

LAMPIRAN

Lampiran 1 **Lembar Persetujuan Menjadi Responden**

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat, Yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Universitas Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto:

Nama : Meilani Fitri Widayanti

NIM : 202503073

Telp : 0859171680958

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Penerapan *Spiritual Emotional Freedom Technique* (Seft) Dalam Asuhan Keperawatan Untuk Mengurangi Ansietas Pada Ibu *Postpartum Sectio Cesaria*”.

Berkenaan dengan hal tersebut, maka saya mohon dengan hormat kepada saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Berikut ini adalah beberapa hal yang perlu saya informasikan terkait dengan keikutsertaan saudara sebagai responden dalam penelitian ini, yaitu:

1. Tujuan penelitian adalah untuk membuktikan efektifitas terapi.
2. Manfaat penelitian adalah mendukung upaya peningkatan pelayanan keperawatan, khususnya dalam memberikan asuhan kepada pasien di instalasi rawat inap.
3. Perlakuan yang diberikan pada saudara yaitu: saudara diminta untuk menjawab pertanyaan kuesioner dengan sejujur jujurnya
4. Identitas responden akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti
5. Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian
6. Penelitian ini tidak berbahaya bagi Kesehatan saudara
7. Penelitian ini tidak akan memungut biaya sedikitpun dari saudara
8. Apabila dalam penelitian ini, responden merasa tidak nyaman akan sesuatu hal. Saudara berhak mengundurkan diri dari contoh inform consent
9. Saudara akan mendapatkan cinderamata sebagai tanda terimakasih telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
10. Hal hal yang belum jelas dapat kepada peneliti.

Demikian penjelasan yang dapat saya sampaikan. Atas perhatian dan partisipasi saudara, saya sampaikan terimakasih.

Mojokerto, 25 Oktober 2025

Hormat saya

Meilani Fitri

Lampiran 2 Lembar Permohonan Menjadi Responden**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN****(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Kode responden :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian yang diselenggarakan oleh mahasiswa Universitas Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto, maka saya

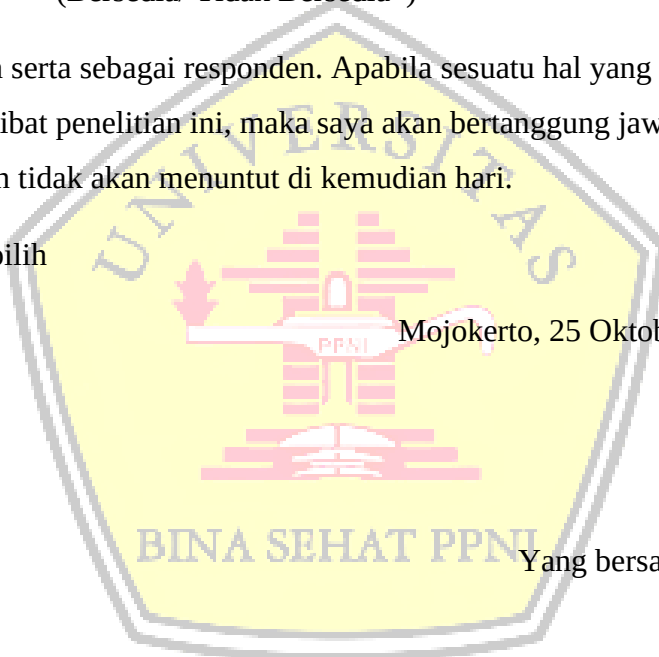
(Bersedia/ Tidak Bersedia*)

Untuk berperan serta sebagai responden. Apabila sesuatu hal yang merugikan diri saya akibat penelitian ini, maka saya akan bertanggung jawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut di kemudian hari.

*) Coret yang tidak dipilih

Mojokerto, 25 Oktober 2025

Yang bersangkutan



Lampiran 3 Asuhan Keperawatan

Asuhan Keperawatan Klien Ansietas dengan *Diagnose Premature Rupture Of Membranes*

1. Pengkajian

Ruang rawat : Sriwijaya

Tanggal dirawat/MRS : 25-Oktober-2025

A. Identitas Klien

Nama : Ny.F (P)

Umur : 22 tahun

Nomor RM : 471744

B. Alasan Masuk

Keluhan Utama :

Pasien mengatakan cemas karena ketuban pecah dini jam 02.30 (24/10)

Faktor Precipitasi :

Ny F mengatakan bahwa kemarin dirinya didiagnosa kekurangan energi kronis dan mengalami ketuban pecah dini diharuskan melakukan *Sectio Cesaria* pada hari sabtu, 25 Oktober 2025. Ny. Smengatakan khawatir jika terjadi suatu hal yang tidak diinginkan kepada diri dan bayinya selama proses *Sectio Cesaria*. Ny. S juga takut jika perannya sebagai seorang istri akan tergantikan, karena nanti dirinya selalu membebani suami dan keluarganya.

C. Faktor Predisposisi

1. Riwayat Penyakit Dahulu :

Suaminya pasien mengatakan sebelum mengalami ketuban pecah dini pasien juga didiagnosa Kekurangan energi kronis. Suaminya mengatakan, Ny F setiap permasalahan yang dihadapinya dan mencoba menyelesaikan masalah dengan menangis.

2. Pengobatan sebelumnya :

pasien sebelumnya tidak pernah mengalami gangguan jiwa

3. Trauma

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

Jelaskan No 1,2,3 :

berdasarkan pernyataan suami pasien sering mengalami cemas dalam menghadapi berbagai masalah, namun tidak pernah berkunjung ke rumah sakit untuk penanganan yg lebih lanjut karena pasien takut.

Masalah keperawatan : Ansietas

4. Anggota keluarga yang gangguan jiwa? Tidak ada

Bila ada : Hubungan keluarga :

Gejala :

Riwayat pengobatan :

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan?

Ny F mengatakan bayi bibinya meninggal karena ketuban pecah sebelum hari perslinan tiba pada saat 2 bulan lalu.

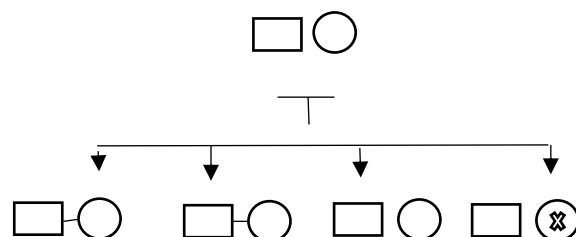
Masalah Keperawatan : **Respon pasca trauma**

D. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda vital : TD : 139/92 mmHg N: 102 x/mnt S: 37,1C rr: 20x/mnt
2. Ukuran : Berat Badan (BB) : 50 Kg. Tinggi Badan (TB) : 153 cm
3. Keluhan fisik : pasien mengeluh badan terasa lemas, pusing, dan berdebar-debar
4. Pemeriksaan Fisik (Fokus)
5. Pola Kesehatan: pasien mengatakan BAB 1 kali sejak masuk rumah sakit
Jelaskan : pemeriksaan dilakukan pada hari ke 4 perawatan dengan keluhan pusing, dan berdebar-debar.

E. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



: laki-laki



: Perempuan



: Ny. F

Jelaskan :

Ny. Smerupakan anak ke dua dari 4 bersaudara. Ny. Smerupakan seorang istri dari Tn. A dan tinggal bersama suami dan keluarganya.

2. Konsep Diri

- Gambaran diri : Ny. S memiliki persepsi bahwa dirinya lemas, pusing, dan berdebar-debar karena kondisinya.
- Identitas diri : Ny. S mengatakan dirinya terlalu cemas memikirkan penyakitnya sehingga mengabaikan peran sebagai seorang istri dan ibu, Dirinya merasa kurang berguna untuk suami dan anaknya.
- Peran : Ny.S mengatakan dalam keluarga dirinya berperan sebagai ibu rumah tangga, tetapi Ny.S tidak bisa melakukan peran nya sebagai ibu rumah tangga karena keterbatasan aktivitas dan perasaan cemas yang berlebihan.
- Ideal diri : Ny.S mengatakan dirinya berharap bisa mengontrol perasaan cemasnya dan bisa beraktivitas seperti biasanya
- Harga diri : Ny.S merasa tidak berguna karena tidak dapat melakukan peran dalam keluarga dan masyarakat

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah situasi

3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti : pasien mengatakan orang yang paling berharga adalah keluarga
- b. Peran serta kegiatan kelompok/masyarakat : Ny. F mengatakan dulu sering ikut organisasi ditempatnya
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Ny.F mengatakan tidak mempunyai hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

4. Spiritual:

- A. Nilai dan keyakinan : pasien mengatakan dirinya beragama islam
- B. Kegiatan Ibadah : Pasien mengatakan saat sebelum sakit dirinya tidak pernah meninggalkan sholat, namun saat dirumah sakit sholatnya tidak 5 waktu
- C. Masalah keperawatan: distress spiritual

F. STATUS MENTAL

1. Penampilan :

O Tidak rapi O Penggunaan pakaian tidak sesuai
 O Cara berpakaian tidak seperti biasanya O Lain-lain, jelaskan
 Jelaskan : Penampilan pasien terlihat kusut tetapi masih sesuai antara baju dan celana

2. Pembicaraan :

O Cepat O Keras O Gagap O Inkoherensi O Apatitis O Lambat O Membisu O
 Tidak mampu memulai pembicaraan O Lain-lain, jelaskan.

 Jelaskan : pasien berbicara lemah
 Masalah keperawatan: kerusakan komunikasi verbal

3. Aktivitas Motorik

O Lesu O Tegang v Gelisah O Agitasi TIK O Grimas O Tremor
 O Kompulsif O Lain – lain, jelaskan :
 Jelaskan : Ny.F terlihat Gelisah, hal tersebut bisa dilihat dari cara tangan pasien yang tidak bisa diam
 Masalah keperawatan: resiko tinggi cedera

4. Afek dan Emosi

- a. **Afek** : O Datar O Tumpul O Labil O Tidak sesuai O Lain-lain, jelaskan

Jelaskan : Afek Ny.F Labil, karena emosi yang cepat berubah-ubah karena merasa cemas dan merasa khawatir, karena kondisinya dan uh dari bayinya (berada di NICU)

Masalah keperawatan: resiko tinggi cedera

- b. **Alam perasaan** (emosi) : O Sedih v Ketakutan v Putus asa v Kuatir O Gembira O Lain –lain, jelaskan

Jelaskan : Pasien mengatakan dirinya takut dan khawatir karena akan menjalani hemodialisis, dirinya takut terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan pada saat menjalani proses hemodialisis.

Masalah keperawatan : Ansietas

5. **Interaksi selama wawancara** : O Bermusuhan O Tidak kooperatif O Mudah tersinggung v Kontak mata kurang O Defensif O Curiga O Lain-lain,

Jelaskan : pasien terlihat kontak mata kurang, mata melihat kesana kesini.

Masalah keperawatan: kerusakan interaksi sosial

6. **Persepsi – Sensori** :

Apakah ada gangguan : tidak ada

Halusinasi : OPendengaran OPenglihatan OPerabaan OPengecapan O

Penghidu Illusi : O ada O Tidak ada O lain-lain, jelaskan :

..... Jelaskan :

.....

7. **Proses Pikir:**

A. **Proses Pikir (Arus dan Bentuk Pikir) :**

O Sirkumtasial O Tangensial O Blocking O Kehilangan asosiasi O Flight of idea v Pengulangan pembicaraan/perseverasi O lain-lain

..... jelaskan : pasien terlihat kesulitan berkonsentrasi karena saat wawancara berlangsung sering kali menyuruh mengulang pertanyaan.

B. **Isi Pikir** :

O Obsesi O Hipokondria O Depersonalisasi O Pikiran Magis O Ide terkait Waham : O Agama O Somatik O Kebesaran O Curiga O Nihilistik O Sisip pikir O Siar pikir O Kontrol Pikir O Lain –lain, jelaskan :

Jelaskan : tidak ada masalah

8. Tingkat Kesadaran :

O Bingung O Sedasi O Stupor O Lain-lain, jelaskan

Adakah gangguan orientasi (disorientasi) : O Waktu O Orang O Tempat

Jelaskan : pasien dalam keadaan sadar dan mampu menjawab pertanyaan

9. Memori :

O Gangguan daya ingat jangka panjang O Gangguan daya jangka menengah

O Gangguan daya ingat jangka pendek O Koafabulasi v Lain-lain, jelaskan pasien tidak mengalami gangguan memori

Jelaskan : pasien mengatakan dirinya masih mengingat kejadian saat ini ataupun beberapa tahun yang lalu. Saat ditanya kembali nama pemeriksa pasien mampu menjawabnya.

10. Tingkat konsentrasi dan berhitung :

O Mudah beralih v tidak mampu berkonsentrasi O tidak mampu berhitung sederhana O Lain-lain, jelaskan

Jelaskan : pasien mengatakan dirinya saat mengalami cemas sulit untuk berkonsentrasi, seperti saat suaminya mengajak berdiskusi tentang dilakukan hemodialisa atau tidak dirinya hanya menoleh kesana kemari dan saat wawancara pemeriksa disuruh mengulang pertanyaan. Masalah keperawatan: perubahan proses pikir

11. Kemampuan penilaian :

O Gangguan ringan O gangguan bermakna O Lain –lain, jelaskan

Jelaskan : Pasien merasa cemas sehingga cenderung melebih-lebihkan risiko sehingga kesulitan dalam mengambil keputusan.

12. Daya tilik diri :

O mengingkari penyakit yang diderita O Menyalahkan hal-hal diluar dirinya O Lain- lain, jelaskan

Jelaskan : pasien tidak menyalahkan penyakit yang diderita

II. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan :

Kemampuan memenuhi kebutuhan	Ya	Tidak
Makanan	V	
Keamanan	V	
Peawatan kesehatan		V
Pakaian	V	
Transportasi	V	
Tempat tinggal	V	
Kuangan		V
Lain-lain		

Jelaskan : Kemampuan pasien memenuhi kebutuhan adalah pasien tidak mampu memenuhi perawatan kesehatan dan mencari uang sendiri.

III. Kegiatan Hidup sehari-hari (ADL) :

a. Perawatan Diri :

Kegiatan hidup sehari- hari	Bantuan Total	Bantuan Minimal
Mandi		V
Kebersihan		V
Makan		V
Buang air kecil / BAK		V
Buang air Besar / BAB		V
Ganti pakaian		V

Jelaskan : Pengkajian ADL pasien dapat melakukan semuanya dengan bantuan ringan.

b. Nutrisi :

* Apakah anda puas dengan pola makan anda? Puas

Bila tidak puas, jelaskan :

.....

* Apakah anda makan memisahkan diri ? Tidak

Bila ya, jelaskan :

.....

* Frekuensi makan sehari : 3 X

* Nafsu makan : O Meningkat O Menurun O Berlebihan v Sedikit – sedikit

* Berat Badan : O Meningkat v Menurun

BB saat ini : 50 kg, BB terendah : 40 Kg, BB tertinggi Tertinggi : 50 .Kg

Jelaskan : ada masalah pada berat badan pasien pada saat hamil trimester 1

c. Tidur :

* Apakah ada masalah tidur? Ada, jelaskan pasien mengatakan tidak bisa tidur tidak nyenyak karena perasaan cemas yang berlebihan.

* Apakah merasa segar setelah bangun tidur? Tidak segar, jelaskan.pasien mengatakan tidur kurang dari 4 jam dan saat tidur tidak nyenyak

* Apakah ada kebiasaan tidur siang? Tidak

* Apakah ada yang menolong anda mempermudah untuk tidur? O Ada, jelaskan V Tidak ada

* Tidur malam jam : 1 bangun jam : 4 .rata – rata tidur malam : 3-4 jam

* Apakah ada gangguan tidur? V Sulit untuk tidur O Bangun terlalu pagi OSamnambulisme OTerbangun saat tidur v gelisah saat tidur OBerbicara saat tidur O Lain – lain, jelaskan :

.....

Jelaskan pola tidur pasien tidak nyenyak karena merasa cemas yang berlebih

Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Tidur

IV. Kemampuan klien dalam hal – hal berikut ini :

a) Mengantisipasi kehidupan sehari – hari : v ya O Tidak

b) Menbuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri : v Ya O Tidak

- c) Mengatur penggunaan obat : V Ya O Tidak
 d) Melakukan pemeriksaan kesehatan : V Ya O Tidak

Jelaskan : tidak ada masalah, namun saat ini pasien merasa cemas sehingga cenderung melebih-lebihkan risiko sehingga kesulitan dalam mengambil keputusan.

V. Klien memiliki sistem pendukung :

- Keluarga : V Ya O Tidak - Teman sejawad : V Ya O Tidak
 - Terapis : V Ya O Tidak - Kelompok Sosial : V Ya O Tidak

Jelaskan : Pasien memiliki system pendukung keluarga, teman sejawat, dan tetangganya.

A. Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi?

V Ya/menikmati O Tidak menikmati, jelaskan

.....

VI. MEKANISME KOPING

Adaptif		Mal adaptif	
	Bicara dengan orang lain		Minum alkohol
	Mampumenyelesaikan masalah		Reaksi lambat/berlebihan
	Tehnik relaksasi		Bekerja berlebihan
	Aktifitas konstruktif		Menghindar
	Olah raga		Menciderai diri
	Lain - lain		Lain - lain

Jelaskan : Mekanisme koping adaptif pasien adalah bicara dengan orang lain dan dapat melakukan Teknik relaksasi.

VII. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

O Masalah dengan dukungan kelompok,
 spesifiknya..... O Masalah berhubungan dengan
 lingkungan, spesifiknya O Masalah dengan
 pendidikan, spesifiknya
 O Masalah dengan pekerjaan, spesifiknya

O Masalah dengan perumahan, spesifiknya

.....

O Masalah dengan ekonomi, spesifiknya

..... O Masalah dengan pelayanan

kesehatan, spesifiknya O Masalah lainnya,

spesifiknya

VIII. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang suatu hal?

V Penyakit/gangguan jiwa O sistem pendukung O faktor presipitasi O koping O penyakit fisik O obat – obatan Olain-lain, jelaskan.....

Jelaskan : Pasien mengatakan dirinya mengetahui bahwa dirinya mengalami ansietas dan penyebab dari ansietas itu, tetapi dirinya tidak tahu cara mengatasi ansietas yang dirasakan.

Masalah Keperawatan :kurang pengetahuan terkait penanganan ansietas

IX. ASPEK MEDIS

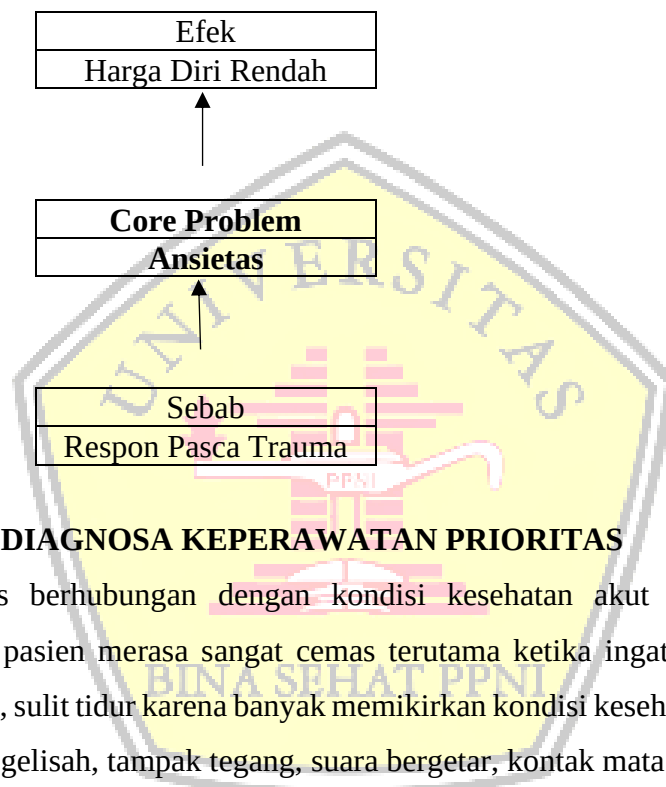
Diagnosa medik : *Premature Rupture Of Membranes*

A. ANALISA DATA

No	Data	Masalah
1	Data Subjektif (DS): 1. Ny. F mengatakan cemas karena khawatir dengan kondisi dirinya dan bayinya. 2. Ny. F mengatakan khawatir akan terjadi sesuatu yang tidak diinginkan pada bayinya. 3. Ny. F mengatakan takut perannya sebagai istri akan tergantikan karena merasa akan menjadi beban bagi suami dan keluarganya. Data Objektif (DO): 1. Keadaan umum tampak lemah. 2. Tampak gelisah. 3. Berbicara dengan nada suara meninggi/keras.	Ansietas

No	Data	Masalah
	4. Kesulitan berkonsentrasi. 5. Kesulitan mengambil keputusan. 6. Sulit tidur pada malam hari. 7. Tampak berdebar-debar (palpitasi). 8. Frekuensi nadi 102 kali/menit (takikardia). 9. Tekanan darah 139/95 mmHg. 10. Frekuensi napas 20 kali/menit.	

B. POHON MASALAH



C. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN PRIORITAS

1. Ansietas berhubungan dengan kondisi kesehatan akut ditandai dengan pasien merasa sangat cemas terutama ketika ingat dengan bayinya, sulit tidur karena banyak memikirkan kondisi kesehatannya, tampak gelisah, tampak tegang, suara bergetar, kontak mata kurang.

RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Ny. F

Ruangan : Sriwijaya

Nomor RM : 471744

Diagnosa Medis : *Premature Rupture Of Membranes*

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
Ansietas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun	1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi ang dihadapi menurun 2) Perilaku gelisah menurun 3) Perilaku tegang menurun 4) Keluhan pusing menurun 5) Frekuensi nadi menurun 6) Pola tidur membaik 7) Konsentrasi membaik Kontak mata membaik 8) Verbalisasi khawatir akibat kondisi ang dihadapi menurun 9) Perilaku gelisah menurun 10) Perilaku tegang menurun	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 4) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5) Temani pasien untuk mengurangi ansietas, jika memungkinkan Pahami situasi yang membuat ansietas 6) Dengarkan dengan penuh perhatian 7) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	Reduksi ansietas 1. Mengetahui waktu atau situasi pemicu dapat membantu mengantisipasi dan mengurangi gejala ansietas sebelum meningkat. 2. Mengetahui sejauh mana pasien bisa membuat keputusan membantu menentukan pendekatan pendampingan yang sesuai. 3. Deteksi dini memungkinkan intervensi cepat dan efektif. 4. Lingkungan yang nyaman dan aman mendukung terbentuknya hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, sehingga pasien lebih terbuka. 5. Kehadiran perawat dapat memberikan rasa aman dan dukungan emosional yang

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
		11) Keluhan pusing menurun 12) Frekuensi nadi menurun 13) Pola tidur membaik 14) Konsentrasi membaik 15) Kontak mata membaik	8) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu ansietas Edukasi 9) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 10) Latih teknik relaksasi Terapi Relaksasi (I.09326) Observasi 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan Terapeutik 3. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 4. Gunakan buaian longgar 5. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 6. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan	membantu menurunkan ansietas. 6. Memahami penyebab spesifik memungkinkan perawat memberikan dukungan yang tepat sasaran dan membantu pasien mengelola ansietas. 7. Mendengarkan secara aktif menunjukkan empati dan membuat pasien merasa dihargai serta lebih terbuka dalam mengungkapkan perasaannya. 8. Sikap perawat yang tenang dapat menular pada pasien dan membantu menurunkan ketegangan atau rasa takut yang dirasakan. 9. Dengan mengenali pemicu, pasien dapat lebih siap menghadapi atau menghindari situasi tersebut di masa depan. 10. Mengekspresikan perasaan dapat mencegah penumpukan emosi dan membantu pasien memahami

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
			analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi 7. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis teknik relaksasi benson 8. Jelaskan secara rinci teknik relaksasi 9. Anjurkan mengambil posisi nyaman 10. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 11. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi 12. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi SOP Teknik Relaksasi SEFT Tahap Preorientasi 1) Cek catatan medis pasien (jika ada) 2) Siapkan alat-alat 3) Mengidentifikasi faktor ataupun kondisi yang dapat menyebabkan kontraindikasi 4) Melakukan cuci tangan Tahap Orientasi 1) Memberikan salam terapeutik 2) Validasi/ evaluasi data	serta mengelola ansietasnya dengan lebih baik. 11. Teknik relaksasi seperti napas dalam atau relaksasi otot progresif efektif menurunkan gejala fisik ansietas dan memberi rasa kontrol pada pasien. Terapi relaksasi Mengetahui pengalaman sebelumnya membantu memilih metode yang sesuai dan memaksimalkan efektivitas intervensi. Pengukuran tanda vital dan kondisi otot memberikan data objektif untuk menilai efektivitas teknik relaksasi dalam menurunkan respons fisiologis terhadap stres. 3. Lingkungan yang nyaman mendukung konsentrasi dan efektivitas latihan relaksasi, serta mengurangi rangsangan eksternal yang bisa memicu ansietas

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
			3) Melakukan kontrak 4) Menjaga privasi pasien Tahap Kerja 1. Mengambil posisi paling nyaman 2. Menjelaskan tahapan teknik seft kepada pasien. 3. Memperagakan tahapan seft: 4. The set-up: pasien meletakkan tangan di dada sambil mengucapkan afirmasi seperti “ya allah, meskipun saya merasa cemas dan gelisah, saya ikhlas menerima kondisi ini dan saya pasrahkan kesembuhanku kepadamu.” 5. The tune-in: pasien diminta untuk memusatkan perhatian pada perasaan atau pikiran yang menimbulkan kecemasan sambil terus mengucapkan afirmasi positif. 6. The tapping: pasien melakukan ketukan ringan menggunakan dua ujung jari pada titik-titik energi di tubuh (crown, alis, samping mata, bawah mata, bawah hidung, dagu, tulang dada, bawah ketiak, dan jari-jari tangan) masing-masing sekitar tujuh kali ketukan sambil tetap melakukan tune-in.	4. Pakaian longgar meningkatkan kenyamanan dan mendukung relaksasi fisik selama latihan. 5. Nada suara yang tenang membantu menenangkan sistem saraf, menurunkan ketegangan, dan menciptakan suasana yang kondusif untuk relaksasi. 6. Relaksasi dapat meningkatkan efektivitas pengobatan medis dengan menurunkan nyeri, ansietas, dan ketegangan tubuh. 7. Memberikan pemahaman menyeluruh membantu pasien termotivasi untuk mengikuti dan menerapkan teknik secara konsisten. 8. Penjelasan langkah demi langkah meningkatkan pemahaman dan memastikan pelaksanaan yang tepat.

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
			7. Mengobservasi kondisi ibu selama pelaksanaan terapi. 8. Memberikan dukungan emosional selama proses seft berlangsung. Tahap terminasi 1. Mengkaji kembali tingkat ansietas menggunakan <i>Postpartum Specific Ansietas Scale Research Short-Form (PSAS-RSF)</i> untuk menilai efektivitas intervensi. 2. Memberikan umpan balik dan motivasi kepada ibu untuk melakukan seft secara mandiri di rumah. 3. Menyampaikan ucapan terima kasih dan salam penutup 4. Evaluasi kegiatan 5. Rencana tindak lanjut 6. Kontrak waktu yang akan datang 7. Salam terapeutik	9. Posisi tubuh yang nyaman mendukung konsentrasi dan efektivitas latihan relaksasi. 10. Membantu pasien mengenali perubahan tubuh sebagai bagian dari proses relaksasi, sehingga dapat membedakan antara kondisi tegang dan rileks. Latihan yang konsisten memperkuat respons relaksasi tubuh dan membantu menjadikannya kebiasaan yang menyehatkan. 11. Demonstrasi langsung meningkatkan pemahaman dan kemampuan pasien dalam menerapkan teknik secara mandiri dan benar.

TINDAKAN dan EVALUASI KEPERAWATAN JIWA

(Catatan Tindakan / Perkembangan Keperawatan)

Nama : Ny. F

Ruangan : Sriwijaya

Nomor RM : 471744

Diagnosa Medis : *Premature Rupture Of Membranes*

Hari/Tgl Jam	Dx Kep Tujuan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
25 Oktober 2025 11.00	Ansietas	SP 1 Pasien: Bina hubungan saling percaya 1. Bina hubungan saling percaya (ucapkan salam terapeutik) 2. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 3. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah 4. Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan 5. Memonitortanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)	S: Pasien mengatakan masih merasa sangat cemas terkait kondisi ketuban pecah dini yang dialaminya, terutama ketika ingat dengan bayinya. Pasien mengatakan kecemasan meningkat pada malam hari menjelang tidur karena takut kondisi tersebut membahayakan bayinya. Pasien juga mengatakan belum mampu mengambil keputusan terkait perawatan karena pikirannya terasa kacau, namun mulai mengenali hal-hal yang membuat dirinya cemas seperti memikirkan kondisi kesehatan janin dan ketakutan bahwa kondisi kehamilan akan memburuk. O: Pasien tampak lebih tenang saat didampingi perawat tetapi kembali gelisah ketika diajak membicarakan kondisi kehamilannya. Kontak mata sesekali terlihat namun tidak konsisten. Tampak kantung mata menghitam, konsentrasi kurang baik, wajah tegang, suara pelan dan bergetar, sering memainkan jari, bahu tampak	Meila

Hari/Tgl Jam	Dx Kep Tujuan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
			kaku, dan pasien mudah menangis. TD: 130/82 mmHg, N: 102x/menit, RR: 20x/menit, skor PSAS-RSF: 47 (kategori tinggi). A: SP 1 tercapai P: Lanjut SP 2	
25 Oktober 2025 15.00	Ansietas	Evaluasi keberhasilan SP 1 1. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Menemani pasien untuk mengurangi ansietas, jika memungkinkan 3. Memahami situasi yang membuat ansietas 4. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu ansietas	S: Pasien mengatakan merasa lebih tenang setelah mencoba terapi SEFT yang diajarkan perawat. Pasien mengatakan afirmasi spiritual pada tahap set-up membuat hatinya lebih tenang dan tapping membantu mengurangi ketegangan tubuh. Pasien juga mengatakan lebih mudah berkonsentrasi setelah melakukan SEFT O: Pasien menunjukkan minat untuk melanjutkan SEFT secara mandiri. Sebelum SEFT, pasien tampak tegang: TD: 129/82 mmHg, N: 92x/menit, RR: 23x/menit, nadi menurun menjadi 86x/menit, RR: 21x/menit, TD: 124/80 mmHg. Ekspresi wajah lebih rileks, pasien kooperatif, dan konsentrasi membaik. Pola tidur masih belum membaik. A: SP 2 tercapai P: Lanjut SP 3	Meila
26 Oktober 2025 20.30	Ansietas	Evaluasi keberhasilan SP 2 1. Mengajukan mengungkapkan perasaan dan persepsi	S: Pasien mengatakan merasa lebih tenang saat melakukan SEFT terutama ketika mengucapkan doa dalam tahap set-up. Pasien mengatakan akan mengulangi SEFT minimal sekali sehari	Meila

Hari/Tgl Jam	Dx Kep Tujuan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		2. Mendengarkan dengan penuh perhatian 3. Melatih teknik relaksasi SEFT	atau ketika rasa cemas muncul. Pasien merasa nyaman melakukan SEFT di ruangan yang tenang dan panduan tertulis sangat membantunya. O: Pasien mampu menyebutkan langkah-langkah SEFT secara runtut. Sebelum SEFT: TD: 128/80 mmHg, N: 89x/menit, RR: 23x/menit. Setelah SEFT: pasien tampak tenang, kontak mata baik, wajah santai, tidak gelisah saat membicarakan kondisinya, skor PSAS-RSF menurun menjadi 29. Nadi: 84x/menit, TD: 122/78 mmHg, RR: 20x/menit A: SP 4 belum tercapai sepenuhnya P: Lanjut SP 4	
27 Oktober 2025 05.00	Ansietas	SP 4 pasien: pasien mampu mengatasi ansietas dengan teknik relaksasi 1. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi benson 3. Menjelaskan secara rinci teknik relaksasi benson 4. Menggunakan buaian longgar	S: Pasien mengatakan sebelum pemeriksaan hari ini ia melakukan SEFT kembali dan merasakan penurunan kecemasan serta berkurangnya sensasi jantung berdebar. Pasien mengatakan sering melakukan SEFT ketika ingat dengan bayinya atau ketika sulit tidur. Pasien merasa lebih nyaman dan tenang setelah melakukan teknik tersebut O: Sebelum SEFT: TD: 120/70 mmHg, N: 82x/menit, RR: 20x/menit, Pasien tidak tampak tegang, gelisah mulai menghilang, konsentrasi membaik, dan kontak mata stabil. Setelah SEFT:	Meila

Hari/Tgl Jam	Dx Kep Tujuan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		5. Menggunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 6. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan 7. Menganjurkan mengambil posisi nyaman 8. Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 9. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi SEFT 10. Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi SEFT 11. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 12. Menggunakan relaksasi benson sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain	ekspresi wajah rileks, pasien tampak segar, N: 80x/menit, TD: 118/70 mmHg, RR: 19x/menit. A: SP 4 tercapai P: Lanjutkan latihan mandiri & pemantauan kecemasan	

Hari/Tgl Jam	Dx Kep Tujuan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf



Lampiran 4 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANSIETAS

SPTK SP 1 Pasien

Pertemuan ke : 1

Perawat : Meilani Futri Widayanti

Hari/Tanggal : 25 Oktober 2025 jam 11.00

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS (Data Subjektif):

- a. Ny. F mengatakan masih merasa sangat cemas terkait kondisi ketuban pecah dini yang dialaminya.
- b. Pasien mengatakan kecemasan meningkat ketika ingat bayinya yang berada di NICU.
- c. Pasien mengatakan kecemasan meningkat pada malam hari menjelang tidur karena takut kondisi tersebut mengingatkan tentang bayinya.
- d. Pasien mengatakan belum mampu mengambil keputusan karena pikirannya terasa kacau.
- e. Pasien mulai mengenali hal-hal yang membuatnya cemas, seperti memikirkan kondisi kesehatan bayinya dan ketakutan bahwa kondisi bayinya memburuk.

DO (Data Objektif):

1. keadaan umum lemah
 2. tampak gelisah
 3. kesulitan berkonsentrasi
 4. Suara bergetar
 5. kesulitan dalam mengambil keputusan
 6. sulit tidur di malam hari
 7. skor ansietas sedang yaitu 47
 8. nadi 102x/menit
 9. tekanan darah 130/85 MmHg
- a. Diagnosa Keperawatan

Ansietas

b. Tujuan Keperawatan

Ansietas menurun, dengan kriteria hasil:

1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
2. Perilaku gelisah menurun
3. perilaku tegang menurun
4. konsentrasi membaik
5. pola tidur membaik
6. kontak mata membaik
7. Takikardi menurun
8. Tindakan Keperawatan
 - a. Bina hubungan saling percaya (ucapkan salam terapeutik)
 - b. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
 - c. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah
 - d. Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan
 - e. Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

B. Strategi Komunikasi Orientasi

1. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum wr. wb. Selamat pagi, Bu. Saya Meila, perawat yang bertugas hari ini. Bagaimana perasaan Ibu pagi ini? Boleh saya duduk sebentar untuk berbincang, apakah posisi duduk ini cukup nyaman bagi Ibu?”

2. Evaluasi dan Validasi

“Saya mendengar Ibu merasa cemas setelah mengetahui terkena ketuban pecah dini yang mengharuskan bayi ibu dirawat diNICU. Apakah Ibu bisa menceritakan lebih jauh tentang apa yang Ibu pikirkan saat-saat seperti itu? Apakah kondisi seperti ini sudah lama ibu rasakan?”

3. Kontrak

“Pagi ini kita akan membahas perasaan cemas Ibu, khususnya ansietas, serta bagaimana cara mengelolanya. Kegiatan ini berlangsung selama sekitar 5-10 menit dan kita lakukan di ruangan ini. Apakah Ibu bersedia?”

Kerja

- “Ibu, kapan biasanya ibu merasa sangat cemas? Apakah saat teringat saat memikirkan bayi ibu?”.
- Menurut Ibu, apakah ansietas itu juga mempengaruhi kemampuan Ibu dalam mengambil keputusan soal perawatan?
- Saya akan membantu Ibu mengenali tanda-tanda cemas, baik yang Ibu rasakan sendiri maupun yang terlihat. Misalnya, detak jantung cepat, gelisah, atau sulit berkonsentrasi.

4. Terminasi

a. Subjektif

“Setelah pembicaraan kita hari ini, bagaimana perasaan Ibu? Apakah Ibu merasa sedikit lebih tenang setelah berbincang-bincang dengan saya memahami apa itu ansietas yang ibu alami?”

b. Objektif

“Coba Ibu sebutkan kembali hal-hal penting yang kita diskusikan tadi. Misalnya, apa penyebab utama?”

c. Rencana Tindak Lanjut (RTL)

“Saya harap setelah sesi ini, Ibu bisa mengetahui apa itu ansietas dan tanda-tanda dari ansietas.”

d. Kontrak Pertemuan Selanjutnya

- Topik: “nantinya kesini lagi bu, kita bisa lanjut mendiskusikan strategi lanjutan untuk mengelola ansietas, misalnya bagaimana situasi yang membuat ibu cemas.”
- Tempat: “Apakah ruangan ini cukup nyaman untuk pertemuan berikutnya?”
- Waktu: “nantinya jam 15.00 kita bertemu kembali selama 5-10 menit ya, Ibu. Terima kasih banyak, sampai bertemu lagi. Wassalamualaikum wr. wb.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANSIETAS

SPTK SP 2 :

Pertemuan ke : 2

Perawat : Meilani Futri Widayanti

Hari/Tanggal : 25 Oktober 2025 jam 15.00

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS (Data Subjektif):

- a. Pasien mengatakan masih merasa cemas terkait kondisi ketuban pecah dini dan kesehatan bayinya yang berada di NICU.
- b. Pasien mengatakan rasa cemas meningkat terutama saat ia sedang sendirian di malam hari.
- c. Pasien mengatakan kini mulai lebih menyadari situasi atau pikiran yang memicu kecemasannya, seperti membayangkan kemungkinan kondisi bayinya memburuk.
- d. Pasien mengatakan masih belum mampu membuat keputusan dengan jelas karena pikirannya masih kacau.
- e. Pasien mengatakan mulai merasa sedikit lebih terbantu ketika didampingi oleh perawat.

DO (Data Objektif):

- a. Pasien tampak lebih tenang saat didampingi perawat, namun terlihat gelisah saat membicarakan kondisi bayinya.
- b. Kontak mata sesekali, namun mulai lebih baik dibanding pertemuan sebelumnya.
- c. Wajah tampak lelah, dengan kantung mata menghitam.
- d. Konsentrasi masih kurang optimal.
- e. Sesekali terlihat memainkan jari sebagai tanda cemas.

2. Diagnosa Keperawatan

Ansietas

3. Tujuan Keperawatan

Ansietas menurun, dengan kriteria hasil:

1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun

2. Perilaku gelisah menurun
3. perilaku tegang menurun
4. konsentrasi membaik
5. pola tidur membaik
6. kontak mata membaik
7. Takikardi menurun.

4. Strategi Komunikasi Orientasi

1. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, Bu. Selamat pagi. Ibu masih ingat saya? Saya Meila, perawat yang kemarin mendampingi Ibu. Sesuai janji kemarin, pagi ini saya datang kembali untuk melanjutkan pertemuan kita. Bagaimana perasaan Ibu pagi ini? Sebelum kita mulai, saya duduk di sini ya Bu... apakah posisi ini membuat Ibu merasa nyaman?”

2. Evaluasi dan Validasi

“Terima kasih karena Ibu mau berbagi kembali dengan saya. Dari ekspresi Ibu, saya lihat Ibu sedang berusaha menenangkan diri. Apakah benar begitu, Bu? Kemarin Ibu sempat bercerita tentang rasa cemas yang muncul saat mengingat kondisi bayi yang sedang dirawat di NICU. Bagaimana perasaan Ibu pagi ini mengenai hal tersebut? Apakah kecemasannya masih sama atau sudah ada perubahan?”

3. Kontrak

“Baik Bu, sekarang kita akan membahas lebih jauh tentang hal-hal yang memicu kecemasan Ibu serta apa saja yang dapat membantu Ibu merasa lebih tenang. Sesi ini berlangsung sekitar 10–15 menit dan tetap dilakukan di ruangan ini. Apakah Ibu bersedia melanjutkan?”

Tahap Kerja

- “Menurut Ibu, apa saja situasi atau pikiran yang paling sering membuat rasa cemas itu muncul?”

- “Saat Ibu sendirian di malam hari, apa yang biasanya muncul di pikiran Ibu?”
- “Apakah Ibu merasa kecemasan ini berkaitan dengan ketakutan tentang kondisi bayi Ibu?”
- “Ketika Ibu ditemani atau diajak berbicara, apakah Ibu merasa lebih tenang?”
- “Apa yang biasanya Ibu lakukan ketika rasa cemas muncul?”

4. Terminasi

a. Subjektif

“Bu, terima kasih karena sudah mau terbuka dalam sesi hari ini. Saya senang mendengar bahwa Ibu mulai bisa mengenali situasi yang memicu kecemasan. Itu menunjukkan kemajuan.”

b. Objektif

“Saat ini Ibu terlihat lebih tenang dan mampu mengikuti sesi dengan baik. Ibu juga sudah mulai mampu menjelaskan apa saja yang membuat Ibu cemas.”

c. Rencana Tindak Lanjut (RTL)

“Untuk pertemuan selanjutnya, kita akan mulai membahas cara-cara yang dapat Ibu lakukan sendiri untuk mengurangi rasa cemas..”

d. Kontrak Pertemuan Selanjutnya

• **Topik:** “Besok kita akan belajar teknik mengelola cemas secara mandiri, misalnya teknik relaksasi sederhana.”

• **Tempat:** “Apakah ruangan ini tetap nyaman untuk pertemuan besok?”

• **Waktu:** “Baik Bu, besok pagi pukul 05.00 saya kembali datang ya. Sampai bertemu besok. Wassalamualaikum wr. Wb

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANSIETAS

SPTK SP 3 :

Pertemuan ke : 3

Perawat : Meilani Futri Widayanti

Hari/Tanggal : 26 Oktober 2025 jam 20.30

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS (Data Subjektif):

- a. Pasien mengatakan merasa lebih tenang setelah mencoba terapi SEFT yang diajarkan perawat.
- b. Pasien mengatakan afirmasi spiritual pada tahap set-up membuat hatinya lebih tenang.
- c. Pasien mengatakan teknik tapping membantu mengurangi ketegangan tubuh.
- d. Pasien mengatakan lebih mudah berkonsentrasi setelah melakukan SEFT.

DO (Data Objektif):

- a. Pasien menunjukkan minat untuk melanjutkan SEFT secara mandiri.
- b. Sebelum SEFT:
 - TD: 129/82 mmHg
 - Nadi: 92x/menit
 - RR: 23x/menit
 - Skor PSAS-RSF: 45
- c. Setelah SEFT:
 - TD: 124/80 mmHg
 - Nadi: 86x/menit
 - RR: 21x/menit
 - Ekspresi wajah tampak lebih rileks.
 - Pasien kooperatif dan konsentrasi membaik.
 - Skor PSAS-RSF menurun menjadi 38.
 - Pola tidur masih belum membaik.

c. Diagnosa Keperawatan

Ansietas

d. Tujuan Keperawatan

Ansietas menurun, dengan kriteria hasil:

1. Verbalisasi khawatir menurun
2. Perilaku gelisah menurun
3. Perilaku tegang menurun
4. Konsentrasi membaik
5. Tanda-tanda vital dalam batas normal (takikardi menurun)
6. Ekspresi wajah lebih rileks
7. Skor kecemasan menurun

C. Strategi Komunikasi Orientasi

1. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, Bu. Selamat sore, Bagaimana kabar Ibu hari ini? Saya Meila, perawat yang mendampingi Ibu. Hari ini kita akan melanjutkan latihan yang kemarin sudah kita lakukan. Apakah Ibu masih ingat tentang terapi SEFT yang sudah kita pelajari?”

2. Evaluasi dan Validasi

“Terima kasih Ibu sudah mencoba latihan SEFT secara mandiri. Tadi Ibu mengatakan merasa lebih tenang setelah melakukannya, itu merupakan kemajuan yang sangat baik. Saya juga melihat dari kondisi Ibu, tampak lebih rileks dan lebih fokus. Apakah benar setelah melakukan SEFT, tubuh Ibu terasa lebih ringan dan pikiran lebih tenang?”

3. Kontrak

“Baik Bu, hari ini kita akan melanjutkan latihan SEFT dan memperdalam agar Ibu bisa melakukannya secara mandiri dengan lebih baik. Waktu kita sekitar 10–15 menit dan dilakukan di ruangan ini. Apakah Ibu bersedia?”

4. Tahap Kerja

- “Coba Ibu ceritakan kembali bagaimana langkah-langkah SEFT yang sudah Ibu lakukan?”
- “Bagian mana yang paling membuat Ibu merasa nyaman, apakah saat afirmasi atau saat tapping?”
- “Bagaimana perasaan Ibu setelah melakukan SEFT dibandingkan sebelumnya?”

- “Jika rasa cemas muncul kembali, kapan Ibu berencana menggunakan teknik ini?”
- “Mari kita praktikkan kembali SEFT bersama-sama agar Ibu semakin terbiasa.”
- “Tarik napas perlahan, fokus pada afirmasi positif, lalu lakukan tapping seperti yang sudah diajarkan.”

5. Terminasi

a. Subjektif

“Terima kasih Bu, hari ini Ibu sudah melakukan latihan dengan sangat baik. Saya senang mendengar bahwa Ibu merasa lebih tenang dan lebih fokus setelah melakukan SEFT?”

b. Objektif

“Dari pengamatan saya, Ibu tampak lebih rileks, tanda-tanda vital juga menunjukkan perbaikan, dan Ibu mampu mengikuti latihan dengan baik.”

c. Rencana Tindak Lanjut (RTL)

“Untuk selanjutnya, Ibu dapat melakukan SEFT secara mandiri terutama saat merasa cemas. Latihan ini bisa dilakukan secara rutin agar hasilnya lebih optimal.”

e. Kontrak Pertemuan Selanjutnya

- Topik: “Besok kita akan melanjutkan dengan evaluasi dan penguatan latihan serta membantu memperbaiki pola tidur Ibu.”
- Tempat: “Apakah tetap di ruangan ini, Bu?”
- Waktu: “Baik Bu, besok saya akan datang kembali pada jam yang sama. Wassalamualaikum..”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANSIETAS

SPTK SP 4:

Pertemuan ke : 4

Perawat : Meilani Futri Widayanti

Hari/Tanggal : 27 Oktober 2025 jam 05.00

B. Proses Keperawatan

2. Kondisi Klien

DS (Data Subjektif):

- a. Pasien mengatakan masih merasakan kecemasan terkait kondisi yang dialami.
- b. Pasien mengatakan belum pernah menggunakan teknik relaksasi atau tapping sebelumnya.
- c. Pasien mengatakan bersedia mencoba teknik yang diajarkan untuk mengurangi kecemasan..

DO (Data Objektif):

- a. Pasien menunjukkan minat untuk melanjutkan SEFT secara mandiri.
- b. Pasien mengatakan masih merasakan kecemasan terkait kondisi yang dialami.
- c. Pasien mengatakan belum pernah menggunakan teknik relaksasi atau tapping sebelumnya.
- d. Pasien mengatakan bersedia mencoba teknik yang diajarkan untuk mengurangi kecemasan..

e. Diagnosa Keperawatan

Ansietas

f. Tujuan Keperawatan

Ansietas menurun, dengan kriteria hasil:

1. Pasien memahami teknik SEFT
2. Pasien mampu mengikuti tahapan SEFT
3. Perilaku tegang menurun
4. Pasien tampak lebih rileks
5. Tanda-tanda vital lebih stabil
6. Pasien menunjukkan minat melakukan terapi secara mandiri

A. Strategi Komunikasi Orientasi

1. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, Bu. Selamat pagi. Bagaimana perasaan Ibu hari ini? Saya Meila, perawat yang mendampingi Ibu. Hari ini kita akan melakukan latihan untuk membantu mengurangi kecemasan Ibu, yaitu terapi SEFT?”

2. Evaluasi dan Validasi

“Assalamualaikum, Bu. Selamat pagi. Bagaimana perasaan Ibu hari ini? Saya Meila, perawat yang mendampingi Ibu. Hari ini kita akan melakukan latihan untuk membantu mengurangi kecemasan Ibu, yaitu terapi SEFT.”?”

3. Kontrak

“Baik Bu, hari ini saya akan menjelaskan dan melatih Ibu melakukan terapi SEFT. Waktu kita sekitar 10–15 menit dan dilakukan di ruangan ini. Apakah Ibu bersedia?”

4. Tahap Kerja

- ““Terapi ini bertujuan untuk membantu Ibu merasa lebih tenang dan mengurangi kecemasan.”
- “SEFT terdiri dari tiga tahap yaitu set-up, tune-in, dan tapping.”
- “Silakan Ibu mengambil posisi yang nyaman dan rileks.”
- “Tahap set-up: Ibu letakkan tangan di dada, lalu ucapkan afirmasi seperti:
- ‘Ya Allah, meskipun saya merasa cemas dan gelisah, saya ikhlas menerima kondisi ini dan saya pasrahkan kesembuhan saya kepada-Mu.’”
- “Tahap tune-in: fokuskan pikiran pada rasa cemas yang Ibu rasakan sambil tetap mengucapkan afirmasi positif.”
- “Tahap tapping: lakukan ketukan ringan menggunakan dua jari pada titik-titik energi seperti di kepala, alis, samping mata, bawah mata, bawah hidung, dagu, dada, bawah ketiak, dan jari tangan, masing-masing sekitar tujuh kali.”
- “Lakukan dengan perlahan, tetap bernapas teratur dan fokus.”
- “Bagaimana perasaan Ibu setelah melakukan latihan ini?”

5. Terminasi

a. Subjektif

“Terima kasih Bu, Ibu sudah mencoba latihan dengan baik. Semoga latihan ini dapat membantu Ibu merasa lebih tenang.”

b. Objektif

“Ibu tampak mampu mengikuti setiap tahapan dengan baik dan terlihat lebih rileks setelah latihan.”

c. Rencana Tindak Lanjut (RTL)

“Ibu dapat mencoba melakukan teknik ini kembali secara mandiri saat merasa cemas.”

d. Kontrak Pertemuan Selanjutnya

- Topik: “Evaluasi dan penguatan latihan SEFT”
- Tempat: “Tetap di ruangan ini ya Bu?”
- Waktu: “Besok pagi pukul 05.00 kita lanjutkan kembali ya Bu. Wassalamualaikum.”



STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANSIETAS

SPTK SP : 5

Pertemuan ke : 5

Perawat : Meilani Futri Widayanti

Hari/Tanggal : 28 Oktober 2025 jam 05.00

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS (Data Subjektif):

- a. Pasien mengatakan teknik SEFT yang dilakukan sebelumnya membantu memberikan rasa lebih tenang.
- b. Pasien mengatakan kecemasan masih ada namun sudah lebih ringan
- c. Pasien mengatakan mulai terbiasa melakukan afirmasi dan tapping.
- d. Pasien bersedia melakukan latihan kembali.

DO (Data Objektif):

- a. Pasien tampak lebih rileks dibandingkan hari sebelumnya.
- b. Pasien kooperatif dan mampu mengikuti instruksi dengan baik.
- c. Pasien mampu melakukan tahapan SEFT dengan bimbingan minimal.
- d. Lingkungan tenang dan pencahayaan nyaman selama tindakan.
- e. Perawat melakukan pemeriksaan tanda vital (nadi, RR, TD) sebelum dan sesudah latihan.
- f. Ketegangan otot tampak menurun.
- g. Dilakukan pengukuran ulang skor kecemasan (PSAS-RSF) sebagai evaluasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Ansietas

3. Tujuan Keperawatan

Ansietas menurun/terkontrol, dengan kriteria hasil:

1. Pasien mampu melakukan SEFT secara mandiri
2. Verbalisasi kecemasan menurun
3. Perilaku tegang dan gelisah menurun
4. Pasien tampak rileks
5. Tanda-tanda vital dalam batas normal
6. Skor kecemasan menurun
7. Pasien menunjukkan kemampuan coping yang lebih adaptif

4. Strategi Komunikasi

1. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, Bu. Selamat pagi. Bagaimana perasaan Ibu hari ini? Apakah setelah latihan kemarin Ibu merasa ada perubahan?”

2. Evaluasi dan Validasi

“Terima kasih Bu, Ibu sudah mencoba melakukan SEFT sebelumnya. Ibu mengatakan merasa lebih tenang, itu merupakan kemajuan yang sangat baik. Apakah kecemasan yang Ibu rasakan sekarang masih sama atau sudah berkurang?”

3. Kontrak

“Baik Bu, hari ini kita akan mengulang kembali latihan SEFT untuk memperkuat agar Ibu semakin terbiasa. Waktu kita sekitar 10–15 menit di ruangan ini. Apakah Ibu bersedia?”

4. Tahap Kerja

- “Kita akan mengulang kembali langkah-langkah SEFT yang sudah dipelajari.”
- “Silakan Ibu mengambil posisi yang nyaman dan rileks.”
- “Tahap set-up: letakkan tangan di dada dan ucapkan afirmasi seperti: *‘Ya Allah, meskipun saya merasa cemas, saya ikhlas menerima kondisi ini dan saya pasrah kepada-Mu.’*”
- “Tahap tuning-in: fokuskan pikiran pada rasa cemas yang Ibu rasakan sambil tetap mengucapkan afirmasi positif.”
- “Tahap tapping: lakukan ketukan ringan pada titik-titik energi seperti kepala, alis, samping mata, bawah mata, bawah hidung, dagu, dada, bawah ketiak, dan jari tangan, masing-masing sekitar tujuh kali.”
- “Lakukan dengan perlahan dan tetap fokus.”
- “Bagaimana perasaan Ibu setelah latihan ini?”

5. Terminasi

a. Subjektif

“Terima kasih Bu, Ibu sudah melakukan latihan dengan baik. Saya senang mendengar bahwa Ibu merasa lebih tenang dan lebih mampu mengontrol kecemasan.”

b. Objektif

“Ibu tampak lebih rileks, mampu mengikuti teknik dengan baik, serta menunjukkan penurunan tanda kecemasan.”

c. Rencana Tindak Lanjut (RTL)

“Ibu dapat melanjutkan latihan SEFT secara mandiri, terutama saat merasa cemas atau sebelum tidur agar membantu relaksasi.”



Lampiran 5 Lembar Observasi

**LEMBAR OBSERVASI POST KEMAMPUAN PASIEN
MENGATASI ANSIETAS**

Nama (Inisial) : Ny. F

No. RM : xxx

Umur : 22 tahun

Jenis Kelamin : perempuan

No.	Tindakan	1	2	3	4	5
1	Pasien mampu/kooperatif dalam melakukan bina hubungan saling percaya dengan perawat	4	4	4	4	4
2	Pasien mampu menceritakan masalah yang sedang dihadapi dan situasi yang membuat pasien nyaman	-	4	4	4	4
3	Pasien mampu mengenal tanda dan gejala ansietas serta akibat yang ditimbulkan	3	4	4	4	4
4	Pasien mampu memahami konsep terapi SEFT (tujuan, manfaat, dan prinsip)	-	3	4	4	4
5	Pasien mampu melakukan tahapan SEFT (set-up, tuning-in, tapping) dengan bimbingan	-	-	3	4	4
6	Pasien mampu melakukan teknik SEFT secara mandiri	-	-	-	3	4
7	Pasien mampu menceritakan kembali obrolan atau perasaan setelah dilakukan tindakan	-	-	4	4	4

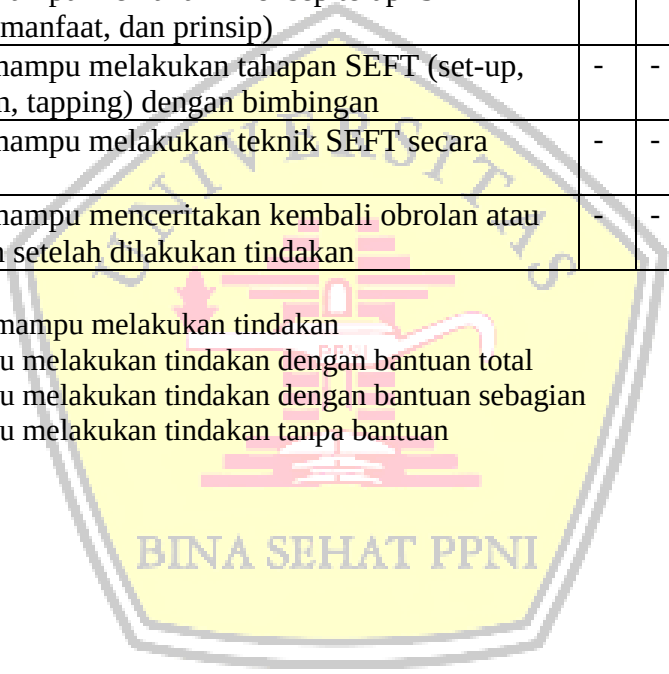
Keterangan:

1: Pasien tidak mampu melakukan tindakan

2: Pasien mampu melakukan tindakan dengan bantuan total

3: Pasien mampu melakukan tindakan dengan bantuan sebagian

4: Pasien mampu melakukan tindakan tanpa bantuan



BINA SEHAT PPNI

Lampiran 6 Lembar Dokumentasi



Lampiran 7 Lembar Bimbingan



YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA PERAWATAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA
UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

<http://www.ubs-ppni.ac.id>
fikes@ubs-ppni.ac.id

0321-390203
 Jln. Raya Jabon KM.06 Mojoanyar Mojokerto

Lembar Bimbingan Karya Ilmiah Ners



Nama Mahasiswa : MEILANI FUTRI WIDAYANTI

NIM : 202503073

Judul Skripsi : Analisis Penerapan *Spiritual Emotional Freedom Technique* (SEFT)
 Dalam Asuhan Keperawatan Untuk Mengurangi Ansietas Pada Ibu
 Postpartum *Sectio Cesaria*

Pembimbing : Dr. Imam Zainuri, S. Kep. Ns., M.Kes

No.	Tanggal	Uraian Bimbingan	Tanda Tangan
1.	18 Oktober 2025	1. Pengajuan judul	
2.	28 Oktober 2025	BAB 1 dan 2 revisi : 1. Studi pendahuluan 2. Sistematika penulisan 3. Tambahkan SOP pada bab 2 4. Perjelas intervensi <i>Spiritual Emotional Freedom Technique</i> 5. Lanjutkan BAB 3	
3.	19 November 2025	Bimbingan BAB 3, 4 dan 5 1. Lengkapi lampiran 2. ACC lengkapi syarat ujian KIAN	

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Lampiran 8_Uji Tunitin

**FORMULIR UJI KEMIRIPAN (SIMILARITAS)****Identitas**

Nama : Meilani Putri Widayanti
 NIM : 202503073
 Fakultas : Fakultas Ilmu Kesehatan
 Prodi : PROFESI NERS
 Email : Meilapw30@gmail.com
 Telpn/HP : 0859171680958
 Pembimbing 1 : Dr. Imam Zainuri, S.Kep.Ns.,M.Kes
 Pembimbing 2 : -

Materi Uji:

Jenis : a. TA b. Skripsi c. Tesis d. Disertasi
 e. KIAN f. CoC g. Lain – Lain

Judul : Analisis Penerapan Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) Dalam Asuhan Keperawatan Untuk Mengurangi Ansietas Pada Ibu Postpartum Sectio Cesaria

Mengetahui

Pembimbing 1

Dr. Imam Zainuri, S.Kep.Ns.,M.Kes

NIK. 162 601 022

Mojokerto, 8/4/2026

Pemohon

Mahasiswa

(Meilani Putri Widayanti)

Validasi Similaritas	
Besaran similaritas	40%
Tanggal Pemeriksaan	22 APR 2026
Diperiksa oleh	ARIP BUDHI UTAMA

Diisi oleh petugas perpustakaan



FAKULTAS ILMU KESEHATAN