

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Krisis Situasional pada Lansia**

##### **1. Pengertian Krisis Sitasional pada Lansia**

Krisis situasional adalah kondisi stres yang terjadi sebagai respons terhadap peristiwa atau situasi tertentu yang tak terduga dan sering kali di luar kendali individu. Pada lansia, krisis situasional sering kali berkaitan dengan perubahan besar dalam kehidupan yang menimbulkan tekanan emosional dan psikologis (Stuart, 2013). Lansia mengalami perubahan biologis, fisik, psikis, dan sosial seiring bertambahnya usia. Lansia tanpa potensi adalah lansia yang tidak memiliki sarana untuk menghidupi dirinya sendiri dan harus mengandalkan bantuan orang lain untuk bertahan hidup (Wulandari Ismaya et al., 2023).

##### **2. Penyebab Krisis Situasional Pada Lansia**

Beberapa penyebab krisis situasional yang umum dialami oleh lansia menurut (Stuart, 2013) antara lain:

- a. Kehilangan pasangan hidup atau orang terdekat yaitu dapat menimbulkan kesepian, depresi, bahkan gangguan identitas diri.
- b. Pensiun dari pekerjaan yaitu dapat menimbulkan krisis peran dan kehilangan makna hidup.
- c. Diagnosis penyakit kronis atau penurunan fungsi tubuh yaitu meningkatkan rasa ketergantungan dan kecemasan akan kematian.

- d. Perubahan tempat tinggal (misalnya pindah ke panti jompo) yaitu menimbulkan perasaan tidak aman, asing, dan kehilangan kontrol atas kehidupan.
  - e. Kehilangan kemandirian (misalnya tidak bisa mengurus diri sendiri) yaitu memicu rasa tidak berguna dan rendah diri.
3. Dampak Krisis Situasional Pada Lansia

Menurut (Stuart, 2013) ada beberapa dampak krisis situasional pada lansia sebagai berikut:

- a. Gangguan emosional seperti cemas, sedih, marah, bahkan depresi.
  - b. Penurunan kualitas hidup.
  - c. Ketidakmampuan dalam beradaptasi dengan perubahan.
  - d. Risiko bunuh diri (pada kasus ekstrem).
4. Strategi Pelaksanaan

Strategi pelaksanaan untuk mengatasi krisis situasional pada lansia menurut (Stuart, 2013) antara lain:

- a. Dukungan sosial

Keluarga, teman sebaya, dan komunitas dapat memberikan kenyamanan dan rasa memiliki.

- b. Konseling psikologis

Membantu lansia memahami dan mengelola emosinya.

- c. Terapi okupasi dan kegiatan sosial

Membantu mempertahankan fungsi sosial dan kognitif.

- d. Pendekatan spiritual dan religius

Seringkali menjadi sumber kekuatan pada lansia.

e. Pendidikan kesehatan:

Memberikan informasi tentang perubahan normal pada masa tua dan cara adaptasi yang sehat.

## **B. Konsep Dasar Kecemasan Pada Lansia**

### **1. Pengertian Kecemasan Lansia**

Kecemasan pada lansia memiliki efek pada penurunan aktivitas kegiatan sehari-hari dan status fungsional bahkan hingga berisiko pada kematian (Fitri Damayanti Prastyaningrum, Dwi Sulistyowati, Rita Benya Adriani & Tarnoto, 2024). Ansietas/kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Annisa & Ifdil, 2016). Kecemasan adalah suatu keadaan emosional yang mempunyai ciri keterangsangan fisiologis, perasaan tegang yang tidak menyenangkan, dan perasaan apprehensif bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi (Annisa & Ifdil, 2016). Kecemasan adalah kekhawatiran yang jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik (Nasuha et al., 2016). Kecemasan adalah suatu keadaan emosional yang mempunyai ciri-ciri seperti keterangsangan fisiologis, perasaan tegang yang tidak menyenangkan, dan perasaan apprehensif atau keadaan khawatir yang mengeluh bahwa sesuatu yang buruk akan segera terjadi (Nasuha et al., 2016).

### **2. Penyebab Kecemasan Lansia**

Kecemasan pada lansia disebabkan oleh berbagai sumber, seperti ancaman terhadap integritasi fisik yang mengakibatkan ketidakmampuan

fisiologis seseorang untuk melakukan aktifitas sehari-hari dan ancaman terhadap selfesteem yang dapat merusak identitas diri dan integritas fungsi social (Sawitri E, 2018). Kecemasan dapat menyebabkan ketidakseimbangan fisik misalnya peningkatan tekanan darah, insomnia, ketegangan otot dan palpitasi, sedangkan ketidakseimbangan psikologis yang dapat muncul misalnya sulit berkonsentrasi, bingung, kehilangan kontrol dan ketidakseimbangan social (Wulandari et al., 2015).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada lansia yaitu:
  - a. faktor predisposisi yaitu ketegangan dalam kehidupan dapat berupa hal-hal seperti: peristiwa traumatik, konflik emosional, gangguan konsep diri, frustrasi, gangguan fisik, pola mekanisme koping keluarga, riwayat gangguan cemas dan medikasi.
  - b. faktor presipitasi berupa ancaman kekerasan dan ancaman terhadap harga diri atau penghinaan (Khamida & Meilisa, 2018).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada lansia antara lain:

- a. Faktor internal meliputi usia, pengalaman, aset fisik.
- b. Faktor eksternal meliputi pengetahuan, pendidikan, finansial/material, keluarga, obat, dukungan sosial budaya (Sonza et al., 2020).

Kecemasan apabila tidak di atasi maka lama kelamaan akan membahayakan, karena saat rasa cemas itu datang cara berfikirpun sudah tidak positif, seperti merasa tidak diperhatikan atau dibutuhkan, merasa merepotkan keluarga sehingga ini akan berdampak serius pada psikologinya yang kemudian lama-kelamaan menjadi kecemasan kronis, dimana

kecemasan kronis yaitu menimbulkan potensi depresi serta penyalahgunaan zat dan meningkatkan resiko bunuh diri (Khamida & Meilisa, 2018).

#### 4. Tanda gejala Kecemasan pada Lansia

Tanda dan gejala kecemasan menurut (Khamida & Meilisa, 2018) yaitu bisa karena peristiwa traumatik, konflik antar lansia, tidak percaya diri karena merasa sudah tidak berguna, pola mekanisme koping keluarga yang tidak efektif, menyendiri, dan pasif.

Gangguan fisik Kecemasan itu sendiri adalah suatu keadaan perasaan kepribadian, rasa gelisah, ketidaktentuan, atau takut dari kenyataan atau persepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui atau dikenal. Kecemasan yang tidak dapat teratasi dapat memperberat timbulnya penyakit fisik dan gangguan akibat stress. Gambaran klinis cemas biasanya tidak terlihat karena terkadang kecemasan pada orang normal berlangsung dalam intensitas atau durasi yang tidak berkepanjangan sehingga individu dapat tetap memberikan respon yang adaptif.

#### 5. Ciri- ciri kecemasan pada Lansia

Ciri-ciri kecemasan pada Lansia menurut (Annisa & Ifdil, 2016) sebagai berikut:

- a. Ciri-ciri fisik dari kecemasan, diantaranya: kegelisahan, kegugupan, tangan atau anggota tubuh yang bergetar atau gemetar, sensasi dari pita ketat yang mengikat di sekitar dahi, kekencangan pada pori-pori kulit perut atau dada, banyak berkeringat, telapak tangan yang berkeringat, pening atau pingsan, mulut atau kerongkongan terasa kering, sulit berbicara, sulit bernafas, bernafas pendek, jantung yang berdebar keras

atau berdetak kencang, suara yang bergetar, jari-jari atau anggota tubuh yang menjadi dingin, pusing, merasa lemas atau mati rasa, sulit menelan, kerongkongan merasa tersekat, leher atau punggung terasa kaku, sensasi seperti tercekik atau tertahan, tangan yang dingin dan lembab, terdapat gangguan sakit perut atau mual, panas dingin, sering buang air kecil, wajah terasa memerah, diare, dan merasa sensitif atau “mudah marah” .

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

meskipun dokter tidak menemukan sesuatu yang salah secara medis, khawatir akan ditinggal sendirian, dan sulit berkonsentrasi atau memfokuskan pikiran.

#### 6. Tingkat kecemasan

Kecemasan (Anxiety) memiliki tingkat ansietas menurut (Annisa & Ifdil, 2016) diantaranya:

##### a. Ansietas ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

##### b. Ansietas sedang

Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

##### c. Ansietas berat

Sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

##### d. Tingkat panik

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional.

Cara menilai tingkat kecemasan pada lansia salah satu dengan skala HARS. Hamilton anxiety rating scale (HARS) merupakan salah satu alat ukur yang digunakan untuk menilai atau mengukur tingkat keparahan dari gejala kecemasan dan sudah banyak diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa yang ada di dunia. HARS versi Indonesia telah memenuhi kriteria sebagai alat pengukuran atau penilaian yang reliabel dan valid dalam menilai gangguan kecemasan. Adapun HARS terdiri dari 14 item pertanyaan, yaitu perasaan ansietas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik (otot), gejala somatik (sensorik), gejala kardiovaskuler, gejala respiratori, gejala gastrointestinal, gejala urogenital, gejala otonom dan tingkah laku pada wawancara. Total dari nilai yang telah diperoleh akan menunjukkan tingkat keparahan gangguan kecemasan, dimana nilai 0-14 menunjukkan bahwa tidak ada kecemasan, nilai 14-20 menunjukkan bahwa adanya kecemasan ringan, nilai 21-27 menunjukkan bahwa adanya kecemasan sedang, nilai 28-41 menunjukkan bahwa adanya kecemasan berat dan nilai 42-56 menunjukkan bahwa adanya kecemasan berat dan nilai 42-56

menunjukkan bahwa adanya kecemasan dengan tingkat sangat parah (panik) (Kadek et al., 2025).

### **C. Pengelolaan Kecemasan Pada Lansia**

Pengelolaan keperawatan akan melalui beberapa proses keperawatan diantaranya sebagai berikut:

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan pada lansia adalah suatu tindakan peninjauan situasi lansia untuk memperoleh data dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnosis masalah, penetapan kekuatan dan kebutuhan promosi kesehatan lansia. Data yang dikumpulkan mencakup data subyektif dan data obyektif meliputi data:

- a. Identitas klien yaitu meliputi data nama, tempat/tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku/bangsa.
- b. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi klien yang diperoleh melalui wawancara yaitu meliputi data pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, sumber pendapatan, dan kecukupan pendapatan.
- c. Lingkungan tempat tinggal klien yang diperoleh melalui pengamatan dan wawancara meliputi data kebersihan dan kerapian ruangan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan wc, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, sumber pencemaran, privasi, risiko injuri.
- d. Riwayat kesehatan yang dibagi menjadi:
  - 1) Status kesehatan saat ini yaitu meliputi keluhan utama dalam 1 tahun terakhir, gejala yang dirasakan, faktor pencetus, frekuensi timbulnya

keluhan, upaya mengatasi keluhan, apakah mengonsumsi obat-obatan, serta apakah mengonsumsi obat tradisional.

- 2) Riwayat kesehatan masa lalu yaitu meliputi data tentang penyakit yang pernah diderita, riwayat alergi, riwayat kecelakaan, riwayat pernah dirawat di Rumah Sakit, serta riwayat pemakaian obat.

e. Pola fungsional yaitu data yang meliputi data:

- 1) Persepsi kesehatan dan manajemen kesehatan yaitu data tentang pandangan pasien terhadap kesehatannya serta kebiasaan yang memengaruhi kesehatan.
- 2) Nutrisi metabolik yaitu data yang meliputi tentang frekuensi makan, nafsu makan, jenis makanan, makanan yang tidak disukai, alergi terhadap makanan, pantangan makanan, serta apakah ada keluhan yang berhubungan dengan makan pasien.
- 3) Eliminasi yaitu data tentang buang air kecil dan buang air besar yang meliputi data frekuensi dan waktu, konsistensi, riwayat pemakaian obat pencahar serta keluhan yang berhubungan dengan buang air kecil dan buang air besar pasien.
- 4) Aktivitas pola latihan yang meliputi data tentang rutinitas mandi, kebersihan sehari-hari, aktivitas sehari-hari, apakah ada masalah dalam aktivitas harian, serta kemampuan kemandirian pasien.
- 5) Pola istirahat tidur meliputi pengkajian tentang lama tidur malam dan tidur siang serta keluhan yang dirasakan berhubungan dengan tidur pasien.

- 6) Pola kognitif persepsi yang meliputi pengkajian tentang apakah ada masalah penglihatan dan pendengaran pada klien serta apakah ada masalah dalam pengambilan keputusan pada pasien.
  - 7) Persepsi diri-pola konsep diri yaitu pengkajian yang meliputi bagaimana klien memandang dirinya sebagai lansia serta.
  - 8) Bagaimana persepsi pasien tentang pandangan orang lain terhadap dirinya.
  - 9) Pola peran-hubungan yang meliputi pengkajian tentang peran serta ikatan klien dan juga kepuasan tentang peran pasien di lingkungannya baik di pekerjaan, sosial maupun dalam hubungan keluarga.
  - 10) Seksualitas meliputi data riwayat reproduksi, kepuasan seksual, serta apakah ada masalah maupun keluhan lain berhubungan dengan seksualitasnya.
  - 11) Koping-pola toleransi stress yaitu data tentang faktor penyebab timbulnya stres pada pasien serta bagaimana upaya pasien dalam mengatasi stresnya.
  - 12) Nilai-pola keyakinan meliputi data tentang bagaimana pola spiritual, keyakinan pasien tentang kesehatannya, serta keyakinan agama pada pasien.
- f. Pemeriksaan fisik yaitu pengkajian yang diperoleh petugas melalui pemeriksaan terhadap keadaan fisik pasien yang meliputi data tentang keadaan umum, tanda-tanda vital, berat badan, tinggi badan, kepala,

rambut, mata, telinga, mulut, gigi dan bibir, dada, abdomen, kulit, ekstremitas atas, ekstremitas bawah.

Ada juga pengkajian khusus pada lansia yang meliputi pengkajian status fungsional dan pengkajian status kognitif:

- 1) Pengkajian status fungsional dengan pemeriksaan Index Katz dan Bartel index.
- 2) Pengkajian status kognitif
  - a) SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire) adalah penilaian fungsi intelektual lansia.
  - b) MMSE (Mini Mental State Exam): menguji aspek kognitif dari fungsi mental, orientasi, registrasi, perhatian, dan kalkulasi, mengingat kembali dan Bahasa.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul pada lansia menurut (SDKI, 2018) yaitu Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

## **3. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi.

### **a. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional**

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun

- 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- 3) Perilaku gelisah menurun
- 4) Perilaku tegang menurun
- 5) Pola tidur membaik (PPNI, 2018).

### **Intervensi Keperawatan**

#### **Reduksi Ansietas (PPNI, 2016)**

##### Observasi

- a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
- b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

##### Terapeutik

- a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- c. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian
- d. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- e. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- f. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- g. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

##### Edukasi

- a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

- c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu Anjurkan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- d. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- e. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- f. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- g. Latih teknik relaksasi

#### Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu.

### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Hutagalung, 2020).

### **5. Evaluasi Keperawatan**

Proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak dan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya (Nagaratnam, Nagaratnam and Cheuk, 2018). Tujuan evaluasi untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada

tahap perencanaan. Untuk mempermudah mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien digunakan komponen SOAP adalah sebagai berikut:

**S: Data Subjektif**

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

**O: Data Objektif**

Data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

**A: Analisa**

Merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi, atau juga dapat dituliskan suatu masalah/ diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

**P: Perencanaan (Planning)**

Perencanaan keperawatan yang dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan data tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan (Pangaribuan, Santa Maria Nurhayati et al., 2023).

Evaluasi formatif dilakukan oleh pemberi asuhan keperawatan setiap kali setelah melakukan implementasi keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif dilakukan pada akhir pengelolaan (Wulansari et al., 2021).

#### **D. Konsep Teknik Relaksasi Benson**

## 1. Pengertian Relaksasi Benson

Relaksasi Benson merupakan metode teknik relaksasi yang diciptakan oleh Herbert Benson, seorang ahli peneliti medis dari Fakultas Kedokteran Harvard yang mengkaji beberapa manfaat doa dan meditasi bagi Kesehatan (Margiyati Margiyati & Setyajati, 2023). Relaksasi benson merupakan suatu tehnik relaksasi yang digabungkan dengan keyakinan yang dianut individu. Penggabungan ini dengan memasukkan kata atau frasa/kalimat tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan dan keyakinan (Benson&Proctor, 2000).

## 2. Tujuan Relaksasi Benson

Relaksasi Benson dapat mengurangi tingkat stress, kecemasan, rasa tidak nyaman, dan juga dapat menurunkan metabolisme, kontraksi jantung, tekanan darah, serta melepas hormon yang berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri (Morita et al., 2020).

## 3. Manfaat Relaksasi Benson

Penggunaan benson sudah digunakan untuk penanganan pasien berbagai usia, dalam membantu penurunan tekanan darah, kecemasan, merelaksasikan tubuh, mengurangi rasa nyeri, meningkatkan fungsi kognitif dan dapat meningkatkan perasaan Bahagia (Margiyati Margiyati & Setyajati, 2023).

## 4. Pelaksanaan Relaksasi Benson

Relaksasi benson dalam pelaksanaannya terdiri dari empat komponen dasar menurut (Benson&Proctor, 2000) yaitu:

- a. Suasana tenang

Suasana tenang yang dimaksud disini adalah suasana yang dapat meningkatkan fokus dari individu seperti suasana tidak bising. Tujuan dari suasana tenang adalah dapat membantu efektivitas.

b. Perangkat mental

Perangkat mental merupakan cara untuk memindahkan pikiran-pikiran yang berorientasi pada hal-hal logis dan yang berada diluar diri harus ada suatu rangsangan yang konstan seperti mengucapkan satu kata atau satu frase singkat yang di ulang-ulang dalam hati serta sesuai dengan keyakinan. Kata atau frase yang singkat merupakan merupakan fokus dalam melakukan relaksasi benson. Fokus terhadap kata atau frase singkat akan meningkatkan kekuatan dasar respon relaksasi. Dengan memberi kesempatan faktor keyakinan untuk memberi pengaruh terhadap penurunan aktifitas saraf simpatis. Kesulitan utama dari pelaksanaan relaksasi benson adalah munculnya pikiran mengembara. Alternatif yang dapat digunakan untuk mencegah pikiran mengembara adalah dengan memejamkan mata dan mengulang kata yang diniatkan. Pelaksanaan Relaksasi Benson adalah 1 dan atau 2 kali dalam satu hari, tiap pelaksanaan kurang lebih 10-20 menit. Relaksasi Benson terbaik dilakukan sebelum makan atau beberapa jam setelah makan. Hal ini dianjurkan karena selama pelaksanaan relaksasi benson, aliran darah akan lebih banyak dialirkan ke kulit, ke otot-otot ekstremitas dan otak. Sehingga, lebih banyak aliran darah menjauhi daerah perut atau pencernaan.

c. Sikap pasif

Sikap mengabaikan apabila pikiran-pikiran yang mengacau atau mengembara muncul. Pikiran tersebut harus diabaikan dan perhatian di fokuskan dan diarahkan lagi kepengulangan kata atau frase singkat yang sudah di pilih sebagai suatu keyakinan. Sikap pasif dilakukan dengan membiarkan hal itu (kembali ke kata atau frase yang dipilih) terjadi, karena ini merupakan elemen yang paling penting saat mempraktikkan relaksasi benson. Tidak perlu cemas memikirkan seberapa baik saat melakukan relaksasi tersebut, karena hal itu akan mencegah terjadinya respon dari relaksasi Benson.

d. Posisi nyaman

Posisi tubuh yang nyaman adalah penting, karena mencegah terjadinya ketegangan otot. Posisi tubuh yang digunakan biasanya dengan duduk atau berbaring di atas tempat tidur.

## 5. Langkah-langkah Relaksasi Benson

Langkah-langkah pelaksanaan relaksasi dikembangkan dari 4 tahapan relaksasi benson adalah sebagai berikut:

- a. Atur atau pilih posisi yang nyaman
- b. Tentukan 1 kata/frasa/kalimat pendek yang mencerminkan keyakinan anda seperti Allah, damai, rileks, aku nyaman dan sebagainya
- c. Untuk lebih fokus lakukan tindakan memejamkan mata tetapi hindari menutup mata dengan kuat
- d. Atur nafas, santai dan usahakan lemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut, pinggang dan leher

- e. Gerakkan leher perlahan-lahan ke kiri dan ke kanan (jangan sampai kepala mengenai bahu)
- f. Setelah dirasakan rileks atau lebih santai mulailah mengucapkan kalimat yang sebelumnya dipilih
- g. Pertahankan sikap pasif atau pasrah
- h. Atur nafas kembali dan buka mata
- i. Lakukan selama 15 menit.

Berdasarkan standar operasional prosedur terlampir.