

EDITOR:

Dr. Suzanna, S.Kep., Ns., M.Kep
Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kes



Keperawatan Jiwa

DASAR



Ade Sucipto | Hanim Nur Faizah | Mimi Yati | Sulaiman
Ira Ocktavia Siagian | Rista Islamarida | Nadia Sintia Wardany
Hikmawati | Merry Pongdatu | Andrias Horhoruw | Endah Sarwendah
Adek Setiyani | Nathaya Enggar N | Dhia Diana Fitriani



Keperawatan Jiwa

DASAR

Buku **Keperawatan Jiwa Dasar** yang berada di tangan pembaca ini terdiri dari :

- Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa
- Bab 2 Teori dan Model Keperawatan Jiwa
- Bab 3 Pengkajian Keperawatan Jiwa
- Bab 4 Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan Jiwa
- Bab 5 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Konsep Diri
- Bab 6 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kehilangan
- Bab 7 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Depresi
- Bab 8 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan
- Bab 9 Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Masalah Kecemasan
- Bab 10 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kognitif
- Bab 11 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Bipolar
- Bab 12 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Penyalahgunaan Zat (NAPZA)
- Bab 13 Terapi Modalitas dalam Keperawatan Jiwa
- Bab 14 Manajemen Krisis dalam Keperawatan Jiwa



0858 5343 1992
eurekamediaaksara@gmail.com
Jl. Banjaran RT.20 RW.10
Bojongsari - Purbalingga 53362



KEPERAWATAN JIWA DASAR

Ns. Ade Sucipto, M.Tr.Kep
Hanim Nur Faizah, S.Kep., Ns., M.Kep
Mimi Yati, S.Kep., Ns., M.Kes
Sulaiman, S.Ag., S.ST., M.A
Ira Ocktavia Siagian, M.Kep., Ns., Sp.Kep.J
Rista Islamarida, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Nadia Sintia Wardany, M.Kep
Hikmawati, S.Kep., Ns., M.Kes
Merry Pongdatu, S.Kep., Ns., M.Kep
Andrias Horhoruw, S.Kep, Ners., M.Kes
Ns. Endah Sarwendah, S.Kep., M.Kep
Ns. Adek Setiyani, M.Kep., SpKepJ
Nathaya Enggar N, STr.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Dhia Diana Fitriani, S.Kep., M.Kep



eureka
media aksara

PENERBIT CV. EUREKA MEDIA AKSARA

KEPERAWATAN JIWA DASAR

Penulis : Ns. Ade Sucipto, M.Tr.Kep | Hanim Nur Faizah, S.Kep., Ns., M.Kep | Mimi Yati, S.Kep., Ns., M.Kes | Sulaiman, S.Ag., S.ST., M.A | Ira Ocktavia Siagian, M.Kep., Ns., Sp.Kep.J | Rista Islamarida, S.Kep., Ns., M.Kep | Ns. Nadia Sintia Wardany, M.Kep | Hikmawati, S.Kep., Ns., M.Kes | Merry Pongdatu, S.Kep., Ns., M.Kep | Andrias Horhoruw, S.Kep, Ners., M.Kes | Ns. Endah Sarwendah, S.Kep., M.Kep | Ns. Adek Setiyani, M.Kep., SpKepJ | Nathaya Enggar N, STr.Kep., Ns., M.Kep | Ns. Dhia Diana Fitriani, S.Kep., M.Kep

Editor : Dr. Suzanna, S.Kep., Ns., M.Kep
Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kes

Desain Sampul : Eri Setiawan

Tata Letak : Nur Aisah

ISBN : 978-634-221-498-5

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, MARET 2025**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992
Surel : eurekamediaaksara@gmail.com
Cetakan Pertama : 2025

All right reserved

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan kehadiran ALLAH SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan buku ini. Penulis mengucapkan banyak terima kasih pada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku sehingga buku ini bisa hadir di hadapan pembaca.

Buku Keperawatan Jiwa Dasar yang berada di tangan pembaca ini terdiri dari :

- Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa
- Bab 2 Teori dan Model Keperawatan Jiwa
- Bab 3 Pengkajian Keperawatan Jiwa
- Bab 4 Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan Jiwa
- Bab 5 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Konsep Diri
- Bab 6 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kehilangan
- Bab 7 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Depresi
- Bab 8 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan
- Bab 9 Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Masalah Kecemasan
- Bab 10 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kognitif
- Bab 11 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Bipolar
- Bab 12 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Penyalahgunaan Zat (NAPZA)
- Bab 13 Terapi Modalitas dalam Keperawatan Jiwa
- Bab 14 Manajemen Krisis dalam Keperawatan Jiwa

Saran dan masukan yang membangun penulis harapkan untuk kesempurnaan buku ini. Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih, mudah-mudahan buku ini bermanfaat bagi para pembaca.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN KESEHATAN	
JIWA	1
A. Latar Belakang	1
B. Definisi Kesehatan Jiwa	2
C. Kriteria Sehat Jiwa	3
D. Tujuan Keperawatan Kesehatan Jiwa	4
E. Ruang Lingkup Keperawatan Kesehatan Jiwa	6
F. Perkembangan Keperawatan Kesehatan Jiwa	9
G. Standar Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa	11
H. Peran Perawat Kesehatan Jiwa	12
I. Sasaran dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa	15
DAFTAR PUSTAKA.....	19
BAB 2 TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN JIWA.....	21
A. Pendahuluan	21
B. Model Konsep Keperawatan Jiwa.....	25
DAFTAR PUSTAKA.....	44
BAB 3 PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA	46
A. Pendahuluan	46
B. Pengkajian pada Klien dengan Gangguan Persepsi	
Sensori : Halusinasi Pendengaran.....	46
C. Pengkajian pada Klien dengan Waham	50
D. Pengkajian pada Klien dengan Isolasi Sosial	53
E. Pengkajian pada Klien dengan Risiko Perilaku	
Kekerasan	57
F. Pengkajian pada Perilaku Kekerasan	58
G. Pengkajian pada Klien dengan Harga Diri Rendah	
Kronik	59
DAFTAR PUSTAKA.....	62
BAB 4 KOMUNIKASI TERAPEUTIK DALAM	
KEPERAWATAN JIWA.....	63
A. Pendahuluan	63
B. Pengertian Komunikasi Terapeutik	64
C. Tujuan Komunikasi Terapeutik	65

	D. Prinsip-Prinsip Komunikasi Terapeutik.....	66
	E. Tahapan Komunikasi Terapeutik.....	68
	F. Hambatan-Hambatan dalam Komunikasi Terapeutik.....	69
	G. Sikap Komunikasi Terapeutik	70
	H. Teknik Komunikasi Terapeutik	71
	I. Hubungan Perawat dengan Klien (The Helping Relationship) dalam Komunikasi Terapeutik.....	75
	DAFTAR PUSTAKA	78
BAB 5	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI.....	79
	A. Konsep Diri.....	79
	B. Ciri-Ciri Konsep Diri.....	82
	C. Tahap-Tahap Perkembangan Konsep Diri.....	86
	D. Indikator Konsep Diri	87
	E. Faktor yang Mempengaruhi Konsep Diri	89
	F. Rentang Respon Konsep Diri.....	90
	G. Aspek-Aspek Konsep Diri.....	91
	H. Komponen Konsep Diri.....	92
	I. Asuhan Keperawatan pada Harga Diri Rendah	93
	DAFTAR PUSTAKA	94
BAB 6	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KEHILANGAN.....	95
	A. Kehilangan.....	95
	B. Berduka	98
	C. Faktor yang Mempengaruhi Kehilangan dan Berduka	100
	D. Rentang Respon Berduka dan Kehilangan	102
	E. Konsep Keperawatan	104
	DAFTAR PUSTAKA	111
BAB 7	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DEPRESI	113
	A. Pendahuluan	113
	B. Sejarah Perkembangan Gangguan Depresi.....	114
	C. Definisi Depresi	115
	D. Rentang Respon Depresi	115
	E. Patofisiologi Depresi	116

	F. Etiologi Depresi	116
	G. Gejala Klinis Depresi.....	118
	H. Klasifikasi Depresi.....	119
	I. Penatalaksanaan Depresi	120
	J. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Depresi.....	121
	DAFTAR PUSTAKA.....	125
BAB 8	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN.....	126
	A. Pengertian Perilaku Kekerasan	126
	B. Etiologi Perilaku Kekerasan.....	127
	C. Mekanisme Koping	128
	D. Tanda dan Gejala.....	128
	E. Proses Keperawatan.....	129
	F. Konsep Skoring RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif).....	130
	G. Pokok Masalah	131
	H. Diagnosa Keperawatan	131
	I. Rencana Tindakan Keperawatan Pada Pasien Perilaku Kekerasan	132
	J. Evaluasi.....	135
	DAFTAR PUSTAKA.....	136
BAB 9	ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN MASALAH KECEMASAN	137
	A. Definisi.....	137
	B. Pengkajian	138
	C. Penilaian Stressor	141
	D. Sumber Koping.....	142
	E. Diagnosis	145
	F. Rencana Tindakan.....	147
	G. Tindakan Keperawatan	149
	H. Evaluasi.....	151
	I. Dokumentasi.....	152
	DAFTAR PUSTAKA.....	153

BAB 10	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KOGNITIF	154
	A. Pendahuluan	154
	B. Sejarah Penyakit Kognitif	155
	C. Definisi Gangguan Kognitif	157
	D. Jenis-Jenis Gangguan Kognitif	158
	E. Faktor Penyebab Gangguan Kognitif	159
	F. Manifestasi Klinis Gangguan Kognitif	161
	G. Pengkajian Data pada Pasien dengan Gangguan Kognitif	164
	H. Diagnosa Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kognitif	166
	I. Rencana Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kognitif	168
	J. Implementasi Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kognitif	170
	K. Evaluasi Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kognitif	173
	DAFTAR PUSTAKA	176
BAB 11	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN BIPOLAR.....	178
	A. Pendahuluan	178
	B. Tipe Gangguan Bipolar.....	179
	C. Epidemiologi Bipolar	182
	D. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Bipolar.....	183
	DAFTAR PUSTAKA	191
BAB 12	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PENYALAHGUNAAN ZAT (NAPZA)	193
	A. Pendahuluan	193
	B. Penyalahgunaan Napza.....	194
	C. Asuhan Keperawatan pada Penyalahgunaan Napza	197
	DAFTAR PUSTAKA	204

BAB 13	TERAPI MODALITAS DALAM KEPERAWATAN	
	JIWA	205
	A. Pendahuluan	205
	B. Terapi Modalitas.....	206
	DAFTAR PUSTAKA.....	220
BAB 14	MANAJEMEN KRISIS DALAM KEPERAWATAN	
	JIWA	222
	A. Pendahuluan	222
	B. Tujuan	223
	C. Penilaian	223
	D. Intervensi Manajemen Krisis	225
	E. Rehabilitasi dan Tindak Lanjut Pasien	231
	DAFTAR PUSTAKA.....	232
	TENTANG PENULIS.....	236

BAB 1

KONSEP DASAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Ns. Ade Sucipto, M.Tr.Kep

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan salah satu aspek penting dalam kehidupan individu yang mempengaruhi kesejahteraan fisik, emosional, dan sosial. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan jiwa sebagai kondisi di mana individu dapat menyadari potensi dirinya, mengelola stres, bekerja secara produktif, dan berkontribusi kepada komunitasnya. Namun, kenyataannya, gangguan kesehatan jiwa menjadi salah satu tantangan terbesar dalam sistem pelayanan kesehatan global (World Health Organization (WHO), 2023).

Menurut data WHO tahun 2023, sekitar 970 juta orang di dunia mengalami gangguan jiwa, dengan depresi dan kecemasan menjadi dua gangguan paling umum. Di Indonesia, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia, mencapai 7 dari 1.000 penduduk, sementara prevalensi gejala depresi pada penduduk berusia di atas 15 tahun mencapai 6,1% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Perawat, sebagai salah satu tenaga kesehatan profesional, memiliki peran strategis dalam mendukung individu yang mengalami gangguan jiwa. Peran mereka tidak hanya terbatas pada pemberian perawatan medis, tetapi juga meliputi pendampingan psikologis, edukasi kesehatan jiwa, serta advokasi untuk mencegah stigma terhadap penderita gangguan

jiwa. Pendekatan holistik dalam keperawatan kesehatan jiwa sangat diperlukan untuk memastikan pasien mendapatkan perawatan yang komprehensif, baik secara fisik maupun emosional(Purnell, 2021).

Namun, tantangan dalam keperawatan kesehatan jiwa masih cukup besar. Minimnya sumber daya manusia, stigma sosial, serta kurangnya pemahaman masyarakat terhadap kesehatan jiwa seringkali menghambat upaya preventif dan kuratif. Oleh karena itu, buku ini hadir untuk memberikan pemahaman mendalam tentang konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa, mulai dari teori hingga praktik, guna mendukung para perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam menjalankan peran mereka secara maksimal (Townsend, 2022).

B. Definisi Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa, sebagaimana didefinisikan oleh World Health Organization (WHO), adalah keadaan di mana individu menyadari potensinya sendiri, dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, bekerja secara produktif, dan mampu berkontribusi kepada komunitasnya (WHO, 2023). Kesehatan jiwa tidak hanya mencakup ketiadaan gangguan mental, tetapi juga keberfungsian optimal dalam aspek emosional, psikologis, dan sosial.

Menurut Townsend dan Morgan menjelaskan kesehatan jiwa mencakup kemampuan seseorang untuk beradaptasi terhadap stres kehidupan, membangun hubungan yang harmonis, dan menjalani kehidupan sehari-hari dengan tingkat kesejahteraan yang memadai. Konsep ini menggarisbawahi pentingnya keseimbangan antara pikiran, perasaan, dan tindakan dalam berbagai situasi (Townsend, 2022).

Gangguan kesehatan jiwa adalah kondisi yang ditandai dengan perubahan pola pikir, emosi, atau perilaku yang menyebabkan gangguan signifikan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau kegiatan sehari-hari. Gangguan ini dapat berupa depresi, kecemasan, bipolar, hingga gangguan psikotik seperti skizofrenia (American Psychiatric Association (APA), 2022).

C. Kriteria Sehat Jiwa

Kesehatan jiwa merujuk pada kondisi keseimbangan emosional, mental, dan sosial seseorang, yang memungkinkan individu untuk mengatasi tantangan hidup, berinteraksi dengan orang lain, serta berkontribusi secara positif kepada masyarakat. Berikut adalah beberapa kriteria sehat jiwa yang dapat digunakan untuk menilai kesejahteraan psikologis seseorang:

1. Kemampuan Untuk Mengelola Emosi

Individu dengan kesehatan jiwa yang baik dapat mengenali, mengelola, dan mengekspresikan emosinya secara tepat. Mereka tidak terjebak dalam perasaan negatif yang berlarut-larut dan mampu menghadapi stres dengan cara yang konstruktif.

2. Kemandirian dan Pengendalian Diri

Individu yang sehat jiwa memiliki rasa percaya diri yang tinggi dan dapat mengontrol tindakan serta keputusan mereka. Mereka mampu bertanggung jawab terhadap pilihan dan tindakannya.

3. Kemampuan Beradaptasi

Orang yang sehat jiwa dapat beradaptasi dengan berbagai situasi dan perubahan yang terjadi dalam hidup. Kemampuan untuk menyesuaikan diri dalam lingkungan yang terus berubah merupakan salah satu tanda kesehatan mental yang baik.

4. Hubungan Sosial yang Positif

Mampu menjalin dan mempertahankan hubungan sosial yang sehat adalah indikator penting kesehatan jiwa. Individu dengan kesehatan jiwa yang baik memiliki dukungan sosial yang kuat, baik itu keluarga, teman, atau komunitas.

5. Perasaan Puas dengan Diri Sendiri

Individu yang sehat jiwa memiliki perasaan puas dengan diri mereka sendiri. Mereka tidak terjebak dalam rasa tidak aman atau perasaan rendah diri. Mereka memahami dan menerima kekuatan dan kelemahan diri mereka.

6. Kemampuan Menghadapi Tantangan

Kemampuan untuk menghadapi tantangan hidup, baik yang bersifat pribadi maupun profesional, dan tetap maju meskipun menghadapi kesulitan adalah tanda orang yang sehat jiwa.

7. Keseimbangan dalam Hidup

Kesehatan jiwa juga mencakup kemampuan untuk menemukan keseimbangan antara pekerjaan, keluarga, kegiatan pribadi, dan waktu untuk diri sendiri. Ini membantu individu menjaga kesejahteraan mental yang lebih stabil.

8. Perasaan Bahagia dan Memiliki Tujuan

Seseorang dengan kesehatan jiwa yang baik cenderung merasa bahagia dan memiliki tujuan hidup yang jelas. Mereka merasa diberdayakan untuk mencapai impian dan tujuan hidup mereka, dan ini memberikan makna dalam hidup mereka.

9. Tidak Terlalu Terpengaruh oleh Masalah

Individu yang sehat jiwa tidak terlarut-larut dalam masalah. Mereka memiliki perspektif yang baik dalam melihat kesulitan dan mampu melihatnya sebagai tantangan yang bisa dihadapi dengan cara yang positif.

10. Tidak Mengalami Gangguan Mental yang Signifikan

Meskipun sesekali mengalami stres atau kecemasan, individu yang sehat jiwa tidak menderita gangguan mental seperti depresi, gangguan kecemasan, atau gangguan psikologis yang lainnya dalam jangka waktu lama (Rohman, 2016).

D. Tujuan Keperawatan Kesehatan Jiwa

Keperawatan kesehatan jiwa memiliki beberapa tujuan utama yang menjadi pedoman dalam memberikan pelayanan kepada individu dengan masalah kesehatan mental. Tujuan ini mencerminkan pendekatan holistik untuk mendukung kesejahteraan mental, emosional, dan sosial klien. Berikut adalah penjelasan rinci dari setiap tujuan:

1. Meningkatkan Pemahaman tentang Kesehatan Mental

Pemahaman tentang kesehatan mental yang baik adalah langkah awal untuk mencegah gangguan jiwa. Tujuan ini berfokus pada:

- a. Edukasi klien dan keluarga: Memberikan informasi tentang pentingnya kesehatan mental, termasuk bagaimana menjaga keseimbangan emosi dan mengelola stres.
- b. Mengurangi stigma: Mengedukasi masyarakat agar memahami bahwa gangguan jiwa adalah kondisi medis yang dapat diobati, bukan sekadar kelemahan karakter atau mitos budaya.
- c. Meningkatkan kesadaran diri: Membantu individu mengenali tanda-tanda awal gangguan mental, sehingga mereka dapat mencari bantuan lebih dini.

Contoh Implementasi: Mengadakan program edukasi kesehatan mental di komunitas, menyebarkan informasi melalui media sosial, atau mengadakan sesi konseling kelompok.

2. Memulihkan Fungsi Klien dengan Gangguan Jiwa

Tujuan ini menitikberatkan pada pemulihan kondisi klien agar dapat kembali berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-hari. Pendekatannya meliputi:

- a. Terapi rehabilitasi: Memberikan terapi yang berfokus pada pemulihan kemampuan klien, seperti terapi kognitif-behavioral, terapi okupasi, atau terapi seni.
- b. Pendampingan psikososial: Membantu klien mengembangkan keterampilan sosial dan membangun hubungan interpersonal yang sehat.
- c. Pemberian dukungan holistik: Menyelaraskan pendekatan biologis (obat), psikologis (terapi), dan sosial (dukungan komunitas) untuk mempercepat pemulihan.

Contoh Implementasi: Melibatkan klien dalam kegiatan komunitas, mendukung reintegrasi mereka ke dalam pekerjaan, atau membantu klien menetapkan tujuan hidup yang realistis.

3. Mencegah Terjadinya Gangguan Kesehatan Jiwa

Upaya preventif menjadi pilar utama dalam keperawatan kesehatan jiwa. Pencegahan dilakukan dalam tiga tingkatan:

- a. Pencegahan primer: Mengurangi risiko gangguan jiwa melalui promosi kesehatan mental, seperti mengelola stres, menciptakan lingkungan yang mendukung, dan meningkatkan keterampilan coping.
- b. Pencegahan sekunder: Deteksi dini gangguan mental melalui skrining, konseling, atau observasi terhadap individu dengan risiko tinggi.
- c. Pencegahan tersier: Mencegah kekambuhan pada klien dengan riwayat gangguan jiwa melalui perawatan berkelanjutan dan dukungan jangka panjang.

Contoh Implementasi: Mengadakan pelatihan manajemen stres, melibatkan masyarakat dalam program kesehatan jiwa berbasis komunitas, atau mengembangkan hotline konsultasi psikologis.

E. Ruang Lingkup Keperawatan Kesehatan Jiwa

Keperawatan kesehatan jiwa memiliki ruang lingkup yang luas dan beragam, mencakup berbagai aspek perawatan, pendekatan multidisiplin, serta upaya pencegahan yang terorganisasi. Berikut adalah uraian rinci mengenai setiap aspek ruang lingkup tersebut:

1. Fokus Perawatan Kesehatan Jiwa

Keperawatan kesehatan jiwa berfokus pada pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif dan holistik kepada berbagai tingkatan individu dan kelompok, meliputi:

a. Klinik

Memberikan perawatan langsung kepada pasien di fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit jiwa, unit psikiatri di rumah sakit umum, atau klinik kesehatan jiwa. Contohnya adalah terapi farmakologis, terapi okupasi, atau konseling.

b. Komunitas:

Mengimplementasikan pendekatan kesehatan berbasis komunitas, termasuk penyuluhan kesehatan jiwa dan mendukung reintegrasi pasien ke masyarakat. Contoh: Program rehabilitasi berbasis komunitas (community-based rehabilitation/CBR).

c. Individu:

Memberikan perawatan yang berpusat pada pasien (patient-centered care), seperti konseling individu atau terapi kognitif-behavioral untuk membantu pasien mengelola gangguan mentalnya.

d. Keluarga

Melibatkan keluarga sebagai bagian dari proses perawatan, memberikan edukasi tentang cara mendukung pasien, dan membantu mengurangi stigma di lingkungan keluarga. Contoh: Pelatihan kepada keluarga tentang pengelolaan stres atau intervensi krisis.

2. Pekerjaan Lintas Disiplin dengan Profesional Kesehatan Lainnya

Keperawatan kesehatan jiwa melibatkan kolaborasi dengan berbagai profesional kesehatan untuk memastikan perawatan yang terintegrasi. Kolaborasi ini mencakup:

a. Psikiater

Bertugas mendiagnosis dan memberikan terapi medis, seperti pemberian obat antidepresan atau antipsikotik. Perawat bekerja untuk memantau efek obat dan memberikan pendidikan kepada pasien.

b. Psikolog

Menyediakan terapi non-farmakologis seperti terapi kognitif, terapi kelompok, atau terapi keluarga. Perawat mendukung implementasi rekomendasi psikolog dalam perawatan sehari-hari.

c. Pekerja Sosial

Membantu menangani aspek sosial pasien, seperti dukungan hukum, reintegrasi sosial, dan akses terhadap sumber daya masyarakat. Perawat mendampingi pasien dalam menjalani program rehabilitasi sosial.

d. Terapi Okupasi

Membantu pasien mengembangkan keterampilan untuk kehidupan sehari-hari melalui kegiatan yang terstruktur. Perawat memberikan dukungan untuk menjaga keberlanjutan program terapi.

3. Tahapan Pencegahan

Upaya pencegahan dalam keperawatan kesehatan jiwa dilakukan pada tiga tingkat berikut:

a. Pencegahan Primer

Bertujuan untuk menghindari terjadinya gangguan jiwa melalui edukasi kesehatan mental, promosi pola hidup sehat, dan menciptakan lingkungan yang mendukung. Contoh: Mengadakan seminar kesehatan mental di sekolah atau kampus.

b. Pencegahan Sekunder

Deteksi dini gangguan mental dan intervensi segera untuk mencegah perburukan kondisi. Contoh: Skrining gejala depresi pada remaja atau memberikan terapi awal kepada pasien yang mengalami kecemasan.

c. Pencegahan Tersier

Bertujuan untuk mengurangi dampak jangka panjang dari gangguan mental melalui rehabilitasi dan pencegahan kekambuhan. Contoh: Memberikan dukungan kepada pasien skizofrenia yang telah menjalani pengobatan untuk menjaga kestabilan kondisi mentalnya.

F. Perkembangan Keperawatan Kesehatan Jiwa

Keperawatan kesehatan jiwa telah mengalami perjalanan panjang dari sekadar bentuk perawatan dasar hingga menjadi disiplin ilmu yang terstruktur dan berbasis bukti (evidence-based). Perkembangannya mencakup sejarah awal, kemajuan metode, hingga tantangan yang dihadapi dalam praktik di era modern. Berikut adalah uraian rinci tentang perkembangan keperawatan kesehatan jiwa.

1. Sejarah Keperawatan Kesehatan Jiwa

a. Era Tradisional

Pada masa lalu, gangguan jiwa sering dianggap sebagai akibat dari dosa, gangguan spiritual, atau pengaruh supranatural. Perawatan biasanya dilakukan melalui pendekatan tradisional seperti ritual, pengasingan, atau perlakuan kasar. Peran perawat belum dikenal dalam konteks ini.

b. Revolusi Psikiatri

Pada abad ke-18 hingga 19, muncul pendekatan moral terhadap pasien gangguan jiwa. Philippe Pinel di Prancis dan William Tuke di Inggris memperkenalkan perlakuan manusiawi terhadap pasien. Ini menjadi cikal bakal konsep keperawatan kesehatan jiwa yang lebih etis.

c. Peran Perawat Modern

Florence Nightingale, melalui pendekatannya dalam keperawatan, menekankan pentingnya lingkungan yang mendukung penyembuhan, termasuk untuk pasien dengan gangguan mental. Pada abad ke-20, pendidikan formal untuk perawat kesehatan jiwa mulai berkembang di berbagai negara, termasuk Indonesia.

2. Kemajuan dalam Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa

a. Metode Terapi Baru

Perkembangan terapi berbasis kognitif dan perilaku (CBT) menjadi pendekatan utama untuk berbagai gangguan mental seperti depresi dan kecemasan (Beck, 2009). Integrasi terapi farmakologis dengan psikososial memungkinkan perawatan yang lebih efektif

untuk gangguan berat seperti skizofrenia dan bipolar(American Psychiatric Association (APA), 2022).

b. Pendekatan Holistik

Keperawatan kesehatan jiwa modern tidak hanya fokus pada pengobatan medis tetapi juga memperhatikan aspek psikologis, sosial, budaya, dan spiritual pasien. Pendekatan ini memberikan hasil yang lebih baik dalam mendukung pemulihan pasien secara menyeluruh (Purnell, 2021).

c. Teknologi dalam Keperawatan Jiwa

Penggunaan aplikasi berbasis teknologi untuk terapi, konseling jarak jauh (tele-counseling), dan monitoring kesehatan jiwa pasien menjadi tren yang mempermudah akses layanan.

3. Tantangan dan Prospek Keperawatan Kesehatan Jiwa di Era Modern

a. Tantangan

1) Stigma Sosial

Meskipun telah ada kemajuan signifikan, stigma terhadap gangguan jiwa masih tinggi. Ini menghambat pasien dalam mencari bantuan.

2) Kekurangan Tenaga Ahli

Di banyak negara, termasuk Indonesia, jumlah perawat kesehatan jiwa yang terlatih masih terbatas dibandingkan kebutuhan yang terus meningkat.

3) Kompleksitas Kasus

Meningkatnya gangguan jiwa akibat tekanan hidup modern, seperti depresi dan kecanduan teknologi, menuntut pendekatan baru yang lebih adaptif.

b. Prospek

1) Peningkatan Literasi Kesehatan Jiwa

Upaya edukasi masyarakat melalui kampanye publik mulai menunjukkan hasil positif dalam meningkatkan kesadaran dan penerimaan terhadap gangguan jiwa.

2) Pendidikan dan Pelatihan

Pendidikan formal dan pelatihan khusus bagi perawat kesehatan jiwa terus berkembang, menciptakan tenaga kerja yang lebih kompeten.

3) Integrasi Pelayanan Kesehatan Jiwa dalam Sistem Kesehatan Umum

Banyak negara mulai mengintegrasikan layanan kesehatan jiwa ke dalam layanan kesehatan primer untuk meningkatkan aksesibilitas.

G. Standar Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa

Standar praktik keperawatan kesehatan jiwa bertujuan untuk memberikan panduan kepada perawat dalam memberikan pelayanan yang holistik dan berbasis bukti. Standar ini mencakup seluruh tahapan asuhan keperawatan, mulai dari asesmen hingga evaluasi, yang berfokus pada pemulihan kesehatan jiwa individu, keluarga, dan masyarakat.

1. Standar 1: Asesmen

Mengumpulkan data komprehensif mengenai kondisi bio-psiko-sosial, spiritual, dan budaya pasien. Penggunaan alat asesmen seperti MMSE (*Mini-Mental State Examination*), SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*), atau *Hamilton Anxiety Scale*. Identifikasi kebutuhan pasien, seperti risiko bunuh diri, isolasi sosial, atau kecemasan.

2. Standar 2: Diagnosa Keperawatan

Mengidentifikasi masalah keperawatan berdasarkan hasil asesmen, Menetapkan diagnosa keperawatan menggunakan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia). Contoh diagnosa Halusinasi, Waham, Resiko bunuh diri, Resiko kekerasan, Isolasi sosial, Harga diri rendah, Defisit perawatan diri.

3. Standar 3: Perencanaan Keperawatan

Merancang rencana asuhan keperawatan sesuai prioritas pasien, menyusun tujuan dengan menentukan luar keperawatan menggunakan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan Menyusun rencana

keperawatan menggunakan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

4. Standar 4: Implementasi

Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan baik sifatnya: Observasi, Terapeutik, Edukasi dan Kolaborasi.

5. Standar 5: Evaluasi

Mengevaluasi efektivitas intervensi yang telah diberikan, mengukur pencapaian tujuan asuhan keperawatan atau luaran keperawatan yang sudah ditetapkan (SLKI), dan membuat rencana lanjutan jika diperlukan.

H. Peran Perawat Kesehatan Jiwa

Perawat kesehatan jiwa memiliki peran yang sangat penting dalam merawat pasien dengan gangguan kesehatan jiwa, baik di rumah sakit, puskesmas, maupun dalam keperawatan komunitas. Perawat bertanggung jawab tidak hanya untuk memberikan perawatan fisik, tetapi juga untuk mendukung pasien dalam proses pemulihan mental dan emosional mereka. Berikut adalah beberapa peran perawat kesehatan jiwa menurut berbagai ahli dan praktik keperawatan:

1. Peran Sebagai Pemberi Perawatan (*Caregiver*)

Sebagai pemberi perawatan, perawat kesehatan jiwa bertanggung jawab untuk memberikan perawatan langsung kepada pasien dengan gangguan kesehatan jiwa. Perawat melakukan asesmen untuk memahami kondisi fisik, emosional, dan mental pasien, serta merencanakan intervensi yang tepat sesuai dengan kebutuhan individu. Perawat juga memberikan pengobatan yang tepat, memberikan terapi psikologis sederhana, serta memantau efek samping dari pengobatan (Neuman, 1995).

2. Peran Sebagai Pengasuh Emosional dan Sosial (*Emotional and Social Supporter*)

Perawat kesehatan jiwa sering kali berfungsi sebagai pengasuh emosional bagi pasien yang mengalami gangguan mental, seperti kecemasan, depresi, atau gangguan psikosis. Mereka berkomunikasi dengan pasien untuk memberikan dukungan sosial, mendengarkan keluhan dan perasaan pasien, serta membantu pasien untuk memahami dan mengelola emosinya. Dalam hubungan ini, perawat menggunakan pendekatan terapeutik untuk membantu pasien mengatasi stres dan kecemasan mereka (Peplau, 1997).

3. Peran Sebagai Pendamping dalam Proses Terapeutik (*Therapeutic Companion*)

Perawat memainkan peran kunci dalam membimbing pasien melalui proses terapeutik. Mereka bekerja sama dengan pasien untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah yang dihadapi, serta mendukung pengembangan keterampilan koping yang efektif. Dalam konteks ini, perawat menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung dimana pasien dapat merasa dihargai dan didengarkan. Mereka membantu pasien untuk mencapai pemahaman yang lebih baik tentang kondisi mental mereka, serta memberikan dukungan selama proses pemulihan (Roy, 2009).

4. Peran Sebagai Pendidik (*Educator*)

Sebagai pendidik, perawat kesehatan jiwa bertugas memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya mengenai gangguan kesehatan jiwa yang dialami. Ini termasuk memberikan edukasi tentang pengobatan, pengelolaan gejala, teknik relaksasi, serta bagaimana cara menghindari faktor pemicu yang dapat memperburuk kondisi kesehatan jiwa pasien. Perawat juga memberikan informasi mengenai dukungan sosial yang tersedia dan membantu pasien serta keluarganya untuk memahami pentingnya perawatan lanjutan (Meleis, 2007).

5. Peran Sebagai Fasilitator dalam Intervensi Psikososial
(*Facilitator in Psychosocial Interventions*)

Perawat kesehatan jiwa berperan dalam melakukan intervensi psikososial untuk membantu pasien mengembangkan keterampilan sosial yang sehat dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Ini termasuk intervensi untuk mengatasi kesepian, meningkatkan interaksi sosial, dan memfasilitasi kegiatan yang dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis pasien. Perawat menggunakan teknik komunikasi yang efektif, seperti mendengarkan secara aktif, memberikan umpan balik yang membangun, dan membantu pasien untuk memahami perasaan dan emosi mereka (Benner, 1984).

6. Peran Sebagai Penghubung antara Pasien dan Tim Kesehatan
(*Coordinator and Liaison*)

Perawat kesehatan jiwa juga berfungsi sebagai penghubung antara pasien dan anggota tim kesehatan lainnya, seperti psikolog, psikiater, pekerja sosial, dan keluarga. Mereka membantu mengkoordinasikan perawatan dan memastikan bahwa semua informasi mengenai kondisi pasien diteruskan dengan tepat kepada semua pihak yang terlibat dalam perawatan. Perawat juga membantu memfasilitasi rujukan ke pelayanan kesehatan lainnya jika diperlukan (Rogers, 1970).

7. Peran Sebagai Pengamat dan Evaluator (*Observer and Evaluator*)

Perawat kesehatan jiwa melakukan evaluasi berkala terhadap kondisi pasien, mengidentifikasi perubahan dalam gejala atau perilaku, serta memantau efek terapi yang diberikan. Mereka harus memperhatikan tanda-tanda peringatan yang menunjukkan perubahan kondisi mental pasien, seperti peningkatan kecemasan, depresi, atau perilaku berisiko. Hasil evaluasi ini kemudian digunakan untuk menyesuaikan rencana perawatan agar lebih efektif (Neuman, 1995).

8. Peran Sebagai Advokat untuk Pasien (*Advocate*)

Sebagai advokat, perawat kesehatan jiwa berperan dalam memastikan bahwa hak-hak pasien dihormati dan diperhatikan selama proses perawatan. Mereka membantu pasien untuk berbicara tentang kebutuhannya, baik dalam hal perawatan medis, dukungan sosial, atau kebutuhan psikologis lainnya. Perawat juga memberikan informasi kepada pasien tentang hak-hak mereka dalam perawatan kesehatan dan membantu mereka untuk mengakses sumber daya yang mereka perlukan untuk mendukung pemulihan mereka (Peplau, 1997).

I. Sasaran dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa

Keperawatan kesehatan jiwa memiliki berbagai sasaran yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan mental dan emosional pasien yang mengalami gangguan jiwa. Sasaran ini ditetapkan berdasarkan asesmen menyeluruh terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan pasien. Perawat berperan dalam merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi intervensi yang sesuai untuk setiap pasien agar dapat mencapai keseimbangan emosional dan kualitas hidup yang lebih baik. Berikut adalah beberapa sasaran utama dalam keperawatan kesehatan jiwa:

1. Peningkatan Kesejahteraan Mental Pasien

Sasaran utama dalam keperawatan kesehatan jiwa adalah meningkatkan kesejahteraan mental pasien. Ini mencakup pengurangan gejala-gejala gangguan jiwa seperti kecemasan, depresi, atau gangguan afektif. Perawat bertugas untuk membantu pasien dalam mengidentifikasi masalah yang mereka hadapi, mengembangkan keterampilan coping yang lebih baik, dan meningkatkan rasa kontrol diri pasien (Cherry, 2021). Seorang pasien dengan gangguan kecemasan akan diajarkan teknik relaksasi (seperti pernapasan dalam atau meditasi) untuk mengurangi kecemasan yang dirasakannya dan meningkatkan kontrol emosionalnya. Pasien dengan depresi akan diberikan dukungan emosional

dan diberi informasi mengenai terapi perilaku kognitif (CBT) untuk membantu mereka mengatasi pikiran negatif.

2. Peningkatan Keterampilan Koping (*Coping Skills*)

Sasaran lainnya adalah membantu pasien untuk mengembangkan keterampilan koping yang sehat untuk menghadapi stres atau gangguan emosional. Perawat membantu pasien untuk mengenali faktor-faktor pemicu (triggers) stres dan memberikan pendekatan untuk mengelola stres tersebut dengan cara yang lebih konstruktif (Sullivan, 2019). Pasien yang mengalami stres kronis akibat pekerjaan dapat diberi teknik manajemen stres seperti time management, relaksasi, atau perencanaan kegiatan yang lebih realistis untuk mengurangi beban mental.

3. Peningkatan Keterlibatan Pasien dalam Pengobatan dan Perawatan

Keterlibatan aktif pasien dalam perawatan dan pengobatan mereka adalah sasaran penting dalam keperawatan kesehatan jiwa. Hal ini bertujuan agar pasien merasa memiliki kontrol atas kondisi kesehatannya, sehingga mereka lebih kooperatif dalam menjalani terapi atau pengobatan yang dianjurkan (Morgan, 2020). Seorang pasien dengan gangguan bipolar diberi penjelasan mengenai pentingnya adherensi terhadap pengobatan (obat stabilizer suasana hati) dan diajak berdiskusi tentang peran mereka dalam menjaga rutinitas obat yang teratur. Pasien dengan gangguan stres pascatrauma (PTSD) didorong untuk berpartisipasi dalam terapi kelompok untuk meningkatkan keterampilan sosial dan berbagi pengalaman dengan orang lain yang memiliki masalah serupa.

4. Pemulihan Fungsi Sosial Pasien

Sasaran lain adalah pemulihan fungsi sosial pasien, yang meliputi kemampuan pasien untuk berinteraksi dengan orang lain, menjalani kehidupan sosial, dan melakukan aktivitas sehari-hari secara produktif. Perawat mendorong pasien untuk membangun kembali hubungan interpersonal yang sehat dan terlibat dalam kegiatan sosial yang positif.

Pasien yang sebelumnya menghindari interaksi sosial akibat gangguan kecemasan sosial akan didorong untuk menghadiri kelompok dukungan atau acara sosial kecil untuk meningkatkan keterampilan sosial mereka. Pasien dengan gangguan bipolar diberi dukungan untuk kembali bekerja atau melanjutkan pendidikan, dengan memberi pemahaman tentang bagaimana mereka bisa menjaga stabilitas suasana hati mereka saat berinteraksi di lingkungan sosial.

5. Pencegahan Kekambuhan dan Komplikasi

Dalam keperawatan kesehatan jiwa, salah satu sasaran adalah mencegah kekambuhan gangguan jiwa dan komplikasi yang mungkin timbul. Ini melibatkan pemantauan rutin terhadap kondisi pasien dan identifikasi tanda-tanda peringatan yang menunjukkan potensi kekambuhan. Pasien yang memiliki riwayat gangguan kecemasan diberi informasi tentang tanda-tanda awal serangan kecemasan dan cara-cara untuk mengelola stres agar tidak berkembang menjadi gangguan yang lebih serius. Pasien yang menjalani perawatan untuk skizofrenia akan diberikan edukasi tentang pentingnya rutin mengonsumsi obat antipsikotik dan menjaga kesehatan mental mereka melalui aktivitas fisik dan relaksasi.

6. Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien

Sasaran terakhir adalah meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan, termasuk mengurangi gejala-gejala negatif yang dapat mempengaruhi fungsi kehidupan sehari-hari mereka. Kualitas hidup pasien yang baik mencakup keseimbangan antara aspek fisik, mental, emosional, sosial, dan spiritual. Pasien dengan gangguan tidur yang disebabkan oleh kecemasan akan dibantu untuk membangun kebiasaan tidur yang sehat melalui terapi perilaku tidur dan teknik relaksasi. Pasien yang mengalami depresi kronis didorong untuk berpartisipasi dalam kegiatan yang mereka nikmati, seperti berolahraga, berkebun, atau

seni, untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan emosional mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., DSM-5-TR)*. APA Publishing.
- Beck, A. T. , & A. B. A. (2009). *Depression: Causes and Treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley.
- Cherry, B. (2021). *Contemporary Nursing: Issues, Trends, and Management*. 9th ed. Elsevier Health Sciences.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Morgan, T. , & S. T. (2020). *Foundations of Mental Health Nursing*. 3rd ed. Sage Publications.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model: A Total System Approach to Nursing Care*. Appleton & Lange.
- Peplau, H. E. (1997). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Publishing Company.
- Purnell, L. D. , & P. B. J. (2021). *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*. F.A. Davis Company.
- Rogers, M. E. (1970). *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Davis Company.
- Rohman, M. , & S. S. (2016). *Psikologi Kesehatan: Teori dan Praktek*. Pustaka Pelajar.
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model: Theoretical Foundations and Applications*. Pearson Education.

- Sullivan, S. , & M. E. S. (2019). *Psychiatric Nursing: Assessment, Care Plans, and Medications*. 7th ed. *Elsevier Health Sciences*.
- Townsend, M. C. , & M. K. I. (2022). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. F.A. Davis Company.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Mental Health*. Retrieved from <https://www.who.int>.

BAB 2

TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN JIWA

Hanim Nur Faizah, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan

Model konseptual merupakan kerangka kerja konseptual, system atau skema yang menerangkan tentang serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi atau kejadian terhadap suatu ilmu dan perkembangannya. Konsep model keperawatan jiwa tentunya mengarah pada kesehatan jiwa seseorang, yaitu perasaan sehat dan bahagia serta mampu mengatasi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya, serta mempunyai sikap positif pada diri sendiri dan orang lain.

Kesehatan jiwa seseorang meliputi, perasaan terhadap diri sendiri, terhadap orang lain, mengatasi persoalan hidup sehari-hari. Model konseptual keperawatan jiwa mengurai situasi yang terjadi dalam lingkungan atau stresor yang mengakibatkan seseorang individu menciptakan perubahan yang adaptif baik secara mandiri maupun bantuan perawat. Model konseptual keperawatan jiwa merupakan upaya yang dilakukan baik oleh perawat untuk menolong seseorang dalam mempertahankan keseimbangan melalui mekanisme koping yang positif untuk mengatasi stresor yang dialaminya (Videbeck, 2008). Oleh karena itu, berbagai teori keperawatan yang sering digunakan dalam keperawatan kesehatan jiwa sangat banyak, mulai dari teori tentang psikodinamika

bagaimana gangguan jiwa itu terjadi sampai pada semua tindakan dan intervensi untuk membantu pasien gangguan jiwa.

Teori model yang paling banyak digunakan dalam keperawatan kesehatan jiwa dan wajib diketahui bagi tenaga kesehatan yang bekerja di area keperawatan kesehatan jiwa, pemerhati masalah kesehatan jiwa atau termasuk *care giver* antara lain tentang perkembangan kepribadian dan pengaruhnya terhadap penyimpangan perilaku sehingga menimbulkan gangguan jiwa, teori model psikobiologi dari gangguan jiwa dan teori pengaruh budaya dan spiritualitas pada gangguan jiwa (Alligood, 2010).

Tabel 2.1 Teori dalam lingkup kesehatan jiwa

Teori Model	Ruang Lingkup Pembahasan Teori	Tokoh Pengembang
Perkembangan Kepribadian	Psikoanalisa	Sigmund Frued
	Hubungan interpersonal	Sullivan
	Perkembangan psikososial	Erikson
	Teori terkait tujuan	Mohler
	Perkembangan kognitif	Piaget
	Perkembangan moral	Kohelberg's
	Model keperawatan	Hildegard E. Peplau
Psikobiologi	Sistem saraf dan anatomi otak	
	Neuroendocrinology	
	Genetik	
	Psikoimmunologi	
Budaya dan Spiritualitas	Budaya	Griffin
	Spiritual	Smucker

Konsep teori yang secara khusus digunakan untuk mempelajari penyimpangan perilaku dan bagaimana proses terapeutik dikembangkan antara lain teori psikoanalisa, interpersonal, sosial, eksistensial, komunikasi, supportif,

perilaku, model medik dan stress adaptasi, secara ringkas seperti pada tabel berikut :

Tabel 2.2 Teori yang mempelajari penyimpangan perilaku

Model	Tokoh	Konsep Inti
Psikoanalisa	Sigmund Frued Erikson Klien Horney Fromm- Reichmann Menninger	Penyimpangan perilaku didasarkan pada perkembangan dini dan resolusi konflik yang tidak adekuat
Interpersonal	Sullivan Peplau	Ansietas timbul dan dialami secara interpersonal, rasa takut yang mendasar adalah takut terhadap penolakan. Seseorang membutuhkan rasa aman dan kepuasan yang diperoleh melalui hubungan interpersonal yang positif
Sosial	Szasz Caplan	Faktor sosial dan lingkungan menciptakan stres, menyebabkan ansietas, mengakibatkan timbulnya gejala. Perilaku yang tidak dapat diterima atau menyimpang diartikan secara sosial dan memenuhi kebutuhan sistem sosial
Eksistensial	Perls Glessner Ellis Rogers Frankl	Hidup ini akan sangat berarti apabila seseorang dapat mengalami dan menerima <i>self</i> (diri) sepenuhnya. Penyimpangan perilaku terjadi jika individu gagal dalam

Model	Tokoh	Konsep Inti
		upaya untuk menemukan dan menerima diri
Supportif	Werman Rockland	Masalah terjadi sebagai akibat dari faktor biologis, psikologis dan sosial. Penekanan pada respon koping maladaptif saat ini
Komunikasi	Berne Watzlawick	Gangguan perilaku terjadi apabila pesan tidak dikomunikasikan dengan jelas. Bahasa dapat digunakan untuk merusak makna pesan bisa diteruskan secara serentak pada berbagai tingkatan. Kesan verbal dan non verbal mungkin tidak selaras.
Perilaku	Bandura Pavlov Wolpe Skinner	Perilaku dapat dipelajari. Penyimpangan terjadi karena manusia telah membentuk kebiasaan perilaku yang tidak diinginkan. Karena perilaku dapat dipelajari, maka perilaku juga dapat tidak dipelajari. Perilaku menyimpang terjadi berulang karena berguna untuk mengurangi ansietas. Jika demikian, perilaku lain yang dapat mengurangi ansietas dapat dipakai sebagai pengganti
Medik	Meyer Kraepelin Spritzer Frances	Gangguan perilaku disebabkan oleh penyakit biologis.

Model	Tokoh	Konsep Inti
		Gejala timbul sebagai akibat dari kombinasi faktor fisiologis, genetik, lingkungan dan sosial. Perilaku menyimpang berhubungan dengan toleransi pasien terhadap stress
Stress Adaptasi	Stuart	Mengidentifikasi sehat sakit sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan, terdiri dari; faktor predisposisi, stressor presipitasi, penilaian terhadap stres, sumber koping dan mekanisme koping

Teori filosofis dan grand teori dalam keperawatan telah menjadi titik tolak pengembangan ilmu keperawatan, termasuk dalam keperawatan jiwa. Beberapa jenis teori telah dikembangkan dengan objek studi yang lebih spesifik melalui berbagai riset, sehingga disebut kelompok *middle range* teori, beberapa juga telah dikembangkan untuk menjadi panduan praktis pemberian asuhan keperawatan. Beberapa teori *middle range* yang sering dipakai dalam keperawatan jiwa diantaranya; Cheryl Tetano Back, Merle Helaine Mishel, Phill Barker, Kristen Swanson, Shirly M. Moore dan Georgene Gaskill Easkes, teori *middle range*.

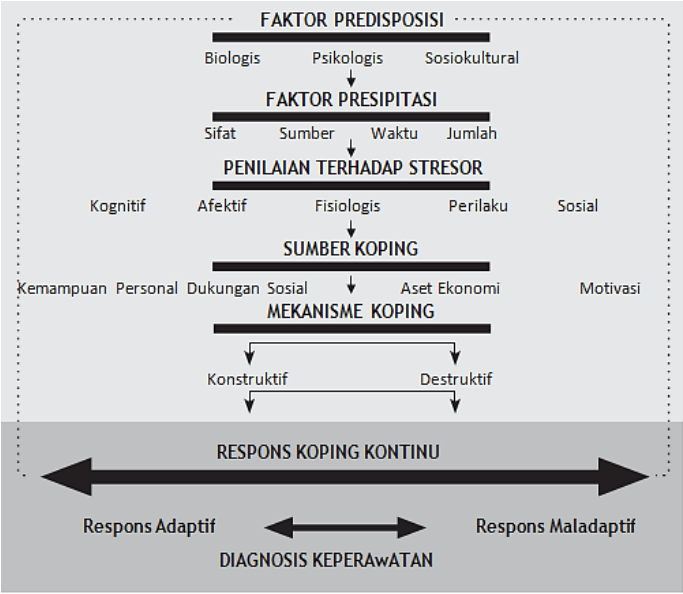
B. Model Konsep Keperawatan Jiwa

1. Model Konsep Adaptasi Stres Gail Stuart

a. Deskripsi Model Adaptasi Stres Gail Stuart

Model adaptasi stres yang pertama kali dikembangkan oleh Gail Stuart pada tahun 1983 mengemukakan model stres adaptif untuk pelayanan keperawatan jiwa bahwa perilaku manusia dari perspektif

holistik yang menyatukan beberapa aspek meliputi aspek biologis, psikologis dan sosial budaya dari layanan praktik keperawatan holistik. Semua aspek tersebut mengkaji individu dan lingkungannya. Sedangkan aspek psikososial biologis model adaptasi Stuart ditunjukkan dalam skema berikut:



Gambar 2.1 Pengkajian Model Adaptasi Stress Gail Stuart

Sumber: Gail Stuart dan Laraia, 2005 dalam Yusuf, Fitryasari dan Nihayati, 2015

Gambar pengkajian model stres adaptif terdiri dari faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping dan mekanisme coping serta coping stres terdiri dari adaptif dan maladaptif.

b. Komponen Pengkajian Model Adaptasi Stress Gail Stuart

Komponen pengkajian model adaptasi stres Gail Stuart dalam keperawatan kesehatan jiwa sebagai berikut:

1) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stres yang berasal dari faktor biologis, psikososial dan sosiokultural. Faktor tersebut akan mempengaruhi seseorang dalam memberikan arti dan nilai terhadap stres serta pengalaman stres yang dialaminya. Beberapa faktor predisposisi meliputi sebagai berikut:

- a) Biologi: latar belakang genetik, status gizi, sensitivitas biologis, kesehatan umum dan paparan racun.
- b) Psikologis: kecerdasan, keterampilan lisan, budi pekerti, pengalaman pribadi, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis dan lain-lain.
- c) Sosiokultural: usia, gender, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial dan tingkatan sosial.

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah dorongan yang mengancam individu. Faktor presipitasi membutuhkan energi untuk menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis dan sosiokultural. Beberapa faktor presipitasi meliputi sebagai berikut:

- a) Kejadian yang menekan (stressful)

Ada tiga jenis kejadian yang menekan kehidupan, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial dan keinginan sosial.

- b) Ketegangan hidup

Kondisi kronis dapat meningkatkan stres yang disebabkan oleh ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja dan kesendirian.

3) Penilaian terhadap Stresor

Penilaian terhadap stresor melibatkan penentuan arti dan pemahaman terhadap dampak situasi stres bagi individu.

a) Respons kognitif

Respons kognitif merupakan bagian penting dari model ini. Faktor kognitif memainkan peran sentral dalam adaptasi. Faktor kognitif menangkap kejadian yang menimbulkan stres, memilih pola koping yang akan digunakan, serta menangkap respon emosional, fisiologis, perilaku dan reaksi sosial seseorang. Penilaian kognitif adalah jembatan psikologis antara seseorang dengan lingkungannya dalam menghadapi kehancuran dan potensial kehancuran. Ada tiga jenis utama penilaian stressor stres yaitu kehilangan, ancaman dan tantangan.

b) Respons afektif

Respons afektif adalah membangun perasaan. Dalam menilai terhadap stresor respons afektif utama adalah reaksi non-spesifik atau reaksi kecemasan yang diekspresikan dalam bentuk emosi. Respons afektif seperti kesedihan, ketakutan, kemarahan, penerimaan, ketidakpercayaan, antusias atau kejutan. Emosi juga menggambarkan jenis, waktu dan karakter yang berubah sebagai hasil dari suatu kejadian.

c) Respons fisiologis

Respons fisiologis merefleksikan interaksi beberapa hormon neuroendokrin seperti prolaktin, hormon adrenokortikotropik (ACTH), vasopresin, oksitosin, insulin, epinefrin norepinefrin dan neurotransmitter lain di otak. Respons fisiologis melawan atau menghindari (*the fight-or-flight*) merangsang divisi simpatik dari sistem saraf otonom dan meningkatkan aktivitas kelenjar

adrenal. Selain itu, stres dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh untuk melawan penyakit.

d) Respons perilaku

Respons perilaku dihasilkan dari respons emosional dan fisiologis.

e) Respons sosial

Respons ini didasarkan pada tiga aktivitas, yaitu pencarian makna, tanda pengenal sosial dan perbandingan sosial.

4) Sumber Koping

Sumber koping meliputi aset keuangan, kemampuan dan keterampilan, keterampilan pertahanan, dukungan sosial dan motivasi.

5) Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah usaha langsung dalam mengatasi stres. Ada tiga jenis mekanisme koping sebagai berikut:

a) Mekanisme koping *problem focus*

Mekanisme ini terdiri atas tugas dan upaya langsung untuk mengatasi ancaman diri.

b) Mekanisme koping *cognitively focus*

Berfokus kepada seseorang dapat mengontrol masalah dan menetralkannya.

c) Mekanisme koping *emotion focus*

Mampu menyesuaikan diri terhadap distress emosional secara tidak berlebihan.

2. Kristen Swanson (Theory Of Caring)

Asal teori Swanson ditemukan dalam wawancara pada wanita yang mengalami keguguran, orangtua yang memiliki anak di unit perawatan intensif dan ibu yang secara sosial berisiko serta telah melalui sistem untuk menerima berbagai macam bentuk perawatan kesehatan (Potter & Perry, 2005). Melalui wawancara ini, Swanson mampu memahami ruang lingkup *caring* secara keseluruhan. Salah satu hal paling penting yang memberikan kontribusi pada teori keperawatan

adalah argumen bahwa pasien seharusnya tidak hanya dilihat sebagai individu yang terpisah, melainkan sebagai manusia seutuhnya antara pikiran, perasaan dan perilaku.

Tingkat dan ruang lingkup teori memerlukan segala sesuatu baik hubungan antara pasien dan perawat, maupun keseluruhan hubungan antara profesi keperawatan dan masyarakat. Hal ini karena konsep Swanson tentang "person" tergantung pada tingkat analisis dan disposisi yang sedang dilakukan perawat dalam merawat pasien. Dalam beberapa kasus, "person" dapat diartikan hanya satu orang saja yaitu pasien, sementara dalam kasus lain bisa diartikan juga anggota keluarga yang secara langsung sangat erat terlibat. Menurut Swanson, yang lain bahkan bisa menjadi konsep dan ideal yang harus diperjuangkan perawat, termasuk hak asasi manusia, akses ke perawatan kesehatan dan keadilan sosial.

Konsep utama teori caring Swanson adalah:

- a. *Caring* adalah cara mengasihi orang lain dengan adanya komitmen dan tanggungjawab terhadap orang tersebut
- b. *Knowing*, dalam hal ini dimaksudkan memahami arti sebuah peristiwa yang terjadi dalam hidup orang lain, menghindari asumsi-asumsi, berfokus pada orang yang dirawat/pasien, mengkaji, serta melibatkan orang yang memberi asuhan dan orang yang diberi asuhan dalam proses "*knowing*" atau pengenalan
- c. *Being with*, dalam hal ini dimaksudkan mendukung orang lain secara emosional termasuk keberadaannya untuk orang lain dan berbagi kesedihan dengan orang tersebut
- d. *Doing for* adalah melakukan sesuatu demi kepentingan orang lain termasuk memenuhi kebutuhan, kenyamanan dan melindungi orang tersebut
- e. *Enabling*, yaitu memfasilitasi orang lain untuk melalui masa-masa transisi dalam hidupnya dan melewati setiap peristiwa hidupnya dengan berfokus pada peristiwa tersebut, mendukungnya, memberi penjelasan,

memvalidasi apa yang dirasakan, menemukan alternatif penyelesaian dan memberikan *feedback*/umpan balik

- f. *Maintaining belief*, yaitu menumbuhkan keyakinan seseorang dalam melalui setiap peristiwa hidup dan masa-masa transisi hidupnya serta menghadapi masa depan dengan penuh keyakinan, meyakini kemampuan orang lain, menumbuhkan sikap optimis, membantu menemukan arti atau mengambil hikmah dari setiap peristiwa dan selalu ada untuk orang lain dalam situasi apapun.

Asumsi dasar dari teori ini ditemukan dalam gagasan *caring* yang dijelaskan Swanson. Menurut Swanson, *caring* adalah proses multifaset yang terus ada dalam dinamika hubungan pasien-perawat. Ada yang melihat proses ini sebagai hubungan yang linier, namun juga harus dianggap sebagai hubungan siklik dan proses yang terjadi harus selalu diperbarui karena peran perawat untuk membantu klien mencapai kesehatan dan kesejahteraan.

Secara umum, proses yang terjadi sebagai berikut, pertama perawat membantu klien mempertahankan keyakinannya, yang berarti bahwa perawat mendorong pasien dan membantu untuk memperkuat harapan mereka mengatasi kesulitan saat ini. Hal ini sangat penting terutama dalam kasus dimana pasien menghadapi penyakit yang mengancam nyawa seperti kanker atau peristiwa yang traumatis seperti keguguran (Wojnar & Swanson, 2007).

Sebagai pelengkap dan langkah berikutnya dalam proses untuk mempertahankan keyakinan, adalah "*knowing*". Dalam proses "*knowing*", perawat berusaha untuk memahami apa arti situasi yang terjadi saat ini bagi pasien, hal ini muncul dalam bentuk latihan sebagai seorang perawat, yang menciptakan seseorang dengan rasa tertentu bagaimana kondisi fisik dan psikologis dapat mempengaruhi seseorang secara keseluruhan. Dengan mengetahui apa yang dialami pasien, perawat kemudian dapat melanjutkan proses "*do for*", ada untuk memberikan tindakan terapi dan

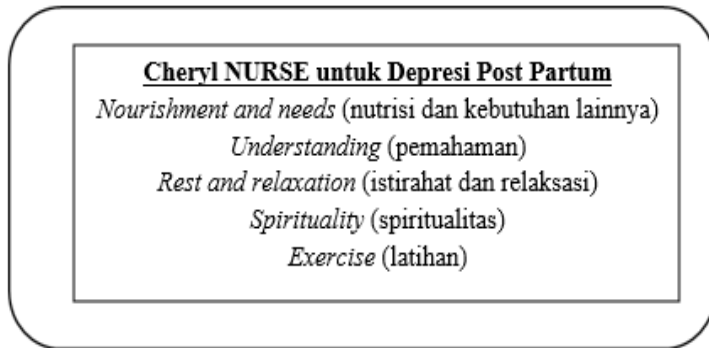
intervensi bagi pasien. Proses “*do for*”, diikuti dengan proses “*enabling*” yang memungkinkan pasien untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraannya.

3. Cheryl Tatano Beck (Teori Depresi Postpartum)

Cheryl adalah seorang profesor di University of Connecticut, telah menerima berbagai penghargaan seperti Eastern Nursing Research Society’s Distinguished Researcher Award, the Distinguished Alumna Award from Yale University and the Connecticut Nurses’ Association Diamond Jubilee Award untuk kontribusinya dalam penelitian keperawatan. Selama 20 tahun terakhir Cheryl memfokuskan program penelitian pada mood postpartum dan gangguan kecemasan. Beliau telah meneliti secara ekstensif menggunakan metode penelitian kualitatif dan kuantitatif. Beberapa pertemuan dari beberapa penelitian kualitatifnya, Cheryl telah mengembangkan Skala Skrining Depresi Postpartum atau Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) yang diterbitkan oleh Western Psychological Services.

Depresi Postpartum adalah gangguan mood yang secara historis sering diabaikan dalam perawatan kesehatan, membiarkan ibu menderita dalam ketakutan, kebingungan dan keheningan. Jika hal ini tidak terdiagnosa, dapat mempengaruhi hubungan ibu-bayi dan menyebabkan masalah emosional jangka panjang bagi anak. Teori ini membedakan depresi postpartum dari gangguan mood dan kecemasan postpartum lainnya dan aspek-aspek depresi postpartum: gejala, prevalensi, faktor risiko, intervensi dan efek pada hubungan dan perkembangan anak. Juga dibahas tentang instrumen yang tersedia yang digunakan untuk skrining depresi postpartum. Cheryl menegaskan bahwa depresi merupakan hasil dari kombinasi stres fisiologis, psikologis dan lingkungan dan bahwa gejala bervariasi dan kemungkinan akan muncul beberapa gejala.

Cheryl memperkenalkan istilah NURSE program untuk menangani depresi postpartum, yaitu :



Gambar 2.2 Model Konsep Cheryl Tatano Beck
Sumber: Yusuf, et al., 2019

Setiap aspek didiskusikan secara terpisah dan dikolaborasikan dengan ibu yang bersangkutan. Mereka seringkali hanya bisa berfokus pada satu atau dua aspek dalam satu waktu, namun program ini harus diselesaikan dalam setiap tahap penyembuhan mereka.

Konsep Teori Cheryl Tatano Beck

Cheryl Tatano Beck menggunakan ide-ide dari Jean Watson yaitu perawat sebagai pusat perawatan. Beck juga menggunakan studi phenomenology dalam penelitiannya terhadap bagaimana wanita mengalami depresi postpartum (pendekatan Colaizzi's 1978). Selanjutnya Beck menggunakan teori grounded sebagai pengaruh dari ide-ide teori dan filosofi glasser (1978), Gkasser dan Strauss (1967) dan Hutchinson (1986). Sumber teori yang tidak seperti biasanya juga diambil oleh Beck dari Sichel dan Driscoll (1999).

a. Depresi Postpartum

Beck mengemukakan (2002) dalam Records, Rice, Beck (2007), depresi postpartum adalah episode depresi mayor yang bisa terjadi selama 12 bulan pertama setelah melahirkan.

b. Faktor penyebab depresi postpartum

Beck mengemukakan, faktor-faktor yang menyebabkan depresi postpartum ada 13, yaitu (Varney, et al., 2008) :

- 1) Depresi prenatal
- 2) Stress merawat anak
- 3) Stress dalam kehidupan
- 4) Dukungan sosial
- 5) Ansietas prenatal
- 6) Kepuasan perkawinan
- 7) Riwayat depresi sebelumnya
- 8) Maternity blues
- 9) Harga diri
- 10) Status sosio ekonomi
- 11) Status perkawinan
- 12) Kehamilan tidak diinginkan atau tidak direncanakan

4. Merle Helaine Mishel (Uncertainty In Illness Theory)

Merle H. Mishel lahir di Boston, Masssachusetts. Dia lulus dari University of Boston dengan gelar B.A tahun 1961 dan memperoleh gelar M.S di bidang keperawatan psikiatri dari Universitas California tahun 1966. Mishel menyelesaikan gelar M.A dan Ph. D pada area psikologi sosial di sekolah Claremont Graduate School di Claremont, California tahun 1976 dan tahun 1980. Penyusunan penelitian disertasi didukung oleh *Nation Research Service Award* untuk mengembangkan dan menguji alat ukur *Perceived Ambiguity in Illness Scale*, yang sekarang dikenal dengan *Mishel Uncertainty in Illness Scale* (MUISA).

Mishel memiliki gelar master dalam keperawatan jiwa dan PhD dalam psikologi sosial. Dia dikenal karena penelitiannya tentang keraguan dan manajemen dalam penyakit kronis dan mengancam jiwa. Dia memiliki keahlian dalam respon psikososial untuk pasien penyakit kanker dan penyakit kronis serta intervensi untuk mengelola keraguan. Dia juga mengembangkan instrumen yang digunakan di

seluruh dunia tentang keraguan terhadap penyakit yaitu *Uncertainty in Illness Scale-Community Form* (MUIS-C).

Teori ini menjelaskan bahwa keraguan dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk beradaptasi pada suatu penyakit. Keraguan dalam hal ini diartikan sebagai “ketidakmampuan pasien untuk menentukan makna kejadian suatu penyakit dan kemungkinan memprediksi secara akurat akibat yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut”. Konsep keraguan terhadap penyakit yang berlaku untuk penyakit akut dan kronis dijelaskan sebagai stressor kognitif, rasa kehilangan kontrol dan persepsi keraguan bahwa terjadi perubahan keadaan dari waktu ke waktu.

Keraguan terhadap penyakit berhubungan dengan penyesuaian yang buruk dan sering perlu dinilai sebagai ancaman yang memiliki efek merusak. Dalam populasi sakit, keraguan terhadap penyakit terkait dengan kepekaan yang meningkat terhadap nyeri dan toleransi yang menurun terhadap rangsangan nyeri. Keraguan terhadap penyakit juga terkait dengan coping maladaptif, distress psikologis yang lebih tinggi dan penurunan kualitas hidup. Literatur mengenai keraguan terhadap penyakit dalam kaitannya dengan nyeri agak terbatas tetapi jelas menunjukkan potensi dampak negatif terhadap persepsi dan penyesuaian terhadap nyeri.

Mishel menyatakan keraguan pada awalnya merupakan tingkatan netral kognitif yang mewakili ketidakmampuan pasien dengan kondisi kronis atau yang mengancam jiwa untuk menginterpretasi kejadian yang terkait dengan penyakit dan bahwa intervensi keperawatan harus membantu pasien beradaptasi dan mengatasi keraguan ini secara produktif, mengintegrasikannya ke dalam kehidupan mereka dan meningkatkan kualitas hidup. Keraguan tiap pasien harus dipahami sebagai karakteristik masalah dari pengalaman penyakit individu terlepas dari sifat akut atau kronis berbagai penyakit.

5. Phil Barker (Tidal Model Of Mental Health Recovery)

Tidal model adalah sebuah model pemulihan untuk promosi kesehatan mental yang dikembangkan oleh Profesor Phil Barker, Poppy Buchanan-Barker dan rekan-rekan mereka. Tidal model berfokus pada proses perubahan yang ada pada semua orang. Model ini berusaha mengungkapkan arti dari pengalaman seseorang, menekankan pentingnya suara mereka sendiri dan kebijaksanaan melalui kekuatan metafora. Tujuannya memberdayakan seseorang untuk memimpin pemulihannya sendiri bukannya diarahkan oleh para profesional.

Model Pemulihan Kesehatan Mental Tidal Barker banyak digunakan dalam keperawatan kesehatan mental. Ini berfokus pada proses perawatan dasar keperawatan, dapat diterapkan secara universal, dan merupakan panduan praktis untuk keperawatan psikiatri dan kesehatan mental.

Menggambarkan nilai-nilai tentang berhubungan dengan orang lain dan membantu orang lain di saat-saat kesusahan mereka. Nilai-nilai Model Pasang Surut terungkap dalam Sepuluh Komitmen: Menghargai suara, Menghormati bahasa, Mengembangkan rasa ingin tahu yang tulus, Menjadi murid magang, Menggunakan toolkit yang tersedia, Membuat langkah lebih jauh, Memberikan hadiah waktu, Mengungkapkan kebijaksanaan pribadi, Mengetahui bahwa perubahan itu konstan, dan Jadilah transparan.

Filosofi yang mendasari model ini adalah hasil penelitian tentang apa yang dibutuhkan untuk perawatan kesehatan jiwa. Tidal model diaplikasikan melalui enam kunci asumsi filosofis yaitu:

- a. Keyakinan tentang keingintahuan dalam arti positif
- b. Pengakuan atas kekuatan sumber daya, daripada berfokus pada masalah, kekurangan atau kelemahan
- c. Menghormati keinginan seseorang, bukannya paternalistik
- d. Penerimaan paradoks krisis sebagai peluang
- e. Mengakui bahwa semua tujuan berfokus pada seseorang

- f. Keutamaan mengejar elegen dengan cara sederhana yang mungkin harus dicari

Proses keterlibatan, agar praktisi dapat memulai proses keterlibatan dalam menggunakan teori tidal model, beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain :

- a. Bahwa pemulihan mungkin terjadi
- b. Bahwa perubahan tidak bisa dihindari, tidak ada yang tetap
- c. Bahwa pada akhirnya, orang tahu apa yang terbaik untuk mereka
- d. Bahwa orang memiliki sumber daya yang mereka butuhkan untuk memulai perjalanan pemulihan
- e. Bahwa orang tersebut adalah guru dan tenaga penolong atau praktisi adalah muridnya
- f. Bahwa tenaga penolong atau praktisi harus kreatif dan mempunyai rasa ingin tahu dalam mempelajari apa yang perlu dilakukan untuk membantu seseorang

Proses keterlibatan dengan orang yang dalam masalah dan kesusahan terjadi dalam tiga domain atau dimensi; *self, word and others*. Praktisi mengeksplorasi dimensi tersebut untuk sadar akan situasi saat ini dan menentukan apa yang harusnya terjadi sekarang.

- a. Domain diri (*self domain*) adalah suatu keadaan dimana seseorang merasakan pengalaman mereka. Ada penekanan untuk membuat orang merasa lebih aman dan praktisi membantu mengembangkan “rencana keamanan” atau *security plan* untuk mengurangi ancaman terhadapnya atau orang lain disekitarnya.
- b. Domain dunia (*world domain*) adalah posisi dimana orang berpegang pada kisah mereka dibandingkan kejadian atau peristiwa dunia lainnya. Praktisi tidal model menggunakan cara khusus untuk mengeksplorasi cerita ini bersama-sama, mengungkapkan makna yang tersembunyi, menggali sumber daya yang ada dan untuk

mengidentifikasi apa yang perlu dilakukan untuk membantu pemulihan.

- c. Domain lainnya (*others domain*) menggambarkan berbagai hubungan yang dimiliki seseorang dimasa lalu, masa sekarang dan masa depan. Hubungan ini tidak hanya terkait praktisi tidal model tetapi juga anggota lain dari tim perawatan kesehatan, sosial, teman, keluarga dan pendukung lainnya.

Kekuatan metafora, tidal model menggunakan metafora atau filosofi air dan menjelaskan bagaimana manusia dalam kesusahan atau distress bisa menjadi rapuh secara emosional, fisik dan spiritual. Filosofi ini memandang pengalaman sehat dan sakit seperti zat cair, bukan sebuah fenomena yang stabil, kehidupan sebagai sebuah perjalanan yang dilakukan di lautan pengalaman. Filosofi ini menyatakan bahwa kesehatan jiwa, faktor yang terkait dengan krisis kejiwaan, bisa beragam serta kumulatif. Dengan berprinsip pada filosofi ini, perawat atau tenaga penolong lainnya akan mendapatkan pemahaman yang lebih tentang situasi yang saat itu sedang dihadapi seseorang dan perlunya suatu perubahan. Praktisi atau tenaga penolong, seiring berjalannya waktu akan dibimbing untuk merawat atau mengasuh seseorang mulai dari awal perjalanan mereka hingga terdampar, tenggelam atau sebaliknya dicampakkan oleh permasalahan hidup mereka. Eksplorasi kemudian dapat dilakukan untuk mengetahui apa yang sebenarnya menyebabkan badai dan apa yang perlu dilakukan segera untuk dapat berlayar lagi.

Konsep utama tidal model berawal dari empat poin penting, yaitu; fokus terapeutik, perubahan, kekuatan dan perawat. Fokus terapeutik yang utama dalam kesehatan jiwa adalah dalam komunitas. Manusia hidup di “lautan pengalaman” dan krisis kejiwaan hanyalah satu dari sekian banyak hal yang dapat “menenggelamkan” mereka. Tujuan keperawatan atau asuhan kesehatan jiwa untuk mengembalikan mereka ke “lautan pengalaman” tersebut

sehingga mereka dapat melanjutkan perjalanan hidup mereka. Perubahan merupakan proses yang terus berjalan dan konstan. Manusia akan terus berubah, namun kadang mereka tidak menyadarinya. Salah satu tujuan utama intervensi yang dilakukan adalah untuk membantu klien membangun kesadaran bahwa sekecil apapun perubahan itu akan membawa dampak yang besar bagi hidupnya. Kekuatan terletak pada proses asuhan. Perawat membantu klien untuk mengidentifikasi bagaimana pasien dapat lebih berperan dalam hidupnya. Perawat dan klien adalah satu, tidak dapat dipisahkan.

6. Shirley M. Moore (Teori Hidup Damai Di Akhir)

Teori akhir hidup yang damai (*end of life* – EOL) adalah sejumlah langkah dalam memajukan pembangunan manusia dengan menggabungkan konsep nyeri, nyaman dan damai. Sebuah konsep tunggal terkait dengan manajemen gejala fisik psikologis. Proses dan konsep nyeri adalah sebuah kondisi yang memerlukan monitoring, pengelolaan rasa sakit dan menerapkan intervensi farmakologis dan nonfarmakologis. Kenyamanan adalah kondisi yang harus diupayakan, memantau, mencegah dan menghilangkan ketidaknyamanan fisik merupakan prioritas dari konsep ini. Damai diartikan sebagai upaya pemantauan pasien yang memenuhi kebutuhan obat anti ansietas. Intervensi non-farmakologis seperti musik, humor atau relaksasi dan lain-lain berfungsi sebagai upaya distraksi bagi pasien untuk menghilangkan nyeri, kecemasan dan ketidaknyamanan fisik secara umum.

Proses keperawatan didefinisikan sebagai tindakan keperawatan yang dirancang untuk mempromosikan hasil positif dari:

a. Bebas dari nyeri

Bebas dari menderita atau gejala distress adalah bagian utama dari pengalaman banyak pasien di akhir kehidupan. Nyeri adalah mempertimbangkan pengalaman sensori dan emosional yang tidak

menyenangkan berhubungan dengan kerusakan jaringan baik aktual maupun potensial (Lenz, Suppe, Gift, Pugh, & Milligan, 1995; Pain term, 1979, dalam Tomey & Alligood, 2010). Kriteria hasil yang diinginkan adalah terbebas dari nyeri

b. Mendapatkan kenyamanan

Kenyamanan dalam teori ini didefinisikan sebagai bebas dari ketidaknyamanan, keadaan yang mudah, puas dan damai, serta apa pun yang membuat hidup mudah atau menyenangkan (Ruland dan Moore 1998). Kriteria hasil yang diinginkan adalah: (i) Pasien tidak merasa mual, (ii) Pasien tidak merasa kehausan, (iii) Pasien merasakan kenyamanan yang optimal dan (iv) orang terdekat yang bermakna bagi klien merasakan lingkungan yang menyenangkan.

c. Merasa bermartabat dan dihormati

Setiap pasien dengan penyakit terminal menginginkan dihormati dan dinilai layaknya sebagai manusia. Dasar konsep ini adalah ide dari nilai personal yang diekspresikan oleh prinsip otonomi atau rasa hormat seseorang. Ini termasuk, yang diakui dan dihormati bersama dan tidak melanggar nilai-nilai integritas pasien (Ruland dan Moore 1998). Kriteria hasil yang ingin dicapai adalah: (i) pasien keluarga berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan pasien, dan (ii) pasien dan keluarga dirawat dengan bermartabat dan dihormati sebagai manusia

d. Dalam Kedamaian

Definisi untuk menjadi damai untuk teori ini melibatkan perasaan ketenangan, harmoni dan kepuasan (Ruland dan Moore 1998). Untuk bebas dari kecemasan, ketakutan dan kekhawatiran. Kriteria hasil yang ingin dicapai adalah: (i) pasien dan keluarga mempertahankan harapan dan kebermaknaan, (ii) pasien dan keluarga mendapatkan bantuan dalam menjelaskan isu-isu praktis dan ekonomis terkait prognosa dan sebuah akhir

kehidupan, (iii) Pasien tidak mati sendirian dan (iv) Pasien damai.

- e. Kedekatan dengan keluarga dan orang lain yang bermakna

Kedekatan dengan keluarga dan orang lain yang bermakna untuk teori ini adalah perasaan keterhubungan dengan orang lain yang peduli (Ruland dan Moore 1998). Kriteria hasil yang ingin dicapai adalah: (i) berperan serta dalam merawat pasien seperti yang mereka inginkan, (ii) Bisa mengucapkan selamat tinggal dengan pasien sesuai dengan keyakinan mereka, ritual budaya dan keinginan, (iii) Mendapatkan informasi mengenai prosedur pemakaman yang kemungkinan berbeda.

Asumsi Utama PEOL

Teori peacefull EOL adalah turunan dari standar perawatan yang ditulis oleh para ahli di bidang keperawatan yang ditujukan untuk masalah praktis, suatu konsep metaparadigma yang melekat pada tujuan perawatan. Menurut Ruland & Moore (1998), Dalam pengaplikasiannya PEOL terdapat dua asumsi utama yang harus diperhatikan, yaitu:

- a. Setiap perasaan dan kejadian pada pengalaman diakhir kehidupan bersifat personal dan individual
- b. Pelayanan keperawatan merupakan sesuatu hal yang sangat penting dalam menciptakan akhir hidup yang tenang.

Secara implisit terdapat 2 asumsi tambahan, meliputi

- a. Keluarga sebagai support system dalam pelayanan keperawatan klien *end of life*.
- b. Memaksimalkan pelayanan demi pencapaian kualitas hidup dan kematian yang penuh kedamaian.

Penggunaan bukti empiris, Ruland dan Moore (1998, dalam Alligood & Tomey, 2014) mengidentifikasi enam pernyataan teoritis untuk teori mereka sebagai berikut:

- a. Monitoring dan mengelola rasa sakit dan menerapkan intervensi farmakologis dan non pharmacological kontribusi dari pengalaman pasien tidak sakit.
- b. Mencegah, pemantauan dan menghilangkan ketidaknyamanan fisik, memfasilitasi istirahat, relaksasi dan kepuasan serta mencegah komplikasi berkontribusi dengan pengalaman pasien kenyamanan.
- c. Termasuk yang lain pasien dan signifikan dalam pengambilan keputusan tentang perawatan pasien, memperlakukan pasien dengan martabat, empati dan rasa hormat dan menjadi perhatian terhadap pasien menyatakan kebutuhan, keinginan dan preferensi berkontribusi dengan pengalaman pasien martabat dan rasa hormat.
- d. Memberikan dukungan emosional, pemantauan dan pertemuan pasien menyatakan kebutuhan untuk obat antiansietas, kepercayaan inspirasi, memberikan yang lain pasien dan signifikan dengan bimbingan dalam masalah-masalah praktis dan memberikan kehadiran fisik orang lain peduli apakah berkontribusi diinginkan untuk pengalaman pasien merasa damai.
- e. Fasilitasi dan berpartisipasi signifikan dalam perawatan pasien, empati kesedihan orang lain, kekhawatiran dan pertanyaan dan memfasilitasi peluang untuk kedekatan keluarga kepada orang lain yang signifikan atau orang yang peduli.
- f. Pengalaman pasien tidak sakit, kenyamanan, martabat dan rasa hormat yang damai, kedekatan dengan orang lain yang signifikan atau orang-orang yang peduli berkontribusi sampai akhir hidup damai.

7. Georgene Gaskill Eakes (Chronic Sorrow)

Konsep kesedihan kronis berasal dari karya Olshansky Tahun 1962. Para ahli mengutip pengamatan Olshansky, orang tua mengalami kesedihan berulang dan kesedihan kronis jangka panjang. Konsep aslinya digambarkan secara

luas sebagai deskripsi sederhana reaksi psikologis untuk situasi tragis. Peneliti lain mulai mengamati pengalaman orang tua dari anak-anak baik secara fisik atau cacat mental. Karya ini divalidasi sebagai kesedihan berulang dan duka tiada akhir yang dialami oleh orang tua. Apabila anak mengalami cacat fisik atau mental, beban orang tua akan tetap tinggi sepanjang hayat, sepanjang kehidupan tanpa ada harapan dapat diselesaikan. Selama orang tua masih hidup tidak masalah, tetap ketika orang tua meninggal, siapa yang akan melanjutkan asuhan kepada anak. Inilah cerminan penderitaan kronis yang harus diberikan perhatian khusus oleh perawat. Burke dalam studinya anak-anak dengan spina bifida, kesedihan kronis merupakan kesedihan luas yang bersifat permanen, periodik dan progresif di alam.

Chronic sorrow tidak membatasi teori mereka hanya pada adanya kesedihan kronis tetapi berusaha untuk memeriksa respon terhadap duka. Mereka memasukkan konsep Lazarus dan Folksmans, tentang stres dan adaptasi sebagai dasar untuk metode manajemen efektif dalam model mereka (Eakes *et al*, 1998). Kesedihan kronis adalah kesenjangan yang sedang berlangsung yang dihasilkan dari kerugian ditandai dengan pervasif dan permanen. Gejala kesedihan berulang secara periodik dan gejala ini berpotensi progresif. Metode manajemen kesedihan kronis merupakan sarana yang mungkin bersifat internal dari strategi koping pribadi atau eksternal dari praktisi perawatan kesehatan atau orang lain yang memberikan intervensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, MR., Tomey, AM., (2010), *Nursing Theory and Their Work*, seventh edition, Mosby; Elsevier Inc.
- Beck, Cheryl Tatano. 2006. *Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers
- Kolcaba. 1997. *Comfort Theory and Practice*. www.thwcomfortline.com. diunduh tanggal 30 September 2011, jam 21.10
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia – Ikatan Dokter Indonesia, 2014, *Panduan Praktis Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*, edisi revisi tahun 2014
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 220/MENKES/SK/II/2002, tentang Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM)
- Model Hubungan Manusia Ke Manusia. *Nursing Theory*. 2023.
- Penerapan Teori Model Kathryn E. Barnard dalam Praktik Keperawatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 Tahun 2017 tentang Penanggulangan Pemasangan pada Orang Dengan Gangguan Jiwa
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa/Psikiatri*. 2012.
- Safitri, M. Y., Dianti, E. N., Nurhaliza., Efinda, R., Thaya, S. D. N. E., Fitrika, M., Ramadanianti, W., Tryaningsih, M., Ridho, R. (2021). 'Falsafah Dan Teori Keperawatan Middle Range Theory: Postpartum Depression Cheryl Tatano Beck', makalah Keperawatan, Pekanbaru: Stikes Hang Tuah
- Teori Hubungan Interpersonal Dari Hildegard Peplau 2023. Admin Logos Indonesia, 13 Februari 2023

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa

Videbeck, Sheila L. (2008). Buku Ajar Keperawatan Jiwa, Jakarta: ECG

Wayne, G. (2024, Mei). Teori dan Ahli Teori Keperawatan: Panduan Definitif untuk Perawat. Nurseslab, <https://nurseslabs.com/nursing-theories/#h-evelyn-adam>

World Health Organization. *Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 chapter V, primary care version*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

Yusuf, Ah., Fitryasari, R., Nihayati, H.E. (2015), Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika

Yusuf, Ah. (2019), Kesehatan Jiwa Pendekatan Holistik Asuhan Keperawatan, Jakarta: Mitra Wacana Media

BAB 3

PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA

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

A. Pendahuluan

Kesehatan Jiwa Menurut WHO yaitu bukan hanya tidak ada gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya.

Menurut UU Kesehatan Jiwa 18 Tahun 2014 kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

B. Pengkajian pada Klien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

1. Identitas

Di dalam identitas berisikan nama, usia, Alamat, Pendidikan, pekerjaan, agama dan status perkawinan.

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan perilaku yang berubah misalnya tertawa sendiri, marah-marah sendiri atau berbicara sendiri.

3. Faktor predisposisi
 - a. Faktor genetik.
Telah diketahui bahwa secara genetis *schizophrenia* diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu.
 - b. Faktor biologis
Adanya gangguan pada otak menyebabkan timbulnya respon neuro biologikal maladaptif.
 - c. Sosial budaya : kemiskinan, konflik sosial budaya, peperangan dan kerusuhan
4. Faktor presipitasi
 - a. Biologi : berlebihnya proses informasi sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di *thalamus* dan frontal otak menyebabkan mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (mekanisme gathing abnormal).
 - b. Stress lingkungan
 - c. Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku.
5. Pemeriksaan fisik
Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanya apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.
6. Psikososial
 - a. Genogram
Genogram minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.
 - b. Konsep diri
 1. Gambaran diri
Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.
 2. Identitas diri
Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri dan merasa bahwa dia tidak berguna.

3. Fungsi peran. Tugas atau peran klien dalam keluarga atau kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, dan bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.
4. Ideal diri. Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.
5. Harga diri. Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan, dia tetap merasa dirinya sangat berharga.

c. Hubungan sosial

Tanyakan siapa orang terdekat klien dalam kehidupan sehari-hari. Siapa tempat klien mengadu, berbicara, minta bantuan atau dukungan serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok atau masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat dan jarang mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasinya.

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Apakah isi halusinasinya mempengaruhi keyakinan klien dengan tuhan.

7. Status mental

a. Penampilan

Pada klien dengan halusinasi mengalami defisit perawatan diri, penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti

- biasanya, rambut kotor, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.
- b. Pembicaraan. Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika diajak bicara tidak fokus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.
 - c. Aktivitas motorik. Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitas, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjuk ke arah tertentu, menggaruk permukaan kulit, sering meludah, menutup hidung.
 - d. Afek emosi. Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebihan.
 - e. Interaksi selama wawancara. Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif, kontak mata kurang, mudah tersinggung.
 - f. Persepsi – sensori
 - 1) Jenis halusinasi
 - 2) Waktu : kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore atau malam. Jika muncul pukul berapa?
 - 3) Frekuensi : frekuensi terjadinya apakah terus menerus atau hanya sekali-kali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. Pada klien halusinasi sering mengalami halusinasi pada saat klien tidak memiliki kegiatan.
 - 4) Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. Situasi terjadinya apakah ketika sendiri atau setelah kejadian tertentu.
 - 5) Respons terhadap halusinasi. Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul.
 - g. Proses berfikir
 - 1) Bentuk fikir : bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum. Klien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

- 2) Isi fikir. Pasien akan cenderung selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan sekitarnya.
- h. Tingkat kesadaran. Pada klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis.
8. Kebutuhan pulang
Kemampuan klien memenuhi kebutuhan, tanyakan apakah klien mampu atau tidak memenuhi kebutuhannya sendiri seperti makan, perawatan diri, keamanan, kebersihan.
9. Mekanisme koping
Pada klien halusinasi cenderung berperilaku maladaptif seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnya. Malas beraktifitas, perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain, mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

C. Pengkajian pada Klien dengan Waham

1. Identitas Klien
Perawat yang merawat klien melakukan pengenalan dan kontrak dengan klien tentang nama klien, panggilan klien, nama perawat, tujuan, waktu pertemuan, topik pembicaraan.
2. Keluhan utama/alasan masuk
Tanyakan pada keluarga atau klien hal yang menyebabkan klien dan keluarga datang ke Rumah sakit, yang telah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah dan perkembangan yang dicapai.
3. Tanyakan pada klien/keluarga, apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu, pernah melakukan, mengalami, penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal. Dapat dilakukan pengkajian pada keluarga faktor yang mungkin mengakibatkan terjadinya gangguan :

a. Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon psikologis dari klien.

b. Biologis

Gangguan perkembangan dan fungsi otak atau SSP, pertumbuhan dan perkembangan individu pada prenatal, neonatus dan anak-anak.

c. Sosial budaya

Seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (peperangan, kerusuhan, kerawanan), kehidupan yang terisolasi serta stress yang menumpuk.

4. Aspek fisik/biologis

Mengukur dan mengobservasi tanda-tanda vital : TD, nadi, suhu, pernafasan. Ukur tinggi badan dan berat badan, kalau perlu kaji fungsi organ kalau ada keluhan.

5. Aspek psikososial

a. Membuat genogram yang memuat paling sedikit tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

b. Konsep diri

- 1) Citra tubuh : mengenai persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian yang disukai dan tidak disukai
- 2) Identitas diri : status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya dan kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan.
- 3) Peran : tugas yang diemban dalam keluarga/ kelompok dan masyarakat dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas tersebut.
- 4) Ideal diri : harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas, lingkungan dan penyakitnya.
- 5) Harga diri : hubungan klien dengan orang lain, penilaian dan penghargaan orang lain terhadap dirinya, biasanya terjadi pengungkapan kekecewaan terhadap dirinya sebagai wujud harga diri rendah.

- c. Hubungan sosial dengan orang lain yang terdekat dalam kehidupan, kelompok yang diikuti dalam masyarakat.
- d. Spiritual, mengenai nilai dan keyakinan dan kegiatan ibadah.

6. Status mental

Nilai penampilan klien rapi atau tidak, amati pembicaraan klien, aktivitas motorik klien, alam perasaan klien (sedih, takut, khawatir), afek klien, interaksi selama wawancara, persepsi klien, proses pikir, isi pikir, tingkat kesadaran, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian dan daya tilik diri.

7. Proses pikir

Proses pikir dalam berbicara jawaban klien kadang meloncat-loncat dari topik satu ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan (*flight of ideas*) kadang-kadang klien mengulang pembicaraan yang sama.

8. Isi pikir

Contoh isi pikir klien saat wawancara :

Klien mengatakan bahwa dirinya banyak mobilnya karena dia orang kaya dan bos tambang nikel.

9. Kebutuhan persiapan pulang

- a. Kemampuan makan klien, klien mampu menyiapkan makan dan membersihkan alat makan.
- b. Klien mampu BAB dan BAK, menggunakan dan membersihkan WC serta membersihkan dan merapikan pakaian.
- c. Klien mampu mandi, cara berpakaian, observasi kebersihan tubuh klien.
- d. Istirahat dan tidur klien, aktivitas di dalam dan di luar rumah.
- e. Pantau penggunaan obat dan tanyakan reaksi yang dirasakan setelah minum obat.

10. Masalah psikososial dan lingkungan

Dari data keluarga atau klien mengenai masalah yang dimiliki klien

D. Pengkajian pada Klien dengan Isolasi Sosial

Klien yang mengalami isolasi sosial sukar berinteraksi dan susah berhubungan dengan orang lain.

Untuk itu, perawat harus mempunyai pengetahuan, sikap dan kesadaran yang tinggi agar dapat mengenal, menerima dan mengevaluasi perasaan sensitif sehingga dapat memakai dirinya secara terapeutik dalam merawat klien.

1. Identitas klien

Meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal masuk, tanggal pengkajian, Alamat.

2. Keluhan utama

Alasan klien masuk bisa dilihat dari rekam medik klien atau bisa didapatkan dari keluarga klien di rumah, apa yang menyebabkan pasien/keluarga datang ke RS/Puskesmas, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah dan bagaimana hasilnya.

Keluhan berupa menyendiri, komunikasi tidak ada, tidak melakukan kegiatan sehari-hari, dll

3. Faktor Predisposisi

Meliputi penjelasan apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya (biasanya berhasil, kurang berhasil dan tidak berhasil). Biasanya pasien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa juga biasanya ada pengalaman klien yang tidak menyenangkan di masa lalu misalnya putus sekolah, PHK, perceraian, dll.

4. Kondisi Fisik

Fokus pada sistem dan fungsi organ. Pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan head to toe, tanda-tanda vital pengukuran tinggi badan, berat badan dan kaji lebih lanjut sistem dan fungsi organ serta jelaskan dengan kondisi yang sesuai dengan keluhan yang ada.

5. Psikososial

a. Genogram

Menjelaskan apakah ada anggota keluarga pasien yang lain mengalami gangguan jiwa, pola komunikasi terganggu, begitu pula dengan pengambilan keputusan dan pola asuh. Genogram dilihat dari tiga generasi sebelumnya.

b. Konsep diri

1) Citra tubuh

Penjelasan tentang pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai. Klien menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif terhadap tubuh sendiri atau bahkan tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi.

2) Identitas diri

Penjelasan tentang status klien atau posisi klien sebelum dirawat. Keputusan klien sebagai laki-laki atau perempuan dan kepuasan klien terhadap status dan posisinya di sekolah, tempat kerja dan kelompok, misalnya sukar mengambil keputusan dan ketidakpastian memandang diri sendiri.

3) Peran diri

Penjelasan tentang peran atau tugas yang diemban dalam keluarga/kelompok masyarakat. Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas atau peran tersebut biasanya mengalami krisis peran, misalnya adanya perubahan fungsi peran yang disebabkan oleh penyakit, proses menua atau bahkan kejadian lain seperti putus sekolah, dll.

4) Ideal diri

Mengungkapkan harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, tugas atau peran dalam keluarga dan lingkungan masyarakat. Kaji apakah klien mengungkapkan keputusan karena penyakitnya atau mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.

5) Harga diri

Perasaan malu klien terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri dan kurang percaya diri. Kaji apakah klien mempunyai gangguan atau hambatan dalam melakukan hubungan sosial dengan orang lain terdekat dalam kehidupan, kelompok yang diikuti dalam Masyarakat. Keyakinan klien terhadap Tuhan dan kegiatan untuk ibadah.

6. Hubungan sosial

Klien apatis, tidak mempunyai orang terdekat dan sering dicemooh oleh lingkungan sekitar.

7. Spiritual

Klien memiliki keyakinan tetapi jarang dalam melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya karena klien kurang menghiraukan manfaat spiritual dengan ibadah.

8. Status mental

a. Penampilan

Penampilan klien tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai dan cara berpakaian klien tidak seperti biasanya. Kuku Panjang, rambut kusam dan pakaian tampak kotor.

b. Cara bicara

Cara bicara klien lambat, membisu dan tidak mampu memulai pembicaraan.

c. Aktivitas motorik

Keadaan klien tampak lesu, tegang, gelisah dan sering menyendiri.

d. Alam perasaan

Keadaan klien tampak seperti sedih, ketakutan, putus asa dan khawatir.

e. Afek

Afek pasien datar, tumpul, labil dan ambivalen

f. Interaksi dalam wawancara

Pada saat melakukan wawancara klien tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang dan selalu curiga.

- g. Persepsi
Pada umumnya mengalami gangguan persepsi terutama halusinasi pendengaran, klien biasanya mengalami suara-suara mengancam sehingga klien cenderung menyendiri dan melamun.
- h. Proses pikir
Klien mempunyai proses pikir sirkumstansial, tangensial dan kurangnya asosiasi.
- i. Kesadaran
Klien bingung dan sedasi melalui wawancara dan observasi.
- j. Konsentrasi dan berhitung
Pada saat dilakukan wawancara cenderung tidak mampu berkonsentrasi dan tidak mampu berhitung.
- k. Kemampuan penilaian
Klien mengalami gangguan kemampuan penilaian bermakna.
- l. Daya tilik diri
Klien mengingkari penyakit yang diderita dan menyalahkan hal-hal yang di luar dirinya..
- 9. Kebutuhan persiapan pulang
 - a. Makan : klien kurang makan dan tidak nafsu makan
 - b. Mandi : klien tidak mau mandi, gosok gigi, tampak kusam dan tidak mampu menggunting kuku.
 - c. Bab/Bak klien normal atau tidak ada gangguan
 - d. Berpakaian : klien tidak mau mengganti pakaian dan tidak memakai pakaian yang tidak serasi
 - e. Istirahat : istirahat klien terganggu
 - f. Penggunaan obat : klien meminum obat tidak teratur
 - g. Aktivitas dalam rumah : klien tidak mau beraktivitas di luar rumah karena selalu merasa ketakutan.
- 10. Mekanisme koping
 - a. Adaptif
Klien menyendiri, otonomi, mutualisme dan interdependent

- b. Malaadaptif
Reaksi klien lambat, klien bekerja secara berlebihan, selalu menghindar dan menciderai diri sendiri.
- c. Masalah psikososial dan lingkungan
Klien mengalami masalah dalam berinteraksi dengan lingkungan, biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari kelompok, masalah dalam pendidikan, masalah dengan pekerjaan, masalah dengan ekonomi dan masalah dengan pelayanan kesehatan.
- d. Pengetahuan
Klien mengalami gangguan kognitif.

E. Pengkajian pada Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman atau menciderai orang lain dan merusak lingkungan atau disebut juga gaduh gelisah atau amuk merupakan respon kemarahan yang paling maladaptive yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan dan merupakan bentuk perilaku destruktif yang tidak dapat dikontrol.

Etiologi perilaku kekerasan :

1. Faktor predisposisi

a. Faktor genetik

Adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif. Dalam gen manusia terdapat dormant (potensi) agresif yang sedang tidur akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal.

b. Faktor Psikologi

Hasil akumulasi dari frustrasi yang dapat dipengaruhi oleh Riwayat tumbuh kembang seseorang, ketidakpuasan fase oral dan pemenuhan kebutuhan air susu yang tidak cukup atau pola asuh yang tidak mendukung serta lingkungan keluarga atau luar rumah yang merupakan model dan perilaku yang ditiru oleh

anak anggota keluarga cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan terhadap lingkungan.

2. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi untuk berperilaku kekerasan pada setiap orang berbeda, dimana stressor dipengaruhi dari dalam maupun dari luar, seperti kehilangan pekerjaan, kehilangan orang yang dicintai, kehilangan bagian anggota tubuh, adanya penyakit yang berkepanjangan.

Stressor dari lingkungan meliputi trauma fisik seperti penganiayaan, pemerkosaan, bullying, akibat media sosial.

F. Pengkajian pada Perilaku Kekerasan

1. Data Subjektif : berbicara kasar, adanya ancaman, ingin mencederai dan melukai diri sendiri atau orang lain.
2. Data Objektif : wajah memerah dan tegang, pandangan tajam mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar dan suara tinggi, perilakunya mondar mandir, melempar atau memukul benda ke orang lain.

Perilaku yang berhubungan dengan agresi atau kekerasan :

1. Agitasi motorik

Perilaku yang bergerak cepat, tidak mampu duduk diam, memukul dengan tinju kuat, mengigit kuat, respirasi meningkat, membentuk aktivitas motorik secara tiba-tiba (katatonía).

2. Verbal

Perilaku yang mengancam pada objek yang tidak nyata, mengacau minta perhatian, bicara keras-keras, menunjukkan adanya delusi atau pikiran paranoid

3. Afek

Perilaku marah, menganggap permusuhan, kecemasan yang ekstrim, mudah terangsang, euphoria tidak sesuai, afek labil.

4. Tingkat Kesadaran

Keadaan bingung, status mental berubah tiba-tiba, disorientasi, kerusakan memori, tidak mampu dialihkan.

5. Identifikasi Perilaku Kekerasan

Penilaian pada komponen gaduh gelisah, ketegangan, permusuhan, tidak kooperatif, dan pengendalian impuls menggunakan PANSS-EC (*Potive And Negative Syndrome-Excited Component*) untuk mengevaluasi pasien perilaku agresif atau agitasi dan menentukan pendekatan terapi pada pasien.

Perilaku agitasi dan perilaku agresif (depresi) akibat gangguan psikiatri, sering ditemukan di instalasi gawat darurat. Perilaku tersebut muncul dalam bentuk peningkatan aktivitas motorik dan aktivitas emosional. Pada kondisi gawat darurat ada risiko untuk terjadinya cedera pada pasien dan petugas.

G. Pengkajian pada Klien dengan Harga Diri Rendah Kronik

Harga diri rendah merupakan proses kelanjutan dari harga diri rendah situasional yang tidak terselesaikan atau dapat juga terjadi karena individu tidak pernah mendapat feed back dari lingkungan tentang perilaku klien sebelumnya bahkan kecenderungan lingkungan yang selalu memberikan respon negatif mendorong individu menjadi harga diri rendah.

Pengkajian

1. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status marital, suku bangsa, alamat, nomor rekam medik.

2. Keluhan utama

Biasanya pasien datang ke rumah sakit dengan alasan masuk pasien sering menyendiri, tidak berani menatap lawan bicara, sering menunduk dan nada suara rendah.

3. Tipe keluarga
Menjelaskan mengenai tipe keluarga beserta kendala mengenai jenis tipe keluarga atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tradisional dan non tradisional.
4. Status sosial dan ekonomi
Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya.
5. Aktivitas dan rekreasi keluarga
Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu namun dengan menonton televisi juga merupakan aktivitas rekreasi.
6. Data lingkungan
Meliputi karakteristik rumah, karakteristik tetangga dan komunitas RW, mobilitas geografis keluarga, perkumpulan keluarga dan interaksi dengan Masyarakat.
7. Faktor predisposisi
 - a. **Riwayat Gangguan Jiwa**
Biasanya pasien dengan harga diri rendah memiliki Riwayat gangguan jiwa dan pernah dirawat sebelumnya.
 - b. **Pengobatan**
Biasanya pasien pernah memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya namun pengobatan klien belum berhasil.
 - c. **Aniaya**
Biasanya pasien pernah melakukan, mengalami, menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal.
 - d. **Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa**
Biasanya ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang sama dengan pasien.
 - e. **Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan**
Seperti kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan serta tidak tercapainya ideal diri merupakan stressor psikologik bagi klien yang dapat menyebabkan gangguan jiwa.

8. Pengkajian fisik

Pada tanda-tanda vital biasanya tekanan darah dan nadi pasien meningkat.

9. Pengkajian psikososial

a. Genogram

Biasanya menggambarkan garis keturunan keluarga pasien, apakah ada keluarga pasien yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami pasien.

b. Konsep diri

- 1) Gambaran diri : biasanya pasien akan mengatakan tidak ada keluhan apapun.
- 2) Identitas diri : biasanya pasien merasa tidak berdaya dan rendah diri sehingga tidak mempunyai status yang dibanggakan atau diharapkan di keluarga maupun di masyarakat.
- 3) Peran : pasien mengalami penurunan produktifitas, ketegangan peran dan merasa tidak mampu dalam melaksanakan tugas.
- 4) Ideal diri : biasanya pasien diperlakukan dengan baik oleh keluarga maupun masyarakat sehingga pasien merasa dapat menjalankan perannya di keluarga maupun di masyarakat.
- 5) Harga diri : selalu mengungkapkan hal negatif tentang dirinya dan orang lain, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis serta penolakan terhadap kemampuan diri.

c. Hubungan Sosial

- 1) Pasien tidak mempunyai orang yang berarti untuk mengadu atau meminta dukungan.
- 2) Pasien merasa berada di lingkungan yang mengancam
- 3) Keluarga kurang memberikan penghargaan kepada klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjaswarni, T. (2016). *Komunikasi dalam Keperawatan*. Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan.
- Damaiyanti,M.,& Iskandar (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama
- Fitria (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Advance mental Health Nursing*. Bandung : Refika Aditama
- Sutejo (2019). *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Pustaka Baru
- Stuart, G (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Singapura : Elsevier

BAB 4

KOMUNIKASI TERAPEUTIK DALAM KEPERAWATAN JIWA

Sulaiman, S.Ag., SST., M.A

A. Pendahuluan

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, seluruh aspek hidup manusia tidak terlepas dari komunikasi. Komunikasi merupakan bagian terpenting dalam kehidupan manusia sejak lahir sampai dengan berakhirnya kehidupan dan komunikasi terus dijalankan. Sukses atau gagalnya suatu komunikasi baik antara individu maupun kelompok dipengaruhi oleh berbagai faktor. Sering ditemukan individu yang tidak dapat berkomunikasi dengan baik karena ada hambatan-hambatan di dalam komunikasi.

Komunikasi adalah suatu proses pengiriman pesan atau informasi antara dua orang atau lebih yang mana terkandung maksud dan tujuan yang jelas agar mudah dipahami. Komunikasi merupakan kunci utama yang memiliki peranan penting dalam melaksanakan proses keperawatan. Terlaksananya komunikasi antara perawat dan pasien di dalam asuhan keperawatan lebih dikenal dengan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik merupakan suatu proses komunikasi dalam memberikan hubungan terapeutik perawat dan pasien dengan maksud dapat menyembuhkan pasien atau menjadi terapi bagi pasien. Komunikasi terapeutik berpusat pada pengalaman bersama antara perawat dengan pasien agar dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi pasien dengan harapan dapat mempengaruhi perilaku pasien kearah yang lebih baik.

Karena komunikasi sangatlah berperan dalam dalam menentukan sukses atau tidaknya suatu proses keperawatan. Proses keperawatan yang dilakukan tidaklah mudah. Dalam hal ini pelaksanaan proses keperawatan dengan gangguan jiwa benar-benar komunikasi terapeutik sebagai instrument bagi perawat di dalam menjalankan tugasnya.

B. Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan suatu komunikasi yang dirancang atau direncanakan secara sadar dan memiliki tujuan serta kegiatan mengarah pada kesembuhan pasien. oleh karena itu, perawat sangat dibutuhkan pengetahuan yang memadai dalam meningkatkan kompetensi mengenai komunikasi terapeutik yang mengutamakan kesembuhan pasiennya secara terpenuhi. berdasarkan pengertian komunikasi terapeutik menurut northouse dalam suryani (2005) merupakan kemampuan seorang perawat yang bertujuan untuk membantu pasien dalam penyesuaian saat stress, mengatasi gangguan mental (psikis), dan belajar berhubungan dengan orang lain.

Hubungan terapeutik berdasarkan pengalaman dari Stuart dan Laraia dalam Suryani (2005) menjelaskan bahwa hubungan perawat dan pasien pada dasarnya merupakan hubungan interpersonal yang saling memperoleh keuntungan bahkan perawat dan pasien mendapatkan pengalaman belajar dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional dari pasien. Dalam hubungan terapeutik juga merupakan hubungan yang memiliki sifat kerja sama dengan ditandai adanya pertukaran perilaku, perasaan, pikiran serta pengalaman ketika penyembuhan atau pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional bagi perawat (Indrawati, 2003). Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik saling memberikan pengertian antar perawat dengan pasien. Persoalan mendasar dan komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan pasien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi di

antara perawat dan pasien, perawat membantu dan pasien menerima bantuan (Indrawati dan Tatik 2003).

C. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Dalam komunikasi terapeutik memiliki beberapa tujuan untuk meningkatkan diri pasien ke arah yang lebih positif. Berdasarkan (Sumakul dkk 2019) menjelaskan tujuan komunikasi terapeutik ialah terjadi perubahan diri dari pasien dengan membentuk kesadaran diri dan penerimaan diri serta penghormatan diri yang membuat pasien dijauhkan dari segala penyakit, seperti stress dan depresi terhadap resiko penyakit kronis yang diderita. Pasien belajar dalam hal menerima dan diterima orang lain, maka pasien harus mampu membina hubungan interpersonal yang tidak superficial dan saling bergantung. Pasien memiliki kemampuan dalam meningkatkan fungsi untuk mencapai tujuan yang efisien sesuai dengan kemampuannya. Meningkatnya karakter diri pasien yang biasanya mengalami identitas diri.

Menurut Risal dkk dalam Wahyuni, L dkk (2024) Tujuan komunikasi terapeutik pada klien dengan gangguan jiwa dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi kebutuhan klien terkait dengan masalah kesehatan yang dihadapi
2. Membina hubungan terapeutik antara perawat dan klien.
3. Membantu mengatasi masalah keperawatan klien
4. Membantu perawat dalam proses melaksanakan intervensi/strategi pelaksanaan yang harus dilakukan kepada klien dengan gangguan jiwa.
5. Mencapai tingkat terapeutik yang diharapkan sesuai kriteria hasil

Stuart Sundeen menyatakan bahwa tujuan hubungan terapeutik adalah pertumbuhan klien dalam Agustina dan Isti (2022) adalah :

1. Rasa kesadaran diri, penerimaan, dan rasa hormat yang lebih besar dan meningkatkan integritas diri

2. Kapasitas untuk menciptakan ikatan interpersonal yang erat dan saling bergantung serta kemampuan untuk mencintai dan dicintai.
3. Peningkatan fungsionalitas dan kapasitas untuk memenuhi permintaan dan mencapai tujuan pribadi yang masuk akal.
4. Membantu klien dalam memahami emosi dan pikiran mereka dan, jika mereka merasa perlu, memberdayakan mereka untuk mengambil tindakan yang tepat untuk mengubah keadaan saat ini.
5. Menghilangkan ketidakpastian, memfasilitasi pengambilan keputusan yang dapat ditindaklanjuti, dan menjaga kekuatan ego.
6. Memberikan dampak pada diri sendiri, orang lain, dan fisik sekitar

Manfaat lain komunikasi terapeutik bagi perawat menurut Vinitha (2022) adalah mampu menumbuhkan penampilan profesional dengan kemampuan untuk:

1. Tampil percaya diri, penuh kasih sayang, dan berkomitmen
2. Postur tubuh yang baik dan kontak mata
3. Kepribadian yang menyenangkan
4. Kemampuan berpikir kritis
5. Mendengarkan dengan sabar
6. Menggunakan bahasa yang tepat dan ringkas
7. Kemampuan focus sepenuhnya pada klien dan mempertahankan rasa tanggung jawab terhadap aspek kemanusiaan dan menganggap memandang klien secara holistik.

D. Prinsip-Prinsip Komunikasi Terapeutik

Berdasarkan Carl Rogers dalam Sarfika (2018) ada beberapa prinsip dalam komunikasi terapeutik diantaranya sebagai berikut :

1. Seorang perawat wajib mengenal dirinya sendiri, dalam arti harus mampu menafsirkan nilai-nilai diyakini.
2. Komunikasi yang ditandai wajib memiliki sikap saling menerima, percaya, dan saling menghargai.

3. Seorang perawat perlu mengingat pentingnya kebutuhan pasien baik itu secara fisik maupun mental.
4. Seorang perawat tentunya memperhatikan kondisi yang membuat pasien terus berkembang tanpa adanya rasa takut
5. Seorang perawat fokus memperhatikan kondisi yang memungkinkan pasien memiliki keinginan untuk mengubah sikap dan tingkah lakunya, maka dari itu mampu dalam memecahkan permasalahan yang ada.
6. Seorang perawat harus bisa mengawasi perasaan emosional seperti perasaan sedih, marah, gembira maupun kekecewaan
7. Seorang perawat dapat memastikan batasan waktu yang setara serta mampu menjaga konsistensinya.
8. Seorang perawat diharapkan mampu menguasai arti empati yang disertai dengan tindakan terapeutik, dan mampu menguasai arti simpati yang bukan disertai dengan tindakan terapeutik.
9. Seorang perawat harus bisa mengerti atas ke Jujuran dan komunikasi terbuka karena pada dasarnya merupakan suatu hubungan terapeutik.
10. Seorang perawat diharapkan mampu menjadi teladan (*role model*) supaya meyakinkan kepada orang lain mengenai perilaku yang sehat.
11. Seorang perawat harus bisa mengutarakan perasaan dan sikap yang jelas.
12. Seorang perawat harus memiliki sifat menolong dan membantu pasien ketika terjadinya permasalahan secara ikhlas atau tanpa imbalan.
13. Seorang perawat mampu menentukan prinsip kesejahteraan manusia.
14. Seorang perawat dapat bertanggung jawab terhadap sikap dan tindakan yang dilakukan.

E. Tahapan Komunikasi Terapeutik

Tahapan-tahapan komunikasi terapeutik menurut Stuart dan Sundeen (2017) adalah sebagai berikut:

1. Tahap persiapan/pra-interaksi

Pada tahap pra interaksi, perawat sebagai komunikator yang melaksanakan komunikasi terapeutik dengan mempersiapkan dirinya untuk bertemu dengan pasien. Sebelum bertemu pasien, perawat haruslah mengetahui beberapa informasi mengenai pasien, baik berupa nama, umur, jenis kelamin, keluhan penyakit dan sebagainya.

Apabila perawat telah dapat mempersiapkan diri dengan baik sebelum bertemu dengan pasien, maka ia akan bisa menyesuaikan cara yang paling tepat dalam menyampaikan komunikasi terapeutik kepada pasien, sehingga pasien dapat dengan nyaman berkonsultasi dengan perawat.

2. Tahap pengenalan/orientasi

Tahap pengenalan dilaksanakan setiap pertemuan dengan pasien. Tujuan dalam tahap ini adalah memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat sesuai dengan keadaan pasien saat ini serta mengevaluasi hasil tindakan yang telah lalu. Tahap pengenalan adalah ketika perawat bertemu dengan pasien. Persiapan yang dilakukan perawat pada tahap pra-interaksi diaplikasikan pada tahap ini dengan baik karena tahapan ini. Sangat penting bagi perawat untuk melaksanakan tahapan ini dengan baik karena tahapan ini merupakan dasar bagi hubungan terapeutik antara perawat dan pasien

3. Tahap kerja

Tahap kerja merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap kerja merupakan tahap yang terpanjang dalam komunikasi terapeutik karena di dalamnya perawat dituntut untuk membantu dan mendukung pasien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya, kemudian menganalisis respons ataupun pesan komunikasi verbal dan

nonverbal yang disampaikan oleh pasien. Dalam tahap ini pula perawat mendengarkan secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu membantu pasien untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh pasien, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya.

4. Tahap Terminasi

Tahap terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dan pasien. Tahap terminasi dibagi dua, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat dan pasien, setelah hal ini dilakukan perawat dan pasien masih akan bertemu kembali pada waktu yang berbeda sesuai kontrak waktu yang telah disepakati bersama. Sedangkan terminasi akhir dilakukan oleh perawat setelah menyelesaikan seluruh proses keperawatan.

F. Hambatan-Hambatan dalam Komunikasi Terapeutik

Berbagai hambatan dalam komunikasi terapeutik dapat mempersulit perawat dan pasien dalam membina hubungan terapeutik. Berikut ini adalah hambatan dalam komunikasi terapeutik menurut Berman dkk dalam Wahyuni L (2024) :

1. Stereotip

Perawat menilai pasien dan cepat menyimpulkan pasien berdasarkan karakteristik yang ada pada kebanyakan orang, seperti ras, jenis kelamin, suku bangsa dan karakteristik lainnya yang melekat pada individu. Respons ini mengkategorikan dan menghilangkan keunikan klien sebagai makhluk individu.

2. Pengungkapan persetujuan dan ketidaksetujuan

Perawat yang mengungkapkan setuju dan tidak setuju menyiratkan bahwa pasien dinilai benar atau salah. Hal ini akan menghambat klien untuk mempertimbangkan pendapatnya sendiri dan memungkinkan pasien merasa perlu membela diri

3. Bersikap Defensif

Perawat berupaya melindungi individu atau layanan kesehatan dari komentar negatif untuk menyembunyikan kelemahan individu atau layanan kesehatan. Hal ini menghalangi pasien untuk mengungkapkan kekhawatiran yang seharusnya dengan sengaja melalui komunikasi verbal dan nonverbal agar terciptanya hubungan saling percaya sehingga mempercepat tercapainya tujuan perawatan dan proses penyembuhan. Tujuan dari komunikasi terapeutik adalah mengidentifikasi kebutuhan pasien, mengembangkan hubungan terapeutik perawat pasien, membantu pasien mengatasi masalah pada pasien, membantu perawat melaksanakan intervensi, dan mencapai tingkat terapeutik sesuai tujuan.

G. Sikap Komunikasi Terapeutik

Merupakan sikap/cara menghadirkan diri secara fisik, ada beberapa sikap menghadirkan diri secara fisik menurut Herbert (1982) dalam Agustina and Isti, (2022) adalah:

1. Sikap berhadapan yang menunjukkan bahwa perawat siap untuk klien.
2. Sikap perawat dalam menjaga kontak mata menunjukkan bahwa dia mendengarkan klien, memberikan perhatian kepada klien, menghormati klien, dan ingin berbicara dengan klien.
3. Perawat merespons klien dan memberikan perhatian kepada mereka, menunjukkan keinginan membantu mereka. Membungkuk ke arah klien menyampaikan keinginan ini.
4. Mempertahankan sikap terbuka, menunjukkan kesediaan untuk berkomunikasi, seperti yang ditunjukkan dengan tidak melipat tangan atau kaki dan menjaga tangan tetap di samping atau dalam posisi terbuka lainnya.
5. Nadanya tetap santai untuk menumbuhkan suasana nyaman, melindungi privasi klien, dan membuat mereka merasa cukup nyaman untuk berbicara. Isyarat nonverbal juga dapat digunakan untuk mengenali sikap terapeutik. Ada lima

(lima) bentuk komunikasi nonverbal menurut Stuart dan Sundeen (1999) dalam Agustina dan Isti (2022). Ini adalah:

- a. Isyarat vokal, atau isyarat paralinguistik termasuk tekanan suara, kualitas suara, tawa, ritme, dan kecepatan bicara.
- b. Isyarat tindakan, yang mencakup semua gerakan tubuh, termasuk postur dan ekspresi wajah.
- c. Isyarat objek, yaitu benda seperti pakaian dan barang pribadi lainnya yang mungkin digunakan seseorang secara sengaja atau tidak sengaja.
- d. Menurut standar sosial budaya masing-masing, ruang menyampaikan informasi tentang seberapa dekat sesorang orang satu sama lain.
- e. Sentuhan, yaitu interaksi fisik antara dua individu dan, bergantung pada jenis hubungan, konteks budaya, ekspektasi, jenis kelamin, usia, dan latar belakang, merupakan komunikasi non-verbal yang paling intim.

H. Teknik Komunikasi Terapeutik

Teknik/strategi berbeda digunakan oleh perawat untuk membangun hubungan baik dengan pasien. Pemilihan metode ini terutama bergantung pada tujuan hubungan dan kapasitas pasien untuk komunikasi verbal. Untuk memilih strategi yang tepat yang akan meningkatkan komunikasi dan memperkuat ikatan perawat-pasien, perawat harus mahir dalam setiap strategi tersebut (Sherko, Eugjen and Erinda, 2013). Beberapa teknik komunikasi terapeutik (Agustina and Isti, 2022; George, 2022) adalah :

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian
Kemampuan observasi dan mendengarkan dengan penuh perhatian
2. *Broad openings*
Mendorong klien untuk memilih topik diskusi.
Misalnya: Apa yang sedang kamu pikirkan?

3. Menunjukkan penerimaan

Untuk membangun kepercayaan dan menumbuhkan rasa percaya diri, perawat harus menyadari bahasa tubuh seperti menggelengkan kepala atau mengerutkan kening yang menunjukkan ketidaksetujuan. Sikap perawat adalah mendengarkan dengan seksama tanpa menyela, memberikan umpan balik verbal tanpa menyela, dan menghindari perdebatan, menyatakan skeptis, atau jangan mencoba membujuk klien untuk mengubah pandangannya. Contoh; Klien: "saya merasa kaki saya yang terluka itu bau" perawat: "iya saya akan melakukan perawatan luka sehingga luka akan segera sembuh sehingga tidak bau lagi"

4. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan

Pertanyaan yang berkaitan dilakukan guna mendapatkan informasi yang tepat mengenai permasalahan yang diajukan klien. Misalnya: "Tadi anda katakan sering lupa minum obat, obat yang mana yang sering dilupakan?".

5. Mengulang ucapan pasien dengan kata-kata sendiri/*restating*.

Perawat memberikan umpan balik bahwa ia mengerti pesan pasien dan berharap komunikasi dilanjutkan. Misalnya: Klien: "saya diasuh ayah sejak usia 5 tahun, ibu saya meninggal". Perawat: Kamu katakana ibumu meninggalkanmu saat kamu berumur 5 tahun.

6. Mengklarifikasi

Mencoba mengungkapkan pemikiran klien yang tidak jelas ke dalam kata-kata untuk meningkatkan pemahaman perawat atau meminta klien menjelaskan apa yang dia maksud. Bertujuan untuk menyamakan persepsi. Misalnya; "Saya tidak yakin dengan maksud yang anda katakan; bisakah kamu memberitahuku lagi"?

7. Memfokuskan

Mencoba untuk membatasi topik diskusi agar perdebatan lebih terfokus dan dapat dipahami. Ketika klien mengemukakan suatu masalah yang signifikan, perawat berusaha untuk melanjutkan pembicaraan. Misalnya: "Mari

kita bicarakan hal ini lebih lanjut; sepertinya ini penting."
"Apa yang telah kita sepakati untuk didiskusikan."
"Menurutku kita harus membicarakan lebih banyak tentang hubunganmu dengan ayahmu."

8. Humor

Pelepasan energi melalui kondisi santai atas situasi yang dihadapi. Hal ini memberi arti baru pada kata 'gugup', yang diucapkan sambil bercanda antara perawat dan pasien.

9. Menyatakan hasil observasi

Perawat harus memberikan umpan balik kepada klien dengan merangkum temuan observasinya, dan klien dapat menjelaskan apakah pesan tersebut dipahami atau tidak. Sebagai ilustrasi, "Kamu tampak tegang." "Kamu tampak gugup saat..."

10. Refleksi / *Reflection*.

Mengarahkan kembali pikiran, emosi, pertanyaan klien. Misal : Anda merasa cemas dan tegang dan ini ada hubungannya dengan percakapan Anda dengan suami tadi malam?

11. *Informing*

Keterampilan berbagi informasi. Misalnya: "Saya pikir Anda perlu tahu lebih banyak tentang pengobatan Anda. "

12. Diam

Memberikan kesempatan kepada perawat dan pasien untuk menyusun idenya. Sebagai ilustrasi klien : "Saya kesal!" Perawat: (diam) atau Duduklah bersama klien dan gunakan isyarat non-verbal untuk mengungkapkan perhatian dan keterlibatan perawat.

13. Meringkas

Untuk membantu mengingat subjek yang dibahas sebelum memulai diskusi berikutnya. Misalnya: "tadi kita telah berdiskusi tentang...."

14. Memberikan penghargaan,

Memberikan apresiasi atas keberhasilan, kemajuan atau situasi perbaikan dalam perawatan pasien Misalnya: "balutan luka dikaki ibu tampak bersih tidak kotor karena

dipakai berjalan tanpa alas kaki, ibu telah menjaga luka di kaki dengan baik”.

15. Menawarkan diri

Menyiapkan diri perawat tanpa respon bersyarat atau respon yang diharapkan. Misalnya: Klien: “balutan lukanya rembes” perawat: “Saya akan mengganti balutan luka sekarang”.

16. Kesempatan untuk memulai diskusi.

Klien didorong untuk memulai diskusi dan percaya bahwa klien diharapkan melakukan hal tersebut oleh perawat. “Apakah ada sesuatu yang ingin kamu bicarakan?” adalah salah satu contohnya. “Apakah ada yang sedang kamu pertimbangkan?”.

17. Mendorong klien untuk melanjutkan diskusi.

Memungkinkan klien untuk mengarahkan sebagian besar diskusi. Sebagai ilustrasi: “.. Lanjutkan.. Lalu..”. “Sepertinya ini topik yang menarik. Coba kita bahas lebih lanjut”.

18. Berbagi persepsi

Meminta klien untuk memverifikasi pemahaman perawat tentang apa yang dipikirkan atau dirasakan klien. Misalnya: “Kamu tersenyum, tapi menurutku kamu sangat marah padaku.”

19. Mengatur waktu dan peristiwa secara berurutan.

Mencoba membantu pelanggan dan perawat dalam menempatkan segala sesuatunya dalam perspektif. 'Saat kuku kaki dipotong, apakah terasa ada luka hingga terlihat darah?' adalah salah satu contohnya.

20. Mengajukan klien untuk menguraikan persepsi.

Perawat perlu mempertimbangkan situasi dari sudut pandang klien. Perawat perlu mewaspadaikan potensi tanda-tanda kecemasan. Misalnya: “Coba jelaskan bagaimana luka ini bisa terjadi”.

21. *Reflection*

Memberikan klien kesempatan untuk berkomunikasi dan menerima pikiran dan emosi mereka sebagai bagian alami dari diri mereka.

I. Hubungan Perawat dengan Klien (*The Helping Relationship*) dalam Komunikasi Terapeutik

1. Pengertian

Terdapat beberapa hubungan yang perlu dibedakan dengan hubungan terapeutik (George, 2022) yaitu:

- a. Hubungan sosial adalah hubungan yang terutama dimulai dengan tujuan persahabatan, sosialisasi, kesenangan atau menyelesaikan suatu tugas. Kebutuhan timbal balik terpenuhi selama interaksi sosial. Tidak ada tujuan atau fokus yang telah ditentukan sebelumnya dalam suatu hubungan, dan kelanjutan hubungan tidak ditentukan sejak awal.
- b. *Intimate relationship* adalah sebuah hubungan antara dua individu yang berkomitmen satu sama lain, saling memperhatikan dan menghormati, terjadi antara dua individu yang memiliki komitmen emosional satu sama lain, hubungan ini menjadi fokus dasar pernikahan dan hubungan tipe pasangan lainnya.
- c. *Therapeutic relationship*. Berbeda dengan hubungan sosial dan romantis, hubungan terapeutik melibatkan perawat memanfaatkan keterampilan komunikasinya, pemahaman tentang perilaku manusia, dan kekuatan pribadi untuk mendukung kemajuan berpusat pada pikiran, perasaan, dan pengalaman pasien. Interaksi sengaja dibangun, dipelihara, dan dilaksanakan dengan tujuan membantu pasien memperoleh keterampilan koping adaptasi. *The helping relationship* adalah hubungan yang saling menguntungkan antara perawat dan klien dikenal sebagai komunikasi terapeutik, dan ini berpusat pada membantu pasien mencapai tujuan penyembuhan mereka dengan memperhatikan kebutuhan mereka dan

meningkatkan kemandirian, rasa nilai, dan kesejahteraan umum.

2. Prinsip dasar *the helping relationship*

Hubungan saling percaya antara perawat dan klien adalah kunci dari komunikasi terapeutik. Agustina dan Isti (2022) menyebutkan prinsip hubungan perawat-pasien adalah:

- a. Hubungan perawat dengan klien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan. "*humanity of nurse and clients*" adalah landasan interaksi ini. Selain sebagai hubungan antara perawat dan pasiennya, hubungan perawat-klien juga merupakan hubungan antar manusia yang terhormat.
- b. Perawat menghargai individualitas klien. Karena setiap orang mempunyai kepribadian yang berbeda, perawat harus mempertimbangkan variasi latar belakang budaya, riwayat keluarga, dan karakteristik individu untuk memahami emosi dan perilaku klien.
- c. Setiap komunikasi harus mampu menjunjung harga diri baik pengirim maupun penerimanya; dalam hal ini, perawat harus mampu mempertahankan dirinya dan dirinya sendiri.
- d. Mengembangkan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien merupakan prasyarat untuk pemecahan masalah dan menawarkan solusi alternatif.

3. Karakteristik perawat yang dapat memfasilitasi tumbuhnya hubungan yang Terapeutik.

Untuk mendorong pengembangan hubungan terapeutik, perawat perlu memiliki kualitas berikut: Kejujuran; Kejelasan; Ekspresi; bersifat konstruktif; Simpati tidak sama dengan empati. mampu melihat permasalahan dari sudut pandang klien; mampu menerima klien apa adanya; peka terhadap emosi klien; Tidak mudah terpengaruh oleh riwayat klien atau perawat (Agustina dan Isti, 2022).

- a. Kejujuran: ketika seseorang terbuka dan merespons dengan tulus, mereka mendapatkan kepercayaan dari orang lain.
- b. Tidak membingungkan dan ekspresif, menggunakan bahasa yang dapat dipahami klien dan dilengkapi dengan isyarat nonverbal yang sesuai dari perawat bersikap positif dalam memandang masalah klien dan membangun hubungan saling percaya, bersifat hangat, penuh perhatian dan penghargaan terhadap klien.
- c. Sikap empati, perawat mampu merasakan permasalahan klien dan mencari solusi pemecahan masalah.
- d. Orientasi pada klien, memandang klien dari sudut pandang klien dan fokus intervensi dan komunikasi berdasarkan masalah klien, mendengarkan penuh perhatian dengan berlandaskan sikap *caring*
- e. Menerima apa adanya, perawat sebagai *helper* menerima pasien apa adanya, menerima menghargai nilai yang dipegang klien.
- f. Sensitif terhadap permasalahan klien, perawat mampu mengenali perasaan klien dan menghormati serta menghargai harkat dan martabat klien.
- g. Tidak terpengaruh dalam situasi dan kondisi masa lalu perawat dan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Indrawati dan Tatik (2023) Komunikasi dalam keperawatan. Jakarta : EGC
- Sarfika riska, estika, & windy. (2018). *Buku Ajar eperawatan Dasar*. Andalas University Press.
- Sherko, E., Eugjen, S. and Erinda, L. (2013) 'Therapeutic communication.', *Jahr – European Journal of Bioethics*, 4(7), pp.457–466. Available at: https://doi.org/10.5005/jp/books/10266_9.
- Stuart dan Sundeen. (2017). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Sumakul, E., Mingkid, E., & Randang, J. (2019), Peranan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Anak Penderita Kanker di Yayasan Kasih Anak Kanker Indonesia Rsup Prof. Kandouw Manado, *Acta Diurna Komunikasi*, Vol 1, No, 1-14.
- Suryani, (2005). *Komunikasi Terapeutik Teori dan Praktik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Walyuni, L, (2024) Buku Ajar keperawatan jiwa. PT. Sonpedia Publising Indonesia

BAB

5

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI

Ira Ocktavia Siagian, M.Kep., Ns., Sp.Kep.J

A. Konsep Diri

Konsep diri adalah semua pikiran, keyakinan, dan kepercayaan yang merupakan pengetahuan individu tentang dirinya dan memengaruhi hubungannya dengan orang lain. Konsep diri tidak terbentuk waktu lahir, tetapi dipelajari sebagai hasil pengalaman unik seseorang dalam dirinya sendiri, dengan orang terdekat, dan dengan realitas dunia (Stuart, 2012).

Konsep diri merujuk pada pandangan, pemahaman, dan perasaan seseorang tentang dirinya sendiri. Ini mencakup bagaimana seseorang melihat dirinya dalam berbagai aspek, seperti kepribadian, kemampuan, nilai, dan peran sosial yang dimiliki. Konsep diri berkembang melalui interaksi sosial dan pengalaman hidup, serta dipengaruhi oleh faktor internal (seperti keyakinan dan perasaan pribadi) dan eksternal (seperti penilaian orang lain atau norma sosial). Konsep diri yang positif biasanya dikaitkan dengan rasa percaya diri dan kesehatan mental yang baik, sedangkan konsep diri yang negatif dapat mempengaruhi kesejahteraan emosional dan hubungan sosial seseorang.

Konsep diri adalah persepsi keseluruhan yang dimiliki seseorang mengenai dirinya sendiri. Menurut Desmita konsep diri adalah gagasan tentang diri sendiri yang mencakup keyakinan, pandangan dan penilaian seseorang terhadap dirinya sendiri. Konsep diri dapat diartikan sebagai persepsi,

keyakinan, prasaan atau sikap seseorang tentang dirinya (Muhammad Hamdi, 2016). Senada dengan pendapat di atas, Mohamad Surya menjelaskan bahwa konsep diri merupakan pandangan mengenai diri sendiri yang bersumber dari satu perangkat keyakinan dan sikap terhadap dirinya sendiri (Muhammad Surya, 2014).

Konsep diri dapat diartikan sebagai suatu sikap memandang diri sendiri sebagaimana adanya dan memperlakukannya secara baik disertai rasa senang serta bangga sambil terus mengusahakan kemajuannya. Selanjutnya, dijelaskan bahwa menerima diri sendiri perlu kesadaran dan kemauan melihat fakta yang ada pada diri, baik fisik maupun psikis, sekaligus kekurangan dan ketidak sempurnaan, tanpa ada kekecewaan. Tujuannya untuk merubah diri lebih baik.

Konsep diri adalah sikap yang pada dasarnya merasa puas dengan diri sendiri, kualitas-kualitas dan bakat-bakat sendiri, serta pengetahuan-pengetahuan akan keterbatasan-keterbatasan sendiri. Konsep diri ini mengandaikan adanya kemampuan diri dalam psikologis seseorang, yang menunjukkan kualitas diri. Hal ini berarti bahwa tinjauan tersebut akan diarahkan pada seluruh kemampuan diri yang mendukung. Kesadaran diri akan segala kelebihan dan kekurangan diri haruslah seimbang dan diusahakan untuk saling melengkapi satu sama lain, sehingga dapat menumbuhkan kepribadian yang sehat (Chaplin J.P, 2015).

Hurlock menambahkan bila individu hanya melihat dari satu sisi saja maka tidak mustahil akan timbul kepribadian yang timpang, semakin individu menyukai dirinya maka ia akan mampu menerima dirinya dan ia akan semakin diterima oleh orang lain yang mengatakan bahwa individu dengan penerimaan diri yang baik akan mampu menerima karakter-karakter alamiah dan tidak mengkritik sesuatu yang tidak bisa diubah lagi (Elisabeth Hurlock, 1997).

Dijelaskan pula oleh Handayani, Ratnawati, dan Helmi, konsep diri adalah sejauh mana seseorang dapat menyadari dan mengakui karakteristik menyalahkan orang lain, serta

mempunyai keinginan yang terus menerus untuk mengembangkan diri. Konsep diri mengacu pada kepuasan individu atau kebahagiaan terhadap diri, dan dianggap perlu untuk kesehatan mental.

Konsep diri melibatkan pemahaman diri, kesadaran yang realistis, memahami kekuatan dan kelemahan seseorang. Sehingga menghasilkan perasaan individu tentang dirinya, bahwa ia bernilai unik. Calhoun dan Acocella menjelaskan bahwa konsep diri berhubungan dengan konsep diri yang positif, dimana dengan konsep diri yang positif, seseorang dapat menerima dan memahami fakta-fakta yang begitu berbeda dengan dirinya.

Cara seseorang melihat dan berperilaku terhadap dirinya sendiri disebut konsep diri. Konsep diri merupakan inti dari kepribadian seseorang dan sangat penting untuk menentukan dan mengarahkan perkembangan kepribadian dan perilaku seseorang di lingkungannya (Iriastuti, 2022).

Menurut Fitts (dalam Sari, 2023), dimensi konsep diri membagi konsep diri menjadi dua dimensi utama. Dimensi internal, atau kerangka acuan internal, adalah penilaian seseorang terhadap dirinya sendiri berdasarkan dunia di dalam dirinya. Dimensi ini terdiri dari tiga jenis, yaitu : Diri identitas, atau identitas diri, adalah aspek paling mendasar dari dimensi konsep diri dan mengacu pada pertanyaan “siapaakah saya?” dalam pertanyaan tersebut tercakup simbol-simbol yang diberikan pada diri oleh individu yang bersangkutan untuk menggambarkan dirinya dan membangun identitasnya.

Diri perilaku (*Behaviour self*) merupakan persepsi individu tentang tingkah lakunya, yang berisikan segala kesadaran mengenai “Apa yang dilakukan oleh diri”. Bagian ini berkaitan erat dengan identitas. Diri penerima atau penilaian (*judging self*) diri penilai berfungsi sebagai pengamat, penentu standar, dan evaluator. Kedudukannya adalah sebagai perantara (*mediator*) antara diri sendiri dan diri perilaku. Manusia cenderung memberikan penilaian terhadap apa yang dipersepsikannya.

Penilaian ini lebih berperan dalam menentukan tindakan apa yang akan ditampilkannya (Sari, 2021).

Pada dimensi eksternal, individu menilai dirinya melalui hubungan dan aktivitas sosialnya, nilai-nilai yang dianutnya, serta hal-hal lain diluar dirinya. Dimensi ini merupakan suatu hal yang luas, misalnya diri yang berkaitan dengan sekolah, organisasi, agama, dan lain sebagainya. Dimensi ini dibedakan atas 5 bentuk, yaitu : diri fisik menyangkut persepsi seseorang terhadap keadaan dirinya secara fisik. Dalam hal ini terlihat persepsi seseorang mengenai kesehatan dirinya, penampilan dirinya (Cantik, jelek, menarik, tidak menarik) dan keadaan tubuhnya (Tinggi, pendek, gemuk, kurus) (Dewi, 2021).

Diri etik-moral merupakan persepsi seseorang terhadap dirinya dilihat dari standart pertimbangan nilai moral dan etika. Hal ini menyangkut persepsi seseorang akan kehidupan agamanya, yang meliputi Batasan baik dan buruk. Diri pribadi merupakan perasaan atau persepsi seseorang tentang keadaan pribadinya. Hal ini tidak dipengaruhi oleh kondisi fisik atau hubungan dengan orang lain, tetapi dipengaruhi oleh sejauh mana individu merasa puas terhadap pribadinya atau merasa dirinya sebagai pribadi yang tepat (Pitoy *et al.*, 2023).

Diri keluarga menunjukkan perasaan dan harga diri seseorang dalam keadukannya sebagai anggota keluarga. Bagian menunjukkan seberapa jauh seseorang merasa kuat terhadap dirinya sebagai anggota keluarga, serta terhadap peran maupun fungsi yang dijalankannya sebagai anggota dari suatu keluarga. Diri sosial merupakan penilaian individu terhadap interaksi dirinya dengan orang lain maupun lingkungan disekitarnya (Radjak *et al.*, 2024).

B. Ciri-Ciri Konsep Diri

Konsep diri pada setiap individu terhadap dirinya sendiri cenderung tidak sama antara yang satu dengan yang lainnya. Menurut Johnson David ciri-ciri orang yang menerima dirinya adalah sebagai berikut:

1. Menerima diri sendiri apa adanya

Memahami diri ditandai dengan perasaan tulus, nyata, dan jujur menilai diri sendiri. Kemampuan seseorang untuk memahami dirinya tergantung pada kapasitas intelektualnya dan kesempatan menemukan dirinya. Individu tidak hanya mengenal dirinya tapi juga menyadari kenyataan dirinya. Konsep diri tersebut berjalan beriringan, semakin menerima dirinya. Jika seorang individu mau menerima dirinya apa adanya, maka individu tersebut bisa akan lebih menghargai dirinya sendiri, dan memberitahu orang lain bahwa mereka seharusnya mau menerima dan menghormati dirinya apa adanya. Individu tersebut juga mampu untuk menerima orang lain dan tidak menuntut bahwa mereka harus mencoba untuk menyamai dirinya. Menerima diri sendiri berarti merasa senang terhadap apa dan siapa dirinya sesungguhnya (Matthews D. Wayne, 1993).

2. Tidak menolak dirinya sendiri, apabila memiliki kelemahan dan kekurangan

Sikap atau respon dari lingkungan membentuk sikap terhadap diri seseorang. Individu yang mendapat sikap yang sesuai dan menyenangkan dari lingkungannya, cenderung akan menerima dirinya. Tidak menolak diri adalah suatu sikap menerima kenyataan diri sendiri, tidak menyesali diri sendiri, siapakah kita dulu maupun sekarang, tidak membenci diri sendiri, dan jujur pada diri sendiri. Kelebihan adalah suatu kemampuan karakteristik atau ciri tentang diri kita yang kita anggap lebih baik dari pada kemampuan-kemampuan atau aspek-aspek lain dalam diri kita. Jadi salah satu penyebab kenapa kita sulit menerima kelebihan kita, kadang kala karena memang kita menginginkan bisa mendapatkan lebih dalam hal itu, maunya lebih dalam hal yang lain.

Kekurangan adalah kemampuan yang sebenarnya diharapkan untuk lebih baik dari kondisi sesungguhnya namun ternyata tidak. Jadi yang kita anggap kurang, biasanya adalah hal yang kita inginkan lebih baik.

Kekurangan ini biasanya melahirkan rasa malu dan rasa minder.

3. Memiliki keyakinan bahwa untuk mencintai diri sendiri, maka seseorang tidak harus dicintai oleh orang lain dan dihargai oleh orang lain.

Yakni seseorang yang dapat mengidentifikasi dirinya sendiri atau pun dengan orang lain serta memiliki penyesuaian diri yang baik, maka cenderung dapat menerima dirinya dan dapat melihat dirinya sama dengan apa yang dilihat orang lain pada dirinya. Individu tersebut cenderung memahami diri dan menerima dirinya, karena sesungguhnya seorang individu membutuhkan dirinya sendiri untuk dicintai. Mencintai diri sendiri dengan menerima segala kekurangan yang ada pada diri sendiri, memaafkan kesalahan-kesalahan yang telah diperbuat, dan menghargai setiap apa yang ada dan telah dicapai, adalah merupakan sebuah kekuatan besar untuk membangun diri dan berarti memiliki penghormatan tertinggi bagi pikiran, tubuh, dan jiwa. Menghargai diri sebagai ciptaan Tuhan membuat kita tetap rendah hati walaupun telah diberi kesempatan menikmati banyak kesuksesan.

Menghargai diri sebagai ciptaan Tuhan juga dapat membuat kita lebih tegar dalam menyikapi kelemahan kita. Semua ciptaan Tuhan adalah sempurna menurut fungsi dan tanggung jawab yang kita emban dalam hidup ini. Kita tidak perlu meratapi diri dalam menghadapi kelemahan yang tidak bisa diperbaiki (Supratiknya A, 2017). Kelemahan ini membuat kita mendapat kesempatan melihat hal-hal lain yang bisa kita lakukan bukan terpaku pada hal-hal yang tidak bisa kita lakukan lagi.

4. Untuk merasa berharga, maka seseorang tidak perlu merasa benar-benar sempurna

Individu yang mempunyai konsep diri yang stabil akan melihat dirinya dari waktu secara konstan dan tidak mudah berubah-ubah. Konsep diri yang tidak stabil, yaitu individu yang pada waktu tertentu memandang dirinya

secara positif dan pada waktu yang lain secara negatif akan gagal mendapatkan gambaran yang jelas tentang dirinya yang seharusnya. Memandang diri secara positif merupakan sikap mental yang melibatkan proses memasukan pikiran-pikiran, katakata, dan gambaran-gambaran yang konstruktive (membangun) bagi perkembangan pikiran anda. Pikiran positif menghadirkan kebahagiaan, suka cita, kesehatan, serta kesuksesan dalam setiap situasi dan tindakan. Apapun yang pikiran anda harapkan, pikiran positif akan mewujudkannya, berpikir positif juga merupakan sikap mental yang mengharapakan hasil yang baik serta menguntungkan (Alin Riwayati, 2010).

Menurut Brooks dan Emmart, orang yang memiliki konsep diri positif menunjukkan karakteristik sebagai berikut:

1. Merasa mampu mengatasi masalah. Pemahaman diri terhadap kemampuan subyektif untuk mengatasi persoalan-persoalan objektif yang dihadapi.
2. Merasa setara dengan orang lain. Pemahaman bahwa manusia dilahirkan tidak dengan membawa pengetahuan dan kekayaan. Pengetahuan dan kekayaan didapatkan dari proses belajar dan bekerja sepanjang hidup. Pemahaman tersebut menyebabkan individu tidak merasa lebih atau kurang terhadap orang lain
3. Menerima pujian tanpa rasa malu. Pemahaman terhadap pujian, atau penghargaan layak diberikan terhadap individu berdasarkan dari hasil apa yang telah dikerjakan sebelumnya.
4. Merasa mampu memperbaiki diri. Kemampuan untuk melakukan proses refleksi diri untuk memperbaiki perilaku yang dianggap kurang.
5. Memiliki keyakinan bahwa dia mampu untuk menghasilkan kerja yang berguna.

C. Tahap-Tahap Perkembangan Konsep Diri

Konsep diri terbentuk dalam waktu yang relatif lama, dan pembentukan ini tidak bisa diartikan bahwa reaksi yang tidak biasa dari seseorang dapat mengubah konsep diri. Konsep diri terbentuk berdasarkan persepsi seseorang tentang sikap orang lain terhadap dirinya. Konsep diri padadasarnya tersusun atas berbagai tahapan. Yang paling dasar adalah konsep diri primer, yaitu konsep diri yang terbentuk atas dasar pengalamannya terhadap lingkungan terdekatnya, yaitu lingkungan rumahnya sendiri.

Dalam kaitan ini, konsep diri menurut Erikson sebagaimana yang dikutip oleh Djaali berkembang melalui lima tahap, yaitu sebagai berikut:

1. Perkembangan dari sense of trust vs sense of mistrust, pada anak usia 1½-2 tahun. Melalui hubungan dengan orang tuanya anak akan mendapat kesan dasar apakah orang tuanya merupakan pihak yang dapat dipercaya atau tidak. Apakah ia yakin dan merasa bahwa orang tuanya dapat memberi perlindungan dan rasa aman bagi dirinya pada diri anak akan timbul rasa percaya terhadap orang dewasa, yang nantinya akan berkembang menjadi berbagai perasaan yang sifatnya positif.
2. Perkembangan dari sense of anatomy vs shame and doubt, pada anak usia 2- 4 tahun. Yang terutama berkembang pesat pada usia ini adalah kemampuan motorik dan berbahasa, yang keduanya memungkinkan anak menjadi lebih mandiri (autonomy). Apabila anak diberi kesempatan untuk melakukan sesuatu menurut kemampuannya, sekalipun kemampuannya terbatas, tanpa terlalu banyak ditolong apalagi dicela, maka kemandirian pun akan terbentuk. Sebaliknya ia sering merasa malu dan ragu-ragu bila tidak memperoleh kesempatan membuktikan kemampuannya.
3. Perkembangan dari sense of initiative vs sense of guilt, pada anak usia 4-7 tahun. Anak usia 4-7 tahun selalu menunjukkan perasaan ingin tahu, begitu juga sikap ingiın menjelajah, mencoba-coba. Apabila anak terlalu sering mendapat

hukuman karena perbuatan tertentu yang didorong oleh perasaan 38 ingin tahu dan menjelajah tadi, keberaniannya untuk mengambil inisiatif akan berkurang. Yang nantinya berkembang justru adalah perasaan takut- takut dan perasaan bersalah.

4. Perkembangan dari sense of industry vs inferiority, pada usia 7-11 atau 12 tahun. Ini masa anak ingin membuktikan keberhasilan dari usahanya. Mereka berkompetisi dan berusaha untuk bisa menunjukkan prestasi. Kegagalan yang berulang-ulang dapat mematahkan semangat dan menimbulkan perasaan rendah diri.
5. Perkembangan dari sense of identity diffusion, pada remaja. Remaja biasanya sangat besar minatnya terhadap dirinya sendiri. Biasanya mereka ingin memperoleh jawaban tentang siapa dan bagaimana dia. Dalam meneruskan jawabannya mereka akan mengumpulkan berbagai informasi yang berhubungan dengan konsep dirinya pada masa lalu. Apabila informasi kenyataan perasaan, dan pengalaman yang dimiliki mengenai diri sendiri tidak dapat diintegrasikan hingga membentuk suatu konsep diri yang utuh, pada remaja akan terus-menerus bimbang dan tidak mengerti tentang dirinya sendiri (Suryani, n.d.).

D. Indikator Konsep Diri

Konsep diri diantaranya yaitu fisiologis, psikologis, psiko-sosiologis, serta psiko-spiritual (Muhammad Surya, 2014).

1. Fisiologis

Aspek fisiologis dalam diri berkaitan dengan unsur-unsur, seperti warna kulit, bentuk, berat atau tinggi badan, raut muka, memiliki kondisi badan yang sehat, normal/ cacat dan lain sebagainya. Karakteristik mempengaruhi bagaimana seseorang menilai diri sendiri, demikian pula tak dipungkiri orang lain pun menilai seseorang diawali dengan penilaian terhadap hal-hal yang bersifat fisiologis. Walaupun belum tentu benar masyarakat sering kali melakukan penilaian awal terhadap penilaian fisik untuk dijadikan

sebagian besar respon perilaku seseorang terhadap orang lain.

2. Psikologis

Aspek-aspek psikologis meliputi tiga hal yaitu:

- a. Kognitif (kecerdasan, minat, dan bakat, kreativitas, kemampuan konsentrasi).
- b. Afeksi (ketahanan, ketekunan, keuletan kerja, motivasi berprestasi, toleransi stress)
- c. Konasi (kecepatan dan ketelitian kerja, coping stress, resiliensi).

3. Psiko-Sosiologis

Konsep diri sosial, yaitu persepsi pikiran, perasaan, dan evaluasi seseorang terhadap kecenderungan sosial yang ada pada dirinya sendiri, berkaitan dengan kapasitasnya dalam berhubungan dengan dunia di luar dirinya, perasaan mampu dan berharga dalam lingkup interaksi sosialnya. Konsep diri dapat dianggap positif apabila individu merasa sebagai pribadi yang hangat, penuh keramahan, memiliki minat terhadap orang lain, memiliki sikap empati, supel, merasa diperhatikan, memiliki sikap tenggang rasa, peduli akan nasib orang lain, dan aktif dalam berbagai kegiatan sosial di lingkungannya.

4. Psiko-Spiritual

Aspek spiritual meliputi tiga unsur yaitu ketaatan beribadah, kesetiaan berdo'a, dan berpuasa serta kesetiaan menjalankan ajaran agama. Diri yang berhubungan dengan aspek spiritual ini bersifat vertikal yang artinya keberadaan individu masih berhubungan erat dengan Tuhan.

Lebih lanjut dapat dijelaskan bahwa konsep diri terdiri beberapa aspek yang meliputi:

1. Pemahaman

Pemahaman individu terhadap kelebihan serta kekurangan yang dimilikinya. Pemahaman tersebut juga berkaitan dengan apa yang diketahui mengenai diri, termasuk dalam hal ini jenis kelamin, suku bangsa,

pekerjaan, usia, dan sebagainya. Individu saling memberikan julukan tertentu pada dirinya.

2. Penghargaan

Pemahaman individu terhadap kelebihan serta kekurangan yang dimilikinya. Pemahaman tersebut juga berkaitan dengan apa yang diketahui mengenai diri, termasuk dalam hal ini jenis kelamin, suku bangsa, pekerjaan, usia, dan sebagainya. Individu saling memberikan julukan tertentu pada dirinya.

3. Penilaian

Penilaian mencakup unsur evaluasi, seberapa besar individu menyukai diri sendiri. Semakin besar ketidaksesuaian antara gambaran tentang diri yang ideal dan yang aktual maka akan semakin rendah harga diri individu. Sebaliknya, orang yang punya harga diri tinggi akan menyukai siapa dirinya, apa yang dikerjakannya dan sebagainya. Dapat dikatakan dalam hal ini bahwa dimensi penilaian merupakan komponen pembentukan konsep diri yang cukup signifikan.

4. Keyakinan Diri

Keyakinan diri yaitu menggambarkan sejauhmana keyakinan individu dalam menilai diri sendiri (Muhammad Surya, 2014). Aspek yang digunakan untuk memahami konsep diri dalam penelitian ini adalah pemahaman, penilaian, keyakinan diri dan penghargaan.

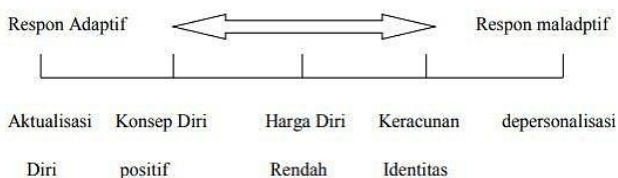
E. Faktor yang Mempengaruhi Konsep Diri

Hubungan atau interaksi remaja dalam proses perkembangan konsep diri tergantung oleh berbagai faktor. Hal-hal tersebut lah yang mendasari terbentuknya konsep diri seorang remaja baik itu cenderung positif atau negatif. Dengan berbagai pertimbangan, peneliti hanya mengambil tiga faktor yang sekiranya paling berpengaruh terhadap konsep diri seorang remaja. Faktor tersebut adalah keluarga, teman sebaya, dan sekolah.

1. Faktor keluarga dipilih karena keluarga merupakan tempat pertama bagi individu melakukan kontak dan komunikasi pertamanya sebelum ia mengenal masyarakat. Calhoun dan Acocella mengungkapkan bahwa “keluarga merupakan salah satu faktor yang sangat mempengaruhi konsep diri remaja. Interaksi individu dengan orang tua dan keluarganya secara memadai akan memungkinkan individu mengembangkan pengalaman-pengalaman dan penyesuaian dirinya.
2. Faktor teman sebaya. Kelompok teman sebaya merupakan lingkungan sosial pertama dimana remaja belajar untuk hidup bersama dengan orang lain yang bukan anggota keluarganya. Selain itu kelompok teman sebaya merupakan suatu kelompok yang memiliki ciri, norma, kebiasaan yang berbeda jauh dengan apa yang terdapat dalam keluarga, sehingga di dalam berinteraksi dengan orang lain, remaja diharapkan akan mendapatkan suatu perkembangan yang baik dalam pola berpikir menuju proses menemukan jati diri.
3. Faktor sekolah. Sekolah merupakan salah satu sarana remaja dalam berinteraksi selain dengan keluarga dan teman sebaya. Remaja yang bersekolah memperoleh bermacam-macam pengalaman, di samping hal-hal yang diberikan oleh orang tuanya di rumahnya yang ruang lingkupnya tidak begitu luas. Hurlock menekankan bahwa “guru, kegiatan belajar mengajar, kegiatan ekstrakurikuler, dan pengaruh teman sebaya merupakan faktor yang menentukan penyesuaian diri yang baik di sekolah (Asti Rahmawati, 2018).

F. Rentang Respon Konsep Diri

Berikut rentang respon harga diri rendah menurut Imelisa *et al.*, (Imelisa, 2021):



1. Aktualisasi diri

Pernyataan diri yang dapat diterima tentang keyakinan diri yang positif dengan latar belakang pengalaman hidup yang sukses dan dapat diterima.

2. Konsep diri positif

Bagaimana seseorang memandang apa yang ada pada dirinya meliputi citra dirinya, ideal dirinya, harga dirinya, penampilan peran, serta identitas dirinya secara positif.

3. Harga diri rendah

Individu tersebut cenderung memiliki penilaian diri yang negatif dan menganggap dirinya lebih rendah daripada orang lain. Individu yang kurang harga diri sering mengkritik diri sendiri dan mengucapkan kata-kata negatif seperti "saya bodoh", "saya tidak bisa", "saya lebih rendah daripada dia", dan sebagainya.

4. Kerancuan identitas

Kegagalan individu dalam mengintegrasikan aspek-aspek identitas masa kanak-kanak ke dalam kematangan aspek psikososial kepribadian pada masa dewasa yang harmonis.

5. Depersonalisasi

Perasaan yang tidak realistis dan asing terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain.

G. Aspek-Aspek Konsep Diri

Konsep diri memiliki beberapa aspek yaitu (Marliana, 2021) :

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah apa yang kita ketahui tentang diri sendiri. Dalam benak kita ada satu daftar julukan yang menggambarkan kita, usia, jenis kelamin, kebangsaan, suku, dan pekerjaan.

2. Harapan

Harapan merupakan aspek dimana individu mempunyai berbagai pandangan ke depan tentang siapa dirinya, menjadi apa di masa mendatang, maka individu

mempunyai harapan terhadap dirinya sendiri. Individu mempunyai harapan bagi dirinya sendiri untuk menjadi diri yang ideal.

3. Penilaian

Individu berkedudukan sebagai penilai terhadap dirinya sendiri setiap hari. Penilai terhadap diri sendiri adalah pengukuran individu tentang keadaannya saat ini dengan apa yang menurutnya dapat terjadi pada dirinya.

H. Komponen Konsep Diri

Komponen konsep diri menurut (Sunaryo, 2019) yaitu sebagai berikut :

1. Citra tubuh

Citra tubuh adalah sikap, persepsi, keyakinan dan pengetahuan individu secara sadar atau tidak sadar terhadap tubuhnya yaitu ukuran, bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang kontak secara terus menerus baik masa lalu maupun sekarang.

2. Identitas Diri

Identitas diri adalah kesadaran akan keunikan diri sendiri yang bersumber dari penilaian dan observasi diri sendiri. Identitas ditandai dengan kemampuan memandang diri sendiri berbeda dengan orang lain, mempunyai percaya diri, dapat mengontrol diri dan mempunyai persepsi tentang peran serta citra diri.

3. Peran Diri

Peran diri adalah seperangkat perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok sosial, tiap individu mempunyai berbagai peran yang terintegrasi dalam pola individu.

4. Ideal diri

Persepsi individu tentang bagaimana dia harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan atau nilai pribadi tertentu. Sering disebut bahwa ideal diri sama dengan cita - cita, keinginan, harapan tentang diri sendiri.

5. Harga diri

Harga diri merupakan penilaian individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai ideal diri. Pencapaian ideal diri atau cita-cita atau harapan langsung menghasilkan perasaan berharga.

I. Asuhan Keperawatan pada Harga Diri Rendah

1. Pengkajian : Kaji tanda dan gejala serta penyebab harga diri rendah
2. Diagnosis : Jelaskan proses terjadinya harga diri rendah
3. Tindakan keperawatan :
 - a. Diskusikan kepada klien aspek positif dan kemampuan yang pernah dan masih dimiliki.
 - b. Bantu menilai aspek positif dan kemampuan yang masih dimiliki dan dapat digunakan atau dilakukan klien
 - c. Bantu klien memilih aspek positif atau kemampuan yang akan dilatih.
 - d. Latih klien dalam aspek positif atau kemampuan yang dipilih dengan motivasi yang positif
 - e. Berikan pujian untuk setiap kegiatan yang dilakukan dengan baik
 - f. Fasilitasi klien untuk dapat bercerita tentang keberhasilannya
 - g. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan
 - h. Bantu klien menilai manfaat latihan yang dilakukan

DAFTAR PUSTAKA

- Alin Riwayati. (2010) *Hubungan Kebermaknaan Hidup Dengan Penerimaan Diri Pada Orang Tua Yang Memasuki Lansia*. UIN Malang.
- Asti Rahmawati. (2018). *"Faktor Determinan Konsep Diri Siswa Kelas VIII SMP Se Kota Semarang."* Universitas Negeri Semarang.
- Budi Anna Keliat, dkk (2019) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta. EGC
- Chaplin J.P. (2015). *Kamus Lengkap Psikologi*. Raja Grafindo Persada.
- Elisabeth Hurlock. (1997). *Adolecent Development*. International Student.
- Imelisa, R. et al. (2021). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikososial*. Edu Publisher.
- Marliana, A. (2021). *Gambaran Konsep Diri Pada Gay Dengan HIV*. Angewandte Chemie International Edition.
- Matthews D. Wayne. (1993). *Aceptance Of Self And Others*. Extension Service.
- Muhammad Hamdi. (2016). *Teori Kepribadian*. Alfabeta.
- Muhammad Surya. (2014). *Psikologi Guru Konsep Dan Aplikasi*. Alfabeta.
- Sunaryo. (2019). *Studi Kasus Pasien Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Situasional diruang melati RSUD Bangil*.
- Supratiknya A. (2017). *Komunikasi Antar Pribadi*. Kanisius.
- Suryani. (n.d.). *Konsep Diri Siswa Di MAN 3 Medan*.

BAB 6

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KEHILANGAN

Rista Islamarida, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Kehilangan

1. Definisi Kehilangan

Kehilangan merupakan keadaan individu yang berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada atau dimiliki, baik Sebagian maupun keseluruhan. Kehilangan juga diartikan sebagai pengalaman yang pernah dan akan dialami setiap individu selama rentang kehidupannya baik sementara waktu maupun selamanya, dapat terjadi secara bertahap maupun tiba-tiba. Kehilangan dapat terjadi karena objek yang bersifat aktual, dipersepsikan, atau sesuatu yang diantisipasi. Objek tersebut dapat berupa objek eksternal, orang yang berarti, lingkungan, aspek diri atau aspek kehidupan (Suteja, 2017).

Kehilangan merupakan situasi aktual maupun potensial yang bisa dialami oleh setiap individu ketika berpisah dari sesuatu yang sebelumnya ada menjadi tidak ada. Kehilangan merupakan pengalaman yang pasti dialami oleh setiap individu dalam rentang kehidupannya. Sejak lahir, individu pasti memiliki pengalaman kehilangan dan akan mengalaminya kembali dalam bentuk yang berbeda. Setiap individu akan bereaksi terhadap pengalaman atau proses kehilangan yang dialaminya. Respon kehilangan selanjutnya yang dihadapi akan dipengaruhi respon individu

terhadap kehilangan sebelumnya (Yusuf, Fitriyari and Nihayati, 2015)

2. Tanda dan Gejala Kehilangan

Menurut Yusuf, Fitriyari dan Nihayati (2015) yaitu :

- a. Ungkapan kehilangan
- b. Menangis
- c. Gangguan tidur
- d. Kehilangan nafsu makan
- e. Sulit berkonsentrasi
- f. Karakteristik kehilangan yang berkepanjangan :
 - 1) Mengingkari kenyataan kehilangan terjadi dalam waktu yang lama
 - 2) Sedih berkepanjangan
 - 3) Adanya gejala fisik yang berat
 - 4) Keinginan untuk bunuh diri

3. Tipe Kehilangan

Menurut Prabowo (2014), tipe kehilangan dibagi menjadi 1, yaitu :

- a. Aktual/Nyata, tipe kehilangan ini merupakan kehilangan yang mudah diidentifikasi oleh orang lain. Contoh dari tipe kehilangan ini adalah amputasi, kematian orang yang dicintai
- b. Persepsi, tipe kehilangan ini adalah tipe kehilangan yang hanya dialami oleh seseorang dan sulit untuk dibuktikan. Contoh tipe kehilangan ini adalah seseorang yang berhenti bekerja/PHK yang menyebabkan perasaan kemandirian atau kebebasan dalam kerja menjadi menurun.

4. Jenis Kehilangan

Jenis kehilangan dibagi menjadi beberapa yaitu (Riyadi and Purwanto, 2015) :

- a. Kehilangan orang yang dicintai. Kehilangan orang merupakan salah satu jenis kehilangan yang paling membuat seseorang merasa stress. Kehilangan seseorang atau lebih spesifik terkait dengan kematian akan

berdampak pada seseorang karena bentuk intensitas, keterikatan maupun jalinan yang sudah ada akan memberikan dampak emosional yang luar biasa pada individu tersebut.

- b. Kehilangan yang ada pada diri sendiri (*loss of self*). Bentuk lain dari kehilangan diri adalah anggapan yang berkaitan dengan Kesehatan mental seseorang. Anggapan ini dapat meliputi perasaan terhadap keatraktidak, diri sendiri, fisik dan mental, peran diri dalam kehidupan serta dampaknya. Kehilangan aspek diri bisa bersifat sementara maupun menetap, bisa Sebagian maupun komplit. Contoh dari aspek yang dapat hilang dari diri seseorang adalah kehilangan pendengaran, penglihatan, ingatan maupun fungsi tubuh.
- c. Kehilangan objek eksternal. Kehilangan ini dapat berupa kehilangan milik sendiri maupun milik Bersama seperti uang, barang, bahkan pekerjaan. Perasaan kehilangan yang dialami individu terhadap benda tersebut bergantung pada arti dan kegunaan dari benda tersebut.
- d. Kehilangan lingkungan yang dikenal. Bentuk kehilangan ini dapat diartikan sebagai terpisahnya individu dengan lingkungan yang sudah dikenal baik dari latar belakang keluarga dalam periode tertentu. Contoh dari kehilangan ini adalah pindah rumah.

5. Fase Kehilangan

Fase kehilangan dapat dijelaskan sebagai berikut (Stuart, 2014) :

Tabel 6.1 Fase Kehilangan

Fase Kehilangan	Keterangan
Fase Akut	<ul style="list-style-type: none"> • Terjadi pada kurun waktu 4 – 8 minggu setelah kehilangan • Proses yang terjadi : syok, tidak percaya, perkembangan kesadaran, memahami yang terjadi

Fase Kehilangan	Keterangan
Fase Jangka Panjang	<ul style="list-style-type: none"> • Terjadi pada kurun waktu 2 tahun atau lebih lama dari waktu kehilangan • Reaksi berduka tidak terselesaikan • Muncul manifestasi pada gejala-gejala fisik dan bisa saja mengabaikan diri

Tabel 6.2 Fase Kehilangan

Fase Kehilangan	Keterangan
Fase Awal	<ul style="list-style-type: none"> • Reaksi syok, tidak yakin, tidak percaya, bingung • Berlangsung beberapa hari sampai beberapa minggu • Berduka berlebihan akan muncul reaksi menangis dan ketakutan
Fase Pertengahan	<ul style="list-style-type: none"> • Biasanya dimulai minggu kedua atau ketiga ditandai perilaku obsesif • Perilaku terus menerus mengulang peristiwa kehilangan
Fase Pemulihan	<ul style="list-style-type: none"> • Setelah tahun pertama kehilangan • Individu memutuskan untuk tidak mengenang masa lalu, melanjutkan kehidupan • Mulai berpartisipasi sosial

(Direja, 2011)

B. Berduka

1. Definisi

Berduka (*Grief*) merupakan reaksi psikologis sebagai respon kehilangan yang berpengaruh terhadap perilaku, emosi, fisik, spiritual, sosial maupun intelektual seseorang (Wayne, 2024). Proses berduka dapat diwujudkan dalam berbagai cara yang unik pada setiap individu dan dapat

berdasarkan pengalaman pribadi, budaya maupun keyakinan spiritual yang dianut. Istilah kehilangan erat kaitannya dengan berduka dan berkabung dimana perasaan yang muncul berasal dari dalam diri dan reaksi yang ditunjukkan akibat kehilangan sesuatu (Yuvita and Santoso, 2023).

Berduka juga didefinisikan sebagai reaksi emosional dari kehilangan dan dapat terjadi bersamaan dengan kehilangan akibat perpisahan, perceraian, maupun kematian. Sedangkan istilah kehilangan (*bereavement*) merupakan keadaan berduka yang ditunjukkan seorang individu melewati reaksi masa berkabung (*mourning*) (Solehudin, Herliana and Yeni Koto, 2022).

2. Klasifikasi

Klasifikasi berduka antara lain (Videbeck, 2010) :

- a. Berduka normal. Proses ini terdiri dari perasaan, perilaku dan reaksi normal terhadap kehilangan yang dirasakan. Bentuk reaksi nya antara lain kesedihan, kemarahan, menangis, kesepian dan menarik diri dari aktivitas untuk sementara
- b. Berduka antisipatif, merupakan proses individu melepaskan diri yang muncul sebelum kehilangan atau kematian benar-benar terjadi. Salah satu contohnya yaitu Ketika seseorang menerima diagnosis terminal, individu tersebut akan melalui proses perpisahan dan berusaha untuk menyesuaikan berbagai urusan di dunia sebelum dirinya meninggal
- c. Berduka disfungsional/berkompilasi. Berduka ini dialami oleh individu yang sulit maju ke depan atau tahap berikutnya yaitu tahap kedukaan normal. Pada berduka ini, masa berkabung seolah tidak kunjung berakhir dan dapat mengancam hubungan individu tersebut dengan orang lain atau sekitarnya.

- d. Berduka tertutup. Berduka ini dikenal juga sebagai berduka marginal atau tidak didukung. Proses ini terjadi Ketika hubungan yang terjalin dengan objek kehilangan tidak disetujui secara sosial atau tidak dapat diakui secara terbuka. Contoh dari bersuka ini adalah kehilangan pasangan karena AIDS, mengalami kehilangan akibat kematian orang tua tiri atau seorang ibu yang kehilangan anaknya Ketika di kandungan.

3. Penyebab

Menurut (Keliat, 2016), penyebab berduka antara lain :

- a. Kematian anggota keluarga atau orang yang berarti
- b. Antisipasi kematian keluarga atau orang yang berarti
- c. Kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, status, bagian tubuh, dan hubungan sosial)

4. Tanda Gejala

Menurut (Fadhilah, 2019) tanda dan gejala berduka antara lain :

- a. Tidak mau menerima kehilangan
- b. Menyalahkan diri sendiri maupun orang lain
- c. Merasa sedih dan bersalah
- d. Merasa tidak ada harapan dan tidak berguna
- e. Marah
- f. Menangis
- g. Perubahan pola tidur dan mimpi buruk
- h. Tidak mampu berkonsentrasi
- i. Menarik diri dari lingkungan
- j. Imunitas menurun

C. Faktor yang Mempengaruhi Kehilangan dan Berduka

Berbagai faktor berkontribusi terhadap cara individu mengalami dan merespon kehilangan. Faktor ini meliputi tahap perkembangan, hubungan pribadi, karakteristik kehilangan dan pengobatan, keadaan ekonomi, latar belakang sosial dan keyakinan atau pengaruh spiritual budaya (Wayne, 2024).

1. Perkembangan manusia

Keadaan emosi individu saat mengalami kesedihan atau kehilangan dapat bergantung pada usia maupun tahap perkembangannya. Anak-anak sering tidak menyadari kehilangan atau kematian yang dialami, tetapi sering takut kehilangan barang atau berpisah dari orang tuanya.

2. Hubungan Personal

Respon berduka maupun kehilangan dapat dilihat juga dari kualitas hubungan dari apa yang hilang. Apabila hubungan dari objek kehilangan / kehilangan individu sangat erat terjalin, maka reaksi atau respon dari individu akan lebih sulit untuk beradaptasi atau melanjutkan hidup.

3. Sifat dari Rasa Kehilangan

Saat perawat memeriksa signifikansi atau sejauh mana respon kehilangan yang dialami seorang individu, perawat akan lebih memahami bagaimana respon tersebut mempengaruhi perilaku dan Kesehatan secara keseluruhan. Kadangkala, rasa kehilangan yang paling nyata akan mendorong orang lain untuk menawarkan bantuan atau hanya sekedar simpati.

4. Strategi Koping

Stress atau tekanan akibat kehilangan yang dialami oleh seseorang dapat dipengaruhi oleh pengalaman hidup setiap individu dengan cara yang berbeda-beda. Ketika seseorang dihadapkan pada kehilangan, mereka akan menggunakan mekanisme koping yang biasa dilakukan. Mekanisme atau strategi koping yang dilakukan oleh setiap individu tentu akan berbeda pada setiap orang yang merasa kehilangan.

5. Status sosial ekonomi

Kemampuan individu dalam menggunakan dukungan dan sumber daya untuk menghadapi kehilangan juga dipengaruhi oleh status sosial dan ekonomi. Beban yang dirasakan oleh individu yang kehilangan tentu akan terasa dua kali lebih berat Ketika seorang individu

kekurangan sumber daya ekonomi, Pendidikan maupun bentuk profesional lainnya.

6. Budaya dan etnik

Cara seseorang mengalami kehilangan dan berespon pada kehilangan juga dipengaruhi oleh struktur budaya sosial yang dianutnya. Misalnya keyakinan, adat istiadat yang dianut oleh keluarga secara turun temurun dapat memberikan stabilitas dan kemampuan individu dalam menghadapi kekacauan maupun kehilangan yang dialami.

7. Kepercayaan spiritual dan keagamaan

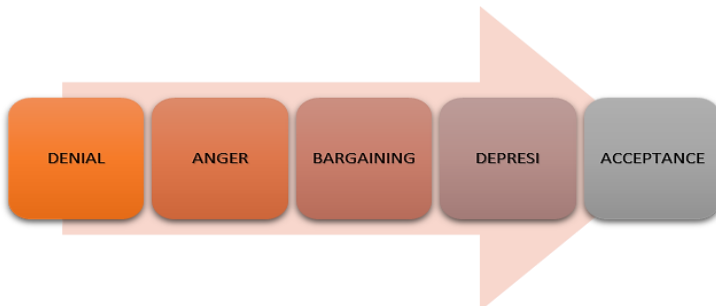
Kepercayaan spiritual maupun agama yang dianut oleh seseorang dalam proses kehilangan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menghadapi kehilangan. Keyakinan spiritual membantu seseorang untuk dapat menghadapi proses kehilangan dengan lebih kuat.

8. Harapan

Spiritualitas merupakan entitas multidimensi yang menginspirasi harapan, memberikan kelegaan dan dukungan pribadi. Harapan memberi individu kemampuan untuk melihat kehidupan yang lebih baik, harapan juga dapat menjadi sumber motivasi dan dorongan bagi individu untuk lebih bersemangat.

D. Rentang Respon Berduka dan Kehilangan

Menurut Kubler and Ross, rentang respon berduka dan kehilangan adalah sebagai berikut (Yusuf, Fitryasari and Nihayati, 2015) :



Gambar 6.1 Rentang Respon Kehilangan dan Berduka

1. *Denial* (Pengingkaran)

Merupakan reaksi pertama dari individu saat mengalami kehilangan. Respon pada tahap ini dapat berupa syok, tidak percaya, tidak mau mengerti hal yang sedang terjadi, mengingkari kenyataan bahwa kehilangan benar-benar terjadi. Reaksi fisik yang mungkin muncul pada tahap ini dapat berupa menangis, gelisah, letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernapasan, detak jantung meningkat dan terkadang individu tidak tahu harus berbuat apa. Reaksi ini dapat berlangsung beberapa menit bahkan beberapa tahun.

2. *Anger* (Marah)

Pada tahap ini, seseorang akan menolak kehilangan. Reaksi yang timbul dapat berupa kemarahan yang sering ditujukan pada orang lain maupun dirinya sendiri. orang yang mengalami kehilangan dapat berperilaku agresif, berbicara kasar, menyerang orang lain atau menyalahkan orang lain. Respon fisik yang mungkin muncul yaitu muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan mengepal dan bicara keras atau kasar.

3. *Bargaining* (Tawar Menawar)

Pada tahap ini terjadi penundaan kesadaran dari kenyataan yang terjadi akibat kehilangan. Seseorang yang kehilangan akan mencoba untuk membuat kesepakatan secara halus maupun terang-terangan seolah kehilangan tersebut dapat dicegah. Individu mungkin berupaya untuk melakukan tawar-menawar dengan memohon kemurahan pada Tuhan.

4. *Depression* (Depresi)

Pada tahap ini, seseorang yang mengalami kehilangan akan menunjukkan sikap menarik diri dari lingkungannya. Terkadang individu akan bersikap penurut, tidak mau bicara, ada ungkapan keputusasaan, rasa tidak berharga bahkan bisa muncul keinginan untuk bunuh diri. Gejala fisik yang ditunjukkan antara lain menolak makan atau aktivitas lain, susah tidur, letih, menurunnya semangat dan motivasi hidup.

5. *Acceptance* (Penerimaan)

Tahap ini berkaitan dengan proses reorganisasi perasaan kehilangan seseorang. Pikiran yang berpusat pada objek yang hilang akan mulai berkurang atau hilang. Individu mulai menerima kenyataan akan kehilangan yang dialami dan mulai memandang ke depan. Bayangan terhadap objek kehilangan mulai dilepaskan dan perhatian beralih pada objek baru. Apabila individu mampu melalui tahap tersebut dan dapat menerima kehilangan dengan perasaan damai, maka individu dapat mengakhiri proses berduka serta dapat mengatasi perasaan kehilangan dengan tuntas. Kegagalan untuk masuk ke tahap penerimaan akan mempengaruhi kemampuan individu dalam mengatasi perasaan kehilangan selanjutnya.

E. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian

Pada proses pengkajian dilakukan pengumpulan data dari pasien. Hal-hal yang perlu dikaji adalah :

a. Faktor Predisposisi

- 1) Factor genetic. Individu yang lahir dan besar dalam keluarga yang memiliki Riwayat gangguan mental akan sulit mengembangkan sikap optimis dalam menghadapi suatu permasalahan, termasuk dalam menghadapi perasaan kehilangan.
- 2) Faktor Fisik. Individu dengan fisik, mental serta pola hidup yang teratur akan memiliki kemampuan dalam menghadapi stress yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu dengan masalah fisik.
- 3) Faktor mental. Individu yang mengalami Riwayat gangguan mental seperti depresi akan selalu dibayangi perasaan tidak nyaman sehingga mempengaruhi individu tersebut dalam menghadapi situasi kehilangan

- 4) Pengalaman kehilangan di masa lalu. Kehilangan atau perpisahan dengan orang yang dicintai pada masa anak-anak akan mempengaruhi
- 5) Struktur Kepribadian. Individu dengan konsep diri negatif dan perasaan rendah diri akan merasa rendah diri dan lebih tertekan Ketika menghadapi tekanan atau stress yang dihadapi.

b. Faktor Presipitasi

- 1) Perasaan stress yang nyata akibat kehilangan
- 2) Kehilangan Kesehatan (sakit), fungsi seksualitas
- 3) Kehilangan pekerjaan, peran dalam Masyarakat
- 4) Kehilangan objek eksternal (harta benda)

c. Respon kehilangan

- 1) Respon spiritual (kecewa pada Tuhan, marah pada Tuhan tidak memiliki harapan, merasa menderita)
- 2) Respon Fisiologis (sakit kepala, insomnia, gangguan nafsu makan, penurunan berat badan, gangguan pencernaan, perubahan sistem imun dan endokrin)
- 3) Respon emosional (sedih dan cemas, kebencian, merasa bersalah, mati rasa, emosi labil, depresi, apatis, putus asa, saat fase pemulihan muncul rasa mandiri dan percaya diri)
- 4) Respon Kognitif (gangguan asumsi dan keyakinan, mempertanyakan makna kehilangan, berupaya mempertahankan keberadaan orang yang meninggal, percaya pada kehidupan dan seolah orang yang meninggal menjadi pembimbing)

d. Status Mental

e. Mekanisme Koping yang digunakan

2. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada individu dengan kehilangan dan berduka antara lain (Fadhilah, 2019) :

Tabel 6.3 Masalah Keperawatan

Masalah Keperawatan	Penyebab	Tanda dan Gejala
Berduka	<ul style="list-style-type: none"> • Kematian keluarga atau orang yang dicintai • Antisipasi kematian keluarga atau orang yang berarti • Kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, status, bagian tubuh, hubungan sosial) • Antisipasi kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, status, bagian tubuh, hubungan sosial) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor : merasa sedih, merasa bersalah, menyalahkan orang lain, tidak menerima kehilangan, merasa tidak ada harapan, menangis, pola tidur berubah, tidak mampu berkonsentrasi • Minor : pola tidur berubah, tidak mampu berkonsentrasi
Distress Spiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelang ajal • Penyakit kronis • Kematian orang terdekat • Perubahan pola hidup • Kesepian • Pengasingan diri • Gangguan sosio kultural • Ketergangtungan pada orang meningkat • Kejadian hidup tidak diharapkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor : bertanya makna/tujuan hidup, menyakitkan hidup terasa tidak/kurang bermakna • Merasa menderita/tidak berdaya, tidak mampu beribadah, marah pada Tuhan • Minor : mengatakan hidup terasa tidak/kurang tenang, mengeluh

Masalah Keperawatan	Penyebab	Tanda dan Gejala
		tidak dapat menerima/pasrah, merasa bersalah, merasa terasing, menyatakan telah diabaikan, menolak interaksi dengan pemimpin spiritual, tidak mampu beraktivitas, koping tidak efektif, tidak berminat pada spiritual
Keputusasaan	<ul style="list-style-type: none"> ● Stres jangka Panjang ● Penurunan kondisi fisiologis ● Kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual ● Kehilangan kepercayaan pada nilai penting ● Pembatasan aktivitas jangka Panjang ● Pengasingan 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor : mengungkapkan keputusasaan, kurang terlibat dalam aktivitas perawatan, afek datar ● Minor : sulit tidur, nafsu makan berkurang, berperilaku pasif, kurang inisiatif, meninggalkan lawan bicara, mengangkat bahu sebagai respon pada lawan bicara

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dapat dilakukan pada individu dengan masalah kehilangan dan berduka menurut standar intervensi keperawatan Indonesia adalah (Fadhillah, 2019):

Masalah Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Berduka	<p>Luaran Utama : Tingkat Berduka</p> <p>Luaran Tambahan : dukungan sosial, harapan, ketahanan personal, resolusi berduka, status koping, status spiritual, Tingkat depresi</p> <p>Ekspektasi : Tingkat Berduka Membaik</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan : Verbalisasi menerima kehilangan, verbalisasi harapan, verbalisasi perasaan berguna • Menurun : verbalisasi perasaan sedih, verbalisasi perasaan bersalah atau menyalahkan orang lain, menangis, 	<p>Intervensi utama : Dukungan Proses Berduka, Dukungan Emosional</p> <p>Intervensi Pendukung : dukungan kelompok, dukungan keluarga, dukungan keyakinan, dukungan spiritual, konseling, manajemen mood, manajemen pengendalian marah, promosi koping, terapi keluarga, terapi reminisens, terapi sentuhan</p> <p>Intervensi : Dukungan Proses Berduka <u>Observasi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kehilangan yang dihadapi • Identifikasi proses berduka yang dialami • Identifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau orang yang meninggal • Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan

Masalah Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
	<p>verbalisasi mimpi buruk, fobia, marah, panik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membaik : pola tidur, konsentrasi, imunitas 	<p><u>Terapeutik :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tunjukkan sikap menerima dan empati • Motivasi untuk mengungkapkan perasaan kehilangan • Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat • Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama dan norma sosial • Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (mis. Membaca buku, menulis, menggambar, bermain) • Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan <p><u>Edukasi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan kepada pada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar menawar,

Masalah Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		<p>depresi dan menerima adalah hal wajar dalam menghadapi kehilangan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan • Anjurkan mengekspresikan tentang kehilangan • Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap

DAFTAR PUSTAKA

- Direja, A.H.S. (2011) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Fadhilah, H. (2019) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi I*. Jakarta: PPNI.
- Fadhilah, H. (2019) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi I*. Jakarta: PPNI.
- Keliat, B.A. (2016) *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Prabowo, E. (2014) *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riyadi, S. and Purwanto, T. (2015) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Solehudin, Herliana, I. and Yeni Koto (2022) 'Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kehilangan', *Open Access Jakarta Journal of Health Sciences*, 1(4), pp. 142-145. Available at: <https://doi.org/10.53801/oajjhs.v1i4.27>.
- Stuart, G.W. (2014) *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. 5th edn. Jakarta: EGC.
- Suteja (2017) *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Videbeck, S.L. (2010) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Wayne, G. (2024) *Grieving & Loss Diagnosis and Care Plane, NurseLab*. Available at: <https://nurseslabs.com/grieving/> (Accessed: 4 January 2025).
- Yusuf, A., Fitryasari, R. and Nihayati, H.E. (2015) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Yuvita, L. and Santoso, B.R. (2023) 'Ansietas berhubungan dengan depresi pada lansia yang ditinggal pasangan hidup', *Jurnal Keperawatan*, 15(3), pp. 987–974. Available at: <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>.

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DEPRESI

Ns. Nadia Sintia Wardany, M.Kep

A. Pendahuluan

Depresi adalah salah satu gangguan kesehatan mental yang paling umum dan menjadi penyebab utama disabilitas di seluruh dunia. Menurut data dari World Health Organization (WHO, 2023), lebih dari 280 juta orang di dunia mengalami depresi. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada kesehatan mental pasien, tetapi juga mempengaruhi aspek fisik, sosial, dan ekonomi mereka. Depresi dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup secara signifikan, peningkatan risiko penyakit kronis, dan, pada kasus yang berat, risiko bunuh diri. Dalam konteks keperawatan, pemahaman yang mendalam tentang depresi menjadi penting untuk memberikan asuhan keperawatan yang holistik, efektif, dan berbasis bukti.

Gangguan ini dapat dialami oleh individu dari berbagai usia, jenis kelamin, dan latar belakang sosial, dengan prevalensi yang lebih tinggi pada wanita dibandingkan pria. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa penyebab depresi bersifat multifaktorial, melibatkan faktor biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan (Malhi & Mann, 2018). Dalam konteks keperawatan, perawat memiliki peran penting dalam mendeteksi gejala awal depresi, memberikan dukungan emosional, serta membantu pasien menjalani rencana perawatan yang telah ditentukan. Asuhan keperawatan pada pasien dengan depresi tidak hanya berfokus pada pengelolaan gejala, tetapi juga mencakup

pendekatan holistik untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan mencegah kekambuhan. Oleh karena itu, bab ini akan membahas secara mendalam mengenai konsep dasar asuhan keperawatan pada pasien dengan depresi, berdasarkan teori, penelitian, dan praktik klinis terbaru.

B. Sejarah Perkembangan Gangguan Depresi

Depresi sebagai gangguan mental telah dikenal sejak zaman kuno, dengan deskripsi awal yang ditemukan dalam tulisan-tulisan Hippocrates pada abad ke-5 SM. Hippocrates menyebutkan istilah "*melancholia*" yang digunakan untuk menggambarkan kondisi mental yang ditandai dengan kesedihan mendalam, ketakutan tanpa alasan yang jelas, dan kehilangan energi. Ia mengaitkan *melancholia* dengan ketidakseimbangan cairan tubuh atau "humor," khususnya kelebihan empedu hitam (*black bile*). Pendekatan ini mencerminkan pemahaman awal manusia tentang hubungan antara tubuh dan pikiran dalam konteks kesehatan mental (Kendler, 2020).

Pada abad pertengahan, pemahaman tentang depresi mengalami kemunduran seiring dengan dominasi pandangan religius. Depresi sering kali dianggap sebagai akibat dari dosa atau gangguan spiritual. Namun, pada abad ke-17 dan ke-18, pemikiran ilmiah mulai berkembang, dan depresi mulai dipahami sebagai kondisi medis yang membutuhkan perhatian profesional. Salah satu tonggak penting dalam sejarah depresi adalah karya Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy* (1621), yang mencakup diskusi mendalam tentang faktor-faktor biologis, psikologis, dan sosial yang mempengaruhi kondisi ini (Stanford, 2020).

Pada abad ke-20, pendekatan modern terhadap depresi mulai terbentuk seiring dengan berkembangnya ilmu psikologi dan psikiatri. Sigmund Freud, seorang tokoh penting dalam psikologi, mengaitkan depresi dengan konflik emosional yang tidak terselesaikan dan kehilangan yang mendalam. Kemudian, pada tahun 1960-an, perkembangan ilmu biologi menghasilkan

teori biokimia, yang menyatakan bahwa depresi berhubungan dengan ketidakseimbangan neurotransmitter seperti serotonin, norepinefrin, dan dopamin di otak (Malhi & Mann, 2018).

Dalam konteks keperawatan, perhatian terhadap kesehatan mental pasien, termasuk depresi, mulai diintegrasikan ke dalam praktik keperawatan pada pertengahan abad ke-20. Pendekatan keperawatan holistik yang mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual mulai diterapkan sebagai bagian dari perawatan pasien dengan depresi. Perawat tidak hanya bertugas untuk membantu pasien dalam menjalani pengobatan, tetapi juga berperan dalam memberikan dukungan emosional dan mempromosikan kesehatan mental melalui pendekatan berbasis empati (Barker, 2010).

C. Definisi Depresi

Disforia yang berarti gelisah atau tidak tenang, dan ketidakpuasan mendalam disertai dengan masalah tidur dan selera makan yang menurun dikenal sebagai Depresi (Saputri & Rahayu, 2020). Menurut Souery et al. (2011) depresi adalah suatu keadaan yang mempengaruhi perilaku, afektif, fisiologis, dan kognitif seseorang, menyebabkan perubahan pada pola dan respons yang biasa mereka lakukan.

D. Rentang Respon Depresi

Townsend et al. (Townsend et al., 2010) membahas gejala depresi dalam rentang depresi berikut ini, berdasarkan intensitas gejalanya: rentang depresi dimulai dari depresi tidak menetap hingga depresi berat. Mengalami kekecewaan dalam kehidupan sehari-hari, seperti kehilangan orang yang disayangi atau kekalahan dalam pertandingan, dikenal sebagai depresi tidak menetap. Depresi ringan dapat digambarkan dengan respon berduka normal, seperti proses berduka karena kehilangan orang yang disayangi atau penting, atau objek, seperti barang atau hewan kesayangan. Depresi sedang didefinisikan sebagai gangguan distimik di mana seseorang mengalami berduka yang berlebihan dan berkepanjangan,

seperti gangguan distimik. Depresi berat adalah ketika gejala depresi lebih parah dari depresi sedang. Seseorang yang mengalami depresi berat menunjukkan bahwa mereka kehilangan kontak dengan dunia nyata karena tidak senang melakukan semua tugas harian mereka, dan khayalan bunuh diri adalah hal yang umum.

E. Patofisiologi Depresi

Pada penelitian terbaru, patofisiologi gangguan depresi ditemukan bahwa orang dengan gangguan depresi memiliki kadar norepinefrin yang rendah. Selanjutnya, ditemukan bahwa terdapat disregulasi monoamine sentral serta defisiensi neurotransmitter yang dimediasi oleh serotonin, norepinefrin, dan dopamin. Neurotransmitter dianggap memainkan peran penting dalam penyebab depresi. Jika serotonin kurang, vertebrata dapat mengalami depresi, kecemasan, fobia, dan gangguan kesehatan mental lainnya. Ini karena serotonin tersebar luas di seluruh sistem saraf. Dopamin, prekursor epinefrin dan norepinefrin, adalah pemancar dominan di otak yang mengatur perilaku (Rauf et al., 2025)

F. Etiologi Depresi

Depresi adalah gangguan mental yang kompleks dengan etiologi multifaktorial yang melibatkan interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Pemahaman tentang penyebab depresi sangat penting untuk membantu dalam diagnosis, perencanaan intervensi, dan pengelolaan pasien secara holistic.

1. Faktor Biologis

- a. Genetik: Risiko depresi lebih tinggi pada individu dengan riwayat keluarga depresi. Menurut penelitian, mereka yang memiliki riwayat depresi dalam keluarga mereka memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami gangguan ini. *Twin studies* memperkirakan bahwa heritabilitas depresi berkisar antara 40-50% (Sullivan et al., 2012). Namun, faktor genetik ini sering kali berinteraksi

dengan faktor lingkungan, seperti trauma atau stres kronis.

- b. Ketidakseimbangan neurotransmitter: Gangguan serotonin dan norepinefrin. Secara biologis, depresi dikaitkan dengan ketidakseimbangan neurotransmitter, terutama serotonin, norepinefrin, dan dopamin, yang berperan penting dalam pengaturan suasana hati, tidur, dan nafsu makan. Penelitian menunjukkan bahwa gangguan pada sistem neurotransmitter ini dapat menyebabkan gejala-gejala depresi seperti anhedonia, insomnia, dan perasaan putus asa (Hasler, 2010). Selain itu, hiperaktivitas pada sumbu hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA) yang menyebabkan peningkatan kadar kortisol juga menjadi faktor penting. Kortisol yang tinggi secara kronis dapat merusak struktur otak seperti hipokampus, yang bertanggung jawab atas fungsi memori dan regulasi emosi (Pariante & Lightman, 2008).
- c. Kondisi fisik: Penyakit kronis seperti diabetes dan kanker sering dikaitkan dengan depresi (Kendall et al., 2021).

2. Faktor Psikologis

- a. Trauma masa kecil, seperti pelecehan atau kehilangan orang tua, juga dapat meningkatkan kerentanan psikologis terhadap depresi di kemudian hari (Hammen, 2015).
- b. Pola pikir negatif (*negative cognitive triad*) yang melibatkan pandangan negatif terhadap : 1) merasa tidak berguna dan tidak dapat mencapai kebahagiaan; 2) adanya keyakinan negatif terhadap lingkungan, seperti terpapar terus menerus terhadap kegagalan dan kehilangan serta tuntutan dari lingkungan yang tidak mungkin untuk dicapai; dan 3) adanya keyakinan negatif terhadap masa depan, seperti merasa tidak berdaya dan percaya bahwa tidak ada yang bisa mengubah keadaan menjadi lebih baik (Beck, 2011).

3. Faktor Sosial

- a. Stres sosial, seperti konflik interpersonal, kemiskinan, pengangguran, atau isolasi sosial, dapat menjadi pemicu utama. Penelitian oleh Kessler et al. (2009) menunjukkan bahwa individu yang mengalami tekanan sosial kronis memiliki risiko lebih tinggi untuk mengembangkan depresi.
- b. Stigma terhadap masalah kesehatan mental seringkali menghambat individu untuk mencari bantuan, sehingga memperburuk kondisi mereka.

G. Gejala Klinis Depresi

Menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, edisi ke-5 (DSM-5), depresi mayor (*Major Depressive Disorder/MDD*) didiagnosis jika terdapat lima atau lebih gejala berikut selama dua minggu atau lebih, dengan salah satu gejala utama berupa mood depresi atau kehilangan minat/kesenangan dan kehilangan energi seperti cepat lelah. Gejala depresi dapat dibagi menjadi tiga kategori utama:

1. Gejala Emosional: Mood depresi hampir sepanjang hari, kehilangan minat atau kesenangan dalam aktivitas, perasaan tidak berharga atau bersalah berlebihan, mudah menangis, kecemasan, mudah tersinggung, tidak memiliki rasa percaya diri.
2. Gejala Kognitif: Kesulitan berkonsentrasi, hilang ingatan, pesimisme, dan pikiran berulang tentang kematian atau bunuh diri.
3. Gejala Fisik: Kelelahan atau kehilangan energi, perubahan pola tidur (*insomnia/hypersomnia*), dan penurunan berat badan tanpa sebab jelas atau perubahan nafsu makan (APA, 2013). Gejala lainnya yang biasa ditemukan yaitu : tidak nafsu makan atau makan berlebihan, komplikasi pada sistem pencernaan, merasakan kelelahan, nyeri dan pegal pada area kaki dan tangan (Oktavia, 2024)

Tanpa memandang usia, jenis kelamin, atau latar belakang sosial, seseorang dapat mengalami depresi. World Health Organization (WHO, 2023) mengungkapkan penyebab utama disabilitas di seluruh dunia adalah depresi, yang lebih umum pada wanita dibandingkan pria.

H. Klasifikasi Depresi

Menurut (Rauf et al., 2025) depresi dikategorikan menjadi:

1. Depresi ringan
Pada depresi ringan minimal terdapat 2 dari 3 gejala utama dan terdapat 2 gejala lainnya serta durasi kurang dari 2 minggu.
2. Depresi Sedang
Depresi sedang sama dengan depresi ringan dengan terdapat 4 gejala lainnya serta terdapat kesulitan untuk beraktivitas.
3. Depresi Berat
Pada depresi berat diklasifikasikan menjadi tanpa gejala psikotik dan dengan gejala psikotik yaitu terdapat halusinasi baik auditorik maupun olfaktori.

Sedangkan berdasarkan karakteristik, depresi diklasifikasikan menjadi :

1. Gangguan Depresi Mayor : Seseorang tidak lagi tertarik pada aktivitas yang biasa mereka lakukan atau merasa sedih, putus asa, atau terpuruk selama minimal dua minggu. Tanda lainnya termasuk penurunan nafsu makan, penurunan atau penambahan berat badan yang mencolok, masalah tidur, gelisah, kesulitan berkonsentrasi, dan halusinasi, seperti mendengar suara yang dianggap sebagai pikiran negatif.
2. Gangguan Distimik : Ini adalah jenis gangguan yang hampir sama dengan depresi mayor tetapi lebih ringan. Ditandai dengan suasana hati yang sedih atau terpuruk dalam tekanan tanpa gejala psikotik (Hadi et al., 2018).

I. Penatalaksanaan Depresi

Penatalaksanaan depresi melibatkan pendekatan holistik yang mencakup terapi farmakologis, psikologis, dan non farmakologis:

1. Farmakologis:

- a. Antidepresan SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*) seperti fluoxetine dan sertraline.
- b. SNRI (*Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors*) seperti venlafaxine.
- c. Antidepresan adalah obat yang paling umum digunakan untuk mengobati depresi. Terdapat beberapa kelas antidepresan, termasuk *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRIs), *serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors* (SNRIs), dan *tricyclic antidepressants* (TCAs). Pemilihan jenis obat tergantung pada gejala, riwayat kesehatan, dan respons pasien terhadap pengobatan sebelumnya

2. Psikologis:

- a. *Interpersonal Therapy* (IPT): Dilakukan untuk memberikan dukungan psikoterapi jangka pendek yang berfokus pada interaksi antar individu dan gejala yang muncul (fokus pada perbaikan hubungan interpersonal).
- b. Terapi kognitif perilaku (CBT) adalah salah satu bentuk psikoterapi yang paling efektif untuk depresi. CBT membantu pasien mengidentifikasi dan mengubah pola pikir negatif yang berkontribusi terhadap depresi. Selain CBT, terapi interpersonal dan terapi perilaku juga dapat digunakan.
- c. Menulis Ekspresif : suatu proses katarsis, karena menceritakan pengalaman (pahit) seseorang dalam sebuah buku akan mengubah cara orang berpikir tentang pengalaman itu dan memulihkan depresi yang dibuang ke dalam kata, kalimat, dan paragraf yang mereka tulis. (Pragallapati et al., 2021).

3. Nonfarmakologis:

- a. Aktivitas fisik: Penelitian menunjukkan bahwa olahraga dapat mengurangi gejala depresi (Schuch et al., 2016)
- b. Terapi elektrokonvulsif (ECT): Untuk kasus depresi berat yang tidak responsif terhadap terapi lain.
- c. Terapi cahaya juga digunakan untuk mengobati depresi musiman (*Seasonal Affective Disorder - SAD*).
- d. Dukungan emosional: Perawat dapat memberikan dukungan emosional dan membantu pasien memahami situasi mereka. Ini dapat mencakup memberikan dukungan moral, mengajarkan mereka cara mengelola stres, atau membantu mereka menemukan sumber dukungan tambahan di masyarakat.
- e. Konseling keluarga: Teman dan keluarga pasien juga dapat sangat membantu pemulihan pasien. Perawat dapat membantu mereka memahami depresi dan memberikan dukungan emosional
- f. Selain itu, perubahan gaya hidup seperti olahraga teratur, diet sehat, dan dukungan sosial dapat membantu mengurangi gejala depresi.

Banyak penelitian menunjukkan bahwa kombinasi medikasi dan psikoterapi dapat memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan salah satu metode saja. Terapi kombinasi seringkali direkomendasikan untuk pasien dengan depresi berat atau yang tidak merespons pengobatan tunggal.

J. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Depresi

1. Pengkajian

a. Identitas

- 1) Biodata Pasien : Nama, Usia, Jenis kelamin, Alamat, Suku/bangsa, Status pernikahan, Agama/ keyakinan, Pekerjaan, Diagnosa medik, No. medical record, Tanggal masuk, Tanggal pengkajian
- 2) Biodata Penanggung jawab : Nama, Usia, Jenis kelamin, Pekerjaan, Hubungan dengan klien.

b. Alasan Masuk

Keluhan utama dan riwayat penyakit klien. Keluhan utama mencakup alasan klien atau keluarga datang ke rumah sakit serta keluhan yang diajukan selama pengkajian.

c. Faktor Predisposisi

Depresi, gangguan mood, dianggap menggambarkan gangguan sistem limbik, hipotalamus, dan ganglia basalis, yang bertanggung jawab atas emosi manusia (Videbeck, 2008). (1) Teori biologis, seperti genetik, radiokimia, dan hormon, (2) teori psikodinamik, yang bermula dari mengabaikan bayi, (3) teori kognitif, dan (4) teori sosial, yang berkaitan dengan kehilangan peran atau hubungan hidup, dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab depresi.

d. Faktor Presipitasi

Faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya dapat menyebabkan gangguan alam perasaan. Faktor biologis termasuk perubahan fisik yang disebabkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik, seperti infeksi, neoplasma, dan ketidakseimbangan metabolisme. Faktor psikologis termasuk kehilangan kasih sayang, seperti kehilangan cinta, seseorang, dan harga diri. Faktor sosial budaya termasuk kehilangan peran, pekerjaan, atau hubungan.

e. Pemeriksaan Fisik

Menurut keluhan klien, pemeriksaan fisik meliputi pengukuran tanda vital seperti berat badan dan tinggi badan.

f. Psikososial

Psikososial mencakup genogram yang menunjukkan pola interaksi, faktor genetik dalam keluarga yang dikaitkan dengan gangguan jiwa, dan studi tentang konsep diri, hubungan sosial dan spiritual. Data yang biasanya dikumpulkan dari klien yang mengalami

masalah interaksi sosial termasuk menarik diri, yang merupakan gangguan pada harga diri.

g. Status Mental

Data yang sering muncul tentang status mental termasuk penurunan kemampuan motorik, pembicaraan pasif, perasaan sedih, dan perubahan sensori atau persepsi seperti halusinasi.

h. Kebutuhan Persiapan Pulang

Ini mencakup seberapa siap pasien untuk pulang atau menjalani perawatan di rumah, seperti makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, istirahat dan tidur, penggunaan obat, perawatan kesehatan, aktivitas di dalam rumah, dan aktivitas di luar rumah.

i. Mekanisme Koping

Ini adalah mekanisme yang digunakan untuk menangani stres, seperti mencari solusi masalah langsung dan melindungi diri. Ini adalah mekanisme yang umum digunakan oleh orang untuk mengatasi kecemasan menarik diri.

j. Pengetahuan

Kurang pengetahuan tentang faktor penyebab penyakit jiwa, sistem pendukung, koping, dan lainnya termasuk.

k. Aspek Medis

Data yang dikumpulkan mencakup diagnosis medis dan terapi yang diterima klien.

2. Analisa Data

a. Data subjektif

Klien mengatakan sedih, klien mengatakan tidak bergairah untuk melakukan aktivitas, klien mengatakan menyesali sesuatu hal, klien mengatakan merasa bersalah, klien merasa ditolak, klien merasa tidak berdaya, merasa tidak berharga.

b. Data objektif

Klien tampak sedih, murung, lambat, lemah, lesu, tidak bergairah, cemas, marah

c. Rumusan Masalah

- 1) Resiko tinggi terjadi kekerasan yang diarahkan pada diri sendiri
- 2) Sedih kronis
- 3) Harga diri rendah kronis
- 4) Koping individu tidak efektif
- 5) Koping keluarga tidak efektif

3. Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang umum muncul pada klien dengan gangguan alam perasaan : depresi yaitu :

- a. Resiko bunuh diri
- b. Ketidakberdayaan
- c. Harga diri rendah kronis
- d. Koping individu tidak efektif

DAFTAR PUSTAKA

BAB 8

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN

Hikmawati, S.Kep., Ns., M.Kes

A. Pengertian Perilaku Kekerasan

Menurut (Stuart, G. W. dan Sundeen, 2002), perilaku kekerasan merupakan bagian dari rentang respon marah yang paling maladaptif, yaitu amuk. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman.

Amuk merupakan respon kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Keliat,1991).

RENTANG RESPONS MARAH



GAMBAR 10.1 Rentang Respons Marah

Keterangan:

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat.

Pasif : Respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol.

B. Etiologi Perilaku Kekerasan

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Genetik

Adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadipotensi perilaku agresif.

b. Faktor Psikologis

Hasil akumulasi dari frustrasi yang dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (life span history), ketidakpuasan fase oral (0-2 tahun) dan pemenuhan kebutuhan air susu yang tidak cukup atau pola asuh yang tidak mendukung serta lingkungan keluarga atau luar rumah merupakan model dan perilaku yang ditiru oleh anak anggota keluarga cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan terhadap lingkungan. Anak mencontoh dari lingkungan sekitarnya seperti : riwayat penggunaan NAPZA (narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya), memungkinkan individu meniru perilaku tersebut. Lingkungan sosial (social environment theory) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif. (Asiva Noor Rachmayani, 2015)

c. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi untuk berperilaku kekerasan pada setiap orang berbeda, dimana stressor dipengaruhi dari dalam maupun dari luar, seperti proses kehilangan pekerjaan, kehilangan orang yang dicintai, kehilangan bagian anggota tubuh, adanya penyakit yang berkepanjangan (fase exhaustion), terjadinya bullying. Individu bersifat unik, berbeda satu orang dengan yang lain. Stressor tersebut dapat merupakan penyebab yang berasal dari dalam maupun luar individu.

Stressor dari lingkungan meliputi trauma fisik (penganiayaan, pemerkosaan, bullying), akibat media social pada game, serangan haters, informasi media yang salah), lingkungan alam: terjadinya bencana.

C. Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, depresi, dan reaksi formasi. (Makrifatul Azizah, Zainuri and Akbar, 2016)

1. Displacement : melepaskan perasaan tertekannya bermusuhan pada objek yang begitu pada mulanya yang membangkitkan emosi.
2. Proyeksi : menyalahkan orang lain mengenai keinginannya yang tidak baik.
3. Depresi : menekan perasaan orang yang menyakitkan atau konflik ingatan dari kesadaran yang cenderung memperluaskan mekanisme ego lainnya.
4. Reaksi formasi : membentuk sikap kesadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan benar-benar dilakukan orang lain.

D. Tanda dan Gejala

1. Fisik
 - a. Muka merah dan tegang.
 - b. Mata melotot/pandangan tajam.
 - c. Tangan mengepal.
 - d. Rahan mengatup.
 - e. Wajah memerah dan tegang.
 - f. Postur tubuh kaku.
 - g. Pandangan tajam.
 - h. Mengatupkan rahang dengan kuat.
 - i. Mengepalkan tangan.
 - j. Jalan mondar-mandir.

2. Verbal
 - a. Bicara kasar.
 - b. Suara tinggi, membentak atau berteriak.
 - c. Mengancam secara verbal atau fisik.
 - d. Mengumpat dengan kata-kata kotor
 - e. Suara keras.
 - f. Ketus.
3. Perilaku
Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dan dendam dan jengkel
4. Emosi
Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut.
5. Spiritual
Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.
6. Sosial
Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.
7. Perhatian
Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.
(Slametiningsih *et al.*, 2019)

E. Proses Keperawatan

Menurut (Asiva Noor Rachmayani, 2015), proses keperawatan dibagi menjadi :

1. Pengkajian
 - a. Data Subjektif: berbicara kasar, adanya ancaman, ingin mencederai dan melukai diri sendiri atau orang lain.
 - b. Data objektif. Wajah memerah dan tegang, pandangan tajam, mengantupkan rahan dengan kuat mengepalkan tangan, bicara kasar dan suara tinggi, perilakunya mondar mandir, melempar atau emukul benda ke orang lain.
(Asiva Noor Rachmayani, 2015)

Perilaku yang berhubungan dengan agresi atau kekerasan :

1. Agitasi motorik:

Perilaku yang bergerak cepat, tidak mampu duduk diam, memukul dengan tinju kuat, mengagit kuat, respirasi meningkat, membentuk aktivitas motorik secara tiba-tiba (katatonnia).

2. Verbal :

Perilaku yang mengancam pada objek yang tidak nyata, mengacau minta perhatian, bicara keras-keras, menunjukkan adanya delusi atau pikiran paranoid.

3. Afek :

Perilaku marah, menganggap permusuhan, kecemasan yang ekstrim, mudah terangsang, euphoria tidak sesuai, afek labil.

4. Tingkat Kesadaran :

Keadaan bingung, status mental berubah tiba-tiba, disorientasi, kerusakan memori, tidak mampu dialihkan.

F. Konsep Skoring RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif)

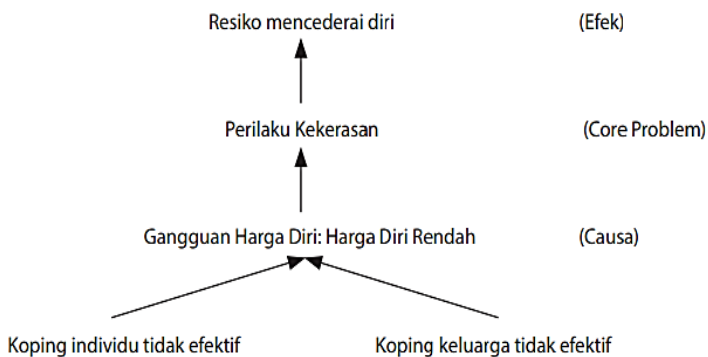
RUfa (Respon Umum Fungsi Adaptif) / garf (General Adaptive Function Response) yang merupakan modifikasi dari skor GARF karena keperawatan menggunakan pendekatan respon manusia dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan fungsi respon yang adaptif. Dari diagnosa skor RUFA dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien.

Tabel 8.1 Klasifikasi Skor RUFA Perilaku Kekerasan

Domain	Intensif I 1- 10	Intensif II 11- 20	Intensif III 21 - 30
Pikiran	Orang lain/ makhluk lain mengancam	Orang lain/ makhluk lain mengancam	Orang lain/ makhluk lain mengancam
Perasaan	Marah dan jengkel terus- menerus	Marah dan jengkel (seringkali)	Kadang marah dan jengkel, sering tenang

Domain	Intensif I 1- 10	Intensif II 11- 20	Intensif III 21 - 30
Tindakan	Terus-menerus mengancam orang lain (verbal). Terus-menerus berusaha mencederai orang lain (fisik). Komunikasi sangat kacau.	Hanya mengancam secara verbal. Tidak ada tindakan kekerasan fisik. Komunikasi kacau.	Kadang marah dan jengkel, sering tenang. Kadang-adang masih mengancam secara verbal. Komunikasi cukup koheren.

G. Pohon Masalah



Sumber : (Nurhalimah, 2016)

H. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada pasien dengan Perilaku Kekerasan antara lain :

1. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
2. Perilaku Kekerasan.
3. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi
4. Gangguan Harga Diri : Harga diri rendah.
5. Koping Individu tidak efektif.

I. Rencana Tindakan Keperawatan Pada Pasien Perilaku Kekerasan

Dalam (Tim Pokja SDKI SIKI SLKI DPP, 2018), intervensi utama untuk diagnosis perilaku kekerasan adalah:

1. Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.14513)

Manajemen keselamatan lingkungan adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola lingkungan fisik untuk meningkatkan keselamatan.

a. Observasi

- Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis : kondisi fisik, fungsi kognitif, dan riwayat perilaku).
- Monitor perubahan status keselamatan lingkungan.

b. Terapeutik

- Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis : fisik, biologi, kimia), jika memungkinkan.
- Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko.
- Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis : commode chair dan pegangan tangan).
- Gunakan perangkat pelindung (mis : pengekanan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar)
- Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis : puskesmas, polisi, damkar)
- Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman.
- Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis : timbal)

c. Edukasi

- Ajarkan individu, keluarga, dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan.

2. Manajemen Mood (I.09289)

Manajemen mood adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat mengidentifikasi dan mengelola keselamatan, stabilisasi, pemulihan, dan perawatan gangguan mood (keadaan emosional yang bersifat sementara)

- a. Observasi
 - Identifikasi mood (mis : tanda, gejala, riwayat penyakit)
 - Identifikasi risiko keselamatan diri atau orang lain
 - Monitor fungsi kognitif (mis : konsentrasi, memori, kemampuan membuat keputusan)
 - Monitor aktivitas dan tingkat stimulasi lingkungan)
- b. Terapeutik
 - Fasilitasi pengisian kuesioner self-report (mis : beck depression inventory, skala status fungsional), jika perlu.
 - Berikan kesempatan untuk menyampaikan perasaan dengan cara yang tepat (mis : sandbag, terapi seni, aktivitas fisik)
- c. Edukasi
 - Jelaskan tentang gangguan mood penanganannya
 - Anjurkan berperan aktif dalam pengobatan dan rehabilitasi, jika perlu
 - Anjurkan rawat inap sesuai indikasi (mis : situasi stres, masalah fisik)
 - Ajarkan memonitor mood mandiri (mis : skala stres, masalah fisik)
 - Ajarkan memonitor mood secara mandiri (mis : skala tingkat 1-10, membuat jurnal)
 - Ajarkan keterampilan koping dan penyelesaian masalah baru)
- d. Kolaborasi
 - Kolaborasi pemberian obat, jika perlu
 - Rujuk untuk psikoterapi (mis : perilaku, hubungan interpersonal, keluarga, kelompok), jika perlu

3. Manajemen Pengendalian Marah (I.09290)

Manajemen pengendalian marah adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola ekspresi marah dengan cara adaptif dan tanpa kekerasan.

- a. Observasi
 - Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan
 - Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan.
 - Monitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif.
 - Monitor kemajuan dengan membuat grafik, jika perlu.
- b. Terapeutik
 - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.
 - Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif.
 - Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis : menggunakan senjata).
 - Cegah aktivitas pemicu agresi (mis : meninju tas, time-out, dan seklusi), jika perlu.
 - Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresamarah adaptif.
 - Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah.
- c. Edukasi
 - Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi, dan respon marah.
 - Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat.
 - Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladaptif.
 - Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis : latihan asertif, teknik relaksasi, jurnal, aktivitas penyaluran energi).
- d. Kolaborasi
 - Kolaborasi pemberian obat, jika perlu.

4. Manajemen Perilaku (I.12463)

Manajemen perilaku adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola perilaku negatif pasien.

- a. Observasi
 - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku.
- b. Terapeutik
 - Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku.
 - Jadwalkan kegiatan terstruktur.
 - Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas.
 - Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan.
 - Batasi jumlah pengunjung.
 - Bicara dengan nada rendah dan tenang.
 - Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi.
 - Cegah perilaku pasif dan agresif.
 - Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku
 - Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi.
 - Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan.
 - Hindari sikap mengancam atau berdebat.
 - Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan.
- c. Edukasi
 - Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif.

J. Evaluasi

Merupakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu, evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi hasil atau sumatif berupa membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan, SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning). (Asiva Noor Rachmayani, 2015)

DAFTAR PUSTAKA

- Asiva Noor Rachmayani (2015) *Ilmu Keperawatan Jiwa*.
- Makrifatul Azizah, L., Zainuri, I. and Akbar, A. (2016) *Teori dan Aplikasi Praktik Klinik - Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Pertama*. Yogyakarta: Indomedia Pusaka.
- Nurhalimah, N. (2016) *Keperawatan Jiwa*. Available at: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Keperawatan-Jiwa-Komprehensif.pdf>.
- Slametiningsih *et al.* (2019) 'Buku Ajar Kep Jiwa Gangguan Penelitian', *Bukuajar, (KEPJIWA)*, pp. 1-91. Available at: https://repository.umj.ac.id/12864/1/BUKU_AJAR KEP_JIWA GANGGUAN PENELITIAN new.pdf.
- Stuart, G. W. dan Sundeen, S.J. (2002) *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. 3rd edn. Jakarta: EGC.
- Tim Pokja SDKI SIKI SLKI DPP, P. (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. 1st edn. Edited by D. PPNI. Jakarta Selatan: DPP PPNI.

BAB 9

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN MASALAH KECEMASAN

Merry Pongdatu, S.Kep., Ns., M.Kep

A. Definisi

Ansietas adalah bagian dari dalam kehidupan manusia sehari-hari dan akan selalu ada tanpa mengenal siapa. Ansietas merupakan dampak dari pengalaman yang sangat tidak menyenangkan dan semua orang akan berusaha untuk menghindarinya, karena ansietas adalah wujud dari rasa emosi dan pengalaman subjek. Ansietas melibatkan fisik seseorang, persepsi diri dan hubungan dengan orang lain, yang menjadikan ansietas sebagai konsep dasar dalam studinkeperawatan jiwa dan perilaku manusia. Seseorang dengan gngguan ansietas akan mengalami kerusakan pada kualitas dan fungsi hidup. Diperkirakan hanya sekitar seperempat dari populasi gangguan ansietas yang menerima perawatan (giacobbe et al, 2008) dalam (Stuart, 2013)

Kecemasan diartikan sebagai suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman. Kejadian dalam hidup seperti menghadapi tuntutan, persaingan, serta bencana dapat membawa dampak terhadap kesehatan fisik dan psikologis.

Salah satu contoh dampak psikologis adalah timbulnya kecemasan atau ansietas. (Yusuf et al., 2017)

Ansietas merupakan salah satu distress psikologis individu. Ansietas merupakan respon umum yang dirasakan individu saat muncul stressor. Ansietas ringan dapat memunculkan motivasi diri untuk mampu berkembang dan produktif. Akan sebaliknya, seseorang yang tidak dapat mengatasi ansietas dapat berdampak pada masalah kesehatan fisik dan psikologis. Sehingga hal ini penting untuk mendapatkan penanganan dari perawat dengan masalah keperawatan dengan ansietas klien untuk meningkatkan taraf hidup kesejahteraan psikologis dan juga kesehatan fisik.

B. Pengkajian

1. Pengkajian

Psikodinamika masalah keperawatan dimulai dengan menganalisa beberapa faktor diantaranya: faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor dan sumber coping serta mekanisme coping.

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi disebut sebagai faktor risiko yang mempengaruhi individu dalam merespon stressor. Faktor predisposisi meliputi:

1) Faktor Biologis.

Faktor biologis Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine. Reseptor ini membantu mengatur ansietas. Penghambat GABA juga berperan utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas sebagaimana halnya dengan endorfin. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Psikososial: Kecemasan disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor.

2) Faktor Psikologis

- a) Pandangan psikoanalitik. Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian—id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- b) Pandangan interpersonal. Ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang yang mengalami harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.
- c) Pandangan perilaku. Ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap sebagai dorongan belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Individu yang terbiasa dengan kehidupan dini dihadapkan pada ketakutan berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas dalam kehidupan selanjutnya.

3) Sosial Budaya

Ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan ansietas dan antara gangguan ansietas dengan depresi. Faktor ekonomi dan latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas.

Mekanisme Koping Tingkat ansietas sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping yaitu sebagai berikut.

- a) Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistik tuntutan situasi stres, misalnya perilaku menyerang untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Menarik diri untuk memindahkan dari sumber stres. Kompromi untuk mengganti tujuan atau mengorbankan kebutuhan personal.
- b) Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi berlangsung tidak sadar, melibatkan penipuan diri, distorsi realitas, dan bersifat maladaptif.

Pohon Masalah

Kerusakan Interaksi Sosial \Rightarrow Effect



Gangguan suasana perasaan: Cemas \Rightarrow Cor Problem



Koping individu inepektif \Rightarrow Causa

b. Faktor Presipitas

Faktor presipitasi merupakan stimulus internal maupun eksternal yang mengancam kehidupan individu. Faktor ini disebut sebagai faktor pencetus yang dapat menyebabkan ansietas. Kondisi yang dialami seorang individu dapat dibedakan menjadi berikut :

- 1) Kebutuhan dasar manusia tidak terpenuhi dengan baik seperti : udara, makanan, kenyamanan dan keamanan
- 2) Situasi yang berkaitan dengan kerentanan mengancam konsep diri individu seperti : perubahan status dan kehormatan: kegagalan atau kesuksesan; dilema etik, kehilangan pengakuan dari orang lain, konflik dengan nilai-nilai yang diyakini.

- 3) Situasi yang berkaitan dengan kehilangan orang yang dicintai akibat dari kematian, perceraian, perpisahan akibat mobilisasi baik menetap maupun bersifat sementara.
- 4) Ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- 5) Situasi yang berkaitan dengan ancaman integritas fisik seperti kondisi menjelang ajal, prosedur invasif, penyakit, kekerasan fisik, kecacatan, diagnosis penyakit yang tidak jelas, rencana tindakan operasi.
- 6) Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang.
- 7) Situasi yang terkait dengan harapan-harapan yang tidak realistis
- 8) Perkembangan bayi/anak-anak: perpisahan dengan orang tua, perubahan lingkungan atau orang asing disekitarnya, perubahan psikologis pengasuh, dan perubahan teman bermain.
- 9) Perkembangan remaja: perubahan konsep diri, perubahan dengan peer; kematian
- 10) Perkembangan usia dewasa; berhubungan dengan pernikahan, kehamilan, peran sebagai istri, peran sebagai orang tua, perubahan karir, penuaan, keguguran, komplikasi kehamilan, dan persalinan.
- 11) Perkembangan usia lanjut; masalah keuangan, penurunan fungsi sensoris, masa pensiun.

C. Penilaian Stressor

Tanda dan gejala kecemasan merupakan dasar pertimbangan untuk menentukan tingkat ansietas pada klien. Melalui identifikasi tingkat ansietas klien merupakan faktor utama untuk menentukan tindakan keperawatan yang tepat.

Tingkat ansietas terdiri dari ansietas ringan, sedang, berat, dan panik.

1. Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas menumbuhkan motivasi belajar serta menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.
2. Ansietas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif tetapi dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.
3. Ansietas berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Adanya kecenderungan untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain.

Tingkat panik dari ansietas berhubungan dengan ketakutan dan merasa diteror, serta tidak mampu melakukan apapun walaupun dengan pengarahan. Panik meningkatkan aktivitas motorik, menurunkan kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, serta kehilangan pemikiran rasional.

D. Sumber Koping

Dalam menghadapi ansietas, individu akan memanfaatkan dan menggunakan berbagai sumber koping di lingkungan. Pada pasien yang mengalami ansietas sedang dan berat mekanisme koping yang digunakan terbagi atas dua jenis mekanisme koping yaitu :

1. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi

Pada tindakan realistik yang bertujuan untuk menurunkan situasi stress, misalnya :

- a. Perilaku menyerang (agresif) digunakan individu untuk mengatasi rintangan agar terpenuhinya kebutuhan.
 - b. Perilaku menarik diri dipergunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik secara fisik maupun secara psikologis.
 - c. Perilaku kompromi dipergunakan untuk mengubah tujuan-tujuan yang akan dilakukan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk mencapai tujuan.
2. Mekanisme pertahanan ego bertujuan untuk membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang. Mekanisme ini berlangsung secara tidak sadar, melibatkan penipuan diri, distorsi realitas dan bersifat maladaptif.

Mekanisme pertahanan ego yang digunakan adalah:

- a. Kompensasi adalah proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya.
- b. Penyangkalan (denial) menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini paling sederhana dan primitif.
- c. Pemindahan (displacemen) merupakan pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang/benda tertentu yang biasanya netral atau kurang mengancam terhadap dirinya.
- d. Disosiasi merupakan pemisahan dari setiap proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya.
- e. Identifikasi (identification) adalah proses dimana seseorang mencoba menjadi orang yang ia kagumi dengan mengambil/menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.
- f. Intelektualisasi (intelektualization) adalah penggunaan logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.
- g. Introjeksi (Intrijection) mengikuti norma-norma dari luar sehingga ego tidak lagi terganggu oleh ancaman dari luar (pembentukan superego).

- h. Fiksasi pada tingkat perkembangan salah satu aspek tertentu (emosi atau tingkah laku atau pikiran) sehingga perkembangan selanjutnya terhalang.
- i. Proyeksi merupakan pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan. Perasaan emosional dan motivasi tidak dapat ditoleransi.
- j. Rasionalisasi dapat memberi keterangan bahwa sikap/tingkah lakunya menurut alasan yang seolah-olah rasional, sehingga tidak menjatuhkan harga diri.
- k. Reaksi formasi adalah bertingkah laku yang berlebihan yang langsung bertentangan dengan keinginan-keinginan, perasaan yang sebenarnya.
- l. Regresi merupakan dimana kembalinya tingkat perkembangan terdahulu tingkah laku yang primitif, contoh; bila keinginan terhambat menjadi marah, merusak, melempar barang, meraung, dsb.
- m. Represi adalah secara tidak sadar mengesampingkan pikiran, impuls, atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, merupakan pertahanan ego yang primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme ego yang lainnya.
- n. Acting Out dapat langsung mencetuskan perasaan bila keinginannya terhalang.
- o. Sublimasi adalah penerimaan suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami halangan dalam penyalurannya secara normal.
- p. Supresi adalah suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan tetapi sebetulnya merupakan analog represi yang disadari; pengesampingan yang disengaja tentang suatu bahan dari kesadaran seseorang; kadang-kadang dapat mengarah pada represif berikutnya.

- q. Undoing adalah tindakan/perilaku atau komunikasi yang menghapuskan sebagian dari tindakan/perilaku atau komunikasi sebelumnya merupakan mekanisme pertahanan primitif. (Kesehatan RI, 2016).

E. Diagnosis

Nanda menyebutkan, batasan definisi diagnosis keperawatan menyebutkan ansietas adalah perasaan tidak nyaman yang samar, kekawatiran, atau ketakutan yang disertai dengan respon otonom atau perasaan tidak jelas penyebabnya. Rasa ketakutan adalah respon antisipasi terhadap bahaya dan mendorong individu untuk melakukan upaya mengatasi ancaman tersebut. Ancaman tersebut berdampak pada kesehatan psikologis seseorang ((*Nursing Diagnoses 2018-2020 (1).Pdf.Crdownload*, n.d.)

SDKI menjelaskan, ansietas merupakan kondisi dimana seseorang dengan emosi dan pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas spesifik akibat antisipasi dari bahaya yang memungkinkan seseorang melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Manifestasi tanda dan gejala ansietas ditentukan oleh tingkat ansietas yang dialami seseorang (Whitley, 1994 dalam (Nurhalimah, 2016)

Gejala utama diagnosa ansietas adalah sebagai berikut:

Gejala Fisiologis

Gejala fisiologis yang dirasakan individu meliputi:

1. Peningkatan frekuensi nadi dan pernafasan
2. Suara bergetar
3. Palpitasi
4. Sering buang air kecil
5. Wajah pucat
6. Insomnia
7. Diaporesis
8. Badan pegal dan nyeri terutama bagian dadad, leher dan punggung
9. Parestese

10. Peningkatan tekanan darah
11. Diare
12. Dilatasi pupil
13. Anoreksia
14. Merasa panas dingin
15. Geduh gelisah
16. Merasa kelalahan
17. Mulut kering
18. Mual dan muntah

Gejala Emosional

Gejala emosioanal yang dialami individu adalah sebagai berikut:

1. Merasa takut
2. Marasa bingung
3. Merasa tidak berdaya
4. Merasa bernasib malang
5. Merasa tidak percaya diri
6. Merasa tegang
7. Merasa tidak mampumengendalikan diri
8. Mudah tersinggung
9. Sering menangis
10. Melukai diri sendiri
11. Menarik diri
12. Ekspresi kaget
13. Marah
14. Cenderung suka melimpahkan kesalahan
15. Kontak mata kurang
16. Mengkritik
17. Apatis

Gejala Kognitif

Gejala perubahan kognitif yang dialami indivudi adalah sebagai berikut:

1. Sulit berkonsentrasi
2. Pikun
3. Melamun
4. Blocking
5. Preokupasi

6. Kemampuan belajar kurang
7. Berpikir negatif
8. Berorientasi pada masa lalu
9. Bingung

Diagnosis medis yang berkaitan dengan respon ansietas meliputi: agorapobia, gangguan ansietas, gangguan obsesif-kompulsif, gangguan panik, pobia, pobia sosial, post traumatic stress disorder (ptsd)

F. Rencana Tindakan

Tujuan dari tindakan keperawatan pada klien dengan masalah ansietas adalah:

1. Menurunkan tingkat ansietas
2. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan klien untuk mengenali masalah ansietas yang dirasakan dan mengetahui penanganan dengan coping yang adaptif.

Rencana tindakan keperawatan untuk penatalaksanaan klien dengan masalah ansietas (stuart, 2013):

Tindakan Keperawatan untuk Pasien

1. Tujuan
 - a. Pasien mampu mengenal ansietas.
 - b. Pasien mampu mengatasi ansietas melalui teknik relaksasi.
 - c. Pasien mampu memperagakan dan menggunakan teknik relaksasi untuk mengatasi ansietas.
2. Tindakan keperawatan
 - a. Bina hubungan saling percaya. Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi. Tindakan yang harus dilakukan dalam membina hubungan saling percaya adalah sebagai berikut.
 - b. Mengucapkan salam terapeutik.
 - c. Berjabat tangan.
 - d. Menjelaskan tujuan interaksi.
 - e. Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien.

- f. Bantu pasien mengenal ansietas.
- g. Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya.
- h. Bantu pasien menjelaskan situasi yang menimbulkan ansietas.
- i. Bantu pasien mengenal penyebab ansietas.
- j. Bantu pasien menyadari perilaku akibat ansietas.
- k. Ajarkan pasien teknik relaksasi untuk meningkatkan kontrol dan rasa percaya diri.
- l. Pengalihan situasi.
- m. Latihan relaksasi dengan tarik napas dalam, mengerutkan, dan mengendurkan otot-otot.
- n. Hipnotis diri sendiri (latihan lima jari).
- o. Motivasi pasien melakukan teknik relaksasi setiap kali ansietas muncul.

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

1. Tujuan:
 - a. Keluarga mampu mengenal masalah ansietas pada anggota keluarganya.
 - b. Keluarga mampu memahami proses terjadinya masalah ansietas.
 - c. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami ansietas.
 - d. Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan ansietas.
 - e. Keluarga mampu merujuk anggota keluarga yang mengalami ansietas.
2. Tindakan keperawatan
 - a. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
 - b. Diskusikan tentang proses terjadinya ansietas serta tanda dan gejala.
 - c. Diskusikan tentang penyebab dan akibat dari ansietas.
 - d. Diskusikan cara merawat pasien dengan ansietas dengan cara mengajarkan teknik relaksasi.

- 1) Mengalihkan situasi.
- 2) Latihan relaksasi dengan napas dalam, mengerutkan, dan mengendurkan otot.
- 3) Menghipnotis diri sendiri (latihan lima jari).
- 4) Diskusikan dengan keluarga perilaku pasien yang perlu dirujuk dan bagaimana merujuk pasien.

G. Tindakan Keperawatan

Penatalaksanaan Ansietas

Menurut Hawari (2008) penatalaksanaan ansietas pada tahap pencegahan dan terapi memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistik, yaitu mencakup fisik (somatik), psikologik atau psikiatrik, psikososial dan psikoreligius. Selengkapnya seperti pada uraian berikut :

1. Upaya meningkatkan kekebalan terhadap stress, dengan cara:
 - a. Makan makan yang bergizi dan seimbang.
 - b. Tidur yang cukup.
 - c. Cukup olahraga.
 - d. Tidak merokok.
 - e. Tidak minuman keras.

2. Terapi psikofarmaka.

Terapi psikofarmaka merupakan pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neuro-transmitter (sinyal penghantar saraf) di susunan saraf pusat otak (limbic system). Terapi psikofarmaka yang sering dipakai adalah obat anti cemas (anxiolytic), yaitu seperti diazepam, clobazam, bromazepam, lorazepam, buspirone HCl, meprobamate dan alprazolam.

3. Terapi somatik

Gejala atau keluhan fisik (somatik) sering dijumpai sebagai gejala ikutan atau akibat dari kecemasan yang bekerpanjangan. Untuk menghilangkan keluhan-keluhan somatik (fisik) itu dapat diberikan obat-obatan yang ditujukan pada organ tubuh yang bersangkutan.

4. Psikoterapi

Psikoterapi diberikan tergantung dari kebutuhan individu, antara lain :

- a. Psikoterapi suportif, untuk memberikan motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta percaya diri.
- b. Psikoterapi re-edukatif, memberikan pendidikan ulang dan koreksi bila dinilai bahwa ketidakmampuan mengatasi kecemasan.
- c. Psikoterapi re-konstruktif, untuk dimaksudkan memperbaiki kembali (re-konstruksi) kepribadian yang telah mengalami guncangan akibat stressor.
- d. Psikoterapi kognitif, untuk memulihkan fungsi kognitif pasien, yaitu kemampuan untuk berpikir secara rasional, konsentrasi dan daya ingat.
- e. Psikoterapi psiko-dinamik, untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan mengapa seseorang tidak mampu menghadapi stressor psikososial sehingga mengalami kecemasan.
- f. Psikoterapi keluarga, untuk memperbaiki hubungan kekeluargaan, agar faktor keluarga tidak lagi menjadi faktor penyebab dan faktor keluarga dapat dijadikan sebagai faktor pendukung.
- g. Terapi Psikoreligius, untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial.

5. Terapi Generalis

a. SP untuk pasien ansietas 5 sesi

SP 1 Pasien : Membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal masalah kecemasannya, identifikasi penyebab perasaan cemas, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku dari kecemasan

- yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik I (nafas dalam)
- SP 2 Pasien : Latihan mengontrol perasaan cemas dengan obat dengan tehnik pengalihan perhatian
- SP 3 Pasien : Latihan mengontrol kecemasan dengan relaksasi otot
- SP 4 Pasien : Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara psikoreligi
- SP 5 Pasien : Latihan mengontrol ansietas secara spiritual

b. SP untuk keluarga

- SP 1 Keluarga : keluarga mampu mengenal masalah yang di alami pasien.
- SP 2 Keluarga : keluarga mampu merawat pasien dengan prilaku kekerasan minimal latihan fisik 1 dan 2
- SP 3 Keluarga : keluarga mampu mengambil keputusan
- SP 4 Keluarga : keluarga mampu memodifikasi lingkungan
- SP 5 Keluarga : keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan.

H. Evaluasi

Evaluasi dilakukan setiap proses tindakan keperawatan. Adapun kriteria hasil yang diharapkan adalah:

1. Tingkat ansietas menurun
2. Menyebutkan penyebab ansietas.
3. Menyebutkan situasi yang menyertai ansietas.
4. Menyebutkan perilaku terkait ansietas.
5. Melakukan teknik pengalihan situasi, yaitu tarik napas dalam, relaksasi otot, dan teknik lima jari.
6. Keluarga menyebutkan pengertian ansietas.
7. Keluarga menyebutkan tanda dan gejala ansietas.
8. Keluarga mengajarkan ke pasien teknik pengalihan situasi,

I. Dokumentasi

Dokumentasikan seluruh hasil tindakan keperawatan yang diberikan pada individu dengan masalah ansietas.

DAFTAR PUSTAKA

- Nurhalimah. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* (Vol. 1, Issue 1). *Nursing Diagnoses 2018-2020 (1).pdf.crdownload*. (n.d.).
- Stuart, G. (2013). *Psyciatric Nursing (10th ed.)*. " in "All Documents"; *did you mean start, good*. (2018). *psikiatri nursingood (103 edu.)*. *jakarta: egoodc? (10th ed.)*. EGC.
- Yusuf, A., PK, rizky F., & Nihayati, H. E. (2017). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Penertbit Salemba Medika*, 185(1), 4–8.

BAB 10

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIENT DENGAN GANGGUAN KOGNITIF

Andrias Horhoruw, S.Kep, Ners., M.Kes.

A. Pendahuluan

Gangguan kognitif, yang meliputi berbagai kondisi seperti demensia, delirium, dan gangguan kognitif ringan, semakin menjadi masalah kesehatan yang signifikan di seluruh dunia. Dengan bertambahnya jumlah populasi lanjut usia, angka penderita gangguan kognitif juga mengalami peningkatan yang pesat. Kondisi ini dapat mempengaruhi kemampuan berpikir, memori, orientasi, serta kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, yang akhirnya berdampak pada kualitas hidup pasien dan beban bagi keluarga serta masyarakat.

Sebagai profesi yang berfokus pada perawatan holistik, perawat memegang peranan yang sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat bagi pasien dengan gangguan kognitif. Peran perawat tidak hanya terbatas pada pemberian terapi fisik, tetapi juga mencakup pendampingan psikologis, pendidikan kepada keluarga, serta memastikan lingkungan yang aman dan mendukung bagi pasien. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam mengenai gangguan kognitif dan strategi asuhan keperawatan yang efektif menjadi sangat penting.

Namun, meskipun perawatan pasien dengan gangguan kognitif telah menjadi perhatian utama dalam bidang keperawatan, masih terdapat banyak tantangan yang dihadapi oleh tenaga kesehatan. Tantangan tersebut meliputi kurangnya

pengetahuan tentang penanganan yang tepat, keterbatasan dalam identifikasi masalah, serta kurangnya keterlibatan keluarga dalam proses perawatan. Banyak perawat yang mungkin kurang terlatih dalam menghadapi kebutuhan khusus pasien dengan gangguan kognitif, sehingga asuhan yang diberikan terkadang tidak optimal.

Selain itu, masih banyak perbedaan dalam praktik asuhan keperawatan di berbagai tempat, baik itu rumah sakit, panti jompo, maupun perawatan di rumah. Oleh karena itu, penting untuk memberikan panduan yang jelas dan terstruktur mengenai bagaimana cara merawat pasien dengan gangguan kognitif dengan pendekatan yang berbasis pada bukti ilmiah dan praktek terbaik.

Buku ini hadir untuk mengisi kekosongan tersebut dengan memberikan informasi yang komprehensif mengenai penilaian, intervensi, serta pengelolaan asuhan keperawatan bagi pasien dengan gangguan kognitif. Selain itu, buku ini juga bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang peran perawat dalam merawat pasien dengan gangguan kognitif, mengidentifikasi masalah yang sering muncul, serta memberikan solusi dan strategi perawatan yang tepat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

Penulisan buku ini diharapkan dapat menjadi referensi penting bagi perawat, mahasiswa keperawatan, serta tenaga kesehatan lainnya yang terlibat dalam perawatan pasien dengan gangguan kognitif. Dengan pemahaman yang baik, diharapkan asuhan keperawatan yang diberikan dapat lebih berkualitas, efektif, dan sesuai dengan kebutuhan pasien serta keluarganya.

B. Sejarah Penyakit Kognitif

1. Zaman Kuno

- a. Pemahaman tentang fungsi otak dan gangguan kognitif sangat terbatas.
- b. Pada masa ini, gangguan kognitif sering dikaitkan dengan kekuatan mistis atau kutukan.

- c. Hipokrates (460–370 SM), seorang dokter Yunani, adalah salah satu tokoh awal yang mengaitkan otak dengan fungsi kognitif, meskipun pemahaman tentang penyakit kognitif masih samar.

2. Abad Pertengahan

- a. Pemahaman tentang penyakit kognitif mengalami stagnasi karena dominasi keyakinan mistis.
- b. Gangguan seperti kehilangan memori sering dianggap sebagai hasil dosa atau kerasukan.

3. Abad ke-18 dan ke-19

- a. **Philippe Pinel** (1745–1826), seorang psikiater Prancis, mulai memandang gangguan mental sebagai penyakit medis, bukan kutukan.
- b. Alois Alzheimer (1864–1915) adalah tokoh penting dalam sejarah penyakit kognitif. Pada tahun 1906, ia pertama kali mendeskripsikan kondisi demensia progresif yang kini dikenal sebagai penyakit Alzheimer.
- c. Alzheimer memeriksa otak pasien dan menemukan plak amiloid dan **kusut neurofibrils**, tanda khas penyakit ini.

4. Abad ke-20

- a. Penelitian tentang demensia semakin berkembang, dengan fokus pada penyebab biologis seperti genetik, protein abnormal, dan faktor lingkungan.
- b. Pemahaman mengenai **penyakit Parkinson** dan hubungannya dengan gangguan kognitif mulai dikenal. Pengembangan alat diagnostik, seperti pencitraan otak, membantu mengidentifikasi gangguan kognitif dengan lebih akurat. **World Health Organization. (2021)**

5. Abad ke-21

- a. **Kemajuan teknologi** memungkinkan penelitian yang lebih mendalam tentang penyakit kognitif. Teknologi seperti **MRI, PET scan**, dan analisis genetik memberikan wawasan baru.
- b. Fokus penelitian meluas ke pencegahan dan pengobatan dini, termasuk **modifikasi gaya hidup, intervensi farmakologis**, dan **terapi kognitif**.

- c. Penyakit kognitif, termasuk **demensia vaskular**, **demensia frontotemporal**, dan gangguan kognitif ringan (MCI), semakin dikenal.

6. Tantangan Saat Ini

- a. Penyakit kognitif terus menjadi tantangan global, terutama dengan bertambahnya populasi lansia.
- b. Faktor risiko, seperti usia lanjut, gaya hidup tidak sehat, dan kondisi seperti hipertensi serta diabetes, sedang diteliti untuk pengendalian penyakit. **Sachdev, P. S., Blacker, D., Blazer, D. G., et al. (2014).**

C. Definisi Gangguan Kognitif

Gangguan kognitif adalah suatu kondisi yang ditandai oleh penurunan kemampuan mental seseorang, seperti berpikir, mengingat, belajar, atau mengambil keputusan, dibandingkan dengan tingkat normal yang diharapkan untuk usia atau tingkat pendidikan seseorang. Gangguan ini dapat bersifat ringan atau berat, tergantung pada tingkat keparahan gejala dan dampaknya terhadap aktivitas sehari-hari

Gangguan kognitif dapat mencakup berbagai kondisi, seperti:

1. **Gangguan Kognitif Ringan (Mild Cognitive Impairment/MCI):** Penurunan kemampuan kognitif yang lebih besar dari usia normal tetapi tidak cukup parah untuk didiagnosis sebagai demensia.
2. **Demensia:** Penurunan kemampuan kognitif yang signifikan yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Contohnya adalah penyakit Alzheimer, demensia vaskular, dan demensia frontotemporal.
3. **Delirium:** Gangguan kognitif akut dan sering sementara, biasanya disebabkan oleh kondisi medis lain, seperti infeksi atau efek obat. World Health Organization. (2021). *Dementia Kriteria Diagnostik*

Menurut **DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition)**, gangguan kognitif didefinisikan berdasarkan defisit dalam satu atau lebih domain kognitif berikut:

1. Memori dan pembelajaran
 2. Bahasa
 3. Perhatian
 4. Persepsi-motorik
 5. Fungsi eksekutif (perencanaan, pengambilan keputusan)
 6. Kognisi sosial (kesadaran dan pengendalian emosi).
- American Psychiatric Association. (2013).

D. Jenis-Jenis Gangguan Kognitif

Gangguan kognitif mencakup berbagai jenis kondisi yang mempengaruhi fungsi mental. Berikut adalah jenis-jenis utama gangguan kognitif, disertai dengan deskripsinya.

1. Gangguan Kognitif Ringan (Mild Cognitive Impairment/MCI)

Deskripsi: Penurunan fungsi kognitif yang melebihi tingkat normal untuk usia seseorang tetapi tidak cukup berat untuk didiagnosis sebagai demensia. Gejala meliputi gangguan memori, kesulitan menyelesaikan tugas kompleks, dan perhatian yang terganggu. Petersen, R. C. (2004).

2. Demensia

Deskripsi: Penurunan kemampuan kognitif yang signifikan sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Demensia dapat mencakup beberapa jenis berikut:

- a. Penyakit Alzheimer: Bentuk demensia paling umum, ditandai oleh akumulasi plak amiloid dan kusut neurofibriler di otak.
- b. Demensia Vaskular: Disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak, seperti stroke.
- c. Demensia Frontotemporal: Ditandai oleh perubahan perilaku, emosi, atau bahasa, akibat degenerasi lobus frontal dan temporal otak.
- d. Demensia Lewy Body: Ditandai oleh deposit protein abnormal (Lewy bodies) yang mengganggu fungsi otak. Alzheimer's Association. (2022). Alzheimer's Association. (2022).

3. Delirium

Deskripsi: Gangguan kognitif akut yang biasanya bersifat sementara, ditandai oleh kebingungan, disorientasi, dan kesulitan memusatkan perhatian. Sering kali terjadi akibat infeksi, efek obat, atau masalah metabolik.

4. Gangguan Kognitif Akibat Cedera Otak Traumatik (Traumatic Brain Injury/TBI)

Deskripsi: Penurunan kognitif yang terjadi akibat cedera fisik pada otak. Gejala dapat mencakup masalah memori, gangguan perhatian, dan penurunan fungsi eksekutif. Maas, A. I., Menon, D. K., Adelson, P. D., et al. (2017).

5. Gangguan Neurokognitif Mayor

Deskripsi: Penurunan kognitif yang signifikan yang secara substansial memengaruhi aktivitas sehari-hari. Gangguan ini sering terjadi akibat kondisi seperti Alzheimer, infeksi otak, atau penyakit neurodegeneratif lainnya.

6. Gangguan Kognitif Akibat Penyakit Lain

Deskripsi: Gangguan kognitif yang terjadi sebagai akibat dari kondisi medis lain, seperti:

- a. Gangguan tiroid: Hipotiroidisme atau hipertiroidisme dapat mempengaruhi fungsi otak.
- b. Defisiensi vitamin: Kekurangan vitamin B12 dapat menyebabkan kerusakan saraf dan gangguan kognitif.
- c. HIV-associated Neurocognitive Disorder (HAND): Gangguan kognitif akibat infeksi HIV. Ellis, R. J., & Calero, P. (2009).

7. Gangguan Kognitif Psikogenik

Deskripsi: Penurunan fungsi kognitif yang tidak disebabkan oleh faktor organik, tetapi oleh gangguan psikologis seperti stres berat atau trauma.

E. Faktor Penyebab Gangguan Kognitif

Gangguan kognitif dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang mempengaruhi fungsi otak. Penyebab ini dapat dikelompokkan menjadi **faktor biologis**, **faktor lingkungan**, dan **faktor psikososial**. Berikut penjelasan rincinya.

1. Faktor Biologis

a. Usia

Penuaan alami meningkatkan risiko gangguan kognitif karena penurunan volume otak, perubahan neurotransmitter, dan penumpukan protein abnormal seperti **amiloid** dan **tau**. Jack, C. R., Jr., et al. (2010).

b. Genetik dan Keturunan

Mutasi genetik, seperti **APOE-ε4** pada penyakit Alzheimer, meningkatkan risiko gangguan kognitif. Scheltens, P., et al. (2016).

c. Cedera Otak Traumatik (Traumatic Brain Injury/TBI)

Cedera kepala dapat merusak jaringan otak, menyebabkan masalah memori, perhatian, dan fungsi eksekutif.

d. Penyakit Neurodegeneratif

Kondisi seperti Alzheimer, Parkinson, dan demensia frontotemporal merusak sel saraf secara progresif. Ballard, C., et al. (2011).

e. Gangguan Metabolik

Diabetes, hipotiroidisme, atau defisiensi vitamin B12 dapat menyebabkan gangguan kognitif.

2. Faktor Lingkungan

a. Paparan Toksin

Paparan logam berat (seperti timbal atau merkuri) atau zat beracun lainnya dapat menyebabkan kerusakan otak. Grandjean, P., & Landrigan, P. J. (2014).

b. Gizi yang Buruk

Kekurangan nutrisi, terutama asam lemak omega-3, vitamin B12, dan folat, dapat mempengaruhi fungsi kognitif.

c. Kurang Aktivitas Fisik dan Mental

Gaya hidup yang tidak aktif dapat mempercepat penurunan kognitif dengan mengurangi stimulasi otak dan kesehatan kardiovaskular.

3. Faktor Psikososial

a. Stress Kronis

Stres yang berkepanjangan dapat menyebabkan peningkatan hormon kortisol, yang merusak hippocampus (pusat memori di otak).

b. Depresi dan Kesehatan Mental

Depresi dapat menyebabkan gangguan konsentrasi, memori, dan motivasi, yang sering disebut sebagai "pseudodementia".

c. Isolasi Sosial

Kurangnya interaksi sosial dapat mempercepat penurunan fungsi kognitif. Cacioppo, J. T., & Hawkey, L. C. (2009).

4. Faktor Medis Lainnya

a. Infeksi Sistemik

Infeksi seperti HIV atau sifilis dapat menyebabkan gangguan neurokognitif.

b. Gangguan Kardiovaskular

Penyakit seperti hipertensi dan aterosklerosis dapat mengurangi aliran darah ke otak, menyebabkan demensia vaskular. Gorelick, P. B., et al. (2011).

F. Manifestasi Klinis Gangguan Kognitif

Manifestasi klinis gangguan kognitif bervariasi tergantung pada jenis, penyebab, dan tingkat keparahan gangguan. Secara umum, gejala ini melibatkan penurunan kemampuan mental yang mempengaruhi satu atau lebih domain kognitif, seperti memori, perhatian, bahasa, dan fungsi eksekutif. Berikut adalah rincian manifestasi klinis gangguan kognitif berdasarkan domain yang sering terdampak.

1. Penurunan Memori

Gejala:

- a. Kesulitan mengingat informasi baru (amnesia anterograde).
- b. Kehilangan memori masa lalu (amnesia retrograde).
- c. Lupa janji, percakapan, atau lokasi barang.

Contoh Kondisi: Penyakit Alzheimer, gangguan kognitif ringan (MCI). Jack, C. R., Jr., et al. (2010).

2. Gangguan Fungsi Eksekutif

Gejala:

- a. Kesulitan merencanakan, membuat keputusan, atau memecahkan masalah.
- b. Kesulitan multitasking atau mengikuti instruksi kompleks.
- c. Impulsivitas dan kurang fleksibilitas dalam berpikir.

Contoh Kondisi: Demensia frontotemporal, gangguan neurokognitif mayor.

3. Gangguan Perhatian dan Konsentrasi

Gejala:

- a. Kesulitan fokus pada tugas tertentu atau mudah teralihkan.
- b. Memerlukan waktu lebih lama untuk menyelesaikan tugas sederhana.

Contoh Kondisi: Delirium, gangguan kognitif akibat cedera otak traumatik.

4. Gangguan Bahasa (Afasia)

Gejala:

- a. Kesulitan menemukan kata yang tepat atau sering menggunakan kata-kata yang salah.
- b. Gangguan dalam memahami percakapan atau membaca.

Contoh Kondisi: Demensia Alzheimer, demensia frontotemporal varian afasia.

5. Gangguan Persepsi-Motorik

Gejala:

- a. Kesulitan mengenali objek, wajah (prosopagnosia), atau lingkungan sekitar.
- b. Gangguan dalam koordinasi atau keterampilan motorik (apraksia).

Contoh Kondisi: Demensia dengan Lewy bodies, demensia kortikobasal.

6. Gangguan Kognisi Sosial

Gejala:

- a. Penurunan kemampuan memahami emosi atau niat orang lain.
- b. Perubahan perilaku, seperti kurang empati atau perilaku impulsif.

Contoh Kondisi: Demensia frontotemporal, autisme spektrum pada dewasa

7. Gejala Psikologis dan Perilaku Terkait Gangguan Kognitif

Gejala:

- a. Depresi, apatis, atau kehilangan minat pada aktivitas sehari-hari.
- b. Agitasi, paranoia, atau halusinasi (terutama pada demensia Lewy bodies).

Contoh Kondisi: Demensia, delirium.

8. Gangguan Orientasi

Gejala:

- a. Disorientasi waktu, tempat, atau orang.
- b. Kesulitan menemukan jalan atau mengenali lokasi yang sebelumnya dikenal.

Contoh Kondisi: Demensia Alzheimer, delirium. Lipton, A. M., & Marshall, C. D. (2013).

9. Penurunan Kemampuan Visual-Spasial

Gejala:

- a. Kesulitan memahami hubungan antara objek dalam ruang.
- b. Kesulitan menavigasi atau membaca peta.

Contoh Kondisi: Demensia kortikobasal, penyakit Alzheimer.

G. Pengkajian Data pada Pasien dengan Gangguan Kognitif

Pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien secara holistik. Pada pasien dengan gangguan kognitif, pengkajian bertujuan untuk memahami tingkat penurunan fungsi kognitif, dampaknya pada aktivitas sehari-hari, serta kebutuhan fisik, psikologis, dan sosial.

1. Data Subjektif

Pengumpulan data subjektif melibatkan wawancara dengan pasien (jika memungkinkan) atau keluarga/pengasuh, yang mencakup:

a. Riwayat Penyakit

- 1) Awal mula gejala (misalnya, kehilangan memori, perubahan perilaku).
- 2) Faktor risiko seperti cedera kepala, penyakit kronis, atau riwayat keluarga. Ferri, C. P., et al. (2005).

b. Keluhan Utama

- 1) Masalah kognitif yang dirasakan, seperti lupa, sulit fokus, atau disorientasi.
- 2) Keluhan terkait perilaku, seperti agitasi atau apati.

c. Riwayat Psikososial

- 1) Kondisi psikologis, seperti depresi atau kecemasan.
- 2) Dukungan sosial yang tersedia dan hubungan interpersonal.

2. Data Objektif

Pengumpulan data objektif dilakukan melalui observasi langsung, pemeriksaan fisik, dan alat penilaian khusus.

a. Observasi Perilaku

- 1) Perubahan perilaku seperti agresivitas, isolasi sosial, atau disorientasi.
- 2) Ekspresi wajah yang menunjukkan kebingungan atau ketakutan.

b. Pemeriksaan Kognitif

- 1) **Mini-Mental State Examination (MMSE):** Penilaian fungsi kognitif global, termasuk orientasi, memori, perhatian, dan bahasa.
- 2) **Montreal Cognitive Assessment (MoCA):** Mengukur fungsi eksekutif, visual-spasial, dan memori.
- 3) **Clock Drawing Test:** Deteksi gangguan visual-spasial dan fungsi eksekutif.

c. Pemeriksaan Fisik

- 1) Pemeriksaan tanda vital untuk mendeteksi infeksi atau kondisi medis yang dapat mempengaruhi kognisi, seperti hipotensi atau demam.
- 2) Penilaian status hidrasi, nutrisi, dan adanya gangguan sensorik seperti kehilangan pendengaran atau penglihatan.

3. Pengkajian Lingkungan

Lingkungan fisik dan sosial pasien juga penting untuk dinilai:

a. Keamanan Lingkungan

- 1) Risiko jatuh atau cedera akibat disorientasi.
- 2) Akses ke alat bantu, seperti tongkat atau kacamata.

b. Dukungan Sosial

- 1) Ketersediaan keluarga atau pengasuh yang dapat memberikan dukungan.
- 2) Kualitas komunikasi dan hubungan dengan orang-orang di sekitar.

4. Alat dan Instrumen Pendukung

a. Neuroimaging: MRI atau CT scan untuk mengevaluasi adanya atrofi otak atau lesi vaskular.

b. Tes Laboratorium: Untuk mengidentifikasi penyebab yang dapat diperbaiki, seperti kadar vitamin B12, fungsi tiroid, atau kadar gula darah. McKhann, G. M., et al. (2011).

5. Analisis dan Interpretasi Data

Setelah data dikumpulkan, perawat perlu:

- a. Mengidentifikasi pola gangguan kognitif.
- b. Membandingkan data dengan nilai normal untuk usia dan kondisi pasien.
- c. Mengembangkan rencana keperawatan berdasarkan temuan.

H. Diagnosa Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kognitif

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan kognitif disusun berdasarkan hasil pengkajian yang mencakup data subjektif, objektif, dan analisis pola masalah. Diagnosa ini menggambarkan respons pasien terhadap gangguan kognitif yang melibatkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Berikut adalah beberapa diagnosa keperawatan utama yang sering digunakan pada pasien dengan gangguan kognitif.

1. Risiko Cedera

Definisi: Risiko meningkatnya kemungkinan cedera akibat disorientasi, gangguan memori, atau kesulitan mengenali lingkungan.

Faktor Risiko:

- a. Disorientasi waktu, tempat, atau orang.
- b. Penurunan fungsi visual-spasial.
- c. Impulsivitas atau perilaku tidak aman. Abrahamson, K., et al. (2012).

2. Gangguan Memori

Definisi: Ketidakmampuan untuk mengingat informasi atau kejadian yang relevan.

Data Pendukung:

- a. Pasien sering lupa nama, tanggal, atau lokasi barang.
- b. Tidak mampu mengingat instruksi atau janji.

3. Gangguan Proses Pikir

Definisi: Gangguan dalam kemampuan berpikir logis, konsentrasi, dan pengambilan keputusan.

Data Pendukung:

- a. Kesulitan menyelesaikan masalah sederhana.
- b. Gangguan konsentrasi dan mudah teralihkan.

4. Gangguan Interaksi Sosial

Definisi: Penurunan kemampuan untuk berkomunikasi atau menjalin hubungan interpersonal.

Data Pendukung:

- a. Isolasi sosial atau ketidakmampuan berpartisipasi dalam aktivitas sosial.
- b. Kesulitan memahami percakapan atau ekspresi emosi orang lain.

5. Risiko Kekurangan Nutrisi

Definisi: Risiko asupan nutrisi yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh.

Faktor Risiko:

- a. Lupa makan atau tidak mengenali makanan.
- b. Penurunan nafsu makan akibat depresi atau disfungsi neurologis.

6. Ansietas

Definisi: Perasaan tidak nyaman atau khawatir yang berlebihan terkait dengan ketidakpastian atau kehilangan kontrol.

Data Pendukung:

- a. Pasien tampak gelisah, mudah marah, atau sering menangis.
- b. Kesulitan tidur akibat kecemasan.

7. Gangguan Pola Tidur

Definisi: Penurunan kualitas atau durasi tidur yang memengaruhi aktivitas harian.

Data Pendukung:

- a. Sulit tidur atau sering terbangun di malam hari.
- b. Tidur siang yang berlebihan. McCleery, J., et al. (2016)

I. Rencana Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kognitif

Perencanaan keperawatan bertujuan untuk merancang strategi intervensi yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatas waktu (SMART) untuk mengatasi diagnosa keperawatan yang telah diidentifikasi. Perencanaan pada pasien dengan gangguan kognitif melibatkan pengelolaan gejala, peningkatan kualitas hidup, dan pencegahan komplikasi. Berikut adalah perencanaan keperawatan berdasarkan diagnosa utama yang sering muncul pada pasien dengan gangguan kognitif.

1. Risiko Cedera

Tujuan: Pasien akan tetap aman dari cedera selama masa perawatan.

Intervensi:

- a. Mengidentifikasi dan menghilangkan bahaya di lingkungan, seperti kabel longgar, karpet licin, atau sudut tajam.
- b. Memberikan alat bantu, seperti pegangan tangan di kamar mandi atau walker.
- c. Memastikan supervisi saat pasien beraktivitas.

2. Gangguan Memori

Tujuan: Pasien akan menunjukkan peningkatan kemampuan mengingat informasi penting dengan bantuan alat bantu memori.

Intervensi:

- a. Menggunakan pengingat visual seperti kalender, catatan, atau foto keluarga.
- b. Mendorong pengulangan informasi untuk meningkatkan daya ingat.
- c. Memberikan jadwal harian yang terstruktur.

Evaluasi: Pasien dapat mengingat informasi penting dengan bantuan alat bantu.

3. Gangguan Proses Pikir

Tujuan: Pasien akan menunjukkan peningkatan kemampuan berpikir logis dan mengambil keputusan dengan dukungan.

Intervensi:

- a. Memberikan instruksi sederhana dan jelas untuk setiap tugas.
- b. Menggunakan pendekatan langkah demi langkah dalam aktivitas harian.
- c. Mendorong pasien untuk terlibat dalam aktivitas yang merangsang kognisi, seperti teka-teki sederhana atau permainan memori.

4. Gangguan Interaksi Sosial

Tujuan: Pasien akan berpartisipasi dalam setidaknya satu aktivitas sosial dalam seminggu.

Intervensi:

- a. Mengajak pasien untuk berinteraksi dalam kelompok kecil atau kegiatan sosial yang terorganisasi.
- b. Mendorong keluarga untuk meningkatkan waktu bersama pasien.
- c. Melatih komunikasi yang sederhana dan mendukung.

5. Risiko Kekurangan Nutrisi

Tujuan: Pasien akan mencapai kebutuhan nutrisi harian yang adekuat.

Intervensi:

- a. Memberikan makanan dalam porsi kecil namun sering, yang disukai pasien.
- b. Mengatur lingkungan makan yang tenang dan nyaman.
- c. Mengawasi asupan nutrisi harian pasien.

6. Ansietas

Tujuan: Pasien akan melaporkan tingkat ansietas yang berkurang dalam 3 hari perawatan.

Intervensi:

- a. Memberikan lingkungan yang tenang dan mendukung.
- b. Mengajarkan teknik relaksasi, seperti pernapasan dalam atau meditasi.
- c. Mendengarkan keluhan pasien dengan empati dan tanpa menghakimi.

7. Gangguan Pola Tidur

Tujuan: Pasien akan menunjukkan pola tidur yang membaik dalam 7 hari.

Intervensi:

- a. Menciptakan lingkungan tidur yang nyaman dan bebas dari gangguan.
- b. Mengatur jadwal tidur yang konsisten.
- c. Menghindari stimulasi sebelum tidur, seperti kafein atau penggunaan perangkat elektronik. McCleery, J., et al. (2016)

J. Implementasi Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kognitif

Implementasi keperawatan adalah langkah konkret untuk melaksanakan rencana keperawatan yang telah dirancang berdasarkan diagnosa. Pada pasien dengan gangguan kognitif, fokus implementasi adalah menjaga keamanan, meningkatkan fungsi kognitif, mendukung adaptasi sosial, dan mengurangi kecemasan atau stres. Berikut adalah rincian implementasi untuk pasien dengan gangguan kognitif berdasarkan diagnosa yang umum.

1. Risiko Cedera

Tujuan Implementasi: Mencegah cedera dan memastikan keamanan pasien.

Tindakan:

- a. Mengidentifikasi faktor risiko cedera di lingkungan pasien, seperti karpet licin atau benda tajam.
- b. Memberikan alat bantu, seperti walker atau tongkat, untuk membantu mobilitas.

- c. Menyediakan lingkungan yang aman, seperti penerangan yang cukup dan pengaturan furnitur yang stabil.
- d. Memantau pasien secara berkala, terutama jika menunjukkan disorientasi. Abrahamson, K., et al. (2012).

2. Gangguan Memori

Tujuan Implementasi: Membantu pasien meningkatkan fungsi memori dengan strategi adaptif.

Tindakan:

- a. Menggunakan alat bantu memori seperti kalender, catatan, atau alarm pengingat.
- b. Memberikan rutinitas harian yang terstruktur untuk memudahkan orientasi.
- c. Melatih pasien mengulang informasi penting, seperti nama keluarga atau nomor telepon darurat.
- d. Melibatkan keluarga dalam proses pelatihan memori.

3. Gangguan Proses Pikir

Tujuan Implementasi: Membantu pasien meningkatkan kemampuan berpikir logis dan pengambilan keputusan.

Tindakan:

- a. Memberikan instruksi secara sederhana dan jelas, langkah demi langkah.
- b. Melibatkan pasien dalam aktivitas yang merangsang kognisi, seperti permainan sederhana atau teka-teki.
- c. Menggunakan alat visual seperti gambar untuk membantu pemahaman.
- d. Memberikan waktu tambahan kepada pasien untuk menyelesaikan tugas.

4. Gangguan Interaksi Sosial

Tujuan Implementasi: Meningkatkan kemampuan pasien untuk berinteraksi sosial.

Tindakan:

- a. Mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam aktivitas kelompok kecil.

- b. Membantu pasien berkomunikasi dengan menggunakan kalimat sederhana dan mendukung.
- c. Mengajarkan teknik komunikasi dasar kepada pasien dan keluarga.
- d. Menciptakan suasana yang nyaman untuk mendorong komunikasi.

5. Risiko Kekurangan Nutrisi

Tujuan Implementasi: Memastikan pasien menerima nutrisi yang cukup dan seimbang.

Tindakan:

- a. Memberikan makanan dalam porsi kecil dan sering, sesuai dengan preferensi pasien.
- b. Menyediakan lingkungan makan yang bebas dari distraksi.
- c. Memantau asupan nutrisi harian dan memberikan suplemen jika diperlukan.
- d. Melibatkan keluarga untuk memberikan makanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

6. Ansietas

Tujuan Implementasi: Mengurangi tingkat kecemasan pasien.

Tindakan:

- a. Memberikan lingkungan yang tenang dan mendukung.
- b. Mengajarkan teknik relaksasi, seperti pernapasan dalam atau meditasi ringan.
- c. Mendengarkan pasien dengan empati dan memberikan dukungan emosional.
- d. Memberikan informasi yang jelas untuk mengurangi ketidakpastian pasien.

7. Gangguan Pola Tidur

Tujuan Implementasi: Membantu pasien mencapai pola tidur yang sehat dan berkualitas.

Tindakan:

- a. Membantu menciptakan lingkungan tidur yang nyaman, seperti mengurangi suara bising dan pencahayaan yang terlalu terang.
- b. Mendorong pasien untuk mengikuti rutinitas tidur yang konsisten.
- c. Menghindari pemberian kafein atau aktivitas yang merangsang sebelum tidur.
- d. Memastikan pasien merasa aman saat tidur untuk mengurangi kegelisahan. McCleery, J., et al. (2016).

K. Evaluasi Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kognitif

Evaluasi keperawatan adalah proses untuk menilai keberhasilan intervensi yang telah dilakukan terhadap pasien. Tujuan evaluasi adalah memastikan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau jika diperlukan penyesuaian rencana keperawatan. Pada pasien dengan gangguan kognitif, evaluasi dilakukan secara berkala untuk menilai perubahan kondisi pasien, efektivitas intervensi, dan dampaknya terhadap kualitas hidup pasien.

Prinsip Evaluasi Keperawatan

1. Berorientasi pada Tujuan: Evaluasi berdasarkan tujuan spesifik yang telah dirumuskan dalam rencana keperawatan.
2. Berdasarkan Bukti: Data evaluasi diperoleh dari observasi langsung, laporan pasien, keluarga, atau catatan klinis.
3. Berulang: Evaluasi dilakukan secara terus-menerus untuk menilai perkembangan pasien.
4. Fleksibel: Jika hasil evaluasi menunjukkan tujuan belum tercapai, rencana keperawatan dapat dimodifikasi. Abrahamson, K., et al. (2012).

Evaluasi Berdasarkan Diagnosa Keperawatan

1. Risiko Cedera

Kriteria Evaluasi:

- a. Pasien tidak mengalami cedera fisik selama perawatan.
- b. Lingkungan pasien tetap aman dan bebas dari risiko bahaya.

Contoh Evaluasi:

Pasien berjalan dengan aman menggunakan walker tanpa kehilangan keseimbangan.

2. Gangguan Memori

Kriteria Evaluasi:

- a. Pasien mampu mengingat informasi penting dengan bantuan alat bantu memori.
- b. Pasien menunjukkan orientasi yang lebih baik terhadap waktu, tempat, atau orang.

Contoh Evaluasi:

Pasien dapat menyebutkan nama anggota keluarga terdekat dengan bantuan foto.

3. Gangguan Proses Pikir

Kriteria Evaluasi:

- a. Pasien mampu menyelesaikan tugas sederhana dengan bantuan minimal.
- b. Pasien menunjukkan kemampuan berpikir logis yang meningkat.

Contoh Evaluasi:

Pasien dapat mengikuti instruksi sederhana untuk menyelesaikan aktivitas sehari-hari

4. Gangguan Interaksi Sosial

Kriteria Evaluasi:

- a. Pasien menunjukkan peningkatan keterlibatan dalam aktivitas sosial.
- b. Pasien dapat berkomunikasi dengan orang lain menggunakan kalimat sederhana.

Contoh Evaluasi:

Pasien menghadiri kegiatan kelompok kecil di panti wreda dengan sukarela.

5. Risiko Kekurangan Nutrisi**Kriteria Evaluasi:**

- a. Pasien mengonsumsi makanan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi harian.
- b. Berat badan pasien stabil atau menunjukkan peningkatan.

Contoh Evaluasi:

Pasien mengonsumsi tiga porsi makanan utama dan dua camilan bergizi dalam sehari.

6. Ansietas**Kriteria Evaluasi:**

- a. Pasien melaporkan tingkat kecemasan yang berkurang.
- b. Pasien tampak lebih tenang dan mampu tidur dengan nyenyak.

Contoh Evaluasi:

Pasien melaporkan rasa khawatir berkurang setelah latihan pernapasan dalam.

7. Gangguan Pola Tidur**Kriteria Evaluasi:**

- a. Pasien dapat tidur selama 6–8 jam setiap malam tanpa gangguan.
- b. Pasien menunjukkan penurunan tidur siang yang berlebihan.

Contoh Evaluasi:

Pasien tidur dengan nyenyak setiap malam selama 5 hari berturut-turut. McCleery, J., et al. (2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Abrahamson, K., et al. (2012). *Safety culture in nursing homes: Relationships with safety climate and safety outcomes*. *Journal of Aging Studies*, 26(2), 181-186
- American Psychiatric Association. (2013).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Alzheimer's Association. (2022). *Alzheimer's Disease Facts and Figures*.
- Ballard, C., et al. (2011). *Alzheimer's disease*. *The Lancet*, 377(9770), 1019-1031.
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). *Perceived social isolation and cognition*. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447-454
- Ellis, R. J., & Calero, P. (2009). *HIV-associated neurocognitive disorders: What can we learn from magnetic resonance spectroscopy?* *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 4(1), 30-39.
- Ferri, C. P., et al. (2005). *Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study*. *The Lancet*, 366(9503), 2112-2117.
- Grandjean, P., & Landrigan, P. J. (2014). *Neurobehavioral effects of developmental toxicity*. *The Lancet Neurology*, 13(3), 330-338.
- Gorelick, P. B., et al. (2011). *Vascular contributions to cognitive impairment and dementia*. *Stroke*, 42(9), 2672-2713.
- Jack, C. R., Jr., et al. (2010). *Aging, Alzheimer's disease, and brain structure*. *Nature Neuroscience*, 13(7), 818-825.
- Lipton, A. M., & Marshall, C. D. (2013). *The Alzheimer's disease caregiver*. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(6), 515-519
- McKhann, G. M., et al. (2011). *The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the NIA-AA workgroups*. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263-269

McCleery, J., et al. (2016). *Cognitive stimulation therapy for dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), CD005562.

Sachdev, P. S., Blacker, D., Blazer, D. G., et al. (2014). *Classifying neurocognitive disorders: The DSM-5 approach*. *Nature Reviews Neurology*, 10(11), 634–642. Scheltens, P., et al. (2016). *Alzheimer's disease*. *The Lancet*, 388(10043), 505-517.

World Health Organization. (2021), *Panduan dan laporan WHO mengenai epidemiologi, pencegahan, dan perawatan untuk gangguan kognitif*.

BAB 11

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN BIPOLAR

Ns. Endah Sarwendah, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Fluktuasi suasana hati bisa terjadi dalam kehidupan normal sehari-hari sebagai akibat dari peristiwa yang membuat stress atau yang menyenangkan. Namun, perubahan suasana hati yang parah dan terus menerus dapat mengakibatkan tekanan psikologis dan gangguan perilaku yang mungkin merupakan gejala dari *mood disorder* (Carvalho, Firth, & Vieta, 2020).

Mood Disorder atau gangguan suasana perasaan dengan kode F3 pada PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III), merupakan penyakit jiwa yang umum terjadi di masyarakat. Gangguan suasana perasaan dapat diklasifikasikan berdasarkan spektrum yang ditentukan oleh tingkat keparahan dan peningkatan suasana hati. Berdasarkan pengkategorian PPDGJ III, terdapat beberapa penyakit jiwa yang masuk pada kategori gangguan suasana perasaan, yakni : Gangguan Bipolar, Episode Manik, Episode Depresif, Depresif Berulang dan Gangguan Suasana Perasaan.

Gangguan Bipolar dimanifestasikan oleh siklus *mania* dan depresi. *Mania* adalah perubahan suasana hati yang diekspresikan dengan perasaan gembira, harga diri yang meningkat, hiperaktif, agitasi, mudah tersinggung, penilaian yang buruk serta percepatan berpikir dan berbicara. Tingkat yang lebih ringan dari gambaran gejala klinis ini disebut dengan

hypomania. Sementara episode depresi ditandai dengan adanya penurunan energi, kesedihan, penarikan diri dari pergaulan, *hypersomnia*, dan harga diri rendah (Vieta et al., 2018).

Meskipun penamaan Bipolar mengacu pada dua kondisi alam perasaan, *mania* dan depresi. Namun, dalam penegakkan diagnosis tidak memerlukan adanya episode depresi (Evans & Nizette, 2016). Hal ini dikarenakan terdapat individu yang mengalami gangguan bipolar namun tidak pernah mengalami episode depresi. Secara umum, gangguan ini ditandai dengan perputaran alam perasaan antara depresi dan suasana hati normal serta *mania*. Hal ini dapat terjadi dalam jangka waktu beberapa hari, minggu bahkan bulan (American Psychiatric Association, 2013).

B. Tipe Gangguan Bipolar

Berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders Fifth Edition* (DSM-5), terdapat tiga tipe dari Gangguan Bipolar, yakni :

1. Gangguan Bipolar Tipe I

Diagnosis Gangguan Bipolar I diberikan pada individu yang mengalami atau memiliki riwayat satu atau lebih episode *mania*. Penderita juga mungkin pernah mengalami episode depresi. Ciri ciri psikotik atau katatonik dan tingkat keparahan gejala juga dapat dialami penderita Gangguan Bipolar I (Townsend & Morgan, 2018).

Adapun tanda dan gejala dari kondisi *mania* adalah sebagai berikut :

- a. Peningkatan suasana hati, mudah tersinggung, peningkatan aktivitas atau energi yang diarahkan pada tujuan secara tidak normal dan terus menerus (baik aktivitas sosial ataupun aktivitas seksual), berlangsung setidaknya 1 minggu dan muncul hampir sepanjang hari.
- b. Harga diri yang meningkat, kebutuhan tidur yang menurun, lebih banyak bicara dari biasanya, pikiran yang melayang layang, mudah teralihkan, agitasi motorik (aktivitas yang tidak memiliki tujuan), keterlibatan

berlebihan dalam aktivitas yang berpotensi tinggi menimbulkan konsekuensi yang membahayakan (impulsif dalam belanja, perilaku seksual yang tidak sehat, atau investasi bisnis yang tidak masuk akal)

- c. Gangguan suasana hati yang cukup parah hingga menyebabkan gangguan yang nyata dalam fungsi sosial atau pekerjaan, memerlukan rawat inap untuk mencegah bahaya bagi diri sendiri atau orang lain, dan terdapat ciri ciri psikotik.

Sementara, untuk tanda dan gejala pada episode depresi yang dialami pasien dengan Gangguan Bipolar I mengacu pada tanda dan gejala Gangguan Depresi Mayor:

- a. Suasana hati yang tertekan hampir sepanjang hari (merasa sedih, merasa hampa, dan merasa putus asa)
- b. Minat atau kesenangan yang menurun dalam semua ataupun hampir semua aktivitas yang disukai.
- c. Penurunan atau peningkatan berat badan yang signifikan.
- d. *Insomnia* atau *hypersomnia*
- e. Perilaku gelisah atau perilaku melambat.
- f. Kelelahan atau kehilangan energi setiap hari.
- g. Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan atau perasaan tidak pantas.
- h. Penurunan kemampuan berkonsentrasi atau berpikir, seringkali muncul keragu-raguan hampir setiap hari.
- i. Pikiran tentang kematian yang berulang, ide bunuh diri yang berulang, atau adanya upaya bunuh diri.
- j. Tanda dan gejala ini menyebabkan tekanan atau gangguan signifikan secara klinis dalam bidang sosial, pekerjaan atau fungsi penting lainnya.

Pada kasus Gangguan Bipolar tipe I, penderita bisa saja tidak mengalami episode depresi, namun untuk mendiagnosis Gangguan Bipolar tipe I kriteria *mania* harus terpenuhi (*American Psychiatric Association, 2013*).

2. Gangguan Bipolar Tipe II

Gangguan Bipolar tipe II ditandai dengan serangan depresi mayor yang berulang dan dengan kejadian episode *hypomania* (Townsend & Morgan, 2018). Gangguan bipolar II ditandai dengan perjalanan klinis episode mood berulang yang terdiri dari satu atau lebih episode depresi mayor dan setidaknya satu episode *hipomania*. Episode depresi mayor harus berlangsung minimal 2 minggu, dan episode *hypomania* harus berlangsung minimal 4 hari, untuk memenuhi kriteria diagnostik. Selama episode mood, sejumlah gejala yang diperlukan harus muncul hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, dan menunjukkan perubahan nyata dari perilaku dan fungsi biasanya (American Psychiatric Association, 2013).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013) mengemukakan tanda dan gejala dari *hypomania*, diantaranya:

- a. Peningkatan suasana hati yang abnormal, mudah tersinggung, dan peningkatan aktivitas atau energi secara terus menerus, ekspansif, yang berlangsung setidaknya 4 hari berturut-turut dan terjadi hampir sepanjang hari, hampir setiap hari.
- b. Harga diri yang tinggi dan berbangga diri, penurunan kebutuhan tidur, lebih banyak berbicara, ide yang melompat lompat, pikiran yang berpacu, mudah terdistraksi
- c. Peningkatan aktivitas yang diarahkan pada tujuan (baik secara sosial, di tempat kerja atau sekolah, atau secara seksual) atau agitasi psikomotor
- d. Keterlibatan berlebihan dalam aktivitas yang berpotensi menimbulkan konsekuensi yang menyakitkan (misalnya, terlibat dalam pembelian yang tidak terkendali, perselingkuhan seksual, atau investasi bisnis yang ceroboh).

- e. Episode ini tidak cukup parah sehingga tidak dapat menyebabkan gangguan nyata dalam fungsi sosial atau pekerjaan atau memerlukan rawat inap. Jika terdapat ciri-ciri psikotik, episode tersebut menurut definisinya adalah *mania*.

3. *Cyclotimia*

Ciri penting dari gangguan *Cyclotimia* adalah gangguan mood kronis dan berfluktuasi yang melibatkan banyak periode gejala *hipomania* dan periode gejala depresi yang berbeda satu sama lain. Individu dengan gangguan *Cyclotimia* cenderung mengalami episode *hipomania* dengan mudah tersinggung. Pada anak-anak, gangguan *Cyclotimia* ditandai dengan sifat mudah marah dan gangguan tidur (Halter, 2014).

Jika seseorang dengan gangguan siklotimik kemudian (yaitu, setelah 2 tahun pertama pada orang dewasa atau 1 tahun pada anak-anak atau remaja) mengalami episode depresi mayor, manik, atau hipomanik, diagnosisnya berubah menjadi gangguan depresi mayor, gangguan bipolar I, atau gangguan lainnya dan diagnosis gangguan *Cyclotimia* dibatalkan (*American Psychiatric Association*, 2013)

C. Epidemiologi Bipolar

Pada tahun 2019, berdasarkan data *World Health Organization*, 1 dari 150 orang dewasa (40 juta orang, atau 0,53% dari populasi global) di dunia menderita gangguan Bipolar. Kondisi ini terutama terjadi pada kelompok usia kerja dan juga pada kelompok usia muda (*World Health Organization*, 2024). Meskipun prevalensi gangguan bipolar antara pria dan wanita kurang lebih sama, namun Gangguan Bipolar lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pria dengan rasio 3:2 (Townsend & Morgan, 2018). Usia rata-rata timbulnya gangguan bipolar adalah awal 20-an, dan setelah episode *mania* pertama, gangguan ini cenderung berulang (*World Health Organization*, 2024).

D. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar ditandai dengan perubahan suasana hati dari depresi berat hingga euforia ekstrem (*mania*). Gangguan Bipolar juga menjadi penyebab kecacatan nomor enam pada kelompok usia paruh baya, dan hilangnya pendapatan serta produktivitas yang disebabkan oleh gangguan mood (Townsend & Morgan, 2017). Oleh karenanya, asuhan keperawatan yang diberikan harus *holistic* dan komprehensif untuk menangani kondisi Gangguan Bipolar yang kompleks.

1. Pengkajian

a. Faktor Predisposisi

1) Teori Biologis

Penelitian menunjukkan bahwa gangguan bipolar sangat mencerminkan kerentanan genetik yang mendasarinya. Penelitian keluarga menunjukkan bahwa, jika salah satu dari orang tua menderita gangguan bipolar, risiko seorang anak terkena gangguan tersebut adalah sekitar 28 persen (Dubovsky, Davies, & Dubovsky, 2003). Jika kedua orang tuanya mengidap kelainan tersebut, risikonya 2 hingga 3 kali lebih besar (Townsend & Morgan, 2017). Hal ini juga terbukti terjadi dalam penelitian terhadap anak-anak yang lahir dari orang tua penderita gangguan bipolar yang diadopsi saat lahir dan dibesarkan oleh orang tua angkat tanpa bukti adanya gangguan tersebut. Hasil ini secara kuat menunjukkan bahwa gen memainkan peran yang terpisah dari peran lingkungan.

Selain dari faktor genetik, adanya lesi sisi kanan pada sistem limbik, daerah temporobasal, ganglia basal, dan thalamus telah terbukti menyebabkan *mania* sekunder (Sadock, 2015).

2) Teori Psikososial

Kredibilitas teori psikososial telah menurun dalam beberapa tahun terakhir. Kondisi seperti skizofrenia dan gangguan bipolar dipandang sebagai

penyakit otak dengan etiologi biologis (Soreff & McInnes, 2012). Namun, etiologi penyakit ini masih belum jelas, dan ada kemungkinan bahwa faktor biologis dan psikososial (seperti pemicu stres lingkungan) mungkin berpengaruh (Townsend & Morgan, 2017).

Pada teori Psikososial, konsep diri pasien merupakan masalah yang mendasari (Stuart, 2014). Apakah konsep diri muncul dengan respon kesedihan dan depresi atau menjadi reaksi yang berlebihan seperti yang ditampilkan dalam episode *mania* dan *hypomania*. Ancaman terhadap harga diri muncul dari kinerja peran yang buruk, rendahnya fungsi sehari-hari, dan tidak adanya identitas diri yang jelas.

b. Faktor Presipitasi

Gangguan mood yang terjadi pada kasus Gangguan Bipolar bisa menjadi respons spesifik terhadap stres. Terdapat dua jenis stress yang utama, yakni stress akibat peristiwa besar dalam hidup, dan biasanya terlihat jelas perubahan pada diri oleh orang lain. Dan stress tipe kedua adalah stress kecil atau gangguan dalam kehidupan sehari-hari yang mungkin dirasakan seseorang tetapi mungkin tidak begitu terlihat oleh orang lain. Seperti kekecewaan kecil, frustrasi, kritik, dan pertengkaran yang terjadi setiap hari. Namun, jika terakumulasi seiring berjalannya waktu dan tidak adanya kejadian positif, hal tersebut dapat membuat seseorang rentan mengalami depresi. Adapun stress yang dapat menyebabkan gangguan suasana hati diantaranya: hilangnya keterikatan, peristiwa besar dalam hidup, ketegangan peran, dan perubahan fisiologis (Stuart, 2014).

2. Diagnosa Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Bipolar

Marry C. Townsend (2017) dalam bukunya *Psychiatric Mental Health Nursing : Concept of Care Evidence Based Practice* mengemukakan terdapat beberapa diagnosa yang dapat muncul pada pasien dengan Gangguan Bipolar yakni:

- a. Resiko Cedera
- b. Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Waham
- d. Gangguan Persepsi Sensori
- e. Gangguan Interaksi Sosial
- f. Gangguan Pola Tidur

(Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2016)

Sementara menurut Stuart (2014), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan Gangguan Bipolar adalah :

- a. Berduka
- b. Ketidakberdayaan
- c. Keputusanasaan
- d. Resiko Bunuh diri
- e. Resiko Perilaku Kekerasan
- f. Distress Spiritual

(Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2016)

3. Intervensi dan Luaran Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Bipolar

a. Kriteria Hasil

Menurut Townsend & Morgan (2017) kriteria hasil yang diharapkan adalah :

- 1) Tidak menunjukkan tanda dan gejala cedera fisik;
- 2) Tidak merugikan diri sendiri atau orang lain;
- 3) Tidak lagi menunjukkan tanda-tanda kegelisahan fisik;
- 4) Makan makanan seimbang dengan makanan ringan untuk mencegah penurunan atau kenaikan berat badan dan menjaga status gizi;

- 5) Mengungkapkan interpretasi yang akurat tentang lingkungan;
- 6) Tidak menunjukkan tanda dan gejala halusinasi;
- 7) Menerima tanggung jawab atas perilakunya sendiri;
- 8) Tidak memanipulasi orang lain demi kepuasan kebutuhannya sendiri;
- 9) Berinteraksi secara wajar dengan orang lain;
- 10) Mampu tidur 6 hingga 8 jam per malam tanpa obat;
- 11) Mampu tidur setelah 30 menit setelah bersiap untuk tidur.

b. Tujuan

Tujuan pada perawatan pasien dengan Gangguan Bipolar, menurut Stuart (2014) adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien dapat mengenali perasaan yang muncul dan mengekspresikan dengan sehat.
- 2) Harga diri pasien meningkat
- 3) Identitas pasien, kontrol kesadaran akan pilihan dan tanggung jawab atas perilaku meningkat
- 4) Hubungan interpersonal dengan orang lain meningkat
- 5) Pasien dapat memahami emosi yang maladaptif dan memiliki koping yang adaptif terhadap stresor

c. Intervensi dan Luaran Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Bipolar

Intervensi dan Luaran Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Bipolar didasarkan dari buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019).

- 1) Resiko Cedera
 - a) Intervensi Utama
 - Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.14513), mengidentifikasi dan mengelola lingkungan fisik untuk meningkatkan keselamatan.
 - Pencegahan Cedera (I.14537), mengidentifikasi dan menurunkan resiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik.

- b) Luaran Utama
Tingkat Cedera (L.14136), keparahan dari cedera yang diamati atau dilaporkan.
- 2) Resiko Perilaku Kekerasan
 - a) Intervensi Utama
 - Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544), meminimalkan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan.
 - Promosi Koping (I.09312), meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stressor dan/atau kemampuan menggunakan sumber – sumber yang ada.
 - b) Luaran Utama
Kontrol Diri (L.09076), kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur pikiran, emosi, dan perilaku dalam menghadapi masalah.
- 3) Waham
 - a) Intervensi Utama
 - Manajemen Waham (I.09295), Mengidentifikasi dan mengelola kenyamanan, keamanan, dan orientasi realitas pasien yang mengalami keyakinan yang keliru dan menetap, yang sedikit atau sama sekali tidak berdasar pada kenyataan.
 - Orientasi Realita (I.09297), meningkatkan kesadaran terhadap identitas diri, waktu dan lingkungan.
 - b) Luaran Utama
Status Orientasi (L.09090), keyakinan yang sesuai dengan kenyataan.

- 4) Gangguan Persepsi Sensori
 - a) Intervensi Utama
 - Manajemen Halusinasi (I.09288), mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan, dan orientasi realita.
 - Minimalisasi Rangsangan (I.08241), mengurangi jumlah atau pola rangsangan yang ada (baik internal atau eksternal).
 - Pengekangan Kimiawi (I.09301), penatalaksanaan, pemantauan, dan penghentian agen psikotropika yang digunakan untuk mengendalikan perilaku ektrim individu.
 - b) Luaran Utama
Persepsi Sensori (L.09083), Persepsi realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal.
- 5) Gangguan Interaksi Sosial
 - a) Intervensi Utama
 - Promosi Sosialisasi (I.13498), meningkatkan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain.
 - b) Luaran Utama
Interaksi Sosial (L.13115), kuantitas dan/atau kualitas hubungan sosial yang cukup.
- 6) Gangguan Pola Tidur
 - a) Intervensi Utama
 - Dukungan Tidur (I.09265), memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur.
 - Edukasi Aktivitas / Istirahat (I.12362), mengajarkan pengaturan aktivitas dan istirahat.
 - b) Luaran Utama
Pola Tidur (L.05045), keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur

7) Berduka

a) Intervensi Utama

- Dukungan Proses Berduka (I.09274), memfasilitasi menyelesaikan proses berduka terhadap kehilangan yang bermakna.

b) Luaran Utama

- Tingkat Berduka (L.09094), respon psikososial yang ditunjukkan akibat kehilangan (orang, objek, fungsi, status, bagian tubuh, atau hubungan)
- Dukungan Emosional (I.09256), memfasilitasi menerima kondisi emosional selama masa stress

8) Resiko Bunuh diri

a) Intervensi Utama

- Manajemen Mood (I.09289), mengidentifikasi dan mengelola keselamatan, stabilisasi, pemulihan, dan perawatan gangguan mood (keadaan emosional yang bersifat sementara).
- Pencegahan Bunuh Diri (I.14538), mengidentifikasi dan menurunkan resiko merugikan diri sendiri dengan maksud mengakhiri hidup.

b) Luaran Utama

Kontrol Diri (L.09076), kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur pikiran, emosi, dan perilaku dalam menghadapi masalah.

9) Ketidakberdayaan

a) Intervensi Utama

- Promosi Harapan (I.09307), meningkatkan kepercayaan pada kemampuan untuk memulai dan mempertahankan tindakan.
- Promosi Koping (I.09312), meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stressor dan/atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada.

- b) Luaran Utama
Keberdayaan (L.09071), persepsi bahwa tindakan seseorang mampu mempengaruhi hasil secara signifikan.
- 10)Keputusan
- a) Intervensi Utama
- Dukungan Emosional (I.09256), memfasilitasi penerimaan kondisi emosional selama masa stress.
 - Promosi Harapan (I.09307), meningkatkan kepercayaan pada kemampuan untuk memulai dan mempertahankan tindakan.
 - Promosi Koping (I.09312), meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stressor dan/atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada.
- b) Luaran Utama
Harapan (L.09068), ketersediaan alternatif pemecahan pada masalah yang dihadapi.
- 11)Distress Spiritual
- a) Intervensi Utama
- Dukungan Spiritual (I.09276), memfasilitasi peningkatan perasaan seimbang dan terhubung dengan kekuatan yang lebih besar
 - Promosi Koping (I.09312), meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stressor dan/atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada.
- b) Luaran Utama
Status Spiritual (L.09091), keyakinan atau sistem nilai berupa kemampuan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan diri, orang lain, lingkungan atau Tuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association, D.-V. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5): American psychiatric association Washington, DC.
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58-66.
- Dubovsky, S. L., Davies, R., & Dubovsky, A. N. (2003). Mood disorders.
- Evans, K., & Nizette, D. (2016). *Psychiatric & mental health nursing*: Elsevier Health Sciences.
- Halter, M. J. (2014). *Varcarolis' foundations of psychiatric mental health nursing*: Elsevier Health Sciences.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* Jakarta: PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* Jakarta : PPNI
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* Jakarta : PPNI
- Sadock, B. J. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry* (Vol. 2015): Wolters Kluwer Philadelphia, PA.
- Soreff, S., & McInnes, L. A. (2012). Bipolar affective disorder. *Emedicine: instant access to the minds of medicine*. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/286342-overview>
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and practice of psychiatric nursing-e-book*: Elsevier Health Sciences.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2017). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*: FA Davis.

- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2018). *Pocket guide to psychiatric nursing*: FA Davis.
- Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., . . . Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature reviews Disease primers*, 4(1), 1-16.
- World Health Organization. (2024). Bipolar. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>

BAB 12

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PENYALAHGUNAAN ZAT (NAPZA)

Ns. Adek Setiyani, M.Kep., SpKepJ.

A. Pendahuluan

Data Badan Narkotika Nasional (BNN) menunjukkan prevalensi pernah menyalahgunakan Napza pada tahun 2023 meningkat, terutama pada kelompok usia remaja dan dewasa akhir. Zat yang paling sering disalahgunakan adalah ganja, sabu, obat golongan benzodiazepine dan obat antimuskarinik (*trihexyphenidyl*) (BNN, 2024).

Pemerintah melakukan beberapa pendekatan untuk menangani masalah penyalahgunaan Napza di Indonesia, salah satunya dengan *soft power approach*. *Soft power approach* merupakan strategi yang digunakan dalam upaya pencegahan, rehabilitasi dan pemberdayaan masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan daya tahan individu dan masyarakat. Rehabilitasi penyalahgunaan Napza dilaksanakan oleh tiga instansi Pemerintah, yaitu BNN, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial (Ahmad et al, 2024).

Napza mempengaruhi keseimbangan neurotransmitter pada otak, terutama dopamine, serotonin dan noradrenalin. Ketidakseimbangan neurotransmitter menyebabkan perubahan perilaku. mood, kecanduan, kerusakan otak bahkan sampai menyebabkan kematian. Selain itu, Napza juga menyebabkan masalah pada tulang, abdomen, kandung kemih, kulit dan masalah kesehatan lainnya. Napza juga menyebabkan masalah

kesehatan mental pada penggunaannya, diantaranya masalah yang berkaitan dengan mood, perilaku dan fungsi kognitif.

B. Penyalahgunaan Napza

Penggunaan yang tidak sesuai dengan indikasi, dosis dan rute dapat dikategorikan dalam perilaku penyalahgunaan, termasuk penyalahgunaan Napza.

1. Napza

Narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (Napza). Pemerintah menjelaskan hal – hal terkait dengan Napza dalam undang – undang no 5 tahun 1997 dan undang – undang no 35 tahun 2009. Pada undang – undang tersebut, narkotika didefinisikan sebagai zat atau obat, baik itu yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, bersifat sintetis maupun semi sintetis, yang dapat menyebabkan perubahan kesadaran, kehilangan rasa, mempengaruhi rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan. Psikotropika merupakan zat atau obat, yang bersifat alamiah ataupun sintetis, yang bersifat psikoaktif, mempengaruhi system syaraf pusat sehingga timbul perubahan mental dan perilaku. zat adiktif adalah bahan lain selain narkotika dan psikotropika, yang juga menimbulkan ketergantungan.

a. Penggolongan Napza

Napza digolongkan berdasarkan pengaruhnya pada sistem syaraf pusat menjadi tiga golongan, yaitu stimulan, depresan dan halusinogen (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2023).

1) Golongan Stimulan

Napza golongan stimulan cenderung merangsang aktifitas sistem syaraf pusat, sehingga pengguna zat golongan stimulan menjadi euforia, energinya meningkat, tidak merasakan capek dan kewaspadaan meningkat. Yang termasuk ke dalam golongan stimulan diantaranya adalah amfetamin/ metamfetamin, kokain, opiate dan nikotin. Efek samping dari golongan stimulan adalah banyak bicara,

gelisah, sulit tidur, agresi, panik, cemas, sakit kepala dan paranoid.

2) Golongan Depresan

Napza golongan depresan (hipnotik sedatif) merujuk pada zat yang menyebabkan menurunnya aktifitas fungsional tubuh, sehingga orang yang menggunakan Napza golongan depresan cenderung tenang dan rileks. Indikasi utama dari golongan depresan adalah mengurangi cemas, menginduksi tidur atau keduanya. Yang termasuk ke dalam golongan depresan adalah alkohol, barbiturat dan benzodiazepine. Efek samping dari golongan depresan adalah gangguan keseimbangan, mual, muntah dan bicara cadel.

3) Golongan Halusinogen

Golongan halusinogen memberikan pengalaman yang mirip halusinasi pada gangguan psikotik. Yang termasuk ke dalam halusinogen adalah Lysergic Diethylamide (LSD), ekstasi, Phencyclidine (PCP), jamur dan inhalan. Efek samping dari halusinogen adalah kehilangan nafsu makan, kram perut, banyak bicara dan tertawa, panic, dilatasi pupil dan peningkatan tanda-tanda vital tubuh.

b. Proses Terjadinya Penyalahgunaan Napza

Penggunaan Napza yang terus berulang dapat menyebabkan toleransi dan perubahan pada fungsi otak. Toleransi terjadi menyebabkan individu membutuhkan Napza dalam jumlah yang lebih besar dari sebelumnya untuk dapat merasakan efek menyenangkan dari zat tersebut.

c. Tanda dan Gejala Intoksikasi Napza

Intoksikasi merupakan kumpulan gejala yang intens dirasakan setelah seseorang setelah menggunakan Napza dalam jumlah yang besar (Hartanti et al, 2022). Berdasarkan golongannya, tanda dan gejala intoksikasi dapat dilihat pada tabel 12.1.

Tabel 12.1 Tanda dan Gejala Intoksikasi berdasarkan Golongan Napza

INTOKSIKASI		
DEPRESAN	STIMULAN	HALUSINOGEN
1. Agresi	1. Agitasi	1. Agitasi
2. Amnesia retrograd	2. Agresif	2. Ansietas
3. Apatis	3. Aritmia jantung	3. Bicara cadel
4. Bicara cadel/pelo	4. Berat badan turun	4. Depersonalisasi
5. Bicara kacau	5. Berkeringat	5. Derealisasi
6. Depresi pernafasan	6. Bingung	6. Diploopia
7. Disinhibisi	7. Bradikardi atau Takikardi	7. Disinhibisi
8. Emosi labil	8. Denyut jantung cepat	8. Dizziness
9. Gangguan daya ingat	9. Depresi pernafasan	9. Euforia
10. Gangguan daya nilai	10. Dilatasi pupil	10. Gangguan daya nilai
11. Gangguan emosi	11. Diskinesia	11. Gangguan perhatian
12. Gangguan perhatian	12. Distonia	12. Halusinasi
13. Jalan sempoyongan	13. Euforia	13. Ide paranoid
	14. Halusinasi	14. Inkoordinasi
		15. Jalan sempoyongan
		16. Kelemahan otot menyeluruh
		17. Letargi

d. Tanda dan Gejala Withdrawal Napza

Tabel 12.2 Tanda dan Gejala Withdrawal berdasarkan Golongan Napza

WITHDRAWAL (PUTUS ZAT)		
DEPRESAN	STIMULAN	HALUSINOGEN
1. Agitasi psikomotor	1. Agitasi	
2. Ansietas	2. Disforia	
3. Berkeringat	3. Hambatan psikomotor	
4. Bingung	4. Hipersomnia	
5. Demam	5. Ide bunuh diri	
6. Diare	6. Insomnia	
7. Dilatasi pupil	7. Keinginan mengonsumsi stimulan yang kuat	
8. Disforia	8. Lesu	
9. Disorientasi	9. Letih	
10. Halusinasi	10. Mimpi buruk yang jelas	
11. Hiperaktivitas otonom	11. Mimpi <i>bizarre</i>	
12. Hipertermia	12. Nafsu makan meningkat	
13. Hiperventilasi	13. Rasa lelah	
14. Ilusi	14. Retardasi psikomotor	
15. Insomnia		
16. Iritabel		
17. Kejang jenis grandmal		
18. Kram perut		
19. Lakrimasi		

2. Penanganan Penyalahgunaan Napza

Penanganan penyalahgunaan Napza dapat dilaksanakan dengan rehabilitasi, baik itu rehabilitasi medis maupun rehabilitasi sosial. Rehabilitasi dilakukan dengan beberapa pendekatan, salah satunya adalah cognitive-behavioural model of relapse.

Cognitive-behavioural model of relapse merupakan intervensi psikososial dengan pendekatan kognitif dan perilaku, yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan, restrukturisasi kognitif dan perilaku. Pendekatan ini dilaksanakan dengan:

- a. Mengidentifikasi situasi berisiko dan mengatasinya
- b. Menghilangkan mitos dan efek plasebo
- c. Lapse management
- d. Meningkatkan Self-efficacy
- e. Restrukturisasi kognitif

C. Asuhan Keperawatan pada Penyalahgunaan Napza

Asuhan keperawatan pada penyalahgunaan Napza tidak berbeda dengan asuhan keperawatan pada umumnya, diawali dengan proses pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

- a. Faktor Predisposisi dan Presipitasi Penyalahgunaan Napza
 - 1) Biologis

Faktor biologis yang menjadi penyebab utama penyalahgunaan Napza adalah perilaku penyalahgunaan Napza dalam keluarga. Banyak hasil penelitian terkait dengan faktor biologis penyalahgunaan Napza menunjukkan bahwa alel A1 dari gen reseptor dopamine D2 (R2D2) mempunyai peranan penting pada perilaku alkoholisme dan penyalahgunaan Zat lainnya.

Kelainan genetik juga menyebabkan berkembangnya perasaan cemas, marah, tidak percaya diri dan perasaan negatif lainnya (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2023). Riwayat gangguan jiwa dalam keluarga juga dapat menjadi faktor predisposisi penyalahgunaan Napza. Keluarga dengan riwayat depresi meningkatkan risiko depresi pada remaja dan menjadikan perilaku penyalahgunaan Napza sebagai mekanisme koping.

2) Psikologis

Penyebab penyalahgunaan Napza sering berkaitan dengan kondisi psikologis, seperti depresi, ansietas dan kepribadian anti sosial. Faktor psikologis yang dapat menyebabkan seseorang menyalahgunakan Napza antara lain adalah pengalaman tidak menyenangkan. Sebagian besar penyalahguna Napza disebabkan karena kehilangan orang terdekat, baik orang tua, keluar maupun pasangan (pacar).

Riwayat perilaku kekerasan, baik sebagai pelaku maupun sebagai korban, dapat menjadi trauma dan menyebabkan perasaan tidak nyaman. Anak yang menjadi korban perilaku kekerasan dalam keluarga merasa lebih nyaman ketika bersama teman dan merasa teman lebih mengerti dirinya. Kondisi tersebut menyebabkan anak menjadi lebih berisiko menyalahgunakan Napza ketika bertemu dengan teman yang juga menyalahgunakan Napza.

Pada remaja, keinginan untuk mandiri secara fisik dan emosional dapat menjadi penyebab perilaku penyalahgunaan Napza (Setiyani, Keliat & Mustikasari, 2019). Selain itu, keinginan untuk terbebas dari rasa tertekan. bisa diterima oleh kelompok dan lingkungan sosial juga dapat menyebabkan seseorang menyalahgunakan Napza.

Faktor psikologis lainnya adalah kegagalan menyelesaikan tugas perkembangan. Tugas perkembangan yang belum tercapai menyebabkan seseorang mengalami gangguan konsep diri dan tidak percaya diri, sehingga menyalahgunakan Napza dapat membantu meningkat rasa percaya diri.

3) Sosiokultural

Perilaku penyalahgunaan Napza dapat disebabkan oleh faktor sosiokultural, diantaranya faktor keluarga, lingkungan dan teman sebaya. Tidak adanya dukungan dari keluarga, konflik dalam keluarga, pola komunikasi dan adanya riwayat penyalahgunaan Napza dalam keluarga dapat meningkat resiko perilaku penyalahgunaan Napza. Status pernikahan, pekerjaan dan penghasilan dapat menyebabkan stres, dan perilaku penyalahgunaan Napza sebagai mekanisme koping.

Stuart, Keliat & Pasaribu (2023) menyatakan bahwa faktor sosiokultural mempengaruhi pilihan seseorang untuk menyalahgunakan Napza, zat apa yang disalahgunakan dan berapa banyak zat tersebut digunakan. Selain itu, keyakinan agama, etnis dan gender juga mempengaruhi perilaku penyalahgunaan Napza. Misalnya, penggunaan ganja sebagai salah satu bumbu masakan, alkohol sebagai bagian dari ritual keagamaan dan laki-laki dianggap “boleh dan wajar” mengonsumsi alkohol.

Pada remaja, rasa keingintahuan, kedekatan dengan teman sebaya dan ingin diterima dalam kelompok menjadi penyebab terbesar menyalahgunakan Napza. Kecenderungan remaja lebih senang berkumpul dengan teman sebaya menyebabkan remaja mudah dipengaruhi oleh teman untuk menyalahgunakan Napza.

Lingkungan yang rawan bagi penyalahgunaan Napza diantaranya adalah lingkungan yang padat penduduk, kumuh, tingginya angka pengangguran, adanya pengguna atau bandar Napza.

b. Respons terhadap Penyalahgunaan Napza

Tanda dan gejala yang muncul merupakan respons terhadap penyalahgunaan Napza (tabel 12.3).

Tabel 12.3 Tanda dan Gejala Penyalahgunaan Napza

Aspek	Respons
Fisiologi	Mudah lelah; mudah sakit; gangguan kesehatan yang berulang; tremor; gangguan pola tidur; gangguan pola makan; perubahan tanda-tanda vital
Afektif	Perubahan mood; tidak percaya diri; ansietas; depresi; perubahan kepribadian; mudah tersinggung; merasa gagal; tertekan.
Kognitif	Gangguan konsentrasi; perhatian menurun; pikiran tidak realistis; tidak mampu menyelesaikan masalah; perubahan pola pikir; berfikir negatif; berfikir tidak mampu berhenti menggunakan Napza.
Perilaku	Gelisah; Penurunan kemampuan merawat diri; perilaku negatif (mencuri, tawuran); sering membolos; sering berbohong;
Sosial	Lebih banyak nongkrong dengan peer negatif; menarik diri dari kegiatan keluarga; konflik dengan keluarga.

c. Sumber Koping Penyalahgunaan Napza

1) *Personal Ability*

Personal ability merupakan kemampuan yang dimiliki, untuk dapat mengatasi masalah penyalahgunaan Napza. *Personal ability* diantaranya kemampuan berkomunikasi, kemampuan sosialisasi dan kemampuan menyelesaikan masalah.

Kemampuan berkomunikasi yang dapat menjadi sumber koping terhadap penyalahgunaan Napza adalah kemampuan berkomunikasi secara asertif. Kemampuan berkomunikasi asertif meliputi mampu bersikap asertif, mampu menyampaikan perasaan, menyampaikan perasaan dan perbedaan pendapat secara asertif. Selain itu, kemampuan menolak secara asertif juga menjadi kemampuan yang penting dimiliki untuk dapat mencegah penyalahgunaan Napza.

Kemampuan menyelesaikan masalah menjadi penting karena penyalahgunaan Napza sering menjadi mekanisme koping ketika sedang stres atau menghadapi masalah. Stuart, Keliat & Pasaribu (2023) menjelaskan kemampuan penyelesaian masalah meliputi kemampuan mendapatkan informasi, mengidentifikasi masalah, mempertimbangkan cara penyelesaian masalah. Lebih lanjut, D'Zurilla & Maydeu-Olivares (1995 dalam Setiyani, Keliat & Mustikasari, 2019) menjelaskan kemampuan penyelesaian masalah terdiri dari orientasi dan gaya penyelesaian masalah.

2) *Positive Belief*

Positive belief merupakan keyakinan positif terhadap upaya penyelesaian masalah. Keyakinan positif dapat memberikan harapan dan meningkatkan upaya untuk menyelesaikan masalah. Pada penyalahgunaan Napza, keyakinan terhadap tempat pemberi layanan rehabilitasi dapat menjadi sumber koping untuk penyalahguna Napza. Layanan rehabilitasi dapat diberikan di rumah sakit dan lembaga rehabilitasi milik pemerintah maupun swasta.

3) *Support System*

Keluarga merupakan support system utama bagi penyalahguna Napza. Alaska Division of Behavioral Health (2011, dalam Setiyani, keliat &

Mustikasari, 2019) menjelaskan bahwa keluarga yang penuh kehangatan, cinta dan perhatian mampu menumbuhkan perasaan disayangi, dipahami dan dihargai pada penyalahguna Napza. Pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat anggotanya serta kemampuan mengelola beban perawatan juga dapat menjadi support system bagi penyalahguna Napza.

Selain keluarga, teman sebaya juga dapat menjadi support system, terutama bagi remaja. Peer positive dapat membantu remaja mencegah penyalahgunaan Napza dan memberikan motivasi remaja penyalahguna Napza untuk mempertahankan kondisi tanpa Napza, sehingga mampu mencegah kekambuhan.

4) *Material Asset*

Material asset mengacu pada kemampuan finansial dan kepemilikan asuransi kesehatan, yang dapat dimanfaatkan untuk mendapatkan layanan penanganan penyalahgunaan Napza. Selain itu, kemudahan akses layanan rehabilitasi juga dapat menjadi material asset.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien dengan penyalahgunaan Napza berhubungan dengan tanda dan gejala yang muncul pada klien. Diagnosa keperawatan dapat berupa diagnosa keperawatan fisik, psikososial maupun gangguan jiwa. Diagnosa keperawatan dapat ditegakkan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), diantaranya koping tidak efektif, konfusi akut, penurunan koping keluarga, nyeri, gangguan pola tidur.

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Perencanaan dan kriteria hasil dapat dilihat dari Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien penyalahguna Napza diberikan dengan pendekatan psikoterapi, diantaranya *cognitive-behavioural therapy*, *assertiveness training*, *problem-solving therapy*, *family psychoeducation*.

a. *Cognitive-Behavioural Therapy*

Cognitive-Behavioural Therapy merupakan terapi yang diberikan pada klien penyalahguna Napza dengan membantu klien mengubah pikiran negatif yang muncul akibat zat sehingga klien tidak lagi menyalahgunakan Napza.

b. *Assertiveness Training*

Assertiveness Training diberikan untuk membantu meningkatkan kemampuan komunikasi efektif, sehingga klien mampu meningkatkan kemampuan mengatakan “tidak” ketika diajak menggunakan Napza, mengatasi tekanan dari teman sebaya dan menurunkan konflik (Setiyani, Keliat, Mustikasari & Hardayati, 2024).

c. *Problem-Solving Therapy*

Problem-Solving Therapy diberikan untuk membantu meningkatkan kemampuan klien penyalahguna Napza dalam menyelesaikan masalah secara efektif (Setiyani, Keliat & Mustikasari, 2021).

d. *Family Psychoeducation*.

Family Psychoeducation merupakan terapi yang diberikan kepada keluarga sebagai support system bagi klien penyalahguna Napza. Tujuan pemberian *Family Psychoeducation* adalah meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat klien. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dapat menjadi support bagi klien untuk tidak kambuh atau kembali menyalahgunakan Napza.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, Fitriani F., et al. (2024). *Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Napza*. Edited by Suzanna, Suzanna, and Indria Hafizah. Purbalingga: Eureka Media Aksara
- Hartanti, L., Arbie, H., Kinasih, H. D., Oktavia, I. & Al-Hafiidz, M. A (Ed). (2022). Buku saku penatalaksanaan kedaruratan adiksi NAPZA di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Setiyani, A., Keliat, B. A. & Mustikasari. (2019). Pengaruh problem-solving therapy dan assertiveness training terhadap pencegahan kekambuhan pada remaja penyalahguna Napza. Tesis. Depok: Universitas Indonesia
- Setiyani, A., Keliat, B. A., & Mustikasari (2021). An improvement in ability of adolescent drug users to solve problems through problem-solving therapy. *Enfermeria Clinica*, 31, S400-S404. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.09.033>
- Setiyani, A., Keliat, B., Mustikasari, M., & Hardayati, Y. (2024). Peningkatan Kemampuan Menolak Ajakan Irasional dengan Problem-Solving Therapy dan Assertiveness Training pada Remaja Penyalahguna NAPZA. *JPP (Jurnal Kesehatan Poltekkes Palembang)*, 19(1), 86-92. <https://doi.org/10.36086/jpp.v19i1.2172>
- Stuart, G. W., Keliat, B. A. & Pasaribu, J. (Ed). (2023). Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa Stuart. Edisi Indonesia ke 2. Singapura: Elsevier

BAB 13

TERAPI MODALITAS DALAM KEPERAWATAN JIWA

Nathaya Enggar N, STr.Kep., Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Terapi modalitas adalah berbagai metode intervensi terapeutik yang digunakan untuk mendukung proses penyembuhan, baik secara fisik maupun psikologis, melalui pendekatan non-invasif atau minimal invasif. Modalitas ini dapat melibatkan teknik fisik, kognitif, emosional, dan sosial, yang dirancang untuk mengatasi berbagai gangguan kesehatan atau meningkatkan kualitas hidup pasien. Menurut laporan oleh (Chiu, S. H., 2022). Terapi modalitas digunakan secara luas dalam bidang kesehatan untuk memenuhi kebutuhan spesifik pasien berdasarkan kondisi mereka. Banyak ahli dalam kesehatan jiwa yang mempunyai berbagai sudut pandang berbeda terhadap apa yang dimaksud gangguan jiwa dan bagaimana penanganan dalam gangguan jiwa. Perbedaan pada pandangan tersebut tertuang dalam bentuk model konseptual kesehatan jiwa. Pandangan dari model psikoanalisa berbeda dengan pandangan model social, perilaku, eksistensial, medical berbeda pula dengan model stress-adaptasi. Masing-masing dari model memiliki pendekatan berbeda dalam terapi gangguan jiwa dan memiliki keunikan masing-masing. Berbagai pendekatan dalam penanganan pada klien gangguan jiwa tersebutlah yang dimaksud dengan terapi modalitas, walaupun dengan berbagai macam pendekatan yang dilakukan namun kunci utama pada terapi modalitas ini memiliki tujuan yang

sama, yaitu mengubah perilaku klien gangguan jiwa dari maladaptif menjadi perilaku yang adaptif. Terapi modalitas merupakan terapi utama dalam keperawatan jiwa. Sebagai seorang terapis, perawat harus mampu mengubah perilaku maladaptif pasien menjadi perilaku yang adaptif serta meningkatkan potensi yang dimiliki pasien. Ada bermacam-macam terapi modalitas dalam keperawatan jiwa seperti terapi individu, terapi keluarga, terapi bermain, terapi lingkungan dan terapi aktivitas kelompok. Terapi modalitas dapat dilakukan secara individu maupun kelompok atau dengan memodifikasi lingkungan dengan cara mengubah seluruh lingkungan menjadi lingkungan yang terapeutik untuk klien, sehingga memberikan kesempatan klien untuk belajar dan mengubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi.

B. Terapi Modalitas

Terdapat beberapa terapi modalitas dalam keperawatan jiwa, yang akan kita bahas satu per satu dalam bab ini, berbagai terapi modalitas ini diberikan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan dr klien, macam-macam terapi modalitas dalam keperawatan jiwa antara lain:

1. Terapi Individu

Terapi individual adalah pendekatan pengobatan yang memenuhi kebutuhan spesifik pasien melalui interaksi langsung antara terapis dan klien. Pendekatan ini, dibandingkan dengan terapi kelompok, memungkinkan intervensi disesuaikan secara individual dengan kondisi individu masing-masing pasien, baik dari segi fisiknya maupun kedalaman kebutuhan emosional dan fisiknya. Terapi individu membangun hubungan terstruktur antara terapis dan klien, dengan penekanan pada mendorong perubahan perilaku pada klien. Hubungannya berorientasi pada tujuan, mengejar tujuan pengobatan yang jelas, dan berkembang dalam langkah-langkah sistematis. Melalui

proses ini diharapkan akan tercapai perubahan perilaku yang sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Tujuan utama hubungan terstruktur dalam terapi individu adalah untuk membantu klien menyelesaikan konflik yang mereka hadapi. Selain itu, klien diharapkan mampu mengembangkan cara yang tepat untuk mengurangi tekanan psikologis yang mereka alami dan memenuhi kebutuhan dasar mereka. Tujuan terapi individu adalah:

a. Meningkatkan Pemahaman Diri

Pasien diajak untuk memahami akar masalah mereka, baik dari segi emosional maupun perilaku.

b. Meningkatkan Koping Pasien

Terapi individu membantu pasien mengembangkan strategi yang lebih adaptif untuk menghadapi stres atau gangguan mental.

c. Mengurangi Gejala Gangguan Jiwa

Terapi ini dapat membantu pasien mengelola gejala seperti depresi, kecemasan, atau perilaku impulsif.

d. Meningkatkan Fungsi Sosial

Pasien dilatih untuk membangun hubungan interpersonal yang lebih sehat dan efektif.

Beberapa terapi individu yaitu yang dapat diterapkan antara lain:

a. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

CBT adalah salah satu terapi individu yang paling banyak digunakan dalam terapi modalitas untuk gangguan jiwa. Pendekatan ini membantu pasien mengenali dan mengubah pola pikir serta perilaku yang tidak adaptif. Sebuah meta-analisis oleh (Wright, 2023) menyimpulkan bahwa CBT efektif dalam mengurangi gejala depresi dan kecemasan pada pasien individu, dengan tingkat keberhasilan yang lebih tinggi dibandingkan pendekatan umum lainnya.

b. Terapi Mindfulness Berbasis Individu

Mindfulness-based therapy adalah pendekatan individu yang mengajarkan pasien untuk fokus pada momen saat ini dengan cara yang tidak menghakimi. Terapi ini efektif untuk mengurangi stres, kecemasan, dan meningkatkan kualitas hidup. Menurut penelitian oleh (Sharma, S., 2023), mindfulness-based therapy yang diberikan secara individual lebih efektif dalam mengurangi gejala burnout pada tenaga kerja kesehatan dibandingkan terapi kelompok.

c. Terapi Seni (Art Therapy)

Terapi seni adalah bentuk terapi ekspresif yang menggunakan seni visual sebagai media utama untuk membantu orang mengekspresikan emosi mereka, meningkatkan kepercayaan diri, dan mengatasi gangguan kesehatan mental. Dalam keperawatan psikiatri, terapi seni digunakan sebagai metode pelengkap intervensi lain untuk membantu pasien mengekspresikan pikiran dan perasaan yang sulit diungkapkan dengan kata-kata. Terapi seni adalah “pendekatan psikoterapi yang menggabungkan proses kreatif seni untuk meningkatkan kesejahteraan fisik, emosional, dan spiritual.” Terapi ini memungkinkan pasien untuk mengkomunikasikan pengalaman batin mereka melalui gambar, lukisan, dan karya seni lainnya. (Art American Therapy, 2023).

d. Terapi Musik

Terapi musik adalah bentuk perawatan yang menggunakan unsur-unsur musik – mendengarkan, memainkan, menyanyikan, dan mengubah musik – untuk mendukung kesejahteraan mental dan emosional pasien. Dalam keperawatan psikiatri, terapi musik digunakan sebagai bagian dari pendekatan perawatan untuk membantu pasien mengekspresikan emosi, mengurangi stres, memperbaiki suasana hati, dan mengembangkan keterampilan mengatasi masalah. Bagi penderita depresi, musik dengan tempo lambat dan

melodi yang menenangkan dapat membantu meringankan gejala depresi dan memperbaiki suasana hati. Terapi musik dapat membantu meningkatkan interaksi sosial, mengurangi gejala negatif seperti isolasi, dan memberikan struktur pada aktivitas harian pasien. Mendengarkan musik relaksasi dapat membantu pasien merasa lebih tenang, mengurangi kecemasan dan meningkatkan fokus. Musik membantu pasien mengakses emosi yang tertekan, mengatasi trauma, dan mengurangi kilas balik yang menyakitkan (Bensimon, M., 2023).

2. Terapi Lingkungan

Terapi mitral atau terapi berbasis lingkungan adalah pendekatan pengobatan yang menggunakan lingkungan fisik dan sosial untuk mendukung pemulihan individu dengan gangguan mental. Konsep ini didasarkan pada prinsip bahwa lingkungan yang mendukung, terstruktur, dan aman membantu individu mengembangkan keterampilan, meningkatkan kesehatan mental mereka, dan mempercepat proses pemulihan. Terapi lingkungan sering diberikan di rumah sakit jiwa, fasilitas rehabilitasi, atau sebagai bagian dari program rawat inap. (Gee, 2023). Terapi lingkungan adalah terapi yang dilakukan dengan cara mengubah, mengatur, atau memodifikasi lingkungan untuk mengubah perilaku pasien dari perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. Proses terapi dilakukan dengan mengubah seluruh lingkungan menjadi lingkungan terapeutik bagi klien. Dalam lingkungan terapeutik, klien memiliki kesempatan untuk belajar dan mengubah perilaku mereka dengan berfokus pada nilai terapeutik dari aktivitas dan interaksi.

Terapi ambeien memberikan kesempatan dan dukungan bagi klien untuk berkembang menjadi individu yang mandiri. Dengan terapi lingkungan, klien mempelajari keterampilan baru seperti: B. Mematuhi peraturan yang berlaku. Selain itu, klien belajar mengenali harapan yang disepakati bersama untuk lingkungan, menghadapi dan

mengatasi tekanan teman sebaya, dan berinteraksi dengan orang lain. Tujuan utama terapi lingkungan adalah untuk meningkatkan keterampilan komunikasi dan pengambilan keputusan klien dan akhirnya meningkatkan harga diri klien. Selain itu, terapi lingkungan mengajarkan pasien untuk beradaptasi dengan lingkungan baru di luar rumah sakit, seperti di rumah, di tempat kerja, atau di masyarakat. Mitoterapi merupakan pendekatan terapi penting untuk mendukung pemulihan pasien dengan gangguan mental. Dengan menciptakan lingkungan yang aman, mendukung, dan terstruktur, terapi ini membantu pasien mengembangkan keterampilan, meningkatkan kesehatan mental, dan mendorong pemulihan. Temuan penelitian saat ini terus menunjukkan efektivitas terapi lingkungan di banyak lingkungan klinis.

3. Terapi Biologis

Terapi biologis adalah pendekatan medis untuk mengobati gangguan mental yang menggunakan obat-obatan psikotropika, terapi elektrokonvulsif (ECT), stimulasi otak, dan intervensi biologis lainnya untuk mengubah fungsi biologis tubuh. Terapi ini melibatkan pengendalian dan perubahan. Pendekatan ini didasarkan pada teori bahwa gangguan kejiwaan sering kali memiliki komponen neurobiologis, seperti ketidakseimbangan neurotransmitter, gangguan sirkuit otak, dan faktor genetik. (Stahl, 2023). Penerapan terapi biologis atau somatik didasarkan pada model medis yang memandang gangguan mental sebagai penyakit. Perspektif model ini berbeda dari model konseptual terapeutik lainnya karena memandang gangguan kejiwaan sebagai gangguan psikologis semata dan tidak memperhitungkan adanya kelainan patofisiologis. Proses pengobatan dilakukan dengan melakukan penilaian khusus dan mengelompokkan gejala menjadi sindrom tertentu. Perilaku abnormal diduga disebabkan oleh perubahan biokimia tertentu. Jenis terapi biologis untuk gangguan kejiwaan:

a. Farmakologi

Obat-obatan psikotropika adalah bentuk terapi biologis yang paling umum digunakan. Mereka dirancang untuk memodulasi neurotransmitter otak, seperti serotonin, dopamin, dan norepinefrin, yang berperan dalam regulasi suasana hati, perilaku, dan fungsi kognitif. Farmakologi memainkan peran penting dalam keperawatan jiwa sebagai terapi utama atau pendukung dalam mengelola gangguan mental. Pemahaman mendalam tentang jenis obat, mekanisme kerja, efek samping, dan pemantauan terapi sangat penting bagi perawat jiwa untuk memberikan perawatan yang aman dan efektif. Kategori utama dalam penggolongan obat (Cipriani, A., 2023) :

1) Antidepresan

- a) Indikasi: Depresi, gangguan kecemasan, gangguan obsesif-kompulsif (OCD), dan PTSD.
- b) Mekanisme Kerja: Obat ini meningkatkan kadar neurotransmitter seperti serotonin, norepinefrin, atau dopamin di otak.
- c) Jenis-Jenis:
 - (1) Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) seperti fluoxetine, sertraline.
 - (2) Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs) seperti venlafaxine, duloxetine.
 - (3) Tricyclic Antidepressants (TCAs) seperti amitriptyline.
 - (4) Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs) seperti phenelzine.

2) Antipsikotik

- a) Indikasi: Skizofrenia, gangguan bipolar, psikosis akut, dan gangguan delusi.
- b) Mekanisme Kerja: Menghambat reseptor dopamin (D2) di otak, sehingga mengurangi gejala psikosis.

- c) Jenis-Jenis:
 - (1) Antipsikotik tipikal (generasi pertama) seperti haloperidol, chlorpromazine.
 - (2) Antipsikotik atipikal (generasi kedua) seperti risperidone, olanzapine, aripiprazole.
 - d) Efek Samping: Sedasi, peningkatan berat badan, sindrom metabolik, atau gejala ekstrapiramidal.
- 3) Mood Stabilizers
- a) Indikasi: Gangguan bipolar, episode mania, atau depresi bipolar.
 - b) Mekanisme Kerja: Menstabilkan aktivitas neurotransmitter di otak untuk mengontrol mood ekstrem.
 - c) Jenis-Jenis:
 - (1) Lithium (gold standard untuk gangguan bipolar).
 - (2) Antikonvulsan seperti valproate, lamotrigine, carbamazepine.
- 4) Anxiolytics dan Hipnotik
- a) Indikasi: Gangguan kecemasan, insomnia, serangan panik.
 - b) Mekanisme Kerja: Meningkatkan aktivitas GABA (asam gamma-aminobutirat), neurotransmitter yang memiliki efek menenangkan pada otak.
 - c) Jenis-Jenis:
 - (1) Benzodiazepines seperti diazepam, lorazepam, alprazolam.
 - (2) Non-benzodiazepines seperti buspirone (untuk kecemasan) dan zolpidem (untuk insomnia).
 - d) Efek Samping: Ketergantungan, sedasi, penurunan fungsi kognitif.
- 5) Psikostimulan dan Obat untuk ADHD
- a) Indikasi: Gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (ADHD).
 - b) Mekanisme Kerja: Meningkatkan pelepasan dopamin dan norepinefrin di otak.

c) Jenis-Jenis:

- (1) Metilfenidat (Ritalin).
- (2) Amfetamin (Adderall)
- (3) Non-stimulant seperti atomoxetine.

b. Terapi Elektrokonvulsif (ECT)

ECT dianggap sebagai salah satu perawatan paling efektif untuk penyakit mental tertentu, terutama depresi berat. Saat merawat pasien dengan gangguan mental, terapi ECT memiliki tingkat keberhasilan 70-90%. Sebelum stimulasi listrik diberikan, pasien menerima anestesi umum untuk memastikan mereka tidak merasakan sakit atau ketidaknyamanan selama prosedur. Obat anestesi seperti propofol atau thiopental sering digunakan. Relaksan otot, seperti suksinilkolin, akan diberikan untuk mencegah kejang tubuh yang tidak terkendali dan meminimalkan risiko cedera. Denyut listrik berintensitas rendah dikirimkan untuk menginduksi kejang otak yang berlangsung sekitar 30 hingga 60 detik. ECT biasanya diberikan selama enam hingga 12 sesi, dua hingga tiga kali seminggu, tergantung pada kondisi pasien. (Wilkinson, 2023).

c. Stimulasi Otak Dalam (Deep Brain Stimulation-DBS)

DBS melibatkan penempatan elektroda di area otak tertentu untuk memodulasi aktivitas otak. Pendekatan ini digunakan untuk pasien dengan gangguan obsesif-kompulsif (OCD) yang parah, depresi terus-menerus, dan gangguan lain yang tidak merespons pengobatan tradisional. Stimulasi otak dalam (DBS) dapat memberikan perbaikan signifikan bagi pasien dengan gangguan obsesif-kompulsif parah yang tidak merespons pengobatan standar. (Lipsman and et al, 2022).

4. Terapi Kognitif

Terapi kognitif berasumsi bahwa gangguan perilaku disebabkan oleh keyakinan dan pola pikir klien yang tidak akurat. Oleh karena itu, salah satu prinsip terapi ini adalah

mengubah perilaku dengan mengubah pola pikir dan keyakinan. Fokus perawatannya adalah untuk membantu klien mengevaluasi kembali keyakinan, nilai, dan harapan mereka dan bergerak menuju pembentukan perubahan kognitif. Terapi kognitif (CT) adalah pendekatan psikoterapi yang berfokus pada mengidentifikasi, menilai, dan mengubah pola pikir negatif dan disfungsi kognitif yang berkontribusi terhadap gangguan mental. Dikembangkan oleh Aaron T. Menurut Beck, terapi ini didasarkan pada asumsi bahwa pola pikir seseorang mempengaruhi emosi dan perilaku mereka. Dengan mengubah pola pikir maladaptif, pasien dapat meningkatkan kesehatan emosional mereka dan mengurangi gejala gangguan mental. Tujuan dari terapi kognitif adalah:

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

5. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah pendekatan psikoterapi yang melibatkan anggota keluarga dalam proses perawatan untuk membantu pasien dengan gangguan mental. Pendekatan ini berfokus pada dinamika interpersonal dalam keluarga dan bagaimana interaksi ini mempengaruhi atau mendukung proses pemulihan pasien. Terapi keluarga sering digunakan untuk meningkatkan komunikasi, meningkatkan dukungan emosional, dan meminimalkan konflik yang dapat memperburuk kondisi pasien. Terapi keluarga melibatkan identifikasi semua masalah keluarga yang diketahui, membantu setiap anggota keluarga mengidentifikasi

penyebab masalah dan bagaimana setiap anggota keluarga berkontribusi terhadap terjadinya masalah, dan menjaga integritas keluarga. Mencari solusi untuk memperbaiki atau memulihkan hubungan keluarga. Ia berfungsi sebagaimana mestinya. (Carr, 2023).

Proses terapi keluarga terdiri dari tiga fase: Fase 1 (kesepakatan), Fase 2 (pekerjaan), dan Fase 3 (kesimpulan). Pada tahap pertama, hubungan kepercayaan dibangun antara perawat dan pasien, masalah keluarga diidentifikasi, dan tujuan perawatan ditetapkan bersama. Pada tahap kedua, tahap aktivitas okupasi, perawat berfungsi sebagai terapis dan mendukung keluarga dalam mengubah pola interaksi antar anggota keluarga, meningkatkan keterampilan setiap anggota keluarga, dan mengeksplorasi batasan dan kesepakatan dalam keluarga. Hal ini pernah terjadi sebelumnya. Tahap terakhir menandai berakhirnya terapi keluarga. Pada tahap akhir, keluarga dapat menjawab pertanyaan apa pun yang muncul dan menyelesaikan masalah apa pun yang muncul. Anggota keluarga diharapkan terus memberikan perawatan.

6. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok adalah perawatan yang melibatkan sekelompok pasien dalam aktivitas terstruktur untuk meningkatkan keterampilan sosial, keterampilan komunikasi, dan kesehatan mental mereka. Tujuan terapi ini adalah untuk menciptakan pengalaman bersama yang mendukung proses pemulihan pasien dengan gangguan mental. Kegiatan yang dilaksanakan dapat meliputi diskusi kelompok, bermain peran, seni, olahraga, atau kegiatan lain yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi emosional dan sosial. (Yalom and Leszcz, 2023). Tujuan dari Terapi Aktivitas Kelompok antara lain:

a. Meningkatkan Interaksi Sosial

Pasien dilatih untuk berinteraksi dengan anggota kelompok lain, yang membantu mereka mengatasi isolasi sosial.

b. Meningkatkan Dukungan Emosional

Terapi ini memberikan ruang bagi pasien untuk berbagi pengalaman dan mendapat dukungan dari orang lain dengan kondisi serupa.

c. Mengembangkan Keterampilan Koping

Pasien belajar teknik koping baru dari pengalaman anggota kelompok lain atau dari kegiatan yang dilakukan.

d. Meningkatkan Fungsi Kognitif dan Emosional

Aktivitas kelompok dapat meningkatkan kemampuan berpikir logis, mengelola emosi, dan membangun kepercayaan diri.

Beberapa terapi aktivitas kelompok yang ada:

a. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi

Stimulasi sensorik dalam terapi aktivitas kelompok (GAT) adalah jenis terapi yang menggunakan aktivitas sebagai stimulus pengalaman dan mengambil bentuk pencocokan sensorik atau pemecahan masalah alternatif. Fokus terapi aktivitas kelompok dengan stimulasi sensorik adalah untuk mendukung pasien yang menderita disorientasi. Terapi ini sangat efektif untuk pasien dengan gangguan sensorik. Halusinasi, penarikan diri sosial, persepsi realitas yang menyimpang, kurangnya spontanitas dan ide. Hanya pasien yang kooperatif, sehat secara fisik, dan mampu berkomunikasi secara verbal yang akan berpartisipasi dalam kegiatan terapi ini. Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi.

Terapi aktivitas kelompok sosial adalah jenis psikoterapi yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan interaksi sosial pasien melalui partisipasi dalam aktivitas kelompok. Fokus utama terapi ini adalah membantu pasien mengembangkan keterampilan sosial, mengatasi isolasi sosial, dan meningkatkan hubungan interpersonal. Terapi ini sering digunakan untuk pasien yang menderita penyakit mental seperti skizofrenia, depresi, gangguan kecemasan, dan gangguan bipolar.

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) terdiri dari 4 fase tahapan:

a. Fase Pra Kelompok:

Fase ini dimulai dengan membuat tujuan terapi, menentukan leader, jumlah anggota, kriteria anggota, tempat dan waktu kegiatan serta media yang digunakan. Jumlah anggota pada terapi kelompok biasanya 7-8 orang. Sedangkan jumlah minimum 4 dan maksimum 10. Kriteria anggota yang dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok adalah: sudah terdiagnosa baik medis maupun keperawatan, tidak terlalu gelisah, tidak agresif, serta tidak terdiagnosa dengan waham.

b. Fase Awal Kelompok

Fase ini ditandai dengan timbulnya ansietas karena masuknya anggota kelompok, dan peran baru. fase ini terbagi atas tiga fase, yaitu orientasi, konflik, dan kohesif.

1) Tahap orientasi

Pada fase ini anggota mulai mencoba mengembangkan sistem sosial masing-masing, leader menunjukkan rencana terapi dan menyepakati kontrak dengan anggota.

2) Tahap konflik

Merupakan masa sulit dalam proses kelompok. Pemimpin perlu memfasilitasi ungkapan perasaan, baik positif maupun negatif dan membantu kelompok mengenali penyebab konflik. Serta mencegah perilaku perilaku yang tidak produktif

3) Tahap kohesif

Anggota kelompok merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih intim satu sama lain.

c. Fase Kerja Kelompok

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

d. Fase Terminasi

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

7. Terapi Perilaku

Terapi perilaku adalah pendekatan terapeutik yang bertujuan untuk membantu individu mengubah perilaku yang maladaptif atau tidak sehat melalui intervensi berbasis bukti. Dalam keperawatan jiwa, terapi perilaku sering digunakan untuk membantu pasien dengan gangguan jiwa seperti depresi, kecemasan, gangguan obsesif-kompulsif (OCD), skizofrenia, dan gangguan lainnya. Terapi ini berfokus pada hubungan antara pikiran, emosi, dan perilaku, serta memberikan strategi praktis untuk mengubah pola perilaku yang merugikan (Kazdin, 2023).

Terapi perilaku (behavior therapy) adalah pendekatan psikoterapi yang berfokus pada modifikasi perilaku maladaptif melalui prinsip-prinsip pembelajaran, seperti penguatan positif, desensitisasi, dan paparan bertahap. Pendekatan ini sangat efektif dalam menangani gangguan jiwa seperti gangguan kecemasan, depresi, PTSD, OCD, dan skizofrenia. Menurut (M G Craske, 2023), terapi perilaku berbasis bukti telah menunjukkan efektivitas tinggi dalam membantu pasien mengelola gejala gangguan jiwa dengan pendekatan praktis dan terstruktur.

8. Terapi Bermain

Terapi bermain digunakan karena diyakini bahwa anak-anak berkomunikasi lebih baik melalui permainan daripada melalui ekspresi verbal. Melalui bermain, pengasuh dapat menilai tingkat perkembangan dan keadaan emosional anak, mengembangkan hipotesis diagnostik, dan menerapkan intervensi untuk mengatasi masalah anak.

Prinsip terapi bermain meliputi membangun hubungan yang hangat dengan anak, mencerminkan emosi anak dalam bermain, mempercayai bahwa anak dapat

memecahkan masalah, dan menafsirkan perilaku anak. Terapi bermain diindikasikan untuk anak-anak yang menderita depresi, kecemasan, atau menjadi korban penganiayaan (pembunuhan). Terapi bermain juga direkomendasikan bagi pasien dewasa yang menderita stres pascatrauma atau gangguan identitas disosiatif, serta mereka yang pernah mengalami pelecehan.

DAFTAR PUSTAKA

- Art American Therapy (2023) 'Association Definition of Art Therapy in Mental Health Practice', *Journal of Art Therapy*, 40(1), pp. 1–10.
- Bensimon, M. (2023) 'Music Therapy in PTSD Treatment: Evidence and Applications.', *Trauma-Informed Care Journal*, 28(3), pp. 56–73.
- Carr, A. (2023) 'Family Therapy: Concepts, Process, and Practice.', *Journal of Family Therapy*, 45(1), pp. 10–25.
- Chiu, S. H. (2022) 'Modalities in Modern Healthcare: Applications and Benefits', *Journal of Holistic Health*, 45(3), pp. 201–213.
- Cipriani, A. (2023) 'Comparative Efficacy of Antidepressants: A Network Meta-Analysis.', *The Lancet Psychiatry*, 10(1), pp. 1–14.
- Davis (2022) 'The Role of Individualized Therapy in Modern Rehabilitation: A Patient-Centered Approach', *Journal of Therapy and Practice*, 36(210–225).
- Gee, B. (2023) 'Environmental Therapy: Creating Healing Spaces for Mental Health Recovery', *Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 45(2), pp. 102–118.
- Kazdin, A.E. (2023) 'Behavior Therapy: Evidence-Based Approaches to Changing Behavior', *Clinical Psychology Review*, 45(1), pp. 14–29.
- Kellner (2023) 'Electroconvulsive Therapy for Treatment-Resistant Depression: Efficacy and Safety', *Journal of Clinical Psychiatry*, 84(4), pp. 2023–2441.
- Lipsman, N. and et al (2022) 'Deep Brain Stimulation for Treatment-Resistant OCD: Outcomes and Innovations', *Brain Stimulation Journal*, 15(3), pp. 456–467.

- M G Craske (2023) 'Advances in Behavior Therapy for Mental Health Disorders: Evidence-Based Approaches.', *Journal of Clinical Psychology*, 89(1), pp. 45-62.
- Sharma, S. (2023) 'Effectiveness of Individualized Mindfulness Therapy in Reducing Burnout: A Randomized Controlled Trial', *Journal of Occupational Health Psychology*, 28(2), pp. 123-134.
- Stahl, S.M. (2023) *Psychopharmacology: Neurobiological Foundations and Applications in Psychiatry*. Cambridge University Press.
- Wilkinson, S.T. (2023) 'Electroconvulsive Therapy Versus Pharmacotherapy: A Comparative Study on Treatment-Resistant Depression.', *The American Journal of Psychiatry*, 180(3), pp. 245-258.
- Wright (2023) 'Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Journal of Mental Health*, 45 (1)(1), pp. 34-52.
- Yalom, I.D. and Leszcz, M. (2023) 'The Theory and Practice of Group Psychotherapy', *Journal of Group Dynamics*, 29(1), pp. 12-27.

BAB 14

MANAJEMEN KRISIS DALAM KEPERAWATAN JIWA

Ns. Dhia Diana Fitriani, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Krisis kesehatan jiwa merupakan situasi dimana terjadi kegawatdaruratan psikiatri saat perilaku pasien dapat menimbulkan risiko menyakiti diri sendiri, penyedia layanan kesehatan, atau orang lain dengan kriteria yang dapat mengancam nyawa, menyebabkan kematian, atau memiliki potensi bahaya yang tinggi, sehingga memerlukan penanganan yang cepat (NAMI, 2018; Wath, 2024; Yusuf et al., 2015).

Untuk mencegah kondisi pasien yang mengalami kegawatdaruratan tersebut membahayakan keselamatan dirinya maupun orang lain, perawat, sebagai profesi yang berada di garis depan pelayanan kesehatan, diharapkan dapat memberikan penanganan yang cepat dan tepat dengan menerapkan prinsip-prinsip asuhan keperawatan dalam situasi kegawatdaruratan psikiatri. (Kurniawati, 2022; Yuliani et al., 2023). Penanganan yang dapat dilakukan perawat yaitu manajemen krisis.

Manajemen krisis merupakan bagian penting dari keperawatan jiwa (Parkes, 2024). Tujuan utama dari penilaian dan perawatan manajemen individu yang mengalami krisis kesehatan jiwa adalah untuk memastikan bahwa pasien dalam kondisi stabil secara medis, melakukan penilaian keselamatan, mengurangi tekanan pada pasien, dan memberikan hasil yang memuaskan bagi pasien (Zeller & Christensen, 2021).

Pemahaman tentang konsep krisis, jenis-jenis krisis, serta teknik-teknik intervensi dalam manajemen krisis sangat penting bagi tenaga keperawatan jiwa dalam memberikan perawatan yang berkualitas. Oleh karena itu, materi ini sangat diperlukan untuk memastikan bahwa perawat dapat menjalankan perannya secara efektif dalam menangani situasi krisis yang melibatkan individu dengan gangguan kesehatan jiwa.

B. Tujuan

Manajemen krisis keperawatan jiwa adalah metode jangka pendek yang digunakan oleh perawat untuk membantu pasien yang sedang mengalami krisis (Vasiljević et al., 2022). Manajemen krisis adalah intervensi yang dilakukan secara aktif oleh perawat dan tim kesehatan lainnya untuk mengatasi perilaku pasien yang tidak terkendali dan membahayakan keselamatan diri sendiri, orang lain, serta lingkungan sekitar.

Kondisi kegawatdaruratan jiwa yang membutuhkan manajemen krisis meliputi: percobaan bunuh diri, perilaku kekerasan, delirium tremens, stupor, dan situasi darurat yang berkaitan dengan obat-obatan (Gnanapragasam et al., 2021). Manajemen krisis memerlukan penilaian yang tepat, jaminan keamanan, serta perhatian segera kepada klien. Selain itu, perlu dilakukan evaluasi risiko terkait tindakan kekerasan, kehilangan kendali, agresi, melukai diri, bunuh diri, atau pembunuhan (Subekti & O'Brien, 2013).

C. Penilaian

Penanganan kegawatdaruratan jiwa memerlukan penilaian yang tepat, memastikan keselamatan, memberikan perhatian segera kepada pasien, serta melakukan penilaian terhadap potensi kekerasan, hilangnya kontrol diri, agresi, bahaya menyakiti diri sendiri, serta kemungkinan bunuh diri atau kekerasan terhadap orang lain. Dalam situasi kegawatdaruratan psikiatri, penanganan medis umumnya difokuskan pada pengelolaan perilaku dan gejala. Proses pengobatan dilakukan secara bersamaan dengan penilaian (jika

pengobatan dapat dilakukan). Konsultasi pertama tidak hanya untuk mengumpulkan informasi diagnostik yang diperlukan, tetapi juga untuk memberikan terapi (Rokayah & Indarna, 2023).

Penilaian tingkat kedaruratan pasien yang membutuhkan manajemen krisis dapat menggunakan Skala *General Adaptive Function* (GAF) dengan rentang skor 1–30 skala GAF. Kondisi pasien dikaji setiap sif dengan menggunakan skor GAF (Yusuf et al., 2015).

Tabel 14.1 Kategori Skala *General Adaptive Function* (GAF)

Nilai	Keterangan
Skor 11-20	Terdapat risiko untuk melukai diri sendiri atau orang lain (seperti percobaan bunuh diri tanpa kejelasan tujuan kematian, tindakan kekerasan yang sering dilakukan, atau kegembiraan manik) ATAU terkadang kesulitan dalam menjaga perawatan diri yang minimal (seperti mengusap feses) ATAU gangguan yang jelas dalam komunikasi (seperti kebanyakan ucapan yang tidak koheren atau membisu).
Skor 1-10	Risiko melukai diri sendiri atau orang lain yang terus-menerus dan parah (seperti kekerasan yang berulang) ATAU ketidakmampuan yang berkelanjutan untuk menjaga kebersihan pribadi yang minimal ATAU percobaan bunuh diri yang serius tanpa harapan kematian yang jelas.

Keperawatan memberikan intervensi kepada pasien dengan fokus pada respons, sehingga pasien dikategorikan berdasarkan skor Respons Umum Fungsi Adaptif (RUFA) atau General Adaptive Function Response (GAFR), yang merupakan modifikasi dari skor GAF. Hal ini karena keperawatan menggunakan pendekatan respons manusia dalam memberikan asuhan sesuai dengan fungsi respons yang adaptif (Stuart & Laraia, 2005).

D. Intervensi Manajemen Krisis

Pada situasi krisis, ketika pasien mengalami ledakan emosi yang intens, sangat mungkin pasien akan melakukan tindakan kekerasan yang dapat membahayakan dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Intervensi manajemen krisis yang dilakukan untuk setting kegawatdaruratan psikiatri antara lain (Garriga et al., 2016; Knox & Holloman, 2012; Maramis, 2009; Maramis & Maramis, 2012; Riba & Ravindranath, 2012; Sadock & V.A, 2012; Stuart, 2013):

1. Manipulasi Lingkungan

Manipulasi lingkungan dalam penanganan kegawatdaruratan psikiatri bertujuan untuk menjaga keselamatan pasien dan orang-orang di sekitarnya. Hal ini merujuk pada upaya atau tindakan yang dilakukan untuk mengubah atau mengatur kondisi lingkungan sekitar seseorang yang sedang mengalami gangguan jiwa atau situasi kegawatdaruratan psikologis, agar individu tersebut merasa lebih aman, nyaman, dan dapat mengurangi atau mengendalikan kecemasan, ketegangan, atau potensi bahaya. Tujuan manipulasi lingkungan adalah untuk menciptakan kondisi yang dapat mengurangi stres dan memfasilitasi proses pemulihan mental. Dalam konteks kegawatdaruratan jiwa, manipulasi lingkungan ini dapat meliputi:

a. Penciptaan suasana yang tenang dan terkendali

Misalnya dengan mengurangi suara bising, pencahayaan yang terlalu terang, atau gangguan lain yang bisa memperburuk keadaan mental pasien.

b. Pengaturan ruang fisik

Mengatur ruang agar lebih aman dan meminimalkan risiko cedera atau kekerasan, serta memberikan privasi jika diperlukan.

c. Pemberian dukungan sosial atau emosional

Memastikan ada kehadiran tenaga medis atau orang yang dapat memberikan rasa aman atau mendengarkan perasaan pasien.

2. *Verbal De-escalation*

Penggunaan teknik komunikasi yang efektif untuk meredakan atau menurunkan ketegangan emosional dan perilaku agresif atau mengancam pada seseorang yang mengalami krisis mental atau emosional. Tujuannya adalah untuk mencegah situasi menjadi lebih buruk, menghindari konflik fisik, dan membantu individu yang terlibat merasa lebih tenang dan aman. Dalam konteks kegawatdaruratan jiwa, *verbal de-escalation* meliputi:

- a. Penggunaan bahasa yang tenang dan sopan
Berbicara dengan suara yang lembut dan tenang untuk membantu mengurangi kecemasan atau ketegangan.
- b. Menjaga jarak fisik yang aman
Menghindari terlalu dekat dengan individu yang sedang cemas atau marah, untuk mengurangi potensi ancaman.
- c. Menghindari konfrontasi atau perdebatan
Tidak melawan atau mempertanyakan secara langsung perilaku atau perasaan mereka yang sedang terlibat dalam krisis.
- d. Menggunakan kalimat yang menenangkan
Seperti "Saya di sini untuk membantu," atau "Mari kita coba tenang dan bicarakan ini bersama."

3. Farmakoterapi

Dalam kegawatdaruratan jiwa, penggunaan obat injeksi sering kali diperlukan untuk memberikan efek cepat pada pasien yang mengalami gejala akut atau situasi krisis. Obat injeksi ini dapat diberikan untuk mengendalikan gejala psikotik, kecemasan ekstrem, atau perilaku agresif yang membahayakan. Pemberian obat injeksi perlu dilakukan dengan pengawasan yang hati-hati untuk menghindari efek samping atau reaksi buruk lainnya. Dalam beberapa kasus, obat injeksi dapat diberikan bersama-sama, misalnya, antipsikotik (seperti haloperidol) dengan benzodiazepin (seperti lorazepam), untuk menenangkan pasien yang mengalami agitasi atau kekerasan.

4. Isolasi (*seclusion*);

Isolasi adalah tindakan pengasingan di mana pasien ditempatkan di ruangan terpisah untuk mencegah pasien melarikan diri dan melukai diri sendiri atau orang lain. Ruang yang digunakan merupakan tempat yang aman dan mudah untuk dilakukan tindakan keperawatan. Prosedur dalam melakukan isolasi (*seclusion*):

a. Pengawasan Ketat

Selama periode isolasi, pasien harus terus diawasi dengan ketat oleh staf medis atau keperawatan untuk memastikan keselamatan mereka, serta untuk memantau kondisi fisik dan mental pasien.

b. Kenyamanan dan Keamanan

Ruang isolasi harus dirancang untuk menjadi aman, dengan perlengkapan yang tidak berbahaya dan ruang yang cukup untuk bergerak. Ruang ini juga sebaiknya tenang dan nyaman, meskipun terisolasi dari orang lain.

c. Durasi Terbatas

Isolasi sebaiknya digunakan untuk waktu yang sesingkat mungkin, hanya selama pasien benar-benar membutuhkan ruang untuk meredakan ketegangan atau ketika ada risiko bahaya nyata.

d. Evaluasi Berkala

Pasien harus dievaluasi secara berkala untuk menentukan apakah isolasi masih diperlukan atau tidak.

5. Fiksasi (*restrain*);

Fiksasi atau *restrain* pada kegawatdaruratan jiwa adalah tindakan membatasi pergerakan fisik pasien dengan tujuan untuk mencegah pasien menyakiti diri sendiri atau orang lain, atau untuk menghindari kerusakan lebih lanjut akibat perilaku yang tidak terkendali. Dalam kegawatdaruratan jiwa, fiksasi atau *restrain* biasanya digunakan pada pasien yang mengalami agitasi ekstrem, agresi, atau gangguan perilaku yang berbahaya, di mana intervensi verbal atau farmakoterapi tidak cukup efektif atau tidak dapat segera dilakukan.

Fiksasi dapat dilakukan sementara untuk memberikan medikasi atau untuk waktu yang lebih lama jika medikasi tidak diberikan. Biasanya, pasien yang diikat akan menjadi lebih tenang setelah beberapa waktu. Secara psikodinamika, pengikatan ini mungkin membantu pasien dalam mengendalikan impuls yang sebelumnya sulit dikendalikan.

Proses fiksasi harus dilakukan dengan hati-hati agar tidak menimbulkan cedera pada pasien. Beberapa komplikasi yang dapat muncul akibat fiksasi mekanik antara lain trauma psikologis, dehidrasi, patah tulang pada ekstremitas, gangguan pernapasan, bahkan kematian mendadak. Oleh karena itu, pasien perlu dipantau secara ketat selama proses fiksasi.

Ada beberapa jenis *restrain* yang diterapkan pada orang dewasa, di antaranya:

a. Restrain jaket pengekan



Gambar 14.1 *Camisole* (jaket pengekan)

b. Restrain ekstremitas



Gambar 14.2 *Restrain* ekstremitas

c. Restrain sabuk



Gambar 14.3 *Restrain sabuk*

Hasil penelitian tentang efektivitas intervensi restrain menunjukkan bahwa durasi waktu yang bervariasi dalam penerapan restrain dapat mengurangi perilaku agresif, dengan durasi restrain yang diperlukan adalah 4 jam, 6 jam, dan 8 jam (Kandar & Pambudi, 2014; Malfasari et al., 2024; Saputra, 2017). Pada anak dan remaja, penggunaan restrain fisik maksimal 2 jam dan pada anak di bawah usia 9 tahun, durasi restrain maksimal 1 jam (Primapro, 2023).

Langkah Pemasangan Restrain (SOP RS. Jiwa Ernaldi Bahar)

- a. Meminta persetujuan/inform consent pada keluarga pasien
- b. Posisikan pasien pada posisi anatomis (lurus)
- c. Lindungi bagian tulang yang menonjol dengan bantalan lembut
- d. Ikat kedua kaki dan tangan dengan restraint, lalu pastikan ikatan tidak terlalu erat dengan cara memasukkan dua jari kedalam ikatan tersebut
- e. Ujung restrain diikat pada samping tempat tidur
- f. Lakukan observasi setiap 30 menit

Langkah pemasangan restrain (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2010)

- a. Persiapkan alat-alat yang diperlukan, seperti selimut, *restrain*, dan tenaga (minimal 4 orang diperlukan untuk pasien dengan tubuh berukuran sedang).
- b. Perawat memegang selimut yang terbuka di tangan.

- c. Ketika sudah dekat dengan pasien, selimut ditutupkan pada wajah dan kepala pasien.
- d. Selimut diputar beberapa kali di belakang kepala pasien, sementara dua perawat mendekat dari sisi kiri dan kanan untuk memegang tangan pasien.
- e. Dalam beberapa kasus, pasien dapat langsung dipindahkan ke ruang isolasi.
- f. Kadang pasien menjadi sangat gelisah, sehingga perlu ditenangkan dengan cara dua perawat lain memegang kaki pasien dari sisi kiri dan kanan.
- g. Pasien kemudian dikekang tangan dan kakinya. Saat melakukan kekangan, pastikan kekurangannya tidak terlalu ketat karena bisa mengganggu aliran darah dan menyebabkan edema atau luka.
- h. Pasien yang dikekang harus selalu dipantau dan tidak boleh dibiarkan sendirian di kamar. Sebaiknya, pastikan ada petugas yang berada di dekat pasien.
- i. Berikan dukungan kepada pasien untuk mendorongnya mengungkapkan perasaan dan pikirannya terkait kejadian yang dialaminya.
- j. Selidiki situasi yang menyebabkan pasien menjadi sangat gelisah dan kehilangan kendali.

Hal yang menjadi perhatian

- a. Periksa pakaian yang dipakai oleh pasien dan singkirkan benda berbahaya jika ditemukan, seperti pisau, silet, benda tajam lainnya, atau korek api.
- b. Perhatikan kebutuhan dasar pasien seperti makan, minum, tidur, dan lainnya.
- c. Jika pakaian pasien basah, segera ganti dengan yang kering
- d. Monitor denyut nadi, suhu tubuh, tekanan darah, dan pernapasan pasien
- e. Periksa kondisi kaki dan tangan pasien untuk memastikan tidak ada tanda-tanda gangguan peredaran darah atau pembengkakan akibat pengekangan.

- f. Pengekangan dapat dilepas setelah tanda-tanda kekerasan atau serangan menghilang

E. Rehabilitasi dan Tindak Lanjut Pasien

Rehabilitasi dan Tindak Lanjut Pasien dalam konteks kegawatdaruratan jiwa sangat penting untuk mendukung pemulihan pasien setelah mengalami kondisi psikiatri akut dan keluar dari unit perawatan darurat. Proses ini bertujuan untuk mencegah kekambuhan kondisi kejiwaan yang lebih parah di masa depan dan memastikan pasien dapat berfungsi kembali dalam kehidupan sehari-hari (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014).

1. Pemantauan jangka panjang

Pemantauan jangka panjang dilakukan untuk mencegah kekambuhan kondisi psikiatri akut. Pemantauan mencakup pengawasan yang dilakukan setelah pasien keluar dari unit perawatan darurat, untuk memastikan mereka tidak mengalami kekambuhan atau perburukan kondisi. Pemantauan ini bisa dilakukan dalam bentuk kunjungan rutin ke psikiater atau profesional kesehatan mental, serta pemeriksaan fisik dan mental yang diperlukan untuk mendeteksi tanda-tanda awal kekambuhan.

2. Perencanaan rehabilitasi dan dukungan psikososial

Rehabilitasi jiwa mencakup berbagai pendekatan untuk membantu pasien kembali berfungsi secara optimal dalam masyarakat setelah perawatan darurat. Ini melibatkan perawatan lanjutan yang berfokus pada rehabilitasi mental dan fisik, seperti pelatihan keterampilan sosial, pelatihan keterampilan hidup, dan penguatan hubungan sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- Garriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S., Zeller, S., MH, A., Vázquez, G., & Baldaçara L, San L, McAllister-Williams RH, Fountoulakis KN, Courtet P, Naber D, Chan EW, Fagiolini A, Möller HJ, Grunze H, Llorca PM, Jaffe RL, Yatham LN, Hidalgo-Mazzei D, Passamar M, V. E. (2016). Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry*, 17(2), 86–128. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
- Gnanapragasam, A., Paul, D., Sebastian, J., & Sathiyaseelan, M. (2021). Nursing management of patients with psychiatric emergencies. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 22(1). https://doi.org/https://doi.org/10.4103/ijcn.ijcn_40_21
- Kandar, & Pambudi, P. S. (2014). Efektivitas Tindakan Restrain Pada Pasien Perilaku Kekerasan Yang Menjalani Perawatan Di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP) RSJ Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2013. *Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah 2014*, 27–35. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/1121/1175>
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 9 (2010). <https://galihendradita.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/03/kmk-no-1627-2010-ttg-kegawatdaruratan-psikiatrik.pdf>
- Knox, D., & Holloman, G. J. (2012). Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *West J Emerg Med*, 13(1), 35–40. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6867>
- Kurniawati, A. (2022). Perlukah Gangguan Jiwa di Restrain? *Jurnal Buletin Kesehatan*, 2(10), 1–5.

- Malfasari, E., Keliat, B. A., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., & Subu, M. A. (2024). Legal Aspects Of Patients In Restraint, Seclusion and Confinement: A Thematic Analysis. *Jurnal Persatuan Perawatn Indonesia*, 9(3), 134-145. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32419/jppni.v9i3.574>
- Maramis. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa* (2nd ed.). Airlangga University Press.
- Maramis, W. F., & Maramis, A. A. (2012). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa* (4th ed.). Airlangga University Press.
- NAMI. (2018). *Understanding Mental Health Crises*. Navigating a Mental Health Crisis. https://www.nami.org/Support-Education/Publications-Reports/Guides/Navigating-a-Mental-Health-Crisis/Navigating-A-Mental-Health-Crisis?utm_source=website&utm_medium=cta&utm_campaign=crisisguide
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management [NICE CG178]*. NICE.
- Parkes, C. (2024). *Psychiatric Mental Health, part 7: Principles - Crises, Loss, and Grief*. Level Up RN. <https://leveluprn.com/blogs/psychiatric-mental-health/7-principles-crises-loss-grief?srltid=AfmBOopwaREquGifZID5RaNETcTY1dECBP yHE-VrV2PpR0nQ8jolmjWX>
- Primapro. (2023). *Gaduh Gelisah: Kapan Restrain Fisik Diperlukan?* Primaku. <https://primaku.com/articles/gaduh-gelisah--kapan-restrain-fisik-diperlukan--1718819574392>
- Riba, M. ., & Ravindranath, D. (2012). *Clinical Manualof Emergency Psychiatry : Behavioral Science/Clinical Psychiatry* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Rokayah, C., & Indarna, A. A. (2023). Gambaran Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Psikiatridi Instasi Gawat Darurat. *Jurnal Keperawatan*, 15(1).

<https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/708/513>

Sadock, B. ., & V.A, S. (2012). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry* (10th ed.).

Saputra, D. (2017). *Pengalaman Pasien Gangguan Jiwa Selama Mengalami Restrained Extremities di Rumah Sakit Jiwa Arif Zainudin Surakarta* [Universitas Muhammadiyah Surakarta]. https://eprints.ums.ac.id/54023/15/NASKAH_PUBLIKASI.pdf

Stuart. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.). Mosby.

Stuart, G. ., & Laraia, M. . (2005). *Principels And Practice Of Psychiatric Nursing* (8th editio). Elseiver Mosby.

Subekti, & O'Brien. (2013). *Keperawatan kesehatan Jiwa Psikiatrik : Teori & Praktik*. EGC.

Vasiljević, F., Ryan, J., Pietri, M., & Lin, A. (2022). *Crisis intervention: Nursing*. Osmosis from Elsevier. https://www.osmosis.org/learn/Crisis_intervention:_Nursing

Wath, ae vd. (2024). *Psychiatric emergencies*. National Department of Health. [https://knowledgehub.health.gov.za/system/files/2024-08/Psychiatric emergencies.pdf](https://knowledgehub.health.gov.za/system/files/2024-08/Psychiatric%20emergencies.pdf)

Yuliani, S., Puspitasari, D. ., Jalil, A., Setiawan, H., Purwati, T. ., Kuntarto, W., Purwono, P., Triyana, T., Sari, A. ., Abadi, R., & Sabaan, W. (2023). *Kurikulum Pelatihan Keperawatan Kegawatdaruratan Psikiatri Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa*.

Yusuf, A. ., Fitryasari, R., & Nihayati, H. . (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

Zeller, S. L., & Christensen, J. C. (2021). *Delivery Models of Emergency Psychiatric Care*. In: Zun, L.S., Nordstrom, K., Wilson, M.P. (eds) *Behavioral Emergencies for Healthcare Providers*. Springer,

Cham. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-52520-0_45

TENTANG PENULIS



Ns. Ade Sucipto, M.Tr.Kep lahir di Bima, pada 28 Februari 1995. Ia tercatat sebagai lulusan Poltekkes Kemenkes Semarang. Pria yang kerap disapa Cipto ini adalah anak dari pasangan Suparman,S.Pd (ayah) dan Ramlah (ibu). Ade Sucipto merupakan dosen dibidang keperawatan dan aktif melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

Kepemitan mayor di bidang keperawatan medikal bedah, Kepemitan Minor keperawatan holistik dan Keperawatan Jiwa. Tahun 2023 dan 2024 mendapatkan hibah Penelitian Dosen, Penelitian Kompetitif Nasional dari Dikti. Ade28021995@gmail.com



Hanim Nur Faizah, S.Kep.,Ns.,M.Kep., lahir di Tuban pada tanggal 01 April 1990. Menyelesaikan Pendidikan Strata 1 dan Ners di IIKNU Tuban pada Tahun 2013, Magister Keperawatan Unair Surabaya pada Tahun 2018.

Saat ini penulis aktif sebagai tenaga pengajar di IIKNU Tuban pada Prodi Sarjana Ilmu Keperawatan khususnya

Departemen Keperawatan Psikososial dan Kesehatan Jiwa.



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

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



Sulaiman, S.Ag., S.ST., M.A lahir di Aceh Selatan, pada 10 Agustus 1970 Anak ketiga dari lima bersaudara dari ayah bernama Harun Sabi dan Ibu Aisyah Y. Pendidikan terakhir tercatat sebagai lulusan Magister Sains psikologi Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada tahun 2009. Sekarang bertugas di Poltekkes Kemenkes Aceh Prodi Keperawatan Aceh Utara. Email : sulaimanharun70@gmail.com



Ns. Ira Ocktavia Siagian, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J. lahir di Duri, 24 Oktober 1981. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 lulus pada tahun 2005 dan Ners tahun 2006 di Universitas Sari Mutiara Medan. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 dan Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2006 sebagai Dosen di Institut Kesehatan Immanuel Bandung. Saat ini penulis masih berkarir sebagai dosen di Departemen Keperawatan Jiwa Fakultas Keperawatan Program Studi Sarjana dan Ners Institut Kesehatan Immanuel. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan workshop. Penulis juga aktif dalam organisasi profesi sebagai pengurus PPNI DPK Institut Kesehatan Immanuel Bandung dan anggota dalam Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Provinsi Jawa Barat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : ira.ockta@gmail.com
Motto: **"Keberhasilan adalah perjalanan, bukan tujuan akhir."**



Rista Islamarida, S.Kep., Ns., M.Kep

Penulis lahir di Kab.Semarang, 17 Januari 1991. Lulus dari program magister keperawatan pada tahun 2018 dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Saat ini, penulis bekerja sebagai salah satu dosen di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta.

Keterarikan dalam bidang keperawatan jiwa maupun masalah psikososial sejak di bangku kuliah. Fokus bidang yang diajar serta ditekuni adalah keperawatan jiwa, promosi dan Pendidikan kesehatan, keperawatan komunitas dan keluarga, serta keperawatan dasar.

Email Penulis: rista.islamarida91@gmail.com/
rista.islamarida@gunabangsa.ac.id

Ns. Nadia Sintia Wardany, M.Kep



Hikmawati, S.Kep, Ns, M.Kes lahir di Kendari, pada 27 Januari 1981. Seorang istri dari Muhammad Hidjrah, SP dan dikaruniai satu orang anak yaitu Muhammad Najwan Athallah. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Hasanuddin (S1) dan Universitas Indonesia Timur (S2)..Wanita yang kerap disapa Hikma ini,

saat ini aktif sebagai Dosen di Prodi D III Keperawatan Buton Poltekkes Kemenkes Kendari.



Merry Pongdatu, S.Kep., Ns., M.Kep Lahir di Pelambua, 16 Mei 1985, anak Kelima dari pasangan dari pasangan Alm. Pither Pongdatu (ayah) & Maria Datu (Ibu). Penulis merupakan Dosen tetap pada Program Studi S1 Keperawatan & Profesi Ners Universitas mandala Waluya. Riwayat pendidikan Strata-I Ilmu Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mandala Waluya Kendari Tahun 2014, Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mandala Waluya Kendari Tahun 2016, Magister Keperawatan Universitas Brawijaya Malang Tahun 2020. Saat ini penulis fokus dalam melaksanakan pengajaran, penelitian dan pengabdian Kepada masyarakat (Tridarma Perguruan Tinggi).



Ns. Andrias Horhoruw, S.kep., M.Kes lahir di Hutumuri, pada 16 Januari 1968. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin Makasar dan S2 di Program Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro Semarang, Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Maluku.



Ns. Endah Sarwendah, S.Kep., M.Kep lahir di Cianjur, pada 13 Februari 1991. Ia tercatat sebagai lulusan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta untuk pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners. Lalu melanjutkan ke program Magister di Universitas Padjadjaran dengan peminatan Keperawatan Jiwa. Saat ini aktif sebagai Dosen di STIKes RS Dustira Cimahi. Email:

esarwendah91@stikesrsdustira.ac.id



Ns. Adek Setiyani, MKep., SpKepJ. Lahir di Klaten, 25 September 1984. Perawat spesialis jiwa yang sudah bekerja di RS Ketergantungan Obat Jakarta sejak tahun 2008. Adeks telah menyelesaikan pendidikan Ners dan Ners Spesialis Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Beberapa buku dan penelitian

terkait dengan keperawatan jiwa dan penyalahgunaan Narkoba publikasi telah dipublikasikan, baik nasional maupun internasional



Nathaya Enggar Ningrum, STr.Kep, Ners., M.Kep, lahir di Magelang pada tanggal 28 September 1996. Ia tercatat sebagai lulusan Poltekkes Kemenkes Semarang pada program Studi Sarjana Terapan keperawatan dan profesi Ners tahun 2019 dan menyelesaikan studi pada Program Studi Magister Keperawatan di Universitas

Muhammadiyah Semarang pada tahun 2024. Ia sangat concern pada dunia keperawatan Jiwa sehingga dalam pendidikan lanjut yang ditempuhnya ia mengambil peminatan keilmuan jiwa dan melakukan beberapa penelitian terkait dengan skizofrenia. Saat ini ia bekerja di Poltekkes Kemenkes Semarang khususnya di Jurusan Keperawatan sejak tahun 2020.



Ns. Dhia Diana Fitriani, M.Kep, lahir di Palembang, pada 1 April 1993. Penulis meraih gelar Magister Keperawatan dari Universitas Airlangga pada tahun 2018, dan saat ini aktif berprofesi sebagai dosen di Universitas Sriwijaya. Penulis memiliki minat besar dalam bidang keperawatan jiwa terutama anak dan remaja. Untuk

menghubungi penulis, dapat mengirimkan email ke dhiadianafitriani@fk.unsri.ac.id