien
 - a. Klien dapat membina hubungan saling percaya
 - b. Klien dapat menyebutkan penyebab ansietas.
 - c. Klien dapat menyebutkan situasi yang menyertai ansietas.
 - d. Klien dapat menyebutkan perilaku terkait ansietas.
 - e. Klien dapat melakukan teknik pengalihan situasi, yaitu tarik napas dalam
2. Pada Keluarga
 - a. Keluarga mampu menyebutkan pengertian ansietas.
 - b. Keluarga mampu menyebutkan tanda dan gejala ansietas.
 - c. Keluarga mampu mengajarkan ke pasien teknik pengalihan situasi, tarik napas dalam, relaksasi otot, dan teknik lima jari.