

## TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF PADA KLIEN ANSIETAS

Mad Zaini\*

\*Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Jember

### ABSTRACT

*Someone who experience physical health problems can cause mental health problem, example anxiety. The purpose of study to illustrate the application of progressive muscle relaxation therapy in anxiety clients. The method used is the case analisys in anxiety clients. The amount of clients are 34 people, 23 clients given ners intervention and progressive muscle relaxation therapy. The results were found decrease the signs and symptoms anxiety. Progressive muscle relaxation therapy is recommended a nursing therapy in anxiety.*

*Keywords : Anxiety, progressive muscle relaxation therapy.*

### PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa mempunyai sifat yang harmonis dan selalu memperhatikan aspek fisik dan psikososial, sehingga tidak mungkin berbicara tentang kesehatan fisik tanpa melibatkan kesehatan jiwa. Individu akan mencapai kesehatan yang optimal, apabila aspek fisik dan psikologis dapat berfungsi secara harmonis. Masalah kesehatan fisik masih menjadi ancaman kesehatan masyarakat terutama pada penyakit tidak menular (PTM) misalnya hipertensi, stroke, penyakit jantung dan diabetes mellitus (WHO, 2013).

Perubahan fungsi tubuh akibat masalah kesehatan fisik menjadi ancaman terhadap integritas diri seperti ketidakmampuan fisiologis, gangguan pemenuhan kebutuhan dasar, pengobatan dalam jangka waktu lama serta perubahan peran dalam kehidupan sehari-hari diyakini menjadi penyebab munculnya masalah kesehatan jiwa, seperti kecemasan baik yang bersifat

ringan, sedang atau berat (Wilkinson, 2007). Masalah kesehatan jiwa di masyarakat sering kali tidak terdeteksi karena pelayanan kesehatan yang diberikan lebih mengutamakan keluhan fisik (Videbeck, 2008).

Meningkatnya prevalensi dan komplikasinya serta munculnya masalah kesehatan jiwa diperlukan penatalaksanaan yang baik, berupa asuhan medis maupun asuhan keperawatan supaya tercapai kualitas kesehatan serta perawatan bagi klien sesuai standar yang diharapkan. Hasil riset kesehatan dasar tahun 2013 terkait masalah kesehatan jiwa yang disebabkan oleh masalah fisik, psikologis atau sosial menyatakan bahwa prevalensi terjadinya masalah kesehatan jiwa ringan atau gangguan mental emosional adalah sebesar 6,0% dari jumlah penduduk Indonesia. Data tersebut berarti setiap 100 orang penduduk terdapat 6 orang yang mengalami gangguan mental

emosional yang sebagian besar disebabkan oleh penyakit fisik yang bersifat kronis.

Peningkatan masalah kesehatan jiwa di masyarakat seperti ansietas dapat ditekan dengan menyediakan sarana pelayanan kesehatan jiwa di pusat pelayanan kesehatan masyarakat (Dirjenmed, 2002). Asuhan medis diberikan dalam bentuk pengobatan dan kontrol secara rutin akan menurunkan angka komplikasi dan mortalitas. Asuhan keperawatan jiwa di masyarakat dilakukan dengan memberikan tindakan ners dan tindakan spesialis keperawatan. Dua prinsip dalam memberikan tindakan keperawatan yaitu membantu klien mengenal masalah kesehatannya dan melatih mengatasi masalah kesehatan yang dialami.

## BAHAN DAN METODE

Desain yang digunakan dalam melakukan penelitian ini adalah dengan melakukan analisis kasus pada 37 klien hipertensi yang mengalami ansietas di masyarakat. Sebanyak 37 klien dibagi menjadi 2 kelompok. Kelompok pertama sebanyak 23 klien mendapatkan tindakan ners dan terapi relaksasi otot progresif. Kelompok kedua sebanyak 14 klien mendapatkan terapi tindakan keperawatan ners. Hasil akhirnya akan dibandingkan antara tanda gejala pada kelompok pertama dengan kelompok kedua.

## HASIL PENELITIAN

Karakteristik klien ansietas dalam penelitian ini adalah semua klien dalam rentan usia 41-60 tahun, jenjang pendidikan paling banyak adalah SD, status perkawinan paling banyak adalah menikah dan status pekerjaan paling banyak tidak memiliki pekerjaan. Faktor predisposisi biologis paling banyak

adalah menderita hipertensi, predisposisi psikologis paling banyak adalah kepribadian tertutup, predisposisi sosial paling banyak adalah penghasilan rendah. Pengaruh terapi relaksasi otot progresif dan tindakan keperawatan ners. dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1: Pengaruh tindakan ners dan terapi relaksasi otot progresif terhadap tanda dan gejala ansietas.

No	Tanda dan gejala	Pre	post
<b>Kognitif</b>			
1	Menyadari gejala fisiologis	23	0
2	Fokus pada hal yang sakit	22	1
3	Sulit mengambil keputusan	9	0
4	Sulit konsentrasi	12	0
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>3</b>	<b>0,04</b>
<b>Afektif</b>			
1	Khawatir	23	0
2	Bingung	22	0
3	Cenderung menyalahkan orang lain	11	0
4	Tidak percaya diri	6	0
5	Sedih	5	0
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Fisiologis</b>			
1	Tanda-tanda vital meningkat	23	0
2	Ketegangan otot	23	0
3	Sulit tidur	19	0
4	Penurunan nafsu makan	15	0
5	Nyeri perut	5	0
6	Tremor	3	0
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>4</b>	<b>0</b>
<b>Perilaku</b>			
1	Penurunan produktifitas	18	1
2	Waspada	9	1
3	Tidak bisa tenang	7	0
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>1</b>	<b>0,08</b>
<b>Sosial</b>			
1	Kurang inisiatif	9	0
2	Sulit menikmati kegiatan sehari-hari	5	0
3	Menghindari kontak sosial	5	0
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>1</b>	<b>0</b>

Tanda dan gejala kognitif paling banyak ditemukan sebelum dilakukan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis adalah menyadari gejala fisiologis sebanyak 23 klien. Secara keseluruhan, rata-rata tanda gejala kognitif yang dialami klien sebanyak 3 dari 4 tanda gejala kognitif. Setelah diberikan tindakan keperawatan, tanda gejala kognitif yang masih ada adalah fokus pada hal yang sakit sebanyak 1 klien, dengan rata-rata mengalami 0,04 dari 4 tanda gejala kognitif.

Tanda dan gejala afektif sebelum diberikan tindakan keperawatan yang paling banyak terjadi adalah perasaan khawatir yaitu sebanyak 23 klien. setelah diberikan tindakan keperawatan, semua klien tidak mengalami tanda gejala afektif.

Tanda dan gejala fisiologi yang paling banyak terjadi sebelum diberikan tindakan keperawatan adalah peningkatan tanda vital dan ketegangan otot yaitu sebanyak 23 klien dengan rata-rata sebesar 4 dari 6 tanda gejala fisiologis. Setelah diberikan tindakan keperawatan, semua klien tidak mengalami gejala fisiologis.

Tanda dan gejala perilaku yang paling banyak terjadi sebelum diberikan tindakan keperawatan adalah penurunan produktifitas yaitu sebanyak 18 klien dengan rata-rata mengalami 1 dari 3 tanda gejala perilaku yang ditemukan. Setelah diberikan tindakan keperawatan, tanda gejala perilaku yang masih dialami klien adalah penurunan produktifitas sebanyak 1 klien dan perilaku waspada sebanyak 1 klien, dengan rata-rata mengalami 0,08 dari 3 tanda gejala perilaku.

Tanda dan gejala sosial yang banyak terjadi sebelum diberikan tindakan keperawatan adalah kurang inisiatif sebanyak 9 klien dengan rata-

rata mengalami 1 dari 3 tanda gejala sosial. Setelah diberikan tindakan keperawatan, tidak ada klien yang mengalami tanda gejala sosial.

Pengaruh tindakan keperawatan ners pada kelompok kedua dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2: Pengaruh tindakan keperawatan ners terhadap tanda dan gejala ansietas.

No	Tanda dan gejala	Pre	post
<b>Kognitif</b>			
1	Menyadari gejala fisiologis	14	4
2	Fokus pada hal yang sakit	11	3
3	Sulit mengambil keputusan	6	4
4	Sulit konsentrasi	9	4
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>3</b>	<b>1</b>
<b>Afektif</b>			
1	Khawatir	14	2
2	Bingung	13	4
3	Cenderung menyalahkan orang lain	5	0
4	Tidak percaya diri	3	0
5	Sedih	4	0
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>3</b>	<b>0,4</b>
<b>Fisiologis</b>			
1	Tanda-tanda vital meningkat	14	5
2	Ketegangan otot	14	7
3	Sulit tidur	9	5
4	Penurunan nafsu makan	7	3
5	Nyeri perut	4	2
6	Tremor	1	1
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Perilaku</b>			
1	Penurunan produktifitas	9	5
2	Waspada	5	5
3	Tidak bisa tenang	3	0
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>1</b>	<b>0,7</b>
<b>Sosial</b>			
1	Kurang inisiatif	3	1
2	Sulit menikmati kegiatan sehari-hari	6	5
3	Menghindari kontak sosial	3	0
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>0,8</b>	<b>0,4</b>

Tanda dan gejala kognitif yang paling banyak terjadi pada klien ansietas sebelum dilakukan tindakan keperawatan adalah menyadari adanya gejala fisiologis sebanyak 14 klien. Secara keseluruhan, rata-rata tanda gejala kognitif yang dialami klien sebelum diberikan tindakan keperawatan sebanyak 3 dari 4 tanda gejala kognitif. Setelah diberikan tindakan keperawatan, menyadari adanya gejala fisiologis menjadi 4 klien. Secara keseluruhan, rata-rata tanda gejala kognitif yang dialami klien setelah diberikan tindakan keperawatan ners adalah 1 dari 4 tanda gejala kognitif.

Tanda gejala afektif yang paling banyak terjadi sebelum diberikan tindakan keperawatan adalah perasaan khawatir sebanyak 14 klien dengan rata-rata mengalami 3 dari 5 gejala afektif. Setelah diberikan tindakan keperawatan, tanda gejala berupa perasaan khawatir menjadi 2 klien dengan rata-rata mengalami 0,4 dari 5 tanda gejala afektif.

Tanda gejala fisiologis yang paling banyak terjadi pada klien adalah peningkatan tanda-tanda vital sebanyak 14 klien dengan rata-rata mengalami 3 dari 6 tanda gejala fisiologis. Setelah diberikan tindakan keperawatan, tanda gejala peningkatan tekanan darah menjadi 5 klien dengan rata-rata mengalami 2 dari 6 tanda gejala fisiologis.

Tanda gejala perilaku yang paling banyak terjadi pada klien adalah penurunan produktifitas sebanyak 9 klien dengan rata-rata 1 dari 3 tanda gejala perilaku. Setelah diberikan tindakan keperawatan ners dan suportif, tanda gejala penurunan produktifitas menjadi 5 klien dengan rata-rata 0,7 dari 3 tanda gejala perilaku.

Tanda gejala sosial yang paling banyak terjadi sebelum diberikan tindakan keperawatan ners dan terapi suportif adalah sulit menikmati kegiatan sehari-hari sebanyak 6 klien dengan rata-rata 0,8 dari 3 tanda gejala sosial. Setelah diberikan tindakan keperawatan ners dan terapi suportif, tanda gejala berupa kesulitan menikmati kegiatan sehari-hari sebanyak 5 klien dengan rata-rata 0,4 dari 3 tanda gejala sosial.

Pengaruh tindakan keperawatan ners dan terapi suportif pada kelompok kedua dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3  
Perbedaan tanda dan gejala antara klien kelompok pertama dengan kelompok kedua.

No	Tanda dan gejala	Kel. 1	Kel. 2
<b>Kognitif</b>			
1	Menyadari gejala fisiologis	0	4
2	Fokus pada hal yang sakit	1	3
3	Sulit mengambil keputusan	0	4
4	Sulit konsentrasi	0	4
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>0,04</b>	<b>1</b>
<b>Afektif</b>			
1	Khawatir	0	2
2	Bingung	0	4
3	Cenderung menyalahkan orang lain	0	0
4	Tidak percaya diri	0	0
5	Sedih	0	0
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>0</b>	<b>0,4</b>
<b>Fisiologis</b>			
1	Tanda-tanda vital meningkat	0	5
2	Ketegangan otot	0	7
3	Sulit tidur	0	5
4	Penurunan nafsu makan	0	3
5	Nyeri perut	0	2
6	Tremor	0	1
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Perilaku</b>			

1	Penurunan produktifitas	1	5
2	Waspada	1	5
3	Tidak bisa tenang	0	0
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>0,08</b>	<b>0,7</b>
<b>Sosial</b>			
1	Kurang inisiatif	0	1
2	Sulit menikmati kegiatan sehari-hari	0	5
3	Menghindari kontak sosial	0	0
<b>Rata-rata tanda gejala</b>		<b>0</b>	<b>0,4</b>

Tanda dan gejala kognitif yang masih ada pada kelompok pertama adalah fokus pada hal yang sakit sebanyak 1 klien dengan rata-rata 0,04 tanda gejala kognitif. Pada kelompok kedua, tanda gejala kognitif yang masih ada dan paling banyak terjadi adalah menyadari gejala fisiologis, sulit mengambil keputusan dan sulit konsentrasi masing-masing sebanyak 4 klien dengan rata-rata 1 tanda gejala kognitif.

Semua klien pada kelompok pertama tidak ada yang mengalami tanda gejala afektif. Pada kelompok kedua, tanda gejala afektif yang masih ada dan paling banyak terjadi adalah bingung sebanyak 4 klien (28%) dengan rata-rata 0,4 tanda gejala afektif. Semua klien pada kelompok pertama tidak ada yang mengalami tanda gejala fisiologis. Pada kelompok kedua, tanda gejala fisiologis yang masih ada dan paling banyak terjadi adalah ketegangan otot sebanyak 7 klien (50%) dengan rata-rata 2 tanda gejala fisiologis.

Tanda dan gejala perilaku yang masih ada pada kelompok pertama adalah penurunan produktifitas dan perilaku waspada masing-masing sebanyak 1 klien (4%) dengan rata-rata 0,08 tanda gejala perilaku. Tanda dan gejala perilaku yang masih ada dan paling banyak terjadi adalah penurunan produktifitas dan perilaku waspada

masing-masing sebanyak 5 klien (36%) dengan rata-rata 0,7 tanda gejala perilaku. Semua klien pada kelompok pertama tidak ada yang mengalami tanda gejala sosial. Pada kelompok kedua, tanda gejala sosial yang masih ada dan paling banyak terjadi adalah sulit menikmati kegiatan sehari-hari sebanyak 5 klien (35%) dengan rata-rata 0,4 tanda gejala sosial.

## PEMBAHASAN

Perubahan tanda dan gejala klien ansietas sebelum dan sesudah diberikan tindakan keperawatan ners, relaksasi otot progresif, penghentian pikiran, psikoedukasi keluarga dan terapi suportif, dijelaskan dibawah ini.

Respon kognitif dihasilkan dari kemampuan klien dalam menghadapi stressor. respon kognitif bisa bersifat positif atau negatif. Fokus pada kondisi sakit merupakan salah satu respon kognitif yang bersifat negatif yang dihasilkan dari kegagalan kognitif klien dalam menilai stressor, stressor selalu dianggap sebagai Sesuatu yang mengancam sehingga menimbulkan gejala kognitif yang negative (Stuart, 2013). Kemampuan klien terdiri dari kemampuan secara kognitif, afektif dan psikomotor. Pada saat klien mendapatkan informasi, dukungan serta ketrampilan psikomotor melalui kegiatan terapi suportif akan membentuk pemikiran dan tindakan yang mengarah kepada pikiran yang rasional, mengambil keputusan dengan melibatkan pemikiran rasional. Konsep ini sejalan dengan hasil penerapan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis pada klien ansietas yang mampu menurunkan rata-rata tanda gejala kognitif yang dialami klien.

Tanda gejala afektif yang dialami klien ansietas seringkali berkaitan dengan pengalaman klien pada saat berinteraksi dengan orang lain serta

respon emosi pada saat menghadapi stressor (Herdman, 2012). Hasil penelitian sebelumnya tentang pemberian tindakan keperawatan ners terapi suportif pada klien hipertensi juga pernah dilakukan oleh Nuryani, Hamid dan Mustikasari (2014) yang menemukan bahwa suportif sangat efektif diberikan pada klien hipertensi untuk menurunkan tanda dan gejala yang muncul sebagai respon dari kondisi sakit.

Perubahan fisiologis tubuh sebagai akibat dari kerja sistem saraf simpatis pada saat klien mengalami ansietas. Perubahan fisiologis dapat berupa peningkatan tanda-tanda vital, ketegangan otot, sulit tidur, penurunan nafsu makan dan nyeri (Perry & Potter, 2005). Tindakan keperawatan bertujuan untuk menurunkan ansietas yang dialami klien sehingga dapat mengendalikan gejala-gejala yang muncul termasuk gejala fisiologis.

Respon perilaku pada saat klien mengalami ansietas lebih didominasi oleh pengaruh sistem saraf otonom. Pada saat cemas, perilaku yang sering terjadi pada klien adalah perilaku waspada, penurunan produktifitas karena tidak bisa tenang dan gerakan yang sering kali tidak terarah. Tindakan keperawatan diberikan dengan tujuan untuk meningkatkan ketrampilan klien dalam berperilaku yang adaptif ketika menghadapi stressor (Hunt, 2004). Pada saat klien berperilaku adaptif maka kecemasan yang dialami tidak akan berpengaruh terhadap aktifitas sehari-hari.

Kondisi ansietas memungkinkan klien untuk memusatkan pada hal-hal yang dirasa sebagai stressor dan mengesampingkan hal lain sehingga klien mengalami perhatian yang selektif dan mempengaruhi klien dalam

melakukan hubungan sosial (Tomey, 2006). Tindakan keperawatan yang diberikan pada klien terdiri dari tindakan keperawatan ners dan ners spesialis untuk klien, keluarga dan kelompok. Tindakan keperawatan dalam bentuk kelompok yang diberikan pada klien adalah terapi suportif. Terapi suportif merupakan bagian terapi keperawatan yang bertujuan sebagai penguatan dukungan sosial sesama klien ansietas yang mengalami hipertensi. Klien yang sebagai anggota kelompok suportif juga diberikan kemampuan dalam mengendalikan stressor baik fisik maupun psikologis. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Yunitri, Keliat dan Hastono (2012) yang membuktikan bahwa terapi suportif berpengaruh terhadap kondisi ansietas dan depresi pada klien dengan penyakit kronis. Hal ini dapat disimpulkan bahwa perubahan gejala sosial pada ansietas akan menjadi optimal ketika klien mendapatkan dukungan dari keluarga atau kelompok termasuk dukungan dari sesama klien dengan masalah kesehatan yang sama.

Perbedaan tanda dan gejala pada kelompok pertama dan kelompok kedua, dapat disimpulkan bahwa pada kelompok pertama hanya ada 2 tanda gejala yang masih terjadi yaitu tanda gejala kognitif dan perilaku. Sedangkan pada kelompok kedua, masing-masing tanda dan gejala masih terjadi baik aspek kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Hasil ini menunjukkan bahwa tindakan keperawatan ners dan ners spesialis pada kelompok pertama lebih efektif dibandingkan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis pada kelompok kedua.

## SIMPULAN

1. Karakteristik klien hipertensi yang mengalami ansietas menunjukkan bahwa semua klien berusia 41-60 tahun, jenis kelamin sebagian besar perempuan, sebagian besar tidak bekerja, jenjang pendidikan sebagian besar adalah SD, dan status perkawinan menikah
2. Faktor predisposisi sebagian besar adalah penyakit fisik hipertensi, mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi dan riwayat merokok
3. Faktor presipitasi sebagian besar adalah tidak minum obat selama kurang dari 6 bulan, perubahan peran karena sakit dan penghasilan rendah.
4. Klien sebagian besar mempunyai sumber coping berupa kemampuan diri melakukan latihan distraksi, mempunyai keyakinan dapat menyelesaikan masalahnya, mempunyai BPJS dan menggunakan fasilitas kesehatan di psobindu.
5. Tindakan keperawatan ners, relaksasi otot progresif, penghentian pikiran, psikoedukasi keluarga dan terapi suportif berpengaruh terhadap penurunan tanda dan gejala ansietas serta meningkatkan kemampuan mengendalikan ansietas
6. Tindakan keperawatan ners terapi suportif berpengaruh terhadap penurunan tanda dan gejala ansietas serta meningkatkan kemampuan mengendalikan ansietas
7. Penurunan tanda dan gejala paling besar adalah pada kelompok yang mendapatkan tindakan ners, terapi relaksasi otot progresif, penghentian pikiran, psikoedukasi keluarga dan terapi suportif.

## SARAN

1. Penyusunan kebijakan terkait dengan program pelayanan keperawatan jiwa di masyarakat

2. Pelayanan keperawatan di Puskesmas diharapkan dapat menerapkan pelayanan holidtik pada seluruh klien dan keluarga.
3. Klien diharapkan menerapkan ketrampilan yang sudah dipelajari terkait dengan masalah ansietas.

## REFERENSI

- Agustarika, B. Keliat, B.A & Susanti, Y. (2009). *Pengaruh Terapi thought stoping terhadap ansietas klien dengan gangguan fisik di RSUD Kabupaten Sorong*. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Balitbang Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Boyes A.W, Girgis A, D'Este C & Zucca a.c. (2011). *Prevalence and correlates of anxiety and depression among a population based sample of adult cancer survivors 6 months after diagnosis*. Journal of affective disorders. 135. 184-192
- Chien, W.T & Wong, K.F (2007). *A family psychoeducation group programe for chines people with schizophrenia in Hong Kong*. Psychiatric service. Arlington. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto).
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. (2003). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension*. 42:1206-52.
- Department of Health, Social Service and Public Safety UK. (2010). *Community health nursing current practice and possible future*. <http://www.oecd.org/dataoecd/47/61/35070367.pdf>

- Depkes RI. (2006). *Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan
- Depkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia.
- Dirjen Med & WHO (2012). *Word Health Organization – Psychiatric Prevalence in General Health Care*. Jakarta
- Hunt. R. (2004). *A resource kit fot self help/support groups for people affected by an eating disorder*. Available from: <http://www.medhelp.org/njgroups/volunteerguide.pdf>
- Jones, R.A. (2010). *Patient education in rural community hospitals: registered nurses attitudes and degrees of comfort*. The journal of continuing education in nursing. 41(1). 41-48. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1955689831&sid=10&Fmt=3&clientId=45625&RQT=309&VName=PQD>
- Kaplan, Norman M. (2002). *Kaplan's Clinical Hypertension. 8<sup>th</sup> ed*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Keliat, B.A. (2007). *Modul IC-CMHN*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Kozier at al. (2007). *Fundamental Nursing: Concepts, Process, and Practice*. Eight Edition. New Jersey: Pearson Education, Inc
- Kretchy I.A, Daaku F.t Owusu, Danquah S.A, (2014). *Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti hypertensive medication adherence*. International Journal of Mental Health Systems. <http://www.ijmhs.com/content/8/1/25>
- LeMone. P, Burke. K. (2008). *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care, 4<sup>th</sup> Ed*. New Jersey: Persone Prentice Hall.
- Lolak. S, Connors. L.G, Sheridan.J.M, Wise.N.T, (2008). *Effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and depression in patient enrolled in an outpatient pulmonary rehabilitation programe*. Psychotherapy and psychosomatic. 77, 119-125.
- Lurbe. E et al, (2009). *Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension*. Journal of Hypertension. <http://www.sphta.org.pt/files/managementofhighbloodpressureinchildrenandadolescents.pdf>
- Murthy, S. (2008). *Family interventions and empowermwnt as an approach to enhance mental health resources in developing countries*. <http://www.pubmedcentral.nih.gov>
- Nanda. (2007). *NANDA-I Nursing Diagnosis: Definition & Classification 2007-2008*. Philadelphia: NANDA International
- Papathanasiou, I. Sklavou M. Kourkouta L. (2013). *Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives*. American Journal of Nursing Science. <http://article.sciencepublishinggr>



- oup.com/pdf/10.11648.j.ajns.20130201.11.pdf
- MenKes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)*. Jakarta.
- Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock's. (2007). *Synopsis of Psychiatry. Behavior Sciences/Clinical Psychiatry*. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins.
- Semiun, Yustinus. (2007). *Teori Kepribadian dan Terapi Psikoanalitik Freud*. Yogyakarta: Kanisius
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J., (2008). *Depression and anxiety in metastatic cancer. Minerva Psichiatrica*,49(1), 61.
- Strom, J.L & Egede, L.E. (2013) *The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review*.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490012/>
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9<sup>th</sup> ed). St Louis: Mosby Year Book
- Suliswati. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Townsend, M.C. (2010). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. Six edition. Philadelphia: FA Davis Company.
- Varcarolis, Elizabet. M et al. (2006). *Foundations of pshychiatric mental health nursing a clinical approach*. Edisi 5. Saunders Elsevier, St Louis Missouri.
- Videbeck, S.L. (2010). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization., (2013). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Available from: <http://www.who.int/classification/icd/en/>. Accessed 05 Mei 2016.