

BUKU AJAR KEPERAWATAN JIWA



Eli Saripah, S.Kep. Ns., M.Kep.Sp.Kep.J
Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J
Habsyah Saparidah Agustina, S.Kep., Ners., M.Kep
Ns. Novi Herawati, S.Kep., M.Kep.,Sp.Kep.J
Ns. Dwinara Febrianti, M.Kep.Sp.Kep.J
Ns. Sri Nyumirah, M.Kep.,Sp.Kep.J

BUKU AJAR KEPERAWATAN JIWA

Penulis:

Eli Saripah, S.Kep. Ns., M.Kep.Sp.Kep.J

Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J

Habsyah Saparidah Agustina, S.Kep., Ners., M.Kep

Ns. Novi Herawati, S.Kep., M.Kep.,Sp.Kep.J

Ns. Dwinara Febrianti, M.Kep.Sp.Kep.J

Ns. Sri Nyumirah, M.Kep.,Sp.Kep.J



BUKU AJAR KEPERAWATAN JIWA

Penulis: Eli Saripah, S.Kep. Ns., M.Kep.Sp.Kep.J
Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J
Habsyah Saparidah Agustina, S.Kep., Ners., M.Kep
Ns. Novi Herawati, S.Kep., M.Kep.,Sp.Kep.J
Ns. Dwinara Febrianti, M.Kep., Sp.Kep.J
Ns. Sri Nyumirah, M.Kep.,Sp.Kep.J.
Desain Sampul: Ivan Zumarano
Penata Letak: Achmad Faisal
No.ISBN: 978-623-8411-92-4

Cetakan Pertama: Januari, 2024
Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024
by Penerbit 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

instagram: @bimbel.optimal

PT NUANSA FAJAR CEMERLANG
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 di Indonesia ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ajar ini mengulas proses pembelajaran dari mata kuliah keperawatan jiwa sebagai panduan bagi dosen dan mahasiswa Diploma-III Keperawatan serta bagi 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 membantu dalam penyusunan buku Ajar Keperawatan Jiwa ini. Penulis menyadari masih ada kekurangan dalam penyusunan buku ini sehingga kritik dan saran dibutuhkan. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa Prodi D III Keperawatan di seluruh Indonesia secara khusus serta seluruh pembaca secara umumnya, sejauh maupun khalayak lainnya.

Jakarta, 16 Januari 2024

Penyusun

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB I KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA	1
A. SEJARAH PERKEMBANGAN KEPERAWATAN JIWA	2
B. KONSEP KESEHATAN JIWA.....	5
C. PARADIGMA KEPERAWATAN JIWA.....	6
D. FALSAFAH KEPERAWATAN JIWA.....	7
E. TREND DAN ISU KEPERAWATAN JIWA	7
F. PERAN DAN FUNGSI PERAWAT JIWA.....	9
G. LATIHAN SOAL.....	10
DAFTAR PUSTAKA	11
BAB II APLIKASI MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN JIWA.....	13
A. MATERI PEMBAHASAN	14
B. LATIHAN SOAL.....	18
DAFTAR PUSTAKA	20
BAB III TERAPI MODALITAS DALAM ASUHAN KEPERAWATAN JIWA	21
A. DEFINISI TERAPI MODALITAS.....	22
B. LATIHAN SOAL.....	26
DAFTAR PUSTAKA	28
BAB IV ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN KECEMASAN	29
A. APA ITU KECEMASAN	30
B. PENYEBAB KECEMASAN.....	30
C. TANDA DAN GEJALA KECEMASAN	31
D. TINGKAT KECEMASAN	31
E. SUMBER KOPING DAN MEKANISME KOPING PADA KLIEN KECEMASAN	32

F. TUJUAN ASUHAN KEPERAWATAN	32
G. TINDAKAN KEPERAWATAN	33
H. LATIHAN SOAL.....	37
DAFTAR PUSTAKA	39

BAB V ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH.....	41
A. PENGERTIAN HARGA DIRI RENDAH.....	43
B. PROSES TERJADINYA HARGA DIRI RENDAH.....	43
C. TANDA DAN GEJALA	46
D. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN HARGA DIRI RENDAH	47
E. IMPLEMENTASI	54
F. EVALUASI.....	56
G. LATIHAN	57
DAFTAR PUSTAKA	59
BAB VI ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA DENGAN ISOLASI SOSIAL.....	61
A. PENGKAJIAN.....	62
B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	67
C. INTERVENSI.....	67
D. IMPLEMENTASI	68
E. EVALUASI.....	70
F. JURNAL TERKAIT	70
G. LATIHAN SOAL.....	71
H. DAFTAR PUSTAKA	74
BIOGRAFI PENULIS	75

BAB I

KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA

Eli Saripah, S.Kep. Ns., M.Kep.Sp.Kep.J

A. DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Buku ajar ini membahas tentang konsep dasar keperawatan jiwa

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari buku ajar keperawatan jiwa ini mahasiswa mampu: memahami dan mengaplikasikan konsep dasar keperawatan jiwa dalam asuhan keperawatan.

C. CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Memahami tentang sejarah perkembangan keperawatan jiwa
2. Memahami tentang konsep kesehatan jiwa (Definisi/pengertian dan ciri-ciri sehat jiwa)
3. Memahami tentang paradigma keperawatan jiwa
4. Memahami tentang falsafah keperawatan jiwa
5. Memahami trend dan isu keperawatan jiwa
6. Memahami tentang peran dan fungsi perawat jiwa

BAB I

KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA

A. SEJARAH PERKEMBANGAN KEPERAWATAN JIWA

Perkembangan keperawatan jiwa dimulai pada zaman peradaban dimana suku bangsa Yunani dan Arab percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan karena tidak berfungsinya organ otak. Pengobatan saat itu dengan menggabungkan berbagai pendekatan seperti: memberikan ketenangan, mencukupi asupan gizi yang baik, melaksanakan kebersihan badan yang baik, mendengarkan musik dan melakukan aktivitas rekreasi. Perkembangan keperawatan jiwa pada abad 21 lebih menekankan pada upaya preventif melalui pengembangan pusat kesehatan mental, praktik mandiri, pelayanan di rumah sakit dan day care serta mengidentifikasi pemberian asuhan keperawatan pada kelompok risiko tinggi dan pengembangan sistem management patient care dengan pendekatan multidisipliner.

Hippocrates merupakan bapak kedokteran abad 7 SM, menerangkan bahwa perubahan perilaku atau watak dan gangguan mental disebabkan karena adanya perubahan 4 cairan tubuh atau hormon, yang dapat menghasilkan panas, dingin, kering dan kelembaban. Dokter Yunani Galen, mengatakan ada hubungan antara kerusakan pada otak dengan kejadian gangguan mental dan perubahan emosi. Pada masa itu suku bangsa Yunani telah menggunakan sistem perawatan yang modern dimana telah digunakannya kuil sebagai rumah sakit dengan lingkungan yang bersih, udara yang segar, sinar matahari dan penggunaan air bersih untuk menyembuhkan pasien dengan penyakit gangguan mental dengan melakukan berbagai aktifitas seperti bersepeda, jalan-jalan, dan mendengarkan suara air terjun, musik yang lembut dll.

Masa peradaban pertengahan merupakan periode pengobatan modern pasien gangguan jiwa. Bapak Psikiatric Perancis Pinel, menghabiskan sebagian hidupnya untuk mendampingi pasien gangguan jiwa. Pinel mengajarkan pentingnya hubungan pasien-dokter dalam "pengobatan moral". Tindakan yang diperkenalkan yakni menerapkan komunikasi dengan pasien, melakukan observasi perilaku pasien dan melakukan pengkajian riwayat perkembangan pasien.

Pada abad 18 dan 19 William Ellis seorang praktisi kesehatan mengusulkan perlunya pendamping yang terlatih dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa. Pada tahun 1836, William Ellis mempublikasikan Treatise on Insanity yaitu pentingnya pendamping terlatih bagi pasien gangguan jiwa karena pendamping terlatih terbukti efektif didalam memberikan ketenangan dan harapan yang lebih baik bagi kesembuhan pasien. Benjamin Rush bapak Psikiatric Amerika tahun 1783, menulis tentang pentingnya kerja sama dengan RS jiwa dalam memberikan bantuan kemanusiaan terhadap pasien gangguan jiwa. Pada tahun Tahun 1843, Thomas Kirkbridge mengadakan pelatihan bagi dokter di rumah sakit Pennsylvania mengenai cara merawat pasien gangguan jiwa. Tahun 1872, didirikannya pertama kali sekolah perawat di New England Hospital Women'sHospital Philadelphia, tetapi tidak untuk pelayan psikiatrik. Tahun 1882 didirikannya pendidikan keperawatan jiwa pertama di McLean Hospital di Belmont, Massachusetts. Dan pada tahun 1890 diterimanya lulusan sekolah perawat bekerja sebagai staff keperawatan di rumah sakit jiwa. Diakhir abad 19 terjadi perubahan peran perawat jiwa yang sangat besar, dimana peran tersebut antara lain menjadi contoh dalam pengobatan psikiatrik seperti, menjadi bagian dari tim kesehatan, mengelola pemberian obat penenang dan memberikan hidroterapi (terapi air).

Keperawatan jiwa pada abad 20 ditandai dengan terintegrasiya materi keperawatan psikiatrik dengan mata kuliah lain. Pembelajaran dilaksanakan melalui pembelajaran teori, praktek di laboratorium, praktek klinik di RS dan Masyarakat. Tingkat pendidikan yang ada pada abad ini adalah D.III, Sarjana, Pasca Sarjana dan Doktoral. Fokus pemberian asuhan keperawatan jiwa pada abad 21 adalah mengembangkan asuhan keperawatan berbasis komunitas dengan menekankan upaya preventif melalui pengembangan pusat kesehatan mental, praktek mandiri, pelayanan di rumah sakit, pelayanan day care (perawatan harian) yaitu pasien tidak dirawat inap hanya rawat jalan, kunjungan rumah dan hospice care (ruang rawat khusus untuk pasien gangguan jiwa yang memungkinkan pasien berlatih untuk meningkatkan kemampuan diri sebelum kembali ke masyarakat). Selain itu dilakukan identifikasi dan pemberian asuhan keperawatan pada kelompok berisiko tinggi berupa penyuluhan mengenai perubahan gaya hidup yang dapat mengakibatkan masalah gangguan kesehatan jiwa. Selain itu dikembangkan pula system management pasien dengan perawatan dimana peran seorang

manager adalah mengkoordinasikan pelayanan keperawatan dengan menggunakan pendekatan multidisipliner.

Sejarah dan perkembangan keperawatan jiwa di Indonesia sangat dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi akibat penjajahan yang dilakukan oleh kolonial Belanda, Inggris dan Jepang. Perkembangannya dimulai pada masa penjajahan Belanda sampai pada masa kemerdekaan.

Masa Penjajahan Belanda Pada masa pemerintahan kolonial Belanda, perawat merupakan penduduk pribumi yang disebut Velpeger dengan dibantu Zieken Oppaser sebagai penjaga orang sakit. Tahun 1799 pemerintah kolonial Belanda mendirikan Rumah Sakit Binen Hospital di Jakarta, Dinas Kesehatan Tentara dan Dinas Kesehatan Rakyat yang bertujuan untuk memelihara kesehatan staf dan tentara Belanda. Jenderal Daendels juga mendirikan rumah sakit di Jakarta, Surabaya dan Semarang, tetapi tidak diikuti perkembangan profesi keperawatan, karena tujuannya hanya untuk kepentingan tentara Belanda.

Masa Penjajahan Inggris (1812 – 1816) Gubernur Jenderal Inggris ketika itu dijabat oleh Raffles sangat memperhatikan kesehatan rakyat. Berangkat dari semboyannya yaitu kesehatan adalah milik setiap manusia, ia melakukan berbagai upaya untuk memperbaiki derajat kesehatan penduduk pribumi antara lain melakukan pencacaran umum, cara perawatan pasien dengan gangguan jiwa dan kesehatan para tahanan Setelah pemerintahan kolonial kembali ke tangan Belanda, kesehatan penduduk Indonesia menjadi lebih baik. Pada tahun 1819 didirikanlah RS. Stadverband di Glodok Jakarta dan pada tahun 1919 dipindahkan ke Salemba yang sekarang bernama RS. Cipto Mangunkusumo (RSCM). Antara tahun 1816 hingga 1942 pemerintah Hindia Belanda banyak mendirikan rumah sakit di Indonesia. Di Jakarta didirikanlah RS. PGI Cikini dan RS. ST Carollus. Di Bandung didirikan RS. ST. Boromeus dan RS Elizabeth di Semarang. Bersamaan dengan itu berdiri pula sekolah-sekolah perawat.

Zaman Penjajahan Jepang (1942 – 1945) Pada masa penjajahan Jepang, perkembangan keperawatan di Indonesia mengalami kemunduran dan merupakan zaman kegelapan. Pada masa itu, tugas keperawatan tidak

dilakukan oleh tenaga terdidik dan pemerintah Jepang mengambil alih pimpinan rumah sakit. Hal ini mengakibatkan berjangkitnya wabah penyakit karena ketiadaan persediaan obat.

Zaman Kemerdekaan Empat tahun setelah kemerdekaan dimulai dengan adanya pembangunan bidang kesehatan yaitu pendirian rumah sakit dan balai pengobatan. Pendirian sekolah keperawatan dimulai pertama kali tahun 1952 dengan didirikannya Sekolah Guru Perawat dan sekolah perawat setingkat SMP. Tahun 1962 didirikan Akademi Keperawatan milik Departemen Kesehatan di Jakarta bertujuan untuk menghasilkan Sarjana Muda Keperawatan. Tahun 1985 merupakan momentum kebangkitan keperawatan di Indonesia, karena Universitas Indonesia mendirikan PSIK (Program Studi Ilmu Keperawatan) di Fakultas Kedokteran. Sepuluh tahun kemudian PSIK FK UI berubah menjadi Fakultas Ilmu Keperawatan. Setelah itu berdirilah PSIK-PSIK baru seperti di Undip, UGM, UNHAS dll.

Pengalaman petugas kesehatan jiwa meliputi hambatan, motivasi dan cara mengatasi hambatan dalam menangani pasien gangguan jiwa. Hambatan yang dihadapi petugas kesehatan jiwa berasal dari ODGJ yang tidak mau minum obat dan melakukan kekerasan secara fisik maupun verbal terhadap petugas kesehatan jiwa, selain itu kurangnya dukungan keluarga dan SDM yang kurang sehingga petugas kesehatan mengalami kesulitan dalam merawat ODGJ, namun dapat diatasi dengan motivasi yang tinggi dari petugas kesehatan jiwa dalam merawat pasien gangguan jiwa, kerjasama dengan lintas sektor, meningkatkan kualitas SDM dengan pelatihan CMHN, sosialisasi di masyarakat dan pendekatan kepada keluarga (Eka Lestari, Yusuf and Tristiana, 2020).

B. KONSEP KESEHATAN JIWA

Kesehatan jiwa merupakan perilaku seseorang yang dapat menjadi indikator terhadap atau tentang keadaan kesehatan jiwanya (Sudirman and Soleman, 2021). Kesehatan mental menurut seorang ahli kesehatan Merriam Webster, merupakan suatu keadaan emosional dan psikologis yang baik, dimana individu dapat memanfaatkan kemampuan kognisi dan emosi berfungsi dalam komunitasnya, dan memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Zulkarnain, 2019).

Kesehatan mental merupakan kemampuan adaptasi seseorang dengan dirinya sendiri dan dengan alam sekitar secara umum. Kesehatan jiwa memiliki pengertian yaitu suatu kondisi mental sejahtera, dimana setiap individu menyadari potensi dirinya, bermanfaat dan dapat berkontribusi bagi lingkungannya (Marbun and Santoso, 2021).

C. PARADIGMA KEPERAWATAN JIWA

Paradigma keperawatan merupakan sebuah sistem terbuka, adaptif, personal dan interpersonal. Sebagai sistem terbuka, manusia mampu mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungannya, baik lingkungan fisik, biologis, psikologis maupun sosial dan spiritual. Sebagai sistem adaptif manusia akan menunjukkan respon adaptif atau maladaptif terhadap perubahan lingkungan. Respon adaptif terjadi apabila manusia memiliki mekanisme coping yang baik dalam menghadapi perubahan lingkungan, tetapi apabila kemampuan merespon perubahan lingkungan rendah, maka manusia akan menunjukkan prilaku yang maladaptif. Manusia atau klien dapat diartikan sebagai individu, keluarga ataupun masyarakat yang menerima asuhan keperawatan.

Pemberian asuhan keperawatan melalui pendekatan humanistik merupakan sikap saling menghargai dan menghormati martabat manusia serta menjunjung tinggi keadilan bagi semua manusia. Keperawatan bersifat universal juga dengan memberikan asuhan keperawatan dimana perawat tidak membedakan klien atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etnik, agama, aliran politik dan status ekonomi sosial. Keperawatan menganggap klien sebagai partner aktif yang selalu bekerjasama dengan klien dalam memberikan asuhan keperawatan.

Sebuah Proses keperawatan merupakan praktik keperawatan dalam rangka menyelesaikan masalah dan memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, logis, sistematis, dan terorganisasi. Proses keperawatan merupakan salah satu teknik penyelesaian masalah (Problem solving) yang dinamis, saling bergantung, luwes, dan terbuka. Proses keperawatan merupakan tindakan keperawatan yang bersifat rutin dan intuisi sehingga mampu memenuhi kebutuhan dan menyelesaikan masalah klien berdasarkan prioritas masalah sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi klien, oleh karenanya perlu adanya kerja sama antara perawat dan klien. Pada tahap awal, perawat

sebagai pemberi asuhan keperawatan memiliki peran yang lebih besar dari peran klien, namun pada tahap selanjutnya peran klien menjadi lebih besar dibandingkan perawat sehingga kemandirian klien dapat tercapai.

D. FALSAFAH KEPERAWATAN JIWA

Tujuan Ukuran yang digunakan untuk menentukan status kesehatan salah satunya yaitu rentang sehat sakit. Keadaan sehat selalu berubah secara konstan. Kondisi kesehatan individu selalu berada dalam rentang sehat sakit, yaitu berada diantara di antara dua kutub yaitu sehat optimal dan kematian. Apabila status kesehatan bergerak kearah kematian, ini berarti individu berada dalam area sakit (*illness area*), tetapi apabila status kesehatan bergerak ke arah sehat maka individu berada dalam area sehat (*wellness area*).

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

E. TREND DAN ISU KEPERAWATAN JIWA

Upaya penanganan masalah Kesehatan jiwa berdasarkan paradigma sehat yakni lebih menekankan upaya pencegahan (*preventif*) dan upaya peningkatan derajat Kesehatan jiwa (*promotive*), namun upaya ini tidak akan tercapai bila hanya dilakukan oleh instansi Kesehatan beserta tenaga kesehatan sehingga pelayanan Kesehatan jiwa bergeser dari paradigma *hospital based* menjadi *community based*. Perubahan paradigma ini didasarkan pada konsep bahwa masyarakat merupakan sistem pendukung bagi individu yang mengalami masalah Kesehatan jiwa. Paradigma ini yang sekarang dikenal dengan istilah *deinstitutionalization*. Paradigma ini merupakan sebuah upaya reformasi dari bentuk pelayanan Kesehatan jiwa yang memiliki makna bahwa pemberdayaan sumber daya yang ada di masyarakat dengan tujuan untuk meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat merupakan hal penting dan harus dilakukan bersama penyedia layanan Kesehatan, tenaga Kesehatan dan individu dalam masyarakat. Upaya

preventif dalam bidang Kesehatan jiwa tidak dapat dilakukan sendiri oleh tenaga kesehatan, tetapi membutuhkan peran serta keluarga dan anggota masyarakat. Upaya preventif bidang Kesehatan jiwa yang dapat dilakukan adalah melalui kegiatan deteksi dini Kesehatan jiwa yang merupakan upaya penemuan kasus jiwa secara dini oleh tenaga kesehatan yang dilaksanakan secara terintegrasi dalam pelayanan dasar di Puskesmas maupun jaringannya (S, 2022).

Zaman digitalisasi seperti sekarang pentingnya sebuah peningkatan mutu pelayanan berdampingan dengan pemanfaatan teknologi tepat guna yang merupakan alat penunjang pelayanan keperawatan, yang berguna dalam peningkatan mutu pelayanan dalam memicu sebuah perubahan yang terjadi. Perkembangan Revolusi 5.0 yang digagas oleh pemerintah Jepang dengan konsep Society 5.0 sebagai antisipasi terhadap trend global sebagai dampak dari trend revolusi industri 4.0. Perubahan pelayanan keperawatan disertai trend serta issue yang berkembang serta mengikuti perkembangan pola hidup masyarakat setiap tahunnya (Khoironi and Susilo, 2021). Pentingnya dukungan dari keluarga dalam rangka menekan seminimal mungkin dan mengembalikan keberfungsian sosialnya. Keluarga dapat menunjukkannya dengan dukungan baik moril maupun materill emosional, materi, nasehat, informasi, dan penilaian positif pada orang dengan gangguan jiwa di rumah (Hartanto, Purwaningsih and Widya Hendrawati, 2022).

Penggunaan *Smartphone* dapat menghabiskan waktu menggunakan fitur internet dan media sosial. Ketika individu merasa puas dan senang menggunakan fitur *Smartphone*, intensitas penggunaan *Smartphone* dapat meningkat. Intensitas penggunaan *Smartphone* yang semakin meningkat dan tidak terkendali dapat menyebabkan kecanduan *Smartphone*, meningkatnya intensitas penggunaan *Smartphone* pada remaja akan menimbulkan beberapa masalah seperti kurangnya perhatian dan ketidakpedulian terhadap lingkungan sosial, kurangnya sosialisasi antar sesama, berkurangnya rasa saling menghormati terhadap orang lain (Mawarda Hatmanti *et al.*, 2023).

F. PERAN DAN FUNGSI PERAWAT JIWA

Keperawatan kesehatan jiwa merupakan salah satu cabang keperawatan yang dalam pelaksanaan proses keperawatannya bersifat unik dalam memberi asuhan keperawatan secara langsung, sebagai pendidik dan koordinator. Peran perawat yang utama dan paling banyak diketahui oleh masyarakat yakni sebagai pelaku/pemberi asuhan keperawatan, perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan secara langsung dan tidak langsung kepada klien, menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi : melakukan pengkajian dalam upaya mengumpulkan data dan informasi yang benar, menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil analisis data, merencanakan intervensi keperawatan sebagai upaya mengatasi masalah yang muncul dan membuat langkah/cara pemecahan masalah, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang ada dan melakukan evaluasi berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. (Retnaningsih, Suryawantie and Daniati, 2023).

Peran perawat dalam mengatasi masalah kesehatan ada 3 tahap pencegahan yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer merupakan identifikasi kelompok rentan risiko serta intervensi berupa kegiatan pendidikan kesehatan, sedangkan pencegahan sekunder dapat berupa deteksi dini dan sosialisasi program kesehatan. Pencegahan tersier merupakan tahap optimalisasi program-program yang telah diberikan oleh perawat Program KENESS-20 merupakan program pencegahan untuk mengatasi stres kerja dengan memberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan tentang stres kerja, terapi mindfulness, dan intervensi 20-20- 20 (Handayani and Kristiyawati, 2022).

G. LATIHAN SOAL

- 1) Menurut WHO individu yang sehat jiwa memiliki ciri-ciri sebagai berikut....
 - a. Individu mampu menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
 - b. Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya.
 - c. Merasa lebih puas memberi dari pada menerima.
 - d. Benar Semua
 - e. Salah semua

Jawaban : d

- 2) Komponen dalam paradigma keperawatan jiwa meliputi....
 - a. Manusia, keperawatan, lingkungan, dan kesehatan.
 - b. Manusia, keperawatan, lingkungan dan psikologis
 - c. Manusia, keperawatan, kesehatan dan kekeluargaan
 - d. Manusia, lingkungan, kesehatan dan kegembiraan
 - e. Manusia dan lingkungan

Jawaban : a

- 3) Perkembangan keperawatan di zaman keagamaan di tandai oleh adanya....
 - a. Manusia percaya bahwa apa yang ada di bumi mempunyai kekuatan mistik/spiritual yang dapat mempengaruhi kehidupan manusia
 - b. Perawatan orang sakit masih percaya dengan mitos
 - c. Munculnya seorang perawat muslim pertama yaitu Siti Rufaidah yang selalu berusaha memberikan pelayanan klien kaya atau miskin
 - d. Adanya perang seperti perang Salib yang berdampak positif terhadap perkembangan keperawatan
 - e. Keyakinan bahwa sakit seseorang disebabkan oleh kekuatan alam atau pengaruh kekuatan gaib

Jawaban : a

TUGAS

- 1) Pelajari peran perawat dalam sebuah paradigma keperawatan !
- 2) Cari penelitian pendukung terkini tentang konsep dasar keperawatan dalam asuhan keperawatan jiwa!

GLOSARIUM

Paradigma	Pandangan dasar tentang pokok bahasan ilmu.
Falsafah	Anggapan, gagasan, dan sikap batin yang paling dasar yang dimiliki oleh orang atau masyarakat; pandangan hidup;
Trend	hal yang sangat mendasar dalam berbagai pendekatan analisa. Trend juga dapat dikatakan sesuatu yang sedang dibicarakan oleh banyak orang saat ini dan kejadiannya berdasarkan fakta
Issue	suatu peristiwa atau kejadian yang dapat diperkirakan terjadi atau tidak terjadi pada masa mendatang. Issue juga dapat diartikan sebagai sesuatu yang sedang dibicarakan oleh banyak orang namun belum jelas faktanya bahkan buktinya

DAFTAR PUSTAKA

- Eka Lestari, W. A., Yusuf, A. and Tristiana, R. D. (2020) 'Pengalaman Petugas Kesehatan Jiwa Dalam Menangani Orang Dengan Gangguan Jiwa (Odgj) Di Puskesmas Kabupaten Lamongan', Psychiatry Nursing Journal (Jurnal Keperawatan Jiwa), 2(1), p. 5. doi: 10.20473/pnj.v2i1.18589.
- Handayani, P. A. and Kristiyawati, S. P. (2022) 'Program Keness-20 untuk Mengatasi Stres Kerja Dosen Keperawatan pada Era Pandemi COVID-19 di Kota Semarang.', Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa, 5(2), pp. 337–346.
- Hartanto, A. E., Purwaningsih, Y. and Widya Hendrawati, G. (2022) 'Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial bagi Keluarga di Masa Pandemi', Jurnal Idaman, 6(1), pp. 19–23.
- Khoironi, H. and Susilo, E. (2021) 'Gambaran Kesiapan Perawat Ruang Rawat Inap Terhadap Implementasi Telenursing Dalam Upaya Meningkatkan Mutu Pelayanan Rumah Sakit', Indonesian Journal of Nursing Research (IJNR), 2(2), p. 112. doi: 10.35473/ijnr.v2i2.909.

- Marbun, T. P. K. and Santoso, I. (2021) 'Pentingnya motivasi keluarga dalam menangani Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)', Pendidikan Kewarganegaraan Undiksha, 9(3), pp. 1131–1141.
- Mawarda Hatmanti, N. et al. (2023) 'Hubungan Kepribadian Dengan Smartphone Addiction Pada Siswa Di Smkn 01 Surabaya', Jurnal Keperawatan, 11(2), pp. 142–148.
- Retnaningsih, S., Suryawantie, T. and Daniati, E. (2023) 'Pengalaman Perawat Dalam Menangani Pasien Gangguan Jiwa Di Puskesmas Kabupaten Garut', Jurnal Keperawatan Dirgahayu (JKD), 5(1), pp. 30–39. doi: 10.52841/jkd.v5i1.341.
- S, V. N. (2022) 'Jurnal Keperawatan', 14, pp. 1151–1156.
- Stuart, G.W., Laraia, M.T., 1998, Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 6 th Edition, Mosby, St. Louis
- Stuat, G.W., Sundeen, S.J., 1998, Keperawatan Jiwa, Buku Saku, Terjemahan Hamid, A.S., Edisi 3, EGC, Jakarta
- Sudirman, S. and Soleman, S. R. (2021) 'Analisis Upaya Peningkatan Pelayanan Kesehatan Bagi Pasien Gangguan Jiwa Di Kota Kotamobagu', Ikesma, 17(2), p. 96. doi: 10.19184/ikesma.v17i2.25522.
- TIM Jiwa FIK UI. 1999. Kumpulan Proses Keperawatan Masalah Keperawatan Jiwa. Jakarta: Bagian Keperawatan Jiwa Komunitas FIK UI, tidak diterbitkan
- Townsend, M.C. 1998. Diagnosis Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri: Pedoman untuk Pembuatan Rincian Perawatan, Jakarta: EGC
- Zulkarnain, Z. (2019) 'Kesehatan Mental dan Kebahagiaan', Mawa'Izh: Jurnal Dakwah Dan Pengembangan Sosial Kemanusiaan, 10(1), pp. 18–38. doi: 10.32923/maw.v10i1.715.

BAB II

APLIKASI MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN JIWA

Ns. Sri Nyumirah, M.Kep.,Sp.Kep.J.

A. Deskripsi Pembelajaran

Buku ajar ini membahas tentang aplikasi model konseptual keperawatan jiwa.

B. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari buku ajar keperawatan jiwa ini mahasiswa mampu: memahami dan mengaplikasikan model konsep keperawatan jiwa dalam asuhan keperawatan jiwa.

C. Capaian Pembelajaran

1. Memahami tentang model konsep psikoanalisa
2. Memahami tentang model konsep interpersonal
3. Memahami tentang model konsep sosial
4. Memahami tentang model konsep perilaku
5. Memahami tentang model konsep eksistensial
6. Memahami tentang model konsep suportif
7. Memahami tentang model konsep medis
8. Memahami tentang model konsep stress dan adaptasi
9. Memahami tentang model keperawatan.

BAB II

APLIKASI MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN JIWA

A. MATERI PEMBAHASAN

1. Model konsep psikoanalisa

Model konsep psikoanalisa diuraikan oleh tokoh S. Freud Erikson Klein. Model konsep ini membahas tentang perkembangan anak dewasa yang menyimpang dari perilaku pada usia anak tersebut, menurut model konsep ini hal ini berhubungan dengan ego yang tidak berfungsi dalam mengontrol id sehingga mempengaruhi penyimpangan perilaku pada anak tersebut, yang terjadi konflik bawah sadar dan insting sadar terutama pada masa anak-anak. Pertahanan ego tidak dapat mengontrol ansietas. Proses terapi psikoanalisa ini membutuhkan waktu yang cukup lama.

Proses terapi yang akan dilakukan menggunakan metode gabungan yang bebas dan menganalisis mimpi. Tujuan dilakukan terapi ini untuk memulihkan trauma di masa lalu. Salah satu aplikasi penerapan terapi model konsep psikoanalisa yang dapat dilakukan yaitu ketika klien dalam kondisi rileks saat tidur yang nyenyak, sehingga merasa tidak berdaya kemudian terapis melakukan pengkajian dengan mengidentifikasi alam bawah sadar klien dengan beberapa pertanyaan tentang pengalaman trauma masa lalu yang dialami, dengan cara tersebut maka klien akan mencoba menceritakan/mengungkapkan semua mimpi yang dialami dan semua isi pikiran. Terapis mencoba untuk mengartikan pikiran dan mimpi klien tersebut.

Peran perawat dalam model psikoanalisa:

Melakukan Identifikasi trauma masa lalu yang dialami klien atau stressor yang mempengaruhi masalah di masa lalu dengan pendekatan kemunikasi yang therapeutic. Contoh stressor masa lalu: trauma karena korban perilaku kekerasan, seksual dan sosial.

Berdasarkan penelitian (Ardiansyah dll, 2022) bahwa menerapkan teori psikoanalisa dilakukan dengan dua cara yaitu mengaplikasikan teori kepribadian dan mengaplikasikan teori mimpi dengan mengamati serta mengidentifikasi pelaku dan watak tokoh, kemudian melihat perilaku apa yang paling menonjol pada seseorang kemudian dikaji dan dihubungkan dengan perilaku yang lain untuk menunjukkan perwatakan seseorang.

2. Model konsep interpersonal

Model konsep interpersonal diuraikan oleh Harry Stack Sullivan dan Hildegard Peplau. Model konsep teori ini membahas bahwa perilaku terbentuk dipengaruhi oleh hubungan interpersonal. Tokoh Sullivan menyampaikan bahwa perkembangan masa anak-anak akan mempengaruhi kesehatan jiwa seseorang, masalah kesehatan jiwa dapat terjadi ketika terjadi sebuah ancaman yang bisa menyebabkan kecemasan, kecemasan tersebut terjadi karena konflik saat berhubungan dengan orang lain. Akibatnya ada rasa takut dan penolakan dari orang sekitar.

Tokoh Sullivan menyampaikan bahwa dalam diri seseorang mempunyai 2 dorongan yaitu: dorongan dalam mencapai sebuah kepuasan diantaranya: terkait dengan kebutuhan dasar manusia yaitu: rasa lapar, kebutuhan tidur, merasa kesepian dan nafsu. Dorongan dalam mencapai sebuah keamanan diantaranya: penyesuaian norma sosial, dan nilai suatu kelompok tertentu.

Proses terapi yang dilakukan terdiri dari: membangun rasa aman pada klien dan menjalin hubungan saling percaya. Prinsip penting pada model konsep ini menjalin hubungan yang sehat, dengan menerapkan hubungan interpersonal saling memuaskan, percaya dan saling menghargai serta menghormati saat berinteraksi dengan orang lain.

Peran perawat dalam model konsep interpersonal:

Berbagi pengalaman mengenai apa-apa yang dirasakan klien dan yang memicu klien cemas saat berhubungan dengan orang lain, selain itu perawat memberikan motivasi dan keyakinan kepada klien bahwa saat berhubungan dengan orang lain memberikan rasa aman.

Berdasarkan penelitian (Mediana, 2023) bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara konsep diri dan komunikasi interpersonal dengan kesiapan kerja pada mahasiswa, dengan komunikasi interpersonal akan membentuk kepercayaan diri, saling menghormati dan menghargai dengan orang lain.

3. Model konsep sosial

Model konsep sosial diuraikan oleh Kaplan dan Szasz bahwa model konsep lebih banyak berhubungan dengan lingkungan fisik, dan kondisi sosial yang memicu terjadinya masalah kesehatan jiwa. Szasz mengatakan bahwa setiap pribadi bertanggung jawab terhadap perilakunya dan mampu beradaptasi terhadap lingkungan. Kaplan mengatakan mencegah secara primer dan sekunder supaya tidak mengalami gangguan jiwa.

Peran perawat dalam model konsep:

Perawat harus mampu melakukan modifikasi lingkungan dan support system lingkungan dalam membantu mengatasi masalah dengan gangguan jiwa, selain itu perawat harus mampu menggali system sosial, contoh: di lingkungan sekolah, rumah, tempat kerja, dan masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian Kealy et al. (2020) juga menunjukan bahwa keterlibatan dalam suatu kelompok memberikan peran yang cukup besar terhadap meningkatnya fungsi sosial yang akan mempengaruhi peningkatan kepuasan hidup seseorang melalui proses pengobatan yang dilakukan.

4. Model konsep perilaku

Model konsep ini dicetuskan oleh H.J Eysenck, J. Wilpe dan B.F Skinner, model konsep yang menerapkan teori belajar karena adanya stimulus, sehingga muncul sebuah respon dari hasil stimulus tersebut.

Peran perawat dalam model konsep:

Melatih seseorang bersikap rileks sehingga menurunkan tingkat kecemasan pasien, melatih sikap asertif yaitu belajar mengungkapkan sesuatu yang jelas ke orang lain namun tidak menyinggung perasaan orang lain, melatih berfikir positif sehingga mampu berperilaku sesuai pengalaman yang menyenangkan, melatih memberikan evaluasi diri terhadap diri sendiri.

Berdasarkan hasil penelitian Andria dll (2023), menyatakan bahwa model konsep perilaku bisa diterapkan dalam asuhan keperawatan dengan melihat sub sistem yang dipengaruhi oleh elemen lingkungan.

5. Model konsep eksistensial

Model konsep yang dicetuskan oleh Ellis dan Rogers bahwa, gangguan jiwa dapat terjadi pada seseorang karena terjadi sebuah kegagalan untuk memahami dirinya sendiri dan tujuan hidupnya. Seseorang merasa tidak percaya diri terhadap gambaran diri dan menolak atau membenci dirinya sendiri.

Peran perawat dalam model konsep :

Individu harus berusaha memiliki pengalaman yang berinteraksi dengan orang lain sebagai panutan untuk menjadi sukses untuk memahami pengalaman hidup individu tersebut. Individu melakukan evaluasi diri, meningkatkan kemampuan berinteraksi dalam kelompok, mampu menerima individu

tersebut dan menerima masukan (saran dan kritik) dari orang lain. Terapi yang dapat dilakukan dengan terapi kelompok. (1)

6. Model konsep suportif

Model konsep yang dicetuskan oleh Wermon dan Rockland bahwa penyebab individu mengalami gangguan jiwa adalah faktor biopsikososial dan respon maladaptive.

Peran perawat dalam model konsep:

Memberikan respon yang adaptif, membantu pasien untuk mengidentifikasi dan menggunakan kemampuan coping yang dimiliki oleh klien, membuat alternatif cara pemecahan masalah, sehingga terapis harus membina trust dan hubungan yang hangat dengan pasien serta mempunyai rasa empati agar dapat membantu menemukan coping klien yang adaptif.

Berdasarkan penelitian Nur Uyuun dll (2023) bahwa penerapan terapi suportif dapat dilakukan pada pasien dengan gangguan jiwa untuk mengatasi halusinasi yang dialami oleh pasien.

7. Model konsep medis

Model konsep yang dicetuskan oleh Meyer dan Kraeplin bahwa penyebab gangguan jiwa disebabkan beberapa faktor; fisik, genetik, lingkungan dan faktor sosial. Model medis meyakini bahwa penyebab masalah gangguan jiwa disebabkan juga karena masalah gangguan sistem saraf.

Peran perawat dalam model konsep:

Membuat kolaborasi dengan tim medis dalam menentukan prosedur diagnostik. Perawat harus memperhatikan pemberian terapi pada pasien, dampak terapi tersebut, diagnosis yang mendukung dan mengungkapkan masalah gangguan jiwa pasien.

Berdasarkan penelitian Nining E dll (2020) bahwa terapi medis yang dilakukan pasien dengan gangguan secara rutin sangat penting, sehingga perlu keterlibatan keluarga dalam menyiapkan obat dan rutin control ke pelayanan kesehatan sehingga tingkat kambuh pasien menurun.

8. Model konsep stress dan adaptasi

Model konsep dicetuskan oleh Roy, bahwa manusia merupakan satu kesatuan individu yang harus mampu beradaptasi terhadap perubahan lingkungan dan mampu merespon stimulus internal yang muncul. Proses adaptasi dilihat dari

proses interaksi dengan lingkungan, dan mekanisme coping yang digunakan individu dalam menyelesaikan suatu masalah. Komponen adaptasi mencakup: konsep diri, fungsi fisiologis, fungsi peran dan ketergantungan.

Peran perawat dalam model konsep:

Perawat mendampingi pasien dengan meningkatkan kesehatannya dengan cara mempertahankan perilaku secara adaptif serta mampu merubah perilaku yang inefektif, hal ini ditunjukkan dengan perilaku pasien yang mudah beradaptasi dengan lingkungan dan berinteraksi terhadap lingkungan.

Berdasarkan penelitian Jelian (2023), bahwa pada pasien yang mengalami gangguan fisik mengalami masalah psikologis menerapkan teori adaptasi Roy mempertahankan perilaku adaptif dan mengubah perilaku yang maladaptive.(12)

9. Model konsep keperawatan

Model konsep keperawatan bahwa model konsep yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, secara holistic, biologis-psikologis-sosial dan spiritual. Model konsep ini fokus dalam asuhan keperawatan yang berfokus pada sehat dan sakit yang sesuai dengan teori keperawatan. Model konsep ini mengacu pada teori sistem, teori perkembangan dan teori interaksi.

B. LATIHAN SOAL

1) Seorang perempuan berumur 30 Tahun bercerita kepada perawat bahwa klien semalam merasa ada ibunya didekatnya, setelah mulai menyadari bahwa klien hanya bermimpi, klien merasa sedih karena kangen dengan ibunya, perawat meyakinkan klien bahwa mimpiya kan menjadi kenyataan, apabila ibu klien datang menjenguk. Apakah model konsep yang digunakan oleh perawat sesuai kasus tersebut?

- a. Suportif
- b. Eksistensial
- c. Psikoanalisa
- d. Interpersonal
- e. Stres dan adaptasi

Kunci jawaban : c. Psikoanalisa

2) Perawat melakukan tindakan keperawatan pada seorang laki-laki berumur 25 Tahun dengan meningkatkan harga diri dengan melihat kemampuan positif yang dimiliki. Apakah model konsep yang digunakan perawat sesuai kasus tersebut?

- a. Suportif
- b. Eksistensial
- c. Psikoanalisa
- d. Interpersonal
- e. Stres dan adaptasi

Kunci jawaban : a. Suportif

3) Seorang laki-laki berumur 42 Tahun mengalami gangguan jiwa karena faktor biologis ; genetik dari keluarga, faktor psikologis ; mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan dan faktor sosial; pernah mengalami penolakan di lingkungan sekolah. Apakah prioritas tindakan yang perlu dilakukan sesuai kasus berdasarkan model konsep?

- a. Suportif
- b. Eksistensial
- c. Psikoanalisa
- d. Interpersonal
- e. Stres dan adaptasi

Kunci jawaban : e. Stres dan adaptasi

TUGAS

- 1) Pelajari peran perawat dalam penerapan model konsep interpersonal dan eksistensial!
- 2) Cari penelitian pendukung tentang penerapan model konsep keperawatan dalam asuhan keperawatan jiwa!

DAFTAR PUSTAKA

- Ardiansyah, dkk. Kajian Psikoanalisis Sigmund Freud. J Kependidikan [Internet]. 2022;7(1):25–31. Available from: <http://ejournalppmunsa.ac.id/index.php/kependidikan/article/view/912/885>
- Ernia N, Diah I, Risnawati R. Hubungan Dukungan Instrumental Keluarga Dengan Kepatuhan Kontrol Pasien Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). J Ilm Karya Kesehat. 2020;01(1):1–7.
- Haumahu JJM, Anwar MA. PROSES ADAPTASI DAN MEKANISME KOPING PASIEN KANKER PARU MENURUT TEORI CALLISTA ROY: Adaptation Process and Coping Mechanisms of Lung Cancer Patients According to Callista Roy's Theory in Salatiga, Central Java. J Ilm Keperawatan (Scientific J Nursing). 2023;9(2):378–86.
- Muljanto M. Pengaruh Konsep Diri dan Komunikasi Interpersonal Terhadap Kesiapan Kerja Pada Generasi Millennial. Psikoborneo J Ilm Psikol. 2021;9(1):175.
- Murharyati, Atiek, 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_lcp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHC AEQIRigAdIBCTE1MDk2ajBqN6gCALACAA&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Nur Uyuun I, Bahimo, Fadli Syamsuddin, Susinta Ismail. Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Halusinasi Pada Klien Skizofrenia Di Rsud Tombulilato. J Anestesi. 2023;1(2):58–67.
- Praghlapati A, Hidayati E, Suprayitno E, Anggorowati. Aplikasi Model Sistem Perilaku Johnson Dalam Asuhan Keperawatan. 2023;15(September):1299–308. Available from: <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan%0AAPLIKASI>
- Pulungan ZSA, Elisabhet T. Teori dan Model Konseptual Kesehatan/Keperawatan Jiwa yang Relevan dengan Terapi Kelompok. J-HEST J Heal Educ Econ Sci Technol. 2022;4(1):7–14.
- Stuart G. W. KBAPJ. Prinsip dan Praktek Keperawatan Jiwa Edisi Indonesia. Elsyvier Jakarta; 2023.
- Stuart.Gail.W. Keperawatan Kesehatan Jiwa. Elsyvier Jakarta; 2016.
- Wuri EW, Windarwati HD, Dewi EI, Deviantony F, Kurniyawan EH. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1. Jember PU, editor. Jember Jawa Timur; 2018.
- Yosep I. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Refika Aditama Bandung; 2019.

BAB III

TERAPI MODALITAS DALAM ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J

A. DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Pokok bahasan ini menjelaskan tentang terapi modalitas atau berbagai macam pilihan terapi yang dapat diberikan pada pasien gangguan jiwa, antara lain terapi: individu, kelompok, keluarga, lingkungan, biologi dan kognitif.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari terapi modalitas dalam asuhan keperawatan jiwa, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan pengertian terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.
2. Mengidentifikasi berbagai alternatif terapi (terapi modalitas) dalam keperawatan Kesehatan jiwa.
3. Mengidentifikasi kebutuhan jenis terapi yang diperlukan pasien.
4. Memahami peran perawat pada setiap pemberian terapi.

C. CAPAIAN PEMBELAJARAN

Mampu memahami terapi modalitas dalam asuhan keperawatan jiwa.

BAB III

TERAPI MODALITAS DALAM ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

A. DEFINISI TERAPI MODALITAS

Modalitas berasal dari kata modality, artinya modal, kekuatan atau potensi. Modalitas dalam konteks keperawatan adalah segala kekuatan atau potensi yang masih dimiliki pasien dan dapat digunakan untuk berubah (Susana & Hendarsih, 2022). Terapi modalitas merupakan suatu sistem terapi psikis (psikoterapi) yang keberhasilannya sangat bergantung pada adanya komunikasi atau perilaku timbal balik antara terapis dan pasien. Terapi ini diberikan dalam upaya mengubah perilaku pasien dari yang maladaptif menjadi perilaku adaptif.

Konsep terapi modalitas dalam keperawatan kesehatan jiwa disesuaikan dengan masalah yang dialami pasien, intervensi keperawatan disesuaikan dengan penyebab utama terjadinya masalah keperawatan. Apabila gangguan jiwa disebabkan karena masalah fisik, yaitu terjadinya gangguan keseimbangan neurotransmitter, maka pilihan pengobatan pada farmakologi (terapi biologis). Apabila penyebab gangguan jiwa karena masalah lingkungan sosial, maka pilihan terapi difokuskan pada terapi lingkungan. Pilihan salah satu terapi dapat dikombinasikan dengan terapi lain untuk mendapatkan hasil pengobatan yang lebih optimal.

Berikut ini akan di jelaskan mengenai beberapa terapi modalitas yang umum dilaksanakan (Copel, 2007) dalam (Baradero et al., 2019) :

1. Terapi Individu

Terapi individu adalah pembentukan hubungan yang terstruktur antara perawat – pasien untuk mencapai perubahan pada diri pasien. Sebuah hubungan terapeutik terdiri dari tiga fase : orientasi, kerja dan terminasi. Dalam fase orientasi, perawat membina hubungan saling percaya, menetapkan tujuan dan melakukan kontrak waktu. Dalam fase kerja, pasien menjadi lebih terlibat dalam eksplorasi diri. Selama fase ini pasien dibantu untuk mengembangkan pemahaman diri dan didorong untuk mengambil risiko untuk mengubah perilaku disfungsional. Fase terminasi merupakan penutupan dari suatu hubungan, kedua belah pihak setuju bahwa masalah sudah dapat ditangani. Pasien mulai merasa dirinya lebih baik dan menyampaikan bahwa ada peningkatan kepuasan hidup.

Hasil penelitian (Ramdani et al., 2023) menyebutkan bahwa terapi individu bercakap – cakap yang pasien lakukan, mampu mengalihkan perhatian pasien sehingga mampu mengontrol halusinasi yang di alaminya.

2. Terapi Kelompok

Pada metode ini, seorang perawat spesialis yang menjadi terapis dan pasiennya berjumlah 6 – 8 orang bertemu secara teratur dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran diri, hubungan interpersonal dan mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. Dalam terapi kelompok, terapis menyarankan berbagai alternatif cara untuk mengatasi masalah. Dengan berbagi pengalaman dalam kelompok, pasien dapat mengembangkan strategi coping dan memperkuat ketrampilan dalam pemecahan masalah.

Hasil penelitian (Arifuddin & Pangaribuan, 2021) menjelaskan bahwa terapi kelompok terapeutik efektif meningkatkan perkembangan psikososial dan emosi pada anak remaja.

3. Terapi Keluarga

Dalam terapi keluarga, seluruh keluarga memiliki peranan penting dalam berkontribusi menangani suatu masalah. Perawat menentukan apakah setiap anggota keluarga sudah berperan sesuai perannya masing – masing, orangtua bertindak sebagai orangtua dan anak bertindak sebagai anak. Perawat juga mengkaji permasalahan yang di alami oleh setiap anggota keluarga, yang nantinya dicariakan solusi bersama dan cara mengatasi permasalahan tersebut dengan melibatkan keluarga. Tujuan utama dari terapi ini adalah meningkatkan fungsi keluarga. Tehnik yang sering kali digunakan meliputi perumusan gejala, pembentukan perilaku dan pemberian tugas pekerjaan rumah.

Hasil penelitian (Nancye, 2015) menyatakan bahwa pengaruh terapi keluarga sangat signifikan terhadap dukungan keluarga dalam merawat pasien dengan masalah perilaku kekerasan.

4. Terapi Lingkungan

Dalam terapi lingkungan, perawat menggunakan semua aspek lingkungan secara terapeutik. Secara spesifik perawat menciptakan kesempatan untuk merubah perilaku dengan berfokus pada nilai terapeutik dari setiap aktivitas dan interaksi. Lingkungan yang terapeutik artinya lingkungan yang secara tidak langsung bersifat menyembuhkan pasien, seperti lingkungan yang membuat pasien menerima dukungan, merasa dihargai, saling memberikan pujian,

pengertian dan adanya kesempatan untuk berkembang sebagai pribadi yang bertanggung jawab.

Dengan berpartisipasi dalam terapi lingkungan, pasien dapat mempelajari perilaku yang tepat, mengatur perawatan diri, ketrampilan social dan emosional yang dibutuhkan untuk berinteraksi dengan orang lain. Tujuan terapi ini adalah meningkatkan kemampuan pasien untuk hidup di luar lingkungan rumah sakit, melalui perolehan kemampuan yang penting untuk kelancaran transisi ke dalam komunitas / masyarakat.

Hasil penelitian (Vickers, 1976) dalam (Belsiyal et al., 2022) menjelaskan bahwa dalam literatur keperawatan Kesehatan mental, lingkungan serta terapi lingkungan adalah subjek yang banyak diperdebatkan. Meskipun pentingnya lingkungan terapeutik diakui dalam pengaturan psikiatrik, studi empiris mengenai penerapan lingkungan masih langka. Oleh karena itu diperlukan penelitian untuk mengeksplorasi efektivitas terapi lingkungan dalam perawatan psikiatri rawat inap, yang memfasilitasi pemulihan pasien, keamanan dan hubungan interpersonal yang baik.

5. Terapi Biologi

Terapi biologis didasarkan pada model medis yang memandang gangguan emosional dan perilaku sebagai suatu gangguan yang spesifik atau penyakit. Perawat terlibat langsung dalam perawatan pasien yang mendapat terapi biologis, yaitu memantau respons pasien terhadap terapi yang di dapat.

Penerapan terapi somatic atau terapi biologis diberikan pada pasien dengan gangguan jiwa dengan memperhatikan tanda dan gejala yang dikeluhkan pasien. Tujuan terapi ini adalah mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku yang adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik pasien. Walaupun yang diberi perlakuan adalah fisik, tetapi target terapi adalah perilaku pasien. Contoh terapi biologis adalah obat – obatan psikoaktif, intervensi nutrisi, fototerapi, terapi elektrokonvulsif, stimulasi listrik nonkonvulsif dan *psychosurgery* (terapi gangguan jiwa dengan membedah otak).

Hasil penelitian (Chen et al., 2020) menyebutkan bahwa pencitraan otak yang dapat mendeteksi perubahan struktural dan fungsional otak adalah salah satu cara yang menjanjikan untuk memecahkan masalah ini dan mengidentifikasi biomarker yang dapat mengatasi berbagai aspek gangguan suasana hati dan emosi. Hal ini memerlukan pencitraan otak, ilmu saraf, pemodelan eksperimental dan teknik komputasi.

6. Terapi Kognitif

Terapi kognitif menggunakan beberapa strategi untuk memodifikasi keyakinan dan sikap yang memengaruhi perasaan dan perilaku pasien. Ketika seseorang memiliki pandangan negatif terhadap diri sendiri, dunia, dan masa depan, mereka cenderung mengolah keyakinan yang tidak masuk akal tentang kemampuan mereka dan hubungannya dengan orang lain.

Peran perawat spesialis jiwa sangat penting dalam memberikan terapi kognitif sebagai *leader* dan *motivator*. Tujuan terapi ini adalah membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan – pesan internal. Dengan kata lain terapi kognitif bertujuan untuk melatih cara berpikir (fungsi) kognitif dan cara bertindak (perilaku).

Hasil penelitian (Laela & Wahyuni, 2019) menyatakan bahwa terapi kognitif mampu meningkatkan kemampuan pasien dengan penyakit fisik dalam merubah pikiran negatif.

B. LATIHAN SOAL

1. Seorang perempuan, umur 27 tahun, dirawat di RSJ selama dua minggu. Hasil pemeriksaan : pasien nampak koperatif dan mampu mengendalikan emosinya. Selama diperawatan dokter memberikan terapi sesuai dengan tanda gejala yang dialami pasien dan perawat mengobservasi respons pasien terhadap obat – obatan yang dikonsumsi.

Apakah jenis terapi modalitas sesuai kasus tersebut ?

- a. Individu
- b. Lingkungan
- c. Biologis
- d. Kelompok
- e. Keluarga

Jawaban : c. Biologis

2. Seorang laki – laki, umur 31 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pemeriksaan : pasien mengatakan sedih dan kecewa dengan ibunya yang selalu membanding – bandingkan dirinya dengan saudara laki – laki nya yang lain. Ayah dan ibu pasien sibuk dengan urusan pekerjaan di kantor, tidak ada yang memotivasi pasien untuk minum obat secara teratur.

Apakah jenis terapi modalitas yang dibutuhkan pasien sesuai kasus tersebut?

- a. Individu
- b. Lingkungan
- c. Biologis
- d. Kelompok
- e. Keluarga

Jawaban : e. Keluarga

3. Seorang perempuan, umur 29 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pemeriksaan: pasien nampak tenang dan mampu mengontrol halusinasinya. Perawat selalu melibatkan pasien untuk mengikuti terapi modalitas agar mempercepat perubahan perilaku dari yang maladaptif menjadi perilaku adaptif. Terapi modalitas yang dipilih perawat beranggotakan minimal enam orang.

Apakah jenis terapi modalitas sesuai kasus tersebut?

- a. Individu
- b. Lingkungan
- c. Biologis
- d. Kelompok
- e. Keluarga

Jawaban : d. Kelompok

GLOSARIUM

Adaptif	Kemampuan seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungan
Alternatif	Pilihan diantara dua atau beberapa kemungkinan
Biologis	Berkaitan dengan biologi atau kehidupan dan proses kehidupan
Biomarker	Penanda biologis yang dapat diambil dari specimen dalam tubuh yang dapat diukur dan di evaluasi secara objektif
Disfungsional	Tidak berfungsi sebagaimana mestinya
Eksperimental	Percobaan atau suatu tindakan dan pengamatan yang dilakukan untuk menguji hasil penelitian sementara
Eksplorasi	Tindakan yang perlu diterapkan kedalam kehidupan sehari – hari untuk menemukan hal – hal baru yang menunjang kehidupan lebih baik
Farmakologis	Berkaitan dengan obat dengan seluruh aspeknya yang berdampak pada organisme hidup
Halusinasi	Gangguan persepsi yang membuat seseorang mendengarkan, merasa, mencium atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada
Interpersonal	Berhubungan dengan orang lain secara tatap muka
Kognitif	Pemikiran atau kemampuan untuk berpikir
Komputasi	Cara untuk menemukan pemecahan masalah
Koperatif	Sikap yang menunjukkan Kerjasama dan tidak menentang terhadap sesuatu
Koping	Perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya mengatasi tuntutan internal dan atau eksternal yang melebihi sumber individu
Maladaptif	Kegiatan yang tidak sehat atau negatif yang dilakukan sebagai mekanisme pertahanan diri terhadap suatu masalah
Neurotransmitter	Molekul kimia yang membawa pesan atau sinyal dari satu sel saraf ke sel target berikutnya
Psychosurgery	Pengobatan psikosis atau gangguan jiwa melalui operasi otak

DAFTAR PUSTAKA

- Arifuddin, A., & Pangaribuan, H. (2021). Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Terhadap Peningkatan Perkembangan Psikososial Dan Emosi Anak Remaja. *Madago Nursing Journal*, 2(1), 15–21. <https://doi.org/10.33860/mnj.v2i1.440>
- Baradero, M., Dayrit, M. W., & Maratning, A. (2019). *Kesehatan Mental Psikiatri: Seri Asuhan Keperawatan*. EGC.
- Belsiyal, Cx., Rentala, S., & Das, A. (2022). *Use of therapeutic milieu interventions in a psychiatric setting: A systematic review*. *Journal of Education and Health Promotion*, 11(1), 234. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1501_21
- Chen, R., Cui, Z., Capitão, L., Wang, G., Satterthwaite, T. D., & Harmer, C. (2020). *Precision biomarkers for mood disorders based on brain imaging*. *BMJ*, m3618. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3618>
- Copel, L. C. (2007). *Kesehatan Jiwa dan Psikiatri “Pedoman Klinis Perawat”* (2nd ed.). EGC.
- Laela, S., & Wahyuni, E. (2019). Efektifitas Terapi Ners Spesialis Terhadap Ansietas Dan Kemampuan Pasien Stroke Dalam Merubah Pikiran Negatif Di Rs Hermina Jatinegara. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik*, 2(1), 10–21. <https://doi.org/10.48079/Vol2.Iss1.25>
- Nancye, P. M. (2015). Pengaruh Terapi Keluarga Terhadap Dukungan Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Masalah Perilaku Kekerasan Di Kota Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 4(1), 1–12. <https://doi.org/10.47560/kep.v4i1.182>
- Ramdani, R., Basmalah, B., Abdullah, R., & Ahmad, E. H. (2023). Application of Capable Individual Therapy in Hearing Hallucination Patients. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(1), 117–122. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i1.911>
- Susana, S. A., & Hendarsih, S. (2022). *Terapi Modalitas Keperawatan Kesehatan Jiwa*. EGC.
- Vickers, R. (1976). *The Therapeutic Milieu and the Older Depressed Patient*. *Journal of Gerontology*, 31(3), 314–317. <https://doi.org/10.1093/geronj/31.3.314>

BAB IV

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN KECEMASAN

Habsyah Saparidah Agustina, S.Kep., Ners., M.Kep

A. DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Buku ajar ini membahas tentang asuhan keperawatan pasien dengan kecemasan.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari tentang asuhan keperawatan pasien dengan kecemasan ini mahasiswa mampu: memahami dan mengaplikasikan tentang asuhan keperawatan pasien dengan kecemasan.

C. CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Memahami tentang pengertian kecemasan
2. Memahami tentang penyebab kecemasan
3. Memahami tentang tanda dan gejala kecemasan
4. Memahami tentang tingkatan kecemasan
5. Memahami tentang sumber coping dan mekanisme coping kecemasan
6. Memahami tentang tujuan asuhan keperawatan pada klien kecemasan
7. Mengaplikasikan tentang tindakan keperawatan pada klien kecemasan

BAB IV

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN KECEMASAN

A. APA ITU KECEMASAN

Kecemasan adalah perasaan khawatir, was-was, atau ketidaknyamanan yang muncul seolah-olah ada ancaman yang dirasakan (Keliat et al., 2019). Menurut Stuart (2013) kecemasan atau dikenal istilah lain ansietas adalah rasa takut yang tidak jelas disertai dengan perasaan yang tidak yakin, tidak berdaya, terisolasi, dan tidak aman. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa kecemasan ini merupakan perasaan emosi individu tanpa objek tertentu yang membuat tidak nyaman dan aman, seperti khawatir, was-was, dan tidak pasti.

B. PENYEBAB KECEMASAN

Kecemasan adalah bagian dari kehidupan sehari-hari manusia. Ini terjadi karena ancaman terhadap kepribadian, harga diri, atau identitas seseorang. Kecemasan adalah inti dari kondisi manusia dan berfungsi sebagai peringatan penting untuk bertahan hidup. Selain itu, seseorang dapat tumbuh dari kecemasan jika berhasil menghadapi kecemasan, berkaitan dengan kecemasan, dan belajar menciptakan pengalaman kecemasan tersebut (Stuart, 2013).

Penyebab klien merasakan kecemasan (Keliat et al., 2019; Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) adalah

- a. Perubahan status kondisi kesehatan sekarang
- b. Kebutuhan yang belum terpenuhi/ krisis maturasional
- c. Ancaman akan konsep diri
- d. Proses hospitalisasi
- e. Ancaman akan kematian
- f. Kejadian bencana
- g. Kekhawatiran terhadap kegagalan
- h. kegagalan sistem keluarga
- i. Hubungan yang tidak memuaskan antara orang tua dan anak
- j. Penyalahgunaan NAPZA
- k. Kurang terpaparnya informasi yang memadai
- l. Pengaruh faktor keturunan, seperti sifat mudah terpancing sejak lahir.
- m. Paparan terhadap bahaya lingkungan, seperti toksin dan polutan.

Sebuah penelitian sistematis yang mempelajari kecemasan pasien COVID-19 menemukan bahwa penyebab utama kecemasan adalah kondisi utama seperti pasien, gangguan saluran pernapasan, penurunan aktivitas sosial, perasaan

terhadap penolakan oleh masyarakat, dan perubahan signifikan dalam dinamika sosial masyarakat (Jannah et al., 2020).

C. TANDA DAN GEJALA KECEMASAN

Seorang perawat menilai kecemasan klien berdasarkan perubahan perilaku tertentu karena kecemasan adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif klien yang tidak dapat diamati secara langsung (Stuart, 2013).

Terdapat 2 tanda dan gejala yang klien alami saat merasakan kecemasan, yaitu tanda dan gejala minor dan mayor.

Tanda Mayor		Tanda Minor	
Data Subjektif	Data Objektif	Data Subjektif	Data Objektif
Mengeluh sakit kepala	Gelisah	Mengeluh takut	Gemetar
Mengeluh tidak nafsu makan	Tampak tegang	Mengeluh cepat lelah	Menangis
Merasa lemas dan khawatir	Kesulitan tidur	Merasa tidak berdaya	Aktivitas sehari-hari terbengkalai
	Gangguan sistem pencernaan		Sulit konsentrasi.

D. TINGKAT KECEMASAN

Tingkat kecemasan menurut Peplau (1963) dalam (Stuart, 2013) terdiri dari empat tingkatan kecemasan, yaitu

1. Kecemasan ringan

Seseorang yang mengalami ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dapat mengalami kecemasan ringan. Kecemasan tingkat ringan ini dapat meningkatkan tingkat kewaspadaan seseorang. Sehingga, dapat memberikan motivasi bagi individu untuk mengatasi masalah dengan lebih cermat dan mendorong munculnya kreativitas.

2. Kecemasan sedang

Seseorang akan memusatkan perhatiannya pada hal yang menjadi prioritasnya dan mengabaikan hal-hal yang kurang penting bagi dirinya saat mengalami kecemasan tingkat sedang. Kecemasan ini dapat menyempitkan pandangan seseorang sehingga kurang melihat, mendengar, dan menangkap.

Selain mengakibatkan ketidakfokusan yang bersifat selektif, meskipun masih mungkin fokus pada berbagai area jika diarahkan dengan benar.

3. Kecemasan berat

Kecemasan pada level berat membuat seseorang mengurangi kemampuannya untuk memusatkan perhatian pada detail dan hal-hal yang spesifik, sementara mengabaikan hal-hal lainnya. Semua tindakan ditunjukkan untuk mengurangi kecemasannya, dan klien memerlukan bimbingan atau arahan tambahan untuk memfokuskan perhatiannya pada berbagai hal.

4. Panik

Pada tahap panik, yang sering dikaitkan dengan rasa takut dan ketakutan seperti di teror, sebagian orang yang mengalaminya tidak dapat melakukan apa pun, bahkan tidak dapat mendengarkan arahan.

E. SUMBER KOPING DAN MEKANISME KOPING PADA KLIEN KECEMASAN

Untuk mengatasi kecemasannya, seseorang dapat menggunakan sumber coping internal dan eksternal. Mereka dapat membuat strategi coping yang adaptif dengan keuangan, kemampuan menyelesaikan masalah, dukungan sosial, dan kepercayaan budaya. (Stuart, 2013).

Dalam menghadapi kecemasan, orang biasanya menggunakan mekanisme coping yang berfokus pada kognitif dan emosi. Mekanisme-mekanisme ini dikenal sebagai mekanisme coping, yang digunakan untuk mengatasi kecemasan dengan memperdayakan diri (Stuart, 2013). Koping yang efektif menyebabkan adaptif, sedangkan koping yang tidak efektif menyebabkan maladaptif. Tanda dan gejala koping dapat diidentifikasi melalui pemeriksaan berbagai aspek, seperti fisiologis dan psikologis. (Sumoked et al., 2019). Penelitian (Fauziyah et al., 2023; Indriani et al., 2023) Mekanisme coping adaptif dan maladaptif berkorelasi dengan tingkat kecemasan klien. Pasien dengan mekanisme coping adaptif lebih cenderung mengalami kecemasan ringan, sedangkan pasien dengan mekanisme coping maladaptif lebih cenderung mengalami kecemasan berat.

F. TUJUAN ASUHAN KEPERAWATAN

1. Upaya Kognitif

Pada tujuan kognitif menurut (Keliat et al., 2019), klien diharapkan memiliki kemampuan untuk:

- a. Mengenal dan memahami konsep kecemasan, yaitu mulai dari pengertian, penyebab, tanda gejala, akibat, dan proses terjadinya kecemasan pada individu

- b. Mengetahui bagaimana cara mengatasi kecemasan

2. Psikomotor

Pada tujuan psikomotor, klien diharapkan memiliki kemampuan untuk mengatasi kecemasan dengan cara berikut:

- a. Melakukan latihan tarik napas dalam untuk relaksasi
- b. Melakukan latihan untuk menghindari stres
- c. Melakukan latihan hipnosis lima jari
- d. Melakukan aktivitas spiritual

3. Afektif

Pada tujuan afektif, klien diharapkan memiliki kemampuan untuk:

- a. Merasakan dan mengalami manfaat dari latihan yang telah dilakukan
- b. Membedakan perasaan sebelum dan setelah dilakukannya Latihan

G. TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Tindakan pada klien kecemasan yang dapat dilakukan oleh perawat generalis (tingkat pendidikan D3 dan Ners)

- a. Kaji tanda dan gejala kecemasan dan kemampuan klien dalam mengurangi kecemasan.
- b. Jelaskan proses terjadinya kecemasan
- c. Latih cara mengatasi kecemasan, yaitu dengan cara:
 - 1) Praktik tarik napas dalam

Teknik pernapasan efektif dalam mengurangi rasa sakit dan kecemasan pada pasien(Miri et al., 2023; Ningrum et al., 2022; Noorakhman & Pratikto, 2022). Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik olah nafas yang bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, mempertahankan pertukaran gas, mencegah atelektasi paru-paru, meningkatkan efisiensi batuk, dan mengurangi stres fisik dan emosional. Untuk melakukannya, tarik napas (inspirasi) secara perlahan, tahan selama ±5 detik, dan hembuskan (ekspirasi) secara perlahan. Selanjutnya, kontraksi otot bahu dilakukan untuk meredakan ketegangan (Smeltzer & Bare, 2022).

- 2) Lakukan distraksi seperti berbincang-bincang mengenai hal positif.
- 3) Praktik hipnotis lima jari yang berfokus pada hal-hal yang positif. Berikut dibawah ini merupakan proses hipnotis lima jari, yaitu
 - Duduk dalam posisi tenang dan nyaman
 - Menggabungkan antara jempol dan jari telunjuk dan bayangkan saat badan sehat

- Menggabungkan antara jempol dan jari tengah dan bayangkanlah orang yang peduli dan sayang
- Menggabungkan antara jempol dan jari manis dan bayangkan saat saudara mendapatkan pujian dan prestasi
- Menggabungkan antara jempol dan kelingking dan bayangkan tempat yang paling saudara suka

Terapi hipnosis lima jari sangat bermakna karena dengan terapi hipnosis lima jari pasien dengan kecemasan akan mendapatkan ketenangan batin dan relaksasi sehingga tingkat kecemasan menurun (Angelina Eka et al., 2023; Emilinda & Rahmawati, 2021; Mariyati, 2023; Nur Faizah et al., 2023)

4) Kegiatan spiritual

Melibatkan diri dengan kegiatan spiritual yang dapat menurunkan rasa kecemasan. Berdasarkan artikel *narrative review* terkait intervensi non-farmakologis yang efektif mengurangi kecemasan kepada mahasiswa salah satunya adalah mendengarkan Al-Quran (Betharayoga Gerliandi et al., 2021). Penggabungan terapi spiritual murotal dan edukasi pre-operasi dapat menurunkan kecemasan pada pasien preoperasi *sectio caesarea* (Fatmawati & Pawestri, 2021).

- Membantu dan mendukung klien melakukan latihan pengurangan kecemasan sesuai dengan jadwal kegiatan yang telah ditetapkan.

2. Tindakan pada keluarga klien

Tindakan keperawatan generalis menurut (Kelial et al., 2019) yang dapat dilakukan oleh perawat kepada keluarga klien yang mengalami kecemasan adalah

- Melakukan pengkajian tentang masalah yang dirasakan oleh keluarga dalam merawat klien dengan kecemasan
- Menjelaskan definisi kecemasan, penyebabnya, tanda dan gejalanya, dan proses terjadinya kecemasan.
- Melatih keluarga tentang cara merawat klien untuk mengatasi kecemasan
- Melatih keluarga untuk membuat lingkungan yang mendukung perawatan dan menciptakan suasana yang kondusif untuk menangani kecemasan.
- Mendiskusikan tanda dan gejala kecemasan yang memerlukan rujukan segera serta menganjurkan pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

Dengan dukungan keluarga, pasien yang mengalami kecemasan dapat merasa lebih tenang dan nyaman saat menjalani proses kehidupan. Keluarga sangat penting bagi seseorang yang sakit dan membutuhkan bantuan (Adipo et al., 2017). Keluarga dapat memberikan dukungan dengan memberikan perhatian dan waktu yang cukup untuk anggota keluarga lainnya (Herwin et al., 2017). Selain itu juga, keluarga dapat melakukan tindakan-tindakan untuk merawat anggota keluarga yang mengalami kecemasan di rumah sesuai dengan arahan perawat diatas.

3. Tindakan Kolaborasi

Tindakan kolaboratif interdisiplin yang dapat dilakukan perawat untuk mengurangi kecemasan klien Keliat et al., (2019) adalah

- a. Melakukan kolaborasi dengan dokter menggunakan komunikasi ISBAR dan TbaK.
- b. Memberikan terapi dokter (farmakologis) kepada klien dengan memperhatikan prinsip pemberian obat (8 Benar) agar safety dalam memberikan obat kepada klien.
- c. Melakukan kolaborasi dengan psikiater sesuai dengan kebutuhan dan kondisi klien.

4. Discharge Planning

Perawat dapat melakukan discharge planning, untuk mempersiapkan klien dan atau keluarga klien pulang kerumah (Keliat et al., 2019) yaitu:

- a. Menjelaskan tentang rencana persiapan pasca-rawat untuk klien dan keluarganya.
- b. Menjelaskan rencana perawatan dan pengobatan lanjutan.
- c. Merujuk ke fasilitas kesehatan jika kondisi kecemasan klien berlanjut.

5. Evaluasi

Perawat dapat melakukan evaluasi kondisi klien dan keluarga selama perawatan menurut (Keliat et al., 2019), yaitu

- a. Mengevaluasi adanya penurunan tanda dan gejala mayor atau minor pada klien.
- b. Mengevaluasi adanya peningkatan kemampuan klien dalam mengatasi kecemasannya.
- c. Mengevaluasi adanya kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan kecemasan.

6. Rencana Tindak Lanjut

Rencana tindak lanjut yang dapat dilakukan oleh perawat kepada klien dengan kecemasan selama perawatan (Keliat et al., 2019) adalah

- a. Hubungi klien dan keluarga ke perawat spesialis keperawatan jiwa yang praktik mandiri
- b. Hubungi case manager di fasilitas kesehatan primer, sekunder, dan tersier di rumah sakit
- c. Hubungi komunitas atau kelompok pendukung klien dengan kecemasan, kader kesehatan jiwa, kelompok swabantu, dan fasilitas rehabilitasi psikososial yang tersedia di masyarakat.

H. LATIHAN SOAL

1. Seorang perempuan, 25 tahun, sudah 3 bulan terakhir mengeluh sering sakit kepala, lemas dan khawatir. Hasil pengkajian: TD, HR, dan RR meningkat, tampak tegang dan gelisah. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Kecemasan
 - b. Gangguan citra tubuh
 - c. Harga diri rendah
 - d. Halusinasi
 - e. Berduka

Jawaban : a

2. Seorang perempuan, 27 tahun, sudah 3 bulan terakhir sulit tidur dan merasa khawatir akan masa depan dirinya sendiri. Klien tidak mengerti apa yang telah terjadi pada dirinya sekarang ini. Perawat sudah menjelaskan tentang kondisi klien. Perawat telah mengajarkan intervensi relaksasi nafas dalam dan distraksi serta melatihkannya dan memasukkannya ke dalam jadwal latihan. Apakah tindakan perawat selanjutnya yang tepat untuk kasus tersebut?
 - a. Latih hipnotis lima jari
 - b. Latih tarik napas dalam
 - c. Latih klien melakukan distraksi
 - d. Latih klien untuk meminum obat
 - e. Membuat rencana latihan yang teratur secara bertahap

Jawaban : a

3. Seorang perempuan, 17 tahun, datang ke poloklinik jiwa di puskemas. Sudah 2 bulan terakhir merasa gelisah, sulit makan, dan merasa khawatir dan takut. Perawat sudah menjelaskan tentang kondisi klien. Apakah tindakan perawat selanjutnya yang tepat untuk kasus tersebut?
 - a. Latih untuk melakukan ibadah
 - b. Latih klien melakukan distraksi
 - c. Latih hipnotis lima jari yang fokus pada hal yang positif
 - d. Latih klien untuk melakukan relaksasi dengan tarik nafas dalam
 - e. Membuat rencana latihan yang teratur secara bertahap bersama-sama

Jawaban : d

TUGAS

1. Pelajari tindakan keperawatan generalis untuk menurunkan tingkat kecemasan!
2. Jelaskan tentang tingkatan kecemasan!

DAFTAR PUSTAKA

- Adipo, S., Jumaini, & Damanik, S. R. H. (2017). Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien yang menjalani kemoterapi di Ruang Anyelir RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 21–25.
- Angelina Eka, R., Beo, Y. A., Danal, P. H., Reginadis Crowa, Y. R., Mariati, L. H., Wahyuni, W., Asung, M. Y., Meo, M. A., & Mala, R. (2023). Pemberian penyuluhan, teknik relaksasi napas dalam, hipnosis 5 jari, dan senam untuk lansia dengan hipertensi yang mengalami kecemasan. *Randang Tana: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 6(1), 1–7. <https://doi.org/10.36928/jrt.v3i1.1030>
- Betharayoga Gerliandi, G., Dwi Nur Pratiwi, R., & Saparidah Agustina, H. (2021). Intervensi non-farmakologis untuk mengurangi kecemasan pada mahasiswa: Sebuah narrative review. *Jurnal Keperawatan BSI*, 9(2). <https://ejurnal.ars.ac.id/index.php/keperawatan/index>
- Emilinda, S., & Rahmawati, A. F. (2021). The effect of five finger hypnosis therapy in reducing anxiety in gravida mothers: Literature review. *Open Access Health Scientific Journal*, 2(2), 48–54. <https://doi.org/10.55700/oahsj.v2i2.19>
- Fatmawati, L., & Pawestri, P. (2021). Penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi sectio caesarea dengan terapi murotal dan edukasi pre operasi. *Holistic Nursing Care Approach*, 1(1), 25. <https://doi.org/10.26714/hnca.v1i1.8263>
- Fauziyah, N., Dewi, R., Frans Unmehopa, Y., & Tinggi Ilmu Kesehatan Sukabumi, S. (2023). Hubungan mekanisme coping dengan kecemasan pada pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Baros Kota Sukabumi. *Healthcare Nursing Journal*.
- Herwin, Wijoyo, J., & Ardiayani, V. (2017). Hubungan antara dukungan keluarga dengan perawatan diri pada lansia di Tlogomas Kota Malang. *Jurnal Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Tribhuwana Tunggadewi*, 2(3), 43–52.
- Indriani, S., Agustina, S. H., & Fauziyah, N. (2023). Hubungan mekanisme coping dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa. *Jurnal Ilmiah Ilmu Dan Teknologi Rekayasa*, 5(1). <https://ejurnal.polsub.ac.id/index.php/jiitr>
- Jannah, R. J., Jatimi, A., Azizah, M. J., Munir, Z., & Rahman, H. F. (2020). Kecemasan pasien COVID-19: A systematic review. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 11(2), 33–37.
- Kelialat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.

- Mariyati, I. (2023). Penerapan hipnosis 5 jari untuk menurunkan tingkat ansietas pada santri baru. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 13(1), 77–82. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM>
- Miri, S., Hosseini, S. J., Takasi, P., Mollaei, A., Firooz, M., Falakdami, A., Osuji, J., Ghorbani Vajargah, P., & Karkhah, S. (2023). Effects of breathing exercise techniques on the pain and anxiety of burn patients: A systematic review and meta-analysis. *International Wound Journal*, 20(6), 2360–2375. <https://doi.org/10.1111/iwj.14057>
- Ningrum, S. W. D., Ayubbana, S., & Inayati, A. (2022). Penerapan teknik relaksasi nafas dalam terhadap kecemasan pasien praoperasi di Ruang Bedah RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2021. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(4), 529–534.
- Noorrakhman, Y., & Pratikto, H. (2022). Relaksasi nafas dalam (deep breathing) untuk menurunkan kecemasan pada lansia. *INNER: Journal of Psychological Research*.
- Nur Faizah, H., Oktodia Basuki, H., Widyawati, M., & Pitaloka, D. (2023). Five-finger's hypnotherapy on academic stress levels in adolescents at Tahfidz Khairunnas Tuban. *Lux Mensana*, 2(1), 29–35.
- Smeltzer, & Bare. (2022). Keperawatan Medikal Bedah (8th ed., Vol. 1). EGC.
- Stuart, G. W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Elsevier Mosby.
- Sumoked, A., Wowiling, F., Rompas, S., Studi, P., Keperawatan, I., & Kedokteran, F. (2019). Hubungan mekanisme coping dengan kecemasan pada mahasiswa semester III Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran yang akan mengikuti praktik klinik keperawatan. *E-Journal Keperawatan (e-Kp)*, 7(1), 1.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (1st ed.). Persatuan Perawat Indonesia.

BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH

Ns. Dwinara Febrianti, M.Kep., Sp.Kep.J

A. DESKRIPSI PEMBELAJARAN

Mata kuliah ini menguraikan tentang perspektif keperawatan jiwa, trend issue keperawatan jiwa, konsep model keperawatan jiwa, terapi modalitas, terapi aktivitas kelompok, psikofarmaka, asuhan keperawatan pasien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa. Rancangan pembelajaran dikembangkan dengan berbagai strategi sehingga memungkinkan mahasiswa dapat menyelesaikan capaian pembelajaran.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mampu menguasai konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah (HDR)
2. Mampu mendemonstrasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah (HDR)

C. CAPAIAN PEMBELAJARAN LULUSAN

1. Mampu memahami ilmu keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan secara profesional dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (CPL.02)
2. Mampu melakukan komunikasi terapeutik dan menguasai keterampilan dasar keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan kepada klien melalui kerja tim (CPL.03)
3. Mampu memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan mengutamakan keselamatan klien dan mutu pelayanan berdasarkan perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan memperhatikan prinsip caring sesuai kode etik profesi (CPL.05)

D. CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Mampu menguasai konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah (HDR) yang terdiri dari:
 - a. Pengertian
 - b. Proses Terjadinya HDR
 - c. Tanda dan Gejala
2. Mampu mendemonstrasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah (HDR)
 - a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Harga diri rendah
 - b. Merumuskan masalah terkait masalah Harga diri rendah
 - c. Mendemonstrasikan penyusunan rencana keperawatan pada pasien dengan Harga diri rendah
 - d. Mempraktikkan tindakan keperawatan pada pasien dengan Harga diri rendah
 - e. Mendemonstrasikan evaluasi pada pasien dengan Harga diri rendah
 - f. Melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien dengan Harga diri rendah
3. Mampu mendemonstrasikan prosedur tindakan terkait:
 - a. Pemberian rekomendasi terlibat dalam kelompok pendukung
 - b. Promosi dukungan spiritual
 - c. Promosi harapan
 - d. Promosi kesadaran diri
 - e. Promosi coping
 - f. Promosi sistem pendukung
 - g. Dukungan penampilan peran
 - h. Edukasi komunikasi efektif
 - i. Promosi dukungan keluarga, sosial, keutuhan keluarga, komunikasi efektif, sosialisasi
 - j. Modifikasi perilaku keterampilan sosial
 - k. Pendampingan keluarga
 - l. Rujukan ke terapi keluarga

BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN

DENGAN HARGA DIRI RENDAH

Pernahkah anda mendengar keluhan pasien seperti "Suster, Saya merasa gagal, tidak berguna, selalu menjadi beban orang lain, apalah Saya, tidak bisa apa-apa". Tentunya anda akan berpikir apa masalah yang sedang terjadi pada pasien anda, dan apa tindakan yang akan anda terapkan pada pasien tersebut. Untuk membantu anda dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien, silakan anda pelajari konsep asuhan pada konsep dasar dibawah ini.

A. PENGERTIAN HARGA DIRI RENDAH

Apakah anda sudah pernah membaca atau mempelajari tentang pengertian harga diri rendah? Ok, banyak sekali ahli mendefinisikan harga diri rendah, mari kita pelajari beberapa pengertian harga diri rendah dibawah ini:

Menurut Herdman, Kamitsuru (2018) menyebutkan harga diri rendah kronik adalah evaluasi diri atau perasaan yang negatif tentang diri dan kemampuan diri yang terjadi terus menerus. Sedangkan Harga diri rendah kronik menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) merupakan suatu evaluasi perasaan negatif terhadap diri sendiri seperti memiliki perasaan tidak berharga, tidak berdaya atau tidak berarti yang berlangsung dalam kurun waktu yang lama dan terjadi terus menerus. Berdasarkan Stuart, Keliat dan Pasaribu (2016) dikatakan harga diri rendah melibatkan evaluasi diri seseorang yang negatif dan berkaitan dengan perasaan tidak berdaya, lemah, putus asa, rapuh, rentan, penuh ketakutan, tidak berharga tidak lengkap dan tidak memadai. Harga diri rendah menurut Nurhalimah (2018) adalah keadaan dimana seseorang menilai diri dan kemampuan dirinya negatif atau suatu perasaan menganggap dirinya sebagai seseorang yang tidak berharga dan tidak dapat bertanggung jawab atas kehidupannya sendiri.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka cobalah anda simpulkan dengan bahasa anda sendiri tentang pengertian harga diri rendah.

B. PROSES TERJADINYA HARGA DIRI RENDAH

Saat ini kita akan mempelajari proses terjadinya harga diri rendah, dimana menurut Stuart, Keliat dan pasaribu (2016) mengacu pada model adaptasi stress Stuart

terdiri dari faktor predisposisi dan Stressor presipitasi. Sebelum menjelaskan lebih lanjut anda perlu mengenal dulu apa itu faktor predisposisi dan stressor presipitasi.

Faktor Predisposisi adalah faktor risiko dan protektif atau pendukung yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan seseorang dalam mengatasi stress. Biasanya faktor pendukung ini dapat dialami pasien dengan jangka waktu lebih dari 6 bulan. Faktor Predisposisi meliputi aspek biologis, psikologis dan sosial budaya. Sedangkan Stressor presipitasi merupakan faktor pencetus munculnya masalah atau stimulus yang menuntut dan mengancam seseorang, sehingga seseorang membutuhkan tambahan energi dan dapat menimbulkan ketegangan serta stress, dan biasanya muncul dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan (Stuart, Keliat dan Pasaribu, 2016).

Proses terjadinya masalah pada pasien dengan harga diri rendah meliputi:

1. Faktor Predisposisi

a. Aspek Biologis

Melibuti adanya latar belakang genetik (herediter) dimana ada anggota keluarga yang memiliki masalah gangguan jiwa, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan secara umum. Aspek biologis yang dimaksud disini dapat berupa faktor risiko yang bisa terjadi pada pasien dengan harga diri rendah kronik berkaitan dengan masalah gambaran diri, misalnya karena pasien mengalami kehilangan anggota tubuhnya, penurunan fungsi tubuhnya dapat terjadi karena penyakit fisik seperti gagal ginjal, diabetes melitus, trauma, efek pembedahan maupun karena cacat bawaan.

b. Aspek Psikologis

Melibuti pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti mengalami penolakan, kegagalan yang berulang, kebutuhan yang tidak terpenuhi, perasaan kehilangan yang dialami karena ditinggal oleh orang yang dicintai baik meninggal ataupun perpisahan, kehilangan pekerjaan, masalah konsep diri seperti ideal diri yang tidak realistik, dan penilaian negatif terhadap gambaran diri.

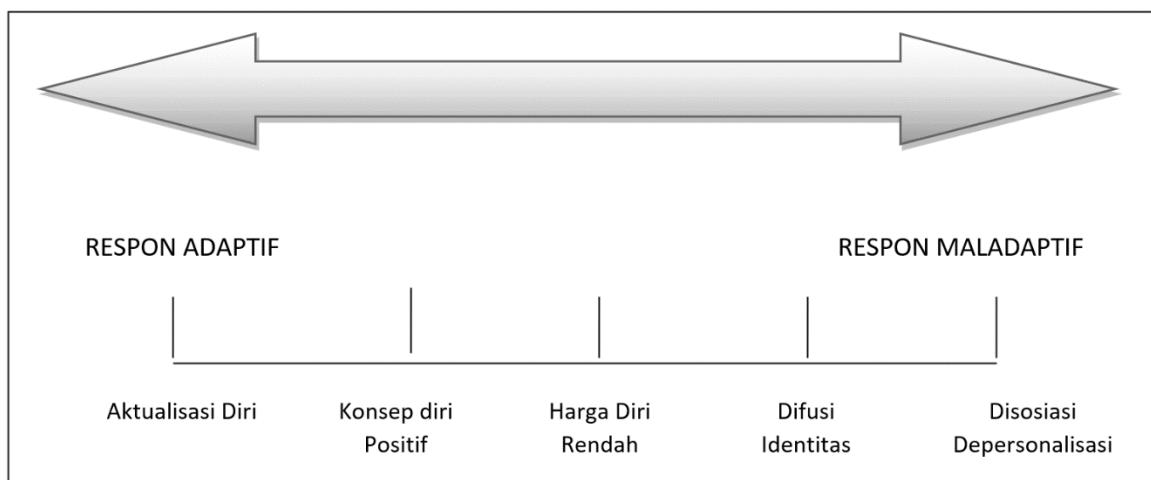
c. Aspek Sosial Budaya

Melibuti penilaian negatif dari lingkungan terhadap pasien baik tentang usia, gender, pendidikan yang rendah, penghasilan yang tidak memuaskan, sosial ekonomi rendah, pekerjaan yang tidak tetap, keyakinan religi yang kurang, pengalaman berhubungan dengan orang lain yang buruk, latar belakang budaya, serta memiliki riwayat penolakan dari masyarakat setempat.

2. Stressor Presipitasi

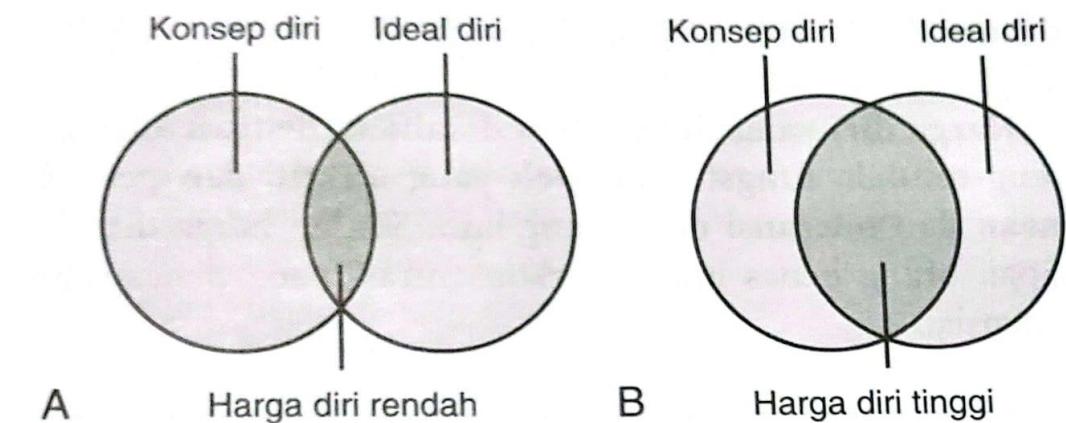
Stressor ini pun meliputi stressor biologis, psikologis dan atau sosial budaya. Stimulus ini bisa bersumber dari lingkungan eksternal dan internal manusia. Juga penting untuk menggali lamanya waktu munculnya stressor, apa saja kejadian stressor, seberapa sering terpapar dan berapa lama individu terpapar pada stressor. Banyaknya stressor yang dihadapi seseorang karena situasi yang menimbulkan stress dan dalam waktu berdekatan akan membuat seseorang lebih sulit mengatasi masalahnya (Stuart, Keliat dan Pasaribu, 2016) lingkungannya (Marbun and Santoso, 2021).

Berikut untuk memperjelas hubungan konsep diri dengan harga diri rendah maka bisa anda amati skema rentang respon konsep diri dibawah ini:



**Gambar 5.1 Rentang Respon Konsep Diri
(Stuart, Keliat dan Pasaribu, 2016)**

Harga diri bermula dari dua sumber yaitu diri sendiri dan orang lain. Harga diri merupakan fungsi pertama dari dicintai dan memperoleh penghormatan dari orang lain. Harga diri dapat menurun bila kehilangan cinta dan saat individu mengalami kegagalan mendapatkan pengakuan dari orang lain dan dapat meningkat pada saat diterima cintanya dan ketika individu tersebut mendapatkan pujian. Untuk semakin jelaskan silakan anda amati gambar dibawah ini:



Gambar 5.2 A. Terdapat perbedaan besar antara konsep diri dan ideal diri yang menyebabkan Individu memiliki tingkat harga diri rendah. B. Individu dengan tingkat harga diri yang tinggi, karena memiliki kesesuaian yang lebih besar dari konsep diri dan ideal diri (Stuart, Keliat dan Pasaribu, 2016).

C. TANDA DAN GEJALA

Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) tanda gejala pasien dengan harga diri rendah meliputi:

1. Tanda dan Gejala Mayor (80-100%) menunjukkan:

Gejala Subjektif:

- Merasa diri sendiri negatif (contohnya perasaan tidak berguna, tidak bisa apa-apa, merasa bodoh, merasa jelek)
- Merasa malu atau merasa bersalah
- Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif
- Meremehkan kemampuan mengatasi situasi
- Merasa tidak memiliki kemampuan melakukan apapun

Gejala Objektif :

- Tidak termotivasi mencoba hal baru
- Tidak menerima penilaian positif tentang dirinya
- Membesar-besarkan penilaian negatif tentang diri sendiri
- Pandangan menunduk saat bicara
- Berjalan dengan melihat ke bawah

2. Tanda dan Gejala Minor menunjukkan:

Gejala Subjektif:

- Mengatakan susah konsentrasi
- Mengatakan tidak bisa tidur
- Menyampaikan keputusasaan

Gejala Objektif:

- a. Suara pelan
- b. Kontak mata kurang
- c. Tidak aktif
- d. Perilaku tidak asertif
- e. Lesu dan tidak semangat
- f. Mencari penguatan secara berlebihan
- g. Sulit membuat keputusan
- h. Bergantung pada masukan orang lain
- i. Sering kali mencari penegasan

D. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN HARGA DIRI RENDAH

1. PENGKAJIAN

Proses pengkajian yang perlu anda ketahui merupakan dasar dan tahap awal dari proses asuhan keperawatan, dan merupakan tahapan yang menentukan untuk dapat lanjut ke tahapan berikutnya. Kegiatan dalam proses pengkajian yaitu mengumpulkan data yaitu kegiatan untuk mengumpulkan informasi apapun tentang status kesehatan pasien. Pengumpulan data dapat diperoleh dengan melakukan tanya jawab atau komunikasi langsung dengan pasien (**auto anamnesis**) dan komunikasi tak langsung (**allo anamnesis**) dengan keluarganya untuk menggali informasi tentang status kesehatan pasien.

Pertanyaan yang dapat anda lakukan untuk mendapatkan tanda gejala pasien dengan harga diri rendah meliputi:

- a. Bagaimanakah anda menilai diri anda sendiri? Bagaimana anda melihat diri anda dari ujung kepala sampai ujung kaki? Apa yang anda suka, apa alasannya dan apa yang anda tidak suka, apa alasannya?
- b. Apakah menurut anda penilaian anda terhadap diri sendiri dapat mempengaruhi hubungan anda terhadap orang lain?
- c. Apa sajakah harapan anda pada saat ini maupun harapan anda pada masa yang akan datang?
- d. Coba anda jelaskan harapan yang telah anda capai? Bagaimana caranya harapan tersebut bisa anda capai?
- e. Apa saja harapan anda yang belum tercapai sampai saat ini?
- f. Apakah upaya atau usaha anda untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi saat ini?

Saat ini ada beberapa instrumen dapat anda gunakan saat melakukan pengkajian pada pasien dengan harga diri rendah salah satunya yaitu dengan *Sorensen self-esteem test* dan dapat anda klik link dibawah ini:

https://webassets.aihec.org/BehavioralHealth/Sorensen_Self-Esteem_Test.pdf

yang terdiri dari 50 pertanyaan, dimana setelah menjawab pertanyaan tersebut maka kita akan dapat memperoleh skore yang menyatakan tingkatan harga diri rendah yang dialami pasien tersebut. Bentuk pengkategorian harga diri rendah berdasarkan kuesioner tersebut ialah skor 00-04 untuk kategori harga diri yang cukup baik; skor 05-10 dalam kategori harga diri yang rendah; skor 1-18 kategori harga diri yang cukup rendah; dan skor 19-50 ialah kategori harga diri yang sangat rendah (Fazriyani, Mubin, 2021). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar dibawah ini :

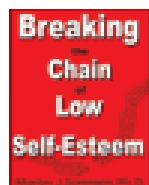


Sorensen Self-Esteem Test

By Marilyn J Sorensen, PhD, Clinical Psychologist & Author

Adapted from her book, *Breaking the Chain of Low Self-Esteem*

Do you think you may suffer from low self-esteem? This questionnaire will help you find out. Low self-esteem (LSE) is often misunderstood, and it is even misdiagnosed by many therapists as being a secondary concern. Rather than being merely a symptom, LSE is frequently the root cause of many psychological, emotional, personal and relationship issues. Treatments that do not focus on recovery from LSE may not be effective, because they are not dealing with the core issue.



INSTRUCTIONS: Click to place a check next to the number of each statement that you find to be true.
Your score will be displayed and explained at the bottom of the second page.

RESET

1. I generally feel anxious in new social situations where I may not know what is expected of me.
2. I find it difficult to hear criticism about myself.
3. I fear being made to look like a fool.
4. I tend to magnify my mistakes and minimize my successes.
5. I am very critical of myself and others.
6. I have periods in which I feel devastated and/or depressed.
7. I am anxious and fearful much of the time.
8. When someone mistreats me I think that I must have done something to deserve it.
9. I have difficulty knowing who to trust and when to trust.
10. I often feel like I don't know the right thing to do or say.
11. I am very concerned about my appearance.
12. I am easily embarrassed.
13. I think others are very focused on—and critical of—what I say and do.
14. I fear making a mistake which others might see.
15. I often feel depressed about things I've said and done, or things I failed to say or do.
16. I have avoided making changes in my life because I was fearful of making a mistake or failing.
17. I often get defensive and strike back when I perceive I am being criticized.
18. I have not accomplished what I am capable of due to fear and avoidance.
19. I tend to let fear and anxiety control many of my decisions.
20. I tend to think negatively much of the time.
21. I have found it difficult to perform adequately or without embarrassment when involved in sex.
22. I'm one of the following: The person who reveals too much personal information about myself or the person who seldom reveals personal information.
23. I often get so anxious that I don't know what to say.
24. I often procrastinate.
25. I try to avoid conflict and confrontation.
26. I've been told I'm too sensitive.
27. I felt inferior or inadequate as a child.

Copyright © 2006, Marilyn J Sorensen – All Rights Reserved. www.GetEsteem.com.
This questionnaire may be distributed or reproduced, but must remain unchanged.

Interactive PDF by

Gambar 5.3 Sorensen self-esteem test (lembar 1)



The Self-Esteem Institute

"Offering a program for recovery from low self-esteem"

www.getesteem.com

28. I tend to think that I have higher standards than others.
29. I often feel like I don't know what is expected of me.
30. I often compare myself to others.
31. I frequently think negative thoughts about myself and others.
32. I often feel that others mistreat me and/or take advantage of me.
33. At night, I frequently review my day, analyzing what I said and did or what others said and did to me that day.
34. I often make decisions on the basis of what would please others rather than on what I want or without even considering what I want.
35. I often think that others don't respect me.
36. I often refrain from sharing my opinions, my ideas, and my feelings in groups.
37. I sometimes lie when I feel that the truth would result in criticism or rejection.
38. I'm fearful that I will say or do something that will make me look stupid or incompetent.
39. I do not set goals for the future.
40. I am easily discouraged.
41. I am not very aware of my feelings.
42. I grew up in a dysfunctional home.
43. I think life is harder for me than for most other people.
44. I often avoid situations where I think I will be uncomfortable.
45. I tend to be a perfectionist, needing to look perfect and to do things perfectly.
46. I feel too embarrassed to eat out alone or to attend movies and other activities by myself.
47. I often find myself angry or hurt by the behavior and words of others.
48. At times I get so anxious or upset that I experience most of the following: heart racing or pounding; sweating; tearfulness; blushing; difficulty swallowing or lump in my throat; shaking; poor concentration; dizziness; nausea or diarrhea; butterflies.
49. I am very fearful of criticism, disapproval, or rejection.
50. I rely on the opinion of others to make decisions.

YOUR SCORE

0

If you checked: 00-04 Statements You have fairly good self-esteem
05-10 Statements You have mild low self-esteem
11-18 Statements You have moderately low self-esteem
19-50 Statements You have severely low self-esteem

It's important to realize that your score on this questionnaire in no way indicates that you are not a quality person. Instead what it does is to measure how you view yourself. If you have a healthy view of yourself, your score will be low. If your view of yourself is unhealthy, your score will be high.

Be aware that it will be difficult to raise children with healthy self-esteem, if you yourself suffer from low self-esteem. Without realizing it, you will pass on the attitudes, fears, and thinking that accompany low self-esteem.

Click here to visit www.getesteem.com and learn how to overcome low self-esteem!

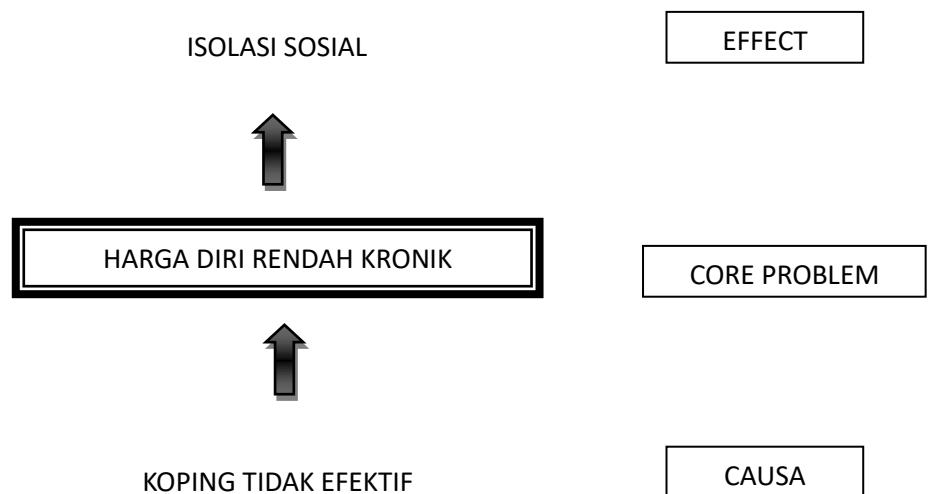
Copyright © 2006, Marilyn J Sorensen – All Rights Reserved. www.GetEsteem.com.
This questionnaire may be distributed or reproduced, but must remain unchanged.

Illustration by Creative Progression

Gambar 5.4 Sorensen self-esteem test (lembar 1)

2. POHON DIAGNOSIS

Sebelum kita menegakkan diagnosis keperawatan, selanjutnya berdasarkan data yang kita akan melakukan analisis data dan membuat pohon diagnosis dimana minimal terdiri dari 3 bagian yaitu : terdapat penyebab (*causa*), masalah utama (*core problem*) dan akibat (*effect*). Pohon diagnosis untuk pasien dengan harga diri rendah kronis dapat dilihat pada gambar dibawah ini:



Gambar 5.5 Pohon Diagnosis Pasien dengan Harga Diri Rendah Kronik

Pada proses pembuatan pohon diagnosis yang perlu anda pahami adalah semua tergantung dari respon pasien berdasarkan hasil pengkajian. Jadi pohon diagnosis diatas hanya merupakan sebuah contoh, untuk penyebab (causa) dari harga diri rendah tergantung respon yang kita temukan pada pasien, jadi bisa terkait dengan penyebab yang mengawali sebelum masalah harga diri rendah kronis terjadi.

3. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Setelah proses pengkajian, langkah selanjutnya adalah merumuskan diagnosis keperawatan, di mana diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan respon pasien dengan melihat tanda dan gejala yang dialami pasien. Diagnosis utama yang dapat ditegakkan pada pasien berdasarkan pohon diagnosis diatas dengan mengacu pada label diagnosa berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah:

- a. Harga diri rendah Kronik
- b. Isolasi sosial
- c. Koping tidak efektif

4. PERENCANAAN

Marilah anda mengenal perencanaan yang dapat dibuat pada pasien dengan harga diri rendah kronis. Perencanaan diawali dengan membuat luaran keperawatan dimana menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) bahwa luaran keperawatan adalah aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai

respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menggambarkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (Germini, 2010; ICNP, 2015 dalam SIKI, 2019).

Luaran keperawatan utama untuk pasien harga diri rendah adalah harga diri sedangkan luaran keperawatan tambahannya meliputi: Adaptasi disabilitas, fungsi keluarga, identitas seksual, kesadaran diri, ketahanan keluarga, ketahanan personal, resolusi berduka dan tingkat depresi. Luaran keperawatan utama untuk pasien harga diri rendah menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) berdasarkan komponen luaran keperawatan meliputi:

Label : Harga Diri

Definisi : Perasaan positif terhadap diri sendiri atau kemampuan sebagai respon terhadap situasi saat ini

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Penilaian diri positif	1	2	3	4	5
Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif	1	2	3	4	5
Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri	1	2	3	4	5
Minat mencoba hal baru	1	2	3	4	5
Berjalan menampakkan wajah	1	2	3	4	5
Postur tubuh menampakkan wajah	1	2	3	4	5
Konsentrasi	1	2	3	4	5
Tidur	1	2	3	4	5
Kontak Mata	1	2	3	4	5
Gairah aktivitas	1	2	3	4	5
Aktif	1	2	3	4	5
Percaya diri berbicara	1	2	3	4	5
Perilaku asertif	1	2	3	4	5

Kemampuan membuat keputusan	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Perasaan Malu	1	2	3	4	5
Perasaan Bersalah	1	2	3	4	5
Perasaan Tidak mampu melakukan apapun	1	2	3	4	5
Meremehkan kemampuan mengatasi masalah	1	2	3	4	5
Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan	1	2	3	4	5
Pencarian penguatan secara berlebihan	1	2	3	4	5

Rencana tindakan keperawatan menurut Pramujiwati, Keliat dan Wardhani (2013) untuk pasien dengan harga diri rendah terdiri dari tindakan generalis dan spesialis. Tindakan keperawatan tersebut diberikan kepada pasien sebagai individu, keluarga sebagai care giver dan juga kelompok atau masyarakat yang dapat meningkatkan kesehatan. Tindakan keperawatan spesialis untuk pasien yaitu Cognitif Behaviour Therapy (CBT), untuk keluarga Family Psichoeducation (FPE) dan kelompok diberikan terapi suportif.

Rencana tindakan keperawatan untuk pasien harga diri rendah menurut Keliat, dkk (2020) meliputi:

1. Diskusikan kemampuan dan aspek positif pasien
2. Bantu pasien menilai mana saja aspek positif dan kemampuan yang dimiliki dan dapat digunakan/dilakukan di rumah sakit
3. Minta pasien memilih aspek positif dan kemampuan yang akan dilatih oleh perawat
4. Latih aspek positif dan kemampuan pertama pasien yang telah dipilih dengan motivasi yang positif

5. Berikan reinforcement positif untuk setiap kegiatan yang telah dilakukan dengan baik
6. Fasilitasi pasien bercerita tentang keberhasilan yang telah dicapai
7. Bantu pasien membuat jadwal latihan untuk membudayakan
8. Bantu pasien menilai manfaat latihan yang dilakukan

E. IMPLEMENTASI

Implementasi atau tindakan keperawatan merupakan pelaksanaan dari rencana keperawatan.

Tindakan keperawatan pada pasien harga diri rendah secara individu menurut Ramadhani, Rahmawati, Apriliyani (2021) meliputi :

Strategi Pelaksanaan (SP) 1

1. Mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan melakukan kegiatan pasien (buat daftar kegiatan)
2. Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) : membuat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini
3. Membantu pasien memilih satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih
4. Melatih kegiatan yang dipilih pasien (alat dan cara melakukan kegiatan tersebut)
5. Memasukan pada jadual kegiatan untuk latihan dua kali per hari

Strategi Pelaksanaan (SP) 2

1. Mengevaluasi kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian
2. Membantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih
3. Melatih kegiatan kedua yang telah dipilih pasien (alat dan cara)
4. Memasukkan pada jadual kegiatan untuk latihan: dua kegiatan masing2 dua kali per hari

Strategi Pelaksanaan (SP) 3

1. Mengevaluasi kegiatan pertama dan kedua yang sudah dilatih dan berikan pujian
2. Membantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih
3. Melatih kegiatan ketiga yang telah dipilih pasien (alat dan cara)
4. Memasukkan pada jadual kegiatan untuk latihan: tiga kegiatan, masing-masing dua kali per hari

Strategi Pelaksanaan (SP) 4

1. Mengevaluasi kegiatan pertama, kedua, dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian
2. Membantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih
3. Melatih kegiatan keempat yang telah dipilih pasien (alat dan cara)
4. Memasukkan pada jadual kegiatan untuk latihan: empat kegiatan masing-masing dua kali per hari

Tindakan keperawatan pada pasien harga diri rendah pada keluarga/care giver meliputi :

Strategi Pelaksanaan (SP) Keluarga 1

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
2. Menjelaskan tentang pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya harga diri rendah (gunakan booklet)
3. Mendiskusikan aspek positif dan kemampuan pasien yang pernah dimiliki sebelum dan setelah sakit
4. Menjelaskan cara merawat pasien harga diri rendah terutama memberikan pujian semua hal yang positif pada pasien
5. Melatih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan pertama yang dipilih pasien: bimbing dan beri pujian
6. Mengajurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian

Strategi Pelaksanaan (SP) 2

1. Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam melatih pasien melaksanakan kegiatan pertama yang dipilih dan dilatih pasien. Beri pujian
2. Bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan kedua yang dipilih pasien
3. Mengajurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian

Strategi Pelaksanaan (SP) 3

1. Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam melatih pasien melaksanakan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih. Beri pujian
2. Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan ketiga yang dipilih
3. Mengajurkan membantu pasien sesuai jadual dan berikan pujian

Strategi Pelaksanaan (SP) 4

1. Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam melatih pasien melaksanakan kegiatan pertama, kedua dan ketiga. Beri pujian
2. Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan keempat yang dipilih
3. Menjelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan
4. Mengajurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian

F. EVALUASI

Evaluasi merupakan penilaian terhadap perubahan kondisi pasien (hasil observasi dengan membandingkannya dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan pada tahap perencanaan. Tujuan evaluasi untuk:

1. Menghentikan rencana tindakan
2. Melakukan modifikasi rencana asuhan keperawatan
3. Melanjutkan rencana tindakan keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dapat diperoleh pada pasien dan keluarga dengan masalah harga diri rendah meliputi:

1. Terdapat penurunan tanda dan gejala pasien harga diri rendah
2. Terdapat peningkatan kemampuan meningkatkan harga diri pasien
3. Terdapat peningkatan keluarga dalam merawat pasien dengan harga diri rendah kronis

G. LATIHAN

1. Seorang perempuan, umur 20 tahun, dirawat di RSJ karena marah marah dan senyum sendiri sejak satu hari yang lalu. Pasien mengatakan merasa tidak berguna karena gagal masuk perguruan tinggi yang ia inginkan. Hasil pemeriksaan menunjukkan pasien selalu menunduk saat bicara, suara pelan, menyendiri dan penampilan tidak rapi. Apakah diagnosis utama yang paling tepat pada kasus tersebut?

- A. Isolasi sosial
- B. Harga diri rendah
- C. Defisit perawatan diri
- D. Halusinasi
- E. Risiko perilaku kekerasan

Jawaban : B

2. Seorang laki-laki, umur 30 tahun, dirawat di RSJ karena marah dan senyum sendiri sejak dua hari yang lalu. Pasien mengatakan merasa gagal karena di PHK. Hasil pemeriksaan menunjukkan kontak mata kurang, suara pelan dan menyendiri dan penampilan tidak rapi. Apakah rencana tindakan masalah utama yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Bantu pasien merawat diri
- B. Diskusi tentang marahnya pasien
- C. Ajak pasien bersosialisasi
- D. Latih melakukan kemampuan positif
- E. Latih teknik relaksasi

Jawaban : D

3. Seorang perempuan, umur 36 tahun, dirawat di RSJ karena mengurung diri sejak satu minggu yang lalu. Pasien mengatakan merasa tidak berguna sebagai istri, karena ditinggalkan oleh suaminya. Hasil pemeriksaan menunjukkan menunduk saat bicara, suara pelan, menyendiri dan penampilan tidak rapi. Pasien sudah dibantu untuk mengidentifikasi aspek dan kemampuan positifnya. Apakah tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Memilih kemampuan positif yang sudah diidentifikasi
- B. Menilai kemampuan positif yang bisa dikerjakan di RS
- C. Melatih aspek dan kemampuan positif yang dipilih
- D. Memasukan latihan ke dalam jadwal kegiatan
- E. Membina hubungan saling percaya pada pasien

Jawaban : B

KASUS :

Seorang perempuan, umur 25 tahun, dirawat di RSJ karena mengamuk sejak satu hari yang lalu. Pasien mengatakan merasa gagal dan tidak berharga sebagai istri karena suaminya yang selingkuh, pasien mengatakan saya malu dengan tetangga, malas merawat diri karena merasa tidak ada suami yang akan memperhatikan dirinya lagi. Hasil pemeriksaan pasien mengurung diri dikamar, saat bicara selalu menunduk, kontak mata kurang, senang menyendiri, suara pelan, penampilan tidak rapi, malas mandi dan rambut acak-acakan.

Buatlah analisa data pada kasus tersebut, buatlah pohon diagnosis dan tegakkan diagnosa keperawatan minimal 3 diagnosis keperawatan sesuai prioritas, lalu roleplaykan tindakan keperawatan untuk masalah utamanya!

DAFTAR PUSTAKA

- Fazriyani, Mubin (2021). Peningkatan harga diri pada pasien gangguan konsep diri : harga diri rendah dengan menggunakan terapi latihan kemampuan positif. Dikutip dari *Ners Muda*, Vol 2 No 3, Desember 2021
- Herdman, Kamitsuru (2018). NANDA International, Inc. *Nursing diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020*. Oxford: Wiley Blackwell
- Keliat, dkk (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Nurhalimah (2016). *Modul Ajar Konsep Keperawatan Jiwa*. Jakarta: AIPVIKI
- Pramujiwati, Keliat dan Wardhani (2013). Pemberdayaan Keluarga Dan Kader Kesehatan Jiwa Dalam Penanganan Pasien Harga Diri Rendah Kronik Dengan Pendekatan Model Precede L. Green Di Rw 06, 07 Dan 10 Tanah Baru Bogor Utara. Dikutip dari *Jurnal Keperawatan Jiwa*. Volume 1, No. 2, November 2013; 170-177
- Ramadhani, Rahmawati, Apriliyani (2021). Studi Kasus Harga Diri Rendah Kronis Pada Pasien Skizofrenia. Dikutip dari *Jurnal Keperawatan Notokusumo (JKN)*. Volume 9, Nomor 2, Desember 2021
- Stuart, Keliat dan Pasaribu (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Stuart. Singapore: Elsevier
- Sorensen, M. J. (2006). *Sorensen Self-Esteem Test The Self-Esteem Institute*. Dikutip dari https://webassets.aihec.org/BehavioralHealth/Sorensen_Self-Esteem_Test.pdf
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016). *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. Jakarta: PPNI
- Wuryaningsih (2018). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa I*. Jember: UNEJ Press

BAB VI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA DENGAN ISOLASI SOSIAL

Ns. Novi Herawati, S.Kep., M.Kep.,Sp.Kep.J

A. Deskripsi Pembelajaran

Buku ajar ini membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa dengan isolasi sosial.

B. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari buku ajar keperawatan jiwa ini mahasiswa mampu memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa dengan isolasi sosial.

C. Capaian Pembelajaran

1. Memahami tentang pengkajian pada pasien gangguan jiwa dengan isolasi sosial.
2. Memahami tentang diagnosis keperawatan pada pasien gangguan jiwa dengan isolasi sosial.
3. Memahami tentang intervensi pada pasien gangguan jiwa dengan isolasi sosial.
4. Memahami tentang implementasi pada pasien gangguan jiwa dengan isolasi sosial.
5. Memahami tentang evaluasi pada pasien gangguan jiwa dengan isolasi sosial.

BAB VI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN

GANGGUAN JIWA DENGAN ISOLASI SOSIAL

A. PENGKAJIAN

1. Pengertian

Adalah ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka dan interdependen dengan orang lain (PPNI, 2016). merupakan upaya klien untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain maupun komunikasi dengan orang lain (Azizah dkk, 2016). adalah keadaan seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya (Yusuf, 2015). adalah keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan dan menghindari interaksi dengan orang lain secara langsung yang dapat bersifat sementara atau menetap (Muhith, 2015).

2. Penyebab

Faktor penyebab isolasi sosial dapat dikategorikan menjadi:

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

Faktor herediter (keturunan) berupa kepribadian terdiri dari unsur temperamen dan karakter. Dimana temperamen itu diwariskan dari garis keturunan sedangkan karakter didapatkan atau dipelajari oleh individu. Faktor herediter gangguan kepribadian antisosial dan hipotesis biologis perilaku impulsif dapat disebabkan karena adanya disfungsi otak, rendahnya ambang rangsangan pada sistem limbik, serta akibat rendahnya tingkat serotonin atau zat kimia beracun.

Penelitian menunjukkan individu yang memiliki gangguan kepribadian antisosial mengalami penurunan volume abu-abu prefrontal dan lebih rendah dari rata-rata aktifitas di lobus frontal otaknya. Akibatnya terjadi penurunan gairah, ketakutan akan kemiskinan, hati nurani yang mulai menghilang dan rendahnya kemampuan pengambilan keputusan.

Penyalahgunaan narkoba dan alkohol juga berpotensi merusak kepribadian, begitu juga dengan penggunaan zat berbahaya (NAPZA) mengakibatkan kerusakan parah pada biologis otak (Stuart, 2016).

2) Faktor psikologis

Adanya riwayat kejadian pelecehan, pengabaian dan tidak adanya keterikatan emosional sejak awal masa kecil merupakan salah satu faktor yang berpotensi mengalami masalah sosial (Stuart, 2016). Ditemukan adanya pengalaman negatif pasien terhadap gambaran diri, ketidakjelasan atau berlebihnya peran yang dimiliki, kegagalan dalam mencapai harapan atau cita-cita, krisis identitas dan kurangnya penghargaan baik dari diri sendiri maupun lingkungan yang dapat menyebabkan gangguan dalam berinteraksi dengan orang lain yang akhirnya menjadi masalah isolasi sosial (Azizah, 2016).

3) Faktor sosial budaya

Pasien dengan isolasi sosial umumnya berasal dari tingkat sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah, dan kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri) (Azizah, 2016). Stigma masyarakat terhadap individu dengan kecacatan dan penyakit kronis membuat seorang individu dijauhi oleh orang lain sehingga berpotensi mengalami isolasi sosial (Stuart, 2016).

b. Faktor Presipitasi

Riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan otak, kekerasan dalam keluarga, kegagalan dalam kehidupan, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien, konflik antar masyarakat (Azizah, 2016). Stressor sosial budaya yang paling berpotensi sebagai stressor adalah perceraian, perpecahan keluarga dan perampasan orang yang menjadi sistem pendukung berdampak pada fungsi sosial individu tersebut (Stuart, 2016). Tingkat ansietas yang tinggi mengakibatkan gangguan kemampuan dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart, 2016).

3. Rentang Respon Sosial

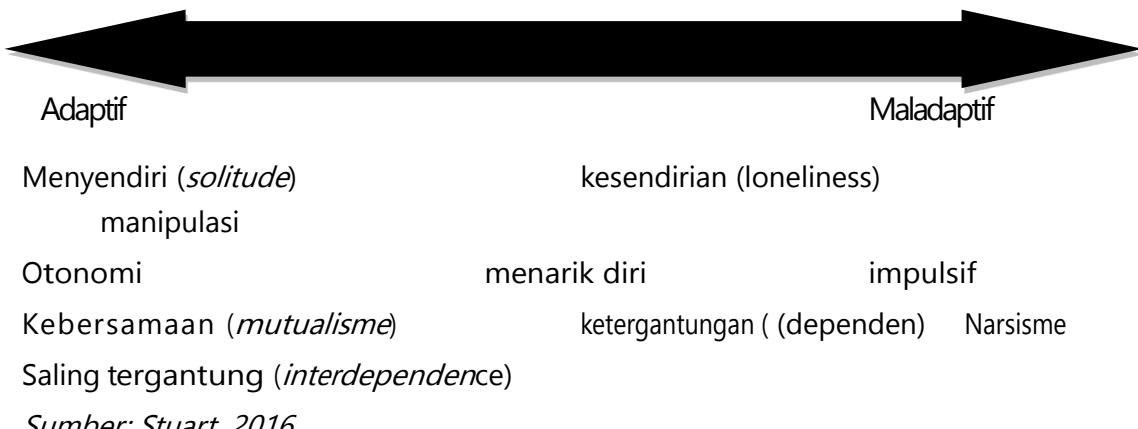
Hubungan sosial yang terjadi antara sesama manusia merupakan proses pengembangan keseimbangan antara perilaku dependen (ketergantungan) dengan independen (kemandirian/tidak tergantung), yang dinamakan saling ketergantungan (interdependen). Dimana seseorang yang interdependen ini dapat memutuskan di saat yang tepat kapan dirinya menjadi dependen dan kapan menjadi independen. Dan di saat lain waktu juga dapat membiarkan

orang lain untuk dependen dan independen tanpa perlu mengontrol perilaku orang tersebut.

Setiap manusia dalam menjalin hubungan mempunyai tanggungjawab untuk dapat mengendalikan perilaku mereka sendiri dalam menerima dukungan dari orang yang berarti dan menerima bantuan yang diperlukannya. Respon sosial adaptif meliputi kemampuan untuk toleransi kesendirianya dan ekspresi otonomi, kebersamaan dan saling ketergantungan. Pada bagian tengah rentang kontinum, seseorang mengalami kesepian, penarikan, dan ketergantungan. Akhir kontinum maladaptif meliputi perilaku manipulasi, impulsif dan narsisme. Dimana seseorang yang berada di rentang ini sering memiliki riwayat masalah hubungan dalam keluarga, di tempat kerja dan di lingkungan sosial.

(Stuart,
2016)

Skema rentang respon sosial dapat digambarkan berikut:



Sumber: Stuart, 2016.

Penjelasan skema:

Respon adaptif merupakan suatu respons yang masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan secara umum yang berlaku dengan kata lain individu tersebut masih dalam batas normal ketika menyelesaikan masalah.

Menyendiri (*soltitude*) merupakan respons yang dibutuh seseorang untuk merenungkan apa yang telah terjadi di lingkungan sosialnya (instropeksi).

Otonomi merupakan kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, dan perasaan dalam hubungan sosial.

Bekerjasama merupakan suatu kondisi dalam hubungan interpersonal dimana individu tersebut mampu untuk saling membutuhkan satu sama lain serta mampu untuk memberi dan menerima

Interdependen merupakan saling ketergantungan antara individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.

Rentang maladaptif merupakan suatu respons yang menyimpang dari norma sosial dan kehidupan disuatu tempat, perilaku respons maladaptive meliputi: Menarik diri merupakan keadaan dimana seseorang yang mengalami kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain.

Ketergantungan merupakan keadaan dimana seseorang gagal mengembangkan rasa percaya dirinya atau kemampuannya untuk berfungsi dengan sukses sehingga tergantung dengan orang lain.

Manipulasi merupakan hubungan sosial yang terdapat pada individu yang menganggap orang lain sebagai objek dan berorientasi pada diri sendiri atau pada tujuan, bukan berorientasi pada orang lain. Individu tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam

Curiga merupakan keadaan dimana seseorang gagal mengembangkan rasa percaya diri terhadap orang lain

Impulsif merupakan ketidakmampuan merencanakan sesuatu, ketidakmampuan belajar dari pengalaman, tidak dapat diandalkan, mempunyai penilaian yang buruk dan cenderung memaksakan kehendak.

Narsisme yaitu memiliki harga diri yang rapuh, secara terus menerus mencari pujian, penghargaan dan kekaguman, memiliki sikap egosentrisk, iri hati dan marah jika orang lain tidak mendukung (Azizah, 2016).

4. Tanda Gejala

Menurut Muhith (2015), tanda gejala isolasi sosial adalah

- a. Kurang spontan
- b. Apatis (acuh tak acuh terhadap lingkungan)
- c. Afek tumpul
- d. Tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri
- e. Pemasukan makan dan minum terganggu
- f. Aktifitas menurun
- g. Retensi urin dan feses
- h. Kurang energi
- i. Harga diri rendah
- j. Posisi janin pada saat tidur
- k. Menolak berhubungan dengan orang lain

Menurut PPNI (2016), gejala dan tanda mayor isolasi sosial antara lain

1. Data subjektif,
 - a) Merasa ingin sendiri
 - b) Merasa tidak aman di tempat umum
2. Data objektif
 - a) Menarik diri
 - b) Tidak berminat/ menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan

Tanda dan gejala minor isolasi sosial antara lain

1. Data subjektif
 - a) Merasa berbeda dengan orang lain
 - b) Merasa asyik dengan pikiran sendiri
 - c) Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas
2. Data objektif
 - a) Afek datar
 - b) Afek sedih
 - c) Riwayat ditolak
 - d) Menunjukkan permusuhan
 - e) Tidak mampu memenuhi harapan orang lain
 - f) Kondisi difabel
 - g) Tindakan tidak berarti
 - h) Tidak ada kontak mata
 - i) Perkembangan terlambat
 - j) Tidak bergairah/ lesu

5. Mekanisme Kopling

Mekanisme kopling yang sering digunakan pada isolasi social adalah

- a. Regresi, adalah mundur ke masa perkembangan yang telah lalu.
- b. Represi adalah perasaan-perasaan dan pikiran-pikiran yang tidak dapat diterima, secara sadar dibendung supaya jangan tiba di kesadaran.
- c. Isolasi adalah mekanisme mental tidak sadar yang mengakibatkan timbulnya kegagalan defensif dalam menghubungkan perilaku dengan motivasi atau pertentangan antara sikap dan perilaku.

Mekanisme coping menurut Azizah, dkk (2016)

1. Koping yang berhubungan dengan gangguan kepribadian antisosial antara lain
 - a. Proyeksi
 - b. Splitting
 - c. Merendahkan orang lain
2. Koping yang berhubungan dengan gangguan kepribadian ambang
 - a. Splitting
 - b. Formasi reaksi
 - c. Proyeksi
 - d. Isolasi
 - e. Idealisasi orang lain
 - f. Merendahkan orang lain
 - g. Identifikasi proyektif (Azizah, 2016)

B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Isolasi sosial menurut PPNI (2016) termasuk diagnosis aktual dengan kode D.0121 dengan kategori relasional dan subkategori interaksi sosial. Kemungkinan penyebab munculnya diagnosis isolasi sosial adalah keterlambatan perkembangan, ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan, ketidaksesuaian perilaku social dengan norma, perubahan status mental, ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan, ketidaksesuaian nilai-nilai dengan norma, perubahan penampilan fisik, ketidakadekuatan sumber daya personal (misal: disfungsi berduka, pengendalian diri buruk). Kondisi klinis yang dapat menimbulkan isolasi sosial antara lain penyakit Alzheimer, AIDS, Tuberkulosis, kondisi yang menyebabkan gangguan mobilisasi, gangguan psikiatrik (misal: depresi mayor dan skizofrenia).

C. INTERVENSI

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan isolasi sosial, menurut PPNI (2016) direncanakan untuk mencapai luaran utama yaitu keterlibatan sosial pada pasien meningkat. Keterlibatan sosial adalah kemampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka dan independen dengan orang lain. Meningkatnya keterlibatan sosial pasien dapat ditunjukkan dengan kriteria hasilnya yaitu: peningkatan minat dalam interaksi, peningkatan verbalisasi terhadap tujuan yang jelas, peningkatan dalam minat terhadap aktivitas, penurunan dalam verbalisasi isolasi, penurunan verbaliasi ketidakamanan di

tempat umum, penurunan dalam perilaku menarik diri, penurunan verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain, penurunan verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendiri, penurunan tingkat afek murung/ kesedihan, penurunan perilaku yang bermusuhan, membaiknya perilaku sesuai dengan harapan orang lain, membaiknya perilaku yang bertujuan, membaiknya kontak mata, membaiknya tugas perkembangan sesuai usia.

Berdasarkan luaran utama tersebut menurut PPNI (2016), intervensi utama yang dilakukan pada pasien dengan isolasi sosial adalah promosi sosialisasi dan terapi aktifitas. Yang dimaksud dengan promosi sosialisasi adalah meningkatkan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain. Sedangkan terapi aktifitas adalah menggunakan aktivitas fisik, kognitif, sosial, dan spiritual tertentu untuk memulihkan keterlibatan, frekuensi, atau durasi aktivitas individu atau kelompok.

Selain luaran utama juga ada luaran tambahannya berupa: adaptasi disabilitas yang meningkat, peningkatan citra tubuh, peningkatan dukungan sosial, peningkatan harga diri, peningkatan interaksi sosial, membaiknya resolusi berduka, membaiknya status perkembangan, penurunan tingkat demensia.

Selain intervensi utama juga ada intervensi pendukung yang bisa dilakukan untuk pasien dengan isolasi sosial, yaitu dukungan emosional, dukungan kelompok, dukungan pemulih penyalahgunaan alkohol, dukungan pemulih penyalahgunaan zat, dukungan proses berduka, dukungan proses berduka: kematian perinatal, edukasi manajemen stress, edukasi penyalahgunaan alkohol, edukasi penyalahgunaan zat, manajemen eliminasi fekal, manajemen eliminasi urin, manajemen lingkungan, manajemen mood, manajemen putus zat, manajemen stres, modifikasi perilaku keterampilan sosial, pemberian obat oral, penentuan tujuan bersama, promosi citra tubuh, promosi dukungan keluarga, promosi dukungan sosial, promosi harapan, promosi harga diri, promosi hubungan positif, promosi kesadaran diri, promosi keutuhan keluarga, promosi latihan fisik, terapi bantuan hewan, terapi diversional, terapi kelompok, terapi keluarga, terapi rekreasi, terapi reminisens, terapi seni (PPNI< 2016)

D. IMPLEMENTASI

Prinsip tindakan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial menurut Yusuf dkk, (2015) adalah:

1. Tujuan

Setelah tindakan keperawatan, pasien mampu melakukan hal berikut:

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Menyadari penyebab isolasi sosial

- c. Berinteraksi dengan orang lain

2. Tindakan

- a. Membina hubungan saling percaya
 - 1) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
 - 2) Berkenalan dengan pasien, seperti perkenalkan nama dan nama panggilan yang Anda suka, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien
 - 3) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.
 - 4) Buat kontrak asuhan, misalnya apa yang Anda akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana.
 - 5) Jelaskan bahwa Anda akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - 6) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien
 - 7) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan
- b. Membantu pasien menyadari perilaku sosial
 - 1) Tanyakan pendapat pasien tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain
 - 2) Tanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain
 - 3) Diskusikan keuntungan bila pasien memiliki banyak teman dan bergaul akrab dengan mereka
 - 4) Diskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain.
 - 5) Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik pasien
- c. Melatih pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
 - 1) jelaskan kepada pasien cara berinteraksi dengan orang lain
 - 2) berikan contoh cara berbicara dengan orang lain
 - 3) beri kesempatan pasien mempraktikkan cara berinteraksi dengan orang lain yang dilakukan di hadapan Anda
 - 4) mulailah bantu pasien berinteraksi dengan satu orang teman/anggota keluarga.
 - 5) Bila pasien sudah menunjukkan kemajuan, tingkatkan jumlah interaksi dengan dua, tiga, empat orang, dan seterusnya.
 - 6) Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien
 - 7) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah berinteraksi dengan orang lain. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan

atau kegagalannya. Beri dorongan terus-menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan interaksinya

E. EVALUASI

Evaluasi yang dilakukan berfokus pada perubahan perilaku pasien, baik yang diobservasi perawat maupun yang dirasakan perubahan oleh pasien sendiri. Peningkatan kontak mata menunjukkan pasien sudah nyaman dengan orang lain. Mulai adanya inisiasi kegiatan dengan orang lain menunjukkan keterbukaan pasien untuk berhubungan. Pengambilan keputusan yang terus mengalami peningkatan menunjukkan pasien mulai meningkat rasa percaya dirinya. Semua perilaku yang ditunjukkan pasien tersebut dapat diamati, didokumentasikan, dan divalidasi dengan sesama perawat lain, bahkan dengan keluarga pasien. Perilaku dari yang semula maladaptif menjadi yang lebih adaptif tersebut ditunjukkan oleh pasien (Struart, 2016).

F. JURNAL TERKAIT

Latihan keterampilan sosialisasi diberikan pada pasien dengan gangguan isolasi sosial untuk melatih keterampilan dalam menjalin hubungan dengan orang lain dan lingkungan secara optimal bertujuan untuk mengajarkan kemampuan berinteraksi seseorang dengan orang lain. Hasil penelitian Eyvin, dkk (2016) ini menunjukkan adanya pengaruh latihan keterampilan sosialisasi terhadap kemampuan berinteraksi klien isolasi sosial di Rumah Sakit Prof. Dr. V. L. Ratumbuysang Manado. Hasil penelitian Syafrini, dkk (2015) di RSJ Jambi juga menunjukkan kemampuan perawat melakukan latihan sosialisasi berhubungan dengan penurunan tanda gejala isolasi sosial pada pasien.

G. LATIHAN SOAL

1. Seorang perempuan berusia 23 tahun, masuk ke RSJ karena selalu mengurung diri di kamar dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain. Setelah satu minggu dirawat didapatkan data klien senang menyendiri di sudut ruangan, jika makan tidak mau bergabung dengan temannya, malas melakukan kegiatan ruangan, saat diajak berbicara lebih banyak menunduk. Ketika ditanyakan, klien mengatakan bahwa tidak suka bicara dengan orang lain.

Apakah masalah utama pada perempuan tersebut?

- a. Harga diri rendah
- b. Isolasi sosial
- c. Resiko halusinasi
- d. Perilaku kekerasan
- e. Defisit perawatan diri

Kunci jawaban: b

Pembahasan :

Pasien menunjukkan tanda tidak mau berinteraksi dengan orang lain, senang menyendiri, tidak mau bergabung dengan teman, malas berkegiatan, banyak menunduk, tidak suka bicara dengan orang lain. Tanda gejala tersebut termasuk tanda gejala pasien isolasi sosial.

2. Seorang perempuan berusia 21 tahun masuk RSJ karena sejak Ibunya meninggal 1 bulan lalu tidak mau keluar kamar. Saat pengkajian didapatkan data tidak ingin diganggu, ingin sendiri. Pasien sering terlihat menyendiri di kamar, menangis, selalu menunduk, tidak bersemangat mengikuti kegiatan harian. Berdasarkan kasus tersebut, data subjektifnya adalah

- a. menangis
- b. Ingin sendiri
- c. selalu menunduk
- d. terlihat menyendiri di kamar
- e. tidak bersemangat mengikuti kegiatan

Kunci jawaban : b

Pembahasan :

Data subjektif adalah data yang diungkapkan langsung oleh pasien. Diantaranya: tidak ingin diganggu, ingin sendiri.

Data objektif adalah data yang didapatkan dari hasil observasi, bukan ungkapan pasien. Diantaranya: terlihat menyendiri, menangis, selalu menunduk, tidak bersemangat.

3. Dalam rentang respon sosial terdapat respon adaptif dan maladaptif. Berikut adalah rentang respon adaptif, yaitu
 - a. Menyendiri dan otonomi
 - b. Menyendiri dan kesendirian
 - c. Kesendirian dan saling tergantung
 - d. Kebersamaan dan ketergantungan
 - e. Salimg tergantung dan ketergantungan

Kunci Jawaban : a

Pembahasan

Respon sosial adaptif meliputi kemampuan untuk menyendiri dan ekspresi otonomi, kebersamaan dan saling ketergantungan. Pada bagian tengah rentang kontinum, seseorang mengalami kesepian, penarikan diri, dan ketergantungan. Akhir kontinum maladaptif meliputi perilaku manipulasi, impulsif dan narsisme.

4. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien gangguan jiwa dengan isolasi sosial menurut SLKI adalah
 - a. Keterlibatan sosial pasien meningkat
 - b. Perilaku kekerasan meningkat
 - c. Promosi sosialisasi meningkat
 - d. Persepsi sensori meningkat
 - e. Harga diri meningkat

Kunci Jawaban : a

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan isolasi sosial, menurut PPNI (2016) direncanakan untuk mencapai luaran utama yaitu keterlibatan sosial pada pasien meningkat. Keterlibatan sosial adalah kemampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka dan independen dengan orang lain.

5. Dalam melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien isolasi sosial, perlu membina hubungan saling percaya diantaranya dengan cara berikut:
 - a. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi

- b. Jangan menanyakan perasaan pasien
- c. Jangan bertanya perasaan pasien
- d. Abaikan kebutuhan dasar pasien
- e. Jangan tunjukkan sikap empati

Kunci Jawaban : a

Dalam memberikan implementasi keperawatan pada pasien isolasi sosial ada 3 tujuan yang ingin dicapai, yaitu membina hubungan saling percaya, menyadari penyebab isolasi sosial dan berinteraksi dengan orang lain. Tindakan membina hubungan saling percaya dapat dilakukan dengan mengucapkan salam, berkenalan, menanyakan perasaan, membuat kontrak, menjaga kerahasiaan, bersikap empati dan memenuhi kebutuhan dasar pasien.

Tugas

1. Pelajari tindakan keperawatan generalis untuk menurunkan tanda dan gejala serta meningkatkan kemampuan dalam melakukan latihan mengatasi isolasi sosial!
2. Jelaskan tentang isolasi sosial!

H. DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, dkk. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Eyvin, dkk. (2016). Pengaruh Latihan Keterampilan Sosialisasi Terhadap Kemampuan Berinteraksi Klien Isolasi Sosial Di Rsj Prof. Dr. V. L. Ratumbuysang Manado. *Jurnal Keperawatan Unsrat*. Volume 4 no 1.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Cv Andi Offset.
- Kemenkes. (2016). *Keperawatan Jiwa*. Jakarta: PPSDM.
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI. Jakarta.
- PPNI (2016). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI. Jakarta.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Stuart (2016). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart Edisi Indonesia. Elsevier: Singapura.
- Syafrini, dkk (2015). *Efektivitas implementasi asuhan keperawatan isolasi sosial dalam mpkp jiwa terhadap kemampuan klien*. *Jurnal Ners*. April 2015.
- Yusuf, dkk. (2015). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

BIOGRAFI PENULIS



Eli Saripah, S.Kep. Ns., M.Kep.Sp.Kep.J

Penulis lahir di Palu, 20 Mei 1985. Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Keperawatan Jiwa dimulai pada tahun 2003 silam. Penulis mulai menempuh pendidikan SD Negeri 2 Inpres Palu (lulus tahun 1997), SMP Negeri 4 Palu (lulus tahun 2000), SMA Negeri 1 Palu (lulus tahun 2003), Diploma 3 Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palu (lulus tahun 2006), S1 Keperawatan dan Profesi di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya (lulus tahun 2014), S2 Ilmu Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (lulus tahun 2022). Penulis bekerja di RSUD Undata Palu Provinsi Sulawesi Tengah (tahun 2006-2011), kemudian bekerja di Poltekkes Kemenkes Palu sejak tahun 2008 hingga sekarang. Penulis merupakan anggota dari organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Pengalaman publikasi dan riset saat ini fokus pada bidang Keperawatan Jiwa (kelompok sehat, risiko, dan kelompok gangguan). Harapan penulis semoga buku ini bermanfaat bagi para pembaca dan penulis juga meminta kritik dan saran guna perbaikan hasil karya dipenulisan buku selanjutnya. Email Penulis: ellysdiamondsnowadeiskak@gmail.com



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, dan buku kesehatan mental.

Motto Hidup; Positive Thinking and Be Happy

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

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

SINTA ID : 6743963

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

BIODATA 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 I, Keperawatan Jiwa II, Komunikasi dalam Keperawatan, Metodologi Penelitian, Psikologi Keperawatan dan Karya Tulis Ilmiah. Penulis juga berperan aktif sebagai Pengelola Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik sejak 2018 dan sebagai Reviewer soal Ukom D3 Keperawatan. Penulis telah mempublikasikan hasil karya nya berupa buku dan artikel ilmiah yang dapat diakses melalui : Sinta ID : 6136502, Scopus ID : 57201493006 dan Google Scholar: <https://scholar.google.com/citations?hl=id&user=m96hChgAAAAJ>.

Motto: Keep positive thinking



Habsyah Saparidah Agustina, S.Kep., Ners., M.Kep Lahir di Bandung, 12 Agustus 1991. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Padjadjaran tahun lulus 2013. Kemudian melanjutkan Pendidikan Profesi Ners di Universitas Padjadjaran tahun lulus 2014 dan melanjutkan pendidikan S2 dengan Konsentrasi Keperawatan Jiwa di Universitas Padjadjaran dan lulus tahun 2018. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2015 – 2022, sebagai dosen tutor, dosen luar biasa (DLB) dan asisten peneliti. Selain itu, pada tahun 2021 penulis juga sempat bekerja sebagai dosen di STIKes Dharma Husada Bandung. Selanjutnya, pertengahan 2022 – sekarang bekerja sebagai dosen PNS di Politeknik Negeri Subang dengan Prodi D3 Keperawatan. Saat ini penulis bekerja di Politeknik Negeri Subang mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa, Praktik Klinik Keperawatan jiwa, Komunikasi, Psikologi, Metodologi Keperawatan, dan Etika Keperawatan dan Hukum Kesehatan, dan Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku dan artikel serta publikasi ilmiah baik pada tingkat Nasional dan Internasional dan presenter seminar Nasional dan Internasional. Riwayat publikasi dapat diakses melalui: Sinta ID: 6783064; Google Scholar: <https://bit.ly/GScholarID-HabsyahSAgustina>; dan Scopus: <https://bit.ly/ScopusID-Habsyah>. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: habsyah.s.a@gmail.com dan habsyah.saparidah@polsub.ac.id.

Motto: "Bersinarlah dan Bermanfaatlah"

BIODATA PENULIS



Ns. Dwinara Febrianti, M.Kep, Sp.Kep.J. Lahir di Kedaton, 15 Februari 1978. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh yaitu jenjang Diploma III pada Akademi Keperawatan Depkes Tanjung Karang Lampung, tahun lulus 1999, lalu melanjutkan ke jenjang pendidikan S1 pada Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia tahun lulus 2008. Kemudian melanjutkan Pendidikan Profesi Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia tahun lulus 2009 dan melanjutkan pendidikan S2 dengan peminatan Keperawatan Jiwa di FIK Universitas Indonesia dan lulus tahun 2013 dan dilanjutkan dengan pendidikan Profesi Spesialis keperawatan Jiwa FIK Universitas Indonesia dan lulus tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1999 sd 2006, sebagai Staf pengajar di Akademi Keperawatan Panca Bhakti Bandar Lampung. Selanjutnya sejak 2010 sampai sekarang menjadi Dosen Tetap di Universitas Mohammad Husni Thamrin Jakarta. Saat ini penulis bekerja Universitas Mohammad Husni Thamrin Jakarta mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa, Praktik Klinik Keperawatan jiwa, Komunikasi Keperawatan, Metodologi Keperawatan, dan Konsep Dasar Keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: sayantiara@gmail.com

Motto: "Hidup adalah anugerah, jadikan setiap hari berarti".



Novi Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep, Sp.Kep.J. Lahir di Padang, 13 Oktober 1981. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh yaitu jenjang S1 dan Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Andalas Angkatan I tahun 2000-2005. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 dengan Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia Angkatan 7 tahun 2011-2013. Selanjutnya mengikuti Pendidikan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia Angkatan 8 tahun 2014-2015. Penulis bekerja sebagai dosen PNS sejak April 2006 – sekarang di Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Kampus Solok. Saat ini penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa, Praktik Klinik Keperawatan jiwa, Komunikasi, Psikologi, Farmakologi, dan Etika Keperawatan dan Hukum Kesehatan. Riwayat publikasi penulis dapat diakses melalui Sinta ID: 6671126; Url Google Cendikia: https://scholar.google.co.id/citations?hl=id&user=_WOxIUUAAAJ. Youtube channel <https://www.youtube.com/@noviherawati2911>. Penulis juga aktif dalam berbagai kegiatan Organisasi Profesi diantaranya Wakil Ketua Bidang Penelitian Sistem Informasi dan Komunikasi DPD PPNI Kota Solok 2022-2027, Anggota Bidang Pelayanan Keperawatan DPW IPKJI Sumatera Barat 2019-2024, Sekretaris DPK Pendidikan Kota Solok 2023-2026. ID Orcid 0000-0002-3184-2417. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ophie_cut@gmail.com dan ophiecut@yahoo.com.

Motto: "Berusaha dan Berdoa".

SINOPSIS

BUKU AJAR KEPERAWATAN JIWA

Buku Ajar keperawatan jiwa ini disusun oleh Tim Dosen Keperawatan Indonesia untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran bagi Dosen dan Mahasiswa Keperawatan yang didasarkan atas literatur terkini, sehingga sangat relevan dan update dengan kondisi baik di rumah sakit maupun komunitas. Secara lebih lengkap isi buku ini dapat diuraikan sebagai berikut:

Buku Ajar Keperawatan Jiwa ini mempelajari tentang konsep kesehatan dan keperawatan jiwa, serta gangguan jiwa yang ada di masyarakat. Materi dalam buku ajar ini disajikan secara sistematis dan komprehensif sehingga memudahkan pembaca untuk berpikir secara kritis dalam mengaplikasikannya ke proses keperawatan gangguan jiwa yang sesuai dengan kondisi bimbingan klinik di Indonesia saat ini. Buku ini diharapkan dapat menjadi literatur serta dapat dibaca oleh semua kalangan, baik pengajar maupun mahasiswa yang ingin mengerti dan memahami lebih dalam mengenai gangguan jiwa yang ada di Indonesia.

Buku Ajar keperawatan jiwa ini disajikan secara sistematis dan terstruktur sehingga memudahkan pembaca dalam mempelajarinya. Semoga bermanfaat dan dapat memberikan sumbangsih referensi ilmu kepada pembaca tentang Buku Ajar Keperawatan Jiwa yang sangat kompleks permasalahannya dalam praktik Keperawatan.

Selamat Belajar dan Tetap Semangat untuk Menjadi Perawat Profesional Masa Depan Indonesia. Salam sehat jiwa.

Buku Ajar keperawatan jiwa ini disusun oleh Tim Dosen Keperawatan Indonesia untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran bagi Dosen dan Mahasiswa Keperawatan yang didasarkan atas literatur terkini, sehingga sangat relevan dan update dengan kondisi baik di rumah sakit maupun komunitas. Secara lebih lengkap isi buku ini dapat diuraikan sebagai berikut:

Buku Ajar Keperawatan Jiwa ini mempelajari tentang konsep kesehatan dan keperawatan jiwa, serta gangguan jiwa yang ada di masyarakat. Materi dalam buku ajar ini disajikan secara sistematis dan komprehensif sehingga memudahkan pembaca untuk berpikir secara kritis dalam mengaplikasikannya ke proses keperawatan gangguan jiwa yang sesuai dengan kondisi bimbingan klinik di Indonesia saat ini. Buku ini diharapkan dapat menjadi literatur serta dapat dibaca oleh semua kalangan, baik pengajar maupun mahasiswa yang ingin mengerti dan memahami lebih dalam mengenai gangguan jiwa yang ada di Indonesia.

Buku Ajar keperawatan jiwa ini disajikan secara sistematis dan terstruktur sehingga memudahkan pembaca dalam mempelajarinya. Semoga bermanfaat dan dapat memberikan sumbangsih referensi ilmu kepada pembaca tentang Buku Ajar Keperawatan Jiwa yang sangat kompleks permasalahannya dalam praktik Keperawatan.

Selamat Belajar dan Tetap Semangat untuk Menjadi Perawat Profesional Masa Depan Indonesia. Salam sehat jiwa.



ISBN 978-623-8411-92-4

9 786238 411924



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



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022