



Nuansa  
Fajar  
Cemerlang

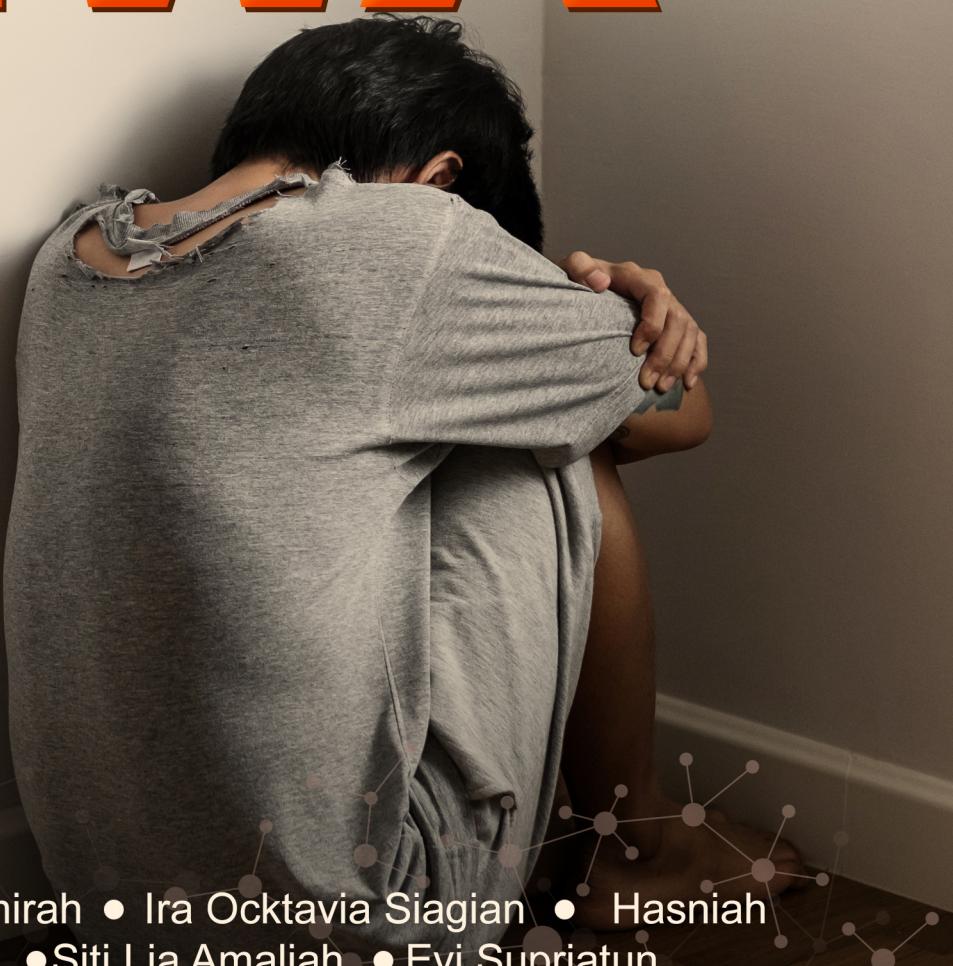
Optimal

IKAPI  
IKATAN PENERBIT INDONESIA

# Buku Ajar

# KEPERAWATAN

# JIWA



Sri Laela • Sri Nyumirah • Ira Oktavia Siagian • Hasniah  
Ana Puji Astuti • Siti Lia Amaliah • Evi Supriyatun  
Gusti Ayu Putri Ariani • Ismailinar

# **BUKU AJAR**

## **KEPERAWATAN JIWA**

### **Penulis:**

Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Ns. Sri Nyumirah, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Ns. Ira Oktavia Siagian, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Ns. Hasniah, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Ana Puji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Ns. Siti Lia Amaliah, M.Kep.  
Evi Supriyatun, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Gusti Ayu Putri Ariani, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ners. Ismailinar, S.Kep., M.Kep.



# **BUKU AJAR KEPERAWATAN JIWA**

## **Penulis:**

Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Ns. Sri Nyumirah, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Ns. Ira Oktavia Siagian, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Ns. Hasniah, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Ana Puji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Ns. Siti Lia Amaliah, M.Kep.  
Evi Supriyatun, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Gusti Ayu Putri Ariani, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ners. Ismailinar, S.Kep., M.Kep.

**Desain Sampul: Ivan Zumarano**

**Penata Letak: Achmad Faisal**

**ISBN:** 978-623-8775-25-5

**Cetakan Pertama:** Oktober, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

**Copyright © 2024**

**by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

*All Right Reserved*

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

instagram: @bimbel.optimal

## **PENERBIT:**

**PT Nuansa Fajar Cemerlang**  
**Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F**  
**Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah**  
**Jakarta Barat, 11480**  
**Anggota IKAPI (624/DKI/2022)**

## **PRAKATA**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penyusunan "Buku Ajar Keperawatan Jiwa" untuk mahasiswa Keperawatan ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ajar ini membahas proses pembelajaran mata kuliah keperawatan jiwa, sebagai panduan bagi dosen dan mahasiswa Keperawatan serta praktisi kesehatan khususnya perawat. Buku ajar ini disusun dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami, dilengkapi dengan latihan soal-soal sebagai bahan evaluasi pembelajaran yang dapat melatih kemampuan mahasiswa agar berhasil dengan baik pada ujian akhir maupun uji kompetensi.

Terimakasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku Ajar Keperawatan Jiwa ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa Keperawatan dan seluruh perawat di Indonesia dalam meningkatkan profesionalitas asuhan keperawatan jiwa.

Salam sehat jiwa

Jakarta, 5 September 2024

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>PRAKATA .....</b>	iii
<b>DAFTAR ISI .....</b>	iv
<b>BAB 1 TREND DAN ISSUE KEPERAWATAN JIWA .....</b>	1
A. Sejarah dan Issue Perkembangan Kesehatan Jiwa .....	3
B. Trend Keperawatan Jiwa .....	3
C. Trend Pelayanan Kesehatan Jiwa Di Era Globalisasi.....	4
D. Upaya Promotif Keperawatan Jiwa.....	5
E. Upaya Preventif Keperawatan Jiwa .....	5
F. Upaya Rehabilitatif Keperawatan Jiwa .....	5
G. Latihan Soal.....	5
H. Rangkuman Materi.....	7
I. Glosarium.....	7
Daftar Pustaka .....	8
<b>BAB 2 KONSEP KEPERAWATAN JIWA.....</b>	9
A. Konseptual Teori Keperawatan Jiwa .....	11
1. Teori Transisi (Afaf Ibrahim Maleis) .....	11
2. Teori Kenyamanan (Katherine Kolcaba) .....	11
3. Teori Model Promosi Kesehatan (Nola J. Pender) .....	12
4. Teori Diversitas dan Universalitas (Madelein Leinenger) .....	12
5. Model Konseptual Keperawatan Jiwa Model Konseptual Hildegard E. Peplau (Hubungan Interpersonal) .....	12
6. Model Konseptual Sigmund Freud (Psikoanalisa) .....	13
7. Model Konseptual Calista Roy (Adaptasi) .....	13
8. Model Konseptual Gerard Caplan (Sosial).....	14
9. Model Konseptual Imogene M.King (Sistem Dinamika Interaksi) ....	14
B. Karakteristik Jiwa Yang Sehat.....	15
1. Kesehatan Jiwa yang Menerima Diri Sendiri .....	15
2. Kesehatan Jiwa yang Berkaitan dengan Orang Lain.....	15
3. Kesehatan Jiwa yang Terarah dan Bertanggung Jawab .....	16
C. Hal-Hal Yang Berdampak Pada Kesehatan Jiwa.....	16
1. Karakteristik dan Perilaku Individu.....	16

2. Keadaan Sosial dan Ekonomi.....	16
3. Keadaan Lingkungan.....	17
D. Latihan Soal.....	18
E. Rangkuman Materi.....	19
F. Glosarium.....	19
Daftar Pustaka.....	20

## **BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN .....**

<b>KEKERASAN .....</b>	<b>21</b>
A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan.....	23
1. Pengertian.....	23
2. Proses Terjadinya.....	23
3. Sumber Koping .....	25
4. Mekanisme Koping .....	26
5. Hirarkhi Perilaku Kekerasan.....	29
6. Tanda dan Gejala.....	29
B. Praktik Asuhan Keperawatan pada Pasien PK .....	30
1. Pengkajian.....	30
2. Merumuskan Diagnosa Keperawatan .....	30
3. Menyusun Rencana Keperawatan .....	30
4. Tindakan Keperawatan pada Pasien.....	31
5. Tindakan Keperawatan pada Keluarga Klien Risiko Perilaku Kekerasan .....	31
6. Terapi Aktivitas Kelompok .....	32
C. Evaluasi Asuhan Keperawatan.....	32
D. Latihan Soal.....	33
E. Rangkuman Materi.....	35
F. Glosarium.....	37
Daftar Pustaka .....	38

## **BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PASIEN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI .....**

<b>39</b>	
A. Pengertian Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi .....	41
B. Penyebab Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi .....	41
C. Jenis-Jenis Halusinasi .....	43
D. Rentang Respon Neurobiologis .....	44

E. Fase-Fase Halusinasi.....	45
F. Psikopatologi.....	47
G. Tanda dan Gejala Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi .....	48
H. Pengkajian Pada Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi.....	48
I. Merumuskan Diagnosis Keperawatan.....	56
J. Menyusun Rencana dan Strategi Pelaksanaan .....	57
K. Mengevaluasi Tindakan Keperawatan.....	61
L. Latihan Soal.....	62
M. Rangkuman Materi.....	64
N. Glosarium.....	67
Daftar Pustaka .....	68

## **BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PASIEN ISOLASI SOSIAL .... 69**

A. Definisi.....	71
B. Rentang Respon.....	71
C. Etiologi.....	72
D. Tanda dan Gejala .....	73
E. Asuhan Keperawatan.....	74
F. Latihan Soal.....	76
G. Rangkuman Materi.....	77
H. Glosarium.....	77
Daftar Pustaka .....	78

## **BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH ..... 79**

A. Pengkajian .....	80
B. Diagnosis Keperawatan .....	80
C. Tindakan Keperawatan .....	80
D. Pengembangan Aplikasi Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Harga Diri Rendah.....	89
E. Latihan Soal.....	90
F. Rangkuman Materi.....	91
G. Glosarium.....	91
Daftar Pustaka .....	92

<b>BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI .....</b>	<b>93</b>
A. Pendahuluan.....	95
B. Tanda Defisit Perawatan Diri .....	95
C. Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri.....	96
D. Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri.....	98
E. Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri .....	98
F. Rangkuman Materi.....	101
G. Latihan Soal.....	102
H. Glosarium.....	103
Daftar Pustaka .....	104
<b>BAB 8 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ANSIETAS.</b>	<b>105</b>
A. Konsep Ansietas.....	107
1. Definisi.....	107
2. Proses Terjadinya Ansietas.....	107
3. Etiologi .....	108
4. Manifestasi Klinis .....	109
5. Dampak Ansietas Terhadap Kesehatan Fisik dan Mental .....	111
B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Ansietas .....	112
1. Pengkajian.....	112
2. Diagnosis .....	116
C. Latihan Soal.....	119
D. Rangkuman Materi.....	120
E. Glosarium.....	121
Daftar Pustaka .....	122
<b>BAB 9 TERAPI MODALITAS DALAM ASUHAN KEPERAWATAN JIWA.</b>	<b>123</b>
A. Pengertian Terapi Modalitas .....	125
B. Tujuan Terapi Modalitas.....	125
C. Jenis – Jenis Terapi Modalitas .....	125
D. Latihan Soal.....	135
E. Rangkuman Materi.....	136
F. Glosarium.....	136
Daftar Pustaka .....	136
<b>PROFIL PENULIS.....</b>	<b>137</b>



# BAB 1

## **TREND DAN ISSUE KEPERAWATAN JIWA**

### **Pendahuluan**

Trend dan issue keperawatan jiwa merupakan hal yang penting dibahas karena menjadi sebuah tantangan atau ancaman yang memberikan dampak penting bagi kesehatan jiwa masyarakat Indonesia. Meningkatnya kasus masalah kesehatan jiwa di era globalisasi, peran penting tenaga kesehatan, masyarakat dan keluarga. Salah satu pemicu masalah kesehatan jiwa yang terjadi karena masalah sosial ekonomi. Penulis menulis tentang issue dan trend keperawatan jiwa harapannya pembaca dapat melihat issue terbaru terkait masalah keperawatan jiwa dan trend keperawatan jiwa. Buku ajar ini sangat penting untuk mahasiswa, tenaga pendidik, dan tenaga kesehatan yang profesional serta masyarakat terkait.

Pokok bahasan yang dibahas dalam tema ini tentang sejarah keperawatan jiwa, trend keperawatan jiwa serta upaya promotif, preventif dan rehabilitatif yang dilakukan. Metode pembelajaran yang digunakan membantu pembaca untuk memahami materi tentang issue dan trend keperawatan jiwa melalui teks tulisan, latihan, atau sumber daya tambahan. Pendekatan yang digunakan dengan pendekatan kolaboratif dengan menggunakan berbagai sumber untuk refensi. Buku Ajar ini dapat digunakan sebagai pegangan mahasiswa dalam mata kuliah keperawatan jiwa dan sebagai tambahan referensi. Daftar isi tentang; pendahuluan, tujuan instruksional, capaian pembelajaran, materi tentang sejarah keperawatan jiwa, trend dan issue keperawatan jiwa serta upaya promotif, preventif dan rehabilitatif yang dilakukan terhadap masalah kesehatan jiwa, latihan soal, daftar pustaka dan profil penulis. Pendahuluan ini bertujuan untuk memberikan pembaca pemahaman yang jelas tentang issue dan trend keperawatan jiwa, yang diharapkan buku ajar ini bermanfaat membantu proses pembelajaran keperawatan jiwa.

## **Tujuan Instruksional**

Setelah mempelajari buku ajar keperawatan jiwa ini mahasiswa mampu: memahami dan mengaplikasikan issue dan trend keperawatan jiwa.

## **Capaian Pembelajaran**

1. Memahami tentang sejarah dan issue perkembangan kesehatan jiwa
2. Memahami tentang trend keperawatan jiwa
3. Memahami tentang upaya promotif keperawatan jiwa
4. Memahami tentang upaya preventif keperawatan jiwa
5. Memahami tentang rehabilitatif keperawatan jiwa

## **Uraian Materi**

### **A. Sejarah dan Issue Perkembangan Kesehatan Jiwa**

Sejarah perkembangan kesehatan jiwa dimulai dari masa konsepsi bahwa sebelum ada rumah sakit jiwa pasien dengan masalah kesehatan jiwa ditampung di rumah sakit umum namun hanya untuk pasien dalam kondisi darurat yang tidak dapat ditangani di rumah oleh keluarganya. Pada Tahun 1862 dari hasil sensus kesehatan bahwa 600 penderita gangguan jiwa di Pulau Jawa & Madura, 200 pasien yang lain didaerah lain. Pada Tahun 1882 sudah ada rumah sakit jiwa Bogor Jawa Barat, rumah sakit jiwa pertama yang didirikan di Indonesia, kemudian Tahun 1902 muncul rumah sakit jiwa di Lawang Jawa Timur, Tahun 1923 muncul rumah sakit jiwa di Magelang Jawa Tengah, Tahun 1927 terdapat rumah sakit jiwa Subang Jawa Barat namun RS ini jauh dari perkotaan, kemudian setelah itu baru mulai muncul RS jiwa yang lain yang terdapat di setiap wilayah Provinsi, dan poliklinik hampir sebagian RS umum ada pelayanan kesehatan jiwa.

Issue yang ditemukan terkait pelayanan kesehatan jiwa pada pasien bahwa merawat pasien masih menggunakan cara mengisolasi pasien dengan diikat. Keluarga tidak mau merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah kesehatan jiwa serta stigma masyarakat bahwa masalah kesehatan jiwa tidak bisa sembuh dan ada yang mempunyai persepsi bahwa masalah kesehatan jiwa karena diguna-guna. Sejak Tahun 1910 perawatan pasien dengan mengisolasi diri sudah berkurang. Mulai Tahun 1930 mulai dilakukan terapi rehabilitatif pada pasien dengan masalah kesehatan jiwa dengan memberikan terapi kerja dengan memanfaatkan lahan pertanian. Selama perang Dunia II dan penduduk Jepang upaya kesehatan jiwa mulai meningkat, kemudian setelah proklamasi dan perkembangan baru bahwa upaya kesehatan jiwa masih belum optimal, namun mulai Tahun 1950 pelayanan kesehatan jiwa sudah menjadi tanggung jawab Departemen Kesehatan. Tahun 1966 sampai sekarang pelayanan kesehatan jiwa mulai menjadi prioritas oleh Kementerian Kesehatan dan sudah ada Undang-Undang Kesehatan Jiwa RI No 18 Tahun 2014.

### **B. Trend Keperawatan Jiwa**

Bahwa kesehatan jiwa dimulai dari masa konsepsi dan sudah berkembang sampai pada pelayanan kesehatan sampai sekarang. Trend

peningkatan masalah kesehatan jiwa terjadi di era globalisasi salah satunya dengan meningkatnya *post traumatic syndrome*, meningkatnya masalah psikososial, meningkatnya kejadian bunuh diri, munculnya penyakit fisik (AIDS dan NAPZA), munculnya kekerasan baik fisik maupun seksual serta permasalahan ekonomi yang makin meningkat sehingga membuat masyarakat mengalami kemiskinan.

Peningkatan kasus masalah kesehatan jiwa di era globalisasi merupakan salah satu masalah individu tersebut diantara beberapa penyebab yang ditemukan yaitu karena beban hidup yang semakin berat, yang terjadi tidak mengenal status sosial dari berbagai golongan, umur baik pada anak, remaja dan dewasa serta lansia. Trauma fisik maupun non fisik, perubahan sosial ekonomi sehingga angka kemiskinan meningkat namun pengangguran juga meningkat, tingkat kejahatan juga banyak ditemukan serta kasus dunia politik yang tidak menentu ini penyebab kasus masalah kesehatan jiwa semakin meningkat.

Meningkatnya kejadian bunuh diri pada remaja dan dewasa, salah satu faktor presipitasi adalah karena sekolah, pekerjaan, ekonomi, permasalahan rumah tangga. Masalah NAPZA dan AIDS mulai banyak, upaya pencegahan bisa dilakukan dengan dukungan keluarga dengan memberikan kehangatan, kasih sayang, memahami karakter anak, pola asuh yang sesuai.

### C. Trend Pelayanan Kesehatan Jiwa Di Era Globalisasi

1. Perubahan *hospital based care*: *community based care*, dengan menekankan aspek promotif dan preventif dan melibatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas
2. Penerapan pelayanan kesehatan jiwa tidak hanya fokus kepada pasien namun bagaimana mengoptimalkan pasien mampu meningkatkan kualitas hidupnya
3. Penerapan pelayanan kesehatan jiwa mempunyai standar global profesional dan mempunyai kompetensi yang sesuai.
4. Penerapan pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa sudah melakukan MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional) dan selalu mengupdate ilmu yang terbaru
5. Penerapan pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit umum sudah melakukan pelatihan sesuai dengan penerapan pelayanan di rumah sakit jiwa.

#### **D. Upaya Promotif Keperawatan Jiwa**

Upaya peningkatan pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat adalah dengan memberikan kesadaran pentingnya kesehatan jiwa dengan adanya keterlibatan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas dengan melibatkan kader kesehatan jiwa, serta mengoptimalkan kesehatan jiwa dari ibu hamil sampai perkembangan anak sampai lansia.

#### **E. Upaya Preventif Keperawatan Jiwa**

Melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan resiko gangguan jiwa supaya tidak terjadi gangguan jiwa dengan memberikan pelayanan psikososial pada kelompok resiko, mempertahankan kelompok sehat baik ibu hamil maupun perkembangan usia anak sampai lansia.

#### **F. Upaya Rehabilitatif Keperawatan Jiwa**

Upaya rehabilitatif yang dilakukan dengan meningkatkan kualitas hidup pasien melalui kegiatan yang bermanfaat sesuai kemampuan pasien, dalam bentuk rehabilitasi psikososial yang sudah terjadwal, *daycare* dan rumah singgah. Terkait hal tersebut bisa dilakukan di panti, rumah sakit jiwa dan fasilitas yang telah disiapkan oleh pemerintah.

#### **G. Latihan Soal**

1. Rumah sakit jiwa pertama yang muncul di Indonesia adalah.....

- A. Rumah sakit jiwa Bogor
- B. Rumah sakit jiwa Magelang
- C. Rumah sakit jiwa Malang
- D. Rumah sakit jiwa Subang
- E. Rumah sakit jiwa Medan

Kunci Jawaban: A. Rumah sakit jiwa Bogor

2. Melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan resiko gangguan jiwa supaya tidak terjadi gangguan jiwa dengan memberikan pelayanan psikososial pada kelompok resiko, mempertahankan kelompok sehat baik ibu hamil maupun perkembangan usian anak sampai lansia. Merupakan bentuk upaya pelayanan kesehatan.....

- A. Promotif
- B. Preventif
- C. Kuratif
- D. Tersier
- E. Rehabilitatif

Kunci Jawaban: B. Preventif

3. Apa yang bisa dilakukan perawat dalam melakukan upaya promotif pada pasien dengan gangguan jiwa....

- A. Memberikan pelayanan psikososial pada kelompok resiko, mempertahankan kelompok sehat baik ibu hamil maupun perkembangan usian anak sampai lansia.
- B. Meningkatkan kualitas hidup pasien melalui kegiatan yang bermanfaat sesuai kemampuan pasien, dalam bentuk rehabilitasi psikososial yang sudah terjadwal, daycare dan rumah singgah.
- C. Memberikan kesadaran pentingnya kesehatan jiwa dengan adanya keterlibatan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas dengan melibatkan kader kesehatan jiwa
- D. Memberikan pelayanan psikososial pada kelompok resiko, mempertahankan kelompok sehat baik ibu hamil
- E. Meningkatkan kualitas hidup pasien melalui kegiatan yang bermanfaat sesuai kemampuan pasien

Kunci Jawaban: C. Memberikan kesadaran pentingnya kesehatan jiwa dengan adanya keterlibatan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas dengan melibatkan kader kesehatan jiwa.

### Tugas

- 1) Pelajari peran perawat dalam melakukan pelayanan kesehatan jiwa
- 2) Cari penelitian dan kebijakan pendukung tentang issue dan trend keperawatan jiwa !

## **H. Rangkuman Materi**

1. Banyaknya RS jiwa yang lain yang terdapat di setiap wilayah Provinsi, dan poliklinik hampir sebagian RS umum ada pelayanan kesehatan jiwa setelah tahun 1927.
2. Perubahan *hospital based care*: *community based care*, dengan menekankan aspek promotif dan preventif dan melibatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas
3. Penerapan pelayanan kesehatan jiwa tidak hanya fokus kepada pasien namun bagaimana mengoptimalkan pasien mampu meningkatkan kualitas hidupnya
4. Penerapan pelayanan kesehatan jiwa mempunyai standar global profesional dan mempunyai kompetensi yang sesuai.
5. Penerapan pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa sudah melakukan MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional) dan selalu mengupdate ilmu yang terbaru
6. Upaya pelayanan keperawatan jiwa dengan 3 upaya yaitu: promotif, preventif dan rehabilitatif.

## **I. Glosarium**

- MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional)
- NAPZA (Narkotika, psikotropika, dan zat adiktif)

## **Daftar Pustaka**

- Atiek Murharyati, dkk, MK. KEPERAWATAN JIWA MENGENAL KESEHATAN MENTAL [Internet]. 2021. Available from: [https://www.google.com/search?q=buku+keperawatan+jiwa+mengenal+kesehatan+mental&rlz=1C1ONGR\\_enID1040ID1040&oq=buku+keperawatan+jiwa+mengenal+kesehatan+mental&gs\\_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQIRigAdIBCTE1MDk2ajBqN6gCALACAA&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=buku+keperawatan+jiwa+mengenal+kesehatan+mental&rlz=1C1ONGR_enID1040ID1040&oq=buku+keperawatan+jiwa+mengenal+kesehatan+mental&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQIRigAdIBCTE1MDk2ajBqN6gCALACAA&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
- Stuart.Gail.W. Keperawatan Kesehatan Jiwa. Elsyvier Jakarta; 2016.
- Stuart G. W. KBAPJ. Prinsip dan Praktek Keperawatan Jiwa Edisi Indonesia. Elsyvier Jakarta; 2023.
- Yosep I. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Refika Aditama Bandung; 2019.

# BAB 2

## KONSEP KEPERAWATAN JIWA

### Pendahuluan

Konsep kesehatan menurut WHO ialah sebuah keadaan yang mencakup kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan. Dalam konteks definisi ini, kesehatan jiwa atau jiwa menjadi unsur yang sangat penting, yang terpadu dalam konsep kesehatan secara keseluruhan. Dengan kata lain, kesehatan dalam arti sejati tidak dapat dicapai tanpa kesehatan jiwa yang baik (Pinilih et al., 2020).

Konsep keperawatan jiwa merupakan langkah awal yang penting dalam memahami bagaimana perawat dapat memberikan perawatan yang efektif untuk individu dengan masalah kesehatan mental. Konsep ini mencakup beberapa aspek penting, termasuk pemahaman dasar tentang kesehatan jiwa, pendekatan-pendekatan dalam keperawatan jiwa, serta keterampilan dan strategi yang diperlukan untuk mendukung kesejahteraan mental pasien.

Keperawatan jiwa adalah spesialisasi dalam keperawatan yang berfokus pada perawatan kesehatan mental dan emosional pada individu, keluarga, dan komunitas. Bidang yang kompleks dan menantang ini membutuhkan pemahaman mendalam tentang berbagai aspek kesehatan mental, termasuk dalam memahami proses berpikir, perasaan, dan perilaku manusia, memahami gangguan mental dan pengobatannya, memahami pengaruh sosial dan budaya terhadap kesehatan mental dan memahami perbedaan budaya dalam memahami dan merespon kesehatan mental.

Keperawatan jiwa adalah cabang dari ilmu keperawatan yang fokus pada perawatan dan dukungan bagi individu yang mengalami gangguan kesehatan mental atau emosional. Tujuan utamanya adalah untuk membantu pasien mengatasi masalah mental mereka, meningkatkan kualitas hidup, dan mempromosikan kesejahteraan psikologis.

UU No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa menjelaskan bahwa kesehatan jiwa adalah kondisi di mana seseorang dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial. Kondisi ini memungkinkan seseorang untuk menyadari kemampuannya sendiri, mengatasi tekanan, dan bekerja secara produktif. Dan Undang-undang nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa juga menyebutkan bahwa upaya kesehatan jiwa diselenggarakan melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan bersama-sama dengan lintas program dan lintas sektor terkait.

Materi ini dirancang untuk memberikan pemahaman kepada mahasiswa keperawatan tentang konsep keperawatan jiwa. Buku ini akan memberikan panduan praktis untuk mengembangkan pemahaman mahasiswa tentang keperawatan jiwa yang sangat bermanfaat dalam meningkatkan kualitas perawatan pasien.

**Tujuan Instruksional:**

Mahasiswa memahami tentang konsep keperawatan jiwa dan Teori Keperawatan Jiwa

**Capaian Pembelajaran:**

Mampu menjelaskan tentang model konsep keperawatan jiwa, mengetahui model biopsikososial, proses keperawatan dan tindakan dalam praktik keperawatan, serta dapat menerapkan komunikasi terapeutik berbasis dimensi respon dan tindakan dalam berbagai situasi.

## **Uraian Materi**

### **A. Konseptual Teori Keperawatan Jiwa**

#### **1. Teori Transisi (Afaf Ibrahim Maleis)**

Transisi merupakan sebagian dari dua periode yang relatif stabil dari waktu ke waktu dipicu oleh perubahan yang menyebabkan ketidakseimbangan (Meleis, 2010). Konsep utama dari teori ini diantaranya tipe dan pola transisi, pengalaman transisi, kondisi yang dapat mendukung dan menghambat transisi, adanya indikator dari proses serta hasil dan keperawatan terapeutik (Alligood, 2014). Penyebab kejadian dari teori transisi yaitu adanya pertumbuhan dan perkembangan, kondisi sehat-sakit sehingga intervensi yang diberikan tidak hanya pada individu tetapi juga pada sosialnya. Teori Transpersonal Caring dari Jean Watson memfokuskan bagaimana seseorang dapat berperilaku caring, salah satu wujud nyata dalam teori transpersonal ini adalah melalui terapi kelompok yang difokuskan pada pembelajaran interpersonal sebagai mekanisme utama perubahan dalam berperilaku. Pendekatan interpersonal menempatkan terapis di antara anggota kelompok lainnya tanpa membedakan identitas terapis dan batas-batas kelompok secara keseluruhan (Burrows, 1985).

#### **2. Teori Kenyamanan (Katherine Kolcaba)**

Teori kenyamanan dari Kolcaba menyatakan bahwa kenyamanan merupakan “untuk memperkuat” dimana kenyamanan pada pasien ketika pasien mampu melakukan kegiatannya dengan baik dan itu menimbulkan kepuasan bagi perawat (Alligood, 2014). Kenyamanan ini berkaitan erat dengan kenyamanan fisik, kenyamanan sosiokultural, dan kebutuhan kenyamanan lingkungan, sejalan yang disampaikan Kolcaba dalam Stuart (2016) pada fase awal meliputi pertemuan kelompok dimana kelompok mulai menetap, ini berarti kelompok tersebut memiliki masalah atau stressor yang sama. Fase ini juga ditandai dengan adanya kecemasan diterima atau tidaknya di dalam kelompok, adanya pengaturan norma atau aturan yang disampaikan, dan anggota kelompok dapat menentukan berbagai peran yang akan dilaksanakan dalam terapi kelompok ini, pada fase awal ini anggota kelompok harus saling nyaman dengan keadaan psikososial dan spiritual.

### **3. Teori Model Promosi Kesehatan (Nola J. Pender)**

Fokus dari teori Nola J. Pender adalah klien sehat melalui promosi kesehatan, Pender berasumsi bahwa individu adalah organisme biofisik yang dibentuk oleh lingkungan, tetapi juga berusaha menciptakan lingkungan dimana hubungan antara manusia dan lingkungan bersifat timbal balik (Peptirin, 2020). Dasar dari teori Pender adanya proporsi teoritis perilaku dan karakteristik mempengaruhi keyakinan, pengaruh, dan pemberlakuan perilaku yang mempromosikan kesehatan. Orang-orang berkomitmen untuk terlibat dalam perilaku yang darinya mereka mengantisipasi memperoleh manfaat yang dihargai secara pribadi. Hambatan dapat membatasi komitmen untuk bertindak. Kompetensi untuk melaksanakan perilaku tertentu meningkatkan kemungkinan komitmen untuk bertindak dan kinerja aktual. Pengaruh positif terhadap suatu perilaku menghasilkan efikasi diri yang dirasakan lebih besar. Orang dapat memodifikasi kognisi, afek, pengaruh interpersonal, dan pengaruh situasional untuk menciptakan insentif bagi perilaku yang meningkatkan kesehatan.

### **4. Teori Diversitas dan Universalitas (Madelein Leinenger)**

Tujuan dari teori Leininger adalah untuk menemukan keragaman dan universalitas asuhan manusiawi yang dihubungkan dengan cara pandang dunia, struktur sosial, dan dimensi lain serta untuk menemukan cara untuk menyediakan perawatan yang sesuai secara budaya baik yang sama budayanya maupun yang berbeda, guna untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatan atau kesejahteraan dalam menghadapi ajal yang sesuai pada nilai budaya yang dianut (Alligood, 2014). Terdapat 7 komponen yang ada pada Sunrise Model diantaranya faktor teknologi, faktor-faktor keagamaan dan filosofis, faktor-faktor kekerabatan dan sosial, nilai budaya dan keyakinan dan gaya hidup, faktor politik dan legal, faktor ekonomi dan faktor pendidikan.

### **5. Model Konseptual Keperawatan Jiwa Model Konseptual Hildegard E. Peplau (Hubungan Interpersonal)**

Model konseptual keperawatan Hildegard E. Peplau dikenal dengan "Interpersonal Process". Peplau berpikir bahwa psikodinamik keperawatan ditekankan pada kemampuan yang dimiliki oleh perawat agar dapat memahami perilakunya sendiri dalam menolong orang lain, sehingga mampu mengidentifikasi kesulitan yang dirasakannya. Banyaknya yang sangat

berpengaruh di dunia keperawatan jiwa yaitu Interpersonal Relations in Nursing (1952), yang bermakna hubungan perawat dan klien sebagai "sebuah proses interpersonal yang terapeutik dan penting" (Alligood, 2014).

Melalui pengembangan paradigma hubungan interpersonal ini membantu perawat dalam meningkatkan pemahamannya tentang apa yang terjadi selama hubungan perawat-klien dan perawat belajar dari tanggapan klien terhadap pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakitnya (Querido et al., 2021). Model konseptual Peplau terdiri dari empat fase dimulai dari fase orientasi, identifikasi, eksplorasi, dan resolusi (Alligood, 2014).

## **6. Model Konseptual Sigmund Freud (Psikoanalisa)**

Psikoanalisa adalah suatu sistem dalam psikologi yang berasal dari penemuan Freud dan menjadi dasar dalam teori psikologi. Model ini berhubungan dengan perilaku manusia, kesehatan dan gangguan jiwa. Psikoanalisa memandang kejiwaan manusia sebagai ekspresi dari adanya dorongan yang menimbulkan konflik. Dorongan penimbul konflik pada diri individu sebagian disadari dan sebagian besar lagi tidak disadari (Safran & Gardner-Schuster, 2016).

Setiap perilaku manusia terjadi karena ada penyebabnya, sehingga Freud mengkonseptualisasi struktur kepribadian dalam komponen Id, Superego dan Ego dan kepribadian manusia ini berfungsi pada tiga tingkat kesadaran conscious, preconscious and uncounscious. Psikoanalisa meyakini bahwa penyimpangan perilaku pada usia dewasa berhubungan dengan perkembangan pada masa anak. Model ini juga menjelaskan bahwa gangguan jiwa dapat terjadi pada seseorang apabila ego (akal) tidak berfungsi dalam mengontrol id (kehendak nafsu atau insting). Ketidakmampuan seseorang dalam menggunakan akalnya (ego) untuk mematuhi tata tertib, peraturan, norma, agama (super ego), akan mendorong terjadinya penyimpangan perilaku (defiation of behavioral) (Videbeck, 2014).

## **7. Model Konseptual Calista Roy (Adaptasi)**

Model konsep adaptasi Roy adalah model yang memandang manusia sebagai suatu sistem adaptasi (Harris & Phillips, 2014; Tomey & Alligood, 2006). Asumsi dasar dari model ini menjelaskan bahwa individu adalah makhluk bio-psiko-sosial yang merupakan suatu kesatuan yang utuh. Seseorang dikatakan sehat jika ia mampu berfungsi untuk memenuhi

kebutuhan biologis, psikologis, dan sosialnya. Setiap orang selalu menggunakan coping, baik yang bersifat positif maupun negatif, untuk dapat beradaptasi terhadap stimulus atau stressor yang masuk baik dari lingkungan internal maupun eksternal.

Individu selalu berada dalam rentang sehat-sakit yang berhubungan erat dengan keefektifan coping yang dilakukan guna mempertahankan kemampuan adaptasinya (Asmadi, 2008; Sudarta, 2015). Model adaptasi Roy didesain membentuk sebuah siklus yang saling berkaitan yang terdiri dari input (stimulus), proses kontrol (mekanisme coping), dan output (respon atau perilaku). Model konsep adaptasi Roy dapat dilihat dalam Gambar 1 (Harris & Phillips, 2014; Tomey & Alligood, 2006)

#### **8. Model Konseptual Gerard Caplan (Sosial)**

Model konseptual Caplan berfokus pada lingkungan fisik dan situasi sosial yang dapat menimbulkan stres 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. Dalam buku "Principles of Preventive Psychiatry", Caplan meyakini bahwa, konsep pencegahan primer, sekunder dan tersier sangat penting untuk mencegah timbulnya gangguan jiwa.

Situasi sosial yang dapat menimbulkan gangguan jiwa adalah kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya support sistem dan coping mekanisme yang maladaptif. Selain itu dalam bukunya "Principles of Community Psychiatry" menjelaskan bahwa upaya peningkatan kesehatan jiwa berorientasi pada populasi, pendekatan krisis, konsultasi dan metode kolaborasi untuk memberikan hasil yang lebih baik bagi populasi sasaran (Huffine, 2004).

#### **9. Model Konseptual Imogene M.King (Sistem Dinamika Interaksi)**

Model konseptual sistem interaksi King atau yang lebih dikenal dengan istilah Imogene King merupakan "Interacting Systems Framework and Theory of Goal Attainment", yaitu adanya hubungan timbal balik antara perawat dan klien pada asuhan keperawatan, sehingga mempengaruhi atau memiliki efek satu sama lain dengan harapan dapat mencapai tujuan. King menyatakan komponen integral dalam model ini merupakan pencapaian tujuan sebuah konsep transaksi.

King menggunakan metode observasi non partisipan yaitu perawat sebagai observer tanpa ikut dalam kehidupan klien dengan tujuan untuk mengumpulkan informasi hubungan perawat klien dalam setting keperawatan dengan sistem interaksi. Interaksi diamati baik komunikasi secara verbal maupun non verbal yang digunakan sebagai data dasar termasuk melakukan pengkajian yang telah disepakati sebelumnya. Hasil dari eksplorasi memberikan sebuah sistem klasifikasi yang berguna dalam interaksi perawat klien. Model konseptual sistem interaksi King berfokus pada sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial dalam mencapai tujuan (Alligood, 2014; Mary & Imogene, 2007).

## **B. Karakteristik Jiwa Yang Sehat**

Menurut informasi yang disampaikan oleh Kemenkes, seseorang yang memiliki kesehatan jiwa yang baik dapat dikenali melalui sejumlah karakteristik utama (Pinilih et al., 2020). Kesehatan jiwa yang baik, yang merupakan fondasi penting dari kesejahteraan individu, dapat dibedakan menjadi tiga komponen utama:

### **1. Kesehatan Jiwa yang Menerima Diri Sendiri**

Dalam aspek ini, seseorang yang memiliki kesehatan jiwa yang baik akan mampu menerima dirinya apa adanya. Ini mencakup kemampuan untuk mengatasi perasaan-perasaan, baik yang bersifat negatif maupun positif, dengan cara yang seimbang. Mereka juga memiliki harga diri yang sehat, tidak merendahkan atau menyombongkan diri, dan mampu menerima kehidupan mereka dengan baik. Seseorang dengan kesehatan jiwa yang baik dapat memahami bahwa setiap individu memiliki kelemahan dan kelebihan mereka sendiri, dan ini ialah hal yang wajar dalam kehidupan.

### **2. Kesehatan Jiwa yang Berkaitan dengan Orang Lain**

Kesehatan jiwa yang baik juga tercermin dalam kemampuan individu untuk menjalin hubungan yang baik dengan orang lain. Ini termasuk kemampuan untuk memberikan dan menerima kasih sayang, tanpa adanya tindakan curang atau pengkhianatan. Selain itu, individu dengan kesehatan jiwa yang baik juga memiliki rasa kepercayaan yang kuat terhadap orang lain, tidak meremehkan pendapat atau pandangan orang lain, dan mampu menjadi anggota yang berkontribusi dalam kelompok sosialnya. Mereka memahami pentingnya saling mendukung dalam hubungan interpersonal.

### **3. Kesehatan Jiwa yang Terarah dan Bertanggung Jawab**

Bagian ketiga dari kesehatan jiwa yang baik mencakup kemampuan individu untuk menjalani kehidupan dengan arah yang jelas. Ini mencakup memiliki tujuan hidup yang realistik, kemampuan untuk mengambil keputusan yang tepat, rasa tanggung jawab terhadap tindakan dan keputusan mereka, serta kemampuan untuk menjalani pekerjaan mereka dengan rasa senang dan kepuasan. Seseorang dengan kesehatan jiwa yang baik akan memiliki visi yang jelas tentang tujuan mereka dalam hidup dan akan berusaha untuk mencapainya dengan tekun dan penuh semangat.

## **C. Hal-Hal Yang Berdampak Pada Kesehatan Jiwa**

Kesehatan jiwa atau kesehatan psikologis bukanlah sesuatu yang hanya ditentukan oleh faktor-faktor internal individu semata. Faktanya, kesehatan jiwa juga sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor eksternal seperti keadaan sosial ekonomi dan lingkungan di mana seseorang hidup. Menurut WHO, ada beberapa aspek yang harus dipertimbangkan saat membicarakan faktor-faktor yang berkontribusi pada kesehatan jiwa dan kesejahteraan seseorang (Kurniawati, 2023).

### **1. Karakteristik dan Perilaku Individu**

Karakteristik dan perilaku individu mencakup hal-hal seperti kecerdasan emosional dan sosial yang dimiliki oleh seseorang. Ini mencakup kemampuan seseorang untuk mengatasi perasaan dan pemikiran mereka sendiri, serta cara mereka berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari. Kecerdasan emosional berkaitan dengan bagaimana seseorang mengelola emosinya, sementara kecerdasan sosial berkaitan dengan kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan dunia sosial di sekitarnya. Ada juga faktor genetik yang dapat memengaruhi karakteristik dan perilaku individu. Misalnya, kelainan kromosom seperti sindrom Down atau cacat intelektual yang disebabkan oleh faktor-faktor yang terjadi selama kehamilan atau saat kelahiran.

### **2. Keadaan Sosial dan Ekonomi**

Keadaan sosial dan ekonomi individu memiliki dampak besar terhadap risiko masalah kesehatan jiwa yang mungkin mereka hadapi. Lingkungan sosial seseorang dapat memengaruhi cara mereka berinteraksi dengan keluarga, teman, dan rekan kerja mereka, serta kemampuan mereka untuk mencari nafkah untuk diri mereka dan keluarga. Selain itu, faktor ekonomi,

seperti terbatasnya peluang pendidikan, tingkat pendapatan, serta stres yang terkait dengan pekerjaan dan pengangguran, dapat memberi kontribusi pada masalah kesehatan jiwa.

### **3. Keadaan Lingkungan**

Lingkungan sosial, budaya, dan geopolitik tempat individu tinggal juga memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan jiwa mereka. Hal ini mencakup akses mereka ke layanan dasar seperti air bersih dan pelayanan kesehatan, serta aturan hukum yang berlaku. Lingkungan juga dapat memengaruhi keyakinan sosial, budaya, sikap, atau praktik individu. Selain itu, kebijakan ekonomi yang diterapkan di tingkat nasional, seperti krisis keuangan global, juga dapat berdampak pada kesejahteraan jiwa individu. Menurut WHO, penting untuk diingat bahwa kesehatan jiwa dan gangguan mental pada umumnya dipengaruhi oleh aspek-aspek eksternal seperti faktor sosial, ekonomi, dan fisik tempat individu tinggal. Semua faktor ini dapat memengaruhi kesehatan jiwa seseorang dan menjadi sumber stres yang memengaruhi individu tersebut. Dalam kondisi yang sehat, individu mampu mengatasi stresor ini dan mempertahankan pikiran positif tanpa terlalu banyak tekanan fisik dan psikologis (Kurniawati, 2023).

#### **D. Latihan Soal**

1. Situasi sosial mana yang diidentifikasi sebagai penyebab potensial gangguan mental?
  - a. Mekanisme coping yang efektif
  - b. Kemiskinan**
  - c. Sistem pendukung yang kuat
  - d. Tingkat pendidikan tinggi
2. Apa yang di pandang oleh model adaptasi Roy tentang manusia?
  - a. Organisme biologis
  - b. Sistem adaptasi**
  - c. Mahluk psikologis
  - d. Entitas sosial
3. Jenis data apa yang ditekankan King dalam eksplorasinya tentang interaksi perawat-klien?
  - a. Informasi demografis pasien
  - b. Data komunikasi verbal dan non-verbal**
  - c. Data historis praktik keperawatan
  - d. Data statistik tentang hasil perawatan kesehatan

Tugas:

Buatlah kasus penerapan konsep keperawatan jiwa di layanan klinik dengan kasus:

1. Pasien dengan diagnosa isolasi sosial : Menarik diri
2. Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan diagnosa ansietas

## **E. Rangkuman Materi**

Individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental, dan sosial yang terbatas dari gangguan (penyakit), tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stres yang timbul. Kondisi ini akan memungkinkan individu untuk hidup produktif, dan mampu melakukan hubungan sosial yang memuaskan. Dalam melakukan peran dan fungsinya seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memandang manusia sebagai mahluk biopsikososiospiritual sehingga pemilihan model keperawatan dalam menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan paradigma keperawatan jiwa. Manusia sebagai mahluk bio-psiko-sosio-spiritual mengandung pengertian bahwa manusia merupakan mahluk yang utuh dimana didalamnya terdapat unsur biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Sebagai mahluk biologis, manusia tersusun dari berjuta-juta sel-sel hidup yang akan membentuk satu jaringan, selanjutnya jaringan akan bersatu dan membentuk organ serta sistem organ. Sebagai mahluk psikologi, setiap manusia memiliki kepribadian yang unik serta memiliki struktur kepribadian yang terdiri dari id, ego dan super ego dilengkapi dengan daya pikir dan kecerdasan, agar menjadi pribadi yang selalu berkembang.

## **F. Glosarium**

ODGJ : Orang Dengan Gangguan Jiwa

## **Daftar Pustaka**

- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2023). Emotion-focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(5), 987-995.
- Johnson, R. K., & Miller, H. D. (2022). Empathy in Persuasion: A Tool for Behavior Change in Health Promotion. *Health Psychology Review*, 16(2), 178-194.
- Morse, J. M., Bottorff, J. L., & Hutchinson, S. A. (2022). The Empathetic Response: The Nature and Use of Empathy in Nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 31(8), 2341-2352.
- Muhith,Abdul.(2015), Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi,EGC : Yogyakarta
- Peplau, H. E. (1991). Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing.
- Rogers, C. R. (1961). On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy.
- Smith, J. A., & Brown, T. L. (2021). Patient-Centered Communication: A Review of the Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(1), 20-29.
- Smith, J. A., Johnson, M. L., & White, R. S. (2023). The Impact of Clear Communication on Patient Compliance: A Meta-Analysis. *Journal of Health Communication*, 28(4), 354-367.

# BAB 3

## ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN

### Pendahuluan

Perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri (Stuart, 2009). Keliat, Akemat, Helena dan Nurhaeni (2012) menyatakan bahwa perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan . Perasaan terancam ini dapat berasal dari stresor eksternal (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan internal (perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa baik terapi generalis maupun terapi spesialis keperawatan memberikan hasil yang signifikan untuk menurunkan perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan generalis pada pasien dan keluarga dapat menurunkan lama rawat klien (Kelial, dkk 2009). Demikian pula penelitian berikut menunjukkan bahwa tindakan keperawat generalis dapat menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan (Wahyuningsih, Keliat dan Hastono, 2009 ; Pardede, Keliat dan Wardani, 2013)

### Tujuan Instruksional

Memahami dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada kasus gangguan jiwa baik pada individu, keluarga dan masyarakat.

## **Capaian Pembelajaran**

1. Lulusan mampu memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan kelompok, dalam kondisi biasa dan dalam kondisi kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek bio, psiko, sosial kultural, dan spiritual yang menjamin keselamatan pasien, sesuai Standar Profesi Keperawatan (**CPL 02**)
2. Lulusan yang menerapkan konsep, prinsip dan teknik Komunikasi terapeutik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif sesuai dengan kode etik Keperawatan (**CPL 03**)
3. Lulusan mampu melakukan Pendidikan Kesehatan dalam asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan kelompok sesuai kode etik dan standar profesi keperawatan yang berlaku. (**CPL 04**)

## **Uraian Materi**

### **A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan**

#### **1. Pengertian**

Perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri (Stuart, 2009). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Kelialat, dkk, 2011). Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang memperlihatkan individu tersebut dapat mengancam secara fisik, emosional dan atau seksual kepada orang lain (Herdman, 2012)

#### **2. Proses Terjadinya**

##### **a. Faktor Predisposisi**

Faktor predisposisi merupakan faktor risiko yang mempengaruhi individu dalam merespon stressor yang dapat bersifat biologi, psikologis, sosiokultural. Faktor risiko tersebut menentukan individu dalam memberikan memaknai/ menilai stressor..

- 1) **Faktor Biologis:** faktor herediter mengalami gangguan jiwa, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA.
- 2) **Faktor Psikologis:** Inteligensi; kurang konsentrasi, prestasi akademik menurun (Hefler, 1976 dalam Patilimo, 2003. Keterampilan verbal; ketidampamanuan berkomunikasi secara optimal, komunikasi cenderung dibesar-besarkan, kesulitan mengungkapkan / mengkonfrontasikan kemarahan secara verbal, ada riwayat penyakit yang mempengaruhi fungsi bicara, Moral; Moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan, hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa, Kepribadian; mudah putus asa / pesimis, pemurung, tertutup, agresif Pengalaman masa lalu; masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan yaitu perasaan ditolak, dihina dan dianiaya atau saksi penganiayaan, pernah melihat orangtua melakukan hal serupa, sehingga ada proses copying (meniru) atau modeling (mengidolakan)/ sering mengobservasi kekerasan. Self kontrol, konsep diri dan motivasi

- 3) **Faktor Sosioekultural:** usia, gender, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, status sosial, latar belakang budaya, agama dan keyakinan, pengalaman sosial, peran sosial.

### b. Stressor Presipitasi

Merupakan stimulus yang dapat dimaknai sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan dari individu. Akibat dari stimulus tersebut dapat menimbulkan ketegangan dan stress bagi individu. Stimulus dapat bersifat (*nature*) biologis, psikologis, sosial-kultural yang berasal (*originate*) dari dalam individu (internal) atau lingkungan eksternal. Selain mengkaji sifat dan asal dari stimulus, perlu dikaji waktu (kapan, frekuensi dan berapa lama) terjadinya dan jumlah stimulus. Jumlah stressor yang kompleks dan terjadi secara bersamaan akan lebih sulit dalam mengatasinya.

- 1) **Nature** berbeda/unik bagi setiap orang yang terdiri dari masalah dari faktor biologi, psikologis, sosiobudaya dimana semua nature tersebut terjadi pada saat ini
- 2) **Origin**; Internal: persepsi individu, kegagalan mempersepsikan sesuatu yang diyakini. Eksternal: keluarga dan masyarakat tidak mendukung keyakinan yang dimiliki individu.
- 3) **Timing**: Waktu terjadinya stressor; stressor muncul pada situasi yang tidak tepat. Lamanya stressor terjadi; tiba-tiba, bertahap. Frek. stressor terjadi; saling berdekatan, berulang.
- 4) **Number**; Jumlah, dan kualitas stressor, stressor banyak dan kualitas tinggi

### c. Penilaian Terhadap Stressor

Sering disebut sebagai respon individu, merupakan pemaknaan dan pemahaman individu terhadap stimulus yang berdampak pada kondisi/kestabilan individu. Respon individu tersebut dapat berupa:

- 1) **Kognitif**: merupakan peran sentral individu dalam beradaptasi. Kemampuan kognitif individu dalam mengevaluasi stimulus/ stressor apakah membahayakan, mengidentifikasi sumber daya guna mengatasi stressor sangat menentukan pilihan coping individu yang digunakan, reaksi fisiologis, emosional, perilaku dan sosial individu.

- 2) **Afektif:** terkait dengan perasaan/ emosi klien terhadap stressor seperti perasaan cemas, senang, sedih, takut, marah, terkejut, antisipasi, merasa tidak percaya, menerima dan sebagainya. Selain jenis emosi klien juga perlu mengkaji intensitas dari emosi tersebut. Apakah itu hanya mood ataukah sudah menjadi sikap (attitude) seseorang. Individu yang optimis, sikap positif, serta berwawasan luas akan lebih mudah beradaptasi positif terhadap stressor yang ada.
- 3) **Fisiologis:** perubahan fisiologis individu terkait dengan adanya stressor. Konsep fight or flight respon fisiologis akan menstimulasi aktivitas saraf simpatis dan peningkatan aktivitas kelenjar pituitary. Kondisi stress juga dapat mempengaruhi sistem imun, dan beberapa neuroendokrin lainnya.
- 4) **Perilaku:** merupakan hasil dari respon emosi dan fisiologis yang melibatkan proses kognitif terhadap situasi yang menimbulkan terhadap stress.
- 5) **Sosial:** respon sosial individu terhadap stressor terkait dengan perilaku individu dalam mencari pemecahan terhadap masalahnya; mengidentifikasi faktor yang terlibat dalam masalahnya, membandingkan dengan orang lain yang memiliki masalah yang sama. Faktor predisposisi sangat menentukan dukungan sosial seseorang menghadapi masalahnya.

### 3. Sumber Koping

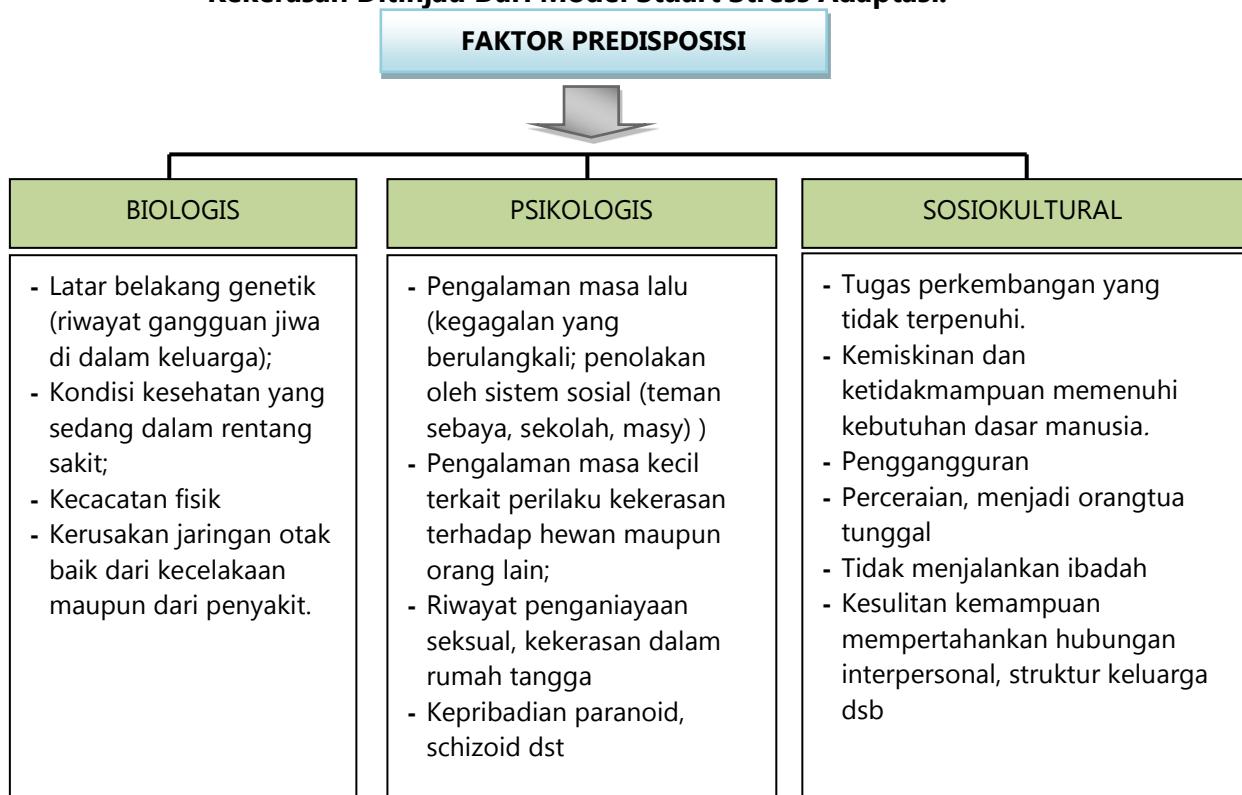
Merupakan pilihan atau strategi individu dalam upaya mengatasi masalahnya. Sumber coping individu meliputi aset materi; kemampuan dan ketrampilan individu (personal abilities); dukungan sosial; motivasi, teknik bertahan (defensive techniques). Hubungan individu dengan keluarga, kelompok, dan masyarakat merupakan poin kritis pada model ini. Status kesehatan individu sekarang, dukungan spiritual, keyakinan positif individu, ketrampilan pemecahan masalah (problem-solving skills) ketrampilan sosial individu juga dapat digunakan individu sebagai sumber coping. Keyakinan spiritual individu seperti harapan positif individu terhadap pilihan coping yang dipilih. Problem-solving skills termasuk kemampuan individu mencari informasi, mengidentifikasi masalahnya dan alternative pemecahan masalah dan merencanakan tindakan penyelesaian masalah tersebut.

Pengetahuan dan intelegensi juga merupakan sumber coping yang dapat digunakan individu dalam mengatasi stressor.

#### 4. Mekanisme Koping

- a. Sublimasi: menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal.
- b. Proyeksi: menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik.
- c. Represi: Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar.
- d. Reaksi formasi: Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakan sebagai rintangan.
- e. Displacement: Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu.

**Bagan 3.1 Komponen Biopsikosiosiokultural Dari Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Ditinjau Dari Model Stuart Stress Adaptasi.**

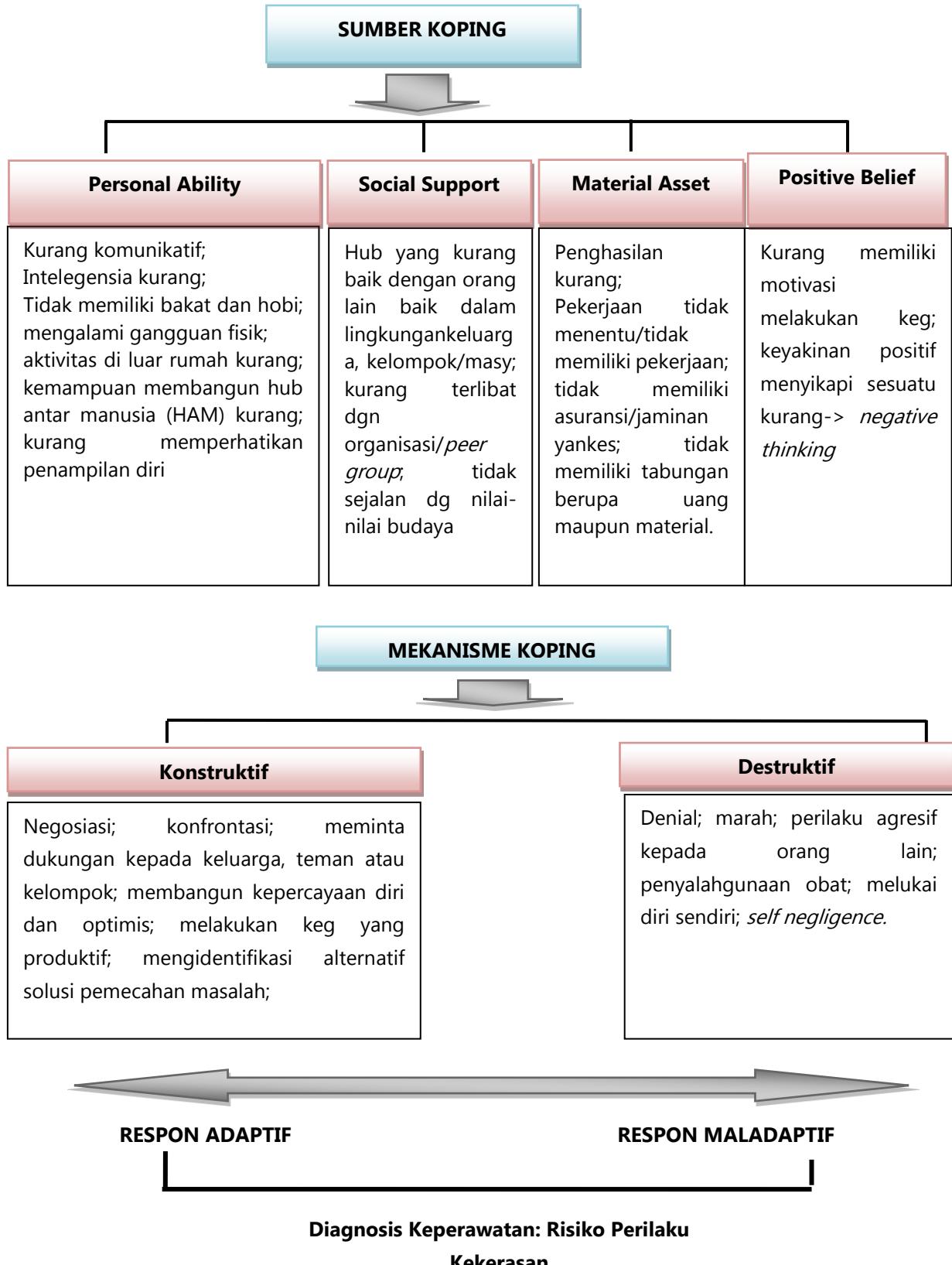


### STRESSOR PRESIPITASI

Nature	Origin	Time	Number
<p><b>Biologis:</b> keadaan sakit</p> <p><b>Psikologis:</b> trauma (penganiayaan seksual/ psikologis); melihat kejadian yang mengancam jiwa</p> <p><b>Sosialkultural:</b> Kemiskinan dan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar manusia; Pengangguran; Perceraian, menjadi orangtua tunggal.</p>	<p><b>Internal:</b> Penilaian negatif dari diri sendiri.</p> <p><b>Eksternal:</b> Stimulus berasal dari lingkungan luar individu (keluarga &amp; masyarakat)</p>	<p><b>Waktu</b> terjadinya stimulus;</p> <p><b>Lamanya</b> stimulus itu berlangsung;</p> <p><b>Frekuensi</b> (seberapa sering stimulus dirasakan oleh individu)</p>	<b>Jumlah</b> dan <b>kualitas</b> stressor

### PENILAIAN STRESSOR

Kognitif	Afektif	Fisiologis	Perilaku	Sosial
Lapang pandang menyempit; <i>flight of idea</i> ; mendominasi ; ad aide melukai diri atau orla	merasa tidak sabar; merasa mudah tersinggung; jengkel; merasa dendam dan benci dengan orang lain;	Tekanan darah meningkat; mata memerah; rahang menegang; mata memerah; pupil melebar; peristaltic menurun; nafsu makan menurun; gg tidur dsb	Berbicara dengan nada keras dan kasar; melukai orang lain maupun diri sendiri; agitasi; mata melotot; tangan mengepal; mengancam; sikap bermusuhan	menarik diri; menyerang orang lain



## 5. Hirarkhi Perilaku Kekerasan



**Hierarchy of aggression** (Stuart & Laraia,2005 : p.579) alih bahasa bu budi

**Gambar 3.1 Hirarki Perilaku Kekerasan**

## 6. Tanda dan Gejala

**Tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:**

### **Subjektif**

- Mengungkapkan perasaan kesal atau marah
- Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- Klien suka membentak dan menyerang orang lain

### **Objektif**

- Mata melotot/ pandangan tajam
- Tangan mengepal dan Rahang mengatup
- Wajah memerah
- Postur tubuh kaku
- Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor
- Suara keras
- Bicara kasar, ketus
- Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/ orang lain
- Merusak lingkungan
- Amuk/ agresif

## **B. Praktik Asuhan Keperawatan pada Pasien PK**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga (pelaku rawat).

#### **Wawancara:**

Apa penyebab perasaan marah?

Apa yang dirasakan saat terjadi kejadian/penyebab marah?

Apa yang dilakukan saat marah?

Apakah dengan cara yang digunakan penyebab marah hilang?

Apa akibat dari cara marah yang dilakukan?

#### **Observasi :**

Wajah memerah dan tegang

Pandangan tajam

Mengatupkan rahang dengan kuat

Mengepalkan tangan

Bicara kasar

Mondar mandir

Nada suara tinggi, menjerit atau berteriak

Melempar atau memukul benda/orang lain

### **2. Merumuskan Diagnosa Keperawatan**

- Perilaku kekerasan
- Risiko perilaku kekerasan

### **3. Menyusun Rencana Keperawatan**

Tindakan keperawatan generalis pada klien Resiko Perilaku Kekerasan

**Tujuan:** Klien mampu

- a. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat dari perilaku kekerasan
- b. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 tarik nafas dalam dan cara fisik 2: pukul kasur/bantal
- c. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur
- d. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/bicara baik-baik
- e. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual

#### **4. Tindakan Keperawatan pada Pasien**

- a. Menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat perilaku kekerasan serta melatih latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- b. Melatih klien memasukkan latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal ke dalam jadwal kegiatan harian.
- c. Menjelaskan dan melatih klien minum obat dengan prinsip 6 benar, manfaat/keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat.
- d. Melatih klien memasukkan kegiatan minum obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian.
- e. Melatih cara verbal/ bicara baik-baik
- f. Menjelaskan cara menontrol perilaku kekerasan dengan verbal/bicara baik-baik. Melatih klien memasukkan kegiatan verbal /bicara baik-baik minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.
- g. Melatih cara spiritual. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual. Melatih klien memasukkan kegiatan spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian.

#### **5. Tindakan Keperawatan pada Keluarga Klien Risiko Perilaku Kekerasan**

Tujuan: Keluarga mampu

- a. Mengenal masalah resiko perilaku kekerasan
- b. Mengambil keputusan untuk merawat klien resiko perilaku kekerasan
- c. Merawat klien resiko perilaku kekerasan
- d. Menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk klien resiko perilaku kekerasan
- e. Memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk follow up kesehatan klien resiko perilaku kekerasan dan mencegah kekambuhan

Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat klien resiko perilaku kekerasan.

- a. Menjelaskan cara merawat klien resiko perilaku kekerasan
- b. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal.
- c. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk minum obat dengan prinsip 6 benar.
- d. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien dengan cara verbal/bicara baik-baik.

- e. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien dengan cara spiritual

Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien resiko perilaku kekerasan.

- a. Mendiskusikan anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan klien
- b. Menjelaskan setting lingkungan rumah yang mendukung perawatan klien
- c. Menganjurkan keluarga melibatkan anggota keluarga lainnya dalam merawat klien
- d. Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk follow up, cara rujukan kesehatan klien dan mencegah kekambuhan
- e. Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedi
- f. Menjelaskan kemungkinan klien relaps dan pencegahan relaps
- g. Mengidentifikasi tanda-tanda relaps dan kemungkinan kambuh
- h. Menjelaskan dan menganjurkan follow up dan merujuk klien ke pelayanan kesehatan.

## 6. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi persepsi

- Sesi 1 : Mengenal perilaku kekerasan
- Sesi 2 : Mencegah PK dengan kegiatan fisik
- Sesi 3 : Mencegah PK dengan patuh minum obat
- Sesi 4 : Mencegah PK dengan kegiatan asertif
- Sesi 5 : Mencegah PK dengan kegiatan ibadah

## C. Evaluasi Asuhan Keperawatan

**Pasien dapat:**

- 1. Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
- 2. Mengontrol perilaku kekerasan:
  - secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur
  - secara sosial/verbal: meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan cara baik

- secara spiritual
- menggunakan terapi psikofarmaka
- Melakukan latihan mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadual
- Mengidentifikasi manfaat latihan yang dilakukan dalam mencegah PK

**Keluarga dapat:**

1. Mengenal masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan penyebab terjadinya perilaku kekerasan)
2. Mencegah terjadinya perilaku kekerasan
3. Menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
4. Memotivasi pasien dalam mengontrol perasaan marah
5. Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien mengontrol perasaan marah
6. Mengevaluasi manfaat asuhan keperawatan dalam mencegah perilaku kekerasan pasien
7. Melakukan follow up ke Puskesmas dan mengenal tanda kambuh.

**D. Latihan Soal**

1. Perempuan usia 25 tahun dibawa ke ruang rawat RSJ oleh keluarga, hasil pengkajian menunjukkan pasien sering berbicara kotor, memaki laki-laki yang telah meninggalkannya, mengatakan laki-laki tersebut sudah membuatnya rusak, mata melotot pandangan tajam.  
Apakah tindakan keperawatan yang tepat diberikan setelah dilatih cara patuh obat?
  - a. Cara Spiritual
  - b. Cara patuh
  - c. Cara social/verbal**
  - d. Cara fisik 1 (tarik nafas dalam)
  - e. Cara fisik 2 (pukul bantal kasur)
2. Seorang laki-laki usia 35 tahun datang ke RSJ untuk kelanjutan pengobatannya. Sebelumnya pasien tersebut dengan perilaku kekerasan, sudah diberikan intervensi mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal kasur.

Apakah yang harus dievaluasi pada saat sekarang untuk ketrampilan yang telah dimiliki oleh klien tersebut?

- a. **Apakah klien dapat menyebutkan cara minum obat dengan benar?**
  - b. Apakah klien bisa menyebutkan cara assertif untuk mengatasi marah?
  - c. Apakah klien dapat memperagakan cara assertif untuk mengatasi marah?
  - d. Apakah klien dapat menyebutkan cara menolak dan meminta dengan baik?
  - e. Apakah klien dapat menyebutkan cara mengontrol PK dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal kasur?
3. Seorang laki-laki usia 30 tahun dirawat dibawa oleh keluarganya ke RSJ menurut keluarga pasien sering melempar rumah orang, marah-marah jika keinginannya tidak terpenuhi, mengatakan akan mencari orang yang telah membuatistrinya meninggal. Pasien baru mengalami peristiwa kehilangan (istrinya meninggal).
- Apakah diagnosis keperawatan yang tepat untuk kasus di atas?
- a. Isolasi sosial
  - b. **Perilaku kekerasan**
  - c. Risiko tinggi bunuh diri
  - d. Gangguan proses pikir waham
  - e. Halusinasi pendengaran

## **E. Rangkuman Materi**

Perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri (Stuart, 2009).

**Pengkajian pada pasien PK meliputi:**

**Data Subjektif:**

1. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah

Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, klien suka membentak dan menyerang orang lain

**Objektif:**

Mata melotot/ pandangan tajam, tangan mengepal dan Rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku, mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor, suara keras, bicara kasar, ketus, menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/ orang lain, merusak lingkungan, Amuk/ agresif

**Diagnosa keperawatan**

1. Perilaku kekerasan,
2. Risiko perilaku kekerasan

**Intervensi keperawatan:**

Tindakan keperawatan pada pasien;

1. Menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat perilaku kekerasan serta melatih latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal  
Melatih klien memasukkan latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal ke dalam jadwal kegiatan harian.
2. Menjelaskan dan melatih klien minum obat dengan prinsip 6 benar, manfaat/keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat.  
Melatih klien memasukkan kegiatan minum obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian.
3. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan verbal/bicara baik-baik. Melatih klien memasukkan kegiatan verbal /bicara baik-baik minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.

4. Melatih cara spiritual. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual. Melatih klien memasukkan kegiatan spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian.

### **Tindakan keperawatan pada keluarga**

Menjelaskan dan melatih keluarg cara merawat klien resiko perilaku kekerasan.

1. Menjelaskan cara merawat klien perilaku kekerasan
2. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal.
3. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk minum obat dengan prinsip 6 benar.
4. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien dengan cara verbal/bicara baik-baik.
5. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien dengan cara spiritual

Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien resiko perilaku kekerasan

1. Mendiskusikan anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan klien
2. Menjelaskan setting lingkungan rumah yang mendukung perawatan klien
3. Menganjurkan keluarga melibatkan anggota keluarga lainnya dalam merawat klien
4. Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk follow up, cara rujukan kesehatan klien dan mencegah kekambuhan
5. Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedi
6. Menjelaskan kemungkinan klien relaps dan pencegahan relaps
7. Mengidentifikasi tanda-tanda relaps dan kemungkinan kambuh
8. Menjelaskan dan menganjurkan follow up dan merujuk klien ke pelayanan kesehatan.

### **Evaluasi kemampuan pasien:**

1. Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
2. Mengontrol perilaku kekerasan:
  - secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur

- secara sosial/verbal: meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan cara baik
- secara spiritual
- menggunakan terapi psikofarmaka
- Melakukan latihan mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadual
- Mengidentifikasi manfaat latihan yang dilakukan dalam mencegah PK

**Evaluasi kemampuan Keluarga:**

1. Mengenal masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan penyebab terjadinya perilaku kekerasan)
2. Mencegah terjadinya perilaku kekerasan
3. Menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
4. Memotivasi pasien dalam mengontrol perasaan marah
5. Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien mengontrol perasaan marah
6. Mengevaluasi manfaat asuhan keperawatan dalam mencegah perilaku kekerasan pasien
7. Melakukan follow up ke Puskesmas dan mengenal tanda kambuh.

**F. Glosarium**

PK	= Perilaku Kekerasan
RPK	= Risiko Perilaku Kekerasan
CPL	= Capaian Pembelajaran Lulusan

## **Daftar Pustaka**

- Keliat, B. A., & Akemat. (2010). Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Keliat, B. A., Akemat., Helena C. D., Nurhaeni, H. (2012). Keperawatan Kesehatan: CMHN (Basic Course). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- NANDA. (2018). Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018. Cetakan 2018. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Penurunan perilaku kekerasan pada klien skizoprenia dengan assertiveness training D Wahyuningsih, BA Keliat, SP Hastono - Jurnal Keperawatan Indonesia, 2011 - jki.ui.ac.id
- Stuart, G. W. (2009). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th edition. Missouri: Mosby.
- Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan

# BAB 4

## ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PASIEN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI

### PENDAHULUAN

Masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi banyak ditemukan dibandingkan masalah keperawatan yang lain. Dari seluruh pasien skizofrenia 70% diantaranya mengalami halusinasi, selain itu juga pada gangguan manik depresif dan delirium. Tidak sedikit pasien yang kita amati sering melakukan menyendiri di sudut ruangan. Tanda gejala yang didapati tidak hanya itu, tetapi pasien seringkali bicara sendiri, tertawa sendiri bahkan kadang melakukan hal-hal yang berbahaya bagi dirinya sendiri maupun orang lain seperti marah tiba-tiba, mengamuk, membanting barang di sekitarnya juga melukai dirinya sendiri serta melukai orang lain disekitarnya tanpa sebab yang jelas.

### TUJUAN INSTRUKSIONAL

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa dengan masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi.

### CAPAIAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari pokok bahasan ini mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan pengertian gangguan persepsi sensori: halusinasi
2. Menjelaskan tentang penyebab
3. Menjelaskan tentang jenis-jenis halusinasi
4. Menjelaskan tentang rentang respon neurobiologis
5. Menjelaskan tentang fase-fase halusinasi
6. Menjelaskan psikopatologi pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi
7. Menjelaskan tanda dan gejala pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi

8. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi
9. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi
10. Menyusun rencana atau strategi tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi
11. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi

## **Uraian Materi**

### **A. Pengertian Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi**

Gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus atau rangsangan baik dari dalam/internal maupun dari luar/eksternal yang diikuti dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi. (PPNI, 2017)

Halusinasi merupakan keadaan dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensori yang disebabkan oleh keyakinan yang sebenarnya tidak ada atau mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. (Nurhalimah, 2018)

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Pasien gangguan jiwa mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas (Yusuf, PK, & Nihayati, 2015).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata. (Keliat, 2011).

### **B. Penyebab Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi**

#### **1. Faktor Prediposisi**

##### a. Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri, dan lebih rentan terhadap stress.

##### b. Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungan sejak bayi sehingga akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

##### c. Faktor Biokimia

Hal ini berpengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusiogenik neurokimia. Akibat stress

berkepanjangan yang menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak, misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylchoin dan dopamine.

d. Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien mengambil keputusan tegas, klien lebih suka memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

e. Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian Menunjukan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia . Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangatberpengaruh pada penyakit ini.

## 2. Faktor Presipitasi

Menurut Rawlins dan Heacock dalam Yosep (2014) dalam hakekatnya seorang individu sebagai mahluk yang dibangun atas dasar unsur biopsiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi,yaitu:

a. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium dan kesulitan tidur dalam waktu yang lama.

b. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi. Halusinasi dapat berupa perintah memasa dan menakutkan. Pasien tidak sanggup menentang sehingga klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c. Dimensi Intelektual

Dalam hal ini pasien dengan halusinasi mengalami penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian pasien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku pasien.

d. Dimensi Sosial

Pasien mengalami gangguan interaksi sosialdi dalam fase awal dan *comforting* menganggap bahwa bersosialisasi nyata sangat

membahayakan. Pasien halusinasi lebih asyik dengan halusinasinya seolah-olah itu tempat untuk bersosialisasi.

e. Dimensi Spiritual

Pasien halusinasi dalam spiritual mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, dan hilangnya aktivitas beribadah. Pasien halusinasi dalam setiap bangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya.

### C. Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut Azizah, dkk (2016) halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya :

1. Halusinasi pendengaran (*audotorik*)

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang dapat membahayakan bagi pasien maupun orang lain di sekitarnya.

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara orang, binatang, barang atau mesin bahkan suara musik dalam kondisi sadar tanpa adanya rangsang, sehingga pasien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut. (Maramis, 2005; Stuart, 2007)

2. Halusinasi penglihatan (*visual*)

Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometric, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan maupun menggembirakan.

3. Halusinasi penciuman/penghidu (*Olfaktori*)

Gangguan stimulus pada hidung, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, darah, feses dan bau menjijikkan agtau tidak menyenangkan, tapi kadang terhidu bau harum. Halusinasi penghidu sering karena stroke, tumor, kejang atau dimensia.

4. Halusinasi peraba (*taktil*)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak/tidak nyaman tanpa ada stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

5. Halusinasi pengecap (*gustatorik*)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasaan sesuatu yang busuk, amis, darah, urin, feses dan menjijikkan.

6. Halusinasi sinestetik (*chenestehetic*)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

7. Halusinasi Kinistetik

Gangguan stimulus dimana pasien merasakan pergerakan sementara pasien berdiri tanpa bergerak sedikitpun.

#### D. Rentang Respon Neurobiologis

Tabel 4.1 Rentang respon neurobiologis

Respon adaptif	Respon psikososial	Respon Maladaptif
		
1. Pikiran logis	1. Kadang-kadang proses pikir terganggu	1. Waham
2. Persepsi akurat	2. Ilusi	2. Halusinasi
3. Emosi konsisten dengan pengalaman	3. Emosi berlebihan	3. Kerusakan proses emosi
4. Perilaku cocok	4. Perilaku yang tidak biasa	4. Perilaku tidak terorganisasi
5. Hubungan sosial harmonis	5. Menarik diri	5. Isolasi sosial

Sumber: Stuart-Laraia (2013)

Respon adaptif adalah respon yang bisa diterima oleh norma-norma yang berlaku di masyarakat/norma sosial budaya yang berlaku. Pada kondisi ini, seseorang akan dalam kondisi di bawah normal jika menghadapi stressor atau masalah dan dapat menangani masalah dengan baik. Pada kondisi ini seseorang mengalami:

1. Pikiran logis adalah kemampuan untuk menganalisis suatu kondisi atau situasi dan dapat menyelesaikan atau mendapatkan solusi yang dapat diterima atau masuk akal
2. Persepsi akurat adalah persepsi atau pandangan yang sesuai dengan kenyataan
3. Emosi konsisten adalah pengalaman yaitu perasaan yang muncul dari pengalaman
4. Perilaku sosial adalah sikap dan perilaku yang masih dalam kewajaran

5. Hubungan sosial harmonis adalah proses interaksi dengan orang lain dari lingkungannya yang baik.

Respon psikososial meliputi:

1. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang dapat mengakibatkan gangguan
2. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indra
3. Emosi berlebihan atau berkurang
4. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan perilaku yang melebihi batas kewajaran
5. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain

Respon maladaptif adalah respon individu yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan masyarakat dalam menyelesaikan masalah. Respon maladaptif meliputi:

1. Kelainan pikir adalah keyakinan yang dengan kokoh dipertahankan meskipun tidak diyakini oleh orang lain dan berlawanan atau bertentangan dengan kenyataan sosial
2. Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak ada atau tidak nyata
3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
4. Perilaku yang tidak terorganisir adalah suatu yang tidak teratur
5. Isolasi sosial atau menarik diri adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam

#### E. Fase-Fase Halusinasi

Menurut Yusuf, dkk (2015) menunjukkan tahapan terjadinya halusinasi terdiri dari 4 fase dan setiap fase mempunyai karakteristik yang berbeda yaitu:

**Tabel 4.2 Fase-Fase Halusinasi, Karakteristik dan Perilaku Pasien Halusinasi**

Fase	Karakteristik Halusinasi	Perilaku Pasien
Fase I <i>Comforting</i> Ansietas Sedang Halusinasi menyenangkan	<p>1. Pasien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, dan takut</p> <p>2. Mencoba untuk berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietas.</p> <p>3. Individu mengenali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani.</p>	<p>1. Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai</p> <p>2. Menggerakkan bibir tanpa suara</p> <p>3. Pergerakan mata yang cepat</p> <p>4. Respon verbal yang lambat jika sedang asyik</p> <p>5. Diam dan asyik sendiri</p>
	<b>Non psikotik</b>	
Fase II: <i>Condemning</i> Ansietas Berat Halusinasi menjadi menjijikkan	<p>1. Pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan</p> <p>2. Mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsiakan.</p> <p>3. Merasa mengalami dipermalukan atau dilecehkan oleh pengalaman sensori</p> <p>4. Menarik diri dari orang lain.</p>	<p>1. Meningkatnya tanda-tanda sistem syaraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan denyut jantung, pernafasan, dan tekanan darah.</p> <p>2. Rentang perhatian menyempit</p> <p>3. Asyik dengan pengalaman sensori atau konsentrasi dengan pengalaman sensori</p> <p>4. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita</p>
	<b>Psikotik ringan</b>	
Fase III <i>Controlling</i> Ansietas berat Pengalaman sensori menjadi berkuasa	<p>1. Berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut.</p> <p>2. Isi halusinasi menjadi menarik/atraktif.</p> <p>3. Mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti.</p>	<p>1. Kemauan yang dikendalikan halusinasi akan lebih diikuti/mengikuti perintah halusinasi</p> <p>2. Kesukaran berhubungan dengan orang lain</p> <p>3. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit.</p> <p>4. Gejala dan tanda-tanda fisik ansietas berat: berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah</p>
	<b>Psikotik</b>	
Fase IV <i>Conquering</i> Panik	<p>1. Pengalaman sensori menjadi mengancam jika</p>	<p>1. Perilaku panik.</p>

Umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya	pasien mengikuti perintah halusinasi.	2. Potensi kuat suicide atau homicide 3. Aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, atau katatonias. 4. Tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks. 5. Tidak mampu berespon lebih dari satu orang
	<b>Psikotik berat</b>	

## F. Psikopatologi

**Bagan 4.1 Psikopatologi Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi  
(Azizah, dkk, 2016)**



## **G. Tanda dan Gejala Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi**

Menurut Nurhalimah (2018), tanda dan gejala gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah:

1. Tanda gejala subyektif:
  - a. Mendengar suara-suara atau kegaduhan
  - b. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
  - c. Mendengar suara yang memerintah untuk melakukan sesuatu baik yang membahayakan atau tidak
  - d. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometri, bentuk kartun, melihat hal yang seram seperti hantu/monster, melihat binatang, keluarga yang sudah meninggal/tiada dan lain-lain
  - e. Mencium bau-bauan seperti darah, urin, feses, maupun bau-bau yang menyenangkan
  - f. Merasa takut atau senang dengan halusinasinya
2. Tanda gejala obyektif:
  - a. Bicara atau tertawa sendiri
  - b. Marah-marah sampai mengamuk tanpa sebab
  - c. Mengarahkan pendengaran atau telinga ke arah tertentu
  - d. Menutup telinga/menutup mata/menutup hidung
  - e. Menunjuk ke arah tertentu
  - f. Ketakutan yang tidak jelas sebabnya
  - g. Mencium sesuatu seperti membau bau tertentu
  - h. Muntah
  - i. Sering meludah
  - j. Mengibaskan sesuatu dari badan

## **H. Pengkajian Pada Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi**

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan observasi. Pengkajian tersebut meliputi:

1. Penyebab
    - a. Faktor predisposisi
- Faktor predisposisi atau faktor pendukung adalah penyebab yang mendukung terjadinya masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi.

### 1) Faktor Genetis

Secara genetis skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu, namun kromosom ke berapa sampai sekarang masih dalam penelitian. Gangguan orientasi realtia termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tuanya skizofrenia.

### 2) Faktor Biologis

Gangguan pada otak menyebabkan respon maladaptif. Keterlibatan atau peran dari pre frontal dan limnik corties dalam regulasi stres berhubungan dengan aktivitas dopamin. Saraf pada pre frontal berperan untuk memori, sehingga ketika menurun dapat menyebabkan kehilangan asosiasi.

### 3) Faktor Psikologis

Keluarga, pengasuh, lingkungan sekitar dan pola asuh orang tua. Pertengkaran orang tua, penganiayaan, tindakan kekerasan.

### 4) Sosial Budaya

Kemiskinan, konflik budaya, peperangan dan kerusuhan.

## b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi atau faktor pencetus adalah faktor yang mencetuskan pasien untuk dilakukan perawatan atau penanganan. Faktor presipitasi tersebut antara lain:

### 1) Biologi

Pada faktor ini, sistem saraf ketika menerima dan memproses informasi yang berlebih di thalamus dan frontal otak akan mengalami gangguan. Mekanisme penghantaran listrik di saraf terganggu (*abnormal gahting mechanism*).

### 2) Stres lingkungan

### 3) Gejala yang memicu kesehatan dan perilaku

a) Kesehatan diantaranya meliputi pemenuhan kebutuhan nutrisi yang kurang, istirahat tidur yang kurang, kelelahan, infeksi, obat-obatan sistem saraf pusat, kurang latihan dan adanya hambatan dalam menjangkau pelayanan kesehatan.

b) Sikap dan perilaku seperti HDR, putus asa, merasa telah gagal, demoralisasi atau kehilangan kontrol diri/kendali diri, merasa punya

kekuatan, tidak bisa memenuhi kebutuhan spiritual, bersikap/bertindak seperti orang lain dilihat dari sisi usia atau budaya, rendahnya kemampuan bersosialisasi, agresif, perilaku kekerasan, pengobatan yang tidak adekut dan penanganan gejala yang tidak adekuat.

- c) Lingkungan, meliputi lingkungan yang memusuhi, kondisi krisis dalam rumah tangga, kebebasan hidup yang hilang, kebiasaan hidup yang telah berubah, perubahan pola aktivitas sehari-hari, sulit membina hubungan atau interaksi dengan orang lain, mengalami isolasi sosial, tidak adanya atau kurangnya dukungan dari lingkungan sosial, tekanan dalam bekerja, adanya stigmasi, kondisi miskin/ketidakmampuan ekonomi, tidak adanya alat transportasi dan kurang atau tidak mampunya untuk mendapat pekerjaan maupun melakukan pekerjaan.

## 2. Pemeriksaan Fisik

Menanyakan apakah ada keluhan fisik. Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan maupun mengamati gerak-gerik fisik pasien seperti kondisi mata yang tidak fokus, kondisi tremor pada ekstremitas dan lain sebagainya.

## 3. Psikososial

### a. Genogram

Pengkajian genogram minimal 3 generasi, namun kadang pada kasus tertentu seperti pasien yang dirujuk dari dinas sosial terkadang sulit untuk mendapatkan genogram dalam 3 generasi, apalagi kondisi pasien belum stabil atau lupa akan silsilah keluarga. Pengkajian genogram akan menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga, masalah-masalah yang berhubungan dengan komunikasi, riwayat kesehatan yang diturunkan/menular, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

### b. Konsep diri

#### 1) Gambaran Diri/Citra Tubuh

Menanyakan bagaimana persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang tidak disukai dan disukai, reaksi pasien terhadap kondisi tubuhnya serta alasan atas persepsi dan respon pasien.

## 2) Identitas Diri

Identitas diri adalah kesadaran tentang diri sendiri yang bisa diperoleh individu dari observasi dan penilaian terhadap dirinya, serta menyadari individu bahwa dirinya berbeda dengan orang lain. Identitas adalah organisasi, sintesis dari semua gambaran utuh dirinya dan tidak dipengaruhi oleh pencapaian tujuan, atribut/jabatan dan peran. Di dalam identitas diri terdapat otonomi yaitu mengerti dan percaya diri, hormat terhadap diri sendiri, mampu menguasai diri, mengatur dan menerima diri. Biasanya pasien dengan halusinasi merasa tidak puas akan dirinya sendiri dan merasa tidak berguna. Ciri-ciri seseorang yang memiliki identitas diri positif adalah:

- Mengenal diri sebagai individu utuh beda dengan orang lain
- Mengakui jenis kelamin sendiri
- Memandang berbagai aspek diri sebagai suatu kelarasan
- Menilai diri sesuai penilaian masyarakat
- Menyadari hubungan masa lalu, sekarang dan yang akan datang
- Mempunyai tujuan dan nilai yang disadari

## 3) Peran Diri

Peran adalah sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dalam kedudukannya di masyarakat/kelompok sosialnya. Peran memberikan fasilitas untuk berperan dalam kehidupan bersosial dan merupakan cara untuk menguji identitas dengan memvalidasi pada orang yang berarti.

Pada pengkajian, tugas dan peran pasien dalam kedudukannya dikeluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan pasien melaksanakan fungsi atau perannya. Ditanyakan pula bagaimana perasaan pasien terhadap perubahan tersebut. Pasien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang diakibatkan karena penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain di sekitarnya dan perilaku agresif.

Beberapa hal yang dapat mempengaruhi penyesuaian diri terhadap peran:

- Kejelasan perilaku yang sesuai dengan perannya dan pengetahuannya tentang peran yang diharapkan
- Respon atau tanggapan yang konsisten dari orang yang berarti terhadap perannya

- Kesesuaian norma budaya dan harapannya dengan perannya
- Perbedaan situasi yang dapat menimbulkan penampilan peran yang tidak sesuai.

4) Ideal Diri

Pengkajian terkait dengan harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas dan peran dalam keluarga, pekerjaan, sekolah dan lingkungan sekitarnya, harapan terkait penyakitnya, bagaimana respon pasien apabila kenyataan tidak sesuai harapan. Pada pasien halusinasi cenderung tidak peduli terhadap diri sendiri dan lingkungan sekitar.

5) Harga Diri

Pasien dengan halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat, walaupun pasien pernah melakukan kesalahan, kegagalan dan kekalahan. Harga diri didapatkan dari diri sendiri dan orang lain. Harga diri dibentuk sejak kecil dari adanya penerimaan dan perhatian. Harga diri akan meningkat sesuai usia dan akan merasa terancam pada masa pubertas. Individu akan meningkat harga dirinya jika sering mengalami keberhasilan, tetapi sebaliknya akan rendah jika mengalami kegagalan, tidak dicintai dan tidak diterima oleh lingkungan.

4. Hubungan sosial

Pasien dapat ditanya orang yang terdekat di kehidupannya sebagai tempat diskusi, mengadu, berbincang, meminta bantuan dan dukungan atau motivasi. Selain itu pasien ditanya tentang organisasi apa yang yang diikuti dalam masyarakat atau kelompok. Pasien kecenderungan tidak memiliki teman dekat dan tidak mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan halusinasinya.

5. Spiritual

Pengkajian spiritual difokuskan pada kegiatan dalam beribadah, menjalankan nilai dan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan ibadahnya. Apakah isi halusinasi mempengaruhi keyakinan pasien kepada Tuhan?

6. Status mental

a. Penampilan

Pada pasien halusinasi cenderung mengalami defisit perawatan diri. Nampak takut, kebingungan dan cemas.

b. Pembicaraan

Pasien suka bicara sendiri, senyum-senyum sendiri, saat diajak berbincang-bincang tidak fokus, pembicaraan tidak masuk akal.

c. Aktivitas Motorik

Pasien tampak gelisah, tegang, lesu, agitasi, tremor. Pasien tampak terlihat sering menutup telinga, menunjuk ke arah tertentu, menggaruk badan/kulit, sering meludah, muntah, menutup hidung, sering minum, dan lain sebagainya.

d. Afek emosi

Tingkat emosi pasien lebih tinggi, agresif, ketakutan dan kecemasan dari ringan sampai berlebihan, euforia.

e. Interaksi selama wawancara

Pasien saat wawancara cenderung tidak kooperatif (tidak mampu menjawab pertanyaan saat wawancara secara spontan, kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) dan mudah tersinggung.

f. Persepsi-persepsi

- Jenis dan isi halusinasi

Dikaji tentang isi halusinasi yang dialami pasien. Mengetahui isi halusinasi maka akan diketahui jenis halusinasi yang pasien alami.

- Waktu

Pengkajian berfokus pada waktu munculnya halusinasi yang dialami pasien. Kapan muncul halusinasi, apakah pagi, siang, sore atau malam hari? pada pukul berapa halusinasi muncul?

- Frekuensi

Pengkajian ini dapat dilakukan dengan menanyakan seberapa sering halusinasi muncul, apakah sesekali atau terus-menerus, jarang atau bahkan saat dikaji sudah tidak lagi muncul? Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi, maka dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah munculnya halusinasi. Seringkali halusinasi muncul saat pasien sendiri, melamun dan tidak ada kegiatan apapun.

- Respon terhadap halusinasi

Perawat dapat menanyakan apa yang dirasakan dan dilakukan pasien ketika halusinasi itu datang? Pada saat muncul halusinasi, perawat dapat mengobservasi perilaku dan sikap pasien. Perawat juga dapat menanyakan kepada keluarga apa yang keluarga ketahui dan lakukan saat anggota keluarganya mengalami halusinasi? Melalui pengkajian

respon pasien terhadap halusinasi, perawat dapat mengembangkan dan meningkatkan respon yang positif untuk mengusir/mengurangi halusinasi. Tetapi untuk respon yang maladaptif yang muncul, maka perawat dapat merencanakan intervensi yang bertujuan menghilangkan respon maladaptif tersebut.

- Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi dan yang menurunkan atau menghilangkan halusinasi

Pengkajian tentang situasi saat muncul halusinasi diantaranya dapat menanyakan saat kapan halusinasi muncul atau saat sedang apa halusinasi muncul? apakah saat sendirian, di tempat sepi, saat mau akan tidur, saat tidak ada aktivitas. Sehingga situasi yang akan meningkatkan atau memunculkan halusinasi akan bisa dicegah dengan intervensi tertentu.

Tetapi situasi yang justru dapat menurunkan munculnya halusinasi dapat dipertahankan bahkan dikembangkan.

g. Proses berpikir

- Bentuk pikir

Bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak sesuai logika secara umum (dereistik). pasien sering mengalami kekhawatiran terhadap hal-hal yang dialaminya.

- Isi pikir

Pasien merasa curiga terhadap sesuatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan aneh atau asing terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan sekitarnya. Keyakinan berdasarkan keyakinan yang tidak sesuai kenyataan.

h. Tingkat kesadaran

Pasien dengan halusinasi biasanya bingung, apatis atau acuh tak acuh.

i. Memori

Pada pengkajian memori, pada pasien halusinasi dapat ditanyakan terkait:

- Daya ingat jangka panjang: mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan
- Daya ingat jangka menengah: dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir
- Daya ingat jangka pendek: dapat mengingat kejadian yang terjadi pada saat ini

j. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien dengan halusinasi tidak dapat berkonsentrasi dan tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja dibicarakan dirinya sendiri maupun orang lain

k. Kemampuan penilaian mengambil keputusan

- Gangguan ringan: dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dengan dibantu orang lain atau tidak
- Gangguan bermakna: tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana, cenderung mendengar/melihat apa yang diperintahkan

l. Daya tilik diri

Pasien dengan halusinasi mengalami kecenderungan mengingkari penyakit yang diderita, pasien tidak menyadari jika sedang mengalami sakit dengan gejala yang ada pada diri pasien baik fisik maupun psikologis. Pasien merasa dirinya baik-baik saja dan tidak membutuhkan bantuan atau pertolongan bahkan perawatan di rumah sakit. Pasien juga tidak mau menceritakan tentang penyakitnya.

7. Kebutuhan Perencanaan Pulang

a. Kemampuan pasien memenuhi kebutuhan

Menanyakan apakah pasien telah mampu atau tidak mampu dalam memenuhi kebutuhannya sendiri.

b. Kegiatan hidup sehari-hari

Pengkajian ini meliputi kebutuhan akan perawatan diri seperti mandi, ganti pakaian dan kebutuhan tidur. Pasien dengan halusinasi biasanya mengalami masalah tidur yang tidak berkualitas karena gelisah dan cemas.

c. Sistem Pendukung

Sistem pendukung pasien didapatkan dari keluarga dan sekitarnya. Banyak pasien dengan halusinasi tidak memiliki dukungan dari keluarga dan orang sekitarnya. Pasien merasa tidak mudah percaya dan curiga dengan orang sekitarnya.

d. Kemampuan kegiatan produktif/hobi/saat bekerja dan kemampuan lainnya

Pasien yang telah diberikan pelatihan ketrampilan di rumah sakit di ruang rehabilitasi dapat menikmati kegiatannya, sehingga lebih produktif, pandangan tidak kosong dan dapat mengalihkan dari halusinasi yang muncul karena konsentrasi pada kegiatannya.

## 8. Mekanisme coping

Pasien memiliki kecenderungan berperilaku maladaptif seperti keinginan mencederai diri sendiri dan orang lain, pasien merasa malas untuk melakukan kegiatan atau aktivitas, berusaha mengalihkan tanggung jawabnya kepada orang lain dan menikmati stimulus internal

## 9. Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien biasanya mengalami masalah di masa lalu yang menyebabkan pasien menarik diri dari masyarakat sekitarnya.

## 10. Aspek pengetahuan

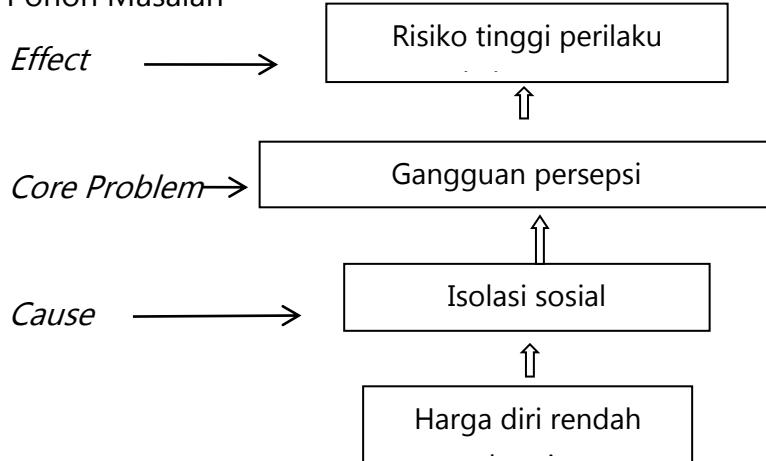
Pasien biasanya tidak banyak mengetahui tentang penyakitnya karena merasa tidak ada yang sakit di tubuhnya atau tidak merasa dalam tekanan.

## 11. Aspek Medis

Memberikan penjelasan tentang diagnostik medis dan terapi medis, diantaranya adalah trihexyphenidyl (THP), clorpromazine (CPZ) dan haloperidol (HP).

## I. Merumuskan Diagnosis Keperawatan

### 1. Pohon Masalah



**Bagan 4.2 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi**

**Sumber:** modifikasi Azizah, dkk (2016); PPNI (2017); Yusuf, dkk (2015)

### 2. Diagnosis Keperawatan

Rumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Menurut Dalami dkk (2014), diagnosa keperawatan klien dengan halusinasi pendengaran adalah sebagai berikut:

- Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
- Isolasi sosial
- Resiko perilaku kekerasan

Gangguan persepsi sensori (D.0085) menurut PPNI (2017)

1) Gejala dan Tanda Mayor

(a) Subyektif

- (1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- (2) Merasakan sesuatu melalui panca indera perabaan, penciuman atau pengecapan

(b) Obyektif

- (1) Distorsi sensori
- (2) Respon tidak sesuai
- (3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

2) Gejala dan Tanda Minor

(a) Subyektif

- (1) Menyatakan kesal

(b) Obyektif

- (1) Menyendiri
- (2) Melamun
- (3) Konsentrasi buruk
- (4) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- (5) Curiga
- (6) Melihat ke satu arah
- (7) Mondar mandir
- (8) Bicara sendiri

## J. Menyusun Rencana dan Strategi Pelaksanaan

### 1. Rencana Keperawatan menurut PPNI (2017)

Kriteria Hasil: ekspektasi membaik

**Tabel 4.3 Kriteria Hasil (PPNI, 2019)**

	<b>Menurun</b>	<b>Cukup menurun</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup meningkat</b>	<b>Meningkat</b>
Verbalisasi mendengar bisikan	1	2	3	4	5
Verbalisasi melihat bayangan	1	2	3	4	5
Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan	1	2	3	4	5

Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman	1	2	3	4	5
Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan	1	2	3	4	5
Distorsi sensori	1	2	3	4	5
Perilaku halusinasi	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Melamun	1	2	3	4	5
Curiga	1	2	3	4	5
Mondar mandir	1	2	3	4	5
	<b>Meningkat</b>	<b>Cukup meningkat</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup menurun</b>	<b>Menurun</b>
Respon sesuai stimulus	1	2	3	4	5
Konsentrasi	1	2	3	4	5
Orientasi	1	2	3	4	5

Intervensi Utama (PPNI, 2017)

### **Manajemen Halusinasi**

Tindakan:

#### *Observasi*

- Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi
- Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan
- Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri)

#### *Terapeutik*

- Pertahankan lingkungan yang aman
- Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)
- Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi
- Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi

#### *Edukasi*

- Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
- Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
- Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)
- Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi

#### *Kolaborasi*

- Kolaborasi pemberian obat anti psikotik dan anti anxietas jika perlu

## **Minimalisasi Rangsangan**

Tindakan:

### *Observasi*

- Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. nyeri, kelelahan)

### *Terapeutik*

- Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang)
- Batas stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas)
- Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat
- Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan

### *Edukasi*

- Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)

### *Kolaborasi*

- Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan
- Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus

## **Strategi Pelaksanaan (SP) Berdasarkan Pertemuan** menurut Azizah (2016)

### **SP 1: Pasien**

- 1) Mengidentifikasi jenis halusinasi
- 2) Mengidentifikasi isi halusinasi
- 3) Mengidentifikasi waktu halusinasi
- 4) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi
- 5) Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- 6) Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi
- 7) Mengajarkan pasien menghindari halusinasi
- 8) Menganjurkan pasien memasukkan jadwal kegiatan harian

### **SP 2: Pasien**

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2) Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
- 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari

### **SP 3: Pasien**

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2) Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan
- 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari

### **SP 4: Pasien**

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien dalam mempraktikkan SP 1, 2 dan 3
- 2) Menanyakan pengobatan sebelumnya
- 3) Menjelaskan tentang pengobatan

- 4) Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara minum obat (5 benar)
- 5) Menganjurkan pasien untuk memasukkan dalam kegiatan harian

#### **SP 1: Keluarga**

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya
- 3) Menjelaskan cara-cara merawat pasien dengan halusinasi

#### **SP 2: Keluarga**

- 1) Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan halusinasi
- 2) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi

#### **SP 3: Keluarga**

- 1) Membantu keluarga membuat jadwal kegiatan aktivitas di rumah termasuk minum obat
- 2) Menjelaskan tindak lanjut pasien setelah pulang

#### **SP1 P**

**Mengenalkan halusinasi, menjelaskan cara-cara kontrol halusinasi, mengajarkan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik**

##### **Fase Orientasi**

"Selamat pagi mas A, masih ingat dengan saya? Bagus ternyata masih ingat dengan saya. Mas A hari ini senang dipanggil siapa? O A saja ya?

"masih ingatkan, kemarin kita janji mau bercakap-cakap hari ini? Bagus, jika masih ingat!

"Bagaimana perasaan A hari ini?" Apa keluhan A saat ini? Apakah A masih mendengar suara-suara yang tanpa wujudnya dari tadi malam atau pagi ini?

"Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini A dengar tetapi tidak tampak wujudnya? Dimana kita akan duduk? Sesuai dengan janji kemarin ya, di ruang tamu ini saja? Kita mau ngobrol berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?

##### **Fase Kerja**

"Apakah A mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?"

"Apakah suara itu terdengar terus menerus atau sewaktu-waktu terdengarnya? Berapa kali sehari mendengar suara itu? Kapan yang paling sering mendengarnya? Pada saat apa suara itu muncul? apakah ketika A lagi sendirian, atau pas saat malam hari?

"Apa yang A rasakan saat suara itu terdengar Lalu apa yang A lakukan jika suara itu muncul? Apakah dengan yang A lakukan suara itu hilang atau semakin terdengar keras?

"bagaimana kalau kita belajar cara-cara mengontrol suara-suara itu muncul?"

"A ada beberapa cara untuk mengontrol atau mencegah suara itu muncul, pertama dengan cara mengahrdik, kedua dengan cara bercakap-cakap, ketiga dengan cara melakukan kegiatan terjadual dan keempat dengan cara minum obat"

"bagaimana jika kita belajar satu cara dulu dengan menghardik halusinasi"

"caranya sebagai berikut: pada saat suara itu muncul, langsung A bisa menutup telinga dan bilang, pergi pergi saya tidak mau mendengar, kamu suara palsu, jangan ganggu saya. Hentikan jangan ganggu saya!" begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi.

Nah, sekarang coba A peragakan seperti yang saya contohkan tadi. "bagus sekali, coba diulangi lagi!" Bagus, tepat seperti itu, A sudah bisa melakukan dengan baik dan benar."

#### **Fase Terminasi:**

"Bagaimana perasaan A setelah kita mempraktikkan latihan tadi?Jika suara-suara itu muncul, silakan dicoba dengan cara tadi. "Bagaimana jika kita buat jadwal kegiatan harian dengan latihan seperti tadi?Mau latihan jam berapa?Baiklah nanti jika A melakukan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, jangan lupa dicentang di kertas kegiatan harian ini ya"

"A bagaimana jika kita besok bertemu lagi dan belajar cara kontrol halusinasi yang kedua yaitu dengan cara bercakap-cakap?"Kita mau belajar jam berapa?Dimana tempatnya?"

"Baiklah A ini sudah 30 menit, A bisa istirahat dulu bersama teman-teman yang lain, sampai ketemu besok ya, selamat pagi."

### **K. Mengevaluasi Tindakan Keperawatan**

Tolok ukur dalam evaluasi keperawatan pada pasien adalah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah kita tetapkan. Evaluasi meliputi respon perilaku dan emosi lebih terkendali yang sudah tidak mengamuk lagi, bicara dan tertawa sendiri, sikap curiga, perasaan cemas dan berat, serta pasien mempercayai perawatnya, pasien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada objeknya, pasien dapat mengontrol halusinasi. Sehingga, persepsi pasien mulai membaik, pasien dapat menjelaskan hal yang nyata dan tidak nyata. Pada keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang nyata dan tidak nyata. Pada keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang dialami oleh pasien, mampu menjelaskan cara merawat pasien, mampu memperagakan cara bersikap terhadap pasien (Yusuf, dkk, 2015) dalam (Indriawan, 2019).

## L. Latihan Soal

- 1 Seorang laki-laki usia 35 tahun, dirawat di RSJ dengan keluhan mendengar suara-suara, pergi tanpa tujuan. Hasil pengkajian klien terlihat bicara dan tersenyum sendiri karena mendengar ada suara orang menyanyi. Klien senang dengan suara tersebut. Suara tersebut muncul saat sendiri dan menjelang tidur.
- Manakah data pengkajian yang perlu ditambahkan untuk menegakkan masalah klien tersebut?
- Kaji isi suara-suara yang didengar
  - Tanyakan waktu munculnya suara-suara
  - Kaji situasi pencetus munculnya suara-suara
  - Gali kemampuan pasien mengontrol suara-suara
  - Adakah halusinasi lain selain pendengaran

Kunci Jawaban: D

Pembahasan: Pengkajian pada kasus gangguan persepsi sensori: halusinasi meliputi 5 hal yaitu isi dan jenis halusinasi, waktu munculnya halusinasi, frekuensi munculnya halusinasi, respon terhadap halusinasi dan situasi yang menurunkan atau meningkatkan munculnya halusinasi.

- 2 Seorang laki-laki usia 29 tahun, dirawat di RSJ dengan alasan dirumah berbicara dan tertawa sendiri. Hasil pengkajian saat ini didapatkan data klien sering senyum-senyum sendiri, klien mengatakan mendengar suara-suara kekasih yang sudah meninggal, dalam sehari 5 kali. Klien merasa senang mendengar suara-suara tersebut.
- Apakah implementasi keperawatan yang sesuai dengan kasus diatas?
- Menjelaskan tentang halusinasi
  - Mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki
  - Melakukan kegiatan harian selama di RSJ
  - Mengajarkan cara untuk mengontrol halusinasinya.
  - Mengajarkan cara kontrol dengan minum obat

Kunci Jawaban: A

Pembahasan: SP 1 pada pasien didalamnya terdapat mengidentifikasi dan menjelaskan halusinasi pada pasien, agar pasien menyadari bahwa apa

yang dialami pasien merupakan masalah dan butuh bantuan untuk menyelesaiakannya

- 3 Seorang perempuan 30 tahun dirawat di ruang Drupadi RSJ Magelang, sesuai kontrak sebelumnya perawat menjanjikan akan mengenalkan halusinasi pendengaran yang dialami pasien. Langkah pertama di fase kerja dalam membantu pasien mengenal halusinasi, perawat menanyakan apakah ada suara-suara yang didengar.

Apakah langkah selanjutnya yang dilakukan perawat?

- a. Mengkaji kapan halusinasi dialami
- b. Mengatakan kepada pasien bahwa sebenarnya orang lain tidak mengalami apa yang seperti dialami pasien
- c. Mendiskusikan situasi yang dapat menimbulkan dan tidak menimbulkan halusinasi
- d. Menanyakan apakah yang dirasakan pasien saat suara-suara itu muncul
- e. Mengatakan pada pasien bahwa perawat akan membantu menyelesaikan masalah yang pasien alami saat ini

Kunci Jawaban: B

Pembahasan: Untuk menyakinkan bahwa apa yang dihadapi pasien merupakan masalah untuk segera diatasi, maka sebagai perawat yang akan membantu pasien mengatasi masalahnya untuk tidak mengiyakan atau menyatakan tidak akan masalah yang dialami pasien. Sehingga libatkan orang lain sekitarnya untuk menilai, memberikan pendapatnya sehingga menyakinkan pasien bahwa apa yang dialami adalah tidaklah nyata dan merupakan masalah yang harus diatasi.

## **M.Rangkuman Materi**

Halusinasi merupakan keadaan dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori yang disebabkan oleh keyakinan yang sebenarnya tidak ada. Menurut Yosep dalam Prabowo, 2014 halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya: Halusinasi pendengaran (audotorik), Halusinasi pengelihatan (visual), Halusinasi penghidu (Olfaktori), Halusinasi peraba (taktil), Halusinasi pengecap (gustatorik), Halusinasi sinestetikAsuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi berdasarkan pada proses keperawatan, salah satunya fokus pada pengkajian spesifik kasus:

### **PENGKAJIAN HALUSINASI**

Isi pengkajian:

- a. Identitas pasien dan keluarga (jika ada saat itu)
- b. Keluhan utama atau alasan masuk
- c. Faktor predisposisi dan presipitasi
- d. Aspek fisik atau biologis
- e. Aspek psikososial
- f. Status mental
- g. Kebutuhan persiapan pulang
- h. Mekanisme coping
- i. Masalah psikososial dan lingkungan
- j. Pengetahuan
- k. Aspek medik

## **Format/data fokus pengkajian pada pasien dengan gangguan persepsi sensori:halusinasi**

### **Persepsi**

Halusinasi: (pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecapan dan penghidu)

**Jenis halusinasi** : .....

**Isi Halusinasi** : .....

**Waktu halusinasi** : .....

**Frekuensi halusinasi** : .....

**Situasi halusinasi** : .....

**Respon pasien** : .....

Masalah keperawatan pasien: gangguan persepsi sensori: halusinasi ....

### **Tahap halusinasi**

### **Karakteristik**

**Stage 1: sleep disorder** pasien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa sebelum muncul dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi. Misal kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah di kampus, drop out dsb. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus menerus sehingga terbiasa mengkhayal. Pasien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai bentuk pemecahan masalah

### **Stage II: Comforting**

Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami Pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada awal timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan pasien merasa nyaman dengan halusinasinya

### **Stage III: Condemning**

Secara umum halusinasi sering mendatangi pasien Pengalaman sensori pasien menjadi sering datang dan mengalami bias. Pasien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang

	dipersepsikan. Pasien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama
<b>Stage IV: Controlling Severe level of anxiety</b>	Pasien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Pasien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir.
Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan	
<b>Stage V: Conquering panic level of anxiety</b>	Pengalaman sensori nya terganggu. Mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama jika pasien tidak menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal 4 jam atau seharian jika pasien tidak mendapat komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat

Intervensi keperawatan asuhan keperawatan gangguan persepsi sensori; halusinasi dapat menggunakan beberapa cara baik berdasarkan SP atau strategi pelaksanaan atau berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Evaluasi keperawatan mengacu pada tujuan berikut luaran atau kriteria hasil yang kita tetapkan. Apakah masalah teratas atau tidak.

## N. Glosarium

**Anxietas** kecemasan pada suatu obyek yang belum jelas disertai tanda psikologis tidak nyaman, gugup, tegang dan komponen fisiologis seperti gugup kerinat dingin pada telapak tangan, tekanan darah meningkat dan peristaltik usus meningkat.

**Apatis** berkurangnya afek/emosi terhadap sesuatu/ semua hal yang disertai rasa terkucilkan dan tidak peduli dengan lingkungan sekitar.

**Condemning** fase halusinasi psikotik ringan dimana pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, pasien lepas kendali dan mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan.

**Conquering** fase halusinasi psikotik berat dimana pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien menfikuti perintah halusinasi.

**Controlling** fase halusinasi dimana pasien menghentikan perlawanan pahalusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut.

**Daya tilik diri** pemahaman pasien tentang sifat suatu penyakit/gangguan.

**Halusinasi** persepsi sensori yang salah terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, meginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa rangsangan dari luar.

**Konsep Diri** semua jenis pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungan dengan orang lain.

**Coping** upaya individu yang meliputi pikiran dan tindakan untuk mengatasi situasi/masalah yang dirasakan menekan, menantang dan mengancam.

**Panik** perasaan ketakutan, teror, hilang kendali, tidak mampu melakukan sesuatu, terjadi disorganisasi kepribadian, peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsinya menyimpang, dan hilang pemikiran yang rasional.

**Presipitasi** stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan dan membutuhkan energi untuk mengatasinya.

**Predisposisi** faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu.

**Waham** keyakinan tentang suatu pikiran yang kokoh, tidak sesuai dengan kenyataan, tidak cocok dengan intelektual dan latar belakang budaya, selalu dikemukakan secara berulang-ulang dan berlebihan, meskipun telah dibuktikan kesalahannya/kemustahilannya atau tidak benar secara umum.

## **Daftar Pustaka**

- Azizah, Lilik Ma'rifatul, Imam Zainuri, Amar Akbar. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Teori dan Aplikasi Praktik Klinik.* Yogyakarta: Indomedia Pustaka
- Keliat, B. A., Hamadi, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susati, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. 2019. *Asuhan Keperawatan Jiwa.* Jakarta: EGC.
- Keliat, Budi A, dkk. 2011. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course).* Jakarta: EGC
- Nurhalimah. 2018. *Modul Ajar Konsep Keperawatan Jiwa.* Jakarta Pusat: Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI)
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik.* Edisi 1. Jakarta: PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan.* Edisi 1. Cetakan II. Jakarta: PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Definisi dan Tindakan Keperawatan.* Edisi 1. Cetakan II. Jakarta: PPNI
- Yusuf A.H, Rizky Fitryasari P.K, Hanik Endang Hinayati. 2015. *Buku Ajar Keperawatan. Kesehatan Jiwa.* Jakarta: Salemba Medika
- Yusuf, dkk. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa.* Jakarta : Salemba Medika.

# BAB 5

## ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PASIEN ISOLASI SOSIAL

### Pendahuluan

Salah satu gejala yang di alami skizofrenia adalah menarik diri dari lingkungan sekitar yang biasa disebut isolasi sosial. Isolasi sosial sendiri yaitu mencegah atau menghindar untuk berinteraksi dengan orang lain. Isolasi sosial mampu menyebabkan halusinasi apabila tidak segera ditangani ,dikarenakan seseorang yang mengalami isolasi sosial akan menyendiri dalam waktu yang lama sehingga seseorang akan menciptakan dunianya sendiri dengan halusinasi.

Isolasi sosial merupakan salah satu masalah keperawatan yang banyak dialami oleh pasien gangguan jiwa berat. Isolasi sosial sebagai suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam. (Pardede, Hamid, & Putri, 2020).

Buku ajar ini merupakan mata kuliah keperawatan jiwa. Dalam mata kuliah ini dibahas tentang asuhan keperawatan pada klien yang mengalami isolasi sosial. *Recovery* dari gangguan jiwa dengan pendekatan holistik dan *PCP (person-centered care)* merupakan fokus dalam mata kuliah ini. Pengalaman belajar ini akan berguna dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan jiwa dan integrasi keperawatan jiwa pada area keperawatan lainnya.

### Tujuan Instruksional:

Setelah mempelajari pokok bahasan ini diharapkan mahasiswa mampu menerapkan Asuhan Keperawatan dengan Pasien Isolasi Sosial

**Capaian Pembelajaran:**

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan sebagai berikut :

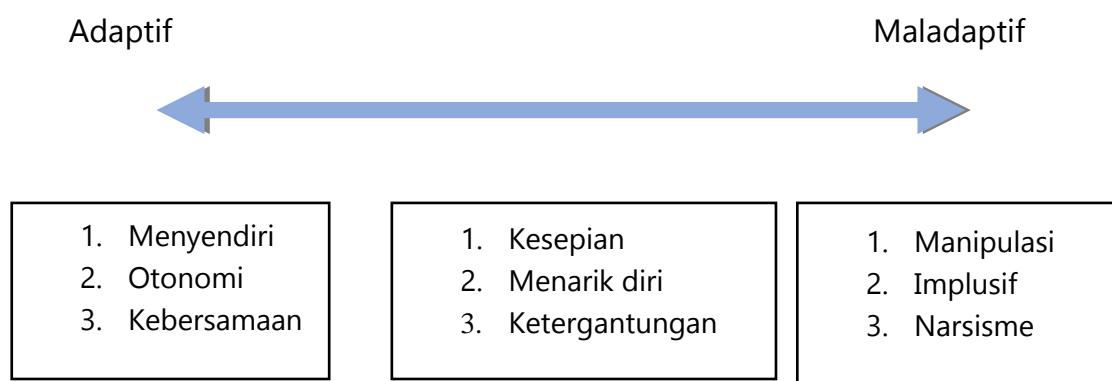
1. Menjelaskan definisi isolasi social
2. Menjelaskan rentang respon dari isolasi social
3. Menjelaskan Etiologi isolasi social
4. Menjelaskan Tanda dan Gejala Isolasi Sosial
5. Menjelaskan proses keperawatan pada pasien Isolasi Sosial

## Uraian Materi

### A. Definisi

Isolasi sosial adalah keadaan dimana individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Klien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain. Isolasi sosial merupakan upaya klien untuk menghindari interaksi dengan orang lain maupun berkomunikasi dengan orang lain (Simanjuntak et al., 2024)

### B. Rentang Respon



**Gambar 5.1 Rentang Respon**  
(Stuart dan Sudden dalam Sharma 2017)

#### 1. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon individu menyelesaikan suatu hal dengan cara yang dapat diterima oleh norma-norma masyarakat. Respons ini meliputi :

- a. Menyendiri (Solitude) Respon individu terhadap kejadian yang telah terjadi dengan merenung dengan tujuan untuk mengevaluasi diri dan menentukan rencana-rencana.
- b. Otonomi adalah Individu menetapkan diri untuk independen dan pengaturan diri. Individu memiliki kemampuan dalam menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial.
- c. Kebersamaan (Mutualisme) adalah Kemampuan atau kondisi individu dalam hubungan interpersonal dimana individu mampu untuk saling memberi & menerima dalam hubungan sosial.

- d. Saling Ketergantungan (interdependen) merupakan Suatu hubungan saling bergantung antara satu sama lain dalam hubungan sosial
- 2. Respon maladaptif

Respons maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara yang bertentangan dengan norma agama & masyarakat. Respon maladaptif tersebut antara lain:

- a. Manipulasi adalah gangguan sosial yang menyebabkan individu memperlakukan sebagai objek, dimana hubungan terpusat pada pengendalian masalah orang lain & individu cenderung berorientasi pada diri sendiri. Sikap mengontrol digunakan sebagai pertahanan terhadap kegagalan atau frustasi yang dapat digunakan sebagai alat berkuasa atas orang lain.
- b. Impulsif adalah respon sosial yang ditandai dengan individu sebagai subjek yang tidak dapat diduga, tidak dapat dipercaya, tidak mampu merencanakan, tidak mampu untuk belajar dari pengalaman, dan tidak dapat melakukan penilaian secara objektif.
- c. Narsisme merupakan respon sosial ditandai dengan individu memiliki tingkah laku egosentrisk, harga diri rapuh, berusaha mendapatkan penghargaan dan mudah marah jika tidak mendapat dukungan dari orang lain.

### C. Etiologi

Menurut Pratama & Senja (2022 : 57) Penyebab isolasi sosial adalah keterlambatan perkembangan, ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan ketidaksesuaian minat terhadap pengembangan, ketidaksesuaian nilai-nilai norma, perubahan penampilan fisik, perubahan status mental, ketidakadekuatan sumberdaya personal. Adapun penyebab dari isolasi sosial adalah :

- 1. Faktor predisposisi adalah penyebab isolasi sosial mencakup faktor perkembangan, faktor biologis, dan faktor sosiokultural. Berikut merupakan penjelasan dari faktor predisposisi
  - a. Faktor perkembangan merupakan tempat pertama yang memberikan pengalaman pertama bagi individu dalam menjalin hubungan dengan orang lain adalah keluarga, kurangnya stimulasi atau kasih sayang dari ibu akan memberikan rasa ketidaknyamanan serta menghambat rasa

- percaya diri. Ketidakpercayaan tersebut akan menimbulkan tingkah laku curiga terhadap orang lain maupun lingkungannya di kemudian hari.
- b. Faktor biologis : genetik merupakan salah satu faktor pendukung yang menyebabkan terjadinya gangguan gangguan jiwa. Organ tubuh yang jelas mempengaruhi adalah otak.
  - c. Faktor sosial dan budaya  
Mengasingkan diri dari lingkungan merupakan faktor pendukung terjadinya gangguan berhubungan atau isos. Gangguan ini dapat disebabkan oleh norma-norma yang salah didalam keluarga, misalnya anggota tidak produktif diasingkan dari lingkungan sosial.
2. Faktor Presipitasi
- Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan gangguan isolasi sosial , antara lain berasal dari stressor-stresor sebagai berikut :
- a. Stressor Sosiolokultural  
Stressor sosial budaya dapat menyebabkan penurunan keseimbangan unit keluarga seperti perceraian , berpisah dengan orang yang dicintai, kesepian karena ditinggal jauh dirawat di rumah sakit atau dipenjara.
  - b. Stressor Psikologik  
Intensitas ansietas berat yang berkepanjangan akan menyebabkan menurunya kemampuan seseorang untuk berhubungan dengan orang lain.

#### **D. Tanda dan Gejala**

Menurut Setiawan & Sulaihah (2023). Perilaku yang sering ditampilkan pasien isolasi sosial sebagai berikut:

- 1. Menarik diri
- 2. Tidak komunikatif
- 3. Mencoba menyendiri
- 4. Asik dengan pikiran dan dirinya sendiri
- 5. Tidak ada kontak mata
- 6. Sedih
- 7. Afek tumpul
- 8. Perilaku bermusuhan
- 9. Menyatakan perasaan sepi atau ditolak kesulitan membina hubungan di lingkungannya

10. Menghindari orang lain, dan Mengungkapkan perasaan tidak dimengerti orang lain

## **E. Asuhan Keperawatan**

### **1. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Isolasi Sosial menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2019) adalah sebagai berikut :

Isolasi sosial: Menarik diri (D.0121)

### **2. Intervensi Keperawatan**

<b>No</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Perencanaan</b>	
		<b>Tujuan</b>	<b>Intervensi</b>
1	Isolasi Sosial : menarik diri (D.0121)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan masalah gangguan persepsi sensori dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain</li> <li>2.Menarik diri menurun</li> <li>3.Dapat membina hubungan dengan orang lain.</li> </ul> <p>(Tim pokja SLKI DPP PPNI, 2019)</p>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</li> <li>2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memotivasi keterlibatan dalam suatu hubungan</li> <li>2. Memotivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru kegiatan kelompok</li> <li>3. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan</li> <li>4. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan ( mis. Jalan – jalan, ke toko buku )</li> <li>5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain</li> <li>6. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan</li> <li>7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri</li> <li>8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan klien untuk berinteraksi secara bertahap</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan</li> <li>3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain</li> <li>5. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. kacamata dan alat bantu dengar)</li> <li>6. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus</li> <li>7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi</li> <li>8. Latih mengekspresikan marah dengan tepat</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat sesuai dengan advice dokter.</li> <li>2. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</li> </ul> <p>(Tim pokja SLKI DPP PPNI, 2019)</p>
--	--	--

### 3. Implementasi Keperawatan

Menurut Maesarah (2021:143) implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang lebih spesifik. Tahap implementasi ini dimulai setelah rencana intervensi yang telah tersusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan.

### 4. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari Tindakan keperawatan kepada klien. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga Kesehatan lainnya. Secara umum evaluasi bertujuan untuk melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan (Ii & Albus, 2021)

## F. Latihan Soal

1. Yang merupakan tanda dan gejala dari isolasi social adalah....

- A. Menarik diri
- B. Merasa malu / bersalah
- C. Berjalan menunduk
- D. Merasa tidak mampu melakukan apapun
- E. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri

Jawaban: A

2. Seorang Perempuan usia 28 tahun dibawa ke Rumah Sakit Jiwa setelah 2 minggu tidak mau keluar kamar, tidak mau mandi, tidak mau berbicara. Saat dilakukan pengkajian, pasien hanya terdiam dan tidak mau menatap mata perawat. Keluarga mengatakan hal ini terjadi semenjak di PHK dari kantor tempatnya bekerja. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Anxietas
- B. Berduka
- C. Isolasi social
- D. Ketidakberdayaan
- E. Defisit perawatan diri

Jawaban: C

3. Seorang perempuan (19 tahun) datang ke unit psikiatri dibawa oleh keluarganya karena sudah 4 hari hanya diam saja. Ketika ditanya ia hanya menjawab seperlunya saja. Padangan mata kosong, terlihat murung. Empat hari ini klien hanya merenung saja di tempat tidur dan hanya bergerak sesekali untuk ke kamar mandi. Apakah tindakan keperawatan yang pertama kali dilakukan perawat berdasarkan kasus diatas ?

- A. Mengidentifikasi kemampuan positif yang klien punya
- B. Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab, dan akibat isolasi sosial
- C. Mengidentifikasi rasa cemas apa yang dialami klien
- D. Mengidentifikasi penyebab terjadinya halusinasi
- E. Mengidentifikasi aspek positif yang klien miliki

Jawaban: B

## **G. Rangkuman Materi**

Isolasi sosial merupakan suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam, Tujuan penulisan buku ajar ini adalah untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan Isolasi Sosial.

Salah satu gejala yang di alami skizofrenia adalah menarik diri dari lingkungan sekitar yang biasa disebut isolasi sosial. Isolasi sosial sendiri yaitu mencegah atau menghindar untuk berinteraksi dengan orang lain. Isolasi sosial mampu menyebabkan halusinasi apabila tidak segera ditangani ,dikarenakan seseorang yang mengalami isolasi sosial akan menyendiri dalam waktu yang lama sehingga seseorang akan menciptakan dunianya sendiri dengan halusinasi.

## **H. Glosarium**

PCP : *Person Centered Care*

Isos : *Isolasi Sosial*

## **Daftar Pustaka**

- Ii, B. A. B., & Albus, A. F. (2021). *Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pringsewu*. 7–17.
- Maesaroh. (2022). Metodologi Keperawatan. Jakarta : KBM Indonesia
- Pardede, J. A., Hamid, A. Y. S., & Putri, Y. S. E. ( 2020). *Aplication Of Social Skill Training Using Hildegard Peplau Theory Approach To Reducing Symptoms And The Capability Of Social Isolation Patients*. Jurnal Keperawatan, 12( 3), 327-340
- Pratama A.A,& Senja,A (2022). *Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Bumi Medika
- Simanjuntak, T. H., Gustina, E., Pratama, M. Y., & Olivia, N. (2024). Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Isolasi Sosial Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(1), 1–7. <https://doi.org/10.55681/sentri.v3i1.1975>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.. Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.

# BAB 6

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH

### Pendahuluan

Dalam pemberian asuhan keperawatan pasien dengan harga diri rendah, seringkali ditemukan beberapa kondisi dan perilaku yang unik dari masing-masing pasien. Hal tersebut dipengaruhi oleh pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami oleh pasien baik karena peristiwa kecelakaan, bencana, perpisahan, konflik maupun situasi yang tidak baik di lingkungan pekerjaan. Akibat kejadian tersebut, pasien mengalami gangguan persepsi sehingga mengganggu harga diri pasien. Bab ini mengulas asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah sampai dengan tindakan keperawatan yang dapat diberikan pada pasien dan keluarga. Bab ini juga menyediakan panduan komunikasi terapeutik yang dapat dilakukan perawat pada pasien dalam latihan untuk meningkatkan kemampuan positif pasien dengan harga diri rendah.

### Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

#### Tujuan Instruksional:

1. Memahami pengkajian pasien harga diri rendah
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pasien harga diri rendah
3. Memahami tindakan keperawatan pada pasien harga diri rendah
4. Memahami pengembangan intervensi keperawatan inovasi dalam penanganan masalah pada pasien harga diri rendah

#### Capaian Pembelajaran:

1. Mampu mengkaji data yang terkait dengan masalah pasien harga diri rendah
2. Mampu menetapkan diagnosa keperawatan pasien harga diri rendah
3. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien harga diri rendah
4. Mampu menjelaskan pengembangan intervensi keperawatan inovasi dalam penanganan masalah pada pasien harga diri rendah

## **Uraian Materi**

Pada Bab ini menguraikan materi tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, tindakan keperawatan dan pengembangan aplikasi intervensi keperawatan pada perawatan pasien dengan harga diri rendah.

### **A. Pengkajian**

Harga Diri Rendah (HDR) merupakan perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang dialami oleh seseorang secara berkepanjangan. Hal tersebut menjadi akibat dari evaluasi negative terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Tanda dan gejala dari pasien yang mengalami harga diri rendah antara lain:

1. Mengkritik diri sendiri
2. Perasaan tidak mampu
3. Pandangan hidup yang pesimis
4. Penurunan produktivitas
5. Penolakan terhadap kemampuan diri

Tanda dan gejala lain yang dapat diobservasi diketahui dari penampilan pasien yang mengalami harga diri rendah terlihat kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan yang kurang, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan nada atau intonasi suara yang lemah.

### **B. Diagnosis Keperawatan**

Sesuai dengan batasan karakteristik yang diketahui melalui observasi, wawancara atau pemeriksaan fisik yang dilakukan perawat serta dari sumber sekunder, perawat dapat menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien yaitu *Gangguan konsep diri: harga diri rendah*.

### **C. Tindakan Keperawatan**

Untuk mengatasi permasalahan pasien dengan harga diri rendah maka dilakukan tindakan keperawatan pada pasien dan juga pada keluarga.

#### **1. Tindakan Keperawatan pada Pasien**

Tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien bertujuan:

- a. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.
- b. Pasien dapat menilai kemampuan yang digunakan.
- c. Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan.
- d. Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, dengan menyesuaikan pada kemampuannya.
- e. Pasien dapat Menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.

Perawat dapat melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan tahapan berikut:

- a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien. Hal tersebut membantu pasien supaya mampu menyampaikan kemampuan dan aspek positif yang masih dimilikinya. Perawat dapat melakukan melakukan:
  - 1) Mendiskusikan sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien seperti kegiatan pasien, di rumah, dalam keluarga dan lingkungan keluarga serta lingkungan terdekat pasien.
  - 2) Memberi pujian yang realistik/nyata dan mengindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian negatif
- b. Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan. Tindakan yang dapat dilakukan perawat yaitu:
  - 1) Mendiskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat dilakukan saat ini berdasarkan kemampuan yang telah diidentifikasi
  - 2) Membantu pasien menyebutkannya dan memberikan penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien.
  - 3) Menunjukkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif.
- c. Membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih.

Perawat dapat melakukan Langkah-langkah berikut:

- 1) Mendiskusikan kemampuan yang masih dapat dilakukan dan memilih kemampuan yang akan dilatih
- 2) Memberikan dukungan dalam memilih kemampuan yang paling mudah dilakukannya
- 3) Membantu pasien memilih kemampuan sesuai dengan kondisi pasien saat ini

- d. Melatih kemampuan yang dipilih pasien. Untuk tindakan keperawatan yang dapat dilakukan oleh perawat di antaranya:
  - 1) Memotivasi pasien untuk melatih kemampuan yang dipilih
  - 2) Mendiskusikan cara melaksanakan kemampuan yang dipilih
  - 3) Memberikan contoh cara melaksanakan kemampuan yang dipilih
  - 4) Membantu pasien melakukan sendiri kemampuan yang dipilih
  - 5) Memberikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan oleh pasien
- e. Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih dengan hal-hal berikut ini:
  - 1) Memberikan kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatih kepada pasien secara mandiri.
  - 2) Membantu pasien memasukkan kemampuan yang telah dilatih ke dalam jadwal kegiatan sehari-hari pasien.
  - 3) Memberikan kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya, setelah melakukan kegiatan-kegiatan yang melatih kemampuannya.

Perawat dapat menggunakan panduan strategi pelaksanaan (SP) dalam komunikasi terapeutik pada pasien dengan harga diri rendah berikut:

- a. **SP 1 Pasien: Diskusikan kemampuan dana aspek positif yang dimiliki pasien, bantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, bantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, latih kemampuan yang sudah dipilih dan susun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.**

#### **Orientasi :**

*"Assalamualaikum, bagaimana keadaan T hari ini? T terlihat segar".*

*"Bagaimana, kalau kit a bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah T lakukan? Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat T dilakukan di rumah sakit. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih "*

*"Dimana kita duduk ? bagaimana kalau di ruang tamu ? Berapa lama ? Bagaimana kalau 20 menit ?*

**Kerja :**

" T, apa saja kemampuan yang T dimiliki? Bogus, apa lagi? Saya buat dafarnya ya! Apa pula kegiatan rumah tangga yang biasa T lakukan? Bagaimana dengan merapihkan kamar? Menyapu? Mencuci piring.....dst. ". " Wah, bagus sekali ada lima kemampuan dan kegiatan yang T miliki".

" T, dari lima kegiatan/kemampuan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan di rumah sakit? Coba kita lihat, yang pertama bisakah, yang kedua.....sampai 5 (misalnya ada 3 yang masih bisa dilakukan). Bagus sekali ado 3 kegiatan yang masih bisa dikerjakan di rumah sakit ini.

"Sekarang, coba T pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan di rumah sakit ini". "Ooo yang nomor satu, merapihkan tempat tidur? Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latihan merapihkan tempat tidur T ". Marl kita lihat tempat tidur T. Coba lihat, sudah rapihkah tempat tidurnya? "

"Nah kalau kita mau merapihkan tempat tidur, mari kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus ! Sekarang kita angkat spreinya, dan kasurnya kita balik. "Nah, sekarang kita pasang lagi spreinya, kita mulai dari arah atas, ya bogus !. Sekarang sebelah kaki, tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapihkan, dan letakkan di sebelah atas/kepala. Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah/kaki. Bagus !"

" T sudah bisa merapihkan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan bedakah dengan sebelum dirapikan? Bagus "

" Coba T lakukan dan jangan lupa memberi tanda MMM (mandiri) kalau T lakukan tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika diingatkan bisa melakukan, dan T (tidak) melakukan.

**Terminasi:**

"Bagaimana perasaan T setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapihkan tempat tidur ? Yach, T ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di rumah sakit ini. Salah satunya, merapihkan tempat tidur, yang sudah T praktekkan dengan baik sekali. Nah kemampuan ini dapat dilakukan juga di rumah setelah pulang. "

"Sekarang, mari kita masukkan pada jadual harian. T. Mau berapa kali

*sehari merapihkan tempat tidur. Bagus, dua kali yaitu pagi-pagi jam berapa ? Lalu sehabis istirahat jam 16.00"*

*"Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua. T masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di rumah sakit selain merapihkan tempat tidur? Ya bagus, cuc piring.. kalau begitu kita akan latihan mencuci piring besok jam 8 pagi di dapur ruangan ini sehabis makan pagi Sampai jumpa ya "*

**b. SP 2 Pasien: Latih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien**

**Orientasi:**

*"Assalammualaikum, bagaimanaperasaan Tpagi ini ? Wah, tampak cerah*

*"Bagaimana T, sudah dicoba merapikan tempat tidur sore kemarin/ Tadi pagi? Bogus (kalau sudah dilakukan, kalau belum bantu lagi, sekarang kita akan latihan kemampuan kedua. Masih in gat apa kegiatan itu T? "*

*"Ya benar, kita akan latihan mencuci piring di dapur ruangan ini"*

*"Waktunya sekitar 15 menit. Mari kita ke dapur!" Kerja :*

*"T, sebelum kita mencuci piring kita perlu siapkan dulu perlengkapannya, yaitu sabut/tapes untuk membersihkan piring, sabun khusus untuk mencuci piring. dan air untuk membilas., T bisa menggunakan air yang mengalir dari kran ini..*

*"Sekarang saya perlihatkan dulu ya car any a "*

*"Setelah semuanya perlengkapan tersedia, T ambil satu piring kotor, lalu buang dulu sisa kotoran yang ada di piring tersebut ke tempat sampah. Kemudian T bersihkan piring tersebut dengan menggunakan sabut/tapes yang sudah diberikan sabun pencuci piring. Setelah selesai disabuni, bilas dengan air bersih sampai tidak ada busa sabun sedikitpun di piring tersebut. Setelah itu T bisa mengeringkan piring yang sudah bersih tadi di rak yang sudah tersedia di dapur. Nah selesai..."*

*"Sekarang coba T yang melakukan... "*

*"Bagus sekali, T dapat mempraktekkan cud pring dengan balk. Sekarang dilap tangannya*

**Terminasi:**

"Bagaimana perasaan T setelah latihan cuci piring ?"

"Bagaimana jika kegiatan cuci piring ini dimasukkan menjadi kegiatan sehari-hari T. Mau berapa kali T mencuci piring? Bogus sekali T mencuci piring tiga kali setelah makan."

"Besok kita akan latihan untuk kemampuan ketiga, setelah merapikan tempat tidur dan cuci piring. Masih ingat kegiatan apakah itu? Ya benar kita akan latihan mengepel"

"Mau jam berapa ? Sama dengan sekarang ? Sampai jumpa "

## 2. Tindakan Keperawatan pada Keluarga

Dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah (HDR), sangat diperlukan dukungan dari keluarga di rumah sehingga mengoptimalkan keberhasilan dalam mengangani permasalahan harga diri rendah pada pasien. Upaya pemberian tindakan keperawatan yang dilakukan keluarga bertujuan untuk:

- a. Keluarga membantu pasien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien
- b. Keluarga memfasilitasi pelaksanaan kemampuan yang masih dimiliki pasien
- c. Keluarga memotivasi pasien untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih dan memberikan pujian atas keberhasilan pasien
- d. Keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan pasien

Perawat dapat melakukan tindakan keperawatan pada keluarga pasien dengan harga diri rendah dengan uraian sebagai berikut:

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- b. Jelaskan kepada keluarga tentang harga diri rendah pada pasien
- c. Diskusikan dengan keluarga kemampuan yang dimiliki pasien dan memuji pasien atas kemampuannya
- d. Jelaskan cara-cara merawat pasien dengan harga diri rendah
- e. Demonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah
- f. Beri kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah seperti yang telah perawat demonstrasikan sebelumnya.

- g. Bantu keluarga Menyusun rencana kegiatan pasien di rumah.

Dalam strategi pelaksanaan (SP), perawat dalam menggunakan contoh panduan dalam melakukan komunikasi dan tindakan keperawatan berikut saat membantu keluarga dalam merawat pasien.

- a. **Strategi Pelaksanaan (SP) 1 Keluarga: Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien di rumah, jelaskan tentang pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah, jelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, demonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, dan beri kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara merawat**

#### **FASE ORIENTASI**

Salam : *Selamat pagi ibu/bp... perkenalkan saya suster...  
nama ibu/bp siapa ya... senang dipanggil siapa ?*

Evaluasi : *Bagaimana perasaan ibu hari ini setelah mengetahui kondisi anaknya yang sedang sakit karena kecelakaan dan tergores pipinya ?*

Validasi : *Apa yang ibu/bp sudah lakukan terhadap kondisi anaknya ? lalu bagaimana hasilnya ?*

Kontrak : *Bagus sekali ibu/bp sudah mau bercerita...jadi bp/ibu merasa bingung, sedih, tidak tahu harus bagaimana terhadap anak ibu...dan upaya yang dilakukan hanya memotivasi saja...nah sekarang kita akan mendiskusikan tentang masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat anaknya...mau berapa lama? 30 menit ? baiklah kalau begitu...kita mulai saja ya...*

#### **Fase Kerja**

*Apa yang bapak/Ibu ketahui tentang masalah T"*

*"Ya memang benar sekali Pak/Bu, Titu memang terlihat tidak percaya diri dan sering menyalahkan dirinya sendiri akibat kecelakaan bahkan merasa menjadi orang yang paling jelek...maka T mempunyai masalah harga diri rendah situasional yang ditandai dengan munculnya pikiran-pikiran yang selalu negatif terhadap diri sendiri. Bila keadaan*

*T ini terus menerus seperti itu, T bisa mengalami masalah yang lebih berat lagi, yaitu T jadi malu bertemu dengan orang lain dan memilih mengurung diri"*

*"Sampai disini, bapak/Ibu mengerti apa yang dimaksud harga diri rendah situasional?"*

*"Bagus sekali bapak/Ibu sudah mengerti"*

*"Bpk/Ibu, apa saja kemampuan yang dimiliki T? Ya benar, dia juga mengatakan hal yang sama(kalau sama dengan kemampuan yang dikatakan T)*

*" T itu telah berlatih dua kegiatan yaitu berhias dan mengganti pakaian sendiri. Tolong bantu menyiapkan alat-alatnya, ya Pak/Bu. Dan jangan lupa memberikan pujian agar harga dirinya meningkat. Ajak pula memberi tanda cek list pada jadual yang kegiatannya".*

*"Nah bagaimana kalau sekarang kita praktekkan cara memberikan pujian kepada T"*

*"Temui T dan tanyakan kegiatan yang sudah dia lakukan lalu berikan pujian yang yang mengatakan: Bagus sekali T, kamu sudah semakin terampil berhias dan mengganti pakaian sendiri"*

*"Coba Bapak/Ibu praktekkan sekarang. Bagus"*

### **FASE TERMINASI**

*Evaluasi : Bagaimana perasaan bp/ibu setelah kita Subyektif mendiskusikan tentang harga diri rendah situasional T*

*Evaluasi : Coba bp/ibu jelaskan kembali apa yang dimaksud Obyektif dengan harga diri rendah situasional, lalu apa yang harus dilakukan keluarga ?*

*Resep : Bp/ibu bisa mendampingi anaknya ketika melakukan berhias dan mengganti baju dan memuji kemampuannya*

*RTL : Baik bp/ibu untuk kegiatan besok kita akan bertemu kembali untuk berlatih merawat klien dan penggunaan fasilitas kesehatan yang ada...bagaimana kalau jam 09.00 lagi. Baik kalau begitu saya pamit dulu selamat pagi*

**b. SP 2 Keluarga: Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan masalah harga diri rendah langsung kepada pasien**

**Fase Orientasi**

- Salam : *Selamat pagi bp/ibu....*
- Evaluasi : *Bagaimana perasaan bp/ibu hari ini....*
- Validasi : *Coba bp/ibu jelaskan cara merawat T dengan HDRS... wah bagus sekali bp/ibu masih mengingatnya.. lalu apakah bp/ibu sudah memberikan pujian atas kemampuan T...ya bagus sekali*
- Kontrak : *Nah sekarang kita akan lanjutkan latihan merawat anak bp/ibu dan penggunaan fasilitas kesehatan seperti yang sudah kita sepakati... mau berapa lama ? 30 menit lagi... baiklah kalau begitu...*

**Fase Kerja**

*Cara merawat klien dengan HDRS adalah yang pertama ditanyakan kemampuan yang dimiliki klien kemudian ditanyakan kemampuan yang mana yang masih dapat dilakukan... kemudian meminta kepada klien untuk memilih kemampuan yang akan dilakukan. Nah sekarang coba ibu lakukan kepada T anak ibu.... wah bagus sekali ibu mampu melakukan dengan baik. Lalu sekarang ibu meminta kepada anaknya untuk mempraktekan... jika sudah benar maka harus memberikan pujian atas keberhasilan T melakukan kemampuannya... nah sekarang dicobakan dulu... bagus sekali... lalu untuk penggunaan fasilitas kesehatan bisa lakukan jika bp/ibu melihat T menjadi lebih tidak percaya diri, malu berhubungan dengan orang lain bahkan sampai dengan mengurung diri maka dapat dibawa ke puskesmas atau rs terdekat agar segera diberi perawatan.... bagaimana apakah bp/ibu sudah paham... ya bagus sekali*

**Fase Terminasi**

- Evaluasi subyektif : *Bagaimana perasaan ibu setelah latihan langsung merawat klien dengan HDRS*
- Evaluasi obyektif : *Coba bp/ibu sebutkan cara-cara merawat klien... lalu bagaimana menggunakan fasilitas kesehatan yang ada... wah bagus sekali*

<i>Resep</i>	: <i>Bp/ibu bisa mempraktekan cara yang sudah dipelajari paling tidak sehari 2 x.. dan manfaatkan fasilitas kesehatan dengan tepat.</i>
<i>RTL</i>	: <i>Nah untuk besok kita akan bertemu kembali untuk mendiskusikan lagi latihan yang dilakukan,, bagaimana kalau jam 09.00 lagi... baik kalau begitu saya pamit selamat pagi</i>

## **D. Pengembangan Aplikasi Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Harga Diri Rendah**

### 1. Logoterapi untuk meningkatkan harga diri pada pasien

Logoterapi sebagai intervensi keperawatan jiwa spesialis dapat membantu pasien menemukan makna dan tujuan hidup. Adanya makna hidup yang ditemukan membuat pasien menjadi lebih berharga. Perasaan berharga merupakan bentuk dari harga diri yang tinggi. Logoterapi pada prinsipnya mengajarkan pasien untuk bertanggung jawab. Individu bertanggung jawab atas kehidupan dalam pekerjaan, cinta, atau penderitaan. Logoterapi bertujuan menemukan makna pada saat ini untuk mengaktualisasikan kemanusiaan seseorang (Siagian & Niman, 2022).

### 2. Peningkatan harga diri rendah dengan terapi aktivitas kelompok (TAK)

Pemberian TAK stimulasi persepsi yang efektif didukung dengan lingkungan tempat terapi diberikan, dan kemauan untuk berpartisipasi dalam kegiatan, maka diharapkan dapat mengatasi harga diri rendah juga dapat mempersepsikan yang di paparkan dengan baik dan tepat. Pemberian TAK stimulasi persepsi yang efektif didukung dengan lingkungan tempat terapi diberikan, dan kemauan klien untuk berpartisipasi dalam kegiatan, maka klien diharapkan dapat mengatasi harga diri rendah (Tuasikal, Siauta & Embuai, 2019).

### 3. Terapi Kreasi Seni Menggambar pada pasien harga diri rendah

Terapi kreasi seni menggambar dapat dijadikan salah satu terapi modalitas untuk pasien harga diri rendah dalam melakukan kegiatan. terapi kreasi stimulus menggambar adalah salah satu terapi yang dapat membangun kepercayaan pada pasien harga diri rendah, dapat membangun stimulus pada pasien sehingga dapat dilakukan dengan terapi kreasi seni menggambar maka pasien dengan harga diri rendah jauh lebih baik dibandingkan sebelum dilakukan terapi kreasi seni menggambar (Zakiyah & Yusran, 2023).

## **E. Latihan Soal**

1. Seorang Perempuan sedang dirawat di Rumah Sakit Jiwa. Hasil pengkajian pasien terlihat sering menunduk saat diajak bicara oleh perawat ataupun teman sekamarnya. Keluarga pasien membawa ke Rumah Sakit karena pasien menjadi murung dan sering bicara sendiri serta menyalahkan dirinya sendiri sejak diPHK dari tempat kerjanya. Apa diagnosa keperawatan yang tepat sesuai dengan kasus tersebut?
  - A. Perilaku kekerasan
  - B. Harga Diri Rendah
  - C. Isolasi Sosial
  - D. Halusinasi penglihatan
  - E. Defisit Perawatan Diri
2. Perawat sedang melakukan pemeriksaan pada seorang perempuan yang mengalami harga diri rendah. Hasil pengkajian, sebelum sakit, pasien bekerja sebagai pelayan di restoran selama kurang lebih 3 tahun. Ketika berbicara dengan perawat, pasien terlihat tertunduk dengan menjawab nada suara yang sangat rendah. Manakah tindakan keperawatan berikut yang paling tepat dilakukan oleh perawat sesuai dengan kasus tersebut?
  - A. Melatih relaksasi nafas dalam
  - B. Mengajarkan cara minum obat
  - C. Melatih menghardik bayangan palsu
  - D. Mendiskusikan aspek positif yang dimiliki
  - E. Melatih berbicara yang baik saat marah
3. Perawat telah menyampaikan kepada keluarga laki-laki terkait masalah kesehatan jiwa yang dialami oleh pasien. Selain itu, perawat juga telah mengajarkan cara merawat pasien saat di rumah dan mendemonstrasikannya pada keluarga. Manakah tindakan keperawatan selanjutnya yang tepat dilakukan oleh Perawat pada pertemuan selanjutnya?
  - A. Membantu keluarga memandikan pasien
  - B. Melatih keluarga cara melakukan relaksasi
  - C. Memberikan keluarga materi tentang HDR
  - D. Melatih keluarga cara merawat pasien HDR
  - E. Melakukan pemeriksaan fisik pada keluarga pasien

### **Kunci Jawaban**

1. B. Mengajarkan cara minum obat

2. D. Mendiskusikan aspek positif yang dimiliki
3. D. Melatih keluarga cara merawat pasien HDR

#### **F. Rangkuman Materi**

1. Harga Diri Rendah (HDR) merupakan perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang dialami oleh seseorang.
2. Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien harga diri rendah yaitu *Gangguan konsep diri : harga diri rendah*.
3. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada penanganan harga diri pada pasien yaitu mengidentifikasi kemampuan atau aspek positif yang dimiliki pasien, melatih kemampuan positif tersebut dan membantu memasukkan ke dalam jadwal harian atau kegiatan pasien.

#### **G. Glosarium**

- HDR : Harga Diri Rendah  
HDRS : Harga Diri Rendah Situasional  
SP : Strategi Pelaksanaan  
TAK : Terapi Aktivitas Kelompok  
RTL : Rencana Tindak Lanjut

## **Daftar Pustaka**

- Fajariyah, Nur. (2021). Asuhan Keperawatan dengan Harga Diri Rendah. Jakarta: Trans Info Media.
- Keliat, B.A., Akemat, Helena, N., & Nurhaeni, H. (2019). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. Jakarta : EGC.
- Siagian, I. O., & Niman, S. (2022). Efektifitas Logoterapi terhadap Harga Diri Rendah Situasional pada Mahasiswa. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 10(2), 337.
- Tuasikal, H., Siauta, M., & Embuai, S. (2019). Upaya Peningkatan Harga Diri Rendah Dengan Terapi Aktivitas Kelompok (Stimulasi Persepsi) di Ruang Sub Akut Laki RSKD Provinsi Maluku. *Window of Health: Jurnal Kesehatan*, 345-351.
- Zakiyah, S., & Yusran, S. (2023). Penerapan Logoterapi untuk Mengatasi Harga Diri Rendah pada Pasien Mioma Uteri: Studi Kasus. *Nursing Sciences Journal*, 7(1), 71-81.

# BAB 7

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI

### Pendahuluan

Kesehatan jiwa merupakan kondisi sejahtera di mana individu menyadari kemampuan yang dimilikinya dapat mengatasi stres dalam kehidupan dapat bekerja secara produktif dan mempunyai kontribusi dalam kehidupan bermasyarakat (World Health Organisation, 2002). Salah satu masalah yang sering terjadi pada pasien gangguan jiwa adalah deficit perawatan diri. Defisit perawatan diri menurut Orem orang yang merupakan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan perawatan diri secara adil kuat sehingga dibutuhkan beberapa sistem yang dapat membantu klien memenuhi kebutuhannya. Keterbatasan perawatan diri biasanya diakibatkan karena stressor yang cukup berat dan sulit ditangani oleh klien sehingga dirinya tidak mau mengurus atau merawat dirinya sendiri baik dalam hal mandi berpakaian berhias makan minum BAK dan BAB (Herni, 2019).

### Tujuan Instruksional

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini mahasiswa diharapkan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri.
2. Tujuan Instruksional Khusus
  - a. Menjelaskan definisi defisit perawatan diri
  - b. Menjelaskan proses terjadinya defisit perawatan diri
  - c. Menjelaskan tentang respon menjelaskan mekanisme coping pada pasien defisit perawatan diri
  - d. Melakukan pengkajian pada pasien defisit perawatan diri.
  - e. Menyusun rencana tindakan pada pasien defisit perawatan diri.
  - f. Menyusun evaluasi tindakan pada pasien defisit perawatan diri.
  - g. Contoh soal dengan asuhan keperawatan defisit perawatan diri.

### **Capaian Pembelajaran**

1. Mampu memahami Proses asuhan keperawatan defisit perawatan diri pada pasien secara professional.
2. Mampu melakukan komunikasi terapeutik dan menguasai keterampilan dasar untuk melakukan asuhan keperawatan kepada klien dengan defisit perawatan diri.
3. Mampu memberikan asuhan keperawatan pada individu dengan mengutamakan keselamatan kalian dan mutu pelayanan kualitas Asuhan Keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri.

## **Uraian Materi**

### **A. Pendahuluan**

Defisit perawatan diri merupakan kondisi kurangnya perawatan diri pada klien dengan gangguan jiwa yang terjadi akibat perubahan proses fikir sehingga menurunkan kemampuan dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Defisit perawatan diri ditandai dengan ketidak mampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berhias, makan dan toileting secara mandiri. Defisit perawatan diri pada pasien dengan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) mengacu pada kesulitan individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang berkaitan dengan perawatan diri (Keliat, 2015).

### **B. Tanda Defisit Perawatan Diri**

Tanda dan gejala defisit perawatan diri pada pasien ODGJ dapat bervariasi tergantung pada tingkat keparahan gangguan jiwa, Tanda-tanda ini menunjukkan bahwa pasien mungkin memerlukan bantuan tambahan dalam merawat dirinya sendiri dan intervensi yang tepat diperlukan untuk memastikan kesejahteraan mereka. Berikut merupakan tanda deficit perawatan diri (Herni, 2019).

1. Kebersihan Diri yang Buruk
  - a. Tidak mandi secara teratur
  - b. Tidak menyikat gigi atau melakukan kebersihan mulut lainnya
  - c. Pakaian yang kotor atau tidak layak
2. Masalah Nutrisi dan Makan
  - a. Tidak makan secara teratur atau makan terlalu sedikit/banyak
  - b. Penurunan atau peningkatan berat badan yang tidak wajar
  - c. Kesulitan dalam menyiapkan makanan atau mengelola kebutuhan nutrisi
3. Penampilan Fisik yang Kurang Terawat
  - a. Rambut kusut atau tidak disisir
  - b. Kuku yang panjang dan kotor
  - c. Tidak menggunakan pakaian yang sesuai dengan cuaca atau situasi
4. Ketidakmampuan Mengelola Kebutuhan Fisiologis
  - a. Inkontinensia atau kesulitan dalam mengelola fungsi buang air
  - b. Tidak menjaga kebersihan setelah buang air kecil/besar

5. Kesulitan dalam Aktivitas Sehari-hari
  - a. Tidak mampu melakukan tugas-tugas rumah tangga sederhana seperti membersihkan rumah atau mencuci pakaian.
  - b. Ketidakmampuan mengelola keuangan pribadi atau tanggung jawab administrasi lainnya.
6. Ketidakpedulian Terhadap Kesehatan
  - a. Mengabaikan kebutuhan medis, seperti tidak mengambil obat yang diresepkan atau tidak menghadiri janji medis
  - b. Mengabaikan tanda-tanda penyakit atau infeksi yang jelas
7. Isolasi Sosial
  - a. Menarik diri dari interaksi sosial atau aktivitas yang sebelumnya dinikmati.
  - b. Menunjukkan ketidakmampuan atau ketidaktertarikan untuk berkomunikasi atau menjaga hubungan social

## C. Proses Terjadinya Defsit Perawatan Diri

### 1. Faktor Predisposisi

Menurut Nurhalimah (2016):

- a. Aspek Biologis, dimana deficit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu melakukan kperawatan diri dan dikarenakan adanya factor herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- b. Psikologis, adanya factor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting, hal ini dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu tersebut sehingga perkembangan inisiatif menjadi terganggu. Klien yang mengalami deficit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.
- c. Sosial, kurangnya dukungan social dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam merawat diri.

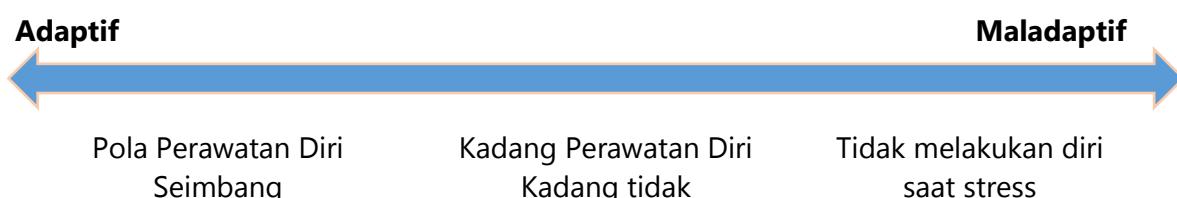
### 2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang menyebabkan defisit perawatan diri yaitu penurunan motivasi, kerusakan kognitif/persepsi, cemas, lelah, lemah yang menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Faktor-

faktor yang mempengaruhi personal hygiene (Rochmawati et al., 2013) sebagai berikut:

- a. Body Image Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.
- b. Praktik Sosial Pada anak-anak yang selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene.
- c. Status Sosial Ekonomi Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampoo, alat mandi semuanya yang memerlukan uang untuk menyediakannya.
- d. Pengetahuan Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan.
- e. Budaya Disebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.
- f. Kebiasaan Seseorang Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, shampoo dan lain-lain.

**Rentang respon defisit perawatan diri menurut (Darmawan, 2013) sebagai berikut:**



**Gambar 7.1 Rentang Respon**

Keterangan:

- a. Pola perawatan diri seimbang, saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
- b. Kadang perawatan kadang tidak, saat klien mendapatkan stressor kadangkadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
- c. Tidak melakukan perawatan diri, klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stresor.

## **D. Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri**

Pada masalah defisit perawatan diri pendekatan yang tepat adalah orang *self care deficit theory* orang yang menjelaskan bahwa seseorang dikatakan defisit perawatan diri jika kemampuan perawatan dirinya rendah dari kebutuhan perawatan diri (Hartweg, 2022) Faktor yang mempengaruhi pada defisit perawatan diri adalah usia jenis kelamin tahap tumbuh kembang status kesehatan orientasi sosiokultural faktor sistem kesehatan faktor sistem keluarga dan sumber daya yang dimiliki. Adapun Data -Data Defisit Perawatan Diri berdasarkan SDKI (2016)

### **1. Data Mayor**

#### **Data Subjektif**

- a. Menolak melakukan perawatan diri kebersihan diri
- b. Berpakaian makan minum dan eliminasi menyampaikan ketidak keinginan melakukan.
- c. Perawatan diri kebersihan diri berpakaian makan dan minum dan eliminasi.
- d. Menyatakan tidak tahu cara perawatan diri kebersihan diri berpakaian makan, minum dan eliminasi.

#### **Data Objektif**

- a. Kulit rambut gigi kuku kotor
- b. Pakaian kotor tidak rapi dan tidak tepat
- c. Makan dan minum tidak beraturan
- d. Eliminasi buang air besar buang air kecil tidak pada tempatnya
- e. Lingkungan tempat tinggal kotor dan tidak rapi

### **2. Minor**

#### **Subjektif**

Tidak ada

#### **Objektif**

Ketidakmampuan menyiapkan Perlengkapan mandi ketidakmampuan melepas dan mengenakan pakaian ketidakmampuan mengambil makanan dan minuman sendiri ketidakmampuan menggunakan toilet.

## **E. Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri**

Asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri akibat gangguan jiwa memerlukan pendekatan holistik dan individual yang

memperhatikan kebutuhan fisik, emosional, dan sosial pasien. Berikut adalah langkah-langkah yang dapat dilakukan dalam asuhan keperawatan untuk pasien dengan defisit perawatan diri:

## **1. Tujuan Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri pada pasien ODGJ sebagai berikut:**

- a. Aspek Kognitif. Diharapkan klien mampu:
  - 1) Menjelaskan perawatan diri
  - 2) Mengidentifikasi masalah perawatan diri yang dialami
  - 3) Mengetahui cara perawatan diri kebersihan diri berpakaian makan dan minum eliminasi dan lingkungan.
- b. Aspek Psikomotor klien, Diharapkan klien mampu:
  - 1) Melakukan kebersihan diri mandi keramas sikat gigi berpakaian berdandan
  - 2) Memenuhi kebutuhan makan dan minum
  - 3) Melakukan eliminasi BAB dan BAK
  - 4) Menciptakan lingkungan rumah yang bersih dan aman
- c. Aspek Afektif, Diharapkan klien mampu:
  - 1) Merasa nyaman dengan perawatan diri
  - 2) Merasakan manfaat perawatan diri
  - 3) Mempertahankan perawatan diri

## **2. Proses Asuhan Keperawatan**

### **Berikut Tahapan Proses Keperawatan Jiwa Pada Klien dengan ODGJ:**

- a. Pengkajian  
Kaji tanda dan gejala perawatan diri serta penyebabnya, Diagnosis menjelaskan proses terjadinya masalah perawatan diri kebersihan diri berpakaian makan dan minum eliminasi BAB dan BAK dan lingkungan.
- b. Tindakan keperawatan  
Melatih kebersihan diri mandi keramas sikat gigi berpakaian berhias dan gunting kuku. Berikut tahapan perawatan diri:
  - 1) Mandi
    - a) Diskusikan gunanya mandi
    - b) Diskusikan alat-alat yang diperlukan
    - c) Diskusikan jadwal mandi
    - d) Diskusikan langkah-langkah mandi

- e) Latih mandi sesuai dengan langkah-langkah yang telah dijelaskan bantu jika kalian belum dapat melakukan
  - f) Jadwalkan mandi dengan teratur
  - g) Berikan pujian
- 2) Berpakaian
- a) Diskusikan gunanya pakaian yang bersih dan rapi
  - b) Diskusikan variasi pakaian: pakaian tidur, pakaian di rumah pakaian, bepergian latih memilih pakaian latih berpakaian bantu, jika kalian belum dapat melakukannya jadwalkan ganti pakaian secara teratur
  - c) Berikan pujian
- 3) Keramas
- a) Diskusikan gunanya keramas
  - b) Diskusikan alat-alat untuk keramas
  - c) Latih klien keramas
  - d) Bantu jika kalian belum dapat melakukan
  - e) Jadwalkan keramas 2 hari sekali
  - f) Berikan pujian
- 4) Sikat gigi
- a) Diskusikan gunanya sikat gigi
  - b) Diskusikan alat-alat untuk sikat gigi
  - c) Latih klien sikat gigi bantu jika kalian belum dapat melakukannya
  - d) Jadwalkan sikat gigi 2 kali perhari
  - e) Berikan pujian
- 5) Berdandan
- a) Berdandan perempuan
  - b) Diskusikan gunanya berdandan
  - c) Diskusikan alat-alat berdandan
  - d) Latih menyisir rambut dengan rapi
  - e) Latif pakai bedak dengan rapi
  - f) Latih pakai lipstik dan pensil alis
  - g) Jadwalkan berdandan setiap selesai mandi
  - h) Beri pujian
- 6) Berdandan laki-laki
- a) Diskusikan gunakan berdandan
  - b) diskusikan alat dandan
  - c) latih menyisir rambut

- d) latih cukur rambut
  - e) Jadwalkan cukur 1 kali seminggu
  - f) beri pujian
- 7) Gunting kuku
- a) Diskusikan gunanya gunting kuku
  - b) Diskusikan alat untuk gunting kuku
  - c) Latih menggunting kuku
  - d) Jadwalkan sekali seminggu
- 8) Melatih BAB dan BAK
- a) Diskusikan gunanya BAB dan BAK yang baik
  - b) Diskusikan tempat, cara menggunakan, cara membersihkan tempat dan cara membersihkan diri
- 9) Latih BAB dan BAK yang baik
- a) Bak dan bab di WC
  - b) Menggunakan wc dengan tepat
  - c) Membersihkan diri setelah bak dan bab
  - d) Membersihkan tempat BAB dan BAK
  - e) Cuci tangan yang benar 6 langkah pakai sabun.
  - f) Berikan pujian

#### F. Rangkuman Materi

Defisit perawatan diri merupakan kondisi dimana seseorang mengalami kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti mandi, berpakaian, makan ataupun kebersihan pribadi karena gangguan fisik maupun mental. Proses terjadinya defisit perawatan diri disebabkan oleh dua faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Tanda dan gejala defisit perawatan diri menurut SDKI (2016) terdiri dari data subjektif yakni menolak melakukan perawatan diri, kebersihan diri, berpakaian makan, minum dan eliminasi. Data objektif seperti kulit rambut gigi kotor, Pakaian kotor, tidak rapi, makan minum tidak beraturan, eliminasi buang air besar kecil tidak pada tempatnya, lingkungan tempat tinggal kotor dan tidak rapi. Proses asuhan keperawatan defisit perawatan diri meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan tindakan keperawatan, evaluasi dan implementasi.

## **G. Latihan Soal**

1. Seorang perawat di RSJ mengkaji seorang pasien laki-laki berumur 38 tahun. Saat dikaji pasien nampak lesu, berpakaian tidak rapi, rambut acak-acakan dan gigi kotor. Klien mengatakan tidak ingin membersihkan diri karena merasa tidak bertenaga dan selalu lelah. Apakah masalah prioritas pada kasus diatas?
  - a. Halusinasi pendengaran
  - b. Harga diri rendah
  - c. Defisit Perawatan Diri
  - d. Isolasi Sosial
  - e. Resiko Perilaku Kekerasan.
2. Seorang pasien perempuan umur 31 tahun dirawat di RSJ karena sering mengamuk. Saat ini kondisi pasien sudah kooperatif, namun ketika hendak buang hajat pasien tidak mau ke toilet. Apakah tindakan perawat yang tepat pada kasus diatas?
  - a. Melatih berhias
  - b. Melatih keramas
  - c. Melatih sikat gigi
  - d. Melatih gunting kuku
  - e. Melatih toileting (BAK dan BAK)
3. Seorang perawat hendak melatih pasien perempuan umur 27 tahun untuk menggunting kuku. Apakah tindakan keperawatan pertama yang dilakukan oleh perawat?
  - a. Diskusikan gunanya mandi
  - b. Diskusikan alat-alat yang diperlukan
  - c. Diskusikan jadwal mandi
  - d. Diskusikan langkah-langkah mandi
  - e. Latih mandi sesuai dengan langkah-langkah yang telah dijelaskan bantu

### **Kunci Jawaban**

1. C
2. E
3. A

### **H. Glosarium**

ODGJ	: Orang Dengan Gangguan Jiwa
BAK	: Buang Air Besar
BAB	: Buang Air Kecil
WC	: Water Closet
DPD	: Defisit Perawatan Diri

## **Daftar Pustaka**

- Dermawan, R., & Rusdi. (2013). Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Hartweg DL, Metcalfe SA. Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Relevance and Need for Refinement. *Nurs Sci Q.* 2022 Jan;35(1):70-76. doi: 10.1177/08943184211051369. PMID: 34939484.
- Herni, S. (2019). Defisit Perawatan Diri Pada Klien Skizofrenia: Aplikasi Teori Keperawatan Orem. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(1989), 87–97. <https://media.neliti.com/media/publications/104231-ID-defisit-perawatan-diri-pada-klien-skizof.pdf>
- Kelial, B. A. (2015). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi Ke L. Edited by S. dkk Moorhead. Jakarta: EGC.*
- Nurhalimah, N. (2016). Keperawatan Jiwa. Jakarta Selatan : Pusdik SDM Kesehatan.
- Orem. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(1989), 87–97. <https://media.neliti.com/media/publications/104231-ID-defisit-perawatan-diri-pada-klien-skizof.pdf>
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Jiwa Indonesia. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Rochmawati, D. H., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2013). Manajemen Kasus Spesialis Jiwa Defisit Perawatan Diri Pada Klien Gangguan Jiwa Di Rw 02 Dan Rw 12 Kelurahan Baranangsiang Kecamatan Bogor Timur. *Keperawatan Jiwa*, 1, 107–120.
- World Health Organisation. (2002). Prevention and promotion in mental health. *World Health Organisation*, 1–46.

# BAB 8

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ANSIEtas

### Pendahuluan

Ansietas atau kecemasan merupakan kondisi psikologis yang ditandai oleh perasaan khawatir, gelisah dan ketegangan yang berlebihan. Ini adalah gangguan yang umum terjadi dan dapat memengaruhi kualitas hidup seseorang secara signifikan. Ansietas tidak hanya berdampak pada kesehatan mental tetapi juga dapat memengaruhi kesehatan fisik, menyebabkan gejala seperti peningkatan detak jantung, berkeringat berlebihan, tremor dan gangguan tidur.

Dalam konteks asuhan keperawatan, pendekatan yang holistik dan komprehensif sangat penting untuk mengelola dan mengatasi ansietas. Perawat memiliki peran kunci dalam mengidentifikasi, menilai dan memberikan intervensi yang efektif untuk membantu pasien mengatasi ansietas. Pendekatan ini melibatkan pemahaman tentang penyebab dan gejala ansietas, serta penerapan strategi intervensi yang sesuai baik dari segi psikologis maupun fisik.

Asuhan keperawatan yang efektif untuk pasien dengan ansietas memerlukan pendekatan yang penuh empati, komunikasi terapeutik, serta penggunaan tindakan keperawatan terstruktur untuk membantu pasien mengelola gejala ansietas. Melalui pendekatan ini, diharapkan pasien dapat mengalami penurunan gejala dan peningkatan kualitas hidup yang lebih baik.

### Tujuan Instruksional:

Setelah mempelajari Asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas, mahasiswa mampu :

1. Memahami konsep ansietas: definisi, penyebab, dan tanda gejala ansietas serta dampaknya terhadap kesehatan fisik dan mental pasien.

2. Menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas: pengkajian, diagnosis, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi.

**Capaian Pembelajaran:**

1. Mampu menjelaskan dengan jelas konsep ansietas, termasuk faktor penyebab, tanda gejala, dan dampaknya terhadap pasien.
2. Mampu melakukan penilaian menyeluruh terhadap pasien dengan ansietas, mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi dan mencatat perubahan tanda gejala.
3. Mampu mengembangkan dan menerapkan rencana asuhan keperawatan yang mencakup strategi intervensi untuk mengatasi ansietas.
4. Mampu menerapkan tindakan keperawatan secara efektif berbasis bukti, seperti; relaksasi tarik nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan terkait efektivitas tindakan, kemampuan pasien dan tanda gejala ansietas yang di alami oleh pasien.

## **Uraian Materi**

### **A. Konsep Ansietas**

#### **1. Definisi**

Ansietas atau kecemasan adalah respons emosional terhadap antisipasi bahaya atau ancaman yang belum terjadi. Ini adalah keadaan mental yang ditandai oleh perasaan khawatir, takut, atau gelisah yang berlebihan. Ansietas dapat mempengaruhi seseorang secara fisik, emosional, dan sosial.

#### **2. Proses Terjadinya Ansietas**

Proses terjadinya ansietas melibatkan berbagai mekanisme biokimia dan neurologis yang kompleks. Berikut penjelasan singkat tentang proses ini (American Psychiatric Association, 2013) :

- Pemicu (*Trigger*), Ansietas seringkali dimulai dengan pemicu atau situasi yang dianggap mengancam. Ini dapat berupa situasi nyata (seperti ujian atau wawancara kerja) atau pemikiran dan kekhawatiran yang tidak beralasan.
- Persepsi Ancaman, Otak, terutama amigdala (bagian otak yang terkait dengan emosi), mengidentifikasi situasi sebagai ancaman. Amigdala berperan penting dalam respon ketakutan dan ansietas.
- Aktivasi Respons Stres, Amigdala mengirim sinyal ke hipotalamus yang kemudian mengaktifkan sistem saraf simpatik dan sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA axis). Ini menghasilkan pelepasan hormon stres seperti adrenalin dan kortisol.
- Reaksi Fisiologis, Hormon stres menyebabkan berbagai reaksi fisiologis seperti peningkatan detak jantung, napas cepat, dan ketegangan otot. Ini adalah bagian dari respon "*fight or flight*" (lawan atau lari) tubuh.
- Gejala Psikologis, Antara lain perasaan cemas, takut, khawatir, dan gelisah. Pikiran yang berlebihan dan rasa tidak nyaman ini seringkali sulit dikendalikan.
- Perilaku Menghindar, Seseorang mungkin akan menghindari situasi atau aktivitas yang mendatangkan ansietas untuk mengurangi perasaan tidak nyaman, meskipun ini dapat memperkuat perilaku ansietas di masa depan.

### **3. Etiologi**

Penyebab ansietas dapat dikategorikan menjadi factor predisposisi (factor penyebab) dan faktor presipitasi (faktor pencetus). Dimana perbedaan diantara keduanya ada pada kurun waktu kapan terjadinya stressor tersebut. Stressor yang terjadi dalam kurun waktu lebih dari dari enam bulan yang lalu (lampaui), disebut Predisposisi. Sedangkan stressor yang terjadi dalam kurun waktu kurang dari enam bulan sejak saat ini (baru – baru ini) disebut juga presipitasi.

Berikut akan dijelaskan tentang faktor predisposisi dan faktor presipitasi:

#### **a. Biologis**

Faktor ini mencakup aspek-aspek fisik dan genetika yang mempengaruhi kerentanan seseorang terhadap kondisi tertentu. Contohnya:

- Genetik: Riwayat keluarga dengan penyakit tertentu seperti diabetes, hipertensi, atau gangguan mental dapat meningkatkan risiko.
- Usia: Beberapa penyakit lebih umum terjadi pada usia tertentu, seperti osteoporosis pada orang lanjut usia.
- Jenis Kelamin: Beberapa kondisi lebih sering dialami oleh pria atau wanita, seperti penyakit jantung yang lebih umum pada pria.
- Kesehatan Fisik: Kondisi fisik tertentu seperti obesitas atau kekurangan gizi dapat meningkatkan kerentanan terhadap penyakit.

#### **b. Psikologis**

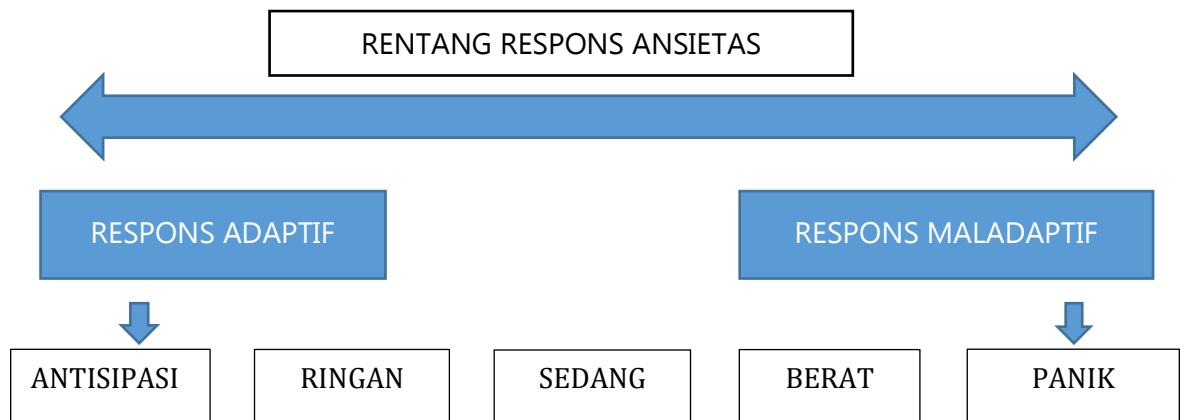
Faktor psikologis berhubungan dengan kondisi mental dan emosional yang mempengaruhi kerentanan seseorang. Contohnya:

- Kepribadian: Tipe kepribadian tertentu (misalnya, kepribadian tipe A yang cenderung lebih stres) dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan mental.
- Riwayat Trauma atau Pengalaman Buruk: Pengalaman negatif masa lalu, seperti kekerasan atau kehilangan, dapat meningkatkan risiko depresi, kecemasan, atau PTSD.
- Resiliensi Psikologis: Ketahanan atau kemampuan seseorang untuk menghadapi stres memengaruhi kerentanan terhadap gangguan mental.

#### **c. Sosial Budaya**

Faktor sosial meliputi aspek-aspek lingkungan dan interaksi sosial yang mempengaruhi risiko seseorang. Contohnya:

- Lingkungan Keluarga: Lingkungan keluarga yang tidak harmonis atau adanya konflik dapat meningkatkan risiko gangguan mental.
- Status Ekonomi: Keterbatasan akses terhadap pendidikan, perawatan kesehatan, dan kondisi ekonomi yang rendah bisa meningkatkan kerentanan terhadap berbagai kondisi kesehatan fisik dan mental.
- Dukungan Sosial: Kurangnya dukungan sosial atau isolasi sosial dapat memperburuk kondisi kesehatan mental dan memperbesar risiko stres.



**Gambar 8.1 Rentang Respons Ansietas**

(Stuart & Keliat, 2016)

#### 4. Manifestasi Klinis

Menurut *American Psychiatric Association* (APA), ansietas atau kecemasan dapat dimanifestasikan melalui berbagai tanda dan gejala klinis. Berikut adalah beberapa manifestasi klinis utama dari ansietas, berdasarkan panduan dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2013):

**Tabel 8.1 Manifestasi Klinis Ansietas (APA, 2013)**

Manifestasi klinis	Yang dirasakan
<b>Gejala Fisik</b>	
	<b>Palpitasi Jantung:</b> Denyut jantung yang cepat atau tidak teratur.
	<b>Sesak Napas:</b> Kesulitan atau peningkatan frekuensi napas.
	<b>Berkeringat:</b> Peningkatan keringat, terutama di tangan, kaki, atau seluruh tubuh.
	<b>Gemetar:</b> Tremor atau getaran pada tubuh.

	<p><b>Ketegangan Otot:</b> Kekakuan atau ketegangan pada otot.</p> <p><b>Pusing:</b> Merasa pusing atau tidak stabil.</p> <p><b>Gangguan Pencernaan:</b> Gejala gastrointestinal seperti mual, sakit perut, atau diare.</p> <p><b>Mudah Kaget:</b> Peningkatan reaksi terhadap kejutan.</p>
<b>Gejala Psikologis</b>	<p><b>Kekhawatiran Berlebihan:</b> Pikiran yang konstan dan berulang tentang situasi atau peristiwa yang mungkin berbahaya atau tidak menyenangkan.</p> <p><b>Ketakutan:</b> Perasaan takut yang intens terhadap situasi tertentu atau dalam keadaan umum.</p> <p><b>Hiperwaspada:</b> Tingkat kewaspadaan yang tinggi terhadap lingkungan sekitar.</p> <p><b>Kesulitan Konsentrasi:</b> Kesulitan fokus atau memperhatikan sesuatu dalam jangka waktu tertentu.</p> <p><b>Irritabilitas:</b> Mudah marah atau tersinggung.</p>
<b>Gejala Perilaku</b>	<p><b>Menghindari Situasi:</b> Menghindari tempat, orang, atau kegiatan yang dianggap menimbulkan kecemasan.</p> <p><b>Perilaku Repetitif:</b> Melakukan tindakan atau ritual tertentu berulang kali untuk mengurangi kecemasan, seperti mengecek sesuatu secara berulang.</p> <p><b>Peningkatan Penggunaan Zat:</b> Menggunakan alkohol atau obat-obatan sebagai cara untuk mengatasi kecemasan.</p>
<b>Gejala Kognitif</b>	<p><b>Gemar Merenung (Ruminasi):</b> Mengulangi pikiran atau skenario negatif di kepala.</p> <p><b>Keyakinan Negatif:</b> Punya asumsi atau pemikiran negatif yang tidak realistik tentang diri sendiri atau lingkungan.</p>

Manifestasi klinis ansietas dapat bervariasi di antara individu dan dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti genetika, pengalaman hidup, dan kondisi medis lainnya.

## **5. Dampak Ansietas Terhadap Kesehatan Fisik dan Mental**

Ansietas atau kecemasan merupakan kondisi psikologis yang dapat memiliki dampak signifikan baik pada kesehatan fisik maupun mental. Berikut penjelasan mengenai dampak-dampak tersebut sesuai hasil penelitian (Ginty et al., 2013; Kessler et al., 2005; Thayer et al., 2012) :

### **Dampak terhadap Kesehatan Fisik**

#### **1) Sistem Kardiovaskular:**

- a. Peningkatan Denyut Jantung: Ansietas kronis dapat menyebabkan peningkatan denyut jantung dan tekanan darah, meningkatkan risiko penyakit jantung.
- b. Aritmia: Kecemasan dapat memicu gangguan irama jantung.

#### **2) Sistem Imun:**

Penurunan Fungsi Imun: Stres dan kecemasan kronis dapat melemahkan sistem imun, membuat tubuh lebih rentan terhadap infeksi.

#### **3) Sistem Pencernaan:**

Gangguan Pencernaan: Gejala seperti mual, sakit perut, diare, dan sindrom iritasi usus besar (IBS) sering terjadi pada individu dengan tingkat kecemasan tinggi.

#### **4) Sistem Pernafasan:**

Gangguan Pernapasan: Kesulitan bernapas, hiperventilasi, dan serangan panik.

#### **5) Sistem Muskuloskeletal:**

Ketegangan Otot: Ansietas dapat menyebabkan ketegangan otot kronis dan nyeri.

#### **6) Risiko Penyakit Kronis:**

Peningkatan Risiko: Kecemasan kronis dapat berkontribusi pada perkembangan penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi.

### **Dampak terhadap Kesehatan Mental**

#### **1) Gangguan Depresi:**

Hubungan Erat: Ansietas sering berkaitan dengan gangguan depresi, memperparah gejala kedua kondisi tersebut.

#### **2) Gangguan Tidur:**

Insomnia: Banyak orang dengan kecemasan mengalami masalah tidur, termasuk kesulitan tidur dan tidur yang tidak nyenyak.

**3) Kemampuan Kognitif:**

Kesulitan Konsentrasi: Kecemasan dapat mengganggu kemampuan untuk fokus dan memproses informasi, yang dapat mempengaruhi kinerja akademis atau pekerjaan.

**4) Perilaku Menghindar:**

Menghindari Situasi Sosial: Individu dengan kecemasan mungkin menghindari situasi sosial atau profesional, yang dapat mempengaruhi hubungan interpersonal dan peluang karier.

**5) Gangguan Kecemasan:**

Beragam Bentuk: Kecemasan dapat bermanifestasi sebagai gangguan kecemasan umum, gangguan panik, fobia, gangguan obsesif-kompulsif, dan gangguan stres pasca-trauma (PTSD).

## **B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Ansietas**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian pada asuhan keperawatan untuk pasien dengan ansietas meliputi pengumpulan data yang komprehensif untuk menilai tingkat kecemasan serta faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi tersebut. Berikut komponen penting dalam pengkajian ansietas:

#### **a. Pengkajian Subjektif**

Pengkajian ini mencakup data yang didapatkan dari laporan langsung pasien, seperti:

- Perasaan Subjektif: Pasien menyatakan perasaan khawatir, takut, tegang, atau tidak nyaman tanpa alasan yang jelas.
- Keluhan Fisik: Sering kali pasien melaporkan gejala seperti sakit kepala, nyeri otot, atau gangguan tidur.
- Pola Pikiran: Tanya mengenai pola pikir pasien, misalnya apakah mereka merasa terlalu memikirkan hal-hal yang mungkin terjadi (overthinking), atau merasa sulit untuk berkonsentrasi.
- Riwayat Ansietas: Tanyakan riwayat kecemasan atau masalah emosional lainnya, serta apakah pasien pernah mengalami serangan panik sebelumnya.

#### **b. Pengkajian Objektif**

Ini adalah data yang diperoleh melalui observasi langsung atau pemeriksaan fisik oleh perawat:

- Tanda-tanda Fisik: Perhatikan gejala seperti peningkatan denyut jantung, napas cepat, berkeringat, tremor, atau gelisah.
- Ekspresi Wajah dan Bahasa Tubuh: Pasien mungkin menunjukkan ekspresi cemas, tangan yang gemetar, atau gerakan tubuh yang tidak tenang.
- Perilaku: Amati perilaku pasien, seperti menghindari kontak mata, kesulitan duduk diam, atau tampak gelisah.

### c. Pengkajian Tingkat Ansietas

Penilaian tingkat ansietas dapat menggunakan skala atau alat ukur seperti *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), *Zung self anxiety scale* (ZSAS), *Visual analog scale for anxiety* (VAS-A), *State trait anxiety inventory* (STAI) atau *Depression anxiety stress scales* (DASS).

**Tabel 8.2 Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)**

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cemas</li> <li>- Firasat Buruk</li> <li>- Takut Akan Pikiran Sendiri</li> <li>- Mudah Tersinggung</li> </ul>					
2	Ketegangan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasa Tegang</li> <li>- Lesu</li> <li>- Tak Bisa Istirahat Tenang</li> <li>- Mudah Terkejut</li> <li>- Mudah Menangis</li> <li>- Gemetar</li> <li>- Gelisah</li> </ul>					
3	Ketakutan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada Gelap</li> <li>- Pada Orang Asing</li> <li>- Ditinggal Sendiri</li> <li>- Pada Binatang Besar</li> <li>- Pada Keramaian Lalu Lintas</li> <li>- Pada Kerumunan Orang Banyak</li> </ul>					

4	Gangguan Tidur - Sukar Masuk Tidur - Terbangun Malam Hari - Tidak Nyenyak - Bangun dengan Lesu - Banyak Mimpi-Mimpi - Mimpi Buruk - Mimpi Menakutkan				
5	Gangguan Kecerdasan - Sukar Konsentrasi - Daya Ingat Buruk				
6	Perasaan Depresi - Hilangnya Minat - Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi - Sedih - Bangun Dini Hari - Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari				
7	Gejala Somatik (Otot) - Sakit dan Nyeri di Otot-Otot - Kaku - Kedutan Otot - Gigi Gemerutuk - Suara Tidak Stabil				
8	Gejala Somatik (Sensorik) - Tinitus - Penglihatan Kabur - Muka Merah atau Pucat - Merasa Lemah Perasaan ditusuk-Tusuk				
9	Gejala Kardiovaskuler - Takhikardia - Berdebar - Nyeri di Dada - Denyut Nadi Mengeras - Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan - Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap)				
10	Gejala Respiratori - Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada - Perasaan Tercekik - Sering Menarik Napas - Napas Pendek/Sesak				
11	Gejala Gastrointestinal - Sulit Menelan - Perut Melilit - Gangguan Pencernaan				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan</li> <li>- Perasaan Terbakar di Perut</li> <li>- Rasa Penuh atau Kembung</li> <li>- Mual</li> <li>- Muntah</li> <li>- Buang Air Besar Lembek</li> <li>- Kehilangan Berat Badan</li> <li>- Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)</li> </ul>				
12	<b>Gejala Urogenital</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sering Buang Air Kecil</li> <li>- Tidak Dapat Menahan Air Seni</li> <li>- Amenorrhoe</li> <li>- Menorrhagia</li> <li>- Menjadi Dingin (Frigid)</li> <li>- Ejakulasi Praecocks</li> <li>- Ereksi Hilang</li> <li>- Impotensi</li> </ul>				
13	<b>Gejala Otonom</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mulut Kering</li> <li>- Muka Merah</li> <li>- Mudah Berkeringat</li> <li>- Pusing, Sakit Kepala</li> <li>- Bulu-Bulu Berdiri</li> </ul>				
14	<b>Tingkah Laku Pada Wawancara</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelisah</li> <li>- Tidak Tenang</li> <li>- Jari Gemetar</li> <li>- Kerut Kening</li> <li>- Muka Tegang</li> <li>- Tonus Otot Meningkat</li> <li>- Napas Pendek dan Cepat</li> <li>- Muka Merah</li> </ul>				

**Skor Total** =

**Petunjuk :**

**Skor :**

0 = tidak ada

1 = ringan

2 = sedang

3 = berat

4 = berat sekali

**Total Skor**

< 14	= tidak ada kecemasan
14 – 20	= kecemasan ringan
21 – 27	= kecemasan sedang
28 – 41	= kecemasan berat
42 – 56	= kecemasan berat sekali

**d. Pengkajian Faktor Predisposisi dan presipitasi**

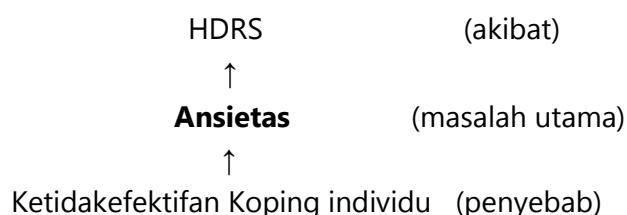
Identifikasi situasi, peristiwa, atau pikiran yang mungkin memicu kecemasan. Ini dapat melibatkan masalah dalam hubungan interpersonal, pekerjaan, tekanan lingkungan, atau trauma masa lalu.

**e. Pengkajian Mekanisme Koping**

Evaluasi mekanisme koping yang digunakan pasien, baik yang adaptif (seperti teknik relaksasi) maupun maladaptif (seperti penggunaan alkohol atau obat-obatan). Hal ini membantu dalam menentukan intervensi keperawatan yang tepat.

**f. Pengkajian Dukungan Sosial**

Tanyakan tentang dukungan yang dimiliki pasien, seperti keluarga, teman, atau komunitas yang dapat membantu dalam mengatasi kecemasan.

**2. Diagnosis****Pohon masalah**

### a. Rencana Keperawatan (Kelialat, 2019)

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Tindakan Keperawatan
<b>Ansietas</b>	<p><b>Tujuan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Kognitif</b>, pasien mampu:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengenal pengertian, penyebab, tanda gejala, akibat dan proses terjadinya ansietas</li> <li>b. Mengetahui cara mengatasi ansietas</li> </ol> </li> <li>2. <b>Psikomotor</b>, pasien mampu mengatasi ansietas dengan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Latihan relaksasi Tarik nafas dalam</li> <li>b. Latihan distraksi</li> <li>c. Latihan hipnotis lima jari</li> <li>d. kegiatan spiritual</li> </ol> </li> <li>3. <b>Afektif</b>, pasien mampu:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan</li> <li>b. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah Latihan</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Kriteria hasil</b></p> <p>Pasien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebutkan kembali pengertian, penyebab, tanda gejala, akibat dan proses terjadinya ansietas</li> <li>2. Melakukan Tarik nafas dalam</li> <li>3. Melakukan distraksi; bercakap – cakap hal positif, dll</li> <li>4. Melakukan hipnotis lima jari</li> </ol>	<p><b>Tindakan pada pasien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan pasien dalam mengurangi ansietas</li> <li>- Jelaskan proses terjadinya ansietas</li> <li>- Latih cara mengatasi ansietas:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tarik nafas dalam</li> <li>b. Distraksi</li> <li>c. Hipnotis lima jari:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jempol dan telunjuk disatukan, dan bayangkan saat badan sehat</li> <li>• Jempol dan jari tengah disatukan, dan bayangkan orang yang saying pada kita</li> <li>• Jempol dan jari manis disatukan, dan bayangkan saat kita mendapat pujian /prestasi</li> <li>• Jempol dan kelingking disatukan, dan bayangkan tempat yang paling kita suka</li> </ul> </li> <li>d. Kegiatan spiritual; beribadah, sholat, dzikir dan berdo'a</li> </ol> </li> <li>- Bantu pasien untuk melakukan Latihan sesuai jadwal</li> </ul> <p><b>Tindakan pada keluarga:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien yang mengalami ansietas</li> <li>2. Jelaskan pengertian, penyebab, tanda gejala dan proses terjadinya ansietas, serta mengambil keputusan merawat pasien</li> <li>3. Latih keluarga cara merawat dan membimbing pasien mengatasi ansietas sesuai dengan arahan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien</li> <li>4. Latih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan</li> </ol>

5. Melakukan kegiatan spiritual: sholat, dzikir dan berdo'a
5. yang mendukung perawatan ansietas pasien
5. Diskusikan tanda gejala ansietas yang memerlukan rujukan segera serta menganjurkan follow up ke fasilitas pelayanan Kesehatan yang teratur

### **b. Implementasi**

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan rencana yang telah disusun guna mengatasi masalah pasien. Implementasi merupakan tahap ke empat dalam proses asuhan keperawatan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat dalam tahap implementasi menurut Asmadi, 2008 dalam (Polopadang & Hidayah, 2019), antara lain kemampuan :

1. Berkomunikasi secara efektif dan terapeutik
2. Membina hubungan saling percaya dan saling menolong
3. Melaksanakan teknik psikomotor
4. Melaksanakan observasi sistematis
5. Memberikan pendidikan kesehatan
6. Mengadvokasi
7. Melakukan evaluasi

### **c. Evaluasi**

Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Saat mengevaluasi, perawat juga mengkaji respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan dan mengkaji ulang tindakan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan dilakukan secara terus menerus untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan.

### C. Latihan Soal

1. Seorang perempuan, umur 32 tahun dirawat di RS dengan DHF. Klien mengatakan selama empat hari di rumah sakit, perawat telah mengajarkan cara mengatasi rasa cemas dengan tarik nafas dalam dan distraksi / pengalihan.

Apakah tindakan keperawatan selanjutnya sesuai kasus tersebut?

- a. Spiritual
- b. Hipnotis lima jari
- c. Afirmasi positif
- d. Reinforcement positif
- e. Diskusikan bagian tubuh yang sehat

Jawaban: B. Hipnotis lima jari

2. Seorang perempuan, umur 28 tahun, dirawat di RS dengan postpartum, bayinya premature dirawat di NICU terpisah dengan ibunya. Klien mengatakan setiap malam tidak lelap tidur, karena selalu memikirkan bayinya, tidak nafsu makan dan mengeluh takut terjadi apa – apa pada bayinya.

Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Mengajarkan tarik nafas dalam
- b. Melatih distraksi
- c. Hipnotis lima jari
- d. Spiritual
- e. Bantu klien latihan sesuai jadwal

Jawaban : A. Mengajarkan tarik nafas dalam

3. Seorang laki – laki, umur 20 tahun, datang konsultasi ke poli umum. Hasil pengkajian: pasien mengatakan khawatir akan hasil ujian seleksi TNI, takut tidak lolos lagi seperti tahun lalu. Saat interaksi pasien mengeluh tidak bisa tidur, nafsu makan menurun dan gelisah.

Apakah faktor presipitasi pada kasus tersebut?

- a. malu
- b. biologis
- c. psikologis
- d. social budaya
- e. neurobiology

Jawaban: C. Psikologis

Tugas:

1. Cari artikel ilmiah tentang Tindakan keperawatan yang efektif mengatasi ansietas pasien!
2. Apakah tujuan asuhan keperawatan pada pasien ansietas?

#### D. Rangkuman Materi

Ansietas adalah respon emosional terhadap situasi yang dirasakan sebagai ancaman, yang ditandai dengan perasaan cemas, gelisah, dan takut. Dalam asuhan keperawatan, pengelolaan ansietas melibatkan pengkajian, diagnosa, intervensi, dan evaluasi yang komprehensif.

Pengkajian dimulai dengan mengidentifikasi tingkat ansietas pasien, yang bisa berkisar dari ringan, sedang, berat, hingga panik. Faktor pemicu ansietas seperti stres, trauma, atau ketidakpastian juga perlu dikaji. Selain itu, gejala fisik (seperti jantung berdebar, gemetar) dan tanda psikologis (gelisah, kesulitan fokus) harus diobservasi untuk menentukan kebutuhan pasien.

Diagnosa keperawatan yang umum meliputi "ansietas berhubungan dengan persepsi ancaman atau ketidakpastian masa depan" dan "ketidakmampuan mengatasi stres berhubungan dengan coping yang tidak efektif". Diagnosa ini membantu merumuskan rencana intervensi yang tepat.

Intervensi keperawatan mencakup menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, mengurangi rangsangan yang dapat memperburuk kecemasan, serta menggunakan pendekatan komunikasi terapeutik yang empatik. Perawat juga dapat mengajarkan teknik relaksasi seperti teknik nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual, untuk membantu pasien mengatasi ansietas. Selain itu, perawat dapat membantu pasien mengenali dan mengubah pola pikir negatif yang memicu kecemasan menjadi lebih positif dan realistik.

Evaluasi berfokus pada menilai apakah tingkat ansietas pasien berkurang dan apakah mereka mampu mengaplikasikan teknik coping yang diajarkan. Kesuksesan asuhan keperawatan terlihat dari kemampuan pasien dalam mengelola kecemasannya dan berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-hari.

Asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas memerlukan pendekatan holistik dan individualisasi, mengingat setiap pasien mungkin merespons intervensi dengan cara yang berbeda. Perawat berperan penting

dalam membantu pasien mencapai keseimbangan emosional dan meningkatkan kualitas hidup mereka.

## E. Glosarium

Adrenalin	: hormon yang diproduksi oleh kelenjar adrenal dan otak. Tubuh melepaskan hormon ini saat merasa stres, depresi, takut, bersemangat, atau dalam situasi stres dan berbahaya.
Amigdala	: bagian kecil otak yang berperan penting dalam memproses emosi, memori, persepsi, kognisi sosial, dan kesadaran
Biokimia	: ilmu yang mempelajari dasar-dasar kimia kehidupan, termasuk zat-zat kimia yang menyusun tubuh makhluk hidup, serta reaksi-reaksi dan proses kimia yang terjadi di dalam tubuh makhluk hidup
Hipotalamus	: penghubung utama antara sistem endokrin dan sistem saraf, dan berperan penting dalam mengatur berbagai siklus tubuh
Kortisol	: hormon stres, karena kortisol membantu mengatur respons tubuh terhadap stres
Neurologis	: cabang ilmu kedokteran yang mempelajari sistem saraf manusia, termasuk struktur, fungsi, dan gangguan yang terkait dengannya
Stressor	: situasi atau peristiwa yang dapat menyebabkan kita merasa stres
Trigger	: stimulus yang menyebabkan ingatan menyakitkan yang mungkin muncul kembali

## **Daftar Pustaka**

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Ginty, A. T., Carroll, D., Roseboom, T. J., Phillips, A. C., & de Rooij, S. R. (2013). Depression and anxiety are associated with a diagnosis of hypertension 5 years later in a cohort of late middle-aged men and women. *Journal of Human Hypertension*, 27(3), 187–190. <https://doi.org/10.1038/jhh.2012.18>
- Keliat, B. A. , dkk. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa*. Penerbit Buku Kedokteran : EGC.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Polopadang, V., & Hidayah, N. (2019). *Proses keperawatan pendekatan teori dan praktik*. Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas.
- Stuart, G. W., & Keliat, B. A. (2016). *Prinsip dan praktik keperawatan Kesehatan jiwa* (1st ed.). Elsevier.
- Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers, J. J., & Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(2), 747–756. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.11.009>

# BAB 9

## TERAPI MODALITAS DALAM ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

### Pendahuluan

Perkembangan ilmu dan teknologi di bidang keperawatan serta tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang lebih baik telah mendorong tenaga keperawatan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang profesional, terutama pada pasien dengan gangguan jiwa. Terapi modalitas, adalah metode yang digunakan oleh para profesional kesehatan mental untuk membantu pasien meningkatkan kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial mereka. Terapi modalitas ini berfungsi untuk membantu pasien mencapai perubahan positif dalam cara mereka berpikir, merasa, atau berperilaku. Dalam konteks pasien gangguan jiwa, "terapi modalitas" merujuk pada berbagai pendekatan terapeutik yang digunakan untuk membantu individu mengatasi gangguan mental atau emosional dimana perawat mendasarkan potensi yang dimiliki pasien sebagai titik tolak terapi atau penyembuhan.

Pilihan terapi modalitas bergantung pada diagnosis, kebutuhan spesifik pasien, dan respons terhadap terapi. dengan melalui berbagai jenis penanganan yang bertujuan mengubah perilaku maladaptif pasien menjadi perilaku adaptif. Menurut Perko dan Kreigh (1988) dalam Susana dan Hendarsih (2012) terapi modalitas adalah suatu teknik atau metode terapi psikis bagi individu dengan menyediakan suatu sarana yang efektif yang memungkinkan pasien berubah menuju yang lebih baik.

### Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

#### Tujuan Instruksional:

1. Memahami Teori dan Prinsip Terapi Modalitas
2. Mengidentifikasi Indikasi dalam pemberian terapi
3. Menguasai Teknik Terapi Modalitas

4. Mengembangkan Keterampilan Penilaian pada Kondisi Pasien yang memerlukan Terapi Modalitas

**Capaian Pembelajaran:**

1. Mampu menjelaskan teori dan prinsip dasar dari berbagai modalitas terapi
2. Mampu melakukan penilaian menyeluruh untuk menentukan kebutuhan pasien dan memilih modalitas terapi yang sesuai.
3. Mampu menerapkan teknik dan intervensi dari berbagai modalitas terapi secara efektif dalam sesi terapi.

## **Uraian Materi**

### **A. Pengertian Terapi Modalitas**

Terapi modalitas adalah suatu cara yang bisa dilakukan untuk membantu seseorang agar lebih mampu beradaptasi dan menghilangkan perilaku maladaptif. Terapi modalitas banyak ditujukan kepada seseorang yang mengalami gangguan mental.

Menurut Duong, et.al., 2021 dalam Pratama dan Senja (2022) terapi modalitas Keperawatan jiwa merupakan bentuk terapi non farmakologis yang dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap klien agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan system pendukung yang ada Ketika menjalani terapi.

### **B. Tujuan Terapi Modalitas**

Tujuan dari pelaksanaan terapi modalitas antara lain:

1. Untuk mengembangkan pola perilaku menjadi lebih adaptif
2. Mengembangkan pola keyakinan dan berfikir yang akurat serta rasional
3. Mengurangi gejala gangguan jiwa
4. Mengurangi ketergantungan dalam perawatan diri
5. Meningkatkan kemampuan dalam interaksi sosial
6. Mengembangkan hubungan peran yang sesuai dalam keluarga

### **C. Jenis – Jenis Terapi Modalitas**

#### **1. Terapi Individu**

Menurut Purba (2022) terapi Individu adalah suatu hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien. Diaman hubungan yang terjalin merupakan hubungan yang disengaja dengan tujuan terapi, dilakukan dengan tahapan sistematis (terstruktur) sehingga melalui hubungan ini diharapkan terjadi perubahan tingkah laku klien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan di awal hubungan.

Hubungan terstruktur dalam terapi individual ini, bertujuan agar klien mampu menyelesaikan konflik yang dialaminya. Selain itu klien juga diharapkan mampu meredakan penderitaan (distress) emosional, serta mengembangkan cara yang sesuai dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

Tahapan hubungan dalam terapi individual meliputi:

a. Tahapan Orientasi

Tahap orientasi dilakukan ketika perawat pertama kali berinteraksi dengan klien dilaksanakan pada tahap ini, tindakan yang pertama kali harus dilakukan adalah membina hubungan saling percaya dengan klien. Hubungan saling percaya antara perawat dan klien sangat penting terjalin, karena dengan terjalinnya hubungan saling percaya, klien dapat diajak untuk mengekspresikan seluruh permasalahannya dan ikut bekerja sama dalam menyelesaikan masalah yang dialami, sepanjang berhubungan dengan perawat. Bila hubungan saling percaya telah terbina dengan baik, tahapan berikutnya adalah klien bersama perawat mendiskusikan apa yang menjadi penyebab timbulnya masalah yang terjadi pada klien, jenis konflik yang terjadi, juga dampak dari masalah tersebut terhadap klien. Tahapan orientasi diakhiri dengan adanya kesepakatan antara perawat dan klien tentang tujuan yang hendak dicapai dalam hubungan perawat-klien dan bagaimana kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan tersebut.

b. Tahapan Kerja

Pada tahap ini perawat memiliki peran yang sangat penting sebagai seorang terapis dalam memberikan berbagai intervensi keperawatan. Keberhasilan pada tahap ini ditandai dengan kemampuan perawat dalam mengalih dan mengeksplorasi klien untuk mengungkapkan permasalahan yang dialami. Pada tahap ini juga sangat penting seorang terapis membantu klien untuk dapat mengembangkan pemahaman tentang dirinya, dan apa yang terjadi dengan dirinya. Selain itu klien didorong untuk berani mengubah perilaku dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif.

c. Tahapan Terminasi

Tahap terminasi terjadi bila klien dan perawat menyepakati bahwa masalah yang mengawali terjalinnya hubungan terapeutik telah terselesaikan dan klien telah mempu mengubah perilaku dari maladaptive menjadi adaptif. Pertimbangan lain untuk melakukan terminasi adalah apabila klien telah merasa lebih baik, terjadi peningkatan fungsi diri, sosial dan pekerjaan, serta yang terpenting adalah tujuan terapi telah tercapai.

## 2. Terapi Lingkungan (*Milleu Therapy*)

Terapi Lingkungan (Milleu Therapy) merupakan terapi atau pengobatan yang dilakukan untuk penyembuhan suatu gangguan yang disebabkan oleh sumber – sumber gangguan. Sumber – sumber yang bersifat terapeutik (dapat memberikan penyembuhan) dapat berupa orang – orang lingkungan atau benda – benda dan kegiatan – kegiatan yang membawa penyembuhan. Terapi lingkungan berasal dari bahasa Prancis yang artinya perencanaan ilmiah dari lingkungan dengan tujuan yang bersifat terapeutik atau kegiatan yang mendukung kesembuhan (Yosep, 2011).

Terapi lingkungan adalah suatu tindakan penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa melalui manipulasi unsur yang ada di lingkungan dan berpengaruh terhadap penyembuhan pasien gangguan jiwa (Yosep, 2011). Terapi Lingkungan adalah tindakan penyembuhan pasien melalui manipulasi dan modifikasi unsur-unsur yang ada pada lingkungan dan berpengaruh positif terhadap fisik dan psikis individu serta mendukung proses penyembuhan (Kusumawati & Yudi, 2011). Lingkungan fisik dan psikologis merupakan suatu kondisi yang memiliki pengaruh besar terhadap proses penyembuhan terutama pada pasien gangguan mental. Secara teori diidentifikasi bahwa sistem lingkungan sendiri terdiri dari sistem internal dan sistem eksternal. Sistem internal manusia terdiri atas jenis – jenis sub sistem yang meliputi biological, psychological, sosiological, dan spiritual. Sedangkan lingkungan eksternal meliputi ; sesuatu di luar batas internal seperti udara, iklim, air, bangunan termasuk diantaranya hal yang tidak dapat diraba seperti : sosial, budaya, politik, dan ekonomi (Yosep, 2011).

## 3. Terapi Biologi

Penerapan terapi biologis atau terapi *somatic* didasarkan pada model medical di mana gangguan jiwa dipandang sebagai penyakit. Pandangan model ini berbeda dengan model konsep terapi yang lain yang, Karena model terapi ini memandang bahwa gangguan jiwa murni disebabkan karena adanya gangguan pada jiwa semata, tanpa mempertimbangkan adanya kelaianan patofisiologis. Proses terapi dilakukan dengan melakukan pengkajian spesifik dan pengelompokan gejala dalam sindroma spesifik. Perilaku abnormal dipercaya akibat adanya perubahan biokimiawi tertentu. Beberapa jenis terapi *somatic* gangguan jiwa seperti:

pemberian obat (medikasi psikofarmaka), intervensi nutrisi, *electro convulsive therapy* (ECT), foto terapi, dan bedah otak. Beberapa terapi yang sampai sekarang tetap diterapkan dalam pelayanan kesehatan jiwa meliputi medikasi psikoaktif dan ECT.

#### 4. Terapi Kognitif

Prinsip terapi ini adalah memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Proses terapi dilakukan dengan membantu menemukan stressors yang menjadi penyebab gangguan jiwa, selanjutnya mengidentifikasi dan mengubah pola fikir dan keyakinan yang tidak akurat menjadi akurat.

Terapi kognitif berkeyakinan bahwa gangguan perilaku terjadi akibat pola keyakinan dan berfikir klien yang tidak akurat. Untuk itu salah satu prinsip terapi ini adalah modifikasi perilaku adalah dengan mengubah pola berfikir dan keyakinan tersebut. Fokus auhan adalah membantu klien untuk mengevaluasi kembali ide, nilai yang diyakini serta harapan dan kemudian dilanjutkan dengan menyusun perubahan kognitif.

Pemberian terapi kognitif bertujuan untuk:

- a. Mengembangkan pola berfikir yang rasional. Mengubah pola berfikir tak rasional yang sering mengakibatkan gangguan perilaku menjadi pola berfikir rasional berdasarkan fakta dan informasi yang actual.
- b. Membiasakan diri selalu menggunakan cara berfikir realita dalam menanggapi setiap stimulus sehingga terhindar dari distorsi pikiran.
- c. Membentuk perilaku baru dengan pesan internal. Perilaku dimodifikasi dengan terlebih dahulu mengubah pola berfikir.

#### 5. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah terapi yang diberikan kepada seluruh anggota keluarga dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsi sebagai terapis. Terapi ini bertujuan agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya dalam merawat klien dengan gangguan jiwa. Untuk itu sasaran utama terapi jenis ini adalah keluarga yang mengalami disfungsi; yaitu keluarga yang tidak mampu melaksanakan fungsi-fungsi yang dituntut oleh anggotanya.

Dalam terapi keluarga semua masalah keluarga yang dirasakan diidentifikasi selanjutnya setiap anggota keluarga mengidentifikasi penyebab masalah tersebut dan kontribusi setiap anggota keluarga terhadap munculnya masalah untuk kemudian mencari solusi untuk

mempertahankan keutuhan keluarga dan meningkatkan atau mengembalikan fungsi keluarga seperti yang seharusnya.

Proses terapi keluarga terdiri dari tiga fase yaitu fase 1 (orientasi), fase 2 (kerja), fase 3 (terminasi). Di fase pertama perawat dan klien mengembangkan hubungan saling percaya, isu-isu keluarga diidentifikasi, dan tujuan terapi ditetapkan bersama. Kegiatan di fase kedua atau fase kerja adalah keluarga dengan dibantu oleh perawat sebagai terapis berusaha mengubah pola interaksi antar anggota keluarga, meningkatkan kompetensi masing-masing anggota keluarga, dan mengeksplorasi batasan-batasan dalam keluarga serta peraturan-peraturan yang selama ini ada.

Terapi keluarga diakhiri di fase terminasi di mana keluarga mampu memecahkan masalah yang dialami dengan mengatasi berbagai isu yang timbul. Keluarga juga diharapkan dapat mempertahankan perawatan yang berkesinambungan.

## 6. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok merupakan suatu psikoterapi yang diberikan kepada sekelompok pasien dilakukan dengan cara berdiskusi antar sesama pasien dan dipimpin atau diarahkan oleh seorang *therapist* atau petugas kesehatan jiwa yang telah terlatih.

### a. Manfaat TAK

Secara umum terapi aktivitas kelompok mempunyai manfaat:

- 1) Meningkatkan kemampuan menilai dan menguji kenyataan (*reality testing*) melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain.
- 2) Meningkatkan kemampuan sosialisasi pasien
- 3) Meningkatkan kesadaran tentang pentingnya hubungan antara reaksi emosional diri sendiri dengan perilaku *defensive* (bertahan terhadap stress) dan adaptasi.
- 4) Membangkitkan motivasi bagi kemajuan fungsi-fungsi psikologis seperti kognitif dan afektif.

Secara khusus tujuan terapi aktivitas kelompok adalah

- 1) Meningkatkan identitas diri pasien .
- 2) Menyalurkan emosi pasien secara konstruktif.

- 3) Meningkatkan keterampilan hubungan sosial yang akan membantu pasien didalam kehidupan sehari-hari.
- 4) Bersifat rehabilitatif: meningkatkan kemampuan ekspresi diri, keterampilan sosial, kepercayaan diri, kemampuan empati, dan meningkatkan kemampuan tentang masalah-masalah kehidupan dan pemecahannya.

b. Jenis Terapi Aktivitas Kelompok

1) TAK: Stimulasi Persepsi

a) Definisi: Terapi aktivitas kelompok (TAK): Stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktivitas sebagai stimulus yang terkait dengan pengalaman dan atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternatif penyelesaian masalah. Fokus terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi adalah membantu pasien yang mengalami kemunduran orientasi. Terapi ini sangat efektif untuk pasien yang mengalami gangguan persepsi; halusinasi, menarik diri, gangguan orientasi realitas, kurang inisiatif atau ide. Pasien yang mengikuti kegiatan terapi ini merupakan pasien yang kooperatif, sehat fisik, dan dapat berkomunikasi verbal.

b) Tujuan TAK stimulasi persepsi

Tujuan umum : pasien memiliki kemampuan dalam menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh paparan stimulus yang diterimanya  
Tujuan khususnya:

- (1) Pasien dapat mempersepsikan stimulus yang dipaparkan kepadanya dengan tepat.
- (2) Klien dapat menyelesaikan masalah yang timbul dari stimulus yang dialami.

c) Aktivitas dalam TAK terbagi dalam empat bagian

(1) Mempersepsikan stimulus nyata sehari-hari yaitu:

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi yang dilakukan adalah: menonton televisi, membaca majalah/koran/artikel dan melihat gambar.

- (2) Stimulus nyata dan respons yang dialami dalam kehidupan  
Untuk TAK ini pasien yang mengikuti adalah pasien dengan

halusinasi, dan pasien menarik diri yang telah mengikuti TAKS, dan pasien dengan perilaku kekerasan. Aktivitas ini dibagi dalam beberapa sesi yang tidak dapat dipisahkan, yaitu:

- Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mengenal kekerasan yang bisa dilakukan materi terapi ini meliputi penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan; akibat perilaku kekerasan.
- Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan fisik
- Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mencegah perilaku kekerasan melalui interaksi sosial asertif;
- Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mencegah perilaku kekerasan melalui kepatuhan minum obat;
- Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan ibadah.

(3) Stimulus yang tidak nyata dan respons yang dialami dalam kehidupan Aktivitas dibagi dalam beberapa sesi yang tidak dapat dipisahkan, yaitu: Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mengenal halusinasi

## 2) Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

Tujuan umum dari terapi aktivitas kelompok sosialisasi adalah meningkatkan kemampuan sosialisasi pada pasien dengan isolasi sosial. Sedangkan tujuan khususnya adalah:

- a) Meningkatkan kemampuan komunikasi verbal pasien
- b) Pasien dapat meningkatkan kemampuan komunikasi non verbal
- c) Pasien dapat berlatih mematuhi peraturan
- d) Pasien dapat meningkatkan interaksi dengan klien lain
- e) Pasien dapat meningkatkan partisipasi dalam kelompok
- f) Pasien dapat mengungkapkan pengalamannya yang menyenangkan
- g) Pasien dapat menyatakan perasaan tentang terapi aktivitas kelompok sosialisasi

Kriteria pasien yang dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok sosialisasi adalah

- a) Pasien menarik diri yang cukup kooperatif

- b) Klien yang sulit mengungkapkan perasaannya melalui komunikasi verbal
  - c) Klien dengan gangguan menarik diri yang telah dapat berinteraksi dengan orang lain
  - d) Klien dengan kondisi fisik yang dalam keadaan sehat (tidak sedang mengidap penyakit fisik tertentu seperti diare, thypoid dan lain-lain)
  - e) Klien halusinasi yang sudah dapat mengontrol halusinasinya
  - f) Klien dengan riwayat marah/amuk yang sudah tenang
- c. Tahapan terapi aktivitas kelompok (TAK)
- Terapi aktivitas kelompok terdiri dari 4 fase yaitu:
- 1) Fase Prakelompok: Fase ini dimulai dengan membuat tujuan terapi, menentukan leader, jumlah anggota, kriteria anggota, tempat dan waktu kegiatan serta media yang digunakan. Jumlah anggota pada terapi kelompok biasanya 7-8 orang. Sedangkan jumlah minimum 4 dan maksimum 10. Kriteria anggota yang da mengikuti terapi aktivitas kelompok adalah sudah terdiagnosa baik medis maupun keperawatan, tidak terlalu gelisah, tidak agresif, serta tidak terdiagnosa dengan waham.
  - 2) Fase Awal Kelompok
- Fase ini ditandai dengan timbulnya ansietas karena masuknya anggota kelompok, dan peran baru. fase ini terbagi atas tiga fase, yaitu orientasi, konflik, dan kohesif.
- a) Tahap orientasi
- Pada fase ini anggota mulai mencoba mengembangkan sistem sosial masing- masing, leader menunjukkan rencana terapi dan menyepakati kontrak dengan anggota.
- b) Tahap konflik
- Merupakan masa sulit dalam proses kelompok. Pemimpin perlu memfasilitasi ungkapan perasaan, baik positif maupun negatif dan membantu kelompok mengenali penyebab konflik. Serta mencegah perilaku perilaku yang tidak produktif
- c) Tahap kohesif
- Anggota kelompok merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih intim satu sama lain.

### 3) Fase Kerja Kelompok

Pada fase ini, kelompok sudah menjadi tim. Kelompok menjadi stabil dan realistik. Pada akhir fase ini, anggota kelompok menyadari produktivitas dan kemampuan yang bertambah disertai percaya diri dan kemandirian

### 4) Fase Terminasi

Fase ini ditandai oleh perasaan puas dan pengalaman kelompok akan digunakan secara individual pada kehidupan sehari-hari. Terminasi dapat bersifat sementara (temporal) atau akhir.

## 7. Terapi Perilaku

Anggapan dasar dari terapi perilaku adalah bahwa perilaku timbul akibat proses pembelajaran. Teknik dasar yang digunakan dalam terapi jenis ini adalah:

- a. Role model
- b. Kondisioning operan
- c. Desensitisasi sistematis
- d. Pengendalian diri
- e. Terapi aversi atau releks kondisi

Strategi teknik *role* model adalah mengubah perilaku dengan memberi contoh perilaku adaptif untuk ditiru klien. Dengan teknik ini klien akan mencontoh dan mampelajari serta meniru perilaku tersebut. Teknik ini biasanya dikombinasikan dengan teknik kondisioning operan dan desensitisasi. Kondisioning operan disebut juga penguatan positif pada teknik ini seorang terapis memberi penghargaan kepada klien terhadap perilaku yang positif yang telah ditampilkan oleh klien. Dengan penghargaan dan umpan balik positif diharapkan klien akan mempertahankan atau meningkatkannya.

Terapi perilaku yang sangat cocok diterapkan pada klien fobia adalah teknik desensitisasi sistematis yaitu teknik mengatasi kecemasan terhadap sesuatu stimulus atau kondisi dengan cara bertahap. Dalam keadaan relaks, secara bertahap klien diperkenalkan /dipaparkan terhadap stimulus atau situasi yang menimbulkan kecemasan. Intensitas pemaparan stimulus makin meningkat seiring dengan toleransi klien terhadap stimulus tersebut. Hasil akhir dari terapi ini adalah klien berhasil mengatasi ketakutan atau kecemasannya akan stimulus tersebut.

Untuk mengatasi perilaku *maladaptive*, klien dapat dilatih dengan menggunakan teknik pengendalian diri. Bentuk latihannya adalah berlatih mengubah kata-kata negatif menjadi kata-kata positif. Apabila ini berhasil maka, klien memiliki kemampuan untuk mengendalikan perilaku sehingga terjadinya penurunan tingkat distress klien.

Mengubah perilaku dapat juga dilakukan dengan memberi penguatan negatif. Caranya adalah dengan memberi pengalaman ketidaknyamanan untuk mengubah perilaku yang maladaptive. Bentuk ketidaknyamanan, dapat berupa menghilangkan stimulus positif sebagai "punishment" terhadap perilaku *maladaptive* tersebut. Dengan teknik ini klien belajar untuk tidak mengulangi perilaku demi menghindari konsekuensi negatif yang akanditerima akibat perilaku negatif tersebut.

#### 8. Terapi Bermain

Terapi bermain diterapkan karena ada anggapan dasar bahwa anak-anak akan dapat berkomunikasi dengan baik melalui permainan dari pada dengan ekspresi verbal. Dengan bermain perawat dapat mengkaji tingkat perkembangan, status emosional anak, hipotesa diagnostiknya, serta melakukan intervensi untuk mengatasi masalah anak.

Prinsip terapi bermain meliputi membina hubungan yang hangat dengan anak, merefleksikan perasaan anak yang terpancar melalui permainan, mempercayai bahwa anak dapat menyelesaikan masalahnya, dan kemudian menginterpretasikan perilaku anak tersebut.Terapi bermain diindikasikan untuk anak yang mengalami depresi, ansietas, atau sebagai korban penganiayaan (*abuse*). Terapi bermain juga dianjurkan untuk klien dewasa yang mengalami stress pasca trauma, gangguan identitas disosiatif dan klien yang mengalami penganiayaan.

#### D. Latihan Soal

1. Seorang perawat akan melakukan TAK untuk pasien dengan masalah keperawatan halusinasi, harga diri rendah dan risiko perilaku kekerasan. Apakah jenis TAK yang bisa dilakukan oleh perawat untuk kriteria tersebut?
  - a. Sosialisasi
  - b. Suportif
  - c. Orientasi realita
  - d. Stimulasi sensoris
  - e. **Stimulasi persepsi**
2. Fase manakah dalam TAK yang ditandai dengan timbulnya ansietas karena masuknya anggota kelompok, dan peran baru
  - a. Fase Pra Kelompok
  - b. **Fase Awal Kelompok**
  - c. Fase Kerja Kelompok
  - d. Fase Terminasi
  - e. Fase Akhir
3. Perawat melakukan observasi pada sekelompok pasien di ruang rawat RSJ untuk menentukan perawatan selanjutnya. Hasil observasi: sebagian pasien mendengar suara-suara, bicara dan tertawa sendiri. Perawat merencanakan untuk melakukan terapi aktivitas kelompok (TAK). Apakah terapi aktivitas kelompok yang paling tepat pada kasus tersebut?
  - a. Defisit perawatan diri
  - b. **Stimulasi persepsi**
  - c. Stimulasi sensori
  - d. Orientasi realita
  - e. Sosialisasi

Tugas:

1. Jelaskan dari manfaat dilaksanakannya terapi modalitas pada pasien gangguan jiwa!
2. Jelaskan terapi aktivitas kelompok!
3. Jelaskan Terapi lingkungan yang dilakukan pada pasien gangguan jiwa!
4. Berikan pendapat anda mengenai terapi yang paling tepat yang dapat diberikan pada pasien gangguan jiwa!

## **E. Rangkuman Materi**

Peran perawat sangatlah penting didalam terapi modalitas karena perawat merupakan terapis yang akan merubah perilaku maladaftif pasien menjadi adaptif serta meningkatkan potensi yang dimiliki pasien. Jenis terapi modalitas yang dikembangkan pada keperawatan jiwa yaitu: terapi individu, terapi lingkungan, terapi biologis, terapi kognitif, terapi keluarga, terapi aktivitas kelompok, terapi perilaku serta terapi bermain.

Tahapan terapi aktivitas kelompok terdiri dari 4 fase yaitu:Fase Prakelompok yang dimulai dengan membuat tujuan terapi, menentukan leader, jumlah anggota, kriteria anggota, tempat dan waktu kegiatan serta media yang digunakan. Selanjutnya adalah fase awal kelompok ditandai dengan timbulnya ansietas karena masuknya anggota kelompok, dan peran baru. fase ini terbagi atas tiga fase, yaitu orientasi, konflik, dan kohesif. Selanjutnya fase kerja kelompok dan terakhir fase terminasi ditandai dengan adanya perasaan puas dan pengalaman kelompok akan digunakan secara individualpada kehidupan sehari-hari. Terminasi dapat bersifat sementara atau akhir.

## **F. Glosarium**

<i>Defensive</i>	: bertahan terhadap stress
<i>Distress</i>	: Kondisi gangguan emosional yang dapat menyebabkan seseorang sedih, takut, tertekan, cemas dan kesepian.
<i>ECT</i>	: <i>Electro Convulsive Therapy</i>
<i>Reality Testing</i>	: menguji Kenyataan

## **Daftar Pustaka**

- Iyus, Yosep. 2011. *Keperawatan Jiwa*, Edisi 4. Jakarta : Refika Aditama
- Kusumawati, Farida dan Yudi Hartono. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prabowo, Eko.(2014). *Konsep Dan Aplikasi:Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Purba, Junarto F. (2022). *Modul kegiatan ilmiah. Modalitas terapi dalam keperawatan jiwa*.
- Susana, S.A, & Hendarsih, S. (2011). *Terapi Modalitas Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Jakarta: EGC

## PROFIL PENULIS



**Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp. Kep.J** lahir di Jakarta, 13 Juni 1980. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh yaitu jenjang S1 pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIKUI 2006 – 2008), Pendidikan Profesi Ners di Universitas Indonesia (FIKUI 2008 – 2009), Pendidikan Magister Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia (2014 – 2016) dan melanjutkan Program Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia (2016 – 2017). Penulis adalah Dosen Profesional Prodi D3 Keperawatan Institut Kesehatan Hermina. Pengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa, Komunikasi dalam Keperawatan, Metodologi Penelitian, Psikologi Keperawatan dan Karya Tulis Ilmiah. Penulis berperan aktif sebagai Pengelola Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik sejak 2018 dan sebagai Reviewer internal, serta anggota Komite Etik penelitian Kesehatan Institut Kesehatan Hermina. Penulis telah mempublikasikan hasil karya nya berupa buku dan artikel ilmiah yang dapat diakses melalui : Sinta ID : 6136502, Scopus ID : 57201493006 dan Google Scholar: m96hChgAAAAJ. Penulis dapat dihubungi melalui email : srilaela13@gmail.com  
Motto: *Keep positive thinking*



**Ns. Sri Nyumirah, M.Kep., Sp. Kep.J** Lahir di Rembang, 4 Mei 1983, sudah menikah mempunyai 1 anak laki-laki. Pekerjaan sebagai dosen keperawatan, mengajar di bidang keperawatan. Bidang ilmu yang ditekuni keperawatan jiwa. Riwayat pendidikan : Tahun 2006 penulis lulus S1 Profesi Ners Universitas Ngudi Waluyo Ungaran, Tahun 2013 Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia.  
Penulis aktif menjadi pembicara baik dalam kegiatan seminar, pelatihan dan fasilitator kegiatan baik dalam keperawatan secara umum maupun dalam keperawatan jiwa.,

Buku yang ditulis ini merupakan buku kedelapan yang sebelumnya: buku tentang komunikasi kesehatan, buku keperawatan jiwa, buku psikososial budaya, buku keperawatan anak, buku etika keperawatan, buku konsep dasar keperawatan, buku kesehatan mental, buku mental health nursing, pemeriksaan fisik dan buku ajar keperawatan jiwa.

**Link google scholar (tentang penelitian, pengmas dan buku yang ditulis):**

<https://scholar.google.com/citations?user=AFcm9VUAAAAJ&hl=id>

**Email** : srinyumirah@yahoo.co.id, nyumirahsri@gmail.com

## PROFIL PENULIS



**Ns. Ira Oktavia Siagian, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.J** Lahir di Duri, 24 Oktober 1981. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 lulus pada tahun 2005 dan Ners tahun 2006 di Universitas Sari Mutiara Medan. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 dan Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2006 sebagai **Dosen di Institut Kesehatan Immanuel Bandung**.

Saat ini penulis masih berkarir sebagai dosen di Departemen Keperawatan Jiwa Fakultas Keperawatan Program Studi Sarjana dan Ners Institut Kesehatan Immanuel. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan workshop. Penulis juga aktif dalam organisasi profesi sebagai pengurus PPNI DPK Institut Kesehatan Immanuel Bandung dan anggota dalam Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Provinsi Jawa Barat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : ira.ockta@gmail.com  
**Motto:** "Keberhasilan adalah perjalanan, bukan tujuan akhir."



**Ns. Hasniah, M.Kep.,Sp.Kep.J.** Lahir di Banda Aceh, 19 Maret 1971. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Sumatera Utara tahun 2004. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2012. Pendidikan lanjutan Profesi di Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia dan lulus tahun 2013. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1995 di Akademi Keperawatan Departemen Kesehatan RI Aceh. Mengawalikarir sebagai staf akademik Akper Depkes RI Aceh. Tahun 2005 bekerja sebagai Dosen di Akper Depkes RI Banda Aceh dan beberapa Akper swasta di Aceh (Akper Teuku Fakinah, Akper Muhammadyah, Akper Abulyatama). Pasca Tsunami Bekerjasama dengan Dinkes Aceh mengembangkan Keswa di provinsi Aceh untuk 21 kabupaten kota. Tahun 2016-sekarang sebagai supervisor RSJ Aceh (Mitra Bestari RSJ-Poltekkes Aceh). Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Aceh sebagai dosen pengampu mata kuliah keperawatan jiwa, Konsep dasar keperawatan, komunikasi dalam keperawatan, kebutuhan dasar manusia, Keperawatan jiwa komunitas, dan sebagai Koordinator Penjamin Mutu Eksternal Poltekkes Aceh. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai peneliti, pengabdi (pengabmas) dan telah publish hasil penelitian serta pengabmas di Sinta serta jurnal Internasional baik di scopus maupun kopernikus , publikasi, seminar, Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: hasniahsm@yahoo.com

**Motto:** "tidak ada kesehatan tanpa kesehatan jiwa"

## PROFIL PENULIS



**Ana Puji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kes.** Penulis lahir di Jakenan Pati, 25 Juni 1976. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh penulis yaitu jenjang Diploma Tiga Keperawatan di AKPER Ngudi Waluyo Ungaran Semarang lulus tahun 1997. Kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di STIKes Ngudi Waluyo Ungaran Semarang lulus tahun 2005 dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Diponegoro Semarang lulus tahun 2013. Saat ini penulis bekerja di Prodi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo. Sejak tahun 2019 penulis sebagai Ketua Program Studi di Prodi D3 Keperawatan dan aktif dalam Tri Dharma Perguruan Tinggi. Selain itu penulis juga aktif sebagai reviewer di Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat (JKBS).

Email: anaayudia03@gmail.com



**Ns. Siti Lia Amaliah, M.Kep**  
Penulis dilahirkan di Cirebon pada tanggal 19 Maret 1978. Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Keperawatan Jiwa dimulai pada tahun 1995 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah DIII Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 1999. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan dan Ners di Stikes Mahardika Cirebon dan Lulus pada tahun 2011. penulis menyelesaikan studi S2 Kesehatan di prodi Keperawatan Bidang Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Muhamadiyah Yogyakarta. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di AKPER Buntet Pesantren Cirebon. Penulis menjabat sebagai Kepala Bagian Administrasi Akademik,. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan *book chapter*.

Email Penulis : lia.amaliah@akperbuntetpesantren.ac.id

## PROFIL PENULIS



**Evi Supriatun, S.Kep., Ns., M.Kep.** Lahir di Tegal pada tanggal 17 Februari 1989. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan - Ners di Program Studi Keperawatan Universitas Jenderal Sudirman Puwokerto pada tahun 2011. Penulis menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan, Peminatan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia pada tahun 2017. Penulis berprofesi sebagai dosen keperawatan dimulai sejak tahun 2012 sampai tahun 2022 di Universitas Bhamada Slawi. Kemudian, pada bulan Maret tahun 2022, penulis mulai mengabdikan diri dengan bekerja sebagai dosen Pegawai Negeri Sipil (PNS) di Program Studi D-3 Keperawatan Politeknik Negeri Indramayu (Polindra), dengan mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa, Keperawatan Komplementer, Keperawatan Keluarga dan Keperawatan Gerontik. Buku yang pernah ditulis diantaranya berjudul Pencegahan Tuberkulosis, Kebutuhan Keluarga Pasien dengan Preeklampsia, Buku Ajar Keperawatan Gerontik, Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas, Buku Ajar Keperawatan Komunitas dan Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Hasil Penelitian yang pernah dipublikasikan di Jurnal Scopus Q-4 Comprehensive Child and Adolescence berfokus pada Pencegahan Tuberkulosis pada Anak Usia Sekolah. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: evisupriatun@gmail.com.

Motto: “**Berani untuk Terus Memulai Menghadapi Semua Tantangan Hidup ini”**



**Gusti Ayu Putri Ariani, S.Kep., Ns., M.Kep.** Lahir di Tabanan Bali, 21 Agustus 1983. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 dan Ners di Stikes GIA Makassar lulus pada tahun 2009, Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Prodi Magister Keperawatan Konsentrasi Keperawatan Jiwa di Universitas Padjadjaran dan lulus tahun pada tahun 2017 Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2010 sampai Saat ini (tahun 2024) penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Gorontalo Prodi D3 Keperawatan dan mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, dan berbagai seminar. penulis dapat dihubungi melalui e-mail: putriariani666@gmail.com

## PROFIL PENULIS



**Ners. Ismailinar, S.Kep., M.Kep** Lahir di Aceh Tamiang, 21 Maret 1974. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Syiah Kuala tahun 2004. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Sumatera Utara dan lulus tahun pada tahun 2014. Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Aceh Prodi Keperawatan Aceh Utara mengampu mata kuliah Manajemen Keperawatan, Dokumentasi Keperawatan, Keperawatan Jiwa. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [ismailinar03@gmail.com](mailto:ismailinar03@gmail.com)

Motto: Find strength in adversity.

## SINOPSIS BUKU

Buku Ajar Keperawatan Jiwa ini memberikan panduan lengkap bagi mahasiswa keperawatan, perawat profesional, serta tenaga kesehatan lainnya yang ingin memahami dan mengaplikasikan konsep keperawatan jiwa dalam praktik. Dengan pendekatan holistik, buku ini membahas berbagai aspek penting dalam asuhan keperawatan jiwa, mulai dari teori dasar hingga aplikasi klinis di lapangan.

Materi yang disajikan mencakup konsep dasar keperawatan jiwa, aplikasi model konseptual keperawatan jiwa, asuhan keperawatan jiwa dan terapi modalitas dalam asuhan keperawatan jiwa. Selain itu, buku ini juga dilengkapi dengan studi kasus, strategi intervensi, dan panduan penanganan yang dirancang untuk meningkatkan keterampilan praktis perawat dalam menghadapi pasien dengan gangguan jiwa.

Buku ini dirancang dengan pendekatan yang mudah dipahami, dilengkapi dengan ilustrasi dan panduan langkah demi langkah untuk membantu pembaca memahami proses asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif. Melalui buku ini, diharapkan para pembaca dapat lebih memahami pentingnya perawatan jiwa yang efektif dan berempati dalam mendukung kesembuhan dan kesejahteraan pasien.

Salam sehat jiwa



Buku Ajar Keperawatan Jiwa ini memberikan panduan lengkap bagi mahasiswa keperawatan, perawat profesional, serta tenaga kesehatan lainnya yang ingin memahami dan mengaplikasikan konsep keperawatan jiwa dalam praktik. Dengan pendekatan holistik, buku ini membahas berbagai aspek penting dalam asuhan keperawatan jiwa, mulai dari teori dasar hingga aplikasi klinis di lapangan.

Materi yang disajikan mencakup konsep dasar keperawatan jiwa, aplikasi model konseptual keperawatan jiwa, asuhan keperawatan jiwa dan terapi modalitas dalam asuhan keperawatan jiwa. Selain itu, buku ini juga dilengkapi dengan studi kasus, strategi intervensi, dan panduan penanganan yang dirancang untuk meningkatkan keterampilan praktis perawat dalam menghadapi pasien dengan gangguan jiwa.



Buku ini dirancang dengan pendekatan yang mudah dipahami, dilengkapi dengan ilustrasi dan panduan langkah demi langkah untuk membantu pembaca memahami proses asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif. Melalui buku ini, diharapkan para pembaca dapat lebih memahami pentingnya perawatan jiwa yang efektif dan berempati dalam mendukung kesembuhan dan kesejahteraan pasien.

Penerbit :  
**PT Nuansa Fajar Cemerlang**  
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F  
Jalan S. Parman Kav. 22-24  
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah  
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480  
Telp: (021) 29866919



ISBN 978-623-8775-25-5

9 786238 775255