

Keperawatan kesehatan jiwa (mental health nursing) adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya. Buku Keperawatan Jiwa ini diperuntukkan untuk semua kalangan baik akademisi kesehatan maupun mahasiswa kesehatan khususnya mahasiswa program studi Ilmu Keperawatan, sehingga diharapkan buku ini dapat menjadi tambahan bahan referensi dalam memberikan asuhan pada pasien gangguan jiwa.

Materi yang dibahas dalam buku ini mencakup:

- BAB 1 Konsep Dasar Keperawatan Jiwa
- BAB 2 Tren Isu Dalam Keperawatan Jiwa
- BAB 3 Konsep Dasar Stres dan Adaptasi
- BAB 4 Konsep Model Dalam Keperawatan Jiwa
- BAB 5 Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) Pada Kelompok Khusus
- BAB 6 Konsep Hubungan Terapeutik Dalam Keperawatan
- BAB 7 Terapi Modalitas Dalam Keperawatan Jiwa
- BAB 8 Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Masalah Gangguan Citra Tubuh
- BAB 9 Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Psikiatri
- BAB 10 Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Harga Diri Rendah
- BAB 11 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Isolasi Sosial
- BAB 12 Asuhan Keperawatan Pasien dengan Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi
- BAB 13 Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan
- BAB 14 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ansietas
- BAB 15 Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Berduka
- BAB 16 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Defisit Perawatan Diri



KEPERAWATAN JIWA

H. Tukatman, S.Kep. Ns, M.Kep.; Ns. Agus Dwi Pranata., M. Kep.; Ns. Helly M. Katuuk, S.Kep., M.Kep.; Mimi Yati, S.Kep., Ns., M.Kes.; Ni Luh Emilia, S.Kep., Ns., M.Kep.; Ns. Mila Triana Sari, S.Kep., M.Kep.; Ns. Marta Suri., S.kep., M.Kep.; Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.; Tinneke A Tololiu, S.Kep, Ns, M.Kep.; Suhardono, S.Kp., Ners, M.Kes.; Uly Agustine, S.Kp., M.Kep.; Daryanto, S.KP, M.Kep.; Mohd. Syukri, Ners., Sp.Kep.Jiwa.; Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kep.; Ns. Fitry Erlin, M.Kep.; Moudy Lombogia, S.Kep. Ns, M.Kep.

KEPERAWATAN JIWA

H. Tukatman, S.Kep. Ns. M.Kep.; Ns. Agus Dwi Pranata., M. Kep.; Ns. Helly M. Katuuk, S.Kep., M.Kep.; Mimi Yati, S.Kep., Ns., M.Kes.; Ni Luh Emilia, S.Kep., Ns., M.Kep.; Ns. Mila Triana Sari, S.Kep., M.Kep.; Ns. Marta Suri., S.kep., M.Kep.; Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.; Tinneke A Tololiu, S.Kep, Ns, M.Kep.; Suhardono, S.Kp., Ners, M.Kes.; Uly Agustine, S.Kp., M.Kep.; Daryanto, S.KP., M.Kep.; Mohd. Syukri, Ners., Sp.Kep.Jiwa.; Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kep.; Ns. Fitry Erlin, M.Kep.; Moudy Lombogia, S.Kep. Ns, M.Kep.



Pustaka Aksara

KEPERAWATAN JiWA

- Penulis** : H. Tukatman, S.Kep. Ns. M.Kep.; Ns. Agus Dwi Pranata., M. Kep.; Ns. Helly M. Katuuk, S.Kep., M.Kep.; Mimi Yati, S.Kep., Ns., M.Kes.; Ni Luh Emilia, S.Kep., Ns., M.Kep.; Ns. Mila Triana Sari, S.Kep., M.Kep.; Ns. Marta Suri., S.kep., M.Kep.; Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.; Tinneke A Tololiu, S.Kep, Ns, M.Kep.; Suhardono, S.Kp., Ners, M.Kes.; Uly Augustine, S.Kp., M.Kep.; Daryanto, S.KP., M.Kep.; Mohd. Syukri, Ners., Sp.Kep.Jiwa; Joice Mermey Laoh, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kep.; Ns. Fitry Erlin, M.Kep.; Moudy Lombogia, S.Kep. Ns, M.Kep.
- Editor** : La Rangki, S.Kep., Ns., M.Kep., Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kes.
- Desain Sampul** : Laili Rizqi
- Tata Letak** : Silviera Elsa Angelina

ISBN : 978-623-8230-99-0

Diterbitkan oleh : PUSTAKA AKSARA, 2023

Redaksi:

Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

Telp. 0858-0746-8047

Laman : www.pustakaaksara.co.id

Surel : info@pustakaaksara.co.id

Anggota IKAPI

Cetakan Pertama : 2023

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku Chapter ini dapat tersusun. Buku Chapter ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku Chapter ini berjudul Keperawatan Jiwa mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat. Buku Chapter ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep keperawatan jiwa, asuhan pasien gangguan jiwa dan terapi modalitas jiwa yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB 1	
Konsep Dasar Keperawatan Jiwa	1
BAB 2	
Tren Isu Dalam Keperawatan Jiwa	15
BAB 3	
Konsep Dasar Stres dan Adaptasi	27
BAB 4	
Konsep Model Dalam Keperawatan Jiwa	41
BAB 5	
Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) Pada Kelompok Khusus.....	53
BAB 6	
Konsep Hubungan Terapeutik Dalam Keperawatan	72
BAB 7	
Terapi Modalitas Dalam Keperawatan Jiwa	90
BAB 8	
Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Masalah Gangguan Citra Tubuh	103
BAB 9	
Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Psikiatri	120
BAB 10	
Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Harga Diri Rendah	130
BAB 11	
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Isolasi Sosial	158

BAB 12	
Asuhan Keperawatan Pasien dengan Perubahan Persepsi Sensori : Halusi-nasi	171
BAB 13	
Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Per-ilaku Kekerasan	202
BAB 14	
Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ansietas	219
BAB 15	
Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Berduka	238
BAB 16	
Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Defisit Perawatan Diri	256

KEPERAWATAN JIWA

H. Tukatman, S.Kep. Ns. M.Kep.; Ns. Agus Dwi Pranata., M. Kep.; Ns. Helly M. Katuuk, S.Kep., M.Kep.; Mimi Yati, S.Kep., Ns., M.Kes.; Ni Luh Emilia, S.Kep., Ns., M.Kep.; Ns. Mila Triana Sari, S.Kep., M.Kep.; Ns. Marta Suri., S.kep., M.Kep.; Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.; Tinneke A Tololiu, S.Kep, Ns, M.Kep.; Suhardono, S.Kp., Ners, M.Kes.; Uly Agustine, S.Kp., M.Kep.; Daryanto, S.KP., M.Kep.; Mohd. Syukri, Ners., Sp.Kep.Jiwa.; Joice Mermey Laoh, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kep.; Ns. Fitry Erlin, M.Kep.; Moudy Lombogia, S.Kep. Ns, M.Kep.

BAB

1

Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

* H. Tukatman. S.Kep. Ns. M.Kep*

A. Pendahuluan

Perawatan medis adalah jenis perawatan kesehatan. Untuk menjadi individu yang produktif kita harus memiliki tubuh dan pikiran yang sehat. Seseorang dianggap sehat jiwanya jika berada dalam keadaan fisik, mental dan sosial yang bebas dari gangguan (penyakit) dan tidak dalam tekanan menghadapi tekanan-tekanan yang terjadi. Penyakit mental memungkinkan individu untuk menjalani kehidupan yang produktif dan mempertahankan hubungan sosial yang memuaskan. Peran dan tugas perawat dalam kerja keperawatan harus melihat manusia secara utuh meliputi bio, psyche, society, spiritual, sehingga pemilihan model kerja keperawatan dalam pelaksanaan kerja keperawatan sesuai dengan paradigma keperawatan jiwa.

Manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual berarti bahwa manusia adalah makhluk yang lengkap dengan unsur-unsur biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Sebagai makhluk biologis, manusia terdiri dari sel-sel hidup yang membentuk satu jaringan, jaringan-jaringan yang terhubung membentuk organ dan sistem organ. Koordinasi sistem organ membentuk individu yang sehat. Sebagai makhluk psikis, setiap orang memiliki kepribadian yang unik dan struktur kepribadian id, ego dan superego, diberkahi dengan kecerdasan dan kecerdasan, sehingga menjadi orang yang terus berkembang (Feist & Feist. 2013).

Setiap orang juga memiliki kebutuhan psikologis, seperti penghindaran ketegangan psikologis, kebutuhan akan kedekatan dan cinta, kepuasan altruistik (kepuasan membantu orang lain tanpa mengharapkan imbalan), kehormatan dan kepuasan diri. Sedangkan manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat hidup sendiri, manusia selalu ingin hidup bersama orang lain dan membutuhkan orang lain. Selain itu, manusia juga perlu bekerja sama dengan manusia lain untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup. Manusia juga dituntut untuk dapat berperilaku sesuai dengan harapan dan norma yang berlaku di lingkungan sosialnya. Sebagai makhluk spiritual, manusia meyakini dan mengakui keberadaan Tuhan Yang Maha Esa,

memiliki visi hidup, kehendak hidup yang sesuai dengan fitrah religius yang dianutnya, sehingga dapat menyatu secara utuh

B. Definisi Sehat Jiwa

Banyak ahli mendefinisikan mengenai sehat jiwa diantaranya:

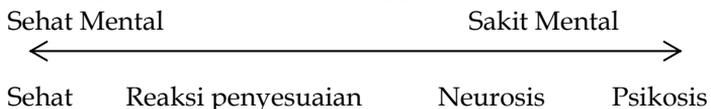
1. World Health Organization (WHO)

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sejahtera secara fisik, sosial dan mental yang lengkap dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Atau dapat dikatakan bahwa individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental dan sosial yang terbebas dari gangguan (penyakit) atau tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stress yang timbul. Sehingga memungkinkan individu untuk hidup produktif, dan mampu melakukan hubungan sosial yang memuaskan.

2. UU Kesehatan Jiwa No.03 Tahun 1966

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi mental yang sejahtera sehingga memungkinkan seseorang berkembang secara optimal baik fisik, intelektual dan emosional dan perkembangan tersebut berjalan secara selaras dengan keadaan orang lain sehingga memungkinkan hidup harmonis dan produktif. Sedangkan menurut undang-undang Kesehatan Jiwa Tahun 2014 adalah suatu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu menyadari kemampuannya sendiri dan mampu mengatai tekanan psikologis dapat bekerja produktif dan mampu memberikan kontribusi pada komunitasnya

Rentang Sehat-Sakit Jiwa (Gangguan Mental)



Kesehatan jiwa manusia dialami dalam berbagai gradasi selama hidupnya. Kebanyakan tidak sampai pada titik ujung, berada ditengah. Setiap orang mendapatkan gangguan atau sakit mental, pada suatu situasi tertentu

Beberapa orang sehat mental; beberapa dengan gangguan khusus. "Decision strees" akan membedakan yang sakit dan sehat sebagai lingkaran status.kondisi tertentu yang saat itu dialami

Sehat Mental



Sakit Mental



C. Ciri-Ciri Sehat Jiwa (Mental)

Berikut ini akan dijelaskan ciri sehat jiwa menurut beberapa ahli diantaranya menurut:

1. WHO (*World Health Organisation*) Organisasi Kesehatan Dunia

Tahun 1959 **WHO** dalam sidangnya di Geneva berhasil merumuskan kriteria sehat jiwa. Rumusan yang disimpulkan dari hasil sidang yaitu seseorang dikatakan sehat jiwanya, jika memiliki kriteria sebagai berikut:

- a. Individu mampu menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
- b. Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya.
- c. Merasa lebih puas memberi daripada menerima.
- d. Secara relatif bebas dari rasa tegang (stress), cemas dan depresi.
- e. Mampu berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling
- f. memuaskan.
- g. Mampu menerima kekecewaan sebagai pelajaran yang akan datang
- h. Mempunyai rasa kasih sayang.

Tahun 1984, WHO menambahkan dimensi agama sebagai salah satu dari 4 pilar sehat jiwa yaitu: Kesehatan

secara holistik yaitu sehat secara jasmani/fisik (biologik); sehat secara kejiwaan (psikiatri/psikologi); sehat secara sosial; dan sehat secara spiritual (kerohanian/agama).

Berdasarkan keempat dimensi sehat tersebut, *the American Psychiatric Association* mengadopsi menjadi paradigma pendekatan *bio-psycho-socio-spiritual*. Dimana dalam perkembangan kepribadian seseorang mempunyai 4 dimensi holistik, yaitu agama, organobiologik, psiko- edukatif dan sosial budaya.

2. Yahoda

Yahoda mencirikan sehat jiwa sebagai berikut:

- a. Memiliki sikap positif terhadap diri sendiri
- b. Tumbuh, berkembang dan beraktualisasi
- c. Menyadari adanya integrasi dan hubungan antara : Masa lalu dan sekarang
- d. Memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan dan tidak bergantung pada siapapun
- e. Memiliki persepsi sesuai dengan kenyataan
- f. Mampu menguasai lingkungan dan beradaptasi

3. MASLOW

Maslow mengatakan individu yang sehat jiwa memiliki ciri sebagai berikut:

- a. Persepsi Realitas yang akurat.
- b. Menerima diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- c. Spontan.
- d. Sederhana dan wajar.

Berdasarkan definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa seseorang dikatakan sehat jiwa jika:

- a. Nyaman terhadap diri sendiri yaitu:
 - 1) Mampu mengatasi berbagai perasaan : rasa marah, rasa takut, cemas, iri, rasa bersalah, rasa senang, cinta mencintai, dan lain lain
 - 2) Mampu mengatasi kekecewaan dalam kehidupan.

- 3) Mempunyai Harga Diri yang wajar.
 - 4) Menilai diri secara nyata, tidak merendahkan dan tidak pula berlebihan.
 - 5) Merasa puas dengan kehidupan sehari-hari.
- b. Nyaman berhubungan dengan orang lain yaitu:
- 1) Mampu mencintai dan menerima cinta dari orang lain.
 - 2) Mempunyai hubungan pribadi yang tetap.
 - 3) Mampu mempercayai orang lain.
 - 4) Dapat menghargai pendapat orang yang berbeda.
 - 5) Merasa menjadi bagian dari kelompok.
 - 6) Tidak mengakali orang lain, dan tidak memberikan dirinya diakali orang lain.
- c. Mampu memenuhi kebutuhan hidup yaitu:
- 1) Menetapkan tujuan hidup yang nyata untuk dirinya.
 - 2) Mampu mengambil keputusan.
 - 3) Menerima tanggung jawab.
 - 4) Merancang masa depan.
 - 5) Menerima ide/pengalaman hidup.
 - 6) Merasa puas dengan pekerjaannya.

D. Keperawatan Jiwa

Menurut ANA keperawatan jiwa adalah suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya. Perawat jiwa melakukan aktivitas dan kegiatan pada 3 area utama :

1. Aktivitas memberikan pelayanan asuhan keperawatan langsung pada klien
2. Aktivitas melakukan komunikasi
3. Aktivitas pengelolaan perawatan (manajemen keperawatan)

Elemen aktifitas perawat jiwa meliputi

1. Kompetensi klinik
2. Advokasi klien dan keluarga
3. Tanggung jawab fiscal

4. Kerjasama antar disiplin ilmu dalam perawatan dan pengobatan klien
5. Tanggung gugat social
6. Parameter etik dan legal

Perawat jiwa memiliki peran dalam tingkat pelayanan kesehatan jiwa yaitu:

1. Peran dalam prevensi primer
2. Peran dalam prevensi sekunder
3. Peran dalam prevensi tersier

E. Paradigma Keperawatan Jiwa

Paradigma adalah cara pandang terhadap suatu objek, penilaian yang lebih jelas dapat diperoleh melalui berbagai informasi dan pengalaman. Pertanyaan selanjutnya adalah: mengapa kita perlu mempelajari paradigma keperawatan? Mempelajari paradigma keperawatan membantu individu atau komunitas yang lebih luas untuk mengetahui dan memahami keperawatan dan memahami setiap fenomena. Oleh karena itu, tujuan paradigma keperawatan adalah mengatur hubungan antara berbagai teori dan model konseptual pekerjaan keperawatan sehingga model dan teori konseptual dapat dikembangkan sebagai kerangka acuan untuk pekerjaan keperawatan. Fenomena adalah perilaku klien dengan ketidakpastian kondisi yang dialami, yang disebabkan oleh rasa tidak nyaman akibat penyakit yang dialami. Filosofi keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dan didasarkan pada keterampilan dan kiat keperawatan.

Setiap melakukan peran dan fungsinya seorang perawat harus memiliki keyakinan terhadap nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan. Keyakinan yang harus dimiliki oleh seorang perawat yaitu:

1. Bahwa manusia adalah makhluk holistik yang terdiri dari komponen bio-psiko-sosio dan spiritual.

2. Tujuan pemberian asuhan keperawatan adalah meningkatkan derajat kesehatan manusia secara optimal
3. Tindakan keperawatan yang diberikan merupakan tindakan kolaborasi antara tim kesehatan, klien maupun keluarga.
4. Tindakan keperawatan yang diberikan merupakan suatu metode pemecahan masalah dengan pendekatan proses keperawatan
5. Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat
6. Pendidikan keperawatan harus dilakukan secara terus-menerus

Empat komponen dalam paradigma keperawatan meliputi : manusia, keperawatan, lingkungan, dan kesehatan.

1. Manusia

Keperawatan psikiatri memandang manusia sebagai makhluk holistik yang terdiri dari komponen biopsikososial dan spiritual yang membentuk kesatuan utuh dari perspektif fisik dan psikologis dan unik karena kebutuhan perkembangan mereka yang berbeda (Consortium of Health Sciences, 1992).).

Kozier (2000) mengatakan bahwa manusia adalah sistem terbuka yang selalu berinteraksi dengan lingkungan luar dan dalam sehingga terjadi keseimbangan (homeostatis). Paradigma keperawatan memandang manusia sebagai makhluk holistik yang merupakan sistem terbuka, sistem adaptif, personal dan individual, interpersonal. Sebagai sistem terbuka, manusia dapat dan memang mempengaruhi lingkungannya, baik secara fisik, biologis, psikologis, maupun sosial dan spiritual. Sebagai sistem adaptif, manusia bereaksi terhadap perubahan lingkungan yang adaptif atau maladaptif. Respon adaptif terjadi ketika orang memiliki mekanisme koping yang baik terhadap perubahan lingkungan, tetapi ketika kemampuan menanggapi perubahan lingkungan rendah, orang berperilaku maladaptif. Orang atau klien dapat diartikan sebagai individu, keluarga dan masyarakat yang menerima asuhan.

2. Keperawatan

Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang dilaksanakan secara menyeluruh dalam bentuk pelayanan biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan budaya serta ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat yang sehat dan sakit. meliputi siklus hidup manusia. Pekerjaan keperawatan mengikuti pendekatan humanistik, yaitu H. penghormatan dan penghormatan terhadap martabat manusia dan pemajuan keadilan bagi semua orang. Keperawatan bersifat universal, artinya perawat tidak pernah mendiskriminasi klien berdasarkan ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, latar belakang etnis, agama, orientasi politik, atau status sosial ekonomi. Keperawatan memandang klien sebagai partner aktif dalam arti perawat selalu bekerjasama dengan klien dalam pekerjaan keperawatan. Keperawatan adalah metode ilmiah yang persiapannya menggunakan proses terapeutik di mana hubungan kolaboratif dicapai antara perawat dengan klien dan masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Carpenito, 1989, Keliat, 1991).

Proses keperawatan membantu perawat mempraktikkan keperawatan, memecahkan masalah yang berkaitan dengan perawatan klien, atau memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, logis, sistematis, dan terorganisir. Pada intinya, proses keperawatan adalah teknik pemecahan masalah. Proses pengobatan bersifat dinamis, siklis, saling tergantung, fleksibel dan terbuka. Proses keperawatan memungkinkan perawat untuk menghindari tindakan keperawatan rutin dan intuitif. Melalui proses keperawatan, perawat mampu merespon kebutuhan klien dan memecahkan masalah klien berdasarkan prioritas masalah sedemikian rupa sehingga kegiatan keperawatan merespon kondisi klien, hal ini terjadi berkat kerjasama antara perawat dan perawat. pelanggan Pada tahap awal peran perawat sebagai caregiver lebih besar dari pada peran

klien, namun pada tahap selanjutnya peran klien menjadi lebih besar dari peran perawat sehingga kemandirian klien dapat tercapai.

3. Kesehatan

Kesehatan adalah keadaan dinamis dimana individu harus mampu menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan baik internal maupun eksternal untuk mempertahankan keadaan kesehatannya. Faktor lingkungan internal adalah faktor yang berasal dari dalam diri individu dan mempengaruhi kesehatan individu, seperti variabel psikologis, intelektual, dan spiritual serta proses penyakit. Sedangkan faktor lingkungan eksternal adalah faktor di luar individu yang dapat mempengaruhi kesehatan, termasuk variabel dalam lingkungan fisik, hubungan sosial dan ekonomi. Salah satu ukuran status kesehatan adalah zona sehat/sakit. Menurut model ini, kesehatan terus berubah. Status kesehatan individu selalu dalam kisaran sehat/sakit, yaitu. antara dua kutub kesehatan yang optimal dan kematian. Jika kesehatan berpindah ke kematian, berarti orang tersebut berada di wilayah penyakit (dise zone), tetapi jika kesehatan berpindah ke kesehatan, orang tersebut berada di zona kesehatan (zone of well-being). -Miliknya).

4. Lingkungan

Lingkungan dalam keperawatan adalah faktor eksternal yang mempengaruhi perkembangan manusia, yaitu lingkungan fisik, psikologis, sosial. budaya, status ekonomi, dan spiritual. Untuk mencapai keseimbangan, manusia harus mampu mengembangkan strategi koping yang efektif agar dapat beradaptasi, sehingga hubungan interpersonal yang dikembangkan dapat menghasilkan perubahan diri individu.

F. Falsafah Keperawatan Jiwa

Filosofi keperawatan adalah pandangan mendasar tentang sifat manusia dan esensi pekerjaan keperawatan yang menjadi tulang punggung pekerjaan keperawatan. Filosofi

keperawatan bertujuan untuk memandu pekerjaan keperawatan yang dilakukan. Keperawatan memandang manusia sebagai makhluk holistik, oleh karena itu penyampaian kerja keperawatan dilakukan melalui pendekatan humanistik dalam arti perawat benar-benar menghargai dan menghormati harkat dan martabat manusia, memperhatikan klien dan berlaku adil terhadap orang disekitarnya. Keperawatan bersifat universal dalam arti perawat tidak membeda-bedakan ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etika, agama, pendapat politik, atau status sosial ekonomi dalam memberikan asuhan keperawatan. Esensi keperawatan jiwa memandang :

1. Setiap individu memiliki kebutuhan dasar yang sama dan berpotensi untuk berubah setiap saat
2. Individu memiliki harkat & martabat sehingga setiap individu perlu dihargai
3. Tujuan individu meliputi tumbuh, dan berkembang secara sehat, otonomi serta mengaktualisasikan diri
4. Individu mempunyai hak untuk berpartisipasi dalam pembuatan keputusan untuk kesehatan fisik dan mentalnya
5. Manusia adalah makhluk holistik, berinteraksi, bereaksi dengan lingkungan sebagai manusia yang sosial dan utuh
6. Perilaku individu meliputi persepsi, pikiran, perasaan, dan tindakan
7. Individu memiliki kapasitas coping yang bervariasi, dipengaruhi oleh kondisi genetik, lingkungan, kondisi stres dan sumber yang tersedia
8. Setiap orang memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama
9. Kesehatan mental adalah komponen kritis yang penting dari pelayanan kesehatan yang komprehensif
10. Tujuan keperawatan adalah meningkatkan kesejahteraan, memaksimalkan fungsi (meminimalkan kecacatan/ketidakmampuan) dan meningkatkan aktualisasi diri
11. Hubungan interpersonal dapat menghasilkan perubahan dan pertumbuhan pada individu

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes 1996. Undang-Undang No 3 Tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa.
- Depkes, 2009. Undang-Undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009 tentang Kesehatan Jiwa
- Kemenkes, 2014. Undang-Undang Republik Indonesia No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa
- Direja, Ade Herman Surya. .2011. *Buku Ajar : Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- FIK UI & WHO, 2006. Modul Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP), Jakarta: Tidak diterbitkan
- Keliat Budiana 2004. Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC
- Keliat, B.A., dkk. 2005. Modul Basic Course Community Mental-Psychiatric Nursing. Jakarta: Tidak diterbitkan
- Nasir, Abdul Dan Abdul Muhith.2011. *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar Dan Teori*.Salemba Medika. Jakarta.
- Prabowo, Eko.2014. *Konsep Dan Aplikasi : Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.Yogyakarta.
- Purawaningsih, W & Karlina, I.2010. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.Yogyakarta.
- Ralph S.S., Rosenberg, M.C., Scroggins, L., Vassallo, B., Warren, J., 2005, *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification*, NANDA International, Philadelphia

- Rawlins, R.P., Heacoch, P.E., 1993, *Clinical Manual of Psychiatric Nursing*, Mosby Year Book, Toronto
- Rawlins, R.P., Williams, S.R., Beck, C.M., 1993, *Mental Health Psychiatric Nursing a Holistic Life Cycle Approach*, Mosby Year Book, London
- Stuart, G.W., Laraia, M.T., 1998, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 6th Edition, Mosby, St. Louis
- Stuart, Gall Wiscart and sundeen, Sandra J. *Pocket guide to psychiatric nursing* (2 nd. Ed) Mosby Year Book, St. Louis, baltimore. Boston Chicago. London. Sydney.
- Suliswati, Dkk. 2004. *Konsep dasar kesehatan jiwa*. Jakarta : EGC
- UKI. 2019 *Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Jiwa BPP.UKI :ES-031-KEPJIWA-PK-V*
- Yosep, Iyus. 2009. *Keperawatan jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama
- <http://tamQy.CQm/list/kasus-askep-kecemasan-pada-pasien-jiwa> http://www.asuhan-keperawatan.co.cc/2010/01/re-spon-cemas-dan-gangguan-kecemasan_Q4.html
- [http://www.scribd.com/doc/34869031/STUDI-KASUS - Gangguan- Kecemasan](http://www.scribd.com/doc/34869031/STUDI-KASUS-Gangguan-Kecemasan)

BIOGRAFI PENULIS



Tukatman, S.Kep. Ns. M.Kep. Lahir di Kota Blitar tanggal 19 bulan Maret tahun 1972. Mengawali karir sebagai perawat yaitu melalui pendidikan ahli madya keperawatan Depkes U. Pandang tahun 1993 - 1996, pernah bertugas SUKARELA pada SPK Depkes Kendari Filial KoLaka tahun 1996 - 1998, lanjut CPNS dan PNS di SPK/AKPER Depkes Kendari/ SPK /AKPER PEMDA Kolaka tahun 1998 - 2002. Kemudian melanjutkan Pendidikan S1 + Ners di UNAIR Surabaya tahun 2003 - 2006. Kemudian kembali bertugas di AKPER Pemkab. Kolaka tahun 2006 - 2013. Kemudian mengikuti pendidikan Magister Keperawatan di Unair Surabaya tahun 2013 - 2015. Dan bertugas kembali di AKPER Pemkab. Kolaka tahun 2015 - 2016. Kemudian dipindah tugas di RSBG Benyamin Guluh Kolaka tahun 2016 - 2018. Dengan status merger akhirnya ditugaskan di USN sebagai Dosen Prodi D3. Keperawatan tahun 2018 hingga sekarang. Pengalaman organisasi dan pelatihan yakni Pengurus PPNI Sebagai Sekertaris DPD PPNI Kab. Kolaka thn 2016 - 2022, Sebagai TOT Perawat dan Bidan dalam kinerja perawat dan bidan sekab. Kolaka tahun 2010 dan Petugas TKHI dan PPIH Arab Saudi.

BAB

2

**Tren Isu Dalam
Keperawatan Jiwa**

Ns. Agus Dwi Pranata., M. Kep

A. Pendahuluan

Individu dapat dikatakan sehat secara fisik dan mental apabila dirinya mampu beradaptasi dengan optimal di lingkungan masyarakat tanpa terdapat hambatan yang berarti atau mengalami kekambuhan selama menjalani kehidupan hariannya (Videbeck, 2020). Masalah Kesehatan jiwa saat ini menjadi topik yang sangat menarik untuk dibahas dikarenakan setiap masalahnya memiliki keunikan tersendiri dimulai dari kasus hingga penanganannya.

Prevalensi Gangguan Jiwa Skizofrenia/psikosis pada tahun 2018 di Indonesia mencapai 7% dan kasus tertinggi adalah Bali, proporsi gangguan jiwa skizofrenia/psikosis yang pernah dipasung oleh Rumah Tangga (RUTA) selama 3 (tiga) bulan terakhir sebanyak 31.5%, ditinjau dari cakupan pengobatan penderita gangguan jiwa skizofrenia/ Psikosis ditemukan bahwa sebanyak 84.9% penderita skizofrenia mengonsumsi obat namun tidak rutin sedangkan sisanya tidak berobat (Riskesdas, 2018).

Prevalensi Kesehatan mental tidak hanya berada pada usia dewasa saja namun kejadian gangguan mental telah ditemukan pada rentang usia anak hingga remaja kejadian *Disability- Adjusted Life Years* (DALYs) yang menyebutkan bahwa adanya kehilangan jumlah masyarakat dikarenakan kematian premature dan jumlah tahun produktif disebabkan oleh disabilitas berdasarkan data ini gangguan perilaku pada anak termasuk dalam lima penyebab tertinggi, sedangkan penyebab kematian remaja tertinggi salah satunya adalah kekerasan antarindividu. Ditinjau dari factor risiko masalah Kesehatan mental pada remaja dikategorikan sebagai risik terjadinya DALYs yang rentang usia 10-19 tahun (UNICEF, 2021).

B. Tren dan Isu Kesehatan Jiwa

Masalah kesehatan jiwa terjadi ketika individu tidak mampu atau rentan terhadap masalah Kesehatan mental saat diberikan tekanan atau terjadi perubahan lingkungan yang signifikan, ruang lingkup Kesehatan mental sendiri tidak hanya

berfokus pada penyakit skizofrenia namun psikososial menjadi target utama masalah Kesehatan mental (Yusuf et al., 2019). Perkembangan tren isu keperawatan di dunia dapat terlihat dari berbagai kondisi dan tradisi masyarakatnya hal ini berlaku pula di Indonesia dimana masyarakatnya memiliki fasilitas atau pelayanan yang hampir serupa dengan negara- negara yang berkembang. Tren isu keperawatan jiwa juga terus berkembang meskipun penyakit pandemic telah berkurang bahkan bisa dikatakan tidak ada. Namun masalah yang ditimbulkan pasca pandemic masih dirasakan oleh masyarakat serta masih menjadi masalah yang berkaitan dengan Kesehatan jiwa (Beo et al., 2022).

Prevalensi gangguan psikosis (Skizofrenia) ditemukan angka yang cukup signifikan yaitu sebanyak 7% penduduk Indonesia mengalami gangguan mental emosional dengan rentang usia 15 tahun ke atas sebesar 6.1% penduduk Indonesia dimana hanya 9% dari total penduduk mengalami depresi dan menjalani terapi psikofarmaka (Riskesmas, 2018). Meningkatnya angka prevalensi gangguan mental mengharuskan perawat memahami kecenderungan atau tren, isu dan kebijakan terkait Kesehatan jiwa sehingga perawat jiwa mampu beradaptasi dengan kondisi kesehatan mental yang ada.

Beberapa tren dan isu keperawatan jiwa yang menjadi focus selama beberapa tahun terakhir yaitu:

1. Peningkatan Kecemasan dan Stress

Kecemasan masyarakat tentang pelayanan rumah sakit sehingga akses ke Rumah Sakit menjadi berkurang, alasan utama terjadinya kecemasan adalah masih adanya persepsi bahwa covid-19 didapatkan dari Rumah Sakit atau setelah individu terdiagnosis suatu penyakit maka akan meningkatkan stress individu tersebut. Masalah kecemasan dan stress ini membutuhkan perhatian perawat jiwa agar dapat memberikan edukasi yang tepat untuk mengurangi kecemasan masyarakat dalam menggunakan layanan Kesehatan. Masalah yang paling sering dilaporkan akibat pandemic adalah masalah ekonomi. Banyak masyarakat yang kehilangan pekerjaan dan kesulitan mengatur

keuangan sebagai akibat adanya keterbatasan pekerjaan dan masyarakat tidak mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari. Gangguan Kecemasan dapat terjadi setelah mengalami gangguan stress pasca trauma (GSPT), pada kondisi setelah pandemic masalah kecemasan dan stress sangat berkaitan erat dikarenakan individu telah mengalami atau menyaksikan peristiwa traumatis, kekerasan dan bencana yang mengancam nyawa. Covid-19 merupakan salah satu peristiwa yang berpotensi traumatis dan dapat menyebabkan GSPT (Gani et al., 2022). Studi literatur lainnya menyebutkan bahwa pasca Covid-19 masih membawa dampak negative terhadap aspek Kesehatan mental dan kognitif, yaitu terdapat perubahan kondisi Kesehatan mental, seperti depresi, PTSD, dan masalah lainnya serta perubahan kognitif, seperti memori dan daya ingat, psikomotorik, dan sebagainya yang dialami oleh penyintas Covid-19 (Athaya et al., 2023).

2. Masalah pengobatan dan intervensi psikososial

Intervensi farmakologi lebih banyak tersedia pada tingkat perawatan primer dibandingkan dengan intervensi psikososial. Terdapat kesenjangan antara intervensi farmakologi dan psikososial pada negara berpendapatan tinggi, dimana penyediaan pengobatan farmakologi tingkat perawatan primer sangat tinggi (71% negara berpenghasilan tinggi melaporkan intervensi farmakologis di lebih dari 75% pusat perawatan primer) (WHO, 2021).

3. Peningkatan Penggunaan NAPZA

Prevalensi pengguna narkoba di Indonesia pada 2021 sebesar 0,15 persen, sehingga meningkat menjadi 1,95 persen atau 3,66 juta jiwa. Pada tahun 2019 prevalensi pengguna narkoba di Indonesia sebesar 1,80 persen atau 3,41 juta jiwa; sementara prevalensi dunia di 2020 sebesar 5,5 persen atau sekitar 275 juta orang di seluruh dunia menggunakan narkotika (Savitri, 2022).

Penyalahgunaan Narkoba merupakan suatu pemakaian non medical ataj illegal barang haram yang dinamakan narkoba serta dapat merusak Kesehatan dan kehidupan yang produktif pemakainya. Penyalahgunaan atau pendekatan narkoba membutuhkan pendekatan khusus. Jika terjadi ketergantungan narkoba maka bidang yang paling bertanggung jawab adalah psikiatrik atau perawat jiwa karena berkaitan dengan gangguan mental dan perilaku yang disebabkan oleh zat adiktif tersebut (Willis, 2017). Factor yang melatarbelakangi penggunaan NAPZA adalah usia dimana usia remaja masih mencari jati dirinya dan terkadang mengikuti pengaruh teman yang ada (Astuti & Pranata, 2022).

4. Penggunaan Media Sosial yang berlebihan

Media sosial saat ini menjadi kebutuhan seluruh rentang usia bahkan menjadi media pengalihan perhatian bagi orang tua yang memiliki anak dibawah 18 tahun agar anaknya focus pada layar handphone atau televisi. Masalah Kesehatan mental yang paling sering terjadi pada kondisi ini adalah kecanduan internet (internet addiction). Internet Addiction sangat berbeda dengan ketergantungan zat atau penyalahgunaan obat, internet memberikan pengguna penawaran seperti manfaat secara langsung sebagai teknologi sehingga banyak hal yang baru dan belum dipastikan kebenarannya disampaikan di Internet (Nakayama & Higuchi, 2015).

Penelitian tentang Penggunaan Media sosial berkaitan dengan masalah Kesehatan jiwa telah banyak dilakukan untuk mempuat dampak penggunaan media sosial yang patologis. Sosial media memberikan efek positif dan negative bagi penggunanya efek positif seperti menjadi sarana atau fasilitas pembelajaran dan mengakses info yang terbaru sedangkan aspek negatif media sosial dapat berkontribusi dalam perilaku bullying (cyberbullying) hingga perilaku bunuh diri (Popat & Tarrant, 2023). Media sosial yang

berlebihan memberikan dampak negative pada remaja secara psikososial seperti gangguan makan, kecemasan hingga depresi, sedangkan factor yang dapat mempengaruhi timbulnya berbagai dampak tersebut adalah tingginya intensitas penggunaan media sosial, usia, jenis kelamin, tingkat Pendidikan, adanya kecanduan menggunakan media sosial, idealisasi terhadap citra tubuh, serta Riwayat depresi (Gunawan et al., 2022).

5. Pelayanan keperawatan jiwa berbasis komunitas

Integrasi pelayanan Kesehatan mental dalam pelayanan pertama menjadi investasi yang kuat dalam pelayanan termasuk preventif, promotive, pengobatan dan rehabilitative dengan tujuan meningkatkan manajemen Kesehatan yang universal (WHO, 2021). Tujuan pelayanan Kesehatan di tingkat pertama antara lain melakukan pelayanan Kesehatan yang bersifat pencegahan (preventif), berkesinambungan, serta dapat diakses oleh masyarakat luas (Zaini, 2019)

6. Perawatan tidak hanya berfokus pada Kesehatan mental

Focus penanganan keperawatan jiwa yang sedang dikembangkan saat ini adalah perawatan secara menyeluruh (holistic) dengan menggunakan pendekatan biopsikososial dan spiritual. Hal ini bertujuan agar pasien yang datang dengan masalah gangguan mental atau gangguan psikologis tidak mengalami gangguan fisik karena banyak teori yang menyatakan Kesehatan fisik (Townsend, 2014). Ditinjau dari masalah diatas masyarakat harus mengetahui bahwa masalah fisik sangat berisiko mengalami masalah kejiwaan atau gangguan secara psikologis sehingga penanganan secara psikologis juga dibutuhkan bagi pasien dengan masalah Kesehatan fisik.

Salah satu masalah Kesehatan fisik yang sering tau paling banyak terjadi di Indonesia adalah Diabetes melitus, diabetes melitus dapat memberikan respon stress yang negative yang

sering disebut distress atau psikologikal distress, factor yang berhubungan dengan distress ini adalah jenis kelamin, pendidikan, pengalaman komplikasi penyakit yang dialami oleh penderita diabetes, serta kepatuhan minum obat yang dapat mempengaruhi kondisi klien yang telah lama menjalani pengobatan (Pranata et al., 2021).

7. Stigma terhadap ODGJ

Permasalahan tentang stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Stigma didefinisikan sebagai tanda aib yang digunakan untuk mengidentifikasi dan memisahkan individu yang dilihat oleh masyarakat sebagai individu yang memiliki penyimpangan, tidak sehat dan berbahaya (Stuart, 2016). Stigma mulai terjadi saat masyarakat mengidentifikasi perbedaan dan kemudian memberi label perbedaan antara mereka dan kelompok yang distigmatisasi (Beo et al., 2022).

Pada kasus Kesehatan mental, masyarakat menganggap bahwa gangguan jiwa sebagai ancaman nyata terhadap Kesehatan masyarakat karena menimbulkan dua jenis ketakutan: ketakutan akan potensi ancaman fisik langsung dari serangan individu dengan gangguan jiwa dan ketakutan terhadap kehilangan Kesehatan mental mereka bila berinteraksi dengan individu memiliki gangguan jiwa. Beberapa stigma yang terus berkembang hingga saat ini, antara lain:

- a. ODGJ adalah orang yang berbahaya
Stigma yang menyatakan ODGJ adalah individu yang berbahaya tidak dapat dikatakan benar karena semua ODGJ memiliki gejala agresif. Gejala ini dapat terlihat seperti melukai diri sendiri. Isu yang harus diperhatikan bahwa ODGJ sering menjadi korban kekerasan bahwa pemerkosaan.
- b. ODGJ tidak dapat disembuhkan
Stigma bahwa ODGJ tidak dapat disembuhkan tidaklah benar karena pasien skizofrenia 25% penderita hanya

mengalami 1 serangan dan pulih seperti semula, 50% mengalami perbaikan dengan risiko kambuh, dan 25% tetap tergantung dengan obat seumur hidup. Sehingga karena itu obat antipsikotik sangat dibutuhkan bagi penderita ODGJ agar gejala psikotik seperti halusinasi, waham, isolasi sosial, Resiko bunuh diri, Harga diri Rendah dan perilaku yang aneh lainnya tidak ditunjukkan oleh ODGJ.

8. Tingkat kepatuhan minum obat

Perawat jiwa harus memberikan perhatian lebih pada aspek kepatuhan minum obat pasien skizofrenia. Kepatuhan minum obat dapat dideteksi melalui beberapa kuesioner kepatuhan minum obat antara lain Medical Adherence Rating Scale (MARS). Studi sebelumnya menyebutkan bahwa kepatuhan pasien yang berobat jalan tidak optimal sehingga masalah ketidakpatuhan minum obat tinggi. Hal ini menyebabkan pasien sudah relaps atau kambuh karena kurangnya kontrol obat yang dikonsumsi (Beo et al., 2022).

9. Perilaku mencederai diri (Self-Harm) dan Resiko Bunuh diri dikalangan anak dan remaja

Perilaku self-harm merupakan perilaku melukai diri sendiri bisa dengan tujuan menyakiti diri sendiri atau bunuh diri, perilaku ini memberikan perbedaan yang signifikan terhadap bunuh diri karena perilaku self-harm adalah perilaku yang tidak hanya pada hasilnya menyakiti diri sendiri tentu upaya bunuh diri yang gagal. Self harm mengarah pada orientasi hidup seperti masalah koping sedangkan bunuh diri berorientasi pada kematian atau mengakhiri hidup (Barker, 2009). Perilaku Self-Harm pada anak dan remaja merupakan masalah Kesehatan mental yang paling banyak terjadi di banyak negara. Usia yang paling banyak mengalami perilaku Self-harm adalah perempuan sebanyak 37.4 dari 10.000 jiwa berbeda dengan laki-laki 12.3 per 10.000 (Morgan et al., 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, A. M., & Pranata, A. D. (2022). *Determinan Penyalahgunaan Narkotika , Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA) pada Remaja di Lapas Kota Langsa.* 2(1), 1–6. <http://www.jurnalbikes.com/index.php/bikes/article/view/19/pdf>
- Athaya, A. A., Santi, J. M., & Putri, A. Z. A. (2023). *Perubahan Kesehatan Mental dan Kognitif Pada Penyintas COVID-19. January.*
- Barker, P. (2009). *Psychiatric and Mental Health Nursing the Carft of caring* (2nd ed.). Horder Arnold.
- Beo, Y. A., Zahra, Z., Dharma, I. D. G. C., Kusumawaty, I., Yunike, Eka, A. R., Endriyani, S., Permatasari, L. I., Romana, K., Widiniah, A. Z., Fariday, C., Nuryati, E., Faidah, N., Suniyadewi, N. W., Marini, S., & Sinthania, D. (2022). *Ilmu Keperawatan Jiwa dan Komunitas.* Media Sains Indonesia.
- Gani, I. P., Surawijaya, A. K., Wijaya, V. A., Sanjaya, A., & Gunadi, J. W. (2022). *Medika Kartika : Jurnal Kedokteran dan Kesehatan. Medika Kartika Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan, 6(Volume 5 No 3), 103–112.* <https://doi.org/10.35990/mk.v5n3>
- Gunawan, I. A. N., . S., & Shalahuddin, I. (2022). *Dampak Penggunaan Media Sosial Terhadap Gangguan Psikososial Pada Remaja: A Narrative Review. Jurnal Kesehatan, 15(1), 78–92.* <https://doi.org/10.23917/jk.v15i1.17426>
- Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Green, J., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Ashcroft, D. M. (2017). *Incidence, clinical management, and mortality risk following*

self harm among children and adolescents: Cohort study in primary care. *BMJ (Online)*, 359. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4351>

Nakayama, H., & Higuchi, S. (2015). Internet addiction. In *Nihon rinsho. Japanese journal of clinical medicine* (Vol. 73, Issue 9). <https://doi.org/10.4018/jitr.297120>

Popat, A., & Tarrant, C. (2023). Exploring adolescents' perspectives on social media and mental health and well-being - A qualitative literature review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(1), 323-337. <https://doi.org/10.1177/13591045221092884>

Pranata, A., Mudatsir, & Jannah, S. R. (2021). Diabetes Distress in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus of the Aceh Tamiang Regional Hospital. *Easpublisher.Com*, 3(6), 294-297. <https://doi.org/10.36349/easjnm.2021.v03i06.009>

Riskesdas, K. (2018). Hasil Utama Riset Kesehata Dasar (RISKESDAS). *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 1-200. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>

Savitri, P. I. (2022). *BNN: Prevalensi Pengguna Narkoba di 2021 Meningkat menjadi 3,66 juta jiwa*. Antara Kantor Berita Indonesia. <https://www.antaraneews.com/berita/2696421/bnn-prevalensi-pengguna-narkoba-di-2021-meningkat-jadi-366-juta-jiwa>

Stuart, G. W. (2016). *Principles and Practice of PSYHCHIATRIC NURSING*. Elsevier.

Townsend, M. C. (2014). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing Concepts Of Care in Evidence- Based Practice* (6th ed.).

Davis Company.

UNICEF. (2021). Profil Remaja 2021. In *Unicef*.
<https://www.unicef.org/indonesia/media/9546/file/ProfilRemaja.pdf>

Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric Mental Health Nursing* (D. Murphy (ed.); 8th ed.). Wolters Kluwer.

WHO. (2021). *Mental health Atlas*.

Willis, S. S. (2017). *Remaja & Masalahnya Mengupas, Berbagai Bentuk Kenakalan Remaja, Narkoba, Free Sex dan Pemecahannya*. Alfabeta.

Yusuf, A., Fitryasari, R., Nihayati, H. E., & Tristiana, R. D. (2019). *Kesehatan Jiwa Pendekatan Holistik Dalam Asuhan Keperawatan*. Mitra Wacana Media.

Zaini, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial di Pelayanan Klinis dan Komunitas*. Deepublish Publihser.

BIODATA PENULIS



Ns. Agus Dwi Pranata., M.Kep lahir di Langsa, pada 14 Agustus 1989. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana dan Profesi Ners STIKes Cut Nyak Dhien Langsa yang saat telah berubah menjadi Universitas Sains Cut Nyak Dhien Langsa Lulus Pada Tahun 2013. Pendidikan berikutnya ditempuh

di Magister keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh dengan Sub peminatan Keperawatan Jiwa Lulus Pada Tahun 2022. Sejak Tahun 2011 Penulis telah terlibat di dunia pendidikan sebagai Asisten Dosen dengan Mata Ajar Statistik hingga pada tahun 2013 penulis bekerja sebagai pendidik. Saat ini penulis bekerja di STIKes Widya Dharma Husada Tangerang

BAB

3

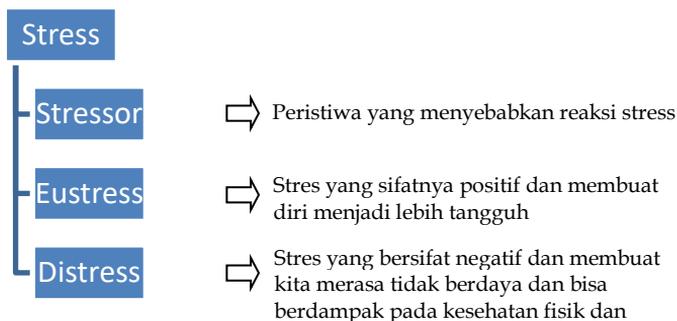
**Konsep Dasar Stres dan
Adaptasi**

Ns. Helly M. Katuuk, S.Kep., M.Kep

A. Konsep Stress

Istilah stress awalnya pertama kali digunakan pada cabang ilmu Fisika, dimana stress merupakan suatu tekanan yang diberikan pada logam, sejauh mana tekanan itu dapat mematahkan logam tersebut. Selanjutnya bidang ilmu Psikologi, stress digunakan untuk menggambarkan tekanan pada keadaan mental seseorang. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organisation*) Stress merupakan suatu kondisi perasaan mengganggu dan mengancam ketika menjalani kehidupan, (WHO, 2020).

Kehidupan manusia pasti akan mengalami berbagai peristiwa dan situasi yang menjadi pemicu pikiran, perasaan dan perilaku dalam mengambil keputusan tindakan untuk menghadapi peristiwa tersebut. Pengambilan keputusan akan berdampak pada respon seseorang. Respon yang nampak atau dirasakan dapat berupa respon secara fisik, emosi, kognitif maupun perilaku. Stress merupakan respon yang ditimbulkan oleh stressor. Stressor adalah peristiwa tersebut. Stressor yang dialami dapat berdampak baik maupun buruk. Inilah yang dikenal dengan *Eustress* dan *Distress*. Beberapa istilah dalam stress :



Gambar 3.1 Istilah dalam Stress

Stress merupakan hal yang normal dirasakan oleh manusia, namun respon kita yang membuat itu menjadi bermakna. Peristiwa yang sama akan menimbulkan respon yang berbeda bagi tiap orang, tergantung dari persepsi dan keterkaitan kita

dengan peristiwa tersebut. Sebagai contoh, ketika bus angkutan umum yang ditumpangi banyak orang hampir menabrak mobil di depannya karena berhenti secara tiba-tiba, ada penumpang yang berespon walaupun kaget, tapi tenang dan sambil mengelus dada berkata “Ya Tuhan, terima kasih kami masih selamat”. Namun, ada penumpang yang langsung berteriak dan mengucapkan kalimat yang tidak baik kepada sopir bus maupun mobil yang ada di depan. Jadi ada 2 tipe orang dalam berespon terhadap satu peristiwa. Orang pertama menganggap peristiwa tersebut adalah pengingat untuk berhati-hati dan bersyukur, dan orang kedua yang langsung berespon negatif. Dampaknya ketika kita berespon seperti orang pertama, kita akan menjadi lebih hati-hati, tenang, dan dapat menjalani hari dengan penuh rasa syukur. Sedangkan ketika kita memutuskan untuk berespon seperti orang kedua, maka akan berdampak negatif terhadap diri sendiri maupun orang lain, tidak bergairah menjalani rutinitas karena diawali dengan peristiwa yang dianggap tidak menyenangkan.

Secara biologis, respon tubuh terhadap stressor berhubungan erat dengan suatu zat kimiawi yang disebut kortisol. Stres yang dialami seseorang secara berkepanjangan sesuai konsep psikoneuroimunologi melalui sel astrosit pada cortical dan amigdala pada system limbic berefek pada hipotalamus. Kemudian hipotalamus akan menghasilkan *Corticotropine Releasing Factor* (CRF) yaitu pada sel basofilik. Sel basofilik tersebut akan mengekspresikan *Adrenal Cortico Tropic Hormon* (ACTH) yang akhirnya dapat mempengaruhi kelenjar korteks adrenal pada sel zona fasciculata kelenjar ini akan menghasilkan kortisol yang bersifat immunosuppressif. Stres yang dialami akibat ketidakseimbangan antara tuntutan dan sumber daya yang dimiliki individu, semakin tinggi kesenjangan terjadi maka akan semakin tinggi pula stress yang dialami individu.

Kondisi stres yang dialami seseorang dapat menimbulkan perubahan secara fisiologis, psikologis dan perilaku yang mengakibatkan berkembangnya suatu penyakit. Stres yang terjadi dan terus menerus mengakibatkan hipotalamus mensekresi

Corticotropin Relasing Hormone (CRH) yang akan menginduksi hipofisis anterior untuk mensekresi ACTH. ACTH yang adekuat dapat merangsang adrenal untuk mensekresi hormone kortisol, epinefrin dan nor-epinefrin dalam tanggapan tubuh untuk menekan stres yang diterimanya (Arisanti Yulanda & Herman, 2020).

Respon psikologis terhadap stress yaitu '*Fight*' or '*Flight*'. Respon '*Fight*' berarti melawan dan respon '*Flight*' berarti kabur atau melarikan diri dari peristiwa penyebab stress. Mekanisme '*Fight or Flight*' ini merupakan hal yang sangat alami dan sama-sama ada peran hormon kortisol didalamnya. Pada zaman prasejarah, dimana ancaman terbesar saat itu adalah hewan buas atau cuaca yang ekstrem.

Pada kondisi terancam, kortisol akan menyiapkan glukosa berlebih di dalam tubuh dan diubah menjadi energi yang digunakan untuk melawan (*fight*) atau berlari (*flight*) dari hewan buas. Ketika memutuskan untuk melawan dan siap menghadapi hewan buas, hormon adrenalin juga menyiapkan tubuh dengan memberikan efek fisiologis seperti tekanan darah meningkat, jantung berdegup kencang, frekuensi napas meningkat, pupil mata membesar untuk berfokus pada lawan, serta otot-otot kaki dan tangan mengencang untuk bersiap lari atau melawan.

Proses selanjutnya yaitu dalam sepersekian detik, manusia akan memilih salah satu respon yang sesuai dengan kapasitas dirinya. Apakah dia mampu berlari atau menyerang. Jika memilih untuk kabur dan berhasil, kortisol dalam tubuh akan menurun saat ia sudah merasa aman. Begitu juga ketika ia melawan dan berhasil membunuh hewan buasa tersebut, kadar kortisol akan menurun, dan muncul hormon serotonin di otak yang mengindikasikan perasaan senang, puas, dan bangga (Machdy, 2019).

Mekanisme ini tetap dan akan ada sepanjang masa kehidupan manusia. Dulunya ancaman hanya berupa hewan dan cuaca ekstrem, namun sekarang manusia diperhadapkan dengan berbagai tantangan dan ancaman baik bersifat mayor ataupun minor. Ancaman mayor berupa kesulitan ekonomi,

tidak tersedianya Pendidikan, bencana alam, kekerasan dalam rumah tangga, sakit yang diderita, bahkan perang. Ancaman minor dapat berupa *overthinking* akan masa depan, kesalahpahaman dalam berargumen, dosen killer, berita hoax, orang tua yang suka mengatur, bahkan tidak ada kuota pun manusia akan merasakan kecemasan.

Manusia di era modernisasi digital ini akan selalu merasa stress karena ancaman yang tak kunjung usai. Ketika stress berkepanjangan, hormon kortisol intens diproduksi dalam jumlah besar, maka dapat berkembang menjadi berbagai gangguan kesehatan. Secara fisik stress bisa menyebabkan sakit kepala, gangguan pencernaan seperti diare ataupun konstipasi, tekanan darah tinggi, dan masalah pada kesehatan mental.

Beberapa hal yang harus dipertimbangkan dalam identifikasi stress yakni :

1. Faktor Predisposisi
2. Faktor Presipitasi
3. Penilaian terhadap stressor
4. Sumber koping
5. Mekanisme koping

C. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan factor risiko dan protektif yang menjadi sumber terjadinya stress dan menentukan cara individu dalam mengatasi stress. Faktor predisposisi meliputi beberapa aspek berikut ini :

1. Aspek Biologis dan Fisik
 - a. Latar belakang genetic
 - b. Status gizi, nutrisi, dan diet
 - c. Pertumbuhan fisik dan biologis
 - d. Istirahat dan tidur
 - e. Bentuk tubuh, deformitas tubuh
 - f. Penyakit
 - g. Paparan racun
2. Aspek Psikologis

- a. Intelegensi dan Persepsi
 - b. Kemampuan komunikasi
 - c. Moral dan Konsep Diri
 - d. Emosi
 - e. Pengalaman hidup
- 3. Aspek Sosial Budaya**
- a. Usia
 - b. Gender
 - c. Pendidikan
 - d. Penghasilan
 - e. Pekerjaan
 - f. Latar belakang budaya
 - g. Keyakinan Spiritual dan Agama
 - h. Situasi politik
 - i. Bencana alam
 - j. Hubungan relasi

Faktor di atas merupakan penyebab dari terjadinya stress namun perlu dikaji situasi yang menjadi pemicu terjadinya stress yaitu presipitasi stress.

D. Faktor Presipitasi

Kondisi yang menimbulkan stimulus yang menantang, mengancam ataupun yang menuntut individu. Dalam menentukan factor presipitasi, yang harus diidentifikasi adalah kapan stimulus ini terjadi, berapa lama seseorang mengalami stimulus ini, dan jumlah jenis stressor yang dialami individu selama periode waktu tertentu, karena stimulus yang menimbulkan stress mungkin lebih sulit diatasi apabila terjadi beberapa kali dalam waktu berdekatan.

Faktor Presipitasi yang sering dialami individu adalah sebagai berikut :

1. Tekanan keluarga
2. Putus sekolah, drop out
3. Status Kesehatan
4. Tekanan Ekonomi (bangkrut, terlilit hutang, investasi bodong, pinjaman online,dsb)
5. Terlibat kasus hukum
6. Adaptasi dalam pernikahan
7. Adanya ketegangan dalam menjalani kehidupan berkeluarga, pola asuh orang tua, ekonomi keluarga. (Sutejo, 2018)

E. Penilaian Terhadap Stressor

Stress dapat menimbulkan berbagai respon yang dapat berguna sebagai indicator terjadinya stress pada individu dan mengukur tingkat stress pada individu. Respon terhadap stress adalah sebagai berikut :

1. **Respon Kognitif** dimana individu merekam kejadian yang menekan, pola koping yang digunakan, emosi yang dirasakan saat itu yang kemudian mempengaruhi fisiologis, perilaku, dan reaksi social individu.
2. **Respon Afektif** merupakan reaksi perasaan atau emosi seperti sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, antisipasi, atau kaget.

3. **Respon Fisiologis** ditandai dengan peningkatan tekanan darah, nadi, detak jantung, pernapasan, berkeringat, gemetar, bahkan menekan system imun dan memengaruhi kekebalan tubuh seseorang dalam melawan penyakit. Hal ini merupakan reaksi pada system saraf, dan interaksi hormon Adenokortikotropik (ACTH), Prolaktin, Vasopresin, Oksitoksin, Epinefrin norepinefrin dan neurotransmitter seperti GABA (Gamma Amino Butiric Acid), Dopamin, dan Serotonin.
4. **Respon perilaku** yaitu *Flight or Fight* respon (bertahan/melawan atau menghindari) situasi yang menjadi stressor.

F. Sumber Koping

Individu memerlukan penguatan dalam menghadapi kondisi yang membuat stress. Media yang bisa memfasilitasi individu dalam menentukan respon terhadap stress disebut sumber koping. Ada empat sumber koping yang bisa dimanfaatkan individu, yaitu :

1. **Kemampuan Personal** dilihat dari usaha individu untuk memecahkan masalah dengan mencari tahu informasi terkait tekanan yang dihadapi dan mencari alternatif dalam pemecahan masalah.
2. **Dukungan Sosial** berasal dari orang yang berarti dan memiliki kedekatan emosional seperti suami jika sudah menikah, pacar, sahabat atau rekan kerja. Dukungan sosial dapat berasal dari teman, anggota keluarga, bahkan pemberi perawatan kesehatan. Dukungan sosial dapat berupa perhatian emosional, bantuan instrumental, pemberian informasi, pemberian penghargaan. Salah satu bentuk dukungan sosial adalah dukungan dari keluarga.
3. **Modal Material** merupakan salah satu sumber yang dapat mendukung individu untuk menyelesaikan masalahnya. Bantuan secara material berupa bantuan finansial, layanan kesehatan (jaminan asuransi pribadi maupun pemerintah).
4. **Keyakinan Positif** yang dimiliki individu sangat mempengaruhi respon terhadap stress. Walaupun semua sumber koping dimiliki

individu, namun keyakinan positif diri sendiri adalah yang terpenting. Keyakinan positif merupakan hasil dari berpikir positif, dan menjadi satu-satunya sumber koping yang membuat individu menentukan mekanisme koping yang akan digunakan (Rahayu & Nurhidayati, 2017).

G. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diajukan untuk penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan ego yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart, 2023).

Mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan atau tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar. Mekanisme koping maladaptif memperlihatkan bahwa mereka berfokus pada kehilangan dan dalam pikiran mereka terbenam dalam masa lalu. Penekanan pada pengajarannya adalah untuk mencari alternatif, menentukan tujuan yang realistis dan mendukung pencapaian yang benar dan pencapaian yang kecil. Mekanisme koping maladaptif merupakan suatu usaha yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah akibat adanya stressor atau tekanan yang bersifat negatif, merugikan dan destruktif serta tidak dapat menyelesaikan masalah secara tuntas.

Mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Yang bisa dilakukan individu adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif. Mekanisme koping adaptif memungkinkan perubahan diri saatseseorang merenungkan pengalaman hidup dan pengetahuan yang sudah mereka peroleh selama bertahun-tahun. Mekanisme koping adaptif merupakan suatu usaha yang dilakukan individu

dalam menyelesaikan masalah akibat adanya stressor atau tekanan yang bersifat positif, rasional dan konstruktif (Hurhikmah & Wakhid, 2018).

H. Konsep Adaptasi

Adaptasi merupakan suatu proses perubahan yang menyertai individu dalam merespon terhadap perubahan yang ada di lingkungan dan dapat mempengaruhi keutuhan tubuh baik secara fisiologis maupun psikologis yang akan menghasilkan perilaku adaptif.

1. Adaptasi fisiologis merupakan proses penyesuaian tubuh secara alamiah atau secara fisiologis untuk mempertahankan keseimbangan dari berbagai faktor yang menimbulkan atau mempengaruhi keadaan menjadi tidak seimbangan.
2. Adaptasi Psikologis merupakan suatu proses penyesuaian secara psikologis akibat adanya stresor, dengan cara memberikan mekanisme pertahanan diri dengan harapan dapat melindungi dan bertahan dari serangan yang tidak menyenangkan. Indikator Terdapat dua cara untuk dapat mempertahankan diri dari berbagai stresor yaitu dengan cara:
 - a. Ask Oriented Reaction (reaksi berorientasi pada tugas) Reaksi ini merupakan koping yang digunakan untuk mengatasi masalah yang berorientasi pada proses penyelesaian masalah, meliputi afektif, kognitif, dan psikomotor. Contoh reaksi yang bisa dilakukan yaitu berbicara dengan orang lain, mencari informasi tentang keadaan yang dialami, melakukan latihan yang dapat mengurangi stres, serta dapat membuat alternatif pemecahan masalah.

- b. *Ego Oriented Reaction* (reaksi berorientasi dengan ego)
- 1) Rasionalisasi: usaha untuk menghindari masalah psikologis dengan memberikan alasan yang rasional, sehingga masalah dapat teratasi.
 - 2) Displacement: suatu upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah psikologis dengan cara memindahkan tingkah laku pada objek lain, sebagai contoh jika seseorang terganggu dengan kondisi ramai, maka teman yang disalahkan.
 - 3) Kompensasi: upaya untuk mengatasi masalah dengan mencari kepuasan pada situasi yang lain, seperti seseorang yang memiliki masalah penurunan daya ingat maka akan menonjolkan kemampuan yang dimilikinya.
 - 4) Proyeksi: merupakan mekanisme pertahanan diri dengan memposisikan sifat batin diri sendiri kedalam sifat batin orang lain, seperti ketika membenci orang lain kemudian mengatakan pada orang bahwa orang lain membencinya.
 - 5) Represi: upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah dengan cara menghilangkan pikiran masa lalu yang buruk dengan melupakan dan sengaja dilupakan.
 - 6) Supresi: upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah dengan menekan masalah yang tidak diterima dengan sadar serta individu tidak mau memikirkan hal yang kurang menyenangkan.
 - 7) Denial: upaya pertahanan diri dengan cara penolakan terhadap masalah yang sedang dihadapi atau tidak mau menerima kenyataan yang dihadapinya.

3. Adaptasi perkembangan merupakan tugas perkembangan individu dengan menunjukkan karakteristik perilaku dari tahap perkembangan dengan menunjukkan karakteristik perilaku dari tahap perkembangan tersebut. Stres yang berkepanjangan dapat mengganggu atau menghambat kelancaran menyelesaikan tahap perkembangan dalam bentuk

yang ekstrem, stres yang berkepanjangan dapat mengarah pada krisis pendewasaan kritik (Sutejo, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Arisanti Yulanda, N., & Herman, H. (2020). Pengaruh Coaching: Self Healing Terhadap Tingkat Stres Dan Kadar Kortisol Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Dengan Hemodialisis. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, 218–226. <https://doi.org/10.34035/jk.v11i2.450>
- Hurhikmah, W., & Wakhid, A. (2018). *The Role Of Mental Health Cadres In The Handling Of Mental Patients*. 1(1), 38–47.
- Machdy, R. (2019). *Loving The Wounded Soul* (1st ed.). PT. Gramedia.
- Rahayu, D. A., & Nurhidayati, T. (2017). Penilaian Terhadap Stresor & Sumber Koping Penderita Kanker yang Menjalani Kemoterapi. *Prosiding Seminar Nasional & Internasional*, 1(1), 95–103.
- Stuart, G. W. (2023). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (B. A. Keliat & J. Pasaribu (eds.); 2nd ed.). Elsevier.
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Pustaka Baru Press.
- WHO. (2020). Doing What Matters in Times of Stress: An Illustrated Guide. In *Oms*.

BIODATA PENULIS



Ns. Helly M. Katuuk, S.Kep., M.Kep lahir di Manado, 14 Mei 1989. Lulusan S1 dan Profesi Ners dari PSIK FK Universitas Sam Ratulangi dan Magister Keperawatan FIK Universitas Indonesia. Beliau merupakan Dosen Tetap dan Akademisi Keperawatan Kesehatan Jiwa di Program Studi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Manado.

Email : hellywagiukatuuk@gmail.com

BAB | **Konsep Model Dalam**
4 | **Keperawatan Jiwa**

Mimi Yati, S.Kep.,Ns.,M.Kes

A. Pendahuluan

Banyak ahli kesehatan jiwa memiliki pandangan yang berbeda-beda mengenai konsep gangguan jiwa dan bagaimana proses timbulnya gangguan jiwa. Perbedaan tersebut, dijelaskan dalam teori model konseptual kesehatan jiwa. Setiap model konseptual memiliki pandangan yang berbeda-beda mengenai konsep gangguan jiwa. Pandangan model psikoanalisa berbeda dengan pandangan model social, model perilaku, model eksistensial, model medical, berbeda pula dengan model stress - adaptasi. Masing-masing model memiliki pendekatan unik dalam terapi gangguan jiwa. Sebelum lebih lanjut mempelajarinya, marilah kita mengulang pengertian model konsep. Tahukah Anda definisi tersebut? Model konseptual merupakan kerangka kerja konseptual, sistem atau skema yang merangkai serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi, atau kejadian terhadap suatu ilmu dan perkembangannya.

B. Definisi

Banyak ahli mendefinisikan mengenai model konseptual seperti berikut ini: Model konseptual memberikan keteraturan untuk berfikir, mengobservasi dan menginterpretasi apa yang dilihat, memberikan arah riset untuk mengidentifikasi suatu pertanyaan untuk menjawab fenomena dan menunjukkan pemecahan masalah (Christensen & Kenny, 2009).

Model konseptual keperawatan merupakan suatu cara untuk memandang situasi dan kondisi pekerjaan yang melibatkan perawat di dalamnya. Model konseptual keperawatan merupakan petunjuk bagi perawat untuk mendapatkan informasi agar perawat peka terhadap apa yang terjadi pada suatu saat dengan dan tahu apa yang harus perawat kerjakan (Brockopp, 1999, dalam Hidayati, 2009). Marriner-Tomey (2004, dalam Nurrachmah, 2010) menjelaskan bahwa, model konseptual keperawatan telah memperjelas kespesifikan area fenomena ilmu keperawatan dengan melibatkan empat konsep yaitu manusia sebagai pribadi yang utuh dan unik. Konsep

kedua adalah lingkungan yang bukan hanya merupakan sumber awal masalah tetapi juga merupakan sumber pendukung bagi individu. Ketiga adalah Kesehatan menjelaskan tentang rentang sehat-sakit sepanjang siklus mulai konsepsi hingga kematian. Konsep keempat adalah keperawatan sebagai komponen penting dalam perannya sebagai faktor penentu meningkatnya keseimbangan kehidupan seseorang (klien).

Lebih lanjut Tomey mengatakan, konseptualisasi keperawatan umumnya memandang manusia sebagai makhluk biopsikososial yang berinteraksi dengan keluarga, masyarakat, dan kelompok lain termasuk lingkungan fisiknya. Cara pandang dan fokus penekanan pada skema konseptual dari setiap ilmuwan dapat berbeda satu sama lain, seperti penekanan pada sistem adaptif manusia, subsistem perilaku atau aspek komplekster. Tujuan dari model konseptual keperawatan (Ali, 2001):

1. menjaga konsistensi pemberian asuhan keperawatan.
2. mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
3. menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
4. memberikan pedoman dalam menentukan kebijaksanaan dan keputusan.
5. menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap anggota tim keperawatan.

C. Model Konseptual Dalam Keperawatan Jiwa

Berikut ini akan dijelaskan berbagai macam model konseptual yang dikembangkan oleh beberapa ahli diantaranya menurut:

1. *Psychoanalytical (Freud, Erickson)*

Merupakan model yang dikemukakan oleh Sigmund Freud. Psikoanalisa meyakini bahwa penyimpangan perilaku pada usia dewasa berhubungan dengan perkembangan pada masa anak. Menurut model psychoanalytical, gangguan jiwa dikarenakan ego tidak berfungsi dalam mengontrol id, sehingga mendorong terjadinya penyimpangan perilaku

(deviation of Behavioral) dan konflik intrapsikis terutama pada masa anak-anak. Setiap fase perkembangan mempunyai tugas perkembangan yang harus dicapai. Gejala merupakan symbol dari konflik. Proses terapi psikoanalisa memakan waktu yang lama.

Proses terapi pada model ini menggunakan metode asosiasi bebas dan analisa mimpi transferen, bertujuan untuk memperbaiki traumatic masa lalu. Contoh proses terapi pada model ini adalah: klien dibuat dalam keadaan tidur yang sangat dalam. Dalam keadaan tidak berdaya terapis akan menggali alam bawah sadar klien dengan berbagai pertanyaan-pertanyaan tentang pengalaman traumatic masa lalu..Dengan cara demikian, klien akan mengungkapkan semua pikiran dan mimpinya, sedangkan therapist berupaya untuk menginterpretasi pikiran dan mimpi pasien.

Peran perawat dalam model psychoanalytical yakni melakukan pengkajian keadaan traumatic atau stressor yang dianggap bermakna pada masa lalu misalnya (menjadi korban perilaku kekerasan fisik, sosial, emosional maupun seksual) dengan menggunakan pendekatan komunikasi terapeutik.

2. *Interpersonal (Sullivan, Peplau)*

Model ini dikembangkan oleh Harry Stack Sullivan dan Hildegard Peplau. Teori interpersonal meyakini bahwa perilaku berkembang dari hubungan interpersonal. Sullivan menekankan besarnya pengaruh perkembangan masa anak-anak terhadap kesehatan jiwa individu. Menurut konsep model ini, kelainan jiwa seseorang disebabkan karena adanya ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan (*Anxiety*). Ansietas yang dialami seseorang timbul akibat konflik saat berhubungan dengan orang lain (*interpersonal*), dikarenakan adanya ketakutan dan penolakan atau tidak diterima oleh orang sekitar. Lebih lanjut Sullivan mengatakan individu memandang orang lain sesuai dengan yang ada pada dirinya

Sullivan mengatakan dalam diri individu terdapat 2 dorongan yaitu:

- a. Dorongan untuk kepuasan, berhubungan dengan kebutuhan dasar seperti: lapar, tidur, kesepian dan nafsu.
- b. Dorongan untuk keamanan, berhubungan dengan kebutuhan budaya seperti penyesuaian norma sosial, nilai suatu kelompok tertentu.

Proses terapi terbagi atas dua komponen yaitu *Build Feeling Security* (berupaya membangun rasa aman pada klien) dan *Trusting Relationship and interpersonal Satisfaction* (menjalin hubungan yang saling percaya) Prinsip dari terapi ini adalah. Mengoreksi pengalaman interpersonal dengan menjalin hubungan yang sehat. Dengan re edukasi diharapkan, klien belajar membina hubungan interpersonal yang memuaskan, mengembangkan hubungan saling percaya. dan membina kepuasan dalam bergaul dengan orang lain sehingga klien merasa berharga dan dihormati.

Peran perawat dalam terapi adalah

- a. *Share anxieties* (berbagi pengalaman mengenai apa-apa yang dirasakan klien dan apa yang menyebabkan kecemasan klien saat berhubungan dengan orang lain)
- b. *Therapist use empathy and relationship* (Empati dan turut merasakan apa-apa yang dirasakan oleh klien). Perawat memberikan respon verbal yang mendorong rasa aman klien dalam berhubungan dengan orang lain.

3. *Social (Caplan, Szasz)*

Model ini berfokus pada lingkungan fisik dan situasi sosial yang dapat menimbulkan stress dan mencetuskan gangguan jiwa (*social and environmental factors create stress, which cause anxiety and symptom*). Menurut Szasz, setiap individu bertanggung jawab terhadap perilakunya, mampu mengontrol dan menyesuaikan perilaku sesuai dengan nilai atau budaya yang diharapkan masyarakat. Kaplan, meyakini bahwa, konsep pencegahan primer, sekunder dan tertier

sangat penting untuk mencegah timbulnya gangguan jiwa. Situasi sosial yang dapat menimbulkan gangguan jiwa adalah kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya *support system* dan coping mekanisme yang maladaptif.

Prinsip proses terapi yang sangat penting dalam modifikasi lingkungan dan adanya *support system*. Proses terapi dilakukan dengan menggali *support system* yang dimiliki klien seperti: suami/istri, keluarga atau teman sejawat. Selain itu terapis berupaya : menggali *system sosial* klien seperti suasana di rumah, di kantor, di sekolah, di masyarakat atau tempat kerja.

4. *Existensial (Ellis, Rogers)*

Model ekistensial menyatakan bahwa gangguan perilaku atau gangguan jiwa terjadi apabila individu gagal menemukan jati dirinya dan tujuan hidupnya. Individu tidak memiliki kebanggaan akan dirinya. Membenci diri sendiri dan mengalami gangguan dalam *Bodi- imagenya*. Prinsip terapinya pada model ini adalah mengupayakan individu agar memiliki pengalaman berinteraksi dengan orang yang menjadi panutan atau sukses dengan memahami riwayat hidup orang tsb, memperluas kesadaran diri dengan cara introspeksi diri (*self assessment*), bergaul dengan kelompok sosial dan kemanusiaan (*conducted in group*), serta mendorong untuk menerima dirinya sendiri dan menerima kritik atau feedback tentang perilakunya dari orang lain (*encouraged to accept self and control behavior*). Terapi dilakukan melalui kegiatan Terapi aktivitas kelompok.

5. *Supportive Therapy (Wermon, Rockland)*

Wermon dan Rockland meyakini bahwa penyebab gangguan jiwa adalah faktor biopsikososial dan respon maladaptif saat ini. Contoh aspek biologis yaitu sering sakit maag, migraine, batuk-batuk. Aspek psikologisnya mengalami banyak keluhan seperti : mudah cemas, kurang

percaya diri, perasaan bersalah, ragu-ragu, pemarah. Aspek social sepeertisusah bergaul, menarik diri, tidak disukai, bermusuhan, tidak mampu mendapatkan pekerjaan, dan sebagainya. Semua hal tersebut terakumulasi menjadi penyebab gangguan jiwa. Fenomena tersebut muncul akibat ketidakmampuan dalam beradaptasi pada masalah-masalah yang muncul saat ini dan tidak ada kaitannya dengan masa lalu.

Prinsip proses terapi pada model supportif adalah menguatkan respon coping adaptif. Terapis membantu klien untuk mengidentifikasi dan mengenal kekuatan atau kemampuan serta coping yang dimiliki klien, mengevaluasi kemampuan mana yang dapat digunakan untuk alternative pemecahan masalah. Terapist berupaya menjalin hubungan yang hangat dan empatik dengan klien untuk membantu klien menemukan coping klien yang adaptif.

6. *Medica (Meyer, Kraeplin)*

Menurut konsep ini penyebab gangguan jiwa adalah multifactor yang kompleks yaitu aspek fisik, genetic, lingkungan dan factor social. Model medical meyakini bahwa penyimpangan perilaku merupakan manifestasi gangguan sistem syaraf pusat (SSP). Dicurigai bahwa depresi dan schizopfhrenia dipengaruhi oleh transmisi impuls neural, serta gangguan synaptic. Sehingga focus penatalaksanaannya harus lengkap melalui pemeriksaan diagnostic, terapi somatic, farmakologik dan teknik interpersonal.

7. *Model Komunikasi*

Model perilaku mengatakan bahwa, penyimpangan perilaku terjadi jika pesan yang disampaikan tidak jelas. Penyimpangan komunikasi menyangkut verbal dan non verbal, posisi tubuh, kecepatan dan volume suara atau bicara.

Proses terapi dalam model ini meliputi:

- a. Memberi umpan balik dan klarifikasi masalah.
- b. Memberi penguatan untuk komunikasi yang efektif.

- c. Memberi alternatif koreksi untuk komunikasi yang tidak efektif.
- d. Melakukan analisa proses interaksi.

8. *Model Perilaku*

Dikembangkan oleh H.J. Eysenck, J. Wilpe dan B.F. Skinner. Terapi modifikasi perilaku dikembangkan dari teori belajar (learning theory). Belajar terjadi jika ada stimulus dan timbul respon, serta respon dikuatkan (reinforcement).

Proses terapi pada model perilaku dilakukan dengan cara:

- a. Desentisasi dan relaksasi, dapat dilakukan bersamaan. Dengan teknik ini diharapkan tingkat kecemasan klien menurun.
- b. Asertif training adalah belajar mengungkapkan sesuatu secara jelas dan nyata tanpa menyinggung perasaan orang lain.
- c. Positif training. Mendorong dan menguatkan perilaku positif yang baru dipelajari berdasarkan pengalaman yang menyenangkan untuk digunakan pada perilaku yang akan datang.
- d. Self regulasi. Dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut. Pertama melatih serangkaian standart perilaku yang harus dicapai oleh klien. Selanjutnya klien diminta untuk melakukan self observasi dan self evaluasi terhadap perilaku yang ditampilkan. Langkah terakhir adalah klien diminta untuk memberikan reinforcement (penguatan terhadap diri sendiri) atas perilaku yang sesuai.

9. *Model Stress Adaptasi Roy*

Keperawatan adalah suatu disiplin ilmu dan ilmu tersebut menjadi landasan dalam melaksanakan praktik keperawatan (Roy, 1983). Lebih spesifik Roy (1986) berpendapat bahwa keperawatan sebagai ilmu dan praktik berperan dalam meningkatkan adaptasi individu dan

kelompok terhadap kesehatan sehingga sikap yang muncul semakin positif.

Keperawatan memberi perbaikan pada manusia sebagai satu kesatuan yang utuh untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan dan berespons terhadap stimulus internal yang mempengaruhi adaptasi. Jika stressor terjadi dan individu tidak dapat menggunakan "koping" secara efektif maka individu tersebut memerlukan perawatan. Tujuan keperawatan adalah meningkatkan interaksi individu dengan lingkungan, sehingga adaptasi dalam setiap aspek semakin meningkat. Komponen-komponen adaptasi mencakup fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan saling ketergantungan.

Adaptasi adalah komponen pusat dalam model keperawatan. Didalamnya menggambarkan manusia sebagai sistem adaptif. Adaptasi menggambarkan proses koping terhadap stressor dan produk akhir dari koping. Proses adaptasi termasuk fungsi holistic bertujuan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif yang pada akhirnya akan meningkatkan integritas. Proses adaptasi termasuk didalamnya proses interaksi manusia dengan lingkungannya yang terdiri dari dua proses. Bagian pertama dari proses ini dimulai dengan perubahan dalam lingkungan internal dan eksternal yang membutuhkan sebuah respon. Perubahan tersebut dalam model adaptasi Roy digambarkan sebagai stressor atau stimulus fokal dan ditengahi oleh factor-faktor kontekstual dan residual. Stressor menghasilkan interaksi yang biasanya disebut stress.

Bagian kedua adalah mekanisme koping yang dirangsang untuk menghasilkan respon adaptif dan inefektif. Produk adaptasi adalah hasil dari proses adaptasi dan digambarkan dalam istilah kondisi yang meningkatkan tujuan-tujuan manusia yang meliputi : kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi dan penguasaan yang disebut integritas. Kondisi akhir ini adalah kondisi keseimbangan dinamik equilibrium yang meliputi peningkatan dan penurunan respon-

respon. Setiap kondisi adaptasi baru dipengaruhi oleh adaptasi yang lain, sehingga dinamik equilibrium manusia berada pada tingkat yang lebih tinggi. Jarak yang besar dari stimulus dapat disepakati dengan suksesnya manusia sebagai sistem adaptif. Jadi peningkatan adaptasi mengarah pada tingkat-tingkat yang lebih tinggi pada keadaan sejahtera atau sehat. Adaptasi kemudian disebut sebagai suatu fungsi dari stimuli yang masuk dan tingkatan adaptasi

10. Model Keperawatan

Pendekatan model keperawatan adalah model konsep yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, secara holistik, biopsikososial dan spiritual. Fokus penanganan pada model keperawatan adalah penyimpangan perilaku, asuhan keperawatan berfokus pada respon individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial, dengan berfokus pada rentang sehat sakit berdasarkan teori dasar keperawatan dengan intervensi tindakan keperawatan spesifik.

DAFTAR PUSTAKA

- Herdman, T.H. (2012). *NANDA Internatinal Nursing Diagnoses Definition and Classfication*,2012-2014. Oxford Wiley-Blackwell
- Keliat, B. A., (2011) *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN -Basic Course)*. Jakarta: EGC
- Stuart,G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th edition*. Missouri: Mosby
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Elsevier : Singapore
- Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa (P. E. Karyuni, Ed.; 1st ed.)*. Jakarta: EGC.

BIODATA PENULIS



Mimi Yati, S.Kep.,Ns.,M.Kes lahir pada tanggal 9 Februari 1987 di Lasehao, Kecamatan Kabawo, Kabupaten Muna, Sulawesi Tenggara. Menamatkan pendidikan S1 Keperawatan dan profesi ners di STIKES Nani Hasanudin dan jenjang S2 di STIK Tamalate. Sejak tahun 2011 aktif sebagai dosen tetap di Universitas Mandala Waluya dibawah

Yayasan Mandala Waluya Kendari pada Program Studi S1 Keperawatan dan Profesi Ners

BAB
5

**Pedoman Penggolongan
dan Diagnosis Gangguan
Jiwa (PPDGJ) Pada
Kelompok Khusus**

Ni Luh Emilia, S.Kep.Ns.,M.Kep

A. Pendahuluan

Gangguan mental dalam kehidupan ini dapat terjadi kapan, dimana dan pada siapa saja. Gangguan mental atau gangguan jiwa merupakan suatu kondisi yang memengaruhi pemikiran, perasaan, suasana hati, dan perilaku individu. Hal ini dapat terjadi sesekali maupun bertahan lama atau kronis dan hal ini dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam berinteraksi atau berhubungan dengan orang lain serta mempengaruhi fungsi kehidupannya setiap hari. Gambaran lain mengenai gangguan mental ini yaitu merasa bermasalah atau terancam dalam hidup dan setiap orang mengalami hal ini pada waktu-waktu tertentu (WHO, 2020).

Konsep gangguan jiwa atau mental diperkenalkan oleh banyak ahli dan penelitian-penelitian, tetapi menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPSGJ) adalah suatu sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna, berkaitan dengan disabilitas di dalam satu atau lebih fungsi penting dari manusia yang mempengaruhi aktivitasnya sehari-hari (Kemankes RI, 2015; Putri & Suwadnyana, 2020).

Seiring dengan kemajuan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi ilmu jiwa sudah berkembang dengan cukup pesat dan justru merupakan satu-satunya ilmu yang mengenali penyakit medis secara komplit baik dari segi fisik, pola hidup dan juga riwayat perkembangan psikologis atau jiwa seseorang, sehingga pengobatannya pun harus dilakukan secara menyeluruh. Selain itu dalam memberikan pelayanan dan perawatan terhadap pasien, seorang psikiater harus selalu menjunjung tinggi sifat humanisme, profesionalisme, bertanggung jawab secara moral, memegang teguh etika kedokteran, etika sosial dan etika nasional (Kemankes RI, 2015).

Banyak sekali istilah dalam keperawatan jiwa sehingga diperlukan sebuah pedoman yang dapat membantu dalam memberikan pelayanan dan perawatan kepada pasien dengan gangguan jiwa di rumah sakit pemerintah dan swasta serta fasilitas kesehatan lainnya. Pedoman ini dapat digunakan agar

tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan tindakan perawatan sehingga menyebabkan kerugian tidak hanya bagi pasien tetapi juga seluruh praktisi kesehatan yang terlibat di dalamnya.

B. Istilah Gangguan Jiwa

Pada PPDGJ_IV (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia Edisi IV) atau SDM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder, 4th Edition With Text Revision*) tercantum beberapa istilah gangguan jiwa yaitu (Sutejo, 2021b) :

1. Gangguan Jiwa Psikotik
Ditandai hilangnya kemampuan menilai realitas, ditandai waham (delusi), dan halusinasi, misalnya skizofrenia.
2. Gangguan Jiwa Neurotik
Ditandai dengan adanya konflik intrapsikis (konflik dari diri sendiri) atau peristiwa kehidupan, yang menyebabkan kecemasan (ansietas), dengan gejala-gejala obsesi, fobia, dan kompulsif dan tanpa ditandai kehilangan kemampuan menilai realitas.
3. Gangguan Jiwa Fungsional
Tidak ada kerusakan struktural atau kondisi biologis yang diketahui dengan jelas sebagai penyebab kinerja yang buruk.
4. Gangguan Jiwa Organik
Rusaknya kesehatan disebabkan oleh suatu penyebab spesifik yang membuahkan perubahan struktural di otak. biasanya terkait dengan kinerja kognitif, delirium, atau demensia, misalnya pada penyakit Pick. Istilah ini tidak digunakan dalam DSM-IV-TR karena dalam rangkumannya dan pengertiannya bahwa beberapa gangguan jiwa tidak mengandung komponen biologis.
5. Gangguan Jiwa Primer
Tanpa penyebab yang diketahui disebut pula idiopatik atau fungsional.
6. Gangguan Jiwa Sekunder

Diketahui sebagai suatu manifestasi simptomatik dari suatu gangguan sistemik, medis atau serebral, misalnya delirium yang disebabkan oleh penyakit infeksi otak.

C. Penggolongan Kode Diagnosis Gangguan Jiwa

Sampai dengan saat ini DSM telah mencapai edisi 5 yang terbit pada tahun 2013, setelah mengalami berbagai penyempurnaan dari tahun 1952. Sebelumnya, WHO juga menyusun klasifikasi diagnosis seperti yang ada pada International Classification of Disease (ICD) dari tahun 1960-an dan terus terus disempurnakan hingga mencapai edisi kesepuluh (ICD10). Pada ICD dan DSM klasifikasi dilakukan dengan menggunakan sistem kategori. ICD menggunakan sistem aksis tunggal (uniaksis) yang mencoba menstandarkan diagnosis menggunakan definisi deskriptif dari berbagai sindroma, serta memberikan pertimbangan untuk diagnosis banding. Sedangkan pada DSM menggunakan sistem multiaksis, yang menggambarkan berbagai gejala yang harus ada agar diagnosis dapat ditegakkan seperti berikut ini (Sutejo, 2021b) :

1. Aksis 1: sindroma klinis dan kondisi lain yang mungkin menjadi fokus perhatian klinis
2. Aksis 2: gangguan kepribadian dan retardasi mental
3. Aksis 3: kondisi medis secara umum
4. Aksis 4: masalah lingkungan dan psikososial
5. Aksis 5: penilaian fungsi secara global

Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia, pada awalnya disusun berdasarkan berbagai klasifikasi pada DSM pada tahun 1983, tetapi pada PPDGJ III ini, disusun berdasarkan ICD X karena tidak adanya perbedaan substansi yang ditemukan dan lebih mudah dimengerti karena dibaca dalam bahasa Indonesia. Secara singkat, klasifikasi PPDGJ III meliputi hal berikut (Sutejo, 2021b).

1. F00-F09: gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simptomatik)

2. F10-F19: gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif
3. F20-F29: skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham
4. F30-F39: gangguan suasana perasaan (mood/afektif)
5. F40-F48: gangguan neurotik, gangguan somatoform, gangguan terkait stres
6. F50-F59: sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik
7. F60-F69: gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa
8. F70-F79: retardasi mental
9. F80-F89: gangguan perkembangan psikologis
10. F90-F98: gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja

Selanjutnya akan dibahas mengenai diagnosis gangguan jiwa masing-masing berdasarkan Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III). Penggolongan diagnosis gangguan jiwa berdasarkan PPDGJ III merupakan sistem yang berhirarki, artinya diagnosa yang dilakukan harus berawal dari blok paling atas (F00-F19) yaitu pada GMO (Gangguan Mental Organik) kemudian baru dievaluasi diagnosa pada masing-masing blok dibawahnya. Berdasarkan urutan ini secara hirarki menjelaskan bahwa gangguan jiwa yang terletak pada suatu hirarki akan dapat berkembang menjadi hirarki lainnya, misalnya adanya kasus retardasi mental berkembang menjadi gangguan skizofrenia, gangguan depresi berkembang menjadi gangguan somatoform (psikosomatis) dan lainnya. Karakteristik gangguan jiwa dapat dipahami sebagai penyakit yang mampu berkembang lebih luas gejala dan manifestasi klinisnya baik psikis maupun fisik, juga mampu berubah sesuai dengan masing-masing jenis gangguan jiwanya. Sehingga penting sekali untuk bisa memahami diagnosis gangguan jiwa berdasarkan hirarkinya. Berikut akan dibahas dari masing-masing hirarki tersebut berdasarkan PPDGJ III (Beo et al., 2022; Frances et al., 2015; Kemankes RI, 2015; Maslim, 2013):

a. F00 - F09: Gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simtomatik)

Gangguan mental ini berkaitan dengan penyakit/gangguan sistemik atau otak. Gangguan mental ini timbul sebagai efek sekunder dari penyakit fisik yang diderita oleh seseorang, misalnya gangguan metabolik, gangguan vaskuler ataupun trauma kepala. Gangguan mental ini biasanya dapat membaik seiring dengan penyakit fisiknya mengalami penyembuhan tetapi tidak jarang dapat menjadi menetap. Demensia atau gangguan memori pada lansia juga termasuk dalam kelompok gangguan ini. Berikut diagnosis yang termasuk dalam gangguan mental organik yaitu:

F00	Demensia pada penyakit Alzheimer
F01	Demensia Vaskuler
F02	Demensia pada penyakit lain yang ditentukan (YDK)
F03	Demensia yang tidak tergolongkan (YTT)
F04	Sindrom amnesik organik bukan akibat dan zat psikoaktif lainnya
F05	Delirium bukan akibat alcohol dan zat psikoaktif lainnya
F06	Gangguan mental lainnya akibat kerusakan disfungsi otak dan penyakit fisik
F07	Gangguan kepribadian dan perilaku akibat penyakit, kerusakan dan disfungsi otak
F09	Gangguan mental organik atau mental somatik

b. F10 - F19 Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif

Gangguan mental ini disebabkan karena pengaruh dari penggunaan zat psikoaktif atau dikenal juga NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya). Secara umum ada 3 golongan zat yaitu golongan uppers, downers dan hallucinogens. Dengan demikian tanda dan gejala klinis yang ditimbulkan dapat bervariasi tergantung dari jenis zat yang digunakan. Tetapi, gejala

klinis yang umum timbul dapat berupa intoksikasi, adiksi (ketergantungan), withdrawal (putus zat), delirium bahkan sampai mengalami psikotik. Penggolongan pada gangguan mental ini sebagai berikut:

F10	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol
F11	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan opioida
F12	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan kanabinoida
F13	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan sedativa dan hipnotika
F14	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan kokain
F15	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan stimulasi lain termasuk kafein
F16	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan halusinogenika
F17	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan tembakau
F18	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan pelarut yang mudah menguap

c. F20 - F29 Skizofrenia, Gangguan Skizotipal dan Gangguan Waham

Penggolongan ini termasuk dalam kelompok gangguan psikotik yang secara klinis ditandai dengan adanya gangguan pada proses berfikir, perasaan, persepsi dan tingkah laku dan secara bermakna menyebabkan timbulnya masalah dalam fungsi kehidupan sehari-hari.

Skizofrenia merupakan penyakit kronik yang meliputi fase prodromal, fase aktif, dan fase residual dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas. Sehingga tidak didapatkan adanya gejala patognomonis (khas) pada penderita skizofrenia. Diagnosis skizofrenia ditegakkan jika didapatkan adanya klinis yang bermakna pada proses pikir, afek atau emosi,

perasaan, persepsi dan perilaku yang telah berlangsung selama 1 bulan dengan gejala fase aktif.

Waham adalah suatu keyakinan atau persepsi palsu dari seseorang yang tidak sesuai dengan kenyataan, yang tetap dipertahankan dan tidak dapat dirubah secara logis oleh orang lain dan paling sedikit hal ini terjadi 1 bulan. Keyakinan ini berasal dari pemikiran yang tidak terkontrol (Sutejo, 2021a). Berikut adalah penggolongan diagnosis ini sebagai berikut:

F20	Skizofrenia
F21	Gangguan skizotipa
F22	Gangguan waham menetap
F23	Gangguan psikotik akut dan sementara
F24	Gangguan waham induksi
F25	Gangguan skizoafektif
F28	Gangguan psikotik non organik lainnya
F29	Gangguan psikotik non organik YTT

d. F30 - F39 Gangguan Suasana Perasaan (mood {afektif})

Secara umum gangguan suasana perasaan terbagi menjadi 2 yaitu suasana perasaan yang meningkat disebut dengan mania dan suasana perasaan yang menurun disebut depresi. Ada juga kondisi campuran dari keduanya, yaitu gangguan bipolar. Seseorang yang mengalami mania biasanya ditandai dengan suasana hati atau perasaan yang sangat bersemangat baik secara fisik maupun mental. Dan hal ini yang terkadang membuat penderita mania sulit membuat keputusan yang rasional dan seringkali berperilaku tidak bijak. Sebaliknya berbanding terbalik dengan seseorang yang menderita depresi, biasanya ditandai dengan suasana hati yang terus-menerus merasa sedih dan tertekan serta tidak adanya minat dalam beraktivitas yang mengakibatkan penurunan kualitas hidup sehari-hari.

Gangguan bipolar ditandai dengan adanya perubahan suasana perasaan dari depresi ke mania ataupun sebaliknya. Penderita bipolar kerap kali membutuhkan pengobatan jangka panjang dan disertai dengan psikoterapi yang adekuat. Penggolongan dari kelompok diagnosis ini sebagai berikut:

F30	Eposide manik
F31	Gangguan afektif bipolar
F32	Gangguan depresif
F33	Gangguan depresif berulang
F34	Gangguan suasana perasaan (mood {afektif}) menetap
F38	Gangguan suasana perasaan (mood {afektif}) lainnya
F39	Gangguan suasana perasaan (mood {afektif}) YTT

e. F40 - F48 Gangguan Neurotik, Gangguan Somatoform dan Gangguan Terkait Stres

Secara umum kelompok ini disebut juga kelompok neurosa dengan manifestasi klinis adanya perasaan cemas yang berlebihan sehingga tidak jarang bermanifestasi dalam bentuk perilaku, emosi maupun keluhan somatik. Ada beberapa kriteria diagnosis yang termasuk dalam kelompok ini, yaitu:

F40	Gangguan anxietas fobik
F41	Gangguan anxietas lainnya
F42	Gangguan obsesif-kompulsif
F43	Reaksi terhadap stres berat dan gangguan penyesuaian
F44	Gangguan disosiatif (konversi)
F45	Gangguan somatoform
F48	Gangguan neurotik lainnya

Kondisi atau gangguan fobia ditegakkan jika didapatkan adanya suatu kondisi dari luar individu yang menyebabkan ketakutan yang berlebihan, tetapi hal tersebut tidak membahayakan penderita. Seringkali penderita fobia akan menghindari faktor yang memunculkan kondisi ketakutan tersebut. Sedangkan obsesif kompulsif merupakan kelompok diagnosis neurosa yang ditandai dengan adanya pikiran yang tidak wajar terkait ketakutan yang berlebihan sehingga bermanifestasi dalam bentuk perilaku. Manifestasi klinis berupa adanya pikiran dan perilaku yang berulang terkait sesuatu hal. Akibat kondisi ini penderitanya mengalami distress sehingga menyebabkan timbulnya gangguan dalam fungsi kesehariannya.

Reaksi stres terdiri dari reaksi stres akut (disebabkan karena adanya kondisi stres psikososial yang sangat bermakna), gangguan post traumatic stress disorder/ PTSD (ditandai dengan trias; avoidance, flashback dan hiperausosal, yang terjadi setelah 3 bulan dari kejadian yang bermakna) dan gangguan penyesuaian.

Gangguan konversi atau disebut juga disosiatif dapat dijumpai dengan adanya gejala utama berupa kehilangan sebagian atau seluruh dari integrasi normal baik terkait memori, kesadaran identitas maupun control terhadap gerakan tubuh. Dan gangguan somatoform biasanya di tandai dengan gejala-gejala somatic yang tidak dapat dijelaskan berdasarkan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang baik laboratorium, roentgen maupun CT-Scan.

f. F50 - F59 Sindrom Perilaku yang Berhubungan Dengan Gangguan Fisiologis dan Faktor Fisik

Beberapa kondisi gangguan mental dapat di jumpai dalam kelompok diagnosis ini. Berikut adalah pembagiannya :

F50	Gangguan makan
F51	Gangguan tidur non-organik
F52	Disfungsi seksual bukan disebabkan gangguan atau penyakit organik
F53	Gangguan mental dan perilaku yang berhubungan dengan masa nifas YTK
F54	Faktor psikologis dan perilaku yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit YDK
F55	Penyalahgunaan zat yang tidak menyebabkan ketergantungan
F59	Sindrom perilaku YTT yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik

Kelompok diagnosis ini secara umum ada kaitannya dengan perilaku yang tidak lazim mulai dari pola makan, pola tidur, interaksi seksual, maupun penggunaan zat yang tidak menyebabkan ketergantungan.

g. F60 - F60 Gangguan Kepribadian dan Perilaku Masa Dewasa

Kepribadian adalah sesuatu yang stabil karena tidak akan pernah berubah (Parkinson, 2004) dapat juga dikatakan totalitas dari karakteristik seseorang dalam kesehariannya sehingga seseorang dapat dikenali dengan kepribadiannya tersebut dan hal ini juga berkaitan dengan integritas mental dan sosial bagi perilaku manusia.

Kepribadian juga merupakan bagian dari jiwa yang akan membangun keberadaan manusia menjadi satu kesatuan yang utuh, tidak terpecah-pecah dalam peran dan fungsinya.

Sedangkan gangguan kepribadian adalah ciri kepribadian yang menetap, kronis, tidak fleksibel dan

maladaptive yang dapat terjadi dalam semua keadaan serta menyimpang secara jelas dari norma-norma budaya, maladaptif sehingga menyebabkan gangguan bermakna dalam kesehariannya, baik pekerjaan, keluarga maupun maupun fungsi sosial yang selanjutnya gangguan ini dapat dirasakan oleh orang tersebut atau orang lain (Beo et al., 2022; David, 2004).

F60	Gangguan kepribadian khas
F61	Gangguan kepribadian campuran dan lainnya
F62	Perubahan kepribadian yang berlangsung lama yang tidak diakibatkan oleh kerusan atau penyakit otak
F63	Gangguan identitas jenis kelamin
F64	Gangguan preferensi seksual
F65	Gangguan psikologis dan perilaku yang berhubungan dengan perkembangan dan orientasi seksual
F68	Gangguan kepribadian dan perilaku dewasa lainnya
F69	Gangguan kepribadian dan perilaku dewasa YTT

h. F70 - F79 Retardasi Mental

Berdasarkan PPDGJ III, retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, terutama ditandai dengan adanya masalah dalam keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, termasuk didalamnya kognitif, berbahasa, motorik dan sosial. Dapat juga dikatakan sebagai suatu kelainan yang ditandai dengan keterbatasan kemampuan yang diakibatkan oleh gagguan yang bermakna dalam intelegensi terukur dan perilaku penyesuaian diri atau adaptasi. Diagnosis ini harus ditegakkan sebelum anak berusia 18 tahun (Beo et al., 2022; Sunaryo, 2004).

Penderita retardasi mental yang disertai dengan gangguan jiwa berupa psikotik antara lain :

F70	Retardasi mental ringan
F71	Retardasi mental sedang
F72	Retardasi mental berat
F73	Retardasi mental sangat berat
F78	Retardasi mental lainnya
F79	Retardasi mental YTT

i. F78 - F79 Gangguan Perkembangan Psikologis Gangguan

Pada gangguan ini secara umum harus memenuhi kriteria diagnosis berikut ini :

- 1) Onset bervariasi pada masa bayi dan kanak-kanak
- 2) Didapatkan adanya keterlambatan dalam perkembangan fungsi-fungsi yang berhubungan erat dengan kematangan biologis dari susunan saraf pusat
- 3) Berlangsung secara terus menerus tanpa adanya remisi dan kekambuhan yang khas bagi banyak gangguan jiwa.

Berikut adalah diagnosis yang termasuk dalam gangguan perkembangan psikologis:

F80	Gangguan perkembangan khas berbicara dan berbahasa
F81	Gangguan perkembangan belajar khas
F82	Gangguan perkembangan motorik khas
F83	Gangguan perkembangan khas campuran
F84	Gangguan perkembangan khas prevasif
F88	Gangguan perkembangan psikologis lainnya
F89	Gangguan perkembangan psikologis YTT

Kelompok diagnosis ini secara umum menimbulkan gangguan pada fungsi berbahasa,

keterampilan visuospasial, dan atau koordinasi motorik. Kondisi abnormalitas yang ditimbulkan ini berkurang secara progresif dengan bertambahnya usia walaupun tidak jarang akan menetap sampai usia dewasa.

j. F90 - F98 Gangguan Perilaku dan Emosional dengan yang terjadi pada Masa Kanak-kanak dan Remaja

Berikut ini adalah kelompok diagnosis yang termasuk dalam penggolongan ini adalah:

F90	Gangguan hiperkinetik
F91	Gangguan tingkah laku
F92	Gangguan campuran tingkah laku dan emosi
F93	Gangguan emosional dengan onset khas pada masa kanak
F94	Gangguan fungsi sosial dengan onset pada masa kanak dan remaja
F95	Gangguan "tic"
F98	Gangguan perilaku dan emosional lainnya dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja
F99	Gangguan mental YTT

Diagnosis hiperkinetik ditandai dengan berkurangnya perhatian dan meningkatnya aktivitas secara berlebihan yang didapatkan pada lebih dari 1 kondisi (di rumah, di sekolah, di taman). Akibat kondisi ini seringkali menyebabkan gangguan terutama dalam proses belajar dan interaksi sosialnya.

Gangguan tingkah laku berciri khas adanya pola tingkah laku dissosial, agresif atau menentang yang telah berulang dan menetap setidaknya selama 6 bulan.

Diagnosis gangguan emosional dengan onset pada masa kanak dan remaja seringkali kita jumpai terutama pada anak usia dini, seperti gangguan cemas perpisahan yang didapatkan pada anak-anak yang memasuki usia

prasekolah, sibling rivalry berupa adanya perasaan persaingan antara saudara kandung dan gangguan kecemasan social masa kanak yang dijumpai pada anak-anak berupa kekhawatiran yang berlebihan jika harus berinteraksi dengan kelompok usia tertentu.

D. Manfaat Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa

Penggolongan diagnosis gangguan jiwa, secara umum bermanfaat dalam penyeragaman kode, membantu dalam pencatatan dokumentasi dan statistik kesehatan. Penggolongan diagnosis gangguan jiwa juga bermanfaat untuk menyeragamkan diagnosis yang merupakan acuan untuk tatak laksana terapi, sebagai alat komunikasi tim kesehatan termasuk perawat, dan dalam biang penelitian, bermanfaat dalam memberikan batasan operasional diagnosis gangguan jiwa. Berlaku pula dalam pelayanan dan perawatan pasien yang harus diketahui dan dijalankan oleh seorang psikiater maupun petugas kesehatan dalam melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan secara optimal, profesional dan dapat dipertanggungjawabkan. Pedoman ini juga dapat bertujuan untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas pelayanan dan perawatan kepada pasien secara lebih optimal, berkesinambungan, profesional dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan material (Kemankes RI, 2015; Sutejo, 2021b).

Selain manfaat penggolongan secara umum, penggolongan ini juga bermanfaat khususnya bagi perawat. Beberapa manfaat penggolongan diagnosis gangguan jiwa bagi perawat antara lain (Sutejo, 2021b):

1. Perawat akan lebih cepat mengantisipasi respons klien berdasarkan diagnosis klien
2. Membantu perawat dalam merencanakan tindakan perawatan
3. Bahan untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga

4. Bahan diskusi dengan tim medis karena perawat mempunyai waktu interaksi lebih lama dengan klien, sehingga perawat dapat mengumpulkan informasi gejala klien lebih banyak.
5. Membantu manajemen perawatan dalam mendesain ruang perawatan
6. Membantu manajemen perawatan dalam menyiapkan sumber daya perawat.
7. Menjadi referensi untuk pengembangan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Beo, Y. A. B., Zahra, Z., Dharma, I. D. G. C., Alfianto, A. G., Kusumawaty, I., Yunike, Eka, A. R., Endriyani, S., Permatasari, L. indah, Iwa, K. R., Widniah, A. Z., Dewi, C. F., Nuryati, E., Farida, N., Suniyadewi, N. W., Martini, S., & Sinthania, D. (2022). *Ilmu Keperawatan Jiwa Dan Komunitas* (A. Munandar (ed.)). Media Sains Indonesia.
- David, A. T. (2004). *Buku Saku Psikoatri* (T. Mahatami N (ed.); 6th ed.). Buku Kedokteran EGC.
- Frances, A. J., Pincus, H. A., First, B., Ross, R., & Davis, W. (2015). DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *The American Psychiatric Association*, 9-10.
- Kemankes RI. (2015). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa. *Ekp*, 13.
- Maslim, R. (2013). Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5. In *Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya, Jakarta* (Cetakan ke). Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.
- Parkinson, M. (2004). *Personality Questionnaires Memahami Kuisisioner Kepribadian* (L. Nurulia (ed.); 1). PT. Tiga Serangkai Pustaka Mandiri.
- Putri, I. D. A. H., & Suwadnyana, I. W. (2020). *Komunikasi Terapeutik Strategi Pemulihan Pasien Gangguan Jiwa (Skizofrenia) Berdasarkan Perspektif Ajaran Agama Hindu Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali* (I). Nilacakra.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan* (E. Monica (ed.); 1). Buku Kedokteran EGC.

Sutejo. (2021a). *Keperawatan Jiwa Konsep Dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa Dan Psikososial*. Pustaka Baru Press.

Sutejo. (2021b). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Prinsip Dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa (I)*. Pustaka Baru Press.

WHO. (2020). *Doing What Matters in Times of Stress: An Illustrated Guide*. In *Oms*. World Health Organization.

BIODATA PENULIS



Ni Luh Emilia, S.Kep.Ns.,M.Kep lahir di Balinggi, pada 12 Juli 1988. Ia tercatat sebagai lulusan S2 Universitas Hasanuddin Makasar tahun 2020. Ni Luh telah memiliki pengalaman kerja di Rumah Sakit dan kini penulis aktif sebagai dosen pengajar di Jurusan Keperawatan di STIKes Bala Keselamatan Palu. Selain menjadi pengajar penulis juga diberikan tanggung jawab sebagai Kepala Prodi Diploma Tiga Keperawatan. Berbagai karya tulis penulis dalam bentuk jurnal dan artikel pernah dipublikasikan di berbagai media.

BAB 6

Konsep Hubungan Terapeutik Dalam Keperawatan

Ns. Mila Triana Sari, S.Kep., M.Kep

A. Latar belakang

Hubungan terapeutik merupakan bagian yang sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan. Perawat akan lebih mudah memahami permasalahan pasien bila hubungan terapeutik perawat pasien dapat berlangsung dengan baik. Hubungan perawat pasien yang terapeutik akan turut menentukan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Semakin baik hubungan perawat pasien, maka semakin berkualitas pula asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Perawat yang berhasil menerapkan hubungan perawat pasien yang terapeutik ditandai dengan adanya hubungan saling percaya dengan pasien, sikap empati dan peduli serta caring kepada pasien. Hal inilah yang dibutuhkan pasien dalam pelayanan selain kebutuhan terkait pemenuhan kebutuhan dasar yang menjadi permasalahannya. Sementara permasalahan pelayanan yang muncul selama ini banyak dikaitkan dengan hubungan perawat yang kurang terapeutik kepada pasien, sehingga munculnya permasalahan pelayanan maupun permasalahan yang bersinggungan dengan masalah hukum dan etik profesi perawat itu sendiri.

Tingkah laku perawat selalu dinilai oleh masyarakat. Komunikasi, sikap dan tingkah laku perawat sering menjadi fokus berita pada surat kabar. Berita-berita terkait perilaku perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terdengar kurang mengenakan seperti perawat dikatakan ketus, jahat, kurang peduli dan sebagainya. Permasalahan ini sebenarnya berakar pada masalah hubungan profesional yang kurang terapeutik terhadap pasien maupun keluarganya. Oleh karena itu, penting bagi peserta didik sebagai calon perawat jiwa untuk mempelajari konsep hubungan terapeutik dalam keperawatan agar dapat memberikan asuhan keperawatan secara profesional.

Setelah mempelajari bab ini, pembaca diharapkan mampu menerapkan hubungan terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Tujuan khusus komunikasi terapeutik yakni:

1. Menjelaskan pengertian hubungan terapeutik perawat-pasien.
2. Menjelaskan tujuan hubungan terapeutik perawat-pasien
3. Menjelaskan perbedaan hubungan sosial dan hubungan terapeutik
4. Menjelaskan batasan dan peran
5. Nilai-nilai, keyakinan dan kesadaran diri
6. Menjelaskan model Peplau dalam hubungan perawat-pasien
7. Karakteristik perawat dalam hubungan terapeutik
8. Menjelaskan tahapan hubungan perawat pasien
9. Penyalahgunaan/pelanggaran dalam hubungan terapeutik
10. Kebuntuan terapeutik
11. Hasil terapeutik

B. Hubungan terapeutik

1. Pengertian hubungan terapeutik

Hubungan terapeutik ditetapkan untuk membantu pasien. Cara perawat menetapkan hubungan tergantung pada reaksi perawat pada setting klinis dan bagaimana perawat mampu merawat pasien (Fontaine, 2009). Hubungan perawat pasien merupakan dasar dari semua pendekatan tritmen perawat kesehatan jiwa. Hubungan perawat pasien merupakan proses kreatif dan unik bagi setiap perawat (Varcarolis dan Harter, 2010). Hubungan terapeutik adalah interaksi perawat kesehatan jiwa dengan pasien untuk memastikan bahwa tujuan sesuai dan terapeutik. Hubungan profesional antara perawat dan pasien dalam rangka *helping relationship* menggunakan proses transaksi kedua pihak dengan mempertimbangkan nilai-nilai dan keyakinan kedua pihak.

Berdasarkan berbagai definisi, disimpulkan bahwa hubungan terapeutik merupakan proses interaksi perawat-pasien dalam rangka proses pemulihan dan penyembuhan pasien menggunakan teknik-teknik terapeutik yang dibangun atas dasar kepercayaan, kejujuran, rasa hormat dan tidak menghakimi dalam proses pemberian asuhan

keperawatan kepada pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2. Tujuan dan fungsi hubungan Terapeutik

Tujuan hubungan terapeutik diarahkan kepada pencapaian tujuan pertumbuhan optimal pada pasien, meliputi:

- a. Realisasi diri, penerimaan diri dan meningkatkan rasa hormat kepada diri sendiri.
- b. Rasa identitas pribadi yang jelas dan memajukan tingkat integrasi pribadi.
- c. Suatu kemampuan membentuk keintiman (Kedekatan), saling ketergantungan, hubungan interpersonal dengan kapasitas memberi dan menerima kasih sayang.
- d. Memajukan fungsi dan meningkatkan kemampuan untuk mencapai tujuan pribadi secara realistis.
- e. Meningkatkan suasana psikologis yang memfasilitasi perubahan dan pertumbuhan yang positif

Tujuan dan fungsi dari hubungan terapeutik antara perawat-pasien (Varcarolis dan Harter, 2010) adalah :

- a. Memfasilitasi komunikasi yang mengganggu pikiran dan perasaan.
- b. Membantu pasien memecahkan masalah agar membantu memudahkan aktivitas kehidupan harian.
- c. Membantu pasien memeriksa perilaku yang tidak sesuai dengan dirinya.
- d. Mengajarkan perawatan dan kemandirian diri sendiri bagi pasien.

Hubungan terapeutik yang dibina antara perawat pasien akan menumbuhkan proses pengembangan pribadi pasien ke arah yang lebih positif atau adaptif. Perawat membantu pasien untuk menjelaskan dan mengurangi beban perasaan serta pikiran, dan mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada. Disamping itu, hubungan terapeutik yang dibangun perawat akan berdampak positif dan

menjadi terapi pada pasien. Pasien akan merasa diperhatikan dan dihargai, mendapat bantuan dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya, mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri sehingga bisa memperlancar interaksi pasien dengan petugas kesehatan secara profesional dan proporsional dalam rangka penyelesaian masalah pasien (Rauda, Yuka, 2017).

3. Perbedaan hubungan sosial dan terapeutik

Manusia sepanjang hidupnya menjalin hubungan dengan orang lain yang melibatkan dua orang atau lebih. Hubungan tersebut dilakukan sebagai upaya memenuhi kebutuhan kehidupan pada berbagai tempat serta saling berbagi pengalaman yang berlangsung dalam waktu yang singkat atau panjang dari waktu ke waktu serta berbagai situasi. Hubungan yang terjadi berbentuk hubungan intim, sosial atau terapeutik. Pada hubungan intim terjadi hubungan dimana saling melibatkan komitmen emosi. Masing-masing pihak yang terlibat dalam hubungan tersebut akan memenuhi kebutuhan, hasrat yang intim dan saling berbagi .

Hubungan sosial didefinisikan sebagai suatu hubungan yang diawali sebagai pertemanan, sosialisasi, kesenangan, atau melengkapi suatu tugas. Kebutuhan masing-masing pihak terpenuhi selama hubungan sosial terjadi, misalnya berbagi gagasan, perasaan, dan pengalaman. Pada hubungan ini melibatkan keterampilan komunikasi seperti memberi anjuran, nasihat dan bisa juga dalam bentuk pemenuhan kebutuhan dasar seperti meminjamkan uang dan alat serta membantu pekerjaan. Konten komunikasi bersifat superfisial atau tidak mendalam.

Perawat dalam menjalin hubungan terapeutik akan menunjukkan keterampilan komunikasinya, memahami perilaku manusia dan kekuatan pribadi untuk memperkuat pertumbuhan pasien. Hubungan terapeutik difokuskan pada gagasan dan pengalaman serta perasaan pasien saat wawancara

klinis berlangsung serta mengeksplorasi identitas masing-masing. Selanjutnya hubungan difokuskan pada masalah dan kebutuhan pasien. Pada konteks hubungan terapeutik perawat-pasien, maka terjadi beberapa hal berikut :

- a. Identifikasi dan eksplorasi kebutuhan pasien.
- b. Adanya batasan yang jelas
- c. Memberikan pendekatan pemecahan masalah alternatif
- d. Membantu mengembangkan keterampilan cara mengatasi masalah (koping) yang baru.
- e. Mengajukan perubahan perilaku

Perilaku yang diharapkan dari perawat sebagai tenaga kesehatan agar bisa mewujudkan hubungan terapeutik (Varcarolis dan Harter, 2010), hendaknya :

- a. Bertanggungjawab dan bertanggung gugat (Akuntabilitas), artinya mempertanggungjawabkan apa yang dikerjakan dan akibat yang ditimbulkan dari pekerjaannya sebagai perawat.
- b. Fokus pada kebutuhan pasien. Perawat lebih mengutamakan untuk memenuhi kebutuhan pasien daripada kebutuhan perawat sendiri, tenaga kesehatan lain atau institusinya.
- c. Kompetensi klinis. Perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan klinis yang diperlukan sesuai situasi klinis dan menerapkan pengetahuan berbasis hasil riset terbaru.
- d. Menunda penghakiman (*delaying judgment*). Perawat hendaknya menahan diri dari menghakimi pasien dan menghindari dan menempatkan nilai-nilai dan keyakinannya sendiri kepada orang lain.
- e. Supervisi. Pengawasan yang dilakukan oleh perawat yang berpengalaman klinis atau tim kesehatan diperlukan untuk mengembangkan kompetensi dalam membangun hubungan terapeutik perawat-pasien.

4. Batasan dan Peran dalam hubungan terapeutik

Hubungan terapeutik perawat-pasien yang dibangun secara intens memiliki dimensi batasan-batasan (Su Fox, 2008; Varcarolis dan Harter, 2010), sebagai berikut:

- a. Batasan Fisik. Batasan yang ditentukan berdasarkan tempat seperti lingkungan umum, ruang kantor, ruang konferensi, pojok ruangan atau tempat tempat lainnya.
- b. Kontrak. Hubungan terapeutik dibatasi dengan kesepakatan waktu, kerahasiaan, persetujuan perawat-pasien sesuai dengan peranya, keuangan, jika melibatkan dengan terapis yang memiliki ijin.
- c. Ruang pribadi (*personal space*): ruang fisik, ruang emosi, ruang dalam batas peran, dan sebagainya.

Hubungan terapeutik perawat-pasien yang baik memungkinkan adanya batasan yang jelas yang menyediakan sebuah ruangan yang aman sehingga pasien dapat mengeksplorasi perasaan dan hal-hal terkait tritmen. (Peternej-Taylor, 2002). Batasan merupakan hal yang sangat diperlukan untuk melindungi pasien. Pelanggaran batas yang paling berat adalah yang bersifat seksual (Wheeler, 2008).

Pengembangan keterampilan komunikasi yang efektif, pengenalan penyebab komunikasi yang tidak efektif, dan kemampuan untuk berpartisipasi dalam proses komunikasi terapeutik memberikan dasar untuk mengembangkan hubungan terapeutik, Pasien mungkin mengubah persepsi mereka tentang perawat, oleh karena itu, mereka berhubungan dengan perawat bukan pada dasar atribut realistis perawat, tetapi terutama atas dasar hubungan interpersonal dengan tokoh penting (seperti orang tua, saudara kandung, atasan) dalam kehidupan pasien misalnya, pasien menunjukkan sikap dan perilaku yang sama terhadap perawat pria yang awalnya dia tunjukkan kepada suaminya sebelum perpisahan mereka. Perilaku ini disebut sebagai *transferensi* atau *distorsi parataksis* (Yalom, 2005).

Kontra *transferensi* terjadi ketika perawat merespon tidak realistis. sehingga dapat mengganggu perkembangan

hubungan terapeutik. Hubungan antara perawat dengan pasien merupakan hubungan terapeutik yang sama-sama saling menguntungkan. Dalam istilahnya adalah '*win win solution*' sehingga ketika mencari solusi dengan tujuan sama-sama menguntungkan. Kualitas dalam prinsip ini dilihat dari bagaimana seorang psikolog atau perawat memandang dan mendefinisikan dirinya dan pasiennya adalah seorang manusia. Dengan kata lain bahwa hubungan antara perawat dengan pasien bukan hanya perawat sebagai penolongnya, melainkan lebih dari itu, yaitu sebagai sahabat atau orang yang terdekatnya. Anjaswarni, Tri (2006).

5. Nilai-nilai, keyakinan dan kesadaran diri perawat

Nilai-nilai merupakan standard abstrak dan menyajikan secara ideal, baik positif maupun negatif. Perawat memahami nilai-nilai dan sikapnya sendiri, sehingga dengan demikian dia menjadi awas terhadap nilai-nilai atau sikap yang dianutnya karena bisa mempengaruhi hubungan terapeutik yang sedang dibangun bersama pasien. Ini penting bagi perawat agar memahami nilai-nilai dan keyakinannya. Ini sangat membantu bagi yang menyadari bahwa nilai-nilai dan keyakinannya:

- a. Bercermin atas budaya dan subbudaya sendiri
- b. Berasal dari berbagai pilihan.
- c. Memilih sendiri berbagai pengaruh dan role model yang sesuai.

Nilai-nilai yang dipilih (agama, budaya, sosial) membimbing perawat dalam pengambilan keputusan dan melakukan tindakan yang diharapkan dapat membuat hidup bermakna, bermanfaat dan dapat mengoptimalkan diri.

Beberapa contoh yang mungkin menjadi sumber konflik bagi perawat :

- a. Pasien berkeinginan aborsi yang bertentangan dengan nilai-nilai perawat

- b. Pasien melakukan kegiatan seks yang tidak aman dengan pasangan yang banyak yang bertentangan dengan nilai-nilai perawat.
- c. Perawat tidak memahami alasan pasien menolak pengobatan karena alasan agama.
- d. Pasien meletakkan material atau barang yang didapatnya jauh dan sulit dijangkau karena loyalitas terhadap teman dan keluarga, yang secara tidak langsung bertentangan dengan nilai-nilai perawat.
- e. Perawat yang sangat religious, sementara pasiennya adalah orang yang tidak percaya yang menghindari agama.
- f. Gaya hidup pasien termasuk menggunakan obat terlarang, yang bertentangan dengan nilai-nilai perawat.

Kesadaran diri membutuhkan pemahaman terhadap nilai-nilai dan keyakinan yang membimbing perilaku perawat. Disamping itu perawat tidak hanya memahami dan menerima nilai dan keyakinan dirinya sendiri tetapi juga diharapkan sensitif dan menerima keunikan dan perbedaan nilai-nilai dan keyakinan orang lain, khususnya pasien.

6. Karakteristik perawat dalam hubungan terapeutik

a. Kewaspadaan diri

Perawat belajar memahami dirinya, siapa dia, bagaimana perawat mengatasi rasa cemas, kemarahan, rasa sedih dan rasa bahagia, berbagai pengalaman selama proses memberikan asuhan dan dalam memahami rentang sehat sakit. Kemampuan perawat untuk mendengar diri sendiri, mendengar dan belajar dari orang lain serta bagaimana perawat berupaya membuka diri, mengakui perbedaan dan keunikan serta meningkatkan keterbukaan, keaslian atau keotentikan diri. Hubungan perawat-pasien dilakukan dengan interaksi secara spontan dan jujur. Perawat melakukan identifikasi, diskusi, analisa dan memecahkan masalah secara konstruktif.

b. Klarifikasi nilai-nilai

Perawat memahami apa yang penting baginya, nilai-nilai dari pengalaman bersama keluarga, teman, budaya, pendidikan, pekerjaan, relaksasi, rencana harian yang akan dilakukannya bersama pasien.

Proses klarifikasi nilai diawali dengan menyadari adanya perbedaan, sehingga seseorang memilih dan menyesuaikan kembali nilai-nilai yang ada. Perubahan bisa terjadi ketika kontradiksi perbedaan tertentu dipersepsikan didalam sistem nilai seseorang., dan ketika sudah satu persepsi, maka dimulai menggunakan pilihan nilai tersebut dengan pandangan yang baru.

c. Role Model

Perawat memiliki kewajiban untuk memberi contoh perilaku yang adaptif dan menghasilkan perkembangan pasien. Perawat yang efektif akan melakukan pendekatan terhadap kehidupan dengan kesadaran untuk bertumbuh, berkembang, dengan penuh harapan dan kemampuan adaptasi yang baik. Bila terjadi kekacauan, konflik, distress dalam kehidupan pribadi perawat, kondisi ini akan menurunkan efektifitas asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien. Maka seorang perawat harus mampu beradaptasi dan mampu menjadi role model bagi pasien-pasiennya.

d. *Altruism*

Perawat perlu mengembangkan sikap altruisme , seperti rasa peduli terhadap kesejahteraan orang lain, menyayangi sesama manusia dan menolong orang lain. Perawat perlu menyeimbangkan sikap altruisme dengan kebutuhan mereka terhadap kepuasan, kompensasi, pengakuan/rekognisi, secara tidak berlebihan.

e. Etika dan Tanggung-jawab

Perawat dalam melaksanakan peran dan tugasnya memiliki tanggung jawab terhadap perilakunya, sehingga perlu adanya batasan yang jelas, selain itu untuk memaksimalkan pemberian asuhan keperawatan, perawat dapat menggunakan sumber, pengetahuan, keahlian dari sesama perawat maupun team kesehatan lain. Apabila terjadi dilema etis, maka perawat dapat memilih pilihan etis yang dapat dipertanggungjawabkan (akuntabilitas).

7. Konseptual Model dan hubungan terapeutik

Konseptual model yang bisa diterapkan dalam konteks hubungan terapeutik perawat-pasien adalah konsep hubungan perawat pasien dari Peplau. Peplau (1952) menjelaskan hubungan interpersonal dalam keperawatan. Hubungan profesional perawat-pasien terdiri dari seorang perawat yang memiliki keterampilan dan keahlian, sedangkan pasien menginginkan untuk mengurangi penderitaan, menemukan solusi atas masalah, menggali jalan berbeda untuk meningkatkan kualitas hidup, dan atau menemukan suatu pembelaan (Fox, 2008). Peplau menjelaskan hubungan perawat pasien melalui 3 tahapan yaitu orientasi, kerja dan terminasi. Model ini dikembangkan oleh Varcarolis dan Harter (2010) menjadi 4 tahapan yaitu pra orientasi, orientasi, kerja dan terminasi.

8. Tahap Hubungan Terapeutik

Ada beberapa tahapan hubungan terapeutik yaitu pra orientasi, Orientasi, Kerja dan Terminasi (Varcarolis dan Harter, 2010).

a. Pra-orientasi (Tahap I)

Pada tahap ini perawat perlu mengeksplorasi dan menganalisa diri terkait pertemuan pertamanya dengan pasien. Untuk mengurangi rasa takut dan stress serta mengurangi kecemasan perawat, terlebih dahulu

kumpulkan informasi terkait pasien yang akan ditemui, dengan masalah psikiatrik apa yang harus dilakukan dalam menanggapi perilaku pasien tertentu. Perilaku tersebut seperti menangis, minta perawat menyimpan rahasia, bagaimana merawat pasien kecendrungan bunuh diri, memberi hadiah, ingin kontak fisik dengan perawat, dan memberi contoh-contoh yang mungkin terkait reaksinya dengan perawat dan respons yang dianjurkan.

Perawat dapat berbicara dengan perawat yang lebih berpengalaman dan berpartisipasi dalam diskusi kelompok keperawatan akan meningkatkan rasa percaya diri, umpan balik, dan saran-saran. Dalam menghadapi reaksi pasien yang meningkat, perawat secara bersama dapat masuk ke ruangan pasien sendiri, serta mengetahui tanda dan gejala kecemasan yang meningkat.

Catatan medik dan keperawatan merupakan sumber informasi tidak langsung bagi perawat, dan dapat digunakan untuk merencanakan dan mengarahkan diskusi yang akan dilakukan. Pertemuan pertama dengan pasien bisa membuat perawat yang belum berpengalaman akan merasa cemas. Kecemasan sangat mempengaruhi interaksinya dengan orang lain. Hal ini disebabkan adanya kesalahan interpretasi terhadap apa yang diucapkan pasien. Pada saat perawat merasa cemas, perawat tidak akan mampu menggunakan active listening (mendengarkan secara aktif). Disamping itu kecemasan perawat dapat meningkatkan kecemasan pasien. Oleh karena itu, sebelum berinteraksi, perawat perlu menggali perasaannya dan sebaiknya dia harus mengatasi kecemasan terlebih dahulu sebelum berinteraksi dengan pasien.

Tugas perawat pada tahap ini antara lain:

- 1) Mengeskplorasi perasaan, harapan, dan kecemasan.

Sebelum berinteraksi dengan pasien, perawat perlu mengkaji perasaannya sendiri. Perasaan apa yang muncul sehubungan dengan interaksi yang akan

dilakukan. Perawat juga perlu mendefinisikan apa harapan terhadap interaksi yang akan dilakukan. Harapan ini sebaiknya disesuaikan dengan kondisi pasien. Untuk pasien yang sangat menarik diri tentunya tidak mungkin bila berharap bahwa trust akan terbina hanya dengan satu atau dua kali pertemuan.

2) Menganalisis kekuatan dan kelemahan diri.

Kegiatan ini sangat penting dilakukan agar perawat mampu mengatasi kelemahannya dan menggunakan kekuatannya secara maksimal pada saat berinteraksi dengan pasien.

3) Mengumpulkan data tentang pasien.

Dengan mengetahui informasi tentang pasien, perawat bisa memahami pasien. Paling tidak perawat bisa mengetahui identitas pasien yang bisa digunakan pada saat memulai interaksi.

4) Merencanakan pertemuan pertama dengan pasien.

Hal ini direncanakan mencakup kapan, dimana, dan strategi apa yang akan dilakukan untuk pertemuan pertama tersebut.

b. Pengenalan/ Orientasi (tahap II)

Pengenalan merupakan kegiatan perawat saat pertama kali bertemu dan kontak dengan pasien untuk melakukan wawancara atau pemeriksaan fisik. Perawat memperkenalkan dirinya terlebih dahulu sebelum menanyakan identitas pasien. Perawat memperkenalkan diri terlebih dahulu berarti perawat terbuka dan membuka diri kepada pasien dan pasien menerima keterbukaan perawat. Keterbukaan perawat mendorong pasien untuk membuka diri juga kepada perawat. Hal ini penting sebagai jembatan bagi pasien untuk mengungkapkan segala permasalahannya kepada perawat, dengan demikian perawat dapat memberikan solusi yang tepat. Pada tahap pertemuan ini perawat mengusahakan untuk membuat

pasien merasa nyaman dengan beberapa interaksi sosial. Ada kemungkinan perawat akan melihat tingkah penolakannya dari pasien. Perawat perlu menunjukkan sikap ketulusan dan kepedulian.

Tahap perkenalan atau orientasi ini dilaksanakan pada awal setiap pertemuan, baik pertemuan pertama, kedua dan selanjutnya. Tujuan tahap ini adalah untuk memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat dengan keadaan pasien saat ini, serta mengevaluasi hasil tindakan yang lalu. Peran utama perawat adalah memberikan situasi lingkungan yang peka dan menunjukkan penerimaan, serta membantu pasien dalam mengekspresikan perasaan dan pikiran.

Tugas perawat pada tahap ini adalah

- 1) Membina rasa saling percaya, penerimaan, dan keterbukaan dengan pasien.

Hubungan saling percaya merupakan kunci dari keberhasilan suatu hubungan terapeutik karena tanpa adanya rasa saling percaya tidak mungkin terjadi keterbukaan antara kedua belah pihak. Untuk mempertahankan atau memelihara hubungan saling percaya perawat harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima pasien apa adanya, menepati janji, dan menghargai pasien.

- 2) Merumuskan kontrak bersama pasien.

Kontrak diperlukan untuk menjamin kelangsungan sebuah interaksi (Brammer, 1993). Perawat perlu menjelaskan atau mengklarifikasi peran perawat dan pasien guna menghindari kesalahpahaman pasien terhadap kehadiran perawat. Disamping itu juga agar menghindari harapan yang terlalu tinggi dari pasien terhadap perawat dimana pasien menganggap perawat seperti dewa penolong yang serba bisa dan serba tahu.

- 3) Menggali pikiran dan perasaan serta mengidentifikasi masalah pasien.

Pada tahap ini perawat mendorong pasien untuk mengekspresikan perasaannya. Teknik komunikasi yang sering digunakan pada tahap ini adalah pertanyaan terbuka. Dengan memberikan pertanyaan terbuka, diharapkan perawat dapat mendorong pasien untuk mengekspresikan pikiran dan perasaannya sehingga dapat mengidentifikasi masalah pasien.

- 4) Merumuskan tujuan dengan pasien
Tanpa keterlibatan pasien mungkin tujuan sulit dicapai. Tujuan ini dirumuskan setelah masalah pasien diidentifikasi. Tahap orientasi adalah dasar bagi hubungan terapeutik perawat-pasien dan menentukan tahap selanjutnya. Kegagalan pada tahap orientasi akan menimbulkan kegagalan pada keseluruhan interaksi.

c. Fase Kerja (tahap III)

Tugas khusus hubungan perawat-pasien pada fase ini adalah :

- 1) Memelihara hubungan
- 2) Mengumpulkan data selanjutnya
- 3) Mempromosikan keterampilan pemecahan masalah pasien, harga diri dan penggunaan bahasa.
- 4) Memfasilitasi perubahan perilaku
- 5) Mengatasi perilaku resisten
- 6) Mengevaluasi masalah dan tujuan serta mendefinisikan kembali sesuai keperluan.
- 7) Mempromosikan praktik dan ekspresi dari alternatif perilaku adaptif.

d. Terminasi (tahap IV)

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat-pasien. Tahap terminasi dibagi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Pertemuan

perawat-pasien terdiri dari beberapa kali pertemuan. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat-pasien. Setelah terminasi sementara, perawat akan bertemu kembali dengan pasien pada waktu yang telah ditentukan. Sedangkan terminasi akhir terjadi jika perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara keseluruhan. Tugas perawat pada tahap ini antara lain:

- 1) Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan. Evaluasi ini juga disebut evaluasi objektif.
- 2) Melakukan evaluasi subjektif dengan menanyakan perasaan pasien setelah berinteraksi dengan perawat. Perawat perlu mengetahui bagaimana perasaan pasien setelah berinteraksi dengan perawat.
- 3) Menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan. Tindak lanjut yang diberikan harus relevan dengan interaksi yang baru saja dilakukan atau dengan interaksi yang akan dilakukan berikutnya.
- 4) Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya. Kontrak yang dibuat termasuk tempat, waktu, dan tujuan interaksi.

DAFTAR PUSTAKA

- CLPNPEI (2020). Practice directive Therapeutic Nurse Client Relationship. College of Licensed Practical Nurses of Prince Edward Island
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental Health Nursing*. 6th edition. New Jersey : Prentice Hall.
- Hasanah N. (2010). *Ilmu Komunikasi dalam Konteks Keperawatan – Untuk Mahasiswa Keperawatan*. Jakarta Timur : CV Trans Info Media
- Morrisey, J. & Callaghan, P. (2011). *Comuncication skills for mental health nurses Chapter 7*.
- Morrison P & Burnard P. (2009). *Caring & Communicating – Hubungan Interpersonal dalam keperawatan*. Jakarta : EGC
- Nova Scotia College of Nursing. (2020). *Professional Boundaries and the Nurse-Client Relationship (2019)*.
- Priyoto. (2015). *Komunikasi & Sikap Empati dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Sheldon L.K. (2009). *Komunikasi untuk Keperawatan – Berbicara dengan pasien*. Edisi kedua. Jakarta : Penerbit Erlangga
- Varcarolis E.M., and Harter M.J. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing – A Clinical Approach*. 6th edition. Sint Louis, Missouri : Saunders Elsevier

BIODATA PENULIS



Ns. Mila Triana Sari, S.Kep., M.Kep. dilahirkan di Jambi, Maret 1973. Pendidikan keperawatan diawali dengan menempuh pendidikan DIII Keperawatan pada Akper Depkes Padang dan lulus tahun 1994. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan - Universitas Andalas pada tahun 2002. Selanjutnya menyelesaikan Program Pascasarjana bidang Manajemen Keperawatan di Universitas Indonesia Tahun 2009. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap pada program studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners Stikes Baiturrahim Jambi. Aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi serta menjadi pembicara tingkat lokal maupun nasional.

BAB
7

**Terapi Modalitas Dalam
Keperawatan Jiwa**

** Ns. Marta Suri.,S.kep.,M.Kep **

A. Pendahuluan

Individu merupakan seseorang yang memiliki ciri khas dan kepribadian masing-masing, sehingga individu memiliki koping mekanisme yang berbeda-beda satu sama lain. Koping mekanisme ini berguna agar individu dapat beradaptasi dengan kondisi yang ada. Diharapkan dengan memiliki koping mekanisme yang baik individu dapat mencapai kondisi sehat fisik maupun mental (Candra et al., 2017).

Kesehatan Jiwa yaitu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya, sedangkan seorang dengan gangguan jiwa memiliki gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang ditandai dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan permasalahan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (Damanik et al., 2020)

Pasien gangguan jiwa yang tidak sedikit ini membutuhkan terapi yang tepat agar dapat memberikan tindakan terbaik untuk kesembuhan pasien, sehingga dapat dipilih terapi yang ada dalam keperawatan untuk menangani gangguan jiwa antara lain terapi modalitas, terapi komplementer dan terapi farmakologi (Maramis & Maramis, 2019). Terapi modalitas merupakan terapi yang memfokuskan cara pendekatan dengan pasien gangguan jiwa yang bertujuan untuk mengubah perilaku pasien gangguan jiwa yang tadinya berperilaku maladaptif menjadi adaptif (B. A. Keliat et al., 2015).

B. Terapi Modalitas

1. Pengertian

Terapi modalitas merupakan terapi yang memfokuskan cara pendekatan dengan pasien gangguan jiwa yang bertujuan untuk mengubah perilaku pasien

gangguan jiwa yang tadinya berperilaku maladaptif menjadi adaptif (Maramis & Maramis, 2019).

Terapi modalitas adalah terapi utama dalam keperawatan jiwa. Terapi modalitas mendasarkan potensi yang dimiliki pasien (modal-modality) sebagai titik tolak terapi atau penyembuhannya. Tapi terapi ini bisa dipakai untuk terapi keperawatan keluarga (A. Keliat, 2012).

2. Tujuan terapi modalitas

Tujuan dari dilaksanakannya terapi modalitas dalam keperawatan jiwa adalah :

- a. Menimbulkan kesadaran terhadap salah satu perilaku pasien.
- b. Mengurangi gejala gangguan jiwa.
- c. Memperlambat kemunduran.
- d. Membantu adaptasi terhadap situasi sekarang.
- e. Membantu keluarga dan orang-orang yang berarti.
- f. Mempengaruhi keterampilan merawat diri sendiri.
- g. Meningkatkan aktivitas.
- h. Meningkatkan kemandirian.

3. Jenis-jenis terapi modalitas

a. Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan adalah bentuk terapi yang bertujuan untuk merubah perilaku mal adaptif menjadi adaptif dengan cara menata lingkungan. Dalam konteks terapeutik, perawat menggunakan semua lingkungan rumah sakit. Konteksnya adalah dengan cara memberi kesempatan pasien untuk tumbuh dan berubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi (Maulana et al., 2021).

Adapun peran perawat dalam penerapan terapi lingkungan antara lain adalah :

- 1) Pencipta lingkungan yang aman dan nyaman

- a) Perawat menciptakan dan mempertahankan iklim/suasana yang akrab, menyenangkan, saling menghargai diantara sesama perawat, petugas kesehatan, dan pasien.
 - b) Perawat menciptakan suasana yang aman dari benda-benda atau keadaan-keadaan yang menimbulkan terjadinya kecelakaan /luka terhadap pasien atau perawat.
 - c) Menciptakan suasana yang nyaman.
 - d) Pasien diminta berpartisipasi melakukan kegiatan bagi dirinya sendiri dan orang lain seperti yang biasa dilakukan di rumahnya. Misalnya membersihkan kamar.
- 2) Penyelenggara proses sosialisasi
- a) Membantu pasien belajar berinteraksi dengan orang lain, mempercayai orang lain, sehingga meninggalkan harga diri dan berguna bagi orang lain.
 - b) Mendorong pasien untuk berkomunikasi tentang ide-ide, perasaan dan perilakunya secara terbuka sesuai dengan aturan di dalam kegiatan-kegiatan tertentu.
 - c) Melalui sosialisasi pasien belajar tentang kegiatan-kegiatan atau kemampuan yang baru, dan dapat dilakukan sesuai dengan kemampuan dan minatnya pada waktu yang luang.
- 3) Sebagai teknis perawatan
- Fungsi perawat adalah memberikan atau memenuhi kebutuhan dari pasien, memberikan terapi obat-obatan yang telah ditetapkan, mengamati efek obat dan perilaku-perilaku yang menonjol/menyimpang serta mengidentifikasi masalah-masalah yang timbul dalam terapi tersebut.

4) Sebagai leader atau pengelola

Perawat harus mampu mengelola sehingga tercipta lingkungan terapeutik yang mendukung penyembuhan dan memberikan dampak baik secara fisik maupun secara psikologis kepada pasien.

b. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah model terapi yang bertujuan mengubah pola interaksi keluarga sehingga bisa membenahi masalah-masalah dalam keluarga. Dengan pendekatan terapeutik yang melihat masalah individu dalam konteks lingkungan khususnya keluarga dan menitikberatkan pada proses interpersonal (Nancye, 2015).

Adapun peran perawat dalam penerapan terapi keluarga antara lain adalah :

- 1) Mendidik kembali dan mengorientasikan kembali seluruh anggota keluarga.
- 2) Memberikan dukungan kepada pasien serta sistem yang mendukung pasien untuk mencapai tujuan dan usaha untuk berubah.
- 3) Mengkoordinasi dan menginteraksikan sumber pelayanan kesehatan.
- 4) Memberi penyuluhan, perawatan di rumah, psiko edukasi, dll.

c. Terapi Aktifitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada sekelompok pasien yang mempunyai masalah keperawatan yang sama. Aktivitas digunakan sebagai terapi, dan kelompok digunakan sebagai target asuhan yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi pasien dengan gangguan interpersonal.

Adapun peran perawat dalam penerapan terapi aktifitas kelompok

- 1) Mempersiapkan program terapi aktivitas kelompok.
- 2) Tugas sebagai *leader* dan *coleader*.
- 3) Tugas sebagai *fasilitator*.
- 4) Tugas sebagai *observer*.
- 5) Tugas dalam mengatasi masalah yang timbul saat pelaksanaan terapi.
- 6) Program antisipasi masalah.

d. Terapi Individual

Terapi individual merupakan penanganan seseorang dengan macam macam gangguan jiwa melalui pendekatan hubungan individual antara terapis dengan klien tersebut. Sebuah hubungan yang terstruktur akan dijalin antara perawat dengan klien nantinya bisa mengubah perilaku klien. Sedangkan hubungan yang dijalin sendiri adalah hubungan yang memang disengaja dengan tujuan terapi dan dilakukan pada tahap sistematis atau terstruktur sehingga lewat hubungan tersebut nantinya perilaku klien akan berubah sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai (Widhiastuti et al., 2021).

Hubungan terstruktur ini memiliki tujuan agar klien bisa menyelesaikan masalah yang sedang dialami dan juga bisa meredakan penderitaan atau distress emosional sekaligus mengembangkan cara yang tepat untuk memenuhi kebutuhan dasar. Sedangkan tahapan yang digunakan dalam terapi individual ini meliputi tiga tahapan yakni tahapan orientasi, tahapan kerja dan juga tahapan terminasi.

- 1) Tahapan orientasi: Merupakan jenis terapi dalam psikologi yang dilakukan saat perawat memulai interaksi dengan klien untuk membina hubungan saling percaya yang sangat penting agar klien bisa mengungkapkan masalah yang sedang dihadapi dan mau bekerja sama untuk mengatasi masalah tersebut dengan perawat.

- 2) Tahapan kerja: Dilakukan saat klien mulai bisa mengeksplorasi diri dan mengungkapkan apa saja yang sedang ia alami. Tugas perawat nantinya tidak hanya untuk memperhatikan namun konteks cerita namun juga memperhatikan perasaan klien saat bercerita.
- 3) Tahapan terminasi: Dilakukan ketika terjalin hubungan terapeutik yang sudah mereda dan terkendali yakni klien sudah merasa lebih baik, memperlihatkan peningkatan fungsi diri, sosial dan juga pekerjaan serta yang terpenting adalah mencapai tujuan dari terapi.

e. Terapi Biologis

Terapi biologi atau terapi sonatic memiliki dasar model medical yang memandang gangguan jiwa sebagai penyakit. Hal ini berbeda dengan model konsep lain yang lebih memandang gangguan jiwa hanya merupakan gangguan jiwa saja dan tidak mempertimbangkan kelainan patofisiologisnya. Tekanan bodel medical merupakan pengkajian spesifik dan juga mengelompokkan gejala dalam sindroma yang spesifik. Perilaku abnormal dipercaya terjadi karena perubahan biokimiawi tertentu pada klien (Yosep, 2017).

Beberapa jenis terapi biologis gangguan jiwa adalah memberikan obat atau medikasi psikofarmaka, intervensi nutrisi, electric convulsice therapy [ECT], bedah otak dan foto terapi (Widodo et al., 2022).

f. Terapi Kognitif

Terapi kognitif merupakan sebuah strategi untuk memodifikasi keyakinan dan juga sikap yang bisa mempengaruhi perilaku dan perasaan klien seperti cara mengatasi stres berat (Suerni et al., 2013). Proses yang digunakan adalah untuk membantu mempertimbangkan stressor dan juga dilanjutkan dengan identifikasi pola

berpikir serta keyakinan tak akurat mengenai stressor tersebut. Gangguan perilaku bisa terjadi karena klien mengalami pola berpikir dan keyakinan yang kurang akurat sehingga modifikasi perilaku dilakukan dengan mengubah pola berpikir dan juga keyakinan klien (Damanik et al., 2020).

Terapi kognitif sendiri memiliki tiga jenis tujuan yakni:

- 1) Mengembangkan pola berpikir rasional dengan cara mengubah pikiran tidak rasional yang seringkali menyebabkan gangguan perilaku.
- 2) Membiasakan diri untuk memakai pemeriksa realita dalam menanggapi stimulus agar bisa terhindar dari pikiran yang terdistorsi.
- 3) Membentuk perilaku dengan pesan internal dimana perilaku akan dimodifikasi yang diawali dengan mengubah pola pikir.

g. Terapi Perilaku

Terapi perilaku memiliki dasar jika sebuah perilaku terjadi karena proses belajar. Perilaku sehat bisa dipelajari dan disubsitusi dari perilaku yang tidak sehat seperti dari ciri ciri depresi berat. Sedangkan teknik dasar yang akan dipakai dalam terapi perilaku diantaranya adalah (Pardede, 2022):

- 1) Pengendalian diri
- 2) Role model
- 3) Kondisioning operan
- 4) Desentisasi sistematis
- 5) Terapi aversi atau releks kondisi.

Role model: Strategi mengubah perilaku dengan cara memberikan contoh perilaku adaptif agar bisa ditiru klien yang biasanya akan dikombinasikan dengan teknik kondisioning operan dan juga desensitiasi. Kondisioning operan: Terapis akan memberikan penghargaan pada

klien mengenai perilaku positif yang dilakukan klien. Desensitasi sistematis: Untuk mengatasi kecemasan pada sebuah stimulus atau kondisi secara bertahap memperkenalkan pada stimulus tersebut pada saat klien sedang dalam keadaan tenang. Seiring berjalannya waktu, maka klien akan bisa mengatasi ketakutan atau kecemasan pada stimulus tersebut. Pengendalian diri: Untuk mengatasi klien dengan perilaku maladaptive ringan cara berlatih mengubah kata negatif menjadi kata positif (Maulana et al., 2021).

h. Terapi Bermain

Terapi bermain akan diterapkan karena pendapat dasar jika anak-anak bisa berkomunikasi dengan baik lewat permainan dibandingkan dengan ekspresi verbal sebagai cara menghilangkan beban pikiran. Dengan terapi bermain ini, perawat bisa melihat perkembangan, status emosional, hipotesa diagnostik dan juga melakukan intervensi untuk mengatasi masalah klien (B. A. Keliat et al., 2015).

Prinsip terapi bermain adalah membina hubungan agar lebih hangat, merefleksikan perasaan anak lewat permainan, mempercayai jika anak bisa menyelesaikan masalah dan menginterpretasikan perilaku. Terapi bermain ini diindikasikan untuk seseorang yang mengalami depresi, mengalami ansietas atau korban dari penganiayaan baik untuk anak dan juga orang dewasa yang mengalami stress pasca trauma, gangguan identitas disosiatif dan klien yang mengalami penganiayaan (Emilyani, 2019).

Sampai sekarang tidak ada macam-macam terapi modalitas jiwa yang sanggup untuk digunakan dalam semua masalah gangguan jiwa pada klien. Kombinasi terapi modalitas sangat penting untuk dilakukan sehingga perawat juga memiliki peran penting agar bisa

mengkombinasikan beberapa terapi modalitas agar tujuan bisa didapat dengan optimal. Untuk mendapatkan tujuan tersebut, maka kemampuan perawat juga harus selalu ditingkatkan dalam melakukan berbagai strategi terapi modalitas tersebut dan belajar berkelanjutan menjadi hal yang harus dilakukan untuk setiap perawat jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Candra, I. W., Harini, I. G. A., & Sumirta, I. N. (2017). *Psikologi landasan keilmuan praktik keperawatan jiwa*. Penerbit Andi.
- Damanik, R. K., Pardede, J. A., & Manalu, L. W. (2020). Terapi Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksi Pasien Skizofrenia Dengan Isolasi Sosial. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 11(2), 226-235.
- Emilyani, D. (2019). Pengaruh terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemandirian Pasien Skizofrenia Yang Mengalami Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Jiwa Propinsi NTB. *Jurnal Analis Medika Biosains (JAMBS)*, 2(2), 171-180.
- Keliat, A. (2012). *Keperawatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course)*. EGC.
- Keliat, B. A., Helena, N., & Nurhaeni, H. (2015). *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas*.
- Maramis, W. F., & Maramis, A. A. (2019). *Catatan ilmu kedokteran jiwa edisi 2*. Airlangga University Press. Surabaya. Hal 78-81.
- Maulana, I., Hernawaty, T., & Shalahuddin, I. (2021). Terapi aktivitas kelompok menurunkan tingkat halusinasi pada pasien skizofrenia: literature review. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 9(1), 153-160.
- Nancye, P. M. (2015). Pengaruh Terapi Keluarga Terhadap Dukungan Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Masalah Perilaku Kekerasan Di Kota Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 4(1), 1-12.
- Pardede, J. A. (2022). *Koping Keluarga Tidak Efektif Dengan Pendekatan Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa*.

- Suerni, T., Keliat, B. A., & CD, N. H. (2013). Penerapan Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga pada Klien Harga Diri Rendah di Ruang Yudistira Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2013. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 1(2).
- Widhiastuti, R., Hidayat, F., Prastiani, D. B., & Muryani, S. (2021). Pelatihan Terapi Modalitas Orang Dengan Gangguan Jiwa (Odj) Bagi Perawat Di Dinas Kesehatan Banyumas. *JABI: Jurnal Abdimas Bhakti Indonesia*, 2(1), 22-28.
- Widodo, D., Juairiah, J., Sumantrie, P., Siringoringo, S. N., Pragholapati, A., Purnawinadi, I. G., Manurung, A., Kadang, Y., Anggraini, N., & Hardiyati, H. (2022). *Keperawatan Jiwa*. Yayasan Kita Menulis.
- Yosep, I. (2017). *Keperawatan jiwa*. PT. Refika Aditama. Bandung. Hal 156-159.

BIODATA PENULIS



Ns. Marta Suri, S.kep., M.Kep. lahir di Padang pada tanggal 24 Maret 1986 dari pasangan Army Marjunit dan Nurhayati, isteri dari Adi Hendra, ST.P. Sekolah Dasar Negeri No.11 batu Sangkar tamat 1998, SMP Negeri 1 Batu Sangkar tamat tahun 2001 dan SMU Negeri 2 Batu Sangkar tamat tahun 2004. Pendidikan keperawatan diawali dengan menempuh pendidikan DIII

Akademi Keperawatan Perintis Bukittinggi lulus tahun 2007. Menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi Ners Keperawatan Stikes Perintis Bukittinggi pada tahun 2011. Selanjutnya menyelesaikan Program Pascasarjana bidang Keperawatan Jiwa di Universitas Andalas Padang Tahun 2016. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap pada program studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners Stikes Baiturrahim Jambi. Serta aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi.

BAB

8

**Asuhan Keperawatan
Pada Klien Dengan
Masalah Gangguan Citra
Tubuh**

Ns. Nofrida Saswati, M.Kep

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan keadaan sehat secara mental, jasmani, spiritual dan sosial mampu beraktivitas secara produktif dan optimal. Kesehatan jiwa merupakan kondisi mental dalam keadaan sehat dan sejahtera yang mencapai kehidupan bahagia (Asykari, 2016).

Masalah kesehatan jiwa salah satunya adalah masalah psikososial. Masalah psikososial merupakan masalah yang bersifat psikologis dikarenakan suatu tekanan maupun ancaman terhadap perubahan dalam diri (Mursyidto, 2014). Penyebab terjadinya masalah psikososial diantaranya yaitu perubahan fisik yang tidak sesuai harapan. Tuhan menciptakan manusia dengan kekurangan dan kelebihan. Baik kelebihan atau kekurangan secara bio psiko, sosio dan spiritual.

B. Konsep Dasar Gangguan Citra Tubuh

1. Pengertian

Persepsi yang berubah tentang struktur, penampilan dan fungsi fisik seseorang (PPNI, 2016). Gangguan citra tubuh merupakan perasaan tidak puas terhadap tubunyang dikarenakan adanya perubahan ukuran, bentuk, struktur dan fungsinya (NANDA-1, 2018).

Pengertian gangguan citra tubuh dapat diartikan sebagai suatu perubahan fisik individu terkait ukuran bventuk struktur dan fungsi tubuh.

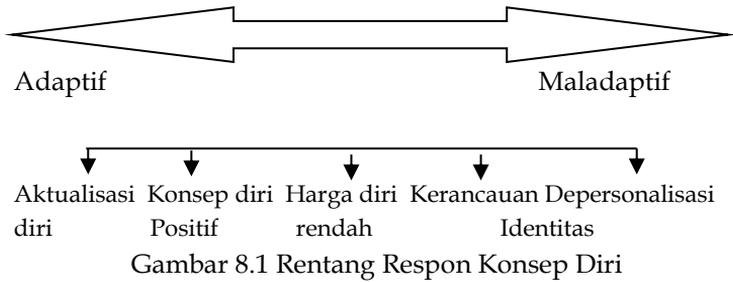
2. Penyebab

Menurut Keliat, dkk, 2019 dan PPNI, 2016, penyebab terjadinya gangguan citra tubuh dikarenaka sebagai berikut:

- a. Perubahan struktur tubuh (misalkan. amputasi, trauma, luka bakar, luka operasi, obesitas, jerawat)
- b. Perubahan bentuk tubuh akibat tinakan invasif seperti:
- c. pemasangan oksigen, chateter, IVFD, dll.
- d. Perubahan pandangan terhadap penampilan diri.
- e. Perubahan fungsi tubuh (misalkan, proses penyakit, kehamilan, kelumpuha).

- f. Perubahan fungsi kognitif
- g. Ketidak sesuaian budaya, keyakinan ayau sistem nilai
- h. Transisi perkembangan
- i. Gangguan psikososial
- j. Efek tindakan/pengobatan (Misalkan. pembehdahan, kemoterapi, terapi radiasi)

3. Rentang Respon



Gambar 8.1 Rentang Respon Konsep Diri

4. Gejala dan Tanda

a. Gejala dan tanda mayor

Subjektif: mengungkapkan kehilangan/kecacatan bagian tubuh

Objektif: Kehilangan bagian tubuh, kehilangan fungsi/struktur tubuh

b. Gejala dan tanda minor

Subjektif: Tidak mau mengungkapkan kehilangan / kecacatan bagian tubuh, mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh, mengungkapkan kekhawatiran reaksi orang lain terhadap penolakan, mengungkapkan perubahan gaya hidup.

Objektif: menyembunyikan bagian tubuh yang berubah, menghindari melihat bagian tubuh yang berubah, respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh, fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu, perubahan hubungan sosial.

5. Kondisi Klinik Terkait
 - a. Amputasi
 - b. mastektomi
 - c. Obesitas
 - d. Jerawat
 - e. Parut atau luka bakar
 - f. Hiperpigmentasi

6. Komponen Konsep Diri

Menurut Townsend MC, 2015, komponen konsep diri sebagai berikut:

- a. *Physical Self* atau *Body Image*

Citra tubuh adalah gambaran mental yang dimiliki seseorang tentang dirinya atau tubuhnya sendiri. Ini secara signifikan mempengaruhi cara seseorang berpikir dan merasakan tentang tubuhnya sebagai keseluruhan, tentang fungsi, dan tentang internal dan sensasi eksternal, termasuk persepsi tentang cara individu melihat tubuh seseorang dan merupakan pusat konsep diri dan harga diri.

- b. *Personal Identity*

Komponen *Personal Identity* dapat dilihat sebagai berikut:

- 1) *The moral-ethical self* adalah aspek identitas pribadi untuk mengevaluasi komponen diri pribadi seperti mengamati, membandingkan, menetapkan standar, dan membuat penilaian itu mempengaruhi penilaian diri seseorang.
- 2) *Konsistensi diri* adalah komponen dari identitas pribadi yang berusaha untuk mempertahankan citra diri yang stabil. Sekalipun citra diri negatif, karena kebutuhannya ini untuk stabilitas dan konsistensi diri, individu menolak melepaskan citra yang dimilikinya mencapai ukuran keteguhan.

3) *Self-ideal/self-expectancy* berhubungan dengan individu persepsi tentang apa yang diinginkan, untuk dilakukan, atau untuk menjadi seseorang. Konsep diri ideal muncul dari persepsi seseorang terhadap harapan diri. Gangguan pada konsep diri dapat terjadi pada saat individu tidak mampu mencapai cita-cita dan harapannya.

c. *Self-Esteem*

Harga diri sangat erat kaitannya dengan yang lain komponen konsep diri. Sama seperti dengan tubuh citra dan identitas pribadi, perkembangan harga diri sangat dipengaruhi oleh persepsi tentang bagaimana seseorang dilihat oleh orang lain yang signifikan yang berawal pada anak usia dini dan sepanjang masa hidup.

C. Konsep Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Yusuf AH dkk, 2015, pengkajian pada klien gangguan citra tubuh sebagai berikut:

a. Faktor Predisposisi

1) Citra Tubuh

- a) Kerusakan /kehilangan bagian tubuh baik fisik maupun fungsinya.
- b) Perubahan penampilan, bentuk, tubuh (akibat tumbuh kembang atau penyakit).
- c) Proses penyakit dan dampaknya terhadap fungsi dan struktur tubuh.
- d) Proses pengobatan, seperti kemoterapi dan radiasi.

2) Harga Diri

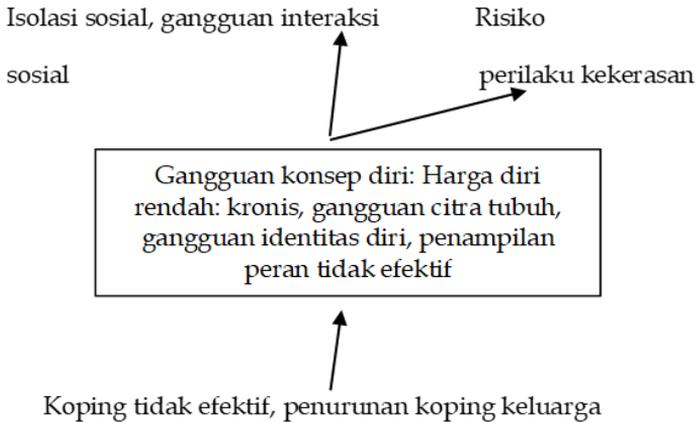
- a) Riwayat ditolak.
- b) Kurang mendapatkan penghargaan.
- c) Persaingan antara keluarga
- d) Mengalami kegagalan berulang.
- e) Tidak mampu mencapai standar.

- f) Pola asuh overprotektif, otoriter, orang tua banyak menuntut, terlalu menuruti kehendak anak.
 - 3) Ideal Diri
 - a) Harapan tidak sesuai realitas.
 - b) Memiliki Cita-cita yang terlalu tinggi.
 - c) Ideal diri samar atau tidak jelas.
 - 4) Peran
 - a) Tuntutan peran kerja.
 - b) Stereotipe peran seks.
 - c) Harapan peran kultural.
 - 5) Identitas Diri
 - a) Hilangnya kepercayaan dari orang tua atau orang lain.
 - b) Perubahan struktur sosial
 - c) Tekanan dari teman sebaya.
- b. Faktor Presipitasi
- 1) Perubahan bentuk/struktur tubuh
 - 2) Trauma.
 - 3) Perubahan fungsi tubuh
 - 4) Perubahan fungsi kognitif
 - 5) Ketegangan peran.
 - 6) Transisi peran perkembangan.
 - 7) Keyakinan, sistem nilai dan budaya yang tidak sesuai
 - 8) Transisi peran situasi.
 - 9) Gangguan psikososial
 - 10) Transisi peran sehat-sakit.
 - 11) Efek tindakan pengobatan
- c. Perilaku
- 1) Citra Tubuh
- a. Perilaku
- 1) Citra Tubuh
 - a) Menolak untuk melihat atau menyentuh bagian tubuh yang terganggu

- b) Tidak mau bercermin
 - c) Tidak mau menceritakan keterbatasan atau cacat tubuh
 - d) Menolak usaha rehabilitasi
 - e) Tidak tepatnya pengobatan mandiri
 - f) Mengingkari cacat tubuh
- 2) Harga Diri Rendah
- a) Mengkritik diri sendiri/orang lain.
 - b) Produktivitas menurun.
 - c) Gangguan bersosialisasi.
 - d) Merasa diri paling dibutuhkan.
 - e) Destruktif terhadap diri dan orang lain.
 - f) Merasa tidak mampu.
 - g) Merasa bersalah dan khawatir.
 - h) Mudah tersinggung/marah.
 - i) Perasaan negatif terhadap tubuh.
 - j) Ketegangan peran.
 - k) Pesimis menghadapi hidup.
 - l) Keluhan fisik.
 - m) Penolakan kemampuan diri.
 - n) Pandangan hidup bertentangan.
 - o) Menarik diri secara sosial.
 - p) Penyalahgunaan zat.
 - q) Menarik diri dari realitas.
- 3) Kerancuan Identitas
- a) Tidak ada kode moral.
 - b) Tidak mampu empati terhadap orang lain.
 - c) Kepribadian yang bertentangan.
 - d) Perasaan hampa.
 - e) Perasaan mengambang tentang diri.
 - f) Kerancuan gender.
 - g) Tingkat ansietas tinggi.
 - h) Masalah estimasi.
 - i) Hubungan interpersonal yang eksploitatif.

2. Diagnosis Keperawatan

Pohon Masalah



Daftar Dignosis Keperawatan:

- a. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur peran/bentuk tubuh.
- b. Harga diri rendah kronis berhubungan dengan ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan
- c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur peran/bentuk tubuh.
- d. Gangguan identitas diri berhubungan dengan gangguan peran sosial.
- e. Penampilan peran tidak efektif berhubungan dengan hambatan fisik
- f. Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan penampilan fisik.
- g. Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan hamatan perkembangan/maturasi
- h. Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan kerusakan kognitif.
- i. Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan strategi koping
- j. Penurunan koping keluarga berhubungan dengan perubahan peran keluarga

3. Nursing Care Planning

Tabel 8.1 Nursing Care Planning pada Klien dengan Masalah Gangguan Citra Tubuh

Diagnosis Keperawatan	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur peran/bentuk tubuh di tandai dengan: DS Mayor: mengatakan kecacatan/kehilangan bagian tubuhnya	Setelah dilakukan intervensi 7 x 24 jam diharapkan klien mampu: - Melihat bagian tubuh meningkat - Menyentuh bagian tubuh meningkat	Intervensi Utama: Promosi Citra Tubuh (I.09305) Observasi - Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan - Identifikasi budaya, agama, jenis	- Mengetahui fungsi tubuh yang masih dimiliki - Mengetahui budaya terkait citra tubuh yang dialami - Mengetahui penyebab isolasi sosial - Mengetahui kritik negatif yang dialami klien	Observasi - Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan - Mengidentifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh - Mengidentifikasi perubahan	S: Klien mengatakan tidak khawatir lagi dengan penolakan orang lain, klien mengatakan bisa menerima perubahan tubuhnya saat ini O: klien tampak

<p>DO Mayor: Kehilangan bagian tubuh, berubahnya fungsi/struktur tubuh</p> <p>DS Minor: tidak mau mengungkapkan kehilangan/kecacatan bagian tubuh, mengatakan perasaan negatif terkait perubahan tubuh, mengatakan khawatir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi kecacatan tubuh menurun - Verbalisasi kehilangan bagian tubuh menurun - Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun - Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan 	<p>kelamin, dan umur terkait citra tubuh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial - Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri - Monitor apakah klien bisa melihat bagian tubuh yang berubah 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui perubahan bagian tubuh yang dialami klien - Mengetahui fungsi tubuh yang masih dimiliki klien - Untuk meningkatkan harga diri klien terkait penampilan fisik yang masih ada - Mengetahui penyebab kehilangan fungsi tubuh 	<p>citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri - Memonitor apakah klien bisa melihat bagian tubuh yang berubah <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendiskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 	<p>tenang, klien sudah mau melihat bagian tubuh yang berubah, fungsi tubuh berangsur baik</p> <p>A: Melihat bagian tubuh meningkat, perasaan negatif menurun, hubungan sosial meningkat</p> <p>P: Planning Klien: Mengulang</p>
---	---	---	---	---	---

terhadap penolakan dari orang lain, mengatakan perubahan gaya hidup. DO Minor: menunjukkan /menyembun yikan bagian tubuh secara berlebihan, hubungan sosial berubah, menghindari melihat/meny entuh pada perubahan tubuh	/reaksi orang lain menurun - Verbalisasi perubahan gaya hidup menurun - Menyembu nyikan bagian tubuh berlebihan menurun - Menunjuk kan bagian tubuh berlebihan menurun - Fokus pada	Terapeutik - Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya - Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri - Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan - Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi	- Untuk menurunkan stres pada klien akibat luka, penyakit atau pembedahan - Agar klien memiliki harapan masa depan terkait citra tubuh yang realitas - Klien mungkin tidak melihat aspek positif diri yang orang lain lihat, dan bawa untuk kesadaran dapat	- Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri - Mendiskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan - Mendiskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis, luka, penyakit, pembedahan) - Mendiskusikan cara	kembali latihan yang sudah diajarkan. Planning Ners: Intervensi Utama : - Promosi Koping Intervensi Pendukung: - Dukungan penampilan - peran - Edukasi teknik adaptasi - Manajemen stres
--	---	--	---	---	--

	<p>bagian tubuh menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fokus pada penampilan masa lalu menurun - Fokus pada kekuatan masa lalu meningkat - Respon nonverbal pada perubahan tubuh menurun 	<p>i citra tubuh (mis, luka, penyakit, pembedahan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis - Diskusikan persepsi klien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan kepada 	<p>membantu perubahan persepsi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar klien memahami perawatan pada klien terkait perubahan citra tubuh - Verbalisasi perasaan di lingkungan yang tidak mengancam dapat membantu klien menerima masalah yang belum terselesaikan 	<p>mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendiskusikan persepsi klien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 	<ul style="list-style-type: none"> - Promosi kepercayaan diri - Promosi harapan - Terapi kognitif perilaku - Modifikasi perilaku keterampilan sosial
--	---	--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Hubungan sosial meningkat 	<p>keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh - Anjurkan menggunakan alat bantu (mis, pakaian, wig, kosmetik) - Anjurkan mengikuti kelompok pendukung 	<p>terkait dengan kerugian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar klien mampu melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan dirinya - Meningkatkan kepercayaan diri klien - Agar klien mampu melakukan aktivitas dengan bagian tubuh yang berubah 	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh - Menganjurkan menggunakan alat bantu (mis, pakaian, wig, kosmetik) - Menganjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis, kelompok sebaya) - Melatih fungsi tubuh yang dimiliki 	
--	---	---	--	--	--

		<p>(mis, kelompok sebaya)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih fungsi tubuh yang dimiliki - Latih peningkatan penampilan diri (mis, berdandan) - Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok 	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan kepercayaan diri klien terkait kelebihan dan kekurangannya - Meningkatkan kepercayaan diri klien terkait kelebihan dan kekurangannya 	<ul style="list-style-type: none"> - Melatih peningkatan penampilan diri (mis, berdandan) - Melatih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok 	
--	--	---	--	---	--

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrahmat Fathoni. (2006). *Metodologi Penelitian dan Teknik Penyusunan Skripsi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Adlina, A. (2020). Tanda-tanda Terjadinya Gangguan Citra Tubuh Pada Remaja. Retrieved from <https://helohehat.com/parenting/remaja/gejala-penyimpangan-citra-tubuh/>.
- Ah. Yusuf, Rizky Fitriyasari PK, Hanik Endang Nihayati. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*: Penerbit Salemba Medika.
- C., A. N., & A., A. S. (2014). Relationship between Body Image and Self-Esteem among Female Undergraduate Students of Behavioural Sciences. *Journal of Humanities And Social Science*, 19(1), 1-5. Retrieved from <http://iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol19issue1/Version12/A0191120105.pdf>.
- Gail Williams, Mark Soucy. (2013). *Course Overview - Role of the Advanced Practice Nurse & Primary Care Issues of Mental Health/Therapeutic Use of Self* . School of Nursing, The University of Texas Health Science Center at San Antonio.
- Hasmalawati, N. (2017). Pengaruh Citra Tubuh dan Perilaku Makan terhadap Penerimaan Diri pada Wanita. *Jurnal Psikoislamedia*, 2, 107-115. Retrieved from <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjarvTBk7fpAhW273MBHZPXCZ4QFjAHegQICRAB&url=http%3A%2F%2Fjurnal.arraniry.ac.id%2Findex.php%2FPsikoislam%2Farticle%2Fdownload%2F1892.%2F1763&usg=AOvVaw0f4UFIOcnxIYnY7ls9EGmK>.

- Herdman, T., H (ed.) 2018. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*: Oxford: Wiley-Blackwell.
- Huitt, W. (2011). Self and self-views. Educational Psychology Interactive. Valdosta, GA: Valdosta State University. Retrieved from <http://www.edpsycinteractive.org/topics/self/self.html>.
- Keliat BA, Hamid AYS, Daulima NHC, dkk (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Mary C. Townsend. (2014). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. — 6th ed. p. ; cm. F. A. Davis Company.
- Mary C. Townsend. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice. Eighth Edition*. F. A. Davis Company.
- PPNI. (2018). *Standar Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Saswati N, Harkomah I. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Komunitas*. Deepublish.

BIODATA PENULIS



Ns. Nofrida Saswati, M.Kep lahir di Rimbo Bujang, pada 1 November 1981. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Andalas peminatan keperawatan jiwa pada tahun 2016. Wanita yang kerap disapa Nofi ini adalah anak dari pasangan Sadip (ayah) dan Hartawati (ibu). **Nofrida Saswati** dalam mewujudkan tridharma perguruan tinggi sebagai dosen profesional aktif sebagai peneliti dibidang Keperawatan Jiwa. Penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi, Kemenristek DIKTI pada tahun 2020 dan Asosiasi Institut Perawat Nasional Indonesia pada tahun 2016 dan tahun 2021. Selain meneliti, **Nofrida Saswati** juga aktif dalam melakukan pengabdian masyarakat dan menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara Indonesia. Selanjutnya pada tahun 2021 Penulis menjadi Dosen Pembimbing Lapangan Angkatan I Program MBKM, dan menjadi peserta Magang Dosen Industri. Selain itu Nofrida Saswati telah menulis beberapa buku diantaranya buku yang berjudul Asuhan Keperawatan Jiwa Komunitas., Sukses Ukom Perawat., Etika Profesi Dalam Praktik Keperawatan., dan buku Terapi Keperawatan Paliatif Supportif.

BAB 9

Asuhan Keperawatan Kega- watdaruratan Psikiatri

Tinneke A Tololiu,S.Kep,Ns,M.Kep

A. Pendahuluan

Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pelayanan Gawat Darurat adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh Korban/Pasien Gawat Darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan (PMK No.19/2016).

Pelayanan gawat daruratpun merupakan bagian dari tindakan keperawatan yang penerapannya dilakukan menggunakan proses perawatan dalam bentuk asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan Kegawatdaruratan psikiatri adalah tindakan perawat untuk menolong klien yang mengalami gangguan pikiran, perasaan atau tingkah laku dan memerlukan intervensi perawatan segera dan pengobatan secepatnya karena mengancam integritas fisik dan psikologis juga keselamatan nyawa.

Tindakan segera untuk menyelamatkan nyawa karena adanya gangguan pikiran, perasaan dan tingkah laku ditemukan pada beberapa kasus gangguan jiwa dengan beberapa masalah keperawatan antara lain risiko bunuh diri . Pada bab ini, akan diuraikan tentang asuhan keperawatan kegawatdaruratan khususnya untuk masalah risiko bunuh diri.

Tujuan asuhan keperawatan pada klien dengan risiko bunuh diri berorientasi pada kemampuan klien secara kognitif, psikomotor dan afektif (Keliat dkk, 2020).

1. Secara Kognitif diharapkan klien mampu :
 - a. Menyebutkan penyebab risiko bunuh diri
 - b. Menyebut tanda dan gejala risiko bunuh diri
 - c. Menyebut akibat yang ditimbulkan bunuh diri
 - d. Menetapkan harapan dan masa depan
 - e. Menyebut aspek positif yang dimiliki diri sendiri, keluarga dan kelompok
2. Secara psikomotor diharapkan klien mampu :
 - a. Mengendalikan lingkungan yang aman
 - b. melatih diri berpikir positif dan afirmasi positif

- c. Menggunakan kelompok untuk bercakap-cakap dalam menyelesaikan masalah
 - d. Melakukan aspek positif dalam mencapai harapan dan masa depan
3. Secara Afektif diharapkan klien mampu :
- a. Merasakan manfaat diri sendiri
 - b. Merasakan perbedaan sebelum dan sesudah latihan
 - c. Merasa Hidup lebih optimis

Dengan penanganan yang cepat dan tepat melalui asuhan keperawatan, diharapkan dapat menyelamatkan klien dari terancamnya integritas fisik, psikologis dan lingkungan bahkan dapat mempertahankan keselamatan nyawa.

B. Pengertian

Risiko bunuh diri didefinisikan sebagai berisiko melakukan upaya menyakiti diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan (SDKI, 2017). Risiko bunuh diri adalah rentan terhadap menyakiti diri sendiri dan cedera yang mengancam jiwa (NANDA I, 2018). Tindakan yang mengakhiri hidupnya berupa isyarat, ancaman dan percobaan bunuh diri (Keliat 2016)

C. Penyebab

Menurut Keliat dkk (2020), beberapa keadaan yang dapat menjadi penyebab risiko bunuh diri adalah : Stress yang berlebihan, gangguan konsep diri, kehilangan dukungan social, kejadian negative dalam hidup, penyakit kritis, perpisahan dan atau perceraian, kesulitan ekonomi, korban kekerasan, ada riwayat bunuh diri individu dan atau keluarga.

D. Faktor Risiko

Beberapa kondisi yang menjadi factor risiko antara lain (SDKI, 2018):

1. Gangguan perilaku (mis. euforia mendadak setelah depresi, perilaku mencari senjata berbahaya, membeli obat dalam jumlah banyak, membuat surat warisan)

2. 2, Demografi (mis. lansia, status perceraian, janda/duda, ekonomi rendah, pengangguran)
3. Gangguan fisik (mis. nyeri kronis, penyakit terminal)
4. Masalah sosial (mis. berduka, tidak berdaya, putus asa, kesepian, kehilangan hubungan yang penting, isolasi sosial)
5. Gangguan psikologis (mis. penganiayaan masa kanak-kanak, riwayat bunuh diri sebelumnya, remaja homoseksual, gangguan psikiatrik, penyakit psikiatrik, penyalahgunaan zat).

E. Kondisi Klinis Terkait

Sindrom otak akut/kronis, Ketidakseimbangan hormone (mis. *premenstrual syndrome*, *postpartum psychosis*, penyalahgunaan zat, *post traumatic stress disorder* (PTSD), penyakit kronis atau terminal (mis. kanker).

F. Tanda Dan Gejala

Menurut Keliat dkk (2020), tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada klien dengan risiko bunuh diri ada mayor dan minor. Tanda dan Gejala Mayor antara lain :

1. Subjektif :
 - a. Mengungkapkan kata seperti “Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh” atau segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya “
 - b. Mengungkapkan kata-kata : “saya mau mati”, “jangan tolong saya”, “Biarkan saya”
 - c. Memberikan ancaman akan melakukan bunuh diri
 - d. Mengungkapkan ingin mati
 - e. Mengungkapkan rencana ingin mengakhiri hidup
2. Objektif :
 - a. Murung tak bergairah
 - b. Banyak diam
 - c. Menyiapkan alat untuk rencana bunuh diri
 - d. Membenturkan kepala
 - e. Melakukan percobaan bunuh diri dengan menggantung, minum racun atau memotong nadi

Tanda dan Gejala Minor antara lain

1. Subjektif :
 - a. Mengungkapkan isyarat untuk bunuh diri tapi tidak disertai dengan ancaman melakukan bunuh diri atau percobaan bunuh diri
 - b. Mengungkapkan perasaan marah, sedih, putus asa, bersalah atau tidak berdaya
 - c. Mengungkapkan hal-hal negative tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah
2. Objektif :

Kontak mata kurang, kurang tidur, mondar-mandir, banyak melamun, terlihat sedih, menangis terus menerus.

G. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Stuart dan Sundeen 1987 dalam Keliat, 1991, Pengkajian pada klien menggunakan *Suicidal Intervention Rating Scale* (SIRS) dengan penghitungan score :

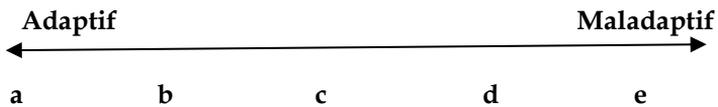
- Skor 0 : Tidak ada ide bunuh diri yang lalu dan sekarang
- Skor 1 : Tidak ada ide, ancaman dan percobaan bunuh diri
- Skor 2 : Ada ide dan pikiran bunuh diri tapi tidak ada ancaman dan percobaan bunuh diri
- Skor 3 : Ada ancaman bunuh diri
- Skor 4 : Ada percobaan bunuh diri

Menurut APA (*American Psychological Association*) bahwa pengkajian pada klien dengan risiko bunuh diri mencakup hal-hal berikut :

- a. Pemeriksaan tentang niat, ide dan rencana bunuh diri
- b. Riwayat ide atau rencana atau upaya bunuh diri pada masa lalu
- c. Riwayat mencederai diri nonsuicidal
- d. Riwayat rawat inap psikiatri dan kunjungan gawat darurat untuk kasus kejiwaan
- e. Riwayat penggunaan zat atau perubahan penggunaan zat
- f. Skrining stressor

2. Diagnosis

Diagnosa keperawatan dalam standard diagnosis keperawatan Indonesia yang dimasukkan dalam kategori lingkungan dan subkategorinya keamanan dan proteksi adalah risiko bunuh diri dengan kode D.0135. Rentang respon protektif diri dapat dilihat sebagai berikut :



- a. Peningkatan diri yaitu seorang individu yang mempunyai pengharapan, yakin, dan kesadaran diri meningkat.
- b. Pertumbuhan-peningkatan beresiko, yaitu merupakan posisi pada rentang yang masih normal dialami individu yang mengalami perkembangan perilaku.
- c. Perilaku destruktif tak langsung, yaitu setiap aktivitas yang merusak kesejahteraan fisik individu dan dapat mengarah kepada kematian, seperti perilaku merusak, merebut, berjudi, tindakan kriminal, penyalahgunaan zat, perilaku yang menyimpang secara sosial, dan perilaku yang menimbulkan stress.
- d. Pencederaan diri, yaitu suatu tindakan yang membahayakan diri sendiri yang dilakukan dengan sengaja.
- e. Bunuh diri, yaitu tindakan angresif yang langsung terhadap diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan.

3. Intervensi

Dalam standard intervensi keperawatan Indonesia (2018), untuk kondisi klien dengan risiko bunuh diri:

- a. Pencegahan bunuh diri (I.14538)
 - 1) Observasi :
Identifikasi gejala risiko bunuh diri, identifikasi keinginan dan pikiran risiko bunuh diri, monitor

lingkungan bebas bahaya secara rutin, monitor adanya perubahan mood atau perilaku.

2) Terapeutik:

Libatkan dalam perencanaan perawatan mandiri, libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan, Berikan lingkungan dengan pengamanan ketat dan mudah dipantau, diskusikan rencana menghadapi ide bunuh diri di masa depan.

3) Edukasi :

Anjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami pada orang lain. Anjurkan menggunakan sumber pendukung. Informasikan sumber daya di masyarakat dan program yang tersedia. Latih pencegahan risiko bunuh diri dengan latihan asertif dan latihan otot progresif.

4) Kolaborasi

Pemberian anti ansietas atau antipsikotik sesuai kolaborasi

4. Implementasi

Implementasi adalah tindakan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan. Implementasi tindakan disesuaikan dengan keadaan, kondisi dan kebutuhan pasien, agar tujuan pemberian asuhan keperawatan dapat tercapai. Perlu diingat bahwa implementasi pun memerlukan dukungan keluarga dan semua support system yang dapat menunjang keberhasilan pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan risiko bunuh diri

5. Evaluasi (kriteria hasil tindakan)

Berdasarkan Standar Luaran yang menjadi pedoman untuk mengevaluasi hasil intervensi :

a. Kontrol diri (L.09076)

- 1) Perilaku melukai diri sendiri dan orang lain menurun
- 2) Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun

- 3) Perilaku agresif atau amuk menurun
 - 4) Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun
 - 5) Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun
 - 6) Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun
 - 7) Alam perasaan depresi menurun
- b. Tingkat Depresi (L.09097)
- 1) Sedih menurun
 - 2) Putus asa menurun
 - 3) Pikiran mencederai diri menurun
 - 4) Pikiran bunuh diri menurun
 - 5) Menangis menurun

DAFTAR PUSTAKA

- Keliat, B.A.,dkk (2020) Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC
- PPNI (2021). Penanganan kegawatdaruratan Psikiatri di masa covid-19. Materi zoominat 106
- Peraturan Menteri Kesehatan No.19/2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat darurat Terpadu
- NANDA Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020.. EGC. Jakarta
- Stuart, G.W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing 8th edition. Missouri: Mosby
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan pengurus PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (2st ed.) Jakarta: DPP PPNI. Yogyakarta: Nuha Medika
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan Cetakan II. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.

BIODATA PENULIS



Tinneke A Tololiu, S.Kep,Ns., M.Kep. Lahir di Tomohon, Sulawesi Utara pada tanggal 11 Agustus 1973. Menyelesaikan program profesi Ners (S1) tahun 2003 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar. Tahun 2010 menyelesaikan pendidikan program S2 peminatan Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Bekerja sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Manado dan mengampuh mata kuliah keperawatan jiwa sejak tahun 2000. Melaksanakan penelitian berfokus pada berbagai masalah kesehatan jiwa pada remaja. Sebagai anggota dalam menulis buku tentang Panduan Keselamatan Komunitas pada anak dan remaja (EGC, 2015)

BAB

10

Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Harga Diri Rendah

Suhardono, S.Kp., Ners, M.Kes

A. Pendahuluan

Kesehatan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara-negara maju (Hawari, 2009). Seseorang dengan gangguan kejiwaan apapun harus segera mendapatkan pengobatan. Keterlambatan pengobatan akan mengganggu penderita, keluarga dan masyarakat. Gangguan kejiwaan dapat mempengaruhi fungsi kehidupan seseorang atau individu. Kegiatan sehari-hari penderita, kehidupan sosial, rutinitas pekerjaan, hubungan dengan keluarga jadi terganggu karena gejala kecemasan, depresi dan psikosis termasuk harga diri (Townsend *et al.*, 2009).

Harga diri berhubungan erat dengan kemampuan seseorang untuk memiliki sikap atau perilaku yang menguntungkan terhadap dirinya sendiri dan untuk mempertahankan keyakinan positif tersebut dalam situasi yang penuh tantangan, terutama situasi ketika dievaluasi oleh orang lain (Henriksen *et al.*, 2017). Harga diri yang rendah secara konsisten ditemukan terjadi pada beberapa gangguan kejiwaan. Termasuk gangguan depresi mayor, gangguan makan, gangguan kecemasan dan penyalahgunaan alcohol dan obat-obatan (Wijayati *et al.*, 2020).

Harga diri rendah merupakan suasana hati sedih atau rasa duka berkepanjangan. Harga diri rendah adalah perasaan intens yang ditujukan kepada seseorang atau sesuatu yang terjadi secara normal pada manusia, tapi secara klinis dapat bermakna ketidaknormalan apabila mengganggu perilaku hidup sehari – hari, yang dapat menjalar dan muncul bersama penyakit lain (Deans and Meocevic, 2006).

Asuhan keperawatan didasarkan pada satu konsep tindakan keperawatan yang meliputi aspek fisik, psikologis, sosiokultural dan spiritual disebut sebagai asuhan keperawatan yang holistic (Stuart, 2014). Asuhan keperawatan pada klien harga diri rendah merupakan salah satu bagian dari asuhan keperawatan pada aspek psikologis. Asuhan keperawatan klien harga diri diberikan agar klien dapat meningkatkan harga dirinya melalui pemberian intervensi keperawatan, dan keluarga juga memiliki

kemampuan dalam merawat klien harga diri rendah baik itu di rumah maupun di lingkungan sekitarnya (Supinganto *et al.*, 2021).

B. Konsep Diri

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui oleh individu tentang dirinya dan memengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart and Sudden, 1991). Konsep diri termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek, tujuan dan keinginannya.

Menurut Beck, Willian dan Rawlin yang dikutip oleh Kelliat, 1992; 2 bahwa konsep diri adalah cara individu memandang dirinya secara utuh; fisik, emosi, intelektual, social dan spiritual.

1. Perkembangan Konsep Diri

- a. Konsep diri belum ada saat lahir.
- b. Konsep diri berkembang secara bertahap sejak bayi mengenal dan membedakan dirinya dengan oranglain.
- c. Konsep diri dipelajari dari kontak social dan pengalaman berhubungan dengan orang lain.
- d. Keluarga mempunyai peran yang sangat penting dalam membantu perkembangan konsep diri dan dasar pembentukan konsep diri.
- e. Keluarga memberikan perasaan mampu atau tidak mampu, perasaan diterima atau ditolak, kesempatan untuk identifikasi dan penghargaan yang pantas tentang tujuan, perilaku dan nilai. Suasana keluarga yang saling menghargai, penerimaan akan kemampuan anak dan pandangan yang positif akan mendorong kreatifitas, aktualisasi dan kesadaran akan potensi diri (Azizah *et al.*, 2016,120).

2. Komponen Konsep Diri

- a. Gambaran Diri (*Body image*)

Gambaran diri adalah sikap, persepsi, keyakinan pengetahuan individu secara sadar maupun tidak sadar terhadap tubuhnya, terdiri dari ukuran dan bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna, obyek, yang kontak secara terus menerus (anting, make up, lensa kontak, pakaian, kursi roda) baik masa lalu atau masa sekarang. Gambaran diri adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar maupun tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu (Darmawan and Rusdi, 2013).

b. Ideal Diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku sesuai dengan standar pribadi. Standar berhubungan dengan tipe orang yang diinginkan, aspirasi, cita-cita dan nilai yang ingin dicapai. Ideal diri akan mewujudkan cita-cita dan harapan pribadi berdasarkan norma sosial dan kepada siapa ia ingin lakukan. Perkembangan ideal diri dapat dipengaruhi oleh orang yang penting bagi dirinya yang memberikan tuntutan dan harapan. Pada usia remaja, ideal diri dibentuk melalui proses identifikasi pada orangtua, guru, teman atau yang lain (Azizah *et al.*, 2016).

c. Harga Diri

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Aspek utama adalah dicintai dan menerima penghargaan dari oranglain. Harga diri akan rendah jika kehilangan kasih sayang dan penghargaan orang lain (Azizah *et al.*, 2016).

d. Peran

Peran adalah pola sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya dimasyarakat. Setiap orang disibukkan oleh beberapa peran yang berhubungan dengan posisinya dimasyarakat

pada setiap waktu sepanjang daur hidupnya (Azizah *et al.*, 2016).

e. Identitas Diri

Identitas adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian, yang merupakan sintesa dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh. Seseorang yang mempunyai identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berbeda dengan orang lain, unik dan tiada duanya. Perkembangan identitas diri sejak kanak-kanak bersamaan dengan perkembangan konsep diri (Azizah *et al.*, 2016).

C. Harga Diri Rendah

1. Harga Diri (Self-esteem)

Self-esteem adalah semua ide, pikiran, kepercayaan, dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart and Sudden, 1998). Termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuan, interaksi dengan orang lain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan obyek, tujuan serta keinginan (Tarwoto and Wartona, 2003). Self-esteem dipelajari melalui kontak sosial dan pengalaman berhubungan dengan orang lain. Pandangan individu tentang dirinya dipengaruhi oleh bagaimana individu mengartikan pandangan orang lain tentang dirinya (Stuart and Sudden, 1991); (Keliat, 1994).

Self-esteem sebagai cara pandang individu terhadap dirinya, bagaimana seseorang menerima dirinya dan menghargainya sebagai individu yang utuh. Nilai yang kita taruh atas diri kita sendiri berdasar penilaian kita sejauhmana memenuhi harapan diri (Brandren, 2001). Harga diri yang tinggi merupakan nilai positif yang kita lekatkan pada diri yang berakar dari penerimaan diri sendiri tanpa syarat, walaupun melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan,

tetapi tetap merasa sebagai seorang yang penting dan berharga (Dariuszky Goran, 2004)

2. Harga Diri Rendah

Harga diri rendah merupakan perasaan negatif terhadap diri sendiri termasuk kehilangan rasa percaya diri, tidak berharga, tidak berguna, tidak berdaya, pesimis, tidak ada harapan dan putus asa (Depkes RI, 2000). Gangguan harga diri adalah evaluasi diri dan perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif yang dapat diekspresikan secara langsung maupun tidak langsung (Keliat, 2001) Harga diri rendah adalah evaluasi diri/perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negative dan dipertahankan dalam waktu yang lama.

3. Proses Terjadinya Harga Diri Rendah

Gangguan harga diri dapat terjadi secara:

a. Situasional

Yaitu terjadi trauma yang tiba-tiba, missal harus dioperasi, kecelakaan, dicerai suami, putus sekolah, putus hubungan kerja. Pada pasien yang dirawat dapat terjadi harga diri rendah karena privasi yang kurang diperhatikan seperti pemeriksaan fisik yang sembarangan, pemasangan alat yang tidak sopan, harapan akan struktur, bentuk dan fungsi tubuh yang tidak tercapai karena dirawat/sakit/penyakit, perlakuan petugas yang tidak menghargai.

b. Maturasional

Ada beberapa factor yang berhubungan dengan maturasi adalah: (1) bayi/usia bermain/pra sekolah, berhubungan dengan kurang stimulasi atau kedekatan, perpisahan dengan orang tua, evaluasi negative dari orang tua, tidak adekuat dukungan orang tua, ketidak mampuan mempercayai orang terdekat. (2) Usia sekolah; berhubungan dengan kegagalan mencapai tingkat atau peringkat objektif, kehilangan kelompok sebaya, umpun

balik negative berulang. (3) Remaja, pada usia remaja penyebab harga diri rendah, jenis kelamin, gangguan hubungan teman sebagai perubahan dalam penampilan, masalah-masalah pelajaran kehilangan orang terdekat. (4) Usia sebaya; berhubungan dengan perubahan yang berkaitan dengan penuaan. (5) Lansia; berhubungan dengan kehilangan (orang, financial, pensiun)

c. Kronik

Yaitu perasaan negative terhadap diri telah berlangsung lama, yaitu sebelum sakit/ dirawat. Pasien mempunyai cara berpikir yang negative.

d. Rentang Respon Konsep Diri

Individu dengan kepribadian sehat akan terdapat citra tubuh yang positif/sesuai, ideal diri yang realistik, konsep diri positif, harga diri tinggi, penampilan peran yang memuaskan dan identitas yang jelas.

4. Etiologi

Harga diri rendah sering disebabkan karena adanya koping individu yang tidak efektif akibat adanya kurang umpan balik positif, kurangnya system pendukung kemunduran perkembangan ego, pengulangan umpan balik yang negatif, difungsi system keluarga serta terfiksasi pada tahap perkembangan awal (Townsend, Wilton and Jacques, 1998). Menurut Carpenito, koping individu tidak efektif adalah keadaan dimana seorang individu mengalami atau beresiko mengalami suatu ketidakmampuan dalam mengalami stessor internal atau lingkungan dengan adekuat karena ketidakkuatan sumber-sumber (fisik, psikologi, perilaku atau kognitif).

Harga diri rendah diakibatkan oleh rendahnya cita-cita seseorang. Hal ini mengakibatkan berkurangnya tantangan dalam mencapai tujuan. Tantangan yang rendah menyebabkan upaya yang rendah. Selanjutnya hal ini menyebabkan penampilan seseorang yang tidak optimal.

Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya.

a. Faktor Predisposisi

- 1) Faktor biologis
 - a) Kerusakan lobus frontal
 - b) Kerusakan hipotalamus
 - c) Kerusakan system limbic
 - d) Kerusakan neurotransmitter
- 2) Faktor psikologis
 - a) penolakan orang tua
 - b) harapan orang tua tidak realistis
 - c) orang tua yang tidak percaya pada anak
 - d) tekanan teman sebaya
 - e) kurang reward system
 - f) dampak penyakit kronis
- 3) Faktor sosial
 - a) Kemiskinan
 - b) Terisolasi dari lingkungan
 - c) Interaksi kurang baik dalam keluarga
- 4) Faktor cultural
 - a) Tuntutan peran
 - b) Perubahan kultur

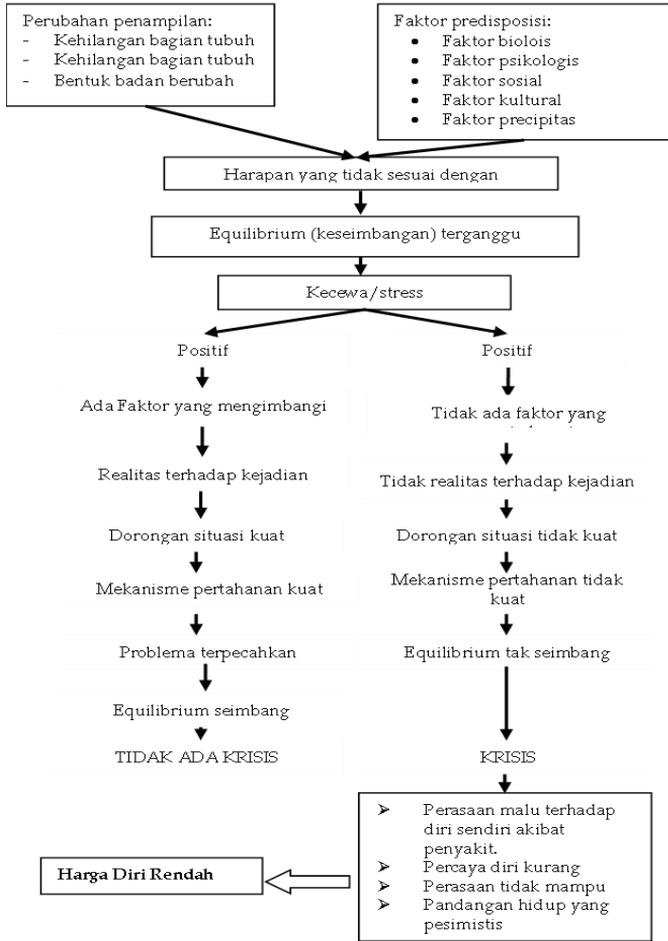
Faktor Predisposisi terjadinya harga diri rendah adalah penolakan orangtua yang tidak realistis, kegagalan berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, ideal diri yang tidak realistis.

b. Faktor Presipitasi

Adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun. Penyebab lainnya adalah harapan fungsi tubuh yang tidak tercapai serta perlakuan petugas kesehatan yang kurang menghargai klien dan keluarga. Harga diri rendah kronik biasanya dirasakan klien

sebelum sakit atau sebelum dirawat klien sudah memiliki pikiran negatif dan meningkat saat dirawat. Dipengaruhi oleh factor internal dan eksternal

c. Rentang Respon Pathway



5. Tanda dan Gejala

Tanda yang menunjukkan harga diri rendah menurut Carpenito,L.J, (2003):

Data subjektif:

- a. Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan akibat tindakan terhadap penyakit. Misalnya: malu dan sedih karena rambut menjadi botak setelah mendapat terapi sinar pada kanker.
- b. Rasa bersalah terhadap diri sendiri. Misalnya: ini tidak akan terjadi jika saya segera ke rumah sakit, menyalahkan/mengejek dan mengkritik diri sendiri.
- c. Merendahkan martabat. Misalnya: saya tidak bisa,saya tidak mampu, saya orang bodoh dan tidak tau apa-apa.
- d. Percaya diri kurang. Misalnya: klien sukar mengambil keputusan, misalnya tentang memilih alternatif tindakan.
- e. Ekspresi malu atau merasa bersalah dan khawatir, menolak diri sendiri.
- f. Perasaan tidak mampu.
- g. Pandangan hidup yang pesimistis.
- h. Tidak berani menatap lawan bicara.
- i. Lebih banyak menunduk.
- j. Penolakan terhadap kemampuan diri.
- k. Kurang memperhatikan perawatan diri (Kuku panjang dan kotor, rambut panjang dan lusuh, gigi kuning, kulit kotor).

Data Obyektif:

- a. Produktivitas menurun.
- b. Perilaku destruktif pada diri sendiri.
- c. Perilaku destruktif pada orang lain.
- d. Penyalahgunaan zat
- e. Menarik diri dari hubungan social
- f. Ekspresi wajah malu dan merasa bersalah.
- g. Menunjukkan tanda depresi (sukar tidur dan sukar makan.
- h. Tampak mudah tersinggung/mudah m

6. Proses Keperawatan Klien Harga Diri Rendah

a. Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, social dan spiritual.

Adapun isi dari pengkajian tersebut adalah:

1) Identitas klien

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

2) Alasan masuk

Apa yang menyebabkan klien atau keluarga datang, atau dirawat di rumah sakit, apakah sudah tahu penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini. Pada klien dengan harga diri rendah klien menyendiri, tidak mampu menatap la wan bicara, merasa tidak mampu.

3) Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada klien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan.

4) Faktor Predisposisi terjadinya harga diri rendah adalah penolakan orangtua yang tidak realistis, kegagalan berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, ideal diri yang tidak realistis

5) Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien. Memeriksa apakah ada kekurangan pada kondisi fisiknya. Pada klien harga diri rendah terjadi peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi

6) Psikososial

a) Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Penelusuran genetik yang menyebabkan/menurunkan gangguan jiwa merupakan hal yang sulit dilakukan hingga saat ini.

b) Konsep diri

(1) Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai. Pada klien harga diri rendah klien cenderung merendahkan dirinya sendiri, perasaan tidak mampu dan rasa bersalah terhadap diri sendiri..

(2) Identitas diri

Status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai

dengan jenis kelaminnya dan posisinya. Klien dengan harga diri rendah klien lebih banyak menunduk, kurang percaya diri, dan tidak berani menatap lawan bicara

(3) Fungsi peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/ kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Pada klien HDR tidak mampu melakukan perannya secara maksimal hal ini ditandai dengan kurang percaya diri dan motivasi yang kurang dari individu tersebut.

(4) Ideal diri

Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien dengan harga diri rendah klien cenderung percaya diri kurang, selalu merendahkan martabat, dan penolakan terhadap kemampuan dirinya.

(5) Harga diri

Yaitu penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Pada klien dengan harga diri rendah merasa malu terhadap dirinya sendiri, rasa bersalah terhadap dirinya sendiri, merendahkan martabat, pandangan hidup yang pesimis, penolakan terhadap kemampuan diri, dan percaya diri kurang.

c) Hubungan sosial

Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup klien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

d) Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Pada klien harga diri rendah cenderung berdiam diri dan tidak melaksanakan fungsi spiritualnya

(1) Status mental

(a) Penampilan

Pada klien dengan harga diri rendah klien kurang memperhatikan perawatan diri, klien dengan harga diri rendah rambut tampak kotor dan lusuh, kuku panjang dan hitam, kulit kotor dan gigi kuning.

(b) Pembicaraan

Klien dengan harga diri rendah bicaranya cenderung gagap, sering terhenti/bloking, lambat, membisu, menghindar, dan tidak mampu memulai pembicaraan

(c) Aktivitas motorik

Pada klien dengan harga diri rendah klien lebih sering menunduk, tidak berani menatap lawan bicara, dan merasa malu.

(d) Afek dan Emosi

Klien cenderung datar (tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan).

(e) Interaksi selama wawancara

Pada klien dengan harga diri rendah klien kontak kurang (tidak mau menatap lawan bicara).

(f) Proses Pikir

- Arus fikir

Klien dengan harga diri rendah cenderung blocking (pembicaraan terhenti tiba - tiba tanpa gangguan dari luar kemudian dilanjutkan kembali).

- Bentuk Pikir

Otistik: bentuk pemikiran yang berupa fantasi tau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya.

- Isi fikir

- Pikian rendah diri: selalu merasa bersalah pada dirinya dan penolakan terhadap kemampuan diri. Klien menyalahkan, menghina dirinya terhadap hal-hal yang pernah dilakukan ataupun belum pernah dia lakukan
- Rasa bersalah: pengungkapan diri negative
- Pesimis: berpandangan bahwa masa depan dirinya yang suram tentang banyak hal di dalam kehidupannya

(g) Tingkat kesadaran

Klien dengan harga diri rendah tingkat kesadarannya composmentis, namun ada gangguan orientasi terhadap orang lain.

(h) Memori

Klien dengan harga diri rendah mampu mengingat memori jangka panjang ataupun jangka pendek

(i) Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien harga diri rendah menurun karena pemikiran dirinya sendiri yang merasa tidak mampu.

- (j) Kemampuan Penilaian/Pengambilan keputusan

Klien harga diri rendah sulit menentukan tujuan dan mengambil keputusan karena selalu terbayang ketidakmampuan untuk dirinya sendiri

- (k) Daya Tilik

Mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya: menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang.

7) Kebutuhan Perencanaan Pulang

- a) Kemampuan klien memenuhi kebutuhan
- b) Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)

8) Mekanisme Koping

Bagaimana dan jelaskan reaksi klien bila menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang adaptif seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, olah raga, dll ataukah menggunakan cara-cara yang maladaptive seperti minum alkohol, merokok, reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya.

Pada proses pengkajian, data penting dan masalah yang perlu dikaji adalah:

No	Masalah Keperawatan	Data Subyektif	Data Obyektif
1	Masalah utama: Gangguan konsep diri: harga diri rendah	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengungkapkan ingin diakui jati dirinya. b. Mengungkapkan tidak ada lagi yang peduli. c. Mengungkapkan tidak bisa apa-apa. d. Mengungkapkan dirinya tidak berguna. e. Mengkritik diri sendiri. Perasaan tidak mampu. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Merusak diri sendiri maupun orang lain. b. Ekspresi malu. c. Menarik diri dari hubungan social. d. Tampak mudah tersinggung. e. Tidak mau makan dan tidak tidur
2	Masalah keperawatan: Koping individu tidak efektif	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengungkapkan ketidakmampuan dan meminta bantuan orang lain. b. Mengungkapkan malu dan tidak bisa ketika diajak melakukan sesuatu. c. Mengungkapkan tidak berdaya dan tidak ingin hidup lagi. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Tampak ketergantungan terhadap orang lain b. Tampak sedih dan tidak melakukan aktivitas yang seharusnya dapat dilakukan. c. Wajah tampak murung
3	Masalah keperawatan: Menari diri: isolasi sosial	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengungkapkan enggan bicara dengan orang lain 	<ul style="list-style-type: none"> a. Ekspresi wajah kosong tidak ada kontak mata. b. ketika diajak bicara suara pelan

		b. Klien mengatakan malu bertemu danberhadapan dengan orang lain	dan tidak jelas hanya memberi jawaban singkat (ya/tidak). c. Menghindar ketika didekati
--	--	--	--

a. Pohon Masalah



b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan konsep diri:harga diri rendah
- 2) Isolasi sosial: menarik diri
- 3) Koping individu tidak efekti

7. Perencanaan

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	Kriteria evaluasi		
Tujuan Umum: Klien mampu meningkatkan harga diri			
Tujuan Khusus 1: Klien dapat membina hubungan	Kriteria Evaluasi: 1. Klien dapat mengungkap	1.1 Bina Hubungan saling percaya	Hubungan saling percaya akan menimbulkan

<p>saling percaya</p>	<p>pkannya perasaannya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ekspresi wajah bersahabat. 3. Ada kontak mata 4. Menunjukkan rasa senang. 5. Mau berjabat tangan 6. Mau menjawab salam 7. Klien mau duduk berdampingan 8. Klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi 	<ol style="list-style-type: none"> a. Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun nonverbal. b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien d. Jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji. e. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya. f. Beri perhatian 	<p>kepercayaan klien pada perawat sehingga akan memudahkan dalam pelaksanaan tindakan selanjutnya</p>
-----------------------	--	---	---

		pada klien	
--	--	------------	--

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	Kriteria evaluasi		
		<p>1.2. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaan tentang penyakit yang dideritanya</p> <p>1.3 Sediakan waktu untuk mendengarkan klien</p> <p>1.4 Katakana pada klien bahwaia adalah seorang yang berharga dan bertanggung jawab serta</p>	

		mampu menolng dirinya sendiri	
Tujuan Khusus 2: Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki	Kriteria evaluasi: 1. Klien mampu mempertahankan aspek yang positif	2.1 Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien dan beri pujian/reinforcement atas kemampuan mengungkapkan perasaan 2.2 Saat bertemu klien, hindarkan member penilaian negatif. Utamakan member pujian yang realistis.	Pujian akan meningkatkan harga diri klien
Tujuan khusus 3: Klien dapat menilai kemampuan yang didapat digunakan	Kriteria evaluasi 1. Kebutuhan klien terpenuhi 2. Klien dapat melakukan	3.1 Diskusikan kemampuan yang masih dapat digunakan	Peningkatan kemampuan mendorong klien untuk mandiri

	aktivitas terarah	n selama sakit. 3.2 Diskusikan juga kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaan di rumah sakit dan di rumah nanti	
--	-------------------	---	--

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	Kriteria evaluasi		
Tujuan Khusus 4: Klien dapat menetapkan dan merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki	Kriteria evaluasi 1. Klien mampu beraktivitas sesuai kemampuan 2. Klien mengikuti terapi aktivitas kelompok	1.1. Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan: kegiatan mandiri, kegiatan dengan bantuan	Pelaksanaan kegiatan secara mandiri modal awal untuk meningkatkan harga diri

		<p>minimal , kegiatan dengan bantuan total.</p> <p>1.2. Tingkat an kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi klien.</p> <p>1.3. Beri contoh cara pelaksana aan kegiatan yang boleh klien lakukan (sering klien takut melaksana kannya).</p>	
<p>Tujuan khusus 5 Klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuan nya</p>	<p>Kriteria evaluasi: 1. Klien mampu beraktivita s sesuai kemampu an</p>	<p>c) Beri kesem patan klien untuk mencoba kegiata n yang</p>	<p>Dengan aktivitas klien akan mengetahui kemampuan nya</p>

		<p>d) direncanakan Beripujian atas keberhasilan klien</p> <p>e) Diskusikan kemungkinan pelaksanaan dirumah.</p>	
<p>Tujuan khusus 6 Klien dapat memanfaatkan system pendukung yang ada</p>	<p>Kriteria evaluasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu melakukan apa yang diajarkan 2. Klien mau memberikan dukungan 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Beripendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien harga diri rendah 1.2. Bantu keluarga memberikan dukungan selama klien dirawat 1.3. Bantu keluarga menyiapkan 	<p>Perhatian keluarga dan pengertian keluarga akan dapat membantu meningkatkan harga diri klien</p>

		kan lingkung an di rumah.	
--	--	------------------------------------	--

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah *et al.* (2016) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa – Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. Pertama. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Brandren, N. (2001) *Kiat jitu meningkatkan harga diri*. Jakarta: Pustaka Delaprotosa.
- Centi, P. J. and A.M. Hardjana (1993) *Mengapa rendah diri?* Yogyakarta: Kanisius.
- Dariuszky Goran (2004) *Membangun Harga Diri*. Bandung: CV Pionir.
- Darmawan, D. and Rusdi (2013) *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerangka Asuhan Keperawatan Jiwa*. 1st edn. Edited by Tutik Rahayuningsih. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Deans, C. and Meocevic, E. (2006) 'Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder', *Contemporary Nurse*. doi: doi: 10.5172/conu.2006.21.1.43.
- Hawari, D. (2009) *Psikometri alat ukur (skala) kesehatan jiwa*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Henriksen, I. O. *et al.* (2017) 'The role of self-esteem in the development of psychiatric problems: a three-year prospective study in a clinical sample of adolescents', *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 11(68). doi: doi: 10.1186/s13034-017-0207-y.
- Keliat, B. A. (1998) *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Edited by S. K. Asih Yasmin. Jakarta: EGC.

- Maramis, W. F. (2004) *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- RI, D. K. (2000) *Keperawatan Jiwa Teori dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Stuart, G. W. (no date) *Principles and practice of psychiatric nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Stuart, G. W. and Sudden, S. J. (1991) *Buku saku keperawatan jiwa, buku kedokteran jiwa*. Jakarta: EGC.
- Supinganto, A. *et al.* (2021) *Keperawatan Jiwa Dasar*. Edited by R. Watrianthos. Mataram: Yayasan Kita Menulis.
- Tarwoto and Wartonah (no date) *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Townsend, A. K. *et al.* (2009) 'Disease-mediated inbreeding depression in a large, open population of cooperative crows.', *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, pp. 2057-2064. doi: doi: 10.1098/rspb.2008.1852.
- Townsend, M., Wilton, K. and Jacques, N. (1998) 'Cooperative learning and social acceptance of children with mild intellectual disability', *JIDR*, 42(1), pp. 29-36.
- Wijayati, F. *et al.* (2020) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gang-guan Jiwa', *Hjp*, 12(2).

BIODATA PENULIS



Suhardono, S.Kp., Ners, M.Kes. dilahirkan di Demak, Januari 1966. Menyelesaikan pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) 1988, menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya (PAM) Keperawatan (Program Keguruan) Soetopo Surabaya pada tahun 1997, Strata satu dan profesi Ners pada tahun 2002 di PSIK FK-UNDIP Semarang. Selanjutnya menyelesaikan Program Pascasarjana konsentrasi Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku di FKM-UNDIP Semarang tahun 2014. Tahun 2002 aktif mengajar pada Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Blora Poltekkes Kemenkes Semarang.

BAB

11

**Asuhan Keperawatan
Pada Pasien Dengan
Isolasi Sosial**

Uly Agustine, S.Kp.,M.Kep

A. Pendahuluan

Undang undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa Pasal 1 menyebutkan bahwa kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Setiap individu dikatakan sehat apabila aspek fisik, mental, sosial dan spiritual nya juga sehat. Keempat aspek tersebut saling mempengaruhi satu sama lain sehingga jika salah satu aspek terganggu maka aspek lain pun akan turut terganggu.

Berdasarkan data Riskesdas Tahun 2018, prevalensi rumah tangga dengan anggota rumah tangga yang mengalami gangguan jiwa Skizofrenia atau Psikosis menurut provinsi adalah 3-11 per mil dengan rata rata prevalensi di Indonesia adalah 7 per mil. Provinsi Kepulauan Riau memiliki angka terendah sebesar 3 per mil dan Provinsi Bali memiliki angka tertinggi yaitu 11 per mil. Dengan melihat rata rata prevalensi di Indonesia dapat diartikan bahwa setiap 1000 orang penduduk terdapat penderita gangguan jiwa sejumlah 7 orang (Balitbangkes RI, 2018).

Gangguan jiwa merupakan masalah kesehatan yang serius yang berhubungan dengan distress atau penderitaan yang menimbulkan gangguan pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia. Salah satu gangguan jiwa adalah Skizofrenia. Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh. Pasien Skizofrenia memiliki gejala positif dan negative. Gejala positif dari pasien Skizofrenia diantaranya halusinasi (90%), delusi (75%), waham, perilaku agitasi dan agresif, serta gangguan berpikir dan pola bicara. Gejala negatif dari pasien Skizofrenia adalah isolasi sosial (Suryani Lase, 2022).

B. Pengertian

Isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Yusuf, Fitriyarsi PK and Nihayati, 2015).

Dampak dari penderita isolasi sosial yaitu dia akan menarik diri, sulit berinteraksi dengan orang lain, kurangnya kemampuan dalam melakukan sosial, apatis terhadap lingkungan dan masyarakat, suka curiga kepada orang lain, dan juga merasa tidak tertarik dengan segala aktivitas yang sifatnya menghibur (Suryani Lase, 2022).

C. Proses Terjadinya Isolasi Sosial

Menurut Stuart proses terjadinya isolasi sosial karena adanya faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi dalam isolasi sosial meliputi faktor biologis, faktor psikologis dan faktor sosial budaya. Faktor presipitasi dalam isolasi sosial meliputi riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, pengalaman negative, pengalaman kegagalan.

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang mempengaruhi terjadinya isolasi sosial adalah faktor biologis, faktor psikologis dan faktor sosial budaya (Aipviki, 2018).

a. Faktor Biologis

Faktor Biologis yang mempengaruhi isolasi sosial diantaranya adalah faktor herediter, ada riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, resiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, riwayat penggunaan NAPZA. Selain itu adanya kondisi patologis otak yang dapat diketahui melalui pemeriksaan CT Scan atau MRI yang dapat melihat gangguan struktur dan fungsi otak.

b. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang dapat mempengaruhi terjadinya isolasi sosial adalah kegagalan yang berulang dalam mencapai keinginan dan harapan yang mengakibatkan terganggunya konsep diri yang berdampak dalam membina hubungan dengan orang lain. Kurangnya kemampuan komunikasi yang disebabkan karena pola asuh keluarga yang kurang memberi kesempatan pada pasien untuk menyampaikan perasaan maupun pendapatnya. Pembelajaran moral yang tidak adekuat dari keluarga merupakan faktor lain yang dapat menyebabkan pasien tidak dapat menyesuaikan perilakunya di masyarakat. Faktor lain adalah kegagalan dalam menjalankan tugas perkembangan yang mengakibatkan individu tidak percaya diri, tidak percaya orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap hubungan dengan orang lain, menghindari orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan dan merasa tertekan. Kondisi tersebut menyebabkan ketidak inginan berkomunikasi dengan orang lain, lebih senang berdiam diri, menghindari orang lain dan aktivitas harian terabaikan.

c. Faktor Sosial Budaya

Faktor sosial budaya yang dapat mempengaruhi isolasi sosial diantaranya karena faktor sosial ekonomi yang rendah yang berdampak pada ketidakmampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan hidup. Keadaan ini dapat memicu stres berkepanjangan sehingga pasien fokus hanya pada pemenuhan kebutuhan hidupnya dan mengabaikan hubungan sosial dengan lingkungan sekitarnya. Selain itu faktor sosial budaya yang dapat mempengaruhi isolasi sosial adalah faktor penolakan di masyarakat pada usia perkembangan anak yang menimbulkan rasa kurang percaya diri dalam berhubungan dengan orang lain dan menimbulkan rasa takut terhadap lingkungan. Faktor tingkat pendidikan

yang rendah juga merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya isolasi sosial. Pendidikan yang rendah menyebabkan seseorang kurang mampu berinteraksi dan kurang mampu menyelesaikan masalah.

2. Faktor Presipitasi

Faktor Presipitasi yang dapat mempengaruhi proses terjadinya isolasi sosial adalah adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis, kelainan struktur otak, pengalaman kekerasan dalam keluarga, aturan dalam keluarga yang terlalu menuntut, pengalaman negatif yang tidak menyenangkan dan kegagalan yang berulang. Kondisi tersebut dapat memicu masalah dalam berinteraksi sosial dengan orang lain sampai terjadi isolasi sosial pada individu.

D. Tanda dan Gejala

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia mengelompokkan tanda dan gejala isolasi sosial menjadi 2 yaitu gejala mayor dan gejala minor. Pada tanda dan gejala mayor dibagi lagi menjadi 2 yaitu:

1. Subjektif yaitu tanda dan gejala yang langsung disampaikan oleh pasien seperti pasien merasa ingin sendirian, pasien merasa tidak aman di tempat umum
2. Objektif yaitu tanda dan gejala yang dapat diukur atau diamati seperti pasien menarik diri, pasien tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan

Pada tanda dan gejala minor dibagi lagi menjadi 2 yaitu:

1. Subjektif yaitu tanda dan gejala yang langsung disampaikan oleh pasien seperti merasa berbeda dengan orang lain, merasa asyik dengan pikiran sendiri, merasa tidak punya tujuan yang jelas
2. Objektif yaitu tanda dan gejala yang dapat diukur atau diamati seperti afek datar, afek sedih, riwayat ditolak, menunjukkan permusuhan, tidak mampu memenuhi

harapan orang lain, kondisi difabel, tindakan tidak berarti, tidak ada kontak mata, perkembangan terlambat, tidak bergairah/lesu.

E. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian pasien isolasi sosial dapat dilakukan melalui wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga. Hal hal yang perlu dikaji pada pasien dengan masalah isolasi sosial, adalah faktor predisposisi, stressor presipitasi, perilaku, sumber coping, mekanisme defensif (Damaiyanti and Iskandar, 2012).

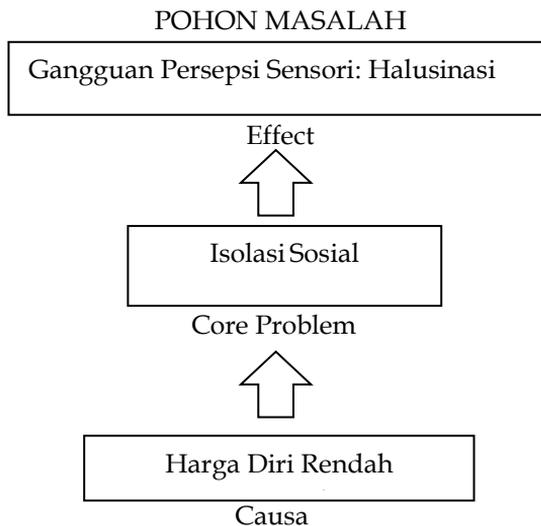
- a. Faktor Predisposisi yang perlu dikaji diantaranya adalah faktor perkembangan individu, faktor biologis, faktor sosial budaya dan faktor komunikasi dalam keluarga. Faktor perkembangan berkaitan dengan terpenuhi tidaknya tugas perkembangan individu. Tugas perkembangan individu yang tidak terpenuhi mencetuskan seseorang memiliki masalah isolasi sosial. Faktor biologis berkaitan dengan kelainan struktur otak seperti atrofi, pembesaran ventrikel, penurunan berat dan volume otak serta perubahan struktur limbik. Faktor sosial budaya berkaitan dengan norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain atau tidak menghargai anggota masyarakat yang tidak produktif seperti lansia, orang cacat, penderita penyakit kronik. Faktor komunikasi dalam keluarga berkaitan dengan keadaan dimana seorang anggota keluarga menerima pesan yang saling bertentangan dalam waktu bersamaan, ekspresi emosi yang tinggi dalam keluarga menghambat berhubungan dengan lingkungan luar keluarga.
- b. Stresor Presipitasi yang perlu dikaji adalah stressor sosial budaya dan stressor psikologis.
- c. Perilaku yang perlu dikaji adalah kurang spontan, tidak peduli dan kurang sadar terhadap lingkungan, ekspresi wajah kurang berseri dan afek tumpul, tidak merawat

- diri, komunikasi verbal menurun, memisahkan diri dari orang lain, intake makan minum terganggu, aktivitas menurun, retensi urin dan feses.
- d. Sumber koping yang perlu dikaji adalah keterlibatan dalam hubungan yang luas di dalam keluarga maupun teman, menggunakan kreativitas untuk mengekspresikan stress interpersonal seperti kesenian, musik atau tulisan
 - e. Mekanisme defensive yang sering digunakan pada pasien isolasi sosial adalah regresi, represi dan isolasi.

Beberapa pertanyaan yang dapat ditanyakan pada saat mengkaji pasien isolasi sosial diantaranya siapa orang yang paling berarti bagi pasien, bagaimana peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat, apa yang menjadi hambatan dalam berhubungan dengan orang lain (Damaiyanti and Iskandar, 2012).

Masalah keperawatan yang dapat terjadi pada pasien isolasi sosial adalah:

- a. Gangguan sensori persepsi: Halusinasi
- b. Isolasi sosial
- c. Harga diri rendah



2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala isolasi sosial yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala isolasi sosial maka diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah dengan melihat core problem pada pohon masalah yaitu isolasi sosial. Penyebab pasien mengalami isolasi sosial adalah karena pasien memiliki harga diri rendah. Apabila pasien isolasi sosial tidak diberikan asuhan keperawatan akan mengakibatkan gangguan persepsi sensori: halusinasi.

3. Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan pada isolasi sosial dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Perawat menemui keluarga terlebih dulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga. Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi isolasi sosial yang dialami pasien.

Setelah perawat selesai melatih pasien, perawat kembali menemui keluarga dan melatih keluarga untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu dilakukan keluarga yaitu membimbing pasien, melatih kemampuan mengatasi isolasi sosial yang telah diajarkan oleh perawat.

Tindakan keperawatan untuk pasien isolasi sosial

Tujuan: Pasien mampu

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Menyadari isolasi sosial yang dialaminya
- c. Berinteraksi secara bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya
- d. Berkomunikasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial

Tindakan Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya dengan cara:
 - 1) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
 - 2) Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai dan tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien
 - 3) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
 - 4) Buat kontrak asuhan: apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana
 - 5) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - 6) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien
 - 7) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan
- b. Membantu menyadari perilaku isolasi sosial
 - 1) Tanyakan pendapat pasien tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain
 - 2) Tanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain
 - 3) Diskusikan keuntungan bila pasien memiliki banyak teman dan bergaul akrab dengan mereka
 - 4) Diskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain
 - 5) Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik pasien
- c. Melatih pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
 - 1) Jelaskan kepada pasien cara berinteraksi dengan orang lain
 - 2) Berikan contoh cara berbicara dengan orang lain
 - 3) Beri kesempatan pasien mempraktekkan cara berinteraksi dengan orang lain yang dilakukan di hadapan perawat
 - 4) Bantu pasien berinteraksi dengan satu orang teman atau anggota keluarga

- 5) Bila pasien sudah menunjukkan kemajuan, tingkatkan jumlah interaksi dengan dua, tiga, empat orang dan seterusnya
- 6) Beri pujian setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan pasien
- 7) Latih pasien bercakap cakap dengan anggota keluarga saat melakukan kegiatan harian dan kegiatan rumah tangga
- 8) Latih pasien bercakap cakap saat melakukan kegiatan sosial misalnya berbelanja, ke kantor pos
- 9) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah berinteraksi dengan orang lain. Beri dorongan agar tetap semangat meningkatkan interaksinya

4. Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga

- a. Evaluasi kemampuan pasien isolasi sosial berhasil apabila pasien dapat: 1) menjelaskan kebiasaan keluarga berinteraksi dengan pasien, 2) menjelaskan penyebab pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain, 3) menyebutkan keuntungan bergaul dengan orang lain, 4) menyebutkan kerugian tidak bergaul dengan orang lain, 5) memperagakan cara berkenalan dengan orang lain, dengan perawat, keluarga, tetangga, 6) berkomunikasi dengan keluarga saat melakukan kegiatan sehari-hari, 7) berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial, 8) menyampaikan perasaan setelah interaksi dengan orang tua, 9) mempunyai jadwal bercakap cakap dengan orang lain, 10) merasakan manfaat latihan berinteraksi dalam mengatasi isolasi sosial
- b. Evaluasi kemampuan keluarga berhasil apabila keluarga dapat: 1) mengenal isolasi sosial, 2) membantu pasien berinteraksi dengan orang lain, 3) mendampingi pasien saat melakukan aktivitas rumah tangga dan kegiatan sosial sambil berkomunikasi, 4) melibatkan pasien melakukan kegiatan harian di rumah dan kegiatan sosial di lingkungan, 5) menciptakan suasana keluarga dan

lingkungan yang mendukung pasien meningkatkan interaksi sosial, 6) memantau peningkatan kemampuan pasien dalam mengatasi isolasi sosial, 7) melakukan follow up ke Puskesmas, mengenal tanda kambuh dan melakukan rujukan

DAFTAR PUSTAKA

- Aipviki (2018) *Modul Ajar Konsep Keperawatan Jiwa*.
- Balitbangkes RI (2018) 'Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf',
Lembaga Penerbit Balitbangkes [Preprint].
- Damaiyanti, M. and Iskandar, I. (2012) *Asuhan Keperawatan Jiwa, Bandung. PT. Refika Aditama*.
- Stuart, G.W. (2021) 'Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart, edisi Indonesia 11', p. 692.
- Suryani Lase, L. (2022) *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Isolasi Sosial: Studi Kasus*.
- Yusuf, A., Fitryasari PK, R. and Nihayati, H.E. (2015) 'Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa'. Salemba empat.

BIODATA PENULIS



Uly Agustine, S.Kp.,M.Kep. Lahir di Banjar, 10 Agustus 1975 menempuh Pendidikan Sarjana Keperawatan (S1) dari Universitas Indonesia pada Tahun 1999 dan Magister Keperawatan (S2) dari Universitas Indonesia pada tahun 2008. Saat ini menjabat sebagai Ketua Program Studi Keperawatan Waikabubak dan Dosen Tetap (Lektor) di Program Studi Keperawatan Waikabubak Poltekkes Kemenkes Kupang. Aktif dalam berbagai bidang sosial kemanusiaan.

BAB | **Asuhan Keperawatan Pasien** **12** | **dengan Perubahan Persepsi** **Sensori : Halusinasi**

Daryanto, S.KP., M.Kep

A. Pendahuluan

Halusinasi bisa dialami baik pada populasi umum maupun pada gangguan jiwa seperti skizofrenia. Sekitar 6-15% dari populasi umum di rentang usia 14-88 tahun mengalami halusinasi. Sekitar 29,5% diantaranya mengalami halusinasi pendengaran, 21,5% penglihatan, 19,9% perabaan serta 47,6% mengalami dua atau lebih jenis halusinasi (Linszen et al., 2022). Hal ini menegaskan bahwa halusinasi juga dapat dialami pada masyarakat pada umumnya.

Pasien skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya 95% mengalami halusinasi, 85% disertai kondisi medis/ neurologis, 66% dengan kondisi obat-obatan dan alkohol, dan 52% dengan kelompok non-klinis (Waters & Fernyhough, 2017). Sekitar 60-90% dari pasien skizofrenia mengalami halusinasi pendengaran dan 25 % mengalami resisten dengan pengobatan antipsikotik (Barber et al., 2021). Halusinasi merupakan masalah yang banyak dialami pada pasien gangguan jiwa seperti skizofrenia dan halusinasi pendengaran adalah yang paling lazim ditemui. Oleh karena itu perawat perlu memahami bagaimana pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah halusinasi.

B. Konsep Halusinasi

1. Pengertian

Halusinasi merupakan pengalaman indrawi (sensori) seperti adanya suara, penglihatan, sentuhan, pembauan, perabaan tanpa adanya rangsangan yang berasal dari lingkungan eksternal ke organ sensori yang sesuai (Fontaine, 2009; Montagnese et al., 2021). Halusinasi pendengaran merupakan gejala yang paling sering dialami dan biasanya suara yang didengarkan adalah suara-suara yang bersifat memberi komentar dan memerintah. Pada kondisi tersebut pasien merasa dikontrol dan tidak mampu melawan perintah suara-suara serta tidak mampu mengontrol halusinasinya. Hal ini menjadi alasan sehingga pasien bisa melakukan upaya bunuh diri (Barreto Carvalho et al., 2015).

2. Penyebab Halusinasi

Kondisi atau penyakit yang bisa menjadi penyebab munculnya halusinasi meliputi gangguan saraf : migrain, delirium, kurang tidur, infeksi, kanker otak, stroke, epilepsi; gangguan neurodegeneratif seperti dementia-alzheimer dan parkinson; gangguan sensori seperti gangguan pendengaran dan mata (sindrome Charles Bonnet) ; gangguan psikiatrik : skizofrenia, depresi, ansietas, bipolar, gangguan stress pasca trauma; obat-obat tertentu seperti antipsikotik, antidepresan, anti kjang, alkohol, zat psikoaktif; gangguan metabolik : toksis, gagal ginjal dan hati (Ali et al., 2011; Lim et al., 2016; (Montagnese et al., 2021). Halusinasi merupakan hal nyata pada orang yang mengalaminya dan dipicu oleh kecemasan atau oleh perubahan fungsional pada sistem saraf pusat (Fontaine, 2009). Hal ini dikarenakan klien tidak dapat membedakan rangsangan yang berasal dari dalam atau dari lingkungan luar dirinya.

C. Asuhan Keperawatan Halusinasi

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa. Pada tahap ini, perawat melakukan pengumpulan informasi dari berbagai sumber, terdiri dari melakukan wawancara kepada klien dan keluarga, mengobservasi klien dan lingkungannya, berkonsultasi dengan anggota tim kesehatan lainnya, mengkaji ulang rekaman klien dan melakukan pemeriksaan fisik klien atau sumber lain (Fontaine, 2009). Pengkajian dilakukan secara holistik baik dari aspek biologis/fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual serta budaya. Pada klien dengan masalah halusinasi, pengkajian difokuskan pada data persepsi.

Perawat mengidentifikasi gejala subyektif dan obyektif yang dialami klien. Gejala subyektif diperoleh dari laporan atau pernyataan klien sendiri melalui wawancara kepada klien. Disamping itu suara tersebut bisa berupa suara orang yang menghinanya atau merendahnya, suara orang

menasehati atau bahkan memarahinya). Pada halusinasi penglihatan, klien melihat objek atau bayangan (manusia, hewan atau objek lain) berbentuk hantu, monster, sinar, dll. Halusinasi penghidu, klien melaporkan mencium aroma bau-bauan tertentu di hidungnya seperti mencium bau urine, darah, bau amis atau bau bauan lainnya. Halusinasi pengecap, klien melaporkan mengecap rasa tertentu di lidahnya. Halusinasi sentuhan (Tactile), klien melaporkan adanya sesuatu yang merambat di tubuhnya seperti serangga, ada yang menyentuh bagian tubuhnya, dll (Keliat, 2019).

Gejala Obyektif diperoleh melalui hasil pemeriksaan fisik atau pengamatan (observasi) dari tampilan fisik, afektif dan perilaku serta sosial pasien, meliputi :

- a. Gejala-gejala Fisik bisa ditemukan diantaranya berdiam diri dan menunduk, tampilan tubuh yang tidak terawat, kurang bersih dan tidak sesuai.
- b. Gejala-gejala Afektif (Emosi) meliputi tampak bingung, takut, frustrasi (Melvin et al., 2021). Reaksi emosional yang timbul sebagai dampak halusinasi bisa menyenangkan atau tidak menyenangkan tergantung isi halusinasinya serta pengalaman stressor yang pernah dialami. Pengalaman dan isi halusinasi yang tidak menyenangkan atau negatif akan menimbulkan reaksi emosional yang negatif, demikian pula sebaliknya.
- c. Gejala-gejala Perilaku yang berkaitan dengan halusinasi diantaranya berteriak, menunjuk-menunjuk sesuatu, tertawa, senyum sendiri, aktivitas berlari atau berdiam diri bahkan bisa juga melakukan kekerasan fisik.
- d. Gejala-gejala sosial. Orang dengan Skizofrenia sering gagal mengenali wajah orang yang pernah dilihat sebelumnya. Hal ini dikaitkan dengan gangguan fungsi pada korteks visual (Fontaine, 2009). Kondisi ini mengakibatkan klien mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan sosial dengan orang lain.

Selain gejala subyektif dan obyektif, hal lain yang perlu dilakukan pengkajian pada pasien halusinasi (Keliat, dkk, 2019) adalah ;

- a. Isi halusinasi : Objek atau materi yang dialami klien disesuaikan dengan jenis dan isi halusinasinya. Misalnya, pasien mengalami halusinasi pendengaran, pasien melaporkan mendengarkan suara orang yang membicarakan kejelekan dirinya. Isi halusinasinya adalah pembicaraan tentang kejelekan dirinya.
- b. Waktu, frekwensi dan situasi : Perawat perlu mengkaji waktu (pagi, siang, sore atau malam) serta jam-jam saat munculnya halusinasi, berapa kali dialami dalam sehari, apakah terus menerus atau hanya sesekali. Situasi terjadinya apakah ketika sedang sendirian atau halusinasi tetap muncul meskipun di situasi sedang ada kegiatan. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. Pemahaman frekwensi halusinasi dijadikan dasar penjadwalan perencanaan tindakan yang disesuaikan dengan waktu munculnya halusinasi.
- c. Respons halusinasi
- d. Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan pada pasien tentang hal-hal yang dirasakan atau dilakukan di saat halusinasi timbul. Perawat dapat juga menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat dengan pasien. Selain itu dapat juga dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi timbul.

2. Diagnosa Keperawatan

Langkah kedua dalam pemberian asuhan keperawatan adalah merumuskan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan suatu pertimbangan klinis tentang respons pasien, kebutuhan, aktual dan potensial yang dialami pada gangguan psikiatrik, masalah kesehatan jiwa

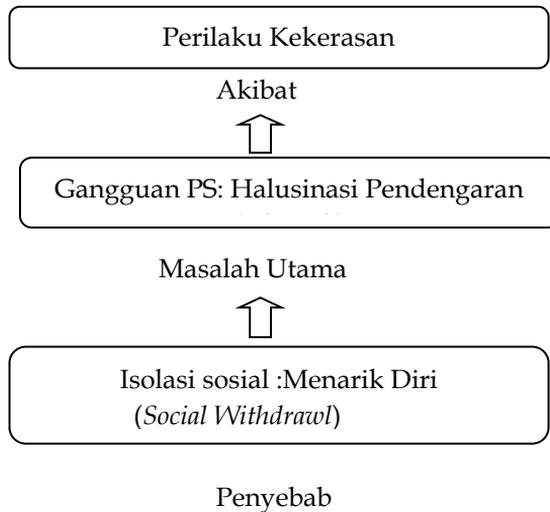
dan potensial penyakit penyerta pada penyakit fisik (Varcarolis dan Harter, 2010). Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menegaskan adanya gangguan/ perubahan, kelemahan atau potensi peningkatan serta risiko tinggi terjadinya dalam pemenuhan kebutuhan biopsikososial dan budaya serta spiritual pasien.

Diagnosa keperawatan yang diangkat didasarkan pada data keperawatan lengkap, akurat dan terkini sehingga memenuhi persyaratan (gejala subyektif dan atau gejala obyektif) untuk menetapkan diagnosa keperawatan. Data keperawatan dikatakan lengkap jika memenuhi aspek biopsikososial-spiritual dan budaya serta data yang berfokus masalah. Data dikatakan akurat jika hasil validasi dan konfirmasi data yang diperoleh sesuai kondisi apa adanya seperti yang dikeluhkan dan dialami pasien. Terkini, jika data yang dikumpulkan sesuai dengan kondisi terbaru pasien sehingga menggambarkan permasalahan terkini yang dialami pasien sehingga diagnosa keperawatan yang ditetapkan sesuai dengan data yang sedang benar terjadi pada pasien.

Diagnosa keperawatan jiwa ditetapkan dengan pendekatan pohon masalah (*problem tree*). Masalah keperawatan utama (*core problem*) muncul pada pasien karena adanya penyebab (*Causal*), disamping itu bisa juga menimbulkan akibat (*Effect*) timbulnya masalah berikutnya (Keliat dkk, 2005). Masalah keperawatan utama ditetapkan atas dasar kelengkapan data, akurat serta sesuai dengan kondisi terkini artinya masalah utama ditetapkan dan ditunjang dengan keluhan yang sedang dialami dan ditunjang dengan data terkini (terbaru) yang lengkap dan akurat.

Untuk membantu pemahaman dalam merumuskan diagnosa keperawatan, penulis akan menjelaskan dengan contoh. Misalnya seorang pria, nama inisial A, 35 tahun, melaporkan kepada perawat bahwa dia mendengarkan suara orang berdiskusi, dimana suaranya didengar dekat di depan

telinga kananya yang membicarakan kejelekan pasien, suara tersebut hampir setiap waktu didengarnya, khususnya jika sedang sendirian. Hal tersebut membuatnya gelisah dan melakukan gerakan kesana dan kemari, sesekali mengatakan kata-kata kotor dan membentak orang yang ada disekitarnya. Menurut laporan keluarganya, Tn A, perilakunya demikian sejak 3 bulan yang lalu, bermula diberhentikan dari kantornya atas kekeliruan dalam laporan keuangan perusahaan dimana dia bekerja. Sejak peristiwa tersebut dia sering mengurung diri di kamar, tidak mau diajak bicara dan bertemu kepada siapapun. Berdasarkan ilustrasi kasus, maka dapat digambarkan pohon masalahnya seperti pada gambar 12.1.



Gambar 12.1 Pohon Masalah

Berdasarkan pohon masalah tersebut, ada 3 diagnosa keperawatan yang bisa ditetapkan yaitu Halusinasi pendengaran, perilaku kekerasan dan menarik diri.

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Langkah ketiga dalam asuhan keperawatan adalah menyusun rencana tindakan keperawatan. Komponen perencanaan meliputi penetapan tujuan dan rencana tindakan keperawatan yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah sesuai dengan kapasitas klien dan keluarga.

a. Tujuan Umum Asuhan yang berorientasi pada klien

Tujuan umum adalah klien mampu mengelola halusinasi secara adaptif memanfaatkan sumber dukungan dari perawat dan keluarga.

1) Tujuan berorientasi Kognitif :

- a) Klien mampu menyebutkan halusinasi (penyebab, tanda dan gejala, jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi dan respons serta akibat) yang dialaminya
- b) Klien mampu menyebutkan cara mengelola halusinasi selama ini
- c) Klien mampu menyebutkan cara mengelola halusinasi secara adaptif.

2) Tujuan berorientasi psikomotor :

- a) Klien mampu menerapkan cara melawan halusinasi yang tidak menyenangkan dengan cara mengatakan berhenti (*Stop*)
- b) Klien mampu menerapkan cara mengelola rasa khawatir/ takut dengan teknik relaksasi nafas dalam
- c) Klien mampu menerapkan cara menghentikan pikiran/ kenangan masa lalu yang tidak menyenangkan
- d) Klien mampu mengatasi pikiran negatif untuk mengatasi pengalaman tidak menyenangkan.
- e) Klien mampu membuat komitmen penerimaan terhadap penyakit.
- f) Klien mampu mendistraksi pengalaman halusinasi dengan cara :
 - (1) Mendengarkan musik/ acara hiburan yang disenangi lewat HP/ TV/ Radio

- (2) Memasang sumbat telinga (*earplugs*) dengan kapas atau penutup telinga (*Earmuff*)
 - (3) Mengacuhkan pengalaman halusinasinya
 - (4) Mengisi jadwal kegiatan yang disukai dalam kegiatan harian.
- 3) Tujuan berorientasi Afektif :
- a) Klien mampu mengungkapkan perasaannya setelah menerapkan beberapa cara adaptif pengelolaan halusinasi
 - b) Klien mampu mengutarakan cara yang disukai dan membantu mengatasi halusinasinya.
- b. Tindakan Keperawatan dalam lingkup wewenang perawat vokasi dan Ners
- 1) Kaji penyebab, tanda dan gejala, jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi dan respons serta akibat halusinasi yang dialaminya.
 - 2) Ungkapkan rasa empati anda atas halusinasi klien : “Saya memahami bahwa itu pengalaman pasien sendiri” dan saya tidak mengalaminya”.
 - 3) Sepakati masalah, tempat dan waktu tindakan.
 - 4) Tindakan Keperawatan mengelola halusinasi (Daryanto, Irfan, 2019; daryanto, Irfan, Sari, 2023):
 - a) Latih klien cara meningkatkan kesadaran diri terhadap halusinasi yang dialami.
 - b) Latih klien cara melawan halusinasi yang tidak menyenangkan dengan cara mengatakan “Tidak” (*No*), mengacuhkan suaranya atau tidak mengikuti perintah suaranya (Bucher, dkk, 2013); menghardik dan mengabaikan (Keliat, dkk, 2019).
 - c) Latih klien cara mengelola rasa khawatir/ takut dengan teknik relaksasi nafas dalam.
 - d) Latih klien cara menghentikan pikiran/ kenangan yang tidak menyenangkan.
 - e) Latih klien cara mendistraksi pengalaman halusinasi dengan cara :

- (1) Bercakap-cakap dengan orang lain (Keliat, dkk, 2019)
- (2) Memasang sumbat telinga (*earplugs*) atau penutup telinga (*Earmuff*)
- (3) Mendengarkan musik/ acara hiburan yang disenangi lewat HP/ TV/ Radio
- (4) Mengisi kegiatan yang telah dilatih dalam jadwal kegiatan harian sesuai yang dipilih pasien.

c. Tindakan Keperawatan Spesialis

Ada dua tindakan keperawatan yang dikategorikan terapi keperawatan spesialis untuk klien halusinasi yaitu terapi kognitif perilaku dan terapi komitmen penerimaan (Keliat, dkk, 2019). Tahapan masing masing terapi akan diuraikan dibawah ini.

- 1) Terapi Kognitif Perilaku, dilakukan sebanyak 5 Sesi sbb :
 - a) Mengidentifikasi pikiran tidak menyenangkan dan pikiran negatif serta perilaku negatif
 - b) Melawan pikiran negatif otomatis
 - c) Mengubah perilaku negatif menjadi positif
 - d) Memanfaatkan sistem pendukung
 - e) Mengevaluasi manfaat melawan pikiran negatif dan mengubah perilaku negative
- 2) Terapi komitmen penerimaan, dilakukan sebanyak 4 Sesi sbb :
 - a) Mengidentifikasi pengalaman/ kejadian yang tidak menyenangkan
 - b) Mengenali keadaan saat ini dan menemukan nilai-nilai terkait pengalaman yang tidak menyenangkan.
 - c) Berlatih menerima pengalaman/ kejadian yang tidak menyenangkan dan menggunakan nilai-nilai yang dipilih klien.

d) Berkomitmen menggunakan nilai-nilai yang dipilih klien untuk mencegah kekambuhan.

d. Rencana tindakan keperawatan pada pengasuh keluarga (*Family Caregivers*)

Tujuan umum: Pengasuh keluarga (*Family Caregivers*) mampu merawat halusinasi pada anggota keluarganya

1) Tindakan Keperawatan lingkup perawat vokasi dan ners :

a) Identifikasi masalah dalam perawatan halusinasi pada anggota keluarganya.

b) Diskusikan halusinasi (pengertian, penyebab, tanda dan gejala, jenis, isi, frekuensi, dan akibat serta pengobatan dan perawatannya).

c) Latih pengasuh keluarga cara adaptif pengelolaan halusinasi pendengaran pada klien sbb :

(1) Tingkatkan kesadaran diri klien terhadap gejala halusinasi yang dialami melalui feedback dari pengasuh keluarga (Daryanto dan Irfan, 2019; daryanto., Irfan, Sari, 2023).

(2) Melawan halusinasi yang tidak menyenangkan dengan cara mengatakan “Tidak” (*No*), mengacuhkan suaranya atau tidak mengikuti perintah suaranya (Bucher, dkk, 2013); menghardik dan mengabaikan (Keliat, dkk, 2019).

(3) Menghentikan pikiran/ kenangan yang tidak menyenangkan (daryanto dan Irfan, 2019; daryanto., irfan, sari, 2023)

(4) Mengelola rasa khawatir/ takut dengan teknik relaksasi nafas dalam (daryanto dan Irfan, 2019; daryanto., irfan, sari, 2023)

(5) Menerapkan teknik distraksi pengalaman halusinasi dengan cara (daryanto dan Irfan, 2019; daryanto., irfan., sari, 2023):

- I. Bercakap-cakap dengan orang lain (Keliat, dkk, 2019); atau berkomunikasi dengan orang lain terkait halusinasinya atau hal lain yang disukai pasien.
- II. Memasang sumbat telinga dengan kapas atau penutup telinga (*Earmuff*)
- III. Mendengarkan musik/ hiburan yang disenangi lewat HP/ TV/ Radio
- IV. Mengisi kegiatan yang telah dilatih dalam jadwal kegiatan harian.

2) Tindakan Keperawatan lingkup perawat Spesialis :

Tindakan keperawatan spesialis yang diberikan adalah psikoedukasi keluarga sebanyak 6 sesi yaitu mengidentifikasi masalah klien dan pengasuh keluarga (caregivers) dalam merawat klien, merawat masalah kesehatan klien, manajemen beban keluarga, pemanfaatan sistem pendukung dan mengevaluasi manfaat psikoedukasi keluarga (Keliat, dkk, 2019). Disamping itu pengasuh keluarga perlu juga diberikan pengayaan psikoedukasi halusinasi pendengaran dengan 7 sesi pertemuan yaitu mendiskusikan masalah perawatan dan edukasi halusinasi, menjelaskan cara memperluas kesadaran diri pasien, menghentikan pikiran yang tidak menyenangkan, mengelola rasa khawatir, membantu mengalihkan halusinasi dengan sumbat telinga, mendengarkan musik lewat HP, mendengarkan acara hiburan di TV atau radio, serta membuat jadwal kegiatan harian (Daryanto dan Irfan, 2019; daryanto, irfan, sari, 2023).

e. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan keperawatan yang telah disusun perawat terhadap alternatif solusi dari masalah keperawatan yang dihadapi pasien.

Keterampilan dasar dalam implementasi keperawatan dijalankan melalui hubungan perawat-pasien dan intervensi terapeutik. Perawat mengimplementasikan rencana menggunakan praktik berdasarkan bukti hasil penelitian kapanpun mungkin, menggunakan sumber-sumber komunitas dan berkolaborasi dengan kolega keperawatan. Pada implementasi, perawat kesehatan jiwa psikiatri menerapkan intervensi dasar diantaranya berkoordinasi dalam pelaksanaan asuhan, melaksanakan pengajaran kesehatan dan promosi kesehatan. Pengajaran kesehatan (*Health teaching*) meliputi mengidentifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan pasien dan mengajarkan prinsip-prinsip dasar kesehatan fisik dan jiwa. Pengajaran tersebut meliputi pemberian informasi tentang koping, hubungan interpersonal, keterampilan sosial, gangguan jiwa, tritmen penyakit dan efeknya dalam kehidupan sehari-hari, pencegahan kekambuhan, keterampilan pemecahan masalah, manajemen stress, intervensi krisis dan aktivitas perawatan diri. Selain pengajaran, perawat juga memberikan terapi Milieu, farmakologi dan biologis (Varcarolis dan Harter, 2010).

f. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dan diarahkan untuk menilai pencapaian asuhan keperawatan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dalam rencana keperawatan. Perawat menilai kemampuan pasien dari aspek kognitif, afektif dan psikomotor. Evaluasi dilakukan secara bertahap dari setiap tahapan asuhan keperawatan, dimulai dari pengkajian sampai tahap evaluasi. Pada tahap pengkajian, evaluasi dilakukan dengan menilai kelengkapan, kebenaran dan akuritas data (Varcarolis dan Hertzler, 2010)

STRATEGI PELAKSANAAN KOMUNIKASI
PADA PENGASUH KELUARGA (FAMILY CAREGIVERS)
UNTUK MEMBANTU MENINGKATKAN KESADARAN DIRI
TERHADAP HALUSINASI

PERTEMUAN PERTAMA :

ORIENTASI:

Salam :

Selamat pagi pak Danu, Saya Anton dari Puskesmas Penyengat Olak, nama bapak siapa ? Nama panggilannya apa pak?

Evaluasi :

Bagaimana kondisi kesehatan Fajran, pak Danu ?

Validasi :

Apakah obat dari Puskesmas teratur diminum ? Apakah gejala halusinasinya berkurang ?

Kontrak :

"Saya ditugaskan pimpinan puskesmas, untuk membantu pak Danu dalam mengelola halusinasi pendengaran yang dialami Fajran. Apakah pak Danu, setuju ? Saya akan datang ke rumah sebanyak 6 kali. Hari ini kita akan mempelajari cara membantu meningkatkan kesadaran diri terhadap halusinasi. Ini membutuhkan waktu sekitar 30 menit. Kita duduknya dimana ya pak ?

KERJA:

Ada 6 Cara lagi, selain cara yang telah diberikan di RSJ untuk membantu mengelola halusinasinya. Pertama yaitu membantu memperluas kesadaran diri terhadap halusinasi. Pak Danu diminta untuk menyapa (memanggil nama dan menepuk bahunya), kemudian memberitahu perilakunya.

Misalnya:

Pak Danu perhatikan perilaku Fajran (seperti sedang bicara pada seseorang)

Kemudian menyampaikan hasil pembicaraan dan perilakunya :

"Ayah perhatikan, Fajran sedari tadi komat..kamit seperti sedang bicara pada seseorang. Padahal tiada siapapun di dekat sini.

Apakah Fajri menyadari hal itu ?

*Nah,....Semua yang Fajran alami tersebut namanya Halusinasi..
Jika ada sesuatu yang ingin disampaikan/ ada yang mengganjal di hati.
Fajran bisa membicarakannya dengan Ayah atau dengan orang yang ada
di rumah...*

*Perilaku tersebut jangan diteruskan.....nanti dibilang orang
kenapa..kenapa. Apakah Fajran mau dibilang begitu ?*

TERMINASI:

Evaluasi :

*Bagaimana perasaan pak Danu setelah mempelajari cara mem-
bantu meningkatkan kesadaran diri terhadap halusinasi pada anak
bapak, Fajran?*

*Bapak sudah mampu menerapkan caranya dengan baik. Selamat ya pak
Danu.*

Rencana Tindak lanjut :

*Jangan lupa lakukan seperti yang kita pelajari. Bapak ingatkan perilaku
halusinasi padanya.*

Kontrak :

*Apakah besok kita bisa latihan kedua: membantu menghentikan pikiran/
ingatan yang tidak menyenangkan ? Bapak bisanya jam berapa ?
Tempatnya dimana pak ?*

Salam :

*Baiklah, saya mau pamit ke rumah pasien lain, pak. Sampai jumpa lagi.
Selamat siang.*

STRATEGI PELAKSANAAN KOMUNIKASI
PADA PENGASUH KELUARGA (FAMILY CAREGIVERS)
UNTUK MEMBANTU MENGHENTIKAN PIKIRAN/
KENANGAN YANG TIDAK MENYENANGKAN

PERTEMUAN KEDUA :

ORIENTASI:

Salam :

"Selamat pagi pak Danu ? "Bagaimana kabarnya pagi ini?"

Evaluasi :

"Apakah sudah bapak terapkan cara pertama: membantu meningkatkan kesadaran terhadap halusinasi pada Fajran?"

Validasi :

Bagaimana hasilnya?

Kontrak :

Baiklah!"kita akan latihan cara kedua yaitu membantu menghentikan pikiran/ kenangan yang tidak menyenangkan. Kita akan latihan selama 20 menit. Apakah kita latihan disini ! (Ruang tamu).

KERJA:

Pengkajian : Bapak tanyakan pada Fajran : " Apakah yang sedang dipikirkan ? Atau apakah Fajran sedang terkenang peristiwa yang tidak menyenangkan ? Apakah hal itu mengganggu pikiran dan susah dilupakan ? Coba sebutkan satu pengalaman yang menyenangkan selama hidup ?

Selanjutnya pak Danu melatih menghentikan pikiran/kenangan tersebut :

"Jika nak Fajri teringat atau memikirkan peristiwa yang tidak menyenangkan

Katakan : "Berhenti, jangan pikirkan.... atau

Berhenti...jangan ingat..ingat lagi.....

Setelah itu, meminta Fajran untuk mengganti Pikiran/ ingatan yang tidak menyenangkan tersebut dengan peristiwa yang menyenangkan tersebut. teruslah.....pikirkan.....atau ingat hal-hal yang menyenangkan saja.

Ulangi cara tersebut sampai hal yang menyenangkan saja yang diingat.

TERMINASI:**Evaluasi :**

Bagaimana perasaan pak Danu setelah Latihan cara membantu menghentikan pikiran/ Ingatan yang tidak menyenangkan ? Bapak sudah mampu menerapkannya.

Rencana Tindak Lanjut :

Bapak ulangi caranya supaya terbiasa.

Tolong bapak bantu ingatkan anak bapak untuk melakukannya sendiri.

Kontrak :

Bagaimana kalau esok kita lanjutkan mempelajari cara ketiga yaitu membantu menerapkan teknik relaksasi nafas dalam ? apakah jam 10 besok bapak ada waktu di rumah ?

Salam:

Baiklah pak Danu, saya minta ijin pamit untuk pulang. Sampai ketemu lagi besok.

STRATEGI PELAKSANAAN KOMUNIKASI
PADA PENGASUH KELUARGA (FAMILY CAREGIVERS)
UNTUK MEMBANTU MENERAPKAN TEKNIK RELAKSASI
NAFAS DALAM

PERTEMUAN KETIGA:

ORIENTASI :

Salam :

Selamat pagi pak Danu ? apa kabarnya pagi ini ?

Evaluasi :

Apakah pak Danu sudah menerapkan kedua cara yang sudah dilatih ?

Apakah anak bapak sudah menerapkan juga ?

Validasi :

Bagaimana hasilnya? Bagus pak.....teruskan.

Kontrak :

Baiklah pak Danu, sebaiknya kita lanjutkan latihan yang ketiga yaitu membantu mengelola

rasa khawatir dengan tarik nafas dalam. Kita latihan selama 20 menit, di ruang ini.

KERJA :

Pengkajian : "Bapak tanyakan pada Fajran : Apakah Fajran mengalami perasaan khawatir

atau tidak tenang ketika mendengar suara suara halusinasi tersebut ?

Apakah perasaan

tidak tenang tersebut diikuti perasaan berdebar debar dan berkeringat dingin ?

Selanjutnya pak Danu membantunya untuk menarik nafas dalam :

" Jika nak Fajran merasa khawatir, ikuti yang saya katakan ya:

"Tarik nafas yang dalam perlahan lahan lewat hidung lalu tahan sampai hitungan 5 kemudian

hembuskan nafas lewat mulut. Lakukan beberapa kali sampai perasaan menjadi lega dan

tenang. Apakah nak Fajran bisa melakukannya? Apakah perasaanya sudah tenang ?

TERMINASI :**Evaluasi :**

Bagaimana perasaan pak Danu setelah menerapkan cara ketiga tadi. Apakah bapak bisa menerapkannya ? Ya bagus sekali pak Danu, Tadi bapak menerapkannya dengan lancar sekali.

Rencana Tindak lanjut:

Jika bapak menemukan anak bapak mengalami khawatir seperti ini, mintalah dia melakukan seperti yang diajarkan tadi.

Kontrak :

Besok kita lanjutkan lagi latihan keempat: menggunakan sumbat telinga (earplugs) atau penutup telinga(earmuff). Bagaimana latihanya pada jam 09 pagi, tempatnya di taman depan rumah.

Salam :

Saya mau pamit untuk menghadiri rapat dengan kepala puskesmas jam 11 ini. Sampai ketemu besok. Selamat pagi.

STRATEGI PELAKSANAAN KOMUNIKASI
PADA PENGASUH KELUARGA (FAMILY CAREGIVERS)
UNTUK MEMBANTU MENGALIHKAN HALUSINASI
MENGUNAKAN SUMBAT/ PENUTUP TELINGA

PERTEMUAN KEEMPAT :

ORIENTASI :

Salam :

Selamat sore pak Danu ? apa kabarnya ?

Evaluasi :

Apakah pak Danu sudah menerapkan ketiga cara yang sudah dilatih ?

Apakah anak bapak sudah bisa caranya ?

Validasi :

Bagaimana hasilnya? Ya pak, mesti diulang..ulang pak supaya bisa lancar menerapkannya.

Kontrak :

Hari ini kita latihan yang keempat yaitu membantu mengalihkan halusinasi dengan

menggunakan sumbat atau penutup telinga. Kita latihan selama 20 menit, di ruang ini.

KERJA :

Pak Danu bisa membantu anak bapak memasang sumbat telinga menggunakan kapas.

Caranya: Ambil kapas secukupnya lalu pilin seukuran liang telinga, kemudian masukkan ke

liang telinga hingga rapat. Jika halusinasi dialami di kedua telinga, maka kita pasang di kedua

telinganya. Pemasangan sumbat telinga disesuaikan dengan jam-jam biasanya halusinasi

muncul. Sumbat dilepas jika halusinasi tidak mengganggu lagi atau sudah berkurang.

Selain menggunakan kapas, keluarga bisa juga menggunakan penutup telinga (bisa di beli di pasar atau dibuat sendiri).

TERMINASI :**Evaluasi :**

Bagaimana perasaan pak Danu setelah menerapkan cara keempat tadi. Apakah bapak bisa menerapkannya ? Tadi bapak sudah menerapkannya dengan bagus sekali.

Rencana Tindak lanjut:

Jika bapak menemukan anak bapak mengalami halusinasi, mintalah dia melakukan seperti yang diajarkan tadi.

Kontrak :

Besok kita lanjutkan lagi latihan kelima : mengalihkan halusinasi dengan mendengarkan musik Yang disukai lewat Handphone. Bagaimana latihannya pada jam 09.00 pagi, di taman depan rumah.

Salam :

Saya mohon ijin untuk menghadiri acara seminar online pada jam 13.00 nanti. Sampai ketemu besok. Selamat pagi.

A PENGASUH KELUARGA (FAMILY CAREGIVERS)
UNTUK MENGALIHKAN HALUSINASI DENGAN
MENDENGAR MUSIK DISUKAI MENGGUNAKAN
HEADPHONE SET/ HP

PERTEMUAN KELIMA :

ORIENTASI

Salam :

"Selamat siang pak Danu,

Evaluasi :

Apakah pak Danu kesulitan menerapkan cara yang kemarin ?

Apakah masih ingat caranya ? bisakah bapak mengulangi caranya ?

Validasi :

Apakah anak bapak bisa menerapkannya? Bagus pak. Terus semangat ya pak.

Kontrak :

Sesuai dengan janji kita, jam 13.00 kita latihan mengalihkan halusinasi dengan mendengar

musik yang disukai menggunakan Headphone set/ Handphone.

"Berapa lama kita akan

latihan di taman ini, pak ?" Baik, seperti biasanya sekitar 20 menit ya pak."

KERJA

Untuk mengalihkan suara halusinasinya, pak Danu bisa membantu anaknya mendengarkan

musik yang disukai menggunakan Headphone set yang dilengkapi kartu memori yang sudah

disuntikkan lagu yang disukai. Bisa juga memperdengarkan musik yang disukai dari

Handphone.

Caranya: *Ambil headphone set yang sudah lengkap dengan musiknya.*

Hidupkan dan atur

volume Suaranya agar nyaman didengar. Pasangkan headphone set tersebut ke telinga

pasien. Minta pasien untuk mendengarkan dan menikmati musiknya. Ingatkan dia untuk memfokuskan perhatian pada suara musiknya dan mengabaikan suara halusinasi yang masih muncul. Dengarkan lagu tersebut sampai habis atau sekitar 30 menit. Jika dirasa bosan, kita bisa membantu memilihkan lagu lain yang disukai.

TERMINASI :

Evalusi :

Bagaimana perasaan pak Danu setelah menerapkan kelima tadi. Apakah bisa menerapkannya ? Saya perhatikan bapak dengan mudah menerapkannya pada Fajran.

Rencana Tindak Lanjut :

Jika bapak menemukan kesulitan, mintalah anggota keluarga yang lain untuk ikut membantu seperti yang sudah bapak pelajari.

Kontrak :

Besok kita lanjutkan latihan keenam : mengalihkan halusinasi dengan mendengarkan acara hiburan di TV/ Radio. Bagaimana besok kita latihan sekitar jam 10.00. pagi ? Kita latihan di taman dekat sungai di belakang rumah.

Salam :

Sampai jumpa lagi besok. Selamat sore pak Danu.

STRATEGI PELAKSANAAN KOMUNIKASI
PADA PENGASUH KELUARGA (FAMILY CAREGIVERS)
UNTUK MENGALIHKAN HALUSINASI DENGAN
MENONTON/DENGARKAN
ACARA HIBURAN DI TV/ RADIO

PERTEMUAN KEENAM :

ORIENTASI

Salam :

"Selamat pagi pak Danu, kita jumpa lagi nih pak.

Evaluasi :

Bagaimana kabar pak Danu sekarang ? Semoga selalu sehat ya.....

Validasi :

*Apakah bapak bisa menerapkannya semua yang sudah dipelajari?
Wajar pak karena belum lancar.*

Kontrak :

Sesuai dengan janji kita, jam 10.00 kita latihan mengalihkan halusinasi dengan menonton/ mendengar acara hiburan yang disukai di TV/ Radio. "Berapa lama kita akan latihan di taman belakang rumah ini, pak ?" Baik, seperti biasanya sekitar 30 menit ya pak."

KERJA

Cara terakhir yang bisa lakukan untuk mengalihkan halusinasinya adalah membantunya menonton TV atau mendengar acara di radio. Caranya: Sediakan TV/ Radio.

Hidupkan dan atur volume suaranya. Minta dia menonton dan memperhatikan serta

mendengarkan acaranya. Kemudian meminta pasien untuk menceritakan acara yang

ditonton/ didengar. Minta dia memfokuskan pada suara musik tersebut.

Ingatkan dia untuk

fokus pada acara tersebut berlangsung dan jangan pedulikan jika mendengar hal lain.

Ikuti acaranya sampai selesai.

TERMINASI :

Evaluasi :

*Bagaimana perasaan pak Danu setelah berlatih cara keenam tadi ?
Apakah bapak bisa
menerapkan 6 cara tersebut ?*

Bagus pak. Selamat ya pak. Bapak bisa mengerjakannya dengan baik.

Rencana Tindak Lanjut:

*Tolong bapak perhatikan gejala halusinasi dan perilakunya. Terus latih
dan bimbing
cara mengelola halusinasinya.*

Kontrak :

*Besok kita latihan ketujuh : membantu membuatkan jadwal kegiatan
harian untuk
mengelola halusinasi. Apakah bapak Danu ada di rumah jam 10 pagi
besok ? Kita latihan di
ruang tamu.*

Salam :

Sampai jumpa lagi besok. Selamat pagi pak Danu.

STRATEGI PELAKSANAAN KOMUNIKASI
PADA PENGASUH KELUARGA (FAMILY CAREGIVERS)
UNTUK MEMBANTU MEMBUAT JADWAL KEGIATAN
HARIAN

PERTEMUAN KETUJUH :

ORIENTASI

Salam :

"Selamat pagi pak Danu, kita jumpa lagi nih pak.

Evaluasi :

Apa kabarnya pak Danu sekarang ? Semoga selalu sehat ya.....

Validasi :

Apakah bapak bisa menerapkan 6 cara yang sudah dipelajari? Apakah buku kemarin sudah dipelajari ? Tetap Semangat ya, semoga segala upaya yang telah bapak lakukan membuahkan hasil yang menggembirakan.

Kontrak :

Hari ini kita khusus Latihan membantu membuat jadwal kegiatan harian yang telah dilatih. Hal ini bertujuan mengalihkan halusinasi yang dialami. Berapa lama kita akan latihan membuat jadwal kegiatan ? Baik, seperti biasanya sekitar 30 menit ya pak."

KERJA

Cara terakhir yang bisa kita berikan untuk mengalihkan halusinasinya adalah dengan membuat jadwal kegiatan hariannya dan mengisi kegiatan yang telah bapak latih padanya. Bapak bisa menawarkan padanya, dari kegiatan tersebut jam berapa saja kegiatan yang akan dilakukan. Fajran bisa menerapkan semuanya atau memilih kegiatan yang sesuai dan disukai untuk membantunya mengalihkan halusinasi. Jadwalkan pada jam jam biasanya

halusinasinya muncul. Bapak bisa membantunya menuliskan pada lembar kegiatannya dan membubuhi keterangan M, jika dia bisa melakukannya sendiri tanpa dibantu. Keterangan D, jika kegiatan dilakukan atas bantuan sebagian atau seluruhnya oleh keluarga.

TERMINASI :

Evaluasi :

Bagaimana perasaan pak Danu setelah berlatih cara membuatkan jadwal kegiatan harian. ?

Apakah bapak bisa menerapkannya ? Bagus pak.. Bapak bisa mengerjakannya dengan baik.

Rencana Tindak Lanjut:

Tolong bapak perhatikan atas pelaksanaan kegiatan yang sudah dijdwalkan. Teruslah latih dan bimbing cara mengelola halusinasinya.

Kontrak :

Minggu depan saya akan ketemu bapak kembali, untuk melihat perkembangan kesehatan anak bapak. Apakah hari kamis tanggal 5 November jam 15.00 bapak ada di rumah ?

Salam :

Sampai jumpa lagi minggu depan. Selamat pagi pak Danu.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, S., Patel, M., Avenido, J., Bailey, R. K., Jabeen, S., & Riley, W. J. (2011). Hallucinations: Common features and causes. *Current Psychiatry*, 10(11), 22-29. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/1011CP_Ali.pdf
- Barber, L., Reniers, R., & Upthegrove, R. (2021). A review of functional and structural neuroimaging studies to investigate the inner speech model of auditory verbal hallucinations in schizophrenia. In *Translational Psychiatry* (Vol. 11, Issue 1). Springer Nature. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01670-7>
- Barreto Carvalho, C., da Motta, C., & Peixoto, E. B. (2015). Hallucinatory activity in schizophrenia : The relationship with childhood memories, submissive behavior, social comparison , and depression. *International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic and Management Engineering*, 9(5), 401-409. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://est.udogeral.uc.pt/bitstream/10316/46791/1/9 Hallucinatory Activity In Schizophrenia The Relationship With Childhood Memories Submissive Behavior Social Comparison And Depression.pdf
- Buccheri R., et al. (2013). Self management of Unpleasant Auditory Hallucinations : A Tested Practice Model. *Journal of Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 51(11) 26-34. doi: 10.3928/02793695-20130731-02
- Daryanto dan Irfan (2019). Pengaruh pengayaan psikoedukasi terhadap kemampuan keluarga membantu mengontrol halusinasi orang dengan skizofrenia. Laporan Penelitian Dosen Pemula Poltekes Kemenkes Jambi.

- Daryanto., Irfan., Sari (2023). Effect of Psycho-education Enrichment on Family's Ability to Control Hallucinations in People with Schizophrenia: Pre-experimental Study. *Health Education and Health Promotion*. 2023;11(1):111-116.
<https://hehp.modares.ac.ir/article-5-66251-en.html>
- Fontaine K.L. (2009). *Mental Health Nursing*. sixth edition. Upper Saddle River, New Jersey 0758.
- Keliat, dkk. (2005). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta EGC.
- Keliat, dkk. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Lim, A., Hoek, H. W., Deen, M. L., Blom, J. D., Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Kahn, R. S., Meijer, C. J., Myin-Germeyns, I., van Os, J., & Wiersma, D. (2016). Prevalence and classification of hallucinations in multiple sensory modalities in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 493-499.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.06.010>
- Linszen, M. M. J., de Boer, J. N., Schutte, M. J. L., Begemann, M. J. H., de Vries, J., Koops, S., Blom, R. E., Bohlken, M. M., Heringa, S. M., Blom, J. D., & Sommer, I. E. C. (2022). Occurrence and phenomenology of hallucinations in the general population: A large online survey. *Schizophrenia*, 8(1).
<https://doi.org/10.1038/s41537-022-00229-9>
- Melvin, K., Crossley, J., & Cromby, J. (2021). The feeling, embodiment and emotion of hallucinations in first episode psychosis: A prospective phenomenological visual-ecological study using novel multimodal unusual sensory experience (MUSE) maps. *EClinicalMedicine*, 41, 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101153>

- Montagnese, M., Leptourgos, P., Fernyhough, C., Waters, F., Laroi, F., Jardri, R., McCarthy-Jones, S., Thomas, N., Dudley, R., Taylor, J. P., Collerton, D., & Urwyler, P. (2021). A review of multimodal hallucinations: Categorization, assessment, theoretical perspectives, and clinical recommendations. In *Schizophrenia Bulletin* (Vol. 47, Issue 1, pp. 237–248). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa101>
- Varcarolis E.M., and Halter M.J. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach*. sixth edition. Canada : Saunders Elsevier.
- Waters, F., & Fernyhough, C. (2017). Hallucinations: A systematic review of points of similarity and difference across diagnostic classes. In *Schizophrenia Bulletin* (Vol. 43, Issue 1, pp. 32–43). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw132>

BIODATA PENULIS



Daryanto, S.Kp., M.Kep. di lahirkan di Jambi, Juli 1966. Pendidikan keperawatan diawali dengan menempuh pendidikan DIII Keperawatan pada Akper Depkes Jambi dan lulus tahun 1990. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan - Universitas Indonesia pada tahun 1999. Selanjutnya menyelesaikan Program Pascasarjana bidang keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia Tahun 2007. Pengalaman kerja diawali sebagai Perawat di Puskesmas Kemantan Kabupaten Kerinci -Provinsi Jambi sejak Tahun 1990 sd Maret 1992, kemudian dipindahtugaskan pada Pendidikan Ahli Madya Keperawatan Depkes Jambi (Sekarang Poltekkes Kemenkes Jambi) sejak Maret 1992 sampai sekarang

BAB 13

Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Per- ilaku Kekerasan

Mohd. Syukri, Ners.,Sp.Kep.Jiwa

A. Pendahuluan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain.. Perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala yang sering terjadi pada pasien gangguan jiwa (Skizofrenia). Pada perilaku kekerasan ditandai dengan melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, seperti mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Selain itu dalam psikologis, seseorang yang mengalami gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan dapat diketahui dengan emosi yang tinggi, marah dan mudah tersinggung pada orang lain. Pada spiritual dirinya merasa sangat berkuasa dan tidak mempunyai moral.

Lebih dari 86% penderita gangguan jiwa dibawa ke RSJ karena menunjukkan perilaku kekerasan, seperti memukul orang lain, merusak lingkungan, amuk. Perilaku kekerasan apabila tidak ditangani dengan baik dapat menimbulkan beberapa dampak, seperti mencederai diri sendiri, memukul bahkan sampai melukai orang lain, serta merusak lingkungan. Hal tersebut dapat terjadi diakibatkan karena ketidakmampuan seseorang dalam mengendalikan amarah secara konstruktif.

Melalui pendekatan asuhan keperawatan yang tepat dan komprehensif, pasien gangguan jiwa yang menunjukkan perilaku kekerasan dapat dibantu, minimal pasien mampu mengendalikan marah secara adaptif.

B. Pengertian

Beberapa ahli telah mendefinisikan perilaku kekerasan diantaranya, Perilaku kekerasan adalah tindakan yang bertujuan untuk melukai/ mencederai seseorang secara fisik atau psikologis (Berkowitz, 1993). Ada juga yang mendefinisikan perilaku kekerasan sebagai respon perilaku seseorang yang bersifat merusak baik terhadap orang lain maupun terhadap sesuatu (Citrome & Volavka, 2002). Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap adanya ancaman fisik atau konsep diri dapat berupa marah yang ekstrim atau ketakutan. Secara internal

perasaan terancam bisa seperti perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang, dan ketakutan penyakit fisik. Secara eksternal perasaan terancam dapat berupa penyerangan fisik, kehilangan orang berarti, dan kritikan dari orang lain (Stuart & Laraia, 2005). Keliat (2011), mendefinisikan perilaku kekerasan sebagai bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis.

Berdasarkan pendapat beberapa ahli tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa perilaku kekerasan merupakan respon perilaku individu berupa marah yang diungkapkan secara verbal dan fisik akibat adanya perasaan ancaman dari dalam diri (kecemasan, ketakutan, kecewa, tidak puas, keinginan tidak terpenuhi) maupun dari lingkungan sekitar (kritikan, direndahkan, ancaman/ serangan dari orang lain) yang berakibat terhdap adanya cedera/ kerusakan bagi diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

C. Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

Berdasarkan konsep stress adaptasi Stuart perilaku kekerasan muncul akibat adanya factor predisposisi dan presipitasi.

1. Faktor Predisposisi

Terdapat tiga factor predisposisi utama terjadinya perilaku kekerasan, diantaranya:

a. Faktor Biologis

Secara biologis, perilaku kekerasan dapat muncul akibat adanya kerusakan; system limbik yang mengatur emosi dan perilaku, lobus frontal sebagai pusat pengaturan pikiran rasional, neurotransmitter yang berhubungan dengan perilaku agresif, serotonin, dopamine, norepineprin, asetol colin, dan asam amino. Riwayat penyakit atau trauma kepala, riwayat penggunaan NAPZA.

Adanya factor herediter seperti, anggota keluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku

kekerasan, anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa.

b. Faktor Psikologis

Pengalaman marah merupakan respon psikologis maladaptive terhadap stimulus internal maupun eksternal sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Sesuai dengan teori Frustration Agression yang menyebutkan bahwa bila seseorang mengalami hambatan dalam upayanya mencapai suatu tujuan akan mendorong dirinya melakukan perilaku agresif hingga mencedarai/ melukai orang atau objek yang menjadi penyebab frustrasinya.

Menurut *Psychoanalytical theory* perilaku agresif merupakan akibat *instinctual drives*. Dorongan naluri, atau kehendak buta, atau terakhir warisan sifat-sifat binatang yang terdapat dalam diri manusia. Mungkin kalian pernah mendengar Schopenhauer dengan kehendak butanya, beliau dengan berani menyimpulkan bahwa apapun yang dilakukan manusia, selalu didahului oleh dorongan kewanitaan mereka. Beberapa kajian menunjukkan bahwasannya binatang, hanya memenuhi tiga kebutuhan dasar mereka yang biasanya ditujukan untuk mampu bertahan hidup, yakni makan, minum, dan dorongan untuk mempertahankan spesies yang didahului hubungan seksual.

Pandangan psikologis lain tentang perilaku agresif mendukung pentingnya peran dari perkembangan pengalaman hidup seperti:

- 1) Retardasi mental dan kerusakan mental organik sehingga tidak mampu menyelesaikan secara efektif
- 2) Severe emotional deprivation rejeksi yang berlebihan pada masa kanak-kanak atau seduction parenteral yang mungkin telah merusak harga diri dan hubungan saling percaya.
- 3) Terpapar kekerasan selama masa perkembangan, termasuk child abuse atau melihat kekerasan dalam

keluarga sehingga membentuk koping atau pola pertahanan yang destruktif

c. Faktor Sosiokultural

Teori lingkungan social (Social Environment theory) menyatakan bahwa lingkungan social sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses observasi. Semakin sering mendapatkan maka semakin tinggi kemungkinan untuk terjadi (Social learning theory).

d. Perilaku

Semakin seringnya melihat perilaku kekerasan dirumah maupun diluar rumah dan mendapatkan reinforcement saat melakukan perilaku kekerasan, hal tersebut mendorong individu untuk melakukannya.

2. Factor Presipitasi

Sebagian besar orang jika merasa terancam akan memberikan respon marah. Ancaman dapat berasal dari internal berupa, perasaan gagal, ditinggal atau kehilangan orang terdekat, ketakutan terhadap sesuatu). Ancaman yang berasal dari eksternal dapat berupa, serangan berupa fisik maupun psikis, direndahkan, diejek, kehilangan hubungan yang dianggap bermakna.

3. Mekanisme Koping

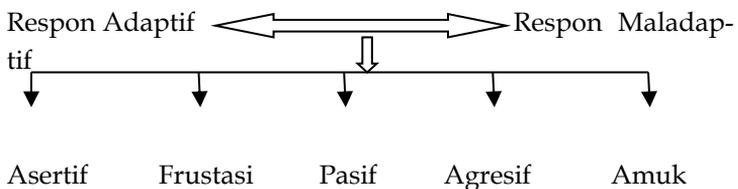
Penatalaksanaan stress melalui penggunaan mekanisme koping yang adaptif sebagai upaya pertahanan untuk melindungi diri dari stressor. Berikut beberapa mekanisme koping yang dapat digunakan saat marah:

- a. Sublimasi : seseorang yang sedang marah dapat menyalurkan marahnya ke obyek lain, misalnya memukul Kasur atau bantal, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah

- b. Proyeksi : menyangkal apa yang sebenarnya dirasakan dengan menyalahkan orang lain, misalnya seorang wanita menyangkal memiliki perasaan seksual terhadap rekan kerjanya dan berbalik menuduh bahwa rekannya tersebut mencoba merayu, menggodanya.
- c. Represi : menekan perasaan tidak suka terhadap sesuatu dengan cara mencegahnya masuk ke alam sadar. Misalnya, seorang anak yang sangat benci dengan ayahnya, namun karena menyadari itu bukanlah ajaran yang baik dan dibenci tuhan sehingga mencoba menekan perasaan benci tersebut sampai akhirnya dapat dilupakan.
- d. Reaksi Formasi : mencegah keinginan yang berbahaya jika diekspresikan dengan melebih lebihkan sikap dan perilaku yang bertentangan. Misalnya seseorang yang tertarik dengan sesuatu yang dimiliki orang lain, maka dia akan memperlakukan orang tersebut dengan kuat.
- e. Replacement : melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti seorang anak yang marah karena baru saja mendapatkan hukuman karena mencoret-coret dinding, pengalihannya dia mulai main perang-perangan dengan temannya.

4. Rentang Respon perilaku kekerasan

Rentang respon perilaku kekerasan dimulai dari respon adaptif sampai dengan respon mal adaptif. Berikut digambarkan rentang respon perilaku kekerasan:



Keterangan

Asertif :Mengungkapkan kemarahan tanpa menyakiti orang lain

Frustrasi :Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis

Pasif :Respon lanjutan dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaannya

Agresif :Perilaku destruktif tapi masih terkontrol

Amuk :Perilaku destruktif dan tidak terkendali

Hirarki perilaku kekerasan

Hirarki perilaku kekerasan dari tingkatan rendah ke tinggi dapat dilihat pada gambar dibawah

Rendah



- 1 Memperlihatkan permusuhan rendah
- 2 Keras Menuntut
- 3 Mendekati orang lain dengan ancaman
- 4 Memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai
- 5 Menyentuh dengan cara yang menakutkan
- 6 Mengancam dengan rencana melukai
- 7 Melukai ringan tanpa butuh perawatan medis

Tinggi

Perbandingan Perilaku Pasif, Agresif dan asertif berdasarkan tanda gejala perilaku kekerasan

Respon Perilaku	Pasif	Asertif	Agresif
Isi Bicara	Negatif Menghina	Positif Menghargai diri sendiri	Berlebihan Menghina orang lain
Nada Suara	Diam Lemah Merengek	Diatur	Tinggi Menuntut

Sikap Tubuh	Melotot Menundukan kepala	Tegak Rileks	Tegang Condong ke depan
Personal space	Orang lain dapat masuk pada territorial pribadinya	Menjaga jarak yang menyenangkan Mempertahankan hak tempat/ territorial	Memasuki territorial orang lain
Gerakan	Minimal Lemah Resah	Memperlihatkan gerakan yang sesuai	Mengancam, ekspansi gerakan
Kontak Mata	Sedikit atau tidak ada	Sekali-sekali Sesuai kebutuhan interaksi	Melotot

5. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dinilai dari aspek berikut:

- a. Fisik : Pandangan tajam, melotot, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah tegang memerah, postur terlihat kaku
- b. Verbal : Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada kasar, keras, ketus
- c. Perilaku : Menyerang atau melukai diri, orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif
- d. Emosi : tidak adekuat, tidak nyaman dan aman, mersa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, ngamuk, ingin berkelahi, menuntut dan menyalahkan
- e. Intelektual : mengeluarkan kat-kata dengan nada sarkasme, mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan
- f. Spiritual : merasa diri benar, berkuasa, tidak bermoral, keragu-raguan,

6. Faktor Resiko

Nanda (2018) mendefinisikan factor resiko perilaku kekerasan menjadi dua macam, yaitu:

a. Risiko perilaku kekerasan pada diri sendiri

Batasan karakteristik; rentan berperilaku yang menunjukkan bahwa dia dapat membahayakan diri sendiri secara fisik, emosional, dan atau seksual. Faktor resiko mencakup:

- 1) Isyarat perilaku niat bunuh diri
- 2) Konflik orientasi seksual
- 3) Konflik hubungan interpersonal
- 4) Masalah pekerjaan
- 5) Kurang sumber personal
- 6) Isolasi social
- 7) Ide bunuh diri

b. Resiko perilaku kekerasan pada orang lain

Batasan karakteristik; rentan melakukan resiko yang menunjukkan dia dapat membahayakan orang lain baik secara fisik, emosional, dan atau seksual. Factor resiko mencakup:

- 1) Akses pada senjata
- 2) Impulsive
- 3) Bahasa tubuh negative
- 4) Pola kekerasan tidak langsung
- 5) Pola kekerasan diarahkan pada orang lain
- 6) Pola ancaman kekerasan
- 7) Pola perilaku kekerasan antisosial

D. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga. Dalam SDKI (2019) data yang perlu dikaji pada klien perilaku kekerasan adalah

a. Gejala dan tanda mayor

- 1) Subjektif

Mengancam, mengumpat dengan kata kasar, suara keras, bicara ketus

2) Objektif

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri dan orang lain, merusak lingkungan, perilaku amuk

b. Gejala dan tanda minor

1) Subjektif

(tidak tersedia)

2) Objektif

Mata melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku

c. Kondisi klinis terkait

1) Penganiayaan fisik, psikologis, seksual

2) Sindroma otak organik

3) Gangguan perilaku

4) Oppositional defiant disorder

5) Depresi

6) Serangan panic

7) Gangguan tourete

8) Delirium

9) Demensia

10)Gangguan amnestic

11)Halusinasi

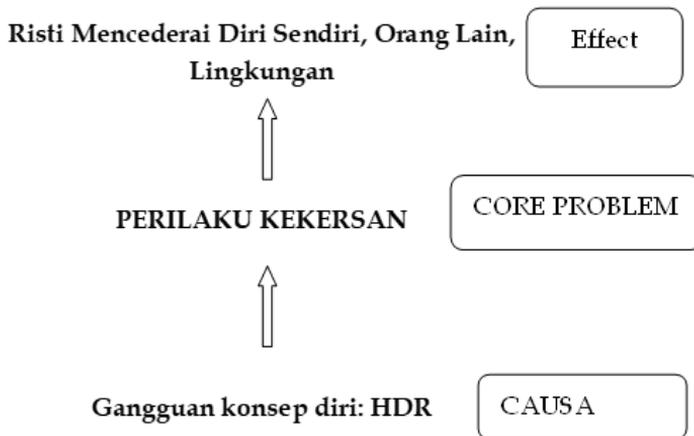
12)Abnormalitas neurotransmitter otak

2. Diagnosa Keperawatan

PERILAKU KEKERASAN (D.0132, SDKI)

RISIKO PERILAKU KEKERASAN (D.0146, SDKI)

POHON MASALAH



3. Intervensi Keperawatan (SIKI)

a. Manajemen keselamatan lingkungan (I. 14513)

1) Observasi

a) Identifikasi kebutuhan keselamatan (kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku)

b) Monitor perubahan status keselamatan lingkungan

2) Terapeutik

a) Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (fisik, biologi, kimia) jika memungkinkan

b. Manajemen mood (I.09289)

1) Observasi

a) Identifikasi mood (tanda gejala, riwayat penyakit)

b) Identifikasi risiko keselamatan diri dan orang lain

c) Monitor fungsi kognitif (konsentrasi, memori, kemampuan membuat keputusan)

d) Monitor aktivitas dan tingkat stimulasi lingkungan

- 2) Terapeutik
 - a) Fasilitasi pengisian kuesioner (Self Reporting Question, Beck Depression Inventory, skala status fungsional) jika perlu
 - b) Beri kesempatan untuk menyampaikan perasaan dengan cara yang tepat (aktivitas fisik, terapi seni)
 - 3) Edukasi
 - a) Jelaskan tentang gangguan mood (marah) dan penanganannya
 - b) Anjurkan berepran aktif dalam pengobatan dan rehabilitasi, jika perlu
 - c) Anjurkan rawat inap sesuai indikasi (mis; risiko keselamatan, defisit perawatan diri, social)
 - d) Ajarkan mengenali pemicu gangguan mood (situasi stress, masalah fisik)
 - e) Ajarkan memonitor secara mandiri (mis; skala tingkat 1-10, membuat jurnal)
 - f) Ajarkan keterampilan koping dan penyelesaian masalah baru
 - 4) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian obat jika perlu
 - b) Rujuk untuk psikoterapi (mis; perilaku, hubungan interpersonal, keluarga, kelompok) jika perlu
- c. Manajemen pengendalian marah (I.09290)
- 1) Observasi
 - a) Identifikasi penyebab/ pemicu marah
 - b) Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan
 - c) Monitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif
 - d) Monitor kemajuan dengan membuat grafik jika perlu
 - 2) Terapeutik
 - a) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
 - b) Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif

- c) Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah
 - d) Cegah aktivitas pemicu agresi (mis; memukul tas, mondar-mandir, olahraga berlebihan)
 - e) Lakukan control eksternal (pengekangan, seklusi, time-out) jika perlu
 - f) Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi marah adaptif melalui pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan yang mencakup:
 - (1) Latih melakukan relaksasi Tarik napas dalam, exercise, pukul Kasur bantal
 - (2) Latih klien berbicara yang baik
 - (3) Latih deeskalasi secara verbal maupun tertulis
 - (4) Latih melakukan kegiatan ibadah
 - (5) Latih patuh minum obat dengan prinsip 8 benar obat
 - g) Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi, dan respon marah
 - b) Jelaskan penatalaksanaan marah dirumah pada keluarga
 - c) Latih keluarga cara mengendalikan pasien marah dirumah

4. Evaluasi (kriteria hasil tindakan)

Kontrol diri (L.09076)

Klien menunjukkan penurunan dalam:

- a. Verbalisasi ancaman kepada orang lain
- b. Perilaku menyerang
- c. Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain
- d. Perilaku merusak lingkungan sekitar
- e. Perilaku agresif, amuk
- f. Suara keras

5. Dokumentasai

Pendokumentasian dilakukan setiap selesai melakukan pertemuan dengan pasien dan keluarga. Berikut adalah contoh dokumentasi asuhan keperawatan pasien dengan perilaku kekerasan pada kunjungan pertama

Inisial pasien: RK Umur : 28 Th Ruang rawat: Epsilon	Hari : Kamis Tanggal : 4 Mei 2023 Pukul : 09.00 WIB
IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p>Data:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan kadang-kadang masih muncul perasaan kesal • Mengancam, menghina • Gelisah, mondar-mandir • Postur tubuh kaku <p>Kemampuan : Belum mengetahui cara mengendalikan marah yang baik</p> <p>Diagnose: Perilaku kekerasan</p> <p>Tindakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab/ pemicu marah • Jelaskan cara mengendalikan marah (Tarik napas dalam, exercise, pukul Kasur bantal, berbicara yang baik, kegiatan ibadah, minum obat) • Latih cara fisik mengendalikan marah 	<p>S : Pasien menyatakan senang dan ada manfaatnya setelah diskusi dan latihan fisik mengendalikan marah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu menyebutkan cara mengendalikan marah • Pasien mampu mendemonstrasikan latihan fisik (Tarik napas dalam, pukul Kasur bantal) dengan benar <p>A : perilaku kekerasan (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latihan Tarik napas dalam dan pukul Kasur bantal 3x/ hari Pukul 08.00 Pukul 13.00 Pukul 19.00 • Lakukan latihan fisik mengendalikan marah

<p>(Tarik napas dalam, exercise, pukul Kasur bantal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masukkan latihan fisik mengendalikan marah kedalam jadwal kegiatan harian pasien <p>Rencan Tindak Lanjut (RTL): Latih cara verbal mengendalikan marah</p>	<p>jika perasaan kesal muncul dilurar jadwal latihan</p> <p>Paraf Perawat</p>
--	---

DAFTAR PUSTAKA

- Dermawan, D (2018). Modul Laboratorium Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Keliat, B.A.,dkk (2011) Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN-Basic Course) Jakarta: EGC
- Stuart, G.W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing 8th edition. Missouri: Mosby
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan pengurus PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (2st ed.) Jakarta: DPP PPNI. Yogyakarta: Nuha Medika
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan Cetakan II. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.

BIODATA PENULIS



Mohd. Syukri, Ners, Sp.Kep.Jiwa lahir di Jambi, pada 15 November 1979. Tercatat sebagai lulusan Fakultas Ilmu Keperawatan- Universitas Indonesia S1 (2007) dan S2 Spesialis Keperawatan Jiwa (2013). Bekerja sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Jambi sejak tahun 2002. Menjabat sebagai ketua Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) wilayah Jambi

untuk 2 periode 2014-2019 dan 2019-2024.

BAB
14

**Asuhan Keperawatan
pada Pasien dengan
Ansietas**

* Joice Mermey Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners.,
M.Kep*

A. Konsep Dasar Ansietas

1. Definisi

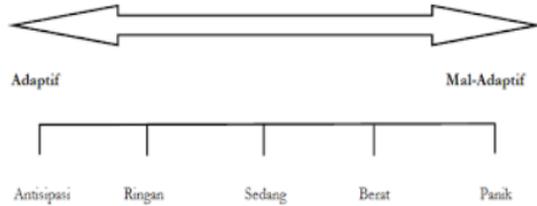
Ansietas atau kecemasan adalah respon fisiologis maupun psikologis terhadap peristiwa yang terjadi dan tidak diketahui penyebabnya. Respon tersebut lebih bersifat negatif, menanggapi ancaman yang tidak diketahui sumbernya dan samar samar, sehingga membuat pasien merasa tidak nyaman (Zaini, 2019).

Ansietas adalah kondisi dimana seseorang merasa emosi dan diikuti dengan respon otonom atau (individu tidak mengetahui dan asalnya tidak jelas) dan adanya antisipasi terhadap bahaya yang dapat menimbulkan rasa takut dan khawatir dan memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Yosep, 2017).

Stuart (2012) mendefinisikan ansietas sebagai suatu gejala yang tidak menyenangkan, perasaan tidak tenang, samar samar karena ketidaknyamanan atau ketakutan dan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya. Rasa takut dan cemas dapat menjadi isyarat kewaspadaan terhadap peringatan tentang peristiwa yang akan terjadi. Sehingga, individu dapat mengambil tindakan menghadapi ancaman. Adanya peristiwa yang terjadi dalam kehidupan dapat membawa dampak terhadap kesehatan fisiologis maupun psikologis individu itu sendiri. Salah satu dampak psikologis yaitu kecemasan (Widodo et al., 2022).

2. Rentang Respon

Rentang respon individu terhadap ansietas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif seperti pada gambar (Stuart, 2021).



Sumber : Stuart, 2016

Gambar 14.1 Rentang Respon Ansietas

- a. Respon adaptif ketika individu dapat mengatur dan menerima kecemasan yang dialami maka individu akan mendapatkan hasil yang positif. Kecemasan ini dapat menjadikan motivasi bagi individu untuk memecahkan masalah, dan merupakan sarana untuk memperoleh sebuah hasil yang tinggi. Individu sering menggunakan strategi adaptif untuk mengontrol kecemasan dengan berbicara kepada orang lain, menangis, tidur dan menggunakan teknik relaksasi.
- b. Respon maladaptif jika individu tidak dapat mengatur ansietas yang dialaminya maka individu akan menggunakan mekanisme koping yang disfungsi. Koping maladaptif mempunyai banyak jenis termasuk bicara tidak jelas, perilaku agresif, konsumsi alkohol, berjudi

Tingkat kecemasan menurut (Donsu, 2017) adalah:

- a. Antisipasi suatu keadaan yang digambarkan lapangan persepsi menyatu dengan lingkungan.
- b. Ansietas ringan (Mild Anxiety) adalah gejala yang sering di temukan pada setiap individu dalam kehidupan sehari harinya. Ansietas tersebut menjadikan individu menjadi lebih waspada dan meningkatkan lahan persepinya. Perasaan Individu relatif nyaman dan aman, rileks dan suara tenang. Individu akan terdorong untuk belajar dan akan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.
- c. Ansietas sedang (Moderate Anxiety) pada tingkat kecemasan ini lapangan persepsi terhadap lingkungan

menurun, pada individu akan muncul ketegangan dan ketidaknyamanan. Individu lebih memusatkan pada hal-hal yang penting dan mengesampingkan hal yang lain.

- d. Ansietas berat (*severe Anxiety*) pada tingkat kecemasan ini ditandai dengan lapangan persepsi individu yang semakin menyempit, individu lebih memikirkan hal-hal yang spesifik, individu tidak mampu lagi berfikir realistis dan mengabaikan hal lain. Individu akan merasa terancam dan aktivitas bisa meningkat atau menurun.
- e. Panik, pada tingkat kecemasan ini individu memiliki kepanikan dan lapangan persepsi sudah sangat menyempit. Kepanikan muncul disebabkan karena kehilangan kendali diri dan kurang perhatian. Individu tidak dapat melakukan apapun walaupun telah diberi arahan dan akan menambah akan kepanikan individu tersebut. Individu bisa agresif dan menyendiri.

3. Etiologi

Stuart (2021) menyatakan bahwa ansietas dapat diekspresikan secara langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping dan dikembangkan untuk menjelaskan ansietas yaitu :

a. Faktor predisposisi

1) Faktor psikoanalitik

Ansietas merupakan konflik emosional antara dua unsur kepribadian dari seseorang yaitu pikiran, ego dan super ego. Konsep melambangkan dorongan insting atau perasaan naluriah primitif, sedangkan super ego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma norma budaya seseorang. Ego atau fungsi diri berfungsi memediasi kebutuhan dari dua unsur yang bertentangan tersebut.

2) Faktor interpersonal

Ansietas terjadi karena adanya perasaan takut dari individu tersebut akibat ditolak oleh hubungan interpersonal. Ini juga dengan trauma masa

perkembangan seperti kehilangan, perpisahan. Individu dengan harga diri rendah lebih mudah mengalami kecemasan yang parah.

3) Faktor Perilaku

Ansietas merupakan produk depresi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

4) Kajian Biologis

Penelitian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor spesifik untuk obat yang memiliki efek penenang, obat ini dapat meningkatkan efek penghambatan terhadap neuroregulatory inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan ansietas. Ansietas dapat menyertai ketidaknyamanan fisik dan dapat mengurangi kemampuan individu untuk mengatasi masalah yang sedang dihadapi.

b. Faktor Presipitasi

Stessor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal. Stressor pemicu dapat dibagi menjadi dua kategori:

- 1) Ancaman terhadap integritas fisik termasuk cacat fisik atau menurunnya kemampuan menjalankan fungsi kehidupan sehari-hari.
- 2) Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri dan integritas fungsi sosial.

Beberapa faktor penyebab ansietas yang terdapat dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), yaitu :

- a. Krisis situasional.
- b. Kebutuhan tidak terpenuhi.
- c. Krisis maturasional.
- d. Ancaman terhadap konsep diri.

- e. Ancaman terhadap kematian.
- f. Kekhawatiran mengalami kegagalan.
- g. Disfungsi sistem keluarga.
- h. Hubungan orang tua - anak tidak memuaskan.
- i. Faktor keturunan (temperamen udah teragitasi sejak lahir).
- j. Penyalahgunaan zat.
- k. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain - lain).
- l. Kurang terpapar informasi.

4. Proses Terjadinya Masalah

Back, Amey & Greenberg (Freeman& Di Tamasso dalam wolman & sticker, 1994) dalam (Izard, 2013)) mengatakan bahwa dari sudut pandang kognitif (cognitive model) terdapat 5 kemungkinan faktor predisposisi atau faktor secara potensial dapat menyebabkan individu mengalami kecemasan diantaranya :

- a. Generative Inheribility (pewarisan genetik)
Faktor genetik mempengaruhi apakah saraf otonom dirangsang atau tidak dengan kata lain, seseorang dengan riwayat kesehatan keluarga atau keturunan yang mengalami kecemasan saat menghadapi situasi yang mengejutkan.
- b. Physical Disease States (penyakit fisik)
Pandangan kognitif mengatakan bahwa faktor penyebab penyakit fisik dapat membuat seseorang mengalami cemas.
- c. Phychological trauma/ mental trauma (trauma mental)
Seseorang akan lebih mudah cemas jika dihadapkan pada situasi yang mirip dengan pengalaman yang sebelumnya yang menyebabkan trauma. Situasinya seperti skema yang dipelajari.
- d. Absence of coping mechanisme (tidak adanya mekanisme penyesuaian diri)

Individu yang mengalami kecemasan biasanya menunjukkan respon adaptif yang tidak memadai terhadap gangguan kecemasan itu sendiri. Mereka merasa tidak berdaya untuk mengatasi kecemasannya. Akibatnya, individu tersebut membiarkan diri mereka ke lingkungan yang dapat membuat mereka cemas.

- e. Irrational thought, assumptions and cognitive procesing eror (pikiran, pikiran irasional, asumsi dan proses kognitif)

Pada individu dengan gangguan kecemasan, keyakinan yang tidak realistis atau keyakinan salah tentang ancaman atau bahaya dianggap dipicu oleh kondisi tertentu yang serupa dengan mempelajari keyakinan yang salah.

5. Manifestasi Klinis

Menurut (PPNI, 2016) adalah :

- a. Tanda gejala mayor

Subyektif

- 1) Bingung
- 2) Merasa khawatir dengan akibat dari situasi saat ini
- 3) Sulit berkonsentrasi

Obyektif

- 1) Tampak gelisah
- 2) Tampak gugup
- 3) Sulit tidur

- b. Tanda gejala minor

Subyektif

- 1) Mengeluh pusing
- 2) Anoreksia
- 3) Palpitasi
- 4) Merasa tidak berdaya

Obyektif

- 1) Meningkatnya laju pernafasan
- 2) Peningkatan frekuensi nadi
- 3) Meningkatnya tekanan darah
- 4) Gemetar

5) Kontak mata buruk

6. Penatalaksanaan

Adapun standar penatalaksanaan pasien ansietas, adalah sebagai berikut (Widiyawati, 2020):

a. Medis

- 1) Ansietas - Golongan Benzodiazepam - Buspiron
- 2) Antidepresi Golongan Serotonin Norepinephrin Reuptake Inhibitors (SNRI).

Pengobatan yang paling efektif untuk pasien dengan gangguan kecemasan menyeluruh adalah pengobatan yang paling efektif yaitu dengan psikoterapi dan pengobatan. Untuk pasien dengan gangguan kecemasan berat atau parah pengobatannya mungkin memerlukan waktu yang cukup lama (Keliat et al., 2015).

b. Keperawatan

- 1) Distraksi adalah salah satu metode yang dapat menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian dengan hal hal lain sehingga pasien akan lupa dengan rasa cemas yang dialaminya (Muhith, 2015)
- 2) Relaksasi nafas dalam adalah tarik nafas dalam dari hidung dengan frekuensi lambat dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata (Candra et al., 2017)
- 3) SP1 pasien : asesment ansietas dan latihan teknik relaksasi
 - a) Bina hubungan saling percaya
 - b) Membuat kontrak (inform consent) dua kali pertemuan latihan pengendalian ansietas
 - c) Bantu pasien mengenal ansietas
 - d) Latih teknik relaksasi
- 4) SP 2 pasien : Evaluasi asesment ansietas, manfaat teknik relaksasi dan latihan hipnotis diri sendiri (latihan 5 jari) dan kegiatan spiritual

- a) Pertahankan rasa percaya diri pasien
 - b) Membuat kontrak ulang : latihan pengendalian ansietas
 - c) Latihan hipnotis diri sendiri (lima jari) dan kegiatan spiritual
- 5) SP 1 keluarga : penjelasan kondisi pasien dan cara merawat
- a) Bina hubungan saling percaya
 - b) Membuat kontrak dua kali pertemuan latihan cara merawat ansietas pasien
 - c) Bantu keluarga mengenal ansietas
- 6) SP 2 keluarga : evaluasi peran keluarga cara merawat pasien, cara merawat dan follow up
- a) Pertahanan rasa percaya keluarga dengan mengucapkan salam, menanyakan peran keluarga merawat pasien & kondisi pasien
 - b) Membuat kontrak ulang : latihan lanjutan cara merawat dan follow up
 - c) Menyertakan keluarga saat melatih pasien hipnotis diri sendiri (lima jari) dan kegiatan spiritual
 - d) Diskusikan dengan keluarga follow up dan kondisi pasien yang perlu dirujuk (lapang persepsi menyempit, tidak mampu menerima informasi, tanda tanda fisik meningkat) dan cara merujuk pasien.

B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

Konsep dasar keperawatan jiwa meliputi :

1. Proses keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien menurut Lyer et al (1996, dalam setiadi, 2012) isi pengkajian meliputi :

- 1) Identitas klien
- 2) Keluhan utama atau alasan masuk
- 3) Faktor predisposisi
- 4) Aspek fisik atau biologis
- 5) Aspek psikososial
- 6) Status mental
- 7) Mekanisme koping
- 8) Masalah psikologi dan lingkungan
- 9) Pengetahuan
- 10) Aspek medik

Kemudian data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam yaitu :

- 1) Data obyektif yaitu data yang didapat dari hasil observasi atau pengukuran dari status kesehatan pasien.
- 2) Data subyektif ialah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga.

Data subyektif:

- a) Pasien mengatakan merasa cemas dengan kondisi yang dirasakan sekarang
- b) Pasien mengatakan perasaannya gelisah

Data obyektif :

- a) Terlihat pucat
- b) Gelisah
- c) Bingung
- d) Tegang

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons

klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Komponen diagnosis keperawatan terdiri dari masalah (problem), penyebab (etiology), serta tanda (sign) dan gejala (symptom). Ansietas (D.0080) merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Faktor penyebab ansietas adalah krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua - anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis.toksin, polutan, dan lain-lain) dan kurang terpapar informasi. Gejala dan tanda yang muncul pada pasien dengan ansietas, yaitu:

- 1) Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Data subjektif (S): merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi.
 - b) Data objektif (O): tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.
- 2) Gejala dan Tanda Minor
 - a) Data subjektif (S): mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.
 - b) Data objektif (O): frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu

c. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah tahap penyusunan luaran yang diharapkan serta penentuan intervensi yang akan dilakukan. Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017). Tindakan pada intervensi keperawatan meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Tabel 14.1 Perencanaan Keperawatan Berdasarkan Teori

Waktu	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Senin, 11 April 2023	<p>Ansietas (D.0080)</p> <p>Berhubungan dengan</p> <p>a. Krisis situasional</p> <p>b. Kebutuhan tidak terpenuhi.</p> <p>c. krisis maturasional.</p> <p>d. Ancaman terhadap konsep diri.</p> <p>e. Ancaman terhadap kematian.</p> <p>f. Kekhawatiran mengalami kegagalan.</p> <p>g. Disfungsi sistem keluarga.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x pertemuan maka tingkat Ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Verbalisasi kebingungan menurun (5)</p> <p>b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5)</p> <p>c. Perilaku gelisah</p>	<p>Reduksi ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor).</p> <p>b. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverba)</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.</p>	<p>Membantu memberikan terapi.</p> <p>Meningkatkan pengetahuan dan koping pasien.</p> <p>Membantu memberikan terapi.</p>

	h. Faktor keturunan	menurun (5)	b. Temani pasien untuk pengukuran kecemasan, jika memungkinkan.	Membantu merelaksasikan perasaan pasien.
	i. Kurang terpapar informasi.	Perilaku tegang menurun (5)	c. Pahami situasi yang membuat ansietas mendengarkan dengan penuh perhatian.	Memberikan rasa nyaman kepada pasien.
		d. Konsentrasi membaik (5)	d. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.	Membantu untuk memberikan terapi.
		e. Pola tidur membaik (5)	e. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.	Membantu meningkatkan rasa aman pasien.
		f. Pola perkemihannya membaik (5)	f. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.	Menambah pengetahuan pasien. Sebagai sumber koping tambahan..
		g. Frekuensi tekanan darah menurun (5)		Membantu mengidentifikasi respon pasien.
		h. Frekuensi nadi menurun (5)	Edukasi	
		i. Frekuensi pernapasan menurun (5)	a. Jelaskan prosedur,	
		j. Kontak mata membaik (5)		

			<p>termasuk sensasi yang mungkin dialami.</p> <p>b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis.</p> <p>c. Anjurkan keluarga untuk bersama pasien, jika perlu.</p> <p>d. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.</p> <p>e. Latih teknik relaksasi : terapi musik klasik.</p> <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu</p> <p>Terapi Musik (I.08250) Observasi</p> <p>a. Identifikasi perubahan perilaku atau</p>	<p>Mengurangi ansietas.</p> <p>Membantu menyesuaikan dengan kriteria hasil.</p> <p>Membantu pemberian terapi.</p>
--	--	--	---	---

			<p>fisiologis yang akan dicapai (mis. Relaksasi, stimulasi, konsentrasi, pengurangan rasa sakit).</p> <p>b. Identifikasi minat terhadap musik.</p> <p>c. Identifikasi musik yang disukai.</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Pilih musik yang disukai.</p> <p>b. Posisikan dalam posisi nyaman.</p> <p>c. Batasi rangsangan eksternal selama terapi dilakukan.</p> <p>d. Sediakan peralatan terapi musik.</p> <p>e. Atur volume suara yang sesuai.</p> <p>f. Berikan terapi musik sesuai indikasi.</p>	<p>Mengurangi distraksi saat terapi.</p> <p>Membantu kenyamanan pasien.</p> <p>Mencegah kebosanan.</p> <p>Memudahkan pemahaman</p> <p>Membantu terapi.</p>
--	--	--	---	--

			<p>g. Hindari pemberian terapi musik dalam waktu yang lama.</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi musik.</p> <p>b. Anjurkan rileks selama mendengarkan musik</p>	
--	--	--	---	--

Menurut Syah dkk., (2019), adapun prosedur dalam pemberian terapi musik klasik yaitu :

1. Langkah persiapan kegiatan
 - a. Membuat kontrak dengan klien yang sesuai dengan indikasi.
 - b. Menyediakan tempat yang kondusif, dan menjaga privasi.

2. Tahap Pre interaksi
 - a. Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontra indikasi.
 - b. Sediakan peralatan terapi musik.

3. Tahap Orientasi
 - a. Memberikan salam pada klien.
 - b. Memperkenalkan diri.
 - c. Identifikasi pasien.
 - d. Menjelaskan maksud dan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien.

4. Tahap Kerja
 - a. Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan.
 - b. Posisikan dalam posisi nyaman.
 - c. Jaga privasi, memulai kegiatan dengan cara yang baik.
 - d. Identifikasi pilihan musik klien.
 - e. Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan musik.
 - f. Dekatkan media musik dan perlengkapan dalam kondisi baik.
 - g. Nyalakan musik dan lakukan terapi musik.
 - h. Pastikan volume musik sesuai dan tidak terlalu keras.
 - i. Pastikan perubahan perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi.
 - j. Biarkan responden mendengarkan musik sampai kurang lebih 30 menit.

5. Tahap Terminasi
 - a. Evaluasi perasaan responden setelah melakukan terapi.
 - b. Evaluasi hasil kegiatan.
 - c. Simpulkan hasil kegiatan.
 - d. Berikan umpan balik positif.
 - e. Bereskan alat-alat.

6. Dokumentasikan : catat hasil kegiatan dalam catatan keperawatan, keluhan utama, tindakan yang dilakukan (terapi musik), lama tindakan, jenis terapi musik yang diberikan, reaksi selama setelah terapi pemberian terapi musik, respon pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Candra, I. W., Harini, I. G. A., & Sumirta, I. N. (2017). *Psikologi landasan keilmuan praktik keperawatan jiwa*. Penerbit Andi.
- Donsu, J. D. T. (2017). *Psikologi Keperawatan; Aspek-aspek Psikologi*.
- Izard, C. E. (2013). *Patterns of emotions: A new analysis of anxiety and depression*. Academic Press.
- Keliat, B. A., Helena, N., & Nurhaeni, H. (2015). *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas*.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan keperawatan jiwa: Teori dan aplikasi*. Penerbit Andi.
- PPNI. (2016). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Stuart, G. W. (2021). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart, Edisi Indonesia 11*. Elsevier Health Sciences.
- Widiyawati, W. (2020). *Keperawatan Jiwa*. Literasi Nusantara.
- Widodo, D., Juairiah, J., Sumantrie, P., Siringoringo, S. N., Pragholapati, A., Purnawinadi, I. G., Manurung, A., Kadang, Y., Anggraini, N., & Hardiyati, H. (2022). *Keperawatan Jiwa*. Yayasan Kita Menulis.
- Yosep, I. (2017). *Keperawatan jiwa*. PT. Refika Aditama. Bandung. Hal 156-159.
- Zaini, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial*. Yogyakarta: Cv Budi Utomo Cetakan Pertaman.

BIODATA PENULIS



Joice Mermey Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep., Lahir pada tanggal 17 Januari 1972 dari pasangan Noch Laoh dan Lely Kalalo. Istri dari Rudolf Boyke Purba.,SKM.,M.Kes. Lahir di Tomohon, 17 Januari 1972. Sekolah Dasar GMIM Tambelang tamat 1984 dan SMP Negeri Tambelang tamat tahun 1987. Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Bethesda

Tomohon tamat tahun 1990 kemudian mengikuti Program Pendidikan Bidan (PPB) di Bethesda Tomohon tamat tahun 1991 dan diangkat sebagai CPNS tahun 1991. Pada Tahun 1994 saya kembali di Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Utara dan mengikuti test Diploma 3 Keperawatan yang diselenggarakan oleh DEPKES akhirnya LULUS sehingga bisa mengikuti Pendidikan AKPER DEPKES Tidung Ujung Pandang tamat tahun 1999 bersama AKTA 3 dari Universitas Negeri Makasar tahun 1999. Saya Mengikuti S1 Pendidikan di Universitas Negeri Manado (UNIMA) lulus tahun 2003, dan melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Sam Ratulangi Manado (UNSRAT) Lulus tahun 2007, dilanjutkan dengan Profesi Ners lulus tahun 2008. Melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Padjadjaran Bandung (UNPAD) masuk 2009 Lulus Tahun 2011. Bekerja sebagai Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2004- sampai sekarang.

BAB
15

**Asuhan Keperawatan
Pada Pasien dengan Ber-
duka**

Ns. Fitry Erlin, M.Kep

A. Pendahuluan

Perasaan sedih dan berduka merupakan suatu respon alami yang esensial dan normal dalam kehidupan manusia ketika mengalami peristiwa atau kejadian buruk, seperti meninggalnya anggota keluarga yang di cintai, kehilangan sesuatu yang paling berharga, perceraian, atau didiagnosa penyakit serius. Proses berduka jarang terjadi dengan nyaman atau menyenangkan, meskipun normal dialami nyatanya perasaan ini tidak selalu mudah untuk dihilangkan. Karena semua individu yang berduka mengalami perubahan dan kehilangan dalam hidup dan sering kali proses tersebut merupakan salah satu hal yang paling sulit dan menantang keberadaan manusia.

B. Pengertian

Berduka (*grieving*) merupakan kondisi dimana individu atau keluarga mengalami respons alamiah yang melibatkan reaksi psikososial dan psikologis terhadap kehilangan aktual atau kehilangan yang dirasakan (Carpenito-Moyet, 2009). Duka cita adalah proses kompleks normal yang meliputi respon dan perilaku emosional, fisik, spiritual, sosial dan intelektual yakni individu, keluarga dan komunitas memasukkan kehilangan yang actual, adaptif atau dipersepsikan ke dalam kehidupan sehari-hari mereka (Nanda, 2018).

C. TIPE BERDUKA

Nanda (2018) membagi berduka menjadi dua tipe, yaitu:

1. Berduka diantisipasi.

Berduka diantisipasi merupakan suatu pengalaman individu dalam merespons kehilangan aktual ataupun yang dirasakan seseorang, hubungan kedekatan, objek atau ketidakmampuan fungsional sebelum terjadinya kehilangan. Tipe ini masih dalam batas normal.

2. Berduka disfungsional

Berduka disfungsional merupakan kondisi individu dalam merespon suatu kehilangan dimana respon kehilangan dibesar-besarkan pada saat individu kehilangan secara

potensial, hubungan, objek dan ketidakmampuan fungsional. Tipe ini kadang-kadang menjuru ke tipikal abnormal atau kesalahan atau kekacauan.

Berduka kadang-kadang harus menjadi fokus terapi. Walaupun berduka bukan gangguan alam perasaan, berduka tampak sebagai gangguan perasaan bagi mata orang yang tidak berpengalaman dapat lebih sulit mengkaji berduka pada individu yang menderita disabilitas psikiatri seperti depresi atau skizofrenia karena efek datar, mood tertekan atau disorganisasi kognitif yang menyertai banyak gangguan jiwa dapat mengamuflese perilaku berduka klien.

Hubungan terapeutik dan keterampilan komunikasi seperti mendengarkan aktif merupakan hal yang sangat penting ketika membantu klien yang berduka.

D. Tahap proses berduka

Berduka meliputi fase akut dan jangka Panjang.

1. Fase akut

Fase ini berlangsung selama 4 sampai 8 minggu setelah kehilangan/kematian yang terdiri atas tiga proses, yaitu syok dan tidak percaya, perkembangan kesadaran serta restitusi.

a. Syok dan tidak percaya

Respon awal yang dilakukan biasanya berupa penyangkalan, secara emosional tidak dapat menerima pedihnya berduka. Namun, sesungguhnya proses ini memang dibutuhkan untuk menoleransi ketidakmampuan klien dalam menghadapi pedih dan secara perlahan membantu klien untuk menerima kenyataan kematian.

b. Perkembangan kesadaran

Gejala yang muncul adalah marah, menyalahkan orang lain, perasaan bersalah dengan menyalahkan diri sendiri melalui berbagai cara dan menangis untuk menurunkan tekanan dalam perasaan yang dalam.

c. Restitusi

Merupakan proses yang formal dan ritual bersama teman dan keluarga sehingga dapat membantu menurunkan sisa perasaan tidak menerima kenyataan berduka.

2. Fase jangka Panjang

- a. Berlangsung selama satu sampai dua tahun atau lebih .
- b. Reaksi berduka yang tidak terselesaikan dapat menjadi penyakit tersembunyi dan termanifestasikan dalam berbagai gejala fisik. Pada beberapa individu reaksi ini menjadi keinginan bunuh diri, sedangkan yang lain mengabaikan diri dengan menolak makanan dan menggunakan alkohol.

Tabel 15.1 Pemahaman teoretis proses berduka

Ahli te-ori/klinis	Fase I	Fase II	Fase III	Fase IV	Fase V
Kubler-ross (1969)	Penyangkalan	Kemarahan	Despresi	Tawar menawar	Menerima
Bowlby (1980)	Mati rasa, penyangkalan	Kerinduan emosional terhadap orang yang dicintai; memprotes berduka yang tetap ada	Disorganisasi kognitif; keputusan emosional; sulit melakukan fungsi	Reorganisasi kognitif; reintegrasi kesadaran diri	
Harvey(1998)	Syok; menangis dengan keras; menyangkal	Intruksi pikiran, distraksi, menjau berduka secara obsesif	Menceritakan kepada orang lain untuk meluapkan emosi dan secara kongnitif menyusun kembali peristiwa kehilangan		

Rodebaugh et al (1999)	Reeling: syok, tidak percaya, atau menyangkal	Merasa (feeling) penderitaan yang berat, rasa bersalah, kesedihan, kemerahan, susahny konsentras, gangguan tidur, perubahan nafsu makan, kelelahan, tidaknyaman yang umum	Menghadapi (delling) beradaptasi terhadap kehilangan	Pemulihan (healing) integrasi berduka; kehilangan dapat diluapkan atau diterima dapat juga tidak.	
------------------------	---	---	--	---	--

E. Dimensi (Respon) dan Gejala Klien Berduka

Videbeck (2008) menyatakan bahwa perilaku dan respon dalam berduka mencakup respon kognitif, emosional, spiritual, fisiologis dan perilaku.

1. Kognitif

- a. klien membuat makna tentang berduka
- b. gangguan asumsi keyakinan
- c. berupaya mempertahankan keberadaan orang yang sudah meninggal
- d. percaya pada kehidupan akhirat dan orang-orang yang meninggal seolah-olah adalah pembimbing
- e. emosional

Perasaan marah, sedih dan cemas adalah pengalaman emosional yang dominan pada berduka. Kemarahan dan kebencian dapat ditunjukkan kepada individu yang meninggal dan praktik kesehatan yang dilakukannya, pada anggota keluarga dan pemberi perawatan kesehatan atau institusi. Reaksi umum yang mungkin perawat dengar ialah;

- a. "Seharusnya dia berhenti merokok sejak dulu."
- b. "Jika kamu membawanya ke dokter lebih awal, ini tidak mungkin terjadi."
- c. "Anda terlalu lama mendiagnosis penyakitnya."

Rasa bersalah terhadap hal yang belum dilakukan atau dikatakan dalam hubungan yang terputus merupakan emosi lain yang menyakitkan.

Respons emosional terlihat pada semua fase proses berduka, menurut Bowlby pertama **fase mati rasa**, respons awal yang umum terhadap kabar kehilangan ialah rasa syok, seolah-olah tidak dapat menyadari realita berduka. Emosi yang bertolak belakang bisa terjadi, misalnya pada suatu waktu individu mengalami ledakan impulsif amarah terhadap orang meninggal, diri sendiri atau orang lain, kemudian merasakan elasi yang tidak diharapkan saat memikirkan orang meninggal (Bowlby, 1980).

Pada fase kedua, kerinduan dan pencarian, realitas muncul dan individu yang berduka memperlihatkan kemarahan, penderitaan yang besar dan menangis.

Selama fase disorganisasi dan keputusan, individu yang berduka mulai memahami bahwa kehilangan tetap ada. Pada fase reorganisasi akhir, individu yang berduka mulai membangun kembali rasa identitas personal, arah dan tujuan hidup, rasa mandiri dan percaya diri dirasakan (Bowlby, 1980).

2. Fisiologis

- a. Sakit kepala, insomnia
- b. Gangguan nafsu makan, berat badan turun
- c. Tidak bertenaga
- d. Palpitasi, gangguan pencernaan
- e. Perubahan system imun dan endokrin

3. Spiritual

- a. Kecewa atau marah kepada tuhan
- b. Penderitaan karena ditinggalkan atau merasa ditinggalkan
- c. Kehilangan harapan; kehilangan makna

Nilai system keyakinan yang mendukung dimensi tersebut merupakan komponen sentral spiritualitas dan respons spiritual terhadap berduka. Oleh karena itu, memenuhi kebutuhan spiritual individu yang berduka aspek asuhan keperawatan yang sangat penting. Respons emosional dan spiritual klien saling terkait ketika klien menghadapi penderitaan dengan kesadaran penderitaannya membantu transformasi psikospiritual (yang melibatkan baik aspek pengalaman psikologis maupun spiritual) yang sering kali berkembang dalam proses berduka.

4. Respons Perilaku

Respon perilaku merupakan respons yang paling mudah diobservasi. Dengan mengenali perilaku yang umum saat berduka, perawat dapat memberi bimbingan pendukung untuk mengkaji keadaan emosional dan kognitif klien secara garis besar. Perilaku berduka dibagi menjadi 10 macam yaitu;

- a. Menangis terisak, menangis tidak terkendali
- b. Melakukan fungsi secara "otomatis"
- c. Sangat gelisah; perilaku mencari
- d. Iritabilitas dan sikap bermusuhan
- e. Mencari, menghindari tempat dan aktivitas yang pernah dilakukan bersama dengan orang yang meninggal
- f. Menyimpan benda berharga milik orang yang telah meninggal, padahal ingin membuangnya
- g. Kemungkinan menyalah gunakan obat atau alcohol
- h. Kemungkinan melakukan gestur atau upaya bunuh diri atau pembunuhan
- i. Mencari aktivitas dan refleksi personal selama fase reorganisasi
- j. Klien mempertahankan hubungan dengan almarhum atau almarhumah

5. Respon fisiologis terhadap berduka

Gejala dan masalah fisiologis yang terkait dengan respons berduka seringkali merupakan sumber ansietas dan kekhawatiran bagi individu yang berduka juga teman atau pemberian perawat. klien dapat mengeluh insomnia, sakit kepala, gangguan nafsu makan, berat badan turun, tidak bertenaga, palpitasi dan gangguan pencernaan, serta perubahan system imun dan endokrin. Beberapa individu percaya bahwa gejala psikogenik(yang disebabkan gangguan jiwa atau emosional) atau gejala somatic (yang berhubungan dengan tubuh) setelah kehilangan yang besar menggambarkan kehilangan rasa aman.

6. Berduka dengan penyulit

Beberapa individu yakin bahwa berduka dengan penyulit merupakan respons yang berada diluar norma yang ada dan terjadi ketika individu mungkin tanpa emosi, berduka dalam waktu lama, dan memiliki ekspresi berduka yang tampaknya tidak wajar. Kotak 15-1 membahas tentang gaya berduka.

Kotak 15-1

➤ **Gaya berduka**

Ketika menentukan apakah individu mengalami proses berduka dengan penyulit, perawat harus mempertimbangkan untuk melihat perilaku individu sebagai gaya berduka yang unik, Silver dan Wortman (1980) mengajukan tiga gaya berduka:

- Individu yang berduka mengalami distress yang naik turun sepanjang waktu.
- Individu yang berduka tidak memperlihatkan distress, baik sebagai respons segera terhadap kehilangan atau setelahnya.
- Individu yang berduka tetap dalam keadaan sangat distress selama waktu yang melebihi apa yang dianggap wajar oleh orang lain.

F. KARAKTERISTIK KERENTANAN

Karakteristik individu yang rentan terhadap duka cita dengan penyulit mencakup mereka yang (Parkes,1998):

1. Memiliki harga diri rendah
2. Kurang percaya pada orang lain
3. Menderita gangguan jiwa sebelumnya
4. Melakukan ancaman atau upaya bunuh diri sebelumnya
5. Tidak memiliki anggota keluarga atau anggota keluarganya tidak membantu
6. Memiliki kedekatan yang ambivalen, tergantung dengan orang yang meninggal. Pada kedekatan yang ambivalen, salah satu atau pasangan suami istri tidak memiliki pengertian yang jelas tentang bagaimana mereka dicintai satu sama lain.
7. Memiliki kedekatan dengan orang tua yang tidak memberi rasa aman pada masa kanak-kanak, terutama ketika anak mempelajari ketakutan dan ketidakberdayaan.

G. Diagnos keperawatan

Berdasarkan data pengkajian, berikut ini merupakan pohon masalah diagnose berduka(Sutejo, 2008)

Gambar. Pohon masalah berduka.



H. Perencanaan

Tabel 15.2 Rencana keperawatan berduka

Diagnosa keperawatan	Perencanaan			
	Tujuan(tuk / tum)	Kriteria evaluasi	Intervensi	Rasional
Berduka	<p>Tum: Pasien secara aktif mampu melewati proses berduka secara tuntas</p> <p>Tuk: Pasien dapat membina hubungan saling percaya.</p>	<p>Pasien menunjukkan tanda-tanda dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, yaitu:</p> <p>a.Ekspresi wajah bersahabat.</p> <p>b.Pasien menunjukkan rasa senang</p> <p>c.Pasien bersedia berjabat tangan</p> <p>d.Pasien bersedia menyebutkan nama</p> <p>e.Adanya kontak mata</p> <p>f.Pasien bersedia duduk berdampingan dengan perawat</p> <p>g.Pasien bersedia mengutarakan masalah yang dihadapi</p>	<p>Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik,yaitu:</p> <p>1.1 Sapa pasien dengan rahma baik verbal maupun non verbal</p> <p>1.2 Perkenalkan diri dengan sopan.</p> <p>1.3 Tanya nama lengkap pasien dan nama panggilan</p> <p>1.4 Jelaskan tujuan pertemuan.</p> <p>1.5 Jujur dan menepati janji.</p> <p>1.6 Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya</p> <p>1.7 Beri perhatian pada pemenuhan kebutuhan dasar pasien</p>	<p>Kepercayaan diri pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya terhadap pasien.</p>

	<p>Tuk 2; Pasi en dapat mengidentifikasi cara - cara mengatasi berduka yang dialami</p>	<p>Kriteria evaluasi ; Pasi en tidak terlalu lama mengekspresikan emosi dan perilaku - perilaku yang berlebihan yang berhubungan dengan disfungsi berduka dan mampu melaksanakan sehari - hari secara mandiri</p>	<p>Berdiskusi dengan pasien tentang cara mengatasi berduka yang dialami, yaitu : 1.1 Cara verbal dengan mengungkapkan perasaan. 1.2 Cara fisik yang dilakukan dengan memberi kesempatan aktivitas fisik 1.3 Cara sosial dengan sharing melalui self group. 1.4 Cara spiritual, seperti berdoa, beresah diri</p>	<p>Cara mengatasi berduka dapat membantu pasien mengatasi situasi dan respons mereka terhadap situasi tersebut.</p>
	<p>Tuk 3; Pasi en dapat mengatasi rasa berduka dengan koping yang adaptif</p>	<p>Kriteria evaluasi: Rasa berduka pasien dapat berkurang</p>	<p>1.1 Bantu pasien dalam memecahkan masalahnya sebagai usaha untuk menentukan metode - metode koping yang lebih adaptif terhadap pengalaman kehilangan. 1.2 Berikan umpan balik positif untuk identifikasi strategi dan membuat keputusan</p>	<p>Mekanisme koping terhadap pasien dengan berduka dapat meminimalisasi dampak. Umpan balik positif meningkatkan harga diri dan mendorong pengula</p>

				ngan perilaku yang diharapkan
	Tuk 4: Meningkatkan pengetahuan dan kesiapan keluarga dalam merawat pasien dengan rasa berduka	Kriteria evaluasi : Keluarga mengetahui masalah berduka anggota keluarganya serta mengetahui	1.1 Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien. 1.2 Diskusi tentang berduka dan dampaknya 1.3 Melatih keluarga untuk mempraktikkan cara merawat pasien dengan berduka 1.4 Diskusikan dengan keluarga tentang sumber-sumber bantuan yang dapat dimanfaatkan pasien serta perilaku pasien yang perlu dirujuk dan bagaimana cara merujuk pasien	

Sedangkan diagnosis berduka menurut SDKI (PPNI, 2017) adalah:

Berduka 0081 Kategori : Psikologis	D.
--	-----------

Subkategori : Integritas ego

Definisi:

Respon psikososial yang ditunjukkan oleh klien sebagai akibat dari kehilangan, baik kehilangan orang, objek, fungsi bagian tubuh atau hubungan sosial

Penyebab:

- a. Kematian anggota keluarga atau orang yang berarti
- b. Antisipasi kematian keluarga atau orang yang berarti
- c. Kehilangan (pekerjaan, objek, fungsi bagian tubuh atau hubungan sosial)
- d. Antisipasi kehilangan (pekerjaan, objek, fungsi bagian tubuh atau hubungan sosial)

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

- a. Merasa sedih
- b. Merasa salah atau menyalahkan orang lain
- c. Tidak menerima kehilangan
- d. Merasa tidak ada harapan

Objektif

- a. Menangis
- b. Pola tidur berubah
- c. Tidak mampu konsentrasi

Gejala dan tanda minor

Subjektif:

- a. Mimpi buruk atau pola mimpi berubah
- b. Merasa tidak berguna
- c. Fobia

Objektif

- a. Marah
- b. Tampak panik
- c. Fungsi imunitas terganggu

Kondisi klinis terkait

- a. Kematian anggota keluarga atau orang terdekat
- b. Amputasi

- c. Cedera medulla spinalis
- d. kondisi kehilangan perinata
- e. Penyakit terminal
- f. Putus hubungan kerja

Luaran berduka menurut SLKI (PPNI, 2019) adalah:

Berduka	
Luaran Utama	Tingkat berduka
Luaran Tambahan	Dukungan social Harapan Ketahanan personal Resolusi berduka Status koping Status spiritual Tingkat Depresi

Intervensi berduka menurut SIKI (PPNI, 2018) adalah:

BERDUKA	
INTERVENSI UTAMA	
Dukungan Proses Berduka	Dukungan Emosional
Intervensi Pendukung	
Dukungan kelompok	Konseling
Dukungan keluarga	Manajemen mood
Dukungan keyakinan	Manajemen pengendalian marah
Dukungan memaafkan	Pencegahan penggunaan zat
Dukungan pelaksanaan ibadah	Promosi koping
Dukungan perasaan bersalah	Terapi keluarga
Dukungan spiritual	Terapi reminisens
Jurnal	Terapi sentuhan

Dukungan proses berduka	1.09274
Defenisi	
Menfasilitasi menyelesaikan proses berduka terhadap kehilangan yang bermakna.	
Tindakan	
Observasi	

-
- Identifikasi kehilangan yang dihadapi
 - Identifikasi proses berduka yang dialami
 - Identifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau orang yang meninggal
 - Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan

Teraupetik

- Tunjuk sikap menerima dan empati
- Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan
- Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat
- Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama dan norma sosial
- Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (mis, membaca buku, menulis, menggambar atau bermain)
- Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan

Edukasi

- Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar menawar, sepresi dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan
 - Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan
 - Anjurkan mengespresikan perasaan tentang kehilangan
 - Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap
-

Dukungan emosional	1.01001
Defenisi	
Menfasilitasi penerimaan kondisi emosional selama masa stress.	
Tindakan	
Observasi	
<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi fungsi marah, frustasi, dan amuk bagi pasien - Identifikasi hal yang telah memicu emosi 	
Terapeutik	
<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih - Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka - Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis, merangkul, menepuk-nepuk) 	

-
- Tahap Bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansi-etas, jika perlu
 - Kurangi tuntutan berfikir saat sakit atau lelah

Edukasi

- Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu
- Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis, ansi-etas, marah, sedih)
- Anjurkan mengungkap pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan
- Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat

Kolaborasi

- Rujuk untuk konseling, jika perlu
-

DAFTAR PUSTAKA

- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa : Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa : Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan III. Jakarta: DPP PPNI.
- Videbeck, Sheila. L.(2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

BIODATA PENULIS



Ns. Fitry Erlin, M.Kep lahir di Tanjung Pinang, pada 1 Mei 1973. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Andalas peminatan keperawatan jiwa pada tahun 2015. Wanita yang kerap disapa Fitry ini adalah anak dari pasangan H.A.Gaffar Elsuheri B.A (ayah) dan Rosmaniar (ibu). Fitry Erlin dalam mewujudkan tridharma perguruan tinggi sebagai dosen profesional aktif sebagai peneliti dibidang Keperawatan Jiwa. Penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi, Kemenristek DIKTI pada tahun 2016 dan 2017 dan beberapa penelitian baik secara nasional maupun international. Selain meneliti, Fitry Erlin juga aktif dalam melakukan pengabdian masyarakat dan menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara Indonesia. Selanjutnya pada tahun 2021 Penulis menjadi Dosen Pembimbing Lapangan Angkatan I Program MBKM.

BAB

16

**Asuhan Keperawatan
pada Pasien dengan
Defisit Perawatan Diri**

**Moudy Lombogia,S.Kep.Ns,M.Kep **

A. Pengkajian

Pengkajian pasien dengan Defisit perawatan diri Menurut Suliswati (2016), Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga.

Tanda dan gejala defisit perawatan diri yang dapat ditemukan dengan wawancara, melalui pertanyaan sebagai berikut:

1. Coba ceritakan kebiasaan/ cara pasien dalam membersihkan diri?
2. Apa yang menyebabkan pasien malas mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan, menggunting kuku?
3. Bagaimana pendapat pasien tentang penampilan dirinya? Apakah pasien puas dengan penampilan sehari-hari pasien?
4. Berapa kali sehari pasien menyisir rambut, berdandan, bercukur (untuk laki-laki) secara teratur?
5. Menurut pasien apakah pakaian yang digunakan sesuai dengan kegiatan yang akan dilakukan
6. Coba ceritakan bagaimana kebiasaan pasien mandi sehari-hari? peralatan mandi apa saja yang digunakan pasien ?
7. Coba ceritakan bagaimana kebiasaan makan dan minum pasien ?
8. Menurut pasien apakah alat makan yang digunakan sesuai dengan fungsinya ?
9. Coba ceritakan apa yang pasien lakukan ketika selesai BAB atau BAK ?
10. Apakah pasien membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK?
11. Tanyakan mengenai pengetahuan pasien mengenai cara perawatan diri yang benar

Tanda dan gejala defisit perawatan diri yang dapat ditemukan melalui observasi adalah sebagai berikut

1. Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor.
2. Ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian

tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan.

3. Ketidakmampuan makan dan minum secara mandiri, ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan dan minum sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
4. Ketidakmampuan BAB dan BAK secara mandiri, ditandai dengan BAB dan BAK

Data hasil observasi dan wawancara pasien didokumentasikan pada kartu status pasien

Contoh pendokumentasian hasil pengkajian sebagai berikut:

Data : Pasien mengatakan belum mandi, rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor. Rambut acak-acakan dan tidak disisir, pakaian kotor dan tidak rapi pakaian tidak sesuai, makan dan minum diambilkan oleh keluarga, makan berceceran, dan tidak pada tempatnya. Setelah BAB dan BAK tidak menyiram dan membersihkan diri.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien dengan defisit perawatan diri. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala defisit perawatan diri, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah sebagai berikut :

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI dalam Standar diagnosa Keperawatan Indonesia 2017 adalah sebagai berikut:

D.0109 Defisit perawatan Diri berhubungan dengan gangguan psikologi dan/atau psikotik dibuktikan dengan menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/ mengenakanpakaian/ makan/ ketoilet/ berhias secara mandiri dan minat perawatan diri kurang

C. Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Menurut Karokaro T.M dan Sitepu S.D.E.W, (2022), Tindakan keperawatan defisit perawatan diri dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat memberikan pelayanan di rumah sakit (bila ada pasien dikunjungi atau didampingi keluarga), puskesmas atau kunjungan rumah, maka perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga. Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi defisit perawatan diri yang dialami pasien.

Setelah perawat selesai melatih pasien, maka perawat kembali menemui keluarga dan melatih keluarga untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kemampuan mengatasi defisit perawatan diri yang telah diajarkan oleh perawat.

Tindakan keperawatan untuk pasien dan keluarga dilakukan pada setiap pertemuan, minimal empat kali pertemuan hingga pasien dan keluarga mampu mengatasi defisit perawatan diri.

1. Tindakan Keperawatan untuk Pasien Defisit Perawatan Diri

a. Tujuan: Pasien mampu:

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Melakukan kebersihan diri secara mandiri
- 3) Melakukan berhias/berdandan secara baik
- 4) Melakukan makan minum dengan baik
- 5) Melakukan BAB/BAK secara mandiri

Tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada Pasien Defisit Perawatan Diri:

- 1) Membina hubungan saling percaya dengan cara:
 - a) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien

- b) Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien
 - c) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
 - d) Buat kontrak asuhan: apa yang akan dilakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya di mana.
 - e) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - f) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien
 - g) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan
- 2) Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri
- Melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi:
- a) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri.
 - b) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
 - c) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri.
 - d) Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri.
- 3) Melatih pasien berdandan/berhias
- a) Pasien laki-laki dapat dilakukan latihan meliputi: Berpakaian, Menyisir rambut dan Bercukur
 - b) Pasien wanita, latihannya meliputi: Berpakaian, Menyisir rambut dan Berhias

Menurut Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia 2018 adalah sebagai berikut

I.11352 Dukungan Prowatan diri Mandi

Observasi

- a) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri
- b) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan

- c) Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)
- d) Monitor integritas kulit

Terapeutik

- a) Sediakan Peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)
- b) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
- c) Fasilitasi menggosok gigi sesuai kebutuhan
- d) Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan
- e) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
- f) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Edukasi

- a) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan
- b) Ajarkan kepada keluarga cara memendikan pasien jika perlu
Menurut Karokaro T.M dan Sitepu S.D.E.W, (2022),
- c) Melatih pasien makan dan minum secara mandiri
- d) Melatih makan dan minum bagi pasien, perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut:
 - (1) Menjelaskan kebutuhan (kebutuhan makan perhari dewasa 2000-2200 kalori (untuk perempuan) dan untuk laki-laki antara 2400-2800 kalori setiap hari makan minum 8 gelas (2500 ml setiap hari) dan cara makan dan minum
 - (2) Menjelaskan cara makan dan minum yang tertib.
 - (3) Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan dan minum setelah makan dan minum
 - (4) Mempraktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
- e) Mengajarkan pasien melakukan BAB dan BAK secara mandiri

Perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut:

- (1) Menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai
- (2) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
- (3) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK
- (4) Mempraktikkan BAB dan BAK dengan baik

Menurut Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia 2018 adalah sebagai berikut

I.11348 Dukungan Perawatan Diri

Observasi

- a) Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia
- b) Monitor tingkat kemandirian
- c) Identifikasi alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan

Terapeutik

- d) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, terapeutik)
- e) Siapkan keperluan pribadi (mis. Shampoo, Sikat gigi dan sabun mandi)
- f) Dampingi perawatan diri sampai mandiri
- g) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- h) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- i) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi

- j) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Menurut Karokaro T.M dan Sitepu S.D.E.W, (2022), tindakan keperawatan untuk keluarga pasien

adalah

a) Tindakan Keperawatan untuk Keluarga Pasien Defisit Perawatan Diri

Keluarga diharapkan dapat merawat pasien defisit perawatan diri di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien

Tujuan: Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri
Tindakan keperawatan

- 1) Mendiskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien defisit perawatan diri
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri dan mengambil keputusan merawat pasien
- 3) Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien.
- 4) Latih keluarga cara merawat dan membimbing kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK pasien
- 5) Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan diri pasien
- 6) Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan.
- 7) Mengajukan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

D. Evaluasi

Menurut Karokaro T.M dan Sitepu S.D.E.W, (2022), evaluasi keperawatan yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga Dalam Defisit Perawatan Diri.

Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan ditandai dengan peningkatan kemampuan pasien dalam perawatan diri, seperti:

- a. Klien mampu melakukan mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggunting kuku dengan benar dan bersih
- b. Mengganti pakaian dengan pakaian bersih
- c. Membereskan pakaian kotor
- d. Berdandan dengan benar
- e. Mempersiapkan makanan
- f. Mengambil makanan dan minuman dengan rapi
- g. Menggunakan alat makan dan minum dengan benar
- h. BAB dan BAK pada tempatnya
- i. BAB dan BAK air kecil dengan bersih.

Menurut Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia 2019 adalah sebagai berikut:

L.11103 Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka Perawatan diri meningkat dengan Kriteria Hasil:

- a. Kemampuan Mnadi meningkat
 - b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
 - c. Kemampuan makan meningkat
 - d. Kemampuan ketoilet (BAB/BAK) meningkat
 - e. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
 - f. Minat melakukan perawatan diri meningkat
 - g. Mempertahankan kebersihan diri meningkat
 - h. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat
2. Evaluasi kemampuan keluarga defisit perawatan diri berhasil apabila keluarga dapat :
- a. Mengenal masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri)

- b. Menyediakan fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien
- c. Merawat dan membimbing pasien dalam merawat diri: kebersihan diri, berdandan (wanita), bercukur (pria), makan dan minum, BAB dan BAK.
- d. *Follow up* ke Puskesmas, mengenal tanda kambuh dan rujukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Karokaro T.M dan Sitepu S.D.E.W, (2022), Modul Keperawatan Jiwa, Program Studi D III keperawatan
- Suliswati (2016), Modul Praktek Klinik Keperawatan Jiwa, Kemenkes RI, Badan Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1 Cetakan III. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1.Cetakan II Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia .
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1.Cetakan II Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

BIODATA PENULIS



Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep. Lahir di Tomohon pada 26 Januari 1970 Riwayat Pendidikan Sebagai berikut : Sekolah Perawat Kesehatan Manado Lulus 1988, Akademi Keperawatan Manado lulus 2000, S1 Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Lulus 2005, S2 Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin Makasar

Lulus 2013. Pernah menjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Sariputra Indonesia Tomohon 2007-2011, menjadi pegawai sejak 1988 dan sejak 2006 Dosen Poltekkes Kemenkes Manado. Riwayat menulis buku yaitu : Sebagai penulis Utama pada Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Konsep, Teori dan Modul Praktikum) pada 2017.