

Merry Pongdatu
Suzanna
Mimi Yati
Armayani
Isti Antari
Kristia Novia
Florensa
Mulyanti
Ayu Dekawaty
Sifa Fauziah



Asuhan **KEPERAWATAN** **JIWA**

EDITOR:

Dr. Suzanna, S.Kep, Ns, M.Kep
dr. Edy Husnul Mujahid, Sp.KJ
La Rangki, S. Kep, Ns., M. Kep





Asuhan **KEPERAWATAN** **JIWA**

Sistematika buku Asuhan Keperawatan Jiwa ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan buku referensi ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya.

Buku Asuhan Keperawatan jiwa yang berada ditangan pembaca ini terdiri dari 10 bab yaitu :

- Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Jiwa
- Bab 2 Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi
- Bab 3 Asuhan Keperawatan Klien Dengan Harga Diri Rendah
- Bab 4 Asuhan Keperawatan Klien Dengan Isolasi Sosial
- Bab 5 Asuhan Keperawatan Klien Risiko Perilaku Kekerasan (Rpk)
- Bab 6 Asuhan Keperawatan Klien DPD (Defisit Perawatan Diri)
- Bab 7 Asuhan Keperawatan Klien Ansietas
- Bab 8 Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Alam Perasaan
- Bab 9 Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Masyarakat
- Bab 10 Konsep Recovery dan Supportive Environment pada Klien Gangguan Jiwa

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

Merry Pongdatu., S. Kep., Ns., M. Kep
Dr. Suzanna, S.Kep, Ns, M.Kep
Mimi Yati. S.Kep.Ns.M.Kes
Armayani. S.Kep.Ns.M.Kes
Isti Antari, S.Kep., Ns., MMedEd
Kristia Novia,Ns.,M.Kep
Dr. Ns. Florensa, M.Kep.Sp.Kep.J
Mulyanti, S.Kep., Ns., MPH
Ayu Dekawaty, S.Kep., Ns., M.Kep
Sifa Fauziah, S.Kep., Ns., M.Kep



eureka
media aksara

PENERBIT CV. EUREKA MEDIA AKSARA

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

Penulis : Merry Pongdatu., S. Kep., Ns., M. Kep | Dr. Suzanna, S.Kep, Ns, M.Kep | Mimi Yati. S.Kep.Ns.M.Kes | Armayani. S.Kep.Ns.M.Kes | Isti Antari, S.Kep., Ns., MMedEd | Kristia Novia,Ns.,M.Kep | Dr. Ns. Florensa, M.Kep.Sp.Kep.J | Mulyanti, S.Kep., Ns., MPH | Ayu Dekawaty, S.Kep., Ns., M.Kep | Sifa Fauziah, S.Kep., Ns., M.Kep

Editor : Dr. Suzanna, S.Kep, Ns, M.Kep
dr. Edy Husnul Mujahid, Sp.KJ
La Rangki, S. Kep, Ns., M. Kep

Penyunting : Rahmawati, S.Kep., M.Kes.

Desain Sampul : Eri Setiawan

Tata Letak : Nurlita Novia Asri

ISBN : 978-623-151-237-6

Diterbitkan oleh: **EUREKA MEDIA AKSARA, JULI 2023**
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: 2023

All right reserved

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Book chapter ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Asuhan Keperawatan Jiwa.

Sistematika buku Asuhan Keperawatan Jiwa ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan buku referensi ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya.

Buku Asuhan Keperawatan jiwa yang berada ditangan pembaca ini terdiri dari 10 bab yaitu :

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

Bab 2 Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi

Bab 3 Asuhan Keperawatan Klien Dengan Harga Diri Rendah

Bab 4 Asuhan Keperawatan Klien Dengan Isolasi Sosial

Bab 5 Asuhan Keperawatan Klien Risiko Perilaku Kekerasan (Rpk)

Bab 6 Asuhan Keperawatan Klien DPD (Defisit Perawatan Diri)

Bab 7 Asuhan Keperawatan Klien Ansietas

Bab 8 Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Alam Perasaan

Bab 9 Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Masyarakat

Bab 10 Konsep Recovery dan Supportive Environment pada Klien Gangguan Jiwa

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Eureka Media Aksara sebagai inisiator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Kendari, Juni 2023

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA	1
A. Pendahuluan	1
B. Perkembangan Keperawatan Jiwa di Dunia dan di Indonesia	2
C. Keperawatan Kesehatan Jiwa	10
D. Proses Keperawatan	24
BAB 2 ASUHAN KEPERAWATAN JIWA HALUSINASI	28
A. Definisi.....	28
B. Rentang Respon Neurobiologis	29
C. Jenis Dan Fase Halusinasi	30
D. Karakteristik Halusinasi.....	33
E. Pohon Masalah.....	34
F. Intervensi Generalis.....	35
G. Intervensi Spesialis	37
H. Analisa Data	37
I. Diagnosa Keperawatan	37
J. Intervensi Keperawatan	37
K. Strategi Pelaksanaan Tindakan Klien dengan Halusinasi.....	38
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN HARGA DIRI	41
A. Konsep Dasar Harga Diri Rendah.....	41
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	49
BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL	53
A. Pendahuluan	53
B. Pengertian Isolasi Sosial	54
C. Etiologi.....	55
D. Pohon Masalah.....	57
E. Manifestasi Klinik	58
F. Mekanisme Koping.....	59

G. Komplikasi.....	59
H. Penatalaksanaan.....	59
I. Asuhan keperawatan.....	62
BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIENDENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN.....	67
A. Pengertian perilaku kekerasan.....	67
B. Rentang Respon Perilaku.....	67
C. Proses Terjadinya Marah.....	68
D. Mekanisme Koping.....	69
E. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan.....	70
F. Faktor Predisposisi.....	71
G. Faktor Presipitasi.....	73
H. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.....	73
I. Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Perilaku Kekerasan.....	77
BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI.....	80
A. Konsep Defisit Perawatan Diri.....	80
B. Asuhan Keperawatan Jiwa Defisit Perawatan Diri.....	82
BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN ANSIETAS.....	90
A. Pendahuluan.....	90
B. Definisi.....	90
C. Rentang Respon.....	91
D. Etiologi.....	93
E. Tanda dan Gejala.....	94
F. Penatalaksanaan.....	96
G. Konsep Asuhan Keperawatan.....	96
BAB 8 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN ALAMPERASAAN.....	99
A. Pengertian.....	99
B. Rentang Respon Emosi.....	99
C. Tipe Gangguan Alam Perasaan.....	101
D. Faktor Predisposisi Gangguan Alam Perasaan.....	102
E. Manifestasi Gangguan Alam Perasaan.....	104
F. Asuhan Keperawatan.....	105

BAB 9 KEHILANGAN DAN BERDUKA.....	112
A. Kehilangan.....	112
B. Berduka.....	113
BAB 10 KONSEP RECOVERY DAN SUPPORTIVE ENVIRONMENT PADA KLIEN GANGGUAN JIWA.....	123
A. Konsep Recovery	123
B. Tahapan Recovery	124
C. Karakteristik Recovery	126
D. Supportive Environment dalam Proses Recovery	132
DAFTAR PUSTAKA	134
TENTANG PENULIS	142



ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

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

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

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

Armayani. S.Kep.Ns.M.Kes

Isti Antari, S.Kep., Ns., MMedEd

Kristia Novia,Ns.,M.Kep

Dr. Ns. Florensa, M.Kep.Sp.Kep.J

Mulyanti, S.Kep., Ns., MPH

Ayu Dekawaty, S.Kep., Ns., M.Kep

Sifa Fauziah, S.Kep., Ns., M.Kep



BAB 1 | KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA

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

A. Pendahuluan

Jiwa yang sehat harus dimiliki oleh setiap individu agar tetap mampu melakukan kegiatan sehari-hari dan dapat menjalin hubungan komunikasi yang baik dengan lingkungan sekitarnya. Individu dapat dinilai sehat secara kejiwaan ketika memiliki kondisi fisik, mental, dan sosial yang tidak mengalami masalah (penyakit), tidak dalam tekanan batin dan dapat mengatasi stres. Individu yang berada pada kondisi tersebut dengan mudah dapat melangsungkan proses kehidupan sehari-hari dengan hubungan sosial yang lebih baik pula.

Dalam melakukan peran dan fungsinya seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memandang manusia sebagai makhluk biopsikososiospiritual sehingga pemilihan model keperawatan dalam menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan paradigma keperawatan jiwa.

Keperawatan jiwa merupakan serangkaian proses interpersonal yang bertujuan meningkatkan dan menjaga kestabilan perilaku pasien yang berperan pada fungsi yang terintegrasi. Sistem pasien atau klien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi, atau komunitas. American Nurses Association mendefinisikan keperawatan kesehatan jiwa sebagai suatu bidang spesialisasi bidang keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri yang bermanfaat sebagai kiatnya (Stuart, 2013)

Memiliki mental yang sehat, berperan penting untuk mewujudkan kehidupan individu yang lebih normal, terbebas dari rasa takut dan beban hidup yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan jiwa (Amalita et al., 2019). Namun ironisnya, di lingkungan masyarakat selalu dijumpai orang yang mengalami gangguan kejiwaan baik ringan, sedang maupun berat. Jumlah penderita gangguan kejiwaan setiap tahun menunjukkan peningkatan (Maulana et al., 2019).

WHO (World Health Organization) tahun 2010, menjelaskan tidak kurang dari 450 juta orang di seluruh dunia menderita gangguan jiwa. Pada tahun 2016 rencana WHO (Kesehatan Mental Action 2013-2020), disahkan oleh Majelis Kesehatan Dunia pada tahun 2013, mengakui peran penting dari kesehatan jiwa dalam mencapai kesehatan bagi semua orang.

Masalah kesehatan jiwa yang ada di masyarakat saat ini, terus bertambah banyak seiring dengan semakin meningkatnya kasus penganiayaan, penyalahgunaan NAPZA, tawuran, pengangguran dan perselingkuhan. Penanganan yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut, diantaranya dengan memberikan informasi melalui upaya promotif dan penyuluhan kepada masyarakat tentang kesehatan jiwa.

B. Perkembangan Keperawatan Jiwa di Dunia dan di Indonesia

1. Sejarah Keperawatan Jiwa

a. Zaman Mesir Kuno

Pada zaman ini, gangguan jiwa dianggap disebabkan karena adanya roh jahat yang bersarang di otak. Oleh karena itu, cara menyembuhkannya dengan membuat lubang pada tengkorak kepala untuk mengeluarkan roh jahat yang bersarang di otak tersebut. Hal ini terbukti dengan ditemukannya lubang di kepala pada orang yang pernah mengalami gangguan jiwa. Selain itu, ditemukan pada tulisan Mesir Kuno tentang siapa saja yang pernah kena roh jahat dan telah dilubangi kepalanya

Tahun-tahun berikutnya, pasien yang mengalami gangguan jiwa diobati dengan dibakar, dipukuli, atau dimasukkan dalam air dingin dengan cara diajak jalan melewati sebuah jembatan lalu diceburkan dalam air dingin dengan maksud agar terkejut, yakni semacam syok terapi dengan harapan agar gangguannya menghilang. Hasil pengamatan berikutnya diketahui ternyata orang yang menderita skizofrenia tidak ada yang mengalami epilepsi (kejang atau hiperplasia). Padahal penderita epilepsi setelah kejangnya hilang dapat pulih kembali. Oleh karenanya, pada orang skizofrenia dicoba dibuat hiperplasia dengan membuat terapi koma insulin dan terapi kejang listrik (elektro convulsif therapy).

b. Zaman Yunani (Hypocrates)

Pada zaman ini, gangguan jiwa sudah dianggap suatu penyakit. Upaya pengobatannya dilakukan oleh dokter dan orang yang berdoa untuk mengeluarkan roh jahat. Pada waktu itu, orang sakit jiwa yang miskin dikumpulkan dan dimasukkan dalam rumah sakit jiwa. Jadi, rumah sakit jiwa lebih banyak digunakan sebagai tempat penampungan orang gangguan jiwa yang miskin, sehingga keadaannya sangat kotor dan jorok. Sementara orang kaya yang mengalami gangguan jiwa dirawat di rumah sendiri. Pada tahun 1841, Dorothea Line Dick melihat keadaan perawatan gangguan jiwa. Ia tersentuh hatinya, sehingga berusaha memperbaiki pelayanan kesehatan jiwa. Bersamaan dengan itu, Herophilus dan Erasistratus memikirkan apa yang sebenarnya ada dalam otak, sehingga ia mempelajari anatomi otak pada binatang. Karena kurang puas hanya mempelajari otak, sehingga ia berusaha mempelajari seluruh sistem tubuh hewan.

c. Zaman Vesalius

Vesalius tidak yakin hanya dengan mempelajari anatomi hewan saja, sehingga ia ingin mempelajari otak

dan sistem tubuh manusia. Namun, membelah kepala manusia untuk dipelajari merupakan hal yang mustahil, apalagi mempelajari seluruh sistem tubuh manusia. Akhirnya, ia berusaha mencuri mayat manusia untuk dipelajari. Sayangnya kegiatannya tersebut diketahui masyarakat, sehingga ia ditangkap, diadili, dan diancam hukuman mati (pancung). Namun, ia bisa membuktikan bahwa kegiatannya itu untuk kepentingan keilmuan, maka akhirnya ia dibebaskan. Versailus bahkan mendapat penghargaan karena bisa menunjukkan adanya perbedaan antara manusia dan binatang. Sejak saat itu dapat diterima bahwa gangguan jiwa adalah suatu penyakit. Namun kenyataannya, pelayanan di rumah sakit jiwa tidak pernah berubah. Orang yang mengalami gangguan jiwa dirantai, karena petugasnya khawatir dengan keadaan pasien.

d. Revolusi Prancis I

Phillipe Pinel, seorang direktur di RS Bicetri Prancis, berusaha memanfaatkan Revolusi Prancis untuk membebaskan belenggu pada pasien gangguan jiwa. Revolusi Prancis ini dikenal dengan revolusi humanisme dengan semboyan utamanya "Liberty, Equality, Fraternity". Ia meminta kepada walikota agar melepaskan belenggu untuk pasien gangguan jiwa. Pada awalnya, walikota menolak. Namun, Pinel menggunakan alasan revolusi, yaitu "Jika tidak, kita harus siap diterkam binatang buas yang berwajah manusia". Perjuangan ini diteruskan oleh murid-murid Pinel sampai Revolusi II.

e. Evolusi kesehatan jiwa ii

Dengan diterima gangguan jiwa sebagai suatu penyakit, maka terjadilah perubahan orientasi pada organo biologis. Pada saat ini, Qubius menuntut agar gangguan jiwa masuk dalam bidang kedokteran. Oleh karena itu, gangguan jiwa dituntut mengikuti paradigma natural sciences, yaitu ada taksonomi (penggolongan

penyakit) dan nosologi (ada tanda/gejala penyakit). Akhirnya, Emil Craepelee mampu membuat penggolongan dari tanda-tanda gangguan jiwa. Sejak saat itu, kesehatan jiwa terus berkembang dengan berbagai tokoh dan spesifikasinya masing-masing.

f. Revolusi Kesehatan Jiwa III

Pola perkembangan pada Revolusi Kesehatan Jiwa II masih berorientasi pada berbasis rumah sakit (hospital base), maka pada perkembangan berikutnya dikembangkanlah basis komunitas (community base) dengan adanya upaya pusat kesehatan mental komunitas (community mental health centre) yang dipelopori oleh J.F. Kennedy. Pada saat inilah disebut revolusi kesehatan jiwa III.

2. Trend dan Isu Keperawatan Jiwa Global

Trend atau current issue dalam keperawatan jiwa adalah masalah-masalah yang sedang hangat dibicarakan dan dianggap penting. Masalah-masalah tersebut dapat dianggap ancaman atau tantangan yang akan berdampak besar pada keperawatan jiwa baik dalam tatanan regional maupun global. Ada beberapa trend penting yang menjadi perhatian dalam keperawatan jiwa di antaranya adalah sebagai berikut :

a. Kesehatan Jiwa Dimulai Sejak Masa Konsepsi

Dahulu bila berbicara masalah kesehatan jiwa biasanya dimulai pada saat onset terjadinya sampai klien mengalami gejala-gejala. Di Indonesia banyak gangguan jiwa terjadi mulai pada usia 19 tahun dan kita jarang sekali melihat fenomena masalah sebelum anak lahir.

Perkembangan terkini menyimpulkan bahwa berbicara masalah kesehatan jiwa harus dimulai dari masa konsepsi atau bahkan harus dimulai dari masa pranikah. Banyak penelitian yang menunjukkan adanya keterkaitan masa dalam kandungan dengan kesehatan fisik dan mental seseorang di masa yang akan datang. Penelitian-penelitian berikut membuktikan bahwa kesehatan mental

seseorang dimulai pada masa konsepsi. Mednick membuktikan bahwa mereka yang pada saat epidemi sedang berada pada trimester dua dalam kandungan mempunyai resiko yang lebih tinggi untuk menderita skizofrenia di kemudian hari. Penemuan penting ini menunjukkan bahwa lingkungan luar yang terjadi pada waktu yang tertentu dalam kandungan dapat meningkatkan risiko menderita skizofrenia. Mednick menghidupkan kembali teori perkembangan neurokognitif, yang menyebutkan bahwa pada penderita skizofrenia terjadi kelainan perkembangan neurokognitif sejak dalam kandungan. Beberapa kelainan neurokognitif seperti berkurangnya kemampuan dalam mempertahankan perhatian, membedakan suara rangsang yang berurutan, working memory, dan fungsi-fungsi eksekusi sering dijumpai pada penderita skizofrenia. Dipercaya kelainan neurokognitif di atas didapat sejak dalam kandungan dan dalam kehidupan selanjutnya diperberat oleh lingkungan, misalnya, tekanan berat dalam kehidupan, infeksi otak, trauma otak, atau terpengaruh zat-zat yang mempengaruhi fungsi otak seperti narkoba. Kelainan neurokognitif yang telah berkembang ini menjadi dasar dari gejala-gejala skizofrenia seperti halusinasi, kekacauan proses pikir, waham/delusi, perilaku yang aneh dan gangguan emosi.

b. Kecenderungan Faktor Penyebab Gangguan Jiwa

Terjadinya perang, konflik, lilitan krisis ekonomi berkepanjangan merupakan salah satu pemicu yang memunculkan stress, depresi, dan berbagai gangguan kesehatan jiwa pada manusia. Menurut data World Health Organization (WHO), masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius. WHO (2001) menyatakan, paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa. Bukti

lainnya, berdasarkan data statistik, angka penderita gangguan kesehatan jiwa memang mengkhawatirkan. Secara global, dari sekitar 450 juta orang yang mengalami gangguan mental, sekitar satu juta orang diantaranya meninggal karena bunuh diri setiap tahunnya. Angka ini lumayan kecil jika dibandingkan dengan upaya bunuh diri dari para penderita kejiwaan yang mencapai 20 juta jiwa setiap tahunnya. Adanya gangguan kesehatan jiwa ini sebenarnya disebabkan banyak hal. Namun, menurut Aris Sudiyanto, (Guru Besar Ilmu Kedokteran Jiwa (psikiatri) Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret (UNS) Solo, ada tiga golongan penyebab gangguan jiwa ini. Pertama, gangguan fisik, biologis atau organik. Penyebabnya antara lain berasal dari faktor keturunan, kelainan pada otak, penyakit infeksi (tifus, hepatitis, malaria dan lain-lain), kecanduan obat dan alkohol dan lain-lain. Kedua, gangguan mental, emosional atau kejiwaan. Penyebabnya, karena salah dalam pola pengasuhan (pattern of parenting) hubungan yang patologis di antara anggota keluarga disebabkan frustrasi, konflik, dan tekanan krisis. Ketiga, gangguan sosial atau lingkungan. Penyebabnya dapat berupa stressor psikososial (perkawinan, problem orangtua, hubungan antarpersonal dalam pekerjaan atau sekolah, di lingkungan hidup, dalam masalah keuangan, hukum, perkembangan diri, faktor keluarga, penyakit fisik, dan lain-lain).

c. Meningkatkan Post Traumatic Syndrome Disorder

Trauma yang katastrofik, yaitu trauma di luar rentang pengalaman trauma yang umum dialami manusia dalam kejadian sehari-hari. Mengakibatkan keadaan stress berkepanjangan dan berusaha untuk tidak mengalami stress yang demikian. Mereka menjadi manusia yang invalid dalam kondisi kejiwaan dengan akibat akhir menjadi tidak produktif. Trauma bukan semata gejala kejiwaan yang bersifat individual, trauma

muncul sebagai akibat saling keterkaitan antara ingatan sosial dan ingatan pribadi tentang peristiwa yang mengguncang eksistensi kejiwaan.

d. Trend Bunuh Diri Pada Anak dan Remaja

Bunuh diri merupakan masalah psikologis dunia yang sangat mengancam sejak tahun 1958, dari 100.000 penduduk Jepang 25 orang diantaranya meninggal akibat bunuh diri. Sedangkan untuk negara Austria, Denmark, dan Inggris, rata-rata 25 orang. Urutan pertama diduduki Jerman dengan angka 37 orang per 100.000 penduduk. Di Amerika tiap 24 menit seorang meninggal akibat bunuh diri. Jumlah usaha bunuh diri yang sebenarnya 10 kali lebih besar dari angka tersebut, tetapi cepat tertolong. Kini yang mengkhawatirkan trend bunuh diri mulai tampak meningkat terjadi pada anak-anak dan remaja. Di Benua Asia, Jepang dan Korea termasuk negara yang sering diberitakan bahwa warganya melakukan bunuh diri. Di Jepang, harakiri (menikam atau merobek perut sendiri) sering dilakukan bawahan untuk melindungi nama baik atasannya. Sebagai contoh, sekretaris pribadi mantan Perdana Menteri Takeshita melakukan bunuh diri, ketika skandal suap perusahaan Recruits Cosmos terbongkar pada tahun 1984 atau yang paling terkenal kasus bunuh dirinya sopir pribadi mantan Perdana menteri Tanaka, ketika skandal suap Lockheed terbongkar. Sang sopir menusuk perutnya, demi menjaga kehormatan pimpinannya. Data dari Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2003 mengungkapkan bahwa satu juta orang bunuh diri dalam setiap tahunnya atau terjadi dalam setiap 40 detiknya. Bunuh diri juga termasuk satu dari tiga penyebab utama kematian pada usia 15-34 tahun, selain faktor kecelakaan.

e. Masalah Napza dan HIV/AIDS

Gangguan penggunaan zat adiktif ini sangat berkaitan dan merupakan dampak dari pembangunan serta teknologi dari suatu negara yang semakin maju. Hal

terpenting yang mendukung merebaknya NAPZA di negara kita adalah perangkat hukum yang lemah bahkan terkadang oknum aparat hukum seringkali menjadi backing, ditambah dengan keragu-raguan penentuan hukuman bagi pengedar dan pemakai, sehingga dampaknya SDM Indonesia kalah dengan Malaysia yang lebih bertindak tegas terhadap pengedar dan pemakai NAPZA. Kondisi ini akan semakin meningkat untuk masa yang akan datang khususnya dalam era globalisasi. Dalam era globalisasi tersebut terdapat gerakan yang sangat besar yang disebut dengan istilah "Gerakan Kafirisasi". Bila beberapa dekade yang lalu kita mengenal istilah zionisme, maka dengan ini sejalan dengan globalisasi kita berhadapan dengan dengan ideologi kafirisasi yang disebut dengan Neozionisme, sebuah ideologi yang ingin menciptakan tatanan dunia global yang sekuler dan terlepas sama sekali dari ajaran agama yang mereka anggap sebagai kepalsuan, racun, dan dogmatis fundamentalis. Gerakan konspirasi mereka telah membuat carut marut dan tercabiknya wajah kaum beragama, utamanya umat muslim, mereka menuduh umat islam sebagai fundamentalis, ekstrimis, dan tiran. Bahkan Hungtington (Misionaris Yahudi) pernah mengatakan : "Musuh Barat terbesar setelah Rusia hancur adalah Islam". Salah satu program mereka adalah menghancurkan islam melalui penghancuran generasi mudanya dengan cara menebarkan narkotik dan zat adiktif lainnya (NAPZA).

Sekarang para imperialis dan konspirasi Yahudi telah memanfaatkan energi yang tersimpan dalam generasi negeri ini (1,3 juta orang pemuda) yang berusia 15-25 tahun melalui NAPZA (Narkotik dan Zat Adiktif lainnya) dan telah membunuh 30 orang perbulannya. Masalah lainnya muncul seiring dengan merebaknya pemakaian NAPZA. Menjelang tahun 2008 pertumbuhan HIV AIDS di dunia dapat mencapai 4 orang per menit. Ini

merupakan ancaman hilangnya kehidupan dan runtuhnya peradaban. Kita semua, khususnya tim kesehatan harus merasa terpanggil menyelamatkan generasi penerus bangsa dari cengkraman NAPZA (Narkotika, Alkohol, psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya). Perawat merupakan komponen terbesar dari seluruh tim kesehatan, maka upaya upaya pencegahan dan penatalaksanaan keperawatan menjadi hal yang sangat penting karena perawat senantiasa berada di sisi klien dalam rentang waktu yang lama dibanding tim kesehatan lainnya. Melalui forum presentasi orientasi keperawatan jiwa kami berusaha memaparkan suatu topik dengan tema Asuhan Keperawatan pada Pengguna NAPZA.

f. Masalah Ekonomi dan Kemiskinan

Pengangguran lebih dari 40 juta orang menyebabkan rakyat Indonesia semakin terpuruk. Daya beli lemah, pendidikan rendah, lingkungan buruk, kurang gizi, mudah terigitasi, kekebalan menurun dan infrastruktur yang masih rendah menyebabkan banyaknya rakyat Indonesia yang mengalami gangguan jiwa. Masalah ekonomi merupakan yang paling dominan menjadi pencetus gangguan jiwa di Indonesia. Hal ini bisa dilihat saat terjadi kenaikan BBM selalu disertai dengan peningkatan dua kali lipat angka gangguan jiwa, ini diperparah dengan biaya sekolah mahal, biaya pengobatan tak terjangkau dan penggusuran yang kerap terjadi.

C. Keperawatan Kesehatan Jiwa

1. Pengertian

Word Health Organisation (WHO) mendefinisikan kesehatan mental sebagai kondisi dimana individu merasa sejahtera dengan kondisi tubuh, jiwa, sosial dan spiritual yang tidak hanya menderita gangguan maupun kecacatan tubuh.

Undang-Undang RI No 18 Tahun 2014 menjelaskan, kesehatan jiwa sebagai suatu kondisi dimana individu mampu melakukan aktifitas dengan fisik, mental, spiritual, dan kehidupan bermasyarakat, mampu menilai kemampuan diri sendiri, dapat mengatasi tekanan serta memiliki kemampuan untuk berkontribusi pada lingkungan sekitarnya (Stuart, 2013).

Undang-Undang No 18 Tahun 2014 menjelaskan bahwa gangguan jiwa adalah suatu kondisi individu mengalami gangguan proses pikir, perilaku, dan alam perasaan yang termanifestasi pada sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta mengakibatkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsinya sebagai manusia (Ayuningtyas & Rayhani, 2018).

Lingkup praktik keperawatan jiwa adalah proses asuhan keperawatan Jiwa yang dilakukan dengan berlandaskan ilmu perilaku manusia sebagai dasar, dimana perawat menggunakan dirinya sebagai alat terapis secara terapeutik untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan mental klien dan kesehatan mental masyarakat.

Individu dengan masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan kualitas hidup memiliki resiko mengalami gangguan jiwa atau sering disebut Orang Dengan Masalah Kejiwaan yang disingkat (ODMK).

Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah gangguan kejiwaan yang ditandai dengan bentuk perilaku menyimpang sebagai dampak distorsi pada kondisi emosional yang tidak stabil dan tidak terkontrol dengan baik (Nasir & Muhith, 2011).

Menurut Sutejo, (2017) seseorang dikatakan menderita penyakit gangguan jiwa jika ditemukan masalah pada fungsi otak baik berupa gangguan emosi, cara berpikir, cara berperilaku dan merespons sehingga mengganggu fungsi sosial penderita di masyarakat.

2. Kriteria Sehat Jiwa

WHO, mengemukakan bahwa kriteria sehat jiwa terdiri dari:

- a. Sikap positif terhadap diri sendiri hal ini dapat dipercaya jika melihat diri sendiri secara utuh/total contoh: membandingkan dengan teman sebaya pasti ada kekurangan dan kelebihan. Apakah kekurangan tersebut dapat diperbaiki atau tidak. Ingat, jangan mimpi bahwa anda tidak punya kelemahan.
- b. Aktualisasi diri dapat dilihat dari tumbuh dan berkembangnya fisik dan psikologis.
- c. Integrasi diharapkan mempunyai satu kesatuan yang utuh. Dimana tidak hanya menampilkan sisi positif saja tetapi negatif juga merupakan bagian anda. Jadi seluruh aspek merupakan satu kesatuan.
- d. Setiap individu yang telah dewasa, memiliki otonomi dalam mengambil keputusan untuk diri sendiri menerima saran dan kritik dari orang lain. Yang artinya bahwa perawat harus memahami bahwa setiap pasien jiwa memiliki hak atas keputusan yang ingin diambil.
- e. Persepsi sesuai dengan kenyataan Stressor sering dimulai secara tidak akurat. Contoh: putus pacar karena perbedaan adat (Ruswadi, 2018).

3. Ruang Lingkup Pelayanan Keperawatan Jiwa

Praktik keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di berbagai tatanan layanan kesehatan baik di Rumah Sakit (RS), Puskesmas, Polindes hingga Praktik Mandiri yang tersebar di komunitas.

Bentuk layanan keperawatan kesehatan jiwa yang dilakukan oleh tenaga kesehatan berupa promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Fasilitas layanan kesehatan yang ada di masyarakat terdiri dari 3 tingkatan yaitu:

- a. Layanan tingkat pertama dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan dasar
- b. Layanan tingkat kedua dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan spesialis

- c. Layanan kesehatan tingkat ketiga dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan subspesialis.

Beberapa jenis layanan fasilitas kesehatan yang ada di komunitas adalah:

- a. Rumah Sakit
- b. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)
- c. Praktik Mandiri (Dokter, Perawat dan Terapis)
- d. Klinik, dll.

4. Peran dan Fungsi Perawat Jiwa

Peran Perawat

Perawat jiwa memiliki peran dalam tingkat pelayanan kesehatan jiwa yaitu:

- a. Peran perawat prevensi primer
 - 1) Memberikan penyuluhan tentang prinsip
 - 2) Prinsip sehat jiwa
 - 3) Mengefektifkan perubahan dalam kondisi kehidupan tingkat kemiskinan dan pendidikan.
 - 4) Memberikan tempat memberikan pendidikan
 - 5) kesehatan
 - 6) Melakukan rujukan yang sesuai dengan sebelum gangguan jiwa terjadi
 - 7) Membantu klien di RSU untuk menghindari masalah psikiatri di masa mendatang
 - 8) Bersama-sama keluarga memberi dukungan pada anggota keluarga dan meningkatkan fungsi kelompok.
 - 9) Aktif dalam kegiatan masyarakat dan politik yang berkaitan dengan kesehatan jiwa.
- b. Peran dalam prevensi sekunder
 - 1) Melakukan skrining dan pelayanan evaluasi kesehatan jiwa
 - 2) Melakukan kunjungan rumah atau pelayanan
 - 3) Memberikan konsultasi
 - 4) Memberikan psikoterapi individu kelompok, keluarga, pada berbagai tingkat usia
 - 5) Memberikan pelayanan kedaruratan psikiatri di RS
 - 6) Menciptakan lingkungan yang terapeutik

- 7) Melakukan supervisi klien yang dapat kan pengobatan
- 8) Memberikan pelayanan pencegahan bunuh diri.
- 9) Memberikan intervensi pada komunitas dan organisasi yang telah teridentifikasi masalah yang dialami

Peran perawat kesehatan jiwa mempunyai peran yang bervariasi dan spesifikasi spek dari peran tersebut meliputi kemandirian dan kolaborasi diantaranya adalah:

a. Peran Pelaksana Pelayanan

Yaitu perawat memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan jiwa kepada individu, keluarga, dan komunitas. Perawat kesehatan jiwa menggunakan konsep perilaku manusia, perkembangan kepribadian dan konsep kesehatan jiwa serta gangguan jiwa dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan kepada individu, keluarga dan komunitas.

Proses pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan jiwa yaitu, pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan perencanaan, implementasi dan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.

b. Peran Perawat Pelaksana Pendidikan

Perawat memberi pendidikan kesehatan jiwa kepada individu keluarga dan komunitas agar pasien mampu merawat diri sendiri dan diharapkan anggota keluarga dan masyarakat dapat mengelola pikiran positif agar tetap berada pada kondisi sehat secara jiwa.

c. Peran Perawat Sebagai Pengelola Keperawatan

Perawat harus menunjukkan sikap kepemimpinan dan bertanggung jawab dalam mengelola asuhan keperawatan jiwa. Dalam melaksanakan perannya ini perawat diminta menerapkan teori manajemen dan kepemimpinan menggunakan berbagai strategi perubahan yang diperlakukan berperan serta dalam aktivitas pengelolaan kasus dan mengorganisasi

pelaksanaan berbagai terapi modalitas keperawatan.

d. Peran Perawat Sebagai Pelaksana Penelitian

Perawat mengidentifikasi masalah dalam bidang keperawatan jiwa dengan menggunakan hasil penelitian serta perkembangan ilmu dan teknologi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan jiwa.

Fungsi Perawat

Fungsi perawat jiwa adalah memberikan asuhan keperawatan secara langsung dan asuhan keperawatan secara tidak langsung. Fungsi tersebut dapat dicapai melalui aktivitas perawat jiwa, yaitu:

- a. Menciptakan lingkungan terapeutik yaitu lingkungan yang dapat memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien secara fisik, mental dan sosial sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan pasien.
- b. Proses asuhan keperawatan bertujuan membantu menangani masalah klien „'here and now" yaitu dalam membantu mengatasi masalah pasien secara cepat dan tepat.
- c. Perawat menggunakan diri sendiri sebagai alat dalam memberikan bantuan kepada pasien dengan menampilkan perilaku yang sesuai.
- d. Memperhatikan aspek fisik dari masalah kesehatan klien merupakan hal yang sangat penting, dalam hal ini perawat perlu memasukkan pengkajian biologis secara menyeluruh dalam evaluasi untuk mengidentifikasi adanya penyakit fisik sedini mungkin sehingga dapat diatasi dengan yang tepat.
- e. Memberikan pendidikan kesehatan yang ditunjukkan kepada pasien, keluarga dan komunitas yang mencakup pendidikan kesehatan jiwa, definisi gangguan jiwa, ciri-ciri sehat jiwa penyebab gangguan jiwa, ciri-ciri gangguan jiwa, fungsi dan tugas keluarga, dan upaya perawatan pasien gangguan jiwa.

- f. Sebagai perantara sosial yaitu perawat dapat menjadi perantara dari pihak pasien, keluarga dan masyarakat dalam memfasilitasi pemecah masalah pasien.
- g. Kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya adalah perawat membantu pasien membutuhkan kolaborasi dengan petugas kesehatan lain seperti dokter psikiatri, perawat kesehatan masyarakat, perawat komunitas, pekerja sosial, psikologi dan lain-lain.
- h. Memimpin dan membantu tenaga perawat adalah pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan jiwa yang didasarkan pada manajemen keperawatan kesehatan jiwa.

5. Standar Praktik Keperawatan Jiwa

Layanan keperawatan jiwa merupakan layanan kesehatan yang memiliki risiko tinggi terhadap pelanggaran-pelanggaran akan hak-hak pada pasien ODGJ. ODGJ dengan kondisi mental yang tidak stabil memiliki resiko tinggi mendapatkan perlakuan dan pelanggaran akan hak-hak asasi mereka. Sehingga diharapkan bagi tenaga kesehatan untuk mengetahui dan memahami hak-hak asasi pasien serta batasan-batasan yang harus diketahui perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien ODGJ. Standar pelayanan dan kode etik harus dipatuhi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa (Nurhalimah, 2016)

6. Model Konseptual dalam Keperawatan Jiwa

Berikut ini akan dijelaskan berbagai macam model konseptual yang dikembangkan oleh beberapa ahli di antaranya:

a. Psycanalytical (Freund, Ericson)

Merupakan model yang dikemukakan oleh singmung freund. Psikoanalisa meyakini bahwa penyimpangan perilaku pada usia dewasa berhubungan dengan perkembangan pada masa anak. Menurut model psycanalytical gangguan jiwa dikarenakan ego tidak berfungsi dalam mengontrol sehingga mendorong terjadinya penyimpangan perilaku (*Deviantion of*

Behavioral) dan konflik intrapsikis terutama pada masa anak-anak. Setiap fase perkembangan mempunyai tugas perkembangan yang harus dicapai gejala merupakan simbol dari konflik.

Proses terapi psikoanalisa memakan waktu yang lama. Proses terapi pada model ini menggunakan metode asosiasi bebas dan analisa mimpi tr transferen, bertujuan untuk memperbaiki trauma masa lalu. Contoh proses terapi pada model ini adalah: klien dibuat dalam keadaan tidur yang sangat dalam. Dalam keadaan tidak berdaya terapis menggali alam bawah sadar klien dengan berbagai pertanyaan-pertanyaan tentang pengalaman traumatic masa lalu. Dengan demikian, klien mengungkapkan semua pikiran dan mimpinya, sedangkan terapis berupaya untuk menginterpretasi. Peran perawat dalam model psycoanalytical yaitu Melakukan pengkajian keadaan traumatic atau stressor yang dianggap bermakna pada masa lalu misalnya (menjadi korban perilaku kekerasan fisik, sosial, emosional maupun seksual) dengan menggunakan pendekatan komunikasi terapeutik.

b. Interpersonal (Sullivan, Peplau)

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

Sullivan mengatakan dalam individu terhadap dua dorongan yaitu:

- 1) Dengan untuk kepuasan, berhubungan dengan kepuasan dasar seperti: lapar, kesepian, dan nafsu.
- 2) Dorongan untuk keamanan, berhubungan dengan kebutuhan budaya seperti penyesuaian norma sosial, nilai suatu kelompok tertentu.

Proses Terapi

Proses terapi terbagi atas dua komponen, yaitu Build feeling Security (berupaya membangun rasa aman pada klien) dan Trusting Relationship and Interpersonal Satisfaction (menjalin hubungan yang saling percaya) Prinsip dari terapi ini adalah mengoreksi pengalaman interpersonal dengan menjalin hubungan yang sehat.

Dengan reduksi, diharapkan klien belajar membina hubungan interpersonal yang memuaskan, mengembangkan hubungan saling percaya. Dan membina kepuasan dalam bergaul dengan orang lain sehingga klien merasa berharga dan dihormati.

Peran perawat dalam terapi ialah :

- 1) Anxieties (berbagi pengalaman mengenai apa-apa yang di rasa klien dan yang menyebabkan kecemasan klien dalam berhubungan dengan orang lain).
 - 2) Therapist use empathy and relationship (empati dan turut merasakan apa-apa yang dirasakan oleh klien). Perawat memberikan respon verbal yang mendorong rasa aman klien dalam berhubungan dengan orang lain
- c. Social (Kaplan, Szasz)

Model ini berfokus pada lingkungan fisik dan situasi sosial yang dapat menimbulkan stress dan mencetuskan gangguan jiwa (social and environmental factors create stress, which cause anxiety and symptom). Menurut Szasz, setiap individu bertanggung jawab terhadap perilakunya, mampu mengontrol dan menyesuaikan dan perilaku sesuai dengan nilai atau

budaya yang diharapkan masyarakat. Kaplan, meyakini bahwa, konsep pencegahan primer, sekunder dan tersier sangat penting untuk mencegah timbulnya gangguan jiwa. Situasi sosial yang dapat menimbulkan gangguan jiwa adalah kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya support sistem dan mekanisme coping yang maladaptif.

Proses Terapi

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

d. Existensial (Ellis, Rogers)

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

e. Supportive Therapy (Wermon, Rockland)

Wermond dan Rockland meyakini bahwa penyebab gangguan jiwa adalah faktor penyebab biopsikososial dan

respon maladaptif saat ini. Contoh aspek biologis : sering sakit maag, migraine, batuk-batuk. Aspek psikologisnya mengalami banyak keluhan seperti: cemas, kurang percaya diri, perasaan bersalah, ragu- ragu, pemarah. Aspek sosial seperti ketidakmampuan bergaul, menarik diri, tidak disukai, bermusuhan, tidak mampu mendapatkan pekerjaan, dan sebagainya.Semua hal tersebut terakumulasi menjadi penyebab gangguan jiwa.Fenomena tersebut muncul akibat ketidakmampuan dalam beradaptasi pada masalah- masalah yang muncul saat ini dan tidak ada kaitannya dengan masa lalu. Prinsip proses terapi pada model suportif adalah menguatkan respon koping adaptif. Terapis membantu klien untuk mengidentifikasi dan mengenal kekuatan atau kemampuan serta koping yang dimiliki klien, mengevaluasi kemampuan mana yang dapat digunakan untuk alternatif pemecahan masalah.Terapis berupaya untuk menjalin hubungan yang hangat dan empatik dengan klien untuk membantu klien menemukan koping klien yang adaptif.

f. Medical (Mayer, Kraeplin)

Menurut konsep ini penyebab gangguan jiwa adalah multifaktor yang kompleks, yaitu: aspek fisik, genetik, lingkungan dan faktor sosial. Model medical meyakini bahwa penyimpangan perilaku merupakan manifestasi gangguan sistem saraf pusat (SSP). Dicurigai bahwa depresi dan schizophrenia dipengaruhi oleh transmisi impuls neural, serta gangguan synaptic. Sehingga fokus penatalaksanaannya harus lengkap melalui pemeriksaan diagnostik, terapi somatik, farmakologik dan teknik interpersonal. Peran perawat dalam model medikal ini adalah melakukan kolaborasi dengan Tim medis dalam melakukan prosedur diagnostik dan terapi jangka panjang, terapis berperan dalam pemberian pemberian terapi, laporan mengenai dampak terapi, menentukan diagnosis, dan menentukan jenis

pendekatan terapi yang digunakan. Model medical terus mengeksplorasi penyebab gangguan jiwa secara ilmiah.

g. Model Komunikasi dan Komunikasi

Model perilaku mengatakan bahwa, penyimpangan perilaku terjadi jika pesan yang disampaikan tidak jelas. Penyimpangan komunikasi menyangkut verbal dan non verbal, posisi tubuh, kecepatan dan volume suara atau bicara. Proses terapi dalam model ini meliputi :

- 1) Memberi umpan balik dan klarifikasi masalah.
- 2) Memberi penguatan untuk komunikasi yang efektif.
- 3) Memberi alternatif koreksi untuk komunikasi yang tidak efektif.
- 4) Melakukan analisis proses interaksi.

h. Model Perilaku

Dikembangkan oleh H.J. Eysenck, J. Wilpe dan B.F. Skinner. Terapi modifikasi perilaku dikembangkan dari teori belajar (*learning theory*). Belajar terjadi jika ada stimulus dan timbul respon, serta respon dikuatkan (*reinforcement*). Proses terapi, terapi pada model perilaku dilakukan dengan cara :

- 1) Desentisasi dan relaksasi, dapat dilakukan bersamaan. Dengan teknik ini diharapkan tingkat kecemasan klien menurun.
- 2) Asertif training adalah belajar mengungkapkan sesuatu secara jelas dan nyata tanpa menyinggung perasaan orang lain.
- 3) Positive training
Mendorong dan menguatkan perilaku positif yang baru dipelajari berdasarkan pengalaman yang menyenangkan untuk digunakan pada perilaku yang akan datang.

4) Self regulasi.

Dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut. Pertama melatih serangkaian standar perilaku yang harus dicapai oleh klien. Selanjutnya klien diminta untuk melakukan self observasi dan self evaluasi terhadap perilaku yang ditampilkan. Langkah terakhir adalah klien diminta untuk memberikan reinforcement (penguatan terhadap diri sendiri) atas perilaku yang sesuai.

i. Model Adaptasi Stress Roy

Keperawatan adalah suatu disiplin ilmu dan ilmu tersebut menjadi landasan dalam melaksanakan praktik keperawatan (Roy, 1983). Lebih spesifik Roy (1986) berpendapat bahwa keperawatan sebagai ilmu dan praktik berperan dalam meningkatkan adaptasi individu dan kelompok terhadap kesehatan sehingga sikap yang muncul semakin positif. Keperawatan memberi perbaikan pada manusia sebagai satu kesatuan yang utuh untuk beradaptasi dengan perubahan terjadi pada lingkungan dan berespons terhadap stimulus internal yang mempengaruhi adaptasi. Jika ada stressor dan individu tidak dapat menggunakan koping secara efektif, maka individu tersebut memerlukan perawatan.

Tujuan keperawatan adalah meningkatkan interaksi individu dengan lingkungan, sehingga adaptasi dalam setiap aspek semakin meningkat. Komponen-komponen adaptasi mencakup fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan saling ketergantungan. Adaptasi adalah komponen pusat dalam model keperawatan. Didalamnya menggambarkan manusia sebagai sistem adaptif. Adaptasi menggambarkan proses koping terhadap stressor dan produk akhir dari koping. Proses adaptasi termasuk fungsi holistik bertujuan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif yang pada akhirnya meningkatkan integritas.

Proses adaptasi termasuk didalamnya proses interaksi manusia dengan lingkungan yang terdiri dari dua proses. Bagian pertama dari proses ini dimulai perubahan dalam lingkungan internal dan eksternal yang membutuhkan sebuah respon. Perubahan model adaptasi Roy digambarkan sebagai stressor atau stimulus fokal dan ditengahi oleh faktor-faktor kontekstual dan residual. Stressor menghasilkan interaksi yang biasanya disebut stress. Bagian kedua adalah mekanisme koping yang dirangsang untuk menghasilkan respon adaptif dan efektif.

Produk adaptasi adalah hasil dari proses adaptasi dan digambarkan dalam istilah kondisi yang meningkatkan tujuan-tujuan manusia yang meliputi: kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi dan penguasaan yang disebut integritas. Kondisi akhir ini adalah kondisi keseimbangan dinamik equilibrium yang meliputi peningkatan dan penurunan respon-respon. Setiap kondisi adaptasi baru dipengaruhi oleh adaptasi yang lain, sehingga dinamika equilibrium manusia berada pada tingkat yang lebih tinggi. Jarak yang besar dari stimulus dapat disepakati dengan suksesnya manusia sebagai sistem adaptif. Jadi peningkatan adaptasi mengarah pada tingkat-tingkat yang lebih tinggi pada keadaan sejahtera atau sehat. Adaptasi kemudian disebut sebagai suatu fungsi dari stimuli yang masuk dan tingkatan adaptasi.

j. Model Keperawatan

Pendekatan model keperawatan adalah model konsep yang digunakan dalam dan memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, secara holistik, bio- psiko-sosio-spiritual. Fokus penanganan pada model keperawatan adalah penyimpangan perilaku, , asuhan keperawatan berfokus pada respon individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial, dengan berfokus pada : rentang sehat

sakit berdasarkan teori dasar keperawatan dengan intervensi tindakan keperawatan spesifik dan melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan. Model ini mengadopsi berbagai teori antara lain, teori sistem, teori perkembangan dan teori interaksi (Yosep Iyus , & Sutini, 2016).

D. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dalam melakukan proses keperawatan. Pengkajian terdiri dari berbagai item yang harus diperoleh oleh seorang perawat. Data yang dikumpulkan dimulai dari biodata pasien, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama, riwayat penyakit saat ini dan terdahulu, riwayat penyakit keluarga, pola kebiasaan, data biologis, sosial, psikologis dan juga data spiritual (Stuart, G. 2014).

Seluruh data hasil pengkajian keperawatan jiwa kemudian dikelompokkan berdasarkan faktor penyebab, penilaian pada stressor, koping, dan kemampuan koping. Setelah diperoleh data, selanjutnya data tersebut dikelompokkan menjadi dua data yakni data obyektif dan data subyektif. Data obyektif adalah data yang berasal dari hasil pemeriksaan, sementara data subyektif adalah data yang berasal dari wawancara dengan klien atau keluarga. Selanjutnya data tersebut dianalisis. Dalam hal ini perawat dituntut untuk berfikir kritis guna merumuskan diagnosa keperawatan yang sesuai pada klien (Stuart, G. 2014).

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah data pengkajian terkumpul dan telah dianalisa, perawat akan merumuskan diagnosa sesuai data tersebut. Untuk menegakkan sebuah diagnosa yang tepat, perawat dituntut untuk mampu melakukan analisa dengan cermat dan berpikir kritis. Diagnosa keperawatan sebaiknya disusun berdasarkan skala prioritas, sehingga harapan implementasi asuhan keperawatan dapat berjalan tepat sasaran dan

mengurangi keluhan pada klien (Stuart, G. 2014).

3. Perencanaan

Rencana tindakan keperawatan adalah serangkaian rencana yang disusun secara cermat berorientasi pada diagnosa keperawatan. Rencana keperawatan terdiri dari daftar diagnosa, tujuan dan kriteria hasil, rencana tindakan, serta rasionalisasi penyusunan rencana tersebut (Stuart, 2013). Untuk melaksanakan kegiatan ini perawat dituntut untuk mampu menganalisa dan berpikir kritis untuk menentukan rencana keperawatan yang sesuai dan tepat sasaran kepada pasien.

4. Implementasi

Berbagai bentuk terapi pada klien dan keluarga dapat diterapkan, antara lain:

a. Terapi bermain

Pada umumnya merupakan media yang tepat bagi klien untuk mengekspresikan konflik yang belum terselesaikan, selain juga berfungsi untuk:

- 1) Menguasai dan mengasimilasi kembali pengalaman lalu yang tidak dapat dikendalikan sebelumnya
- 2) Berkomunikasi dengan kebutuhan yang tidak disadari
- 3) Berkomunikasi dengan orang lain
- 4) Menggali dan mencoba belajar bagaimana hubungan dengan diri sendiri, dunia luar dan orang lain.
- 5) Mencocokkan tuntutan dan dorongan dari dalam diri dengan realitas

b. Terapi keluarga

Semua anggota keluarga perlu diikutsertakan dalam terapi keluarga. Orang tua perlu belajar secara bertahap tentang peran mereka dalam permasalahan yang dihadapi dan bertanggungjawab terhadap perubahan yang terjadi pada klien dan keluarga. Biasanya cukup sulit bagi keluarga untuk menyadari bahwa keadaan dalam keluarga turut

menimbulkan gangguan pada anggota keluarganya. Oleh karena itu perawat perlu berhati-hati dalam meningkatkan kesadaran keluarga.

c. Terapi kelompok

Terapi kelompok dapat berupa suatu kelompok yang melakukan kegiatan atau berbicara. Terapi kelompok ini sangat bermanfaat untuk meningkatkan uji realitas, mengendalikan impuls (dorongan internal), meningkatkan harga diri, memfasilitasi pertumbuhan, kematangan dan keterampilan sosial klien. Kelompok dengan lingkungan yang terapeutik memungkinkan anggotanya untuk menjalin hubungan dan pengalaman sosial yang positif dalam suatu lingkungan yang terkendali.

d. Psikofarmakologi

Walaupun belum sepenuhnya diterima dalam psikiatri, tetapi bermanfaat untuk mengurangi gejala (hiperaktif, depresi, impulsif dan ansietas) dan membantu agar pengobatan lain lebih efektif. Pemberian obat ini tetap diawasi oleh dokter dan menggunakan pedoman yang tepat

e. Terapi individu

Ada berbagai terapi individu, terapi bermain psikoanalisa, psikoanalitis berdasarkan psikoterapi dan terapi bermain pengalaman. Hubungan antara klien dan terapist memberikan kesempatan pada klien untuk mendapatkan pengalaman mengenai hubungan positif dengan orang lain dengan penuh kasih sayang.

f. Pendidikan pada orang tua

Pendidikan pada orang tua merupakan hal penting untuk mencegah gangguan kesehatan jiwa klien, begitu pula untuk peningkatan kembali penyembuhan setelah dirawat. Orang tua diajarkan tentang tahap tumbuh kembang klien, sehingga orang tua dapat mengetahui perilaku yang sesuai dengan klien. Keterampilan berkomunikasi juga meningkatkan pengertian dan

empati antara orang tua dan anaknya.

g. Terapi lingkungan

Konsep terapi lingkungan dilandaskan pada kejadian dalam kehidupan sehari-hari yang dialami klien. Lingkungan yang aman dan kegiatan yang teratur dan terprogram, memungkinkan klien untuk mencapai tugas terapeutik dan rencana penyembuhan dengan berfokus pada modifikasi perilaku. Kegiatan yang terstruktur secara formal seperti: belajar, terapi kelompok dan terapi rekreasi. Kegiatan rutin meliputi: bangun pagi hari, makan dan jam tidur.

5. Evaluasi

Evaluasi atau biasa disebut catatan perkembangan ialah kegiatan yang dilakukan oleh seorang perawat secara terus menerus untuk menilai dan mengkaji pengaruh dan tindakan keperawatan yang dilakukan (Stuart, G. 2014). Evaluasi ini dilakukan untuk menilai respon klien dan membandingkannya dengan tujuan dan kriteria hasil. Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai satu bentuk pola pikir

BAB 2

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA HALUSINASI

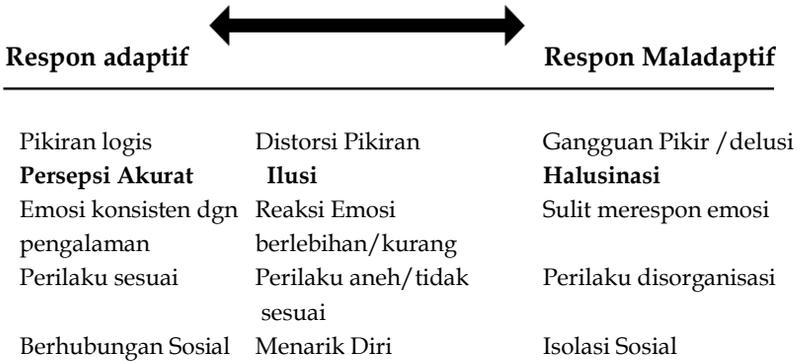
Dr. Suzanna, S.Kep Ns, M.Kep

A. Definisi

Halusinasi merupakan gangguan persepsi mayor yang terdiri dari beberapa jenis pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, taktil, dan pengecapian yang ditandai dengan pengalaman terjadi tanpa adanya rangsangan eksternal. Gangguan pikiran ditandai dengan ucapan yang kacau, pikiran dapat diblokir atau pikiran yang telah dimasukkan, ditarik oleh pikiran orang lain (Owen *et al.*, 2016; Watmuff *et al.*, 2016). Halusinasi diuraikan sebagai suatu keadaan dimana individu mengalami perubahan dalam pola dan jumlah stimulasi yang muncul baik secara internal atau eksternal, disertai dengan pengurangan, berlebihan, distorsi, atau kelainan berespon terhadap setiap stimulus (Owen *et al.*, 2016). Halusinasi dijelaskan juga sebagai suatu perubahan dalam jumlah dan pola dari stimulus yang diterima individu disertai dengan penurunan berlebihan distorsi atau kerusakan respon beberapa stimulus (Tiernan *et al.*, 2014). Berdasarkan uraian di atas maka dapat didefinisi bahwa halusinasi sebagai suatu keadaan dimana seseorang mengalami perubahan dalam jumlah dan pola rangsang yang datang atau mendekat dikaitkan dengan penurunan/peningkatan distorsi atau kerusakan respon terhadap rangsangan. Karakteristik halusinasi sesuai dengan jenis halusinasi terbagi menjadi halusinasi penglihatan, pendengaran, pengecapian, perabaan dan penghidu.

B. Rentang Respon Neurobiologis

Rentang Respon Neurobiologis



Gambar diatas menjelaskan mengenai rentang respon neurobiologis pada pasien yang mengalami halusinasi mulai dari respon adaptif yang ditandai dengan pikiran logis atau masuk akal dengan adanya persepsi akurat, emosi dan perilaku sesuai serta interaksi sosial juga sosial. Apabila dalam perjalanannya pikiran logis ini tidak dapat lagi dipertahankan maka akan muncul distorsi pikiran melalui ilusi yang ditandai dengan beberapa hal yaitu reaksi emosi yang berlebihan ataupun kurang, perilaku yang muncul aneh serta tidak sesuai dan sudah muncul juga perilaku menarik diri. Apabila distorsi pikiran ini terus menerus terjadi dan sulit untuk diatasi. Respon maladaptif dengan perilaku menyimpang yang muncul yakni halusinasi dengan delusi, sulit merespon emosi, perilaku disorganisasi dan isolasi sosial (Stuart, 2016).

C. Jenis Dan Fase Halusinasi

Berikut diuraikan jenis halusinasi yang banyak terjadi pada pasien gangguan jiwa yang dilengkapi dengan data objektif yaitu perilaku pasien yang dapat diamati, diobservasi dan diukur secara langsung dan data subjektif pasien (Owen et al., 2016).

Jenis Halusinasi	Data Objektif (Perilaku)	Data Subjektif
Halusinasi Pendengaran	Bicara/tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mencondongkan telinga ke arah tertentu dan menutup telinga	Mendengar suara-suara gaduh, bercakap dan menyuruh melakukan sesuatu
Halusinasi Penglihatan	Menunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada objek yang tidak jelas	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, kartun, hantu atau monster
Halusinasi Penghidu	Menghidu seperti sedang membaui tertentu & menutup hidung	Membraui bau-bauan seperti darah, feses, urine
Halusinasi Pengecapan	Sering meludah & muntah	Merasakan rasa seperti darah, urine dan feses
Halusinasi Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Mengatakan ada serangan di kulit dan merasa seperti tersengat listrik

Fase halusinasi terdiri dari empat fase yang dilengkapikan dengan tingkatan ansietas dan klasifikasi kondisi psikotik yang dirasakan oleh pasien (Fatani *et al.*, 2017; Dogra *et al.*, 2017; Miret *et al.*, 2016; Owen *et al.*, 2016; Watmuff *et al.*, 2016).

Fase Halusinasi	Tingkat Ansietas	Perilaku Pasien	Karakteristik
Fase I : Comforting Halusinasi sudah menyenangkan	Ansietas Sedang	Pasien tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai dengan stimulus Pergerakan mata yang cepat Respon verbal yang lambat jika sedang dalam keadaan menikmati halusinasinya Diam dan asyik sendiri	Pasien mengalami perasaan kesepian, rasa bersalah yang besar, cemas, takut dan fokus pada pikiran menyenangkan untuk menurunkan cemas. Pasien mengenali bahwa pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran pasien
Non Psikotik			
Fase II : Condemning Halusinasi menjadi menjijikan	Ansietas Berat	Pasien merasakan peningkatan denyut jantung, pernafasan serta tekanan darah	Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan yang dirasakan oleh pasien. Pasien menunjukkan perilaku sulit untuk mengontrol dan mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber atau stimulus yang dipersepsikan.

Fase Halusinasi	Tingkat Ansietas	Perilaku Pasien	Karakteristik
			Pasien akan mengalami pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain Psikotik ringan
Fase III: Controlling Pengalaman sensori menjadi berkuasa	Ansietas berat	Kemauan yang dikendalikan halusinasi akan lebih diikuti. Kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain. Rentang perhatian sangat terbatas, muncul tanda-tanda ansietas berat dengan berkeringat yang sangat banyak	Pasien mulai menghentikan perlawanan terhadap halusinasi yang dirasakan dan berada di fase menyerah. Isi halusinasi yang dirasakan semakin menarik. Pasien merasakan perasaan kesepian apabila sensori halusinasi terhenti Psikotik
Fase IV: Conquering	Panik Secara umum melebur dalam halusinasi	Munculnya perilaku teror karena pani. Muncul potensi yang kuat untuk perilaku bunuh diri. Aktivitas fisik yang menggambarkan isi halusinasi seperti perilaku	Adanya pengalaman sensori menjadi sesuatu yang mengancam apabila pasien tidak mengikuti isi atau perintah halusinasinya Psikotik berat

Fase Halusinasi	Tingkat Ansietas	Perilaku Pasien	Karakteristik
		kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik. Pasien tidak mampu untuk berespon terhadap perintah yang komplek serta tidak mampu berespon lebih dari satu orang	

D. Karakteristik Halusinasi

1. Disorientasi (waktu/ tempat/ orang)
2. Konsentrasi kurang
3. Penyimpangan pendengaran/ penglihatan
4. Gelisah
5. Mudah tersinggung
6. Perubahan kemampuan memecahkan masalah
7. Perubahan pola perilaku
8. Perubahan pola komunikasi

Karakteristik halusinasi sesuai dengan jenis halusinasi yang dialami

1. Halusinasi penglihatan: merasa melihat bayangan
2. Halusinasi pendengaran: merasa mendengar suara/ bisikan/ percakapan
3. Halusinasi pengecapan: merasa mengecap rasa seperti rasa darah/ urin/ feses
4. Halusinasi perabaan: merasa mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.
5. Halusinasi penghidu: Membau bau-bauan tertentu yang tidak menyenangkan.

Karakteristik halusinasi digambarkan di atas sebagai salah satu data awal yang harus diperhatikan oleh perawat dan dokter (Tandon, 2013)

Faktor yang berhubungan dengan insiden halusinasi

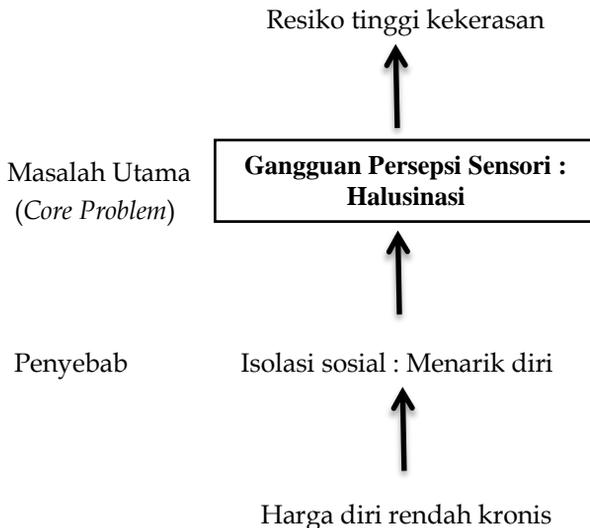
1. Rangsangan lingkungan yang berlebihan
2. Stress psikis
3. Perubahan penangkapan sensori, transmisi atau integrasi
4. Kurangnya rangsang lingkungan

Untuk menegakkan diagnosa ini perlu didapatkan data utama

1. Halusinasi sesuai karakteristik jenis halusinasi
2. Konsentrasi kurang
3. Penyimpangan pendengaran/ penglihatan
4. Perubahan pola perilaku (misal: bicara atau tertawa sendiri)
5. Perubahan pola komunikasi

Dalam penegakan diagnosa halusinasi yang berasal dari diagnosa medis yaitu skizofrenia diperlukan beberapa data utama yang harus muncul dan dirasakan oleh pasien (Buckley & Foster, 2014).

E. Pohon Masalah



Diagnosa keperawatan yang menjadi masalah utama dari pohon masalah diatas adalah gangguan persepsi sensori; halusinasi (Herdman, 2009).

F. Intervensi Generalis

1. Tindakan Keperawatan untuk Pasien

a. Tujuan tindakan untuk pasien meliputi:

- 1) Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
- 2) Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- 3) Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

b. Tindakan Keperawatan

1) Membantu pasien mengenali halusinasi.

Dapat melakukan dengan berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/ dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan pasien saat halusinasi muncul (Towsend, 2009).

2) Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara yang dijelaskan secara mendalam yang dapat dijadikan panduan dalam penerapan implementasi keperawatan (Herdman, 2009; Owen et al., 2016; Towsend, 2009).

a) Menghardik halusinasi

Menjelaskan cara menghardik halusinasi, memperagakan cara menghardik, meminta pasien memperagakan ulang, memantau penerapan cara ini, dan menguatkan perilaku pasien

b) Bercakap-cakap dengan orang lain

Untuk mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi; fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut.

c) Melakukan aktivitas yang terjadual

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dapat dilakukan dengan cara: menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi, mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien, melatih pasien melakukan aktivitas, menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih, memantau pelaksanaan jadwal kegiatan dan memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

d) Menggunakan obat secara teratur

Untuk mampu mengontrol halusinasi pasien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat: jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa, jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program, jelaskan akibat bila putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat/berobat, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis).

3) Terapi Aktivitas kelompok: Stimulasi Persepsi, Halusinasi

2. Tindakan Keperawatan Kepada Keluarga juga diperlukan untuk diterapkan pada keluarga pasien untuk mencapai tingkat pemulihan yang baik pada pasien skizofrenia (Buckley & Foster, 2014; Townsend, 2009).

a. Tujuan untuk keluarga adalah :

Keluarga dapat merawat pasien di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.

b. Tindakan Keperawatan:

1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien

- 2) Berikan pendidikan kesehatan pada keluarga meliputi: pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami oleh pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi
- 3) Berikan kesempatan pada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi
- 4) Buat perencanaan pulang dengan keluarga

G. Intervensi Spesialis

1. Terapi Individu: terapi perilaku (Stuart, 2016).
2. Terapi Kelompok: psikoedukasi kelompok
3. Terapi Keluarga: triagle terapi
4. Terapi Komunitas: *assertive community therapy* (Herdman, 2009).

H. Analisa Data

1. Data Subjektif :mengungkapkan mendengar/melihat sesuatu yang orang lain tidak melihat, mengungkapkan penilaian terhadap halusinasinya (Herdman, 2009).
2. Data Obyektif: berbicara dan tertawa sendiri, bersikap seperti mendengarkan sesuatu, berhenti bicara di tengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu, pikiran cepat berubah-ubah, kekacauan alur pikir, disorientasi, konsentrasi rendah (Towsend, 2009).

I. Diagnosa Keperawatan

Gangguan sensori persepsi : Halusinasi

J. Intervensi Keperawatan

1. Membantu klien mengenali halusinasinya (isi, waktu, frekuensi, situasi dan respon pasien saat halusinasi muncul)
2. Membantu klien mengontrol halusinasinya: cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas yang terjadwal dan menggunakan obat secara teratur

3. Mengikuti program pengobatan secara optimal. Intervensi ini harus dapat diterapkan semua pada pasien jiwa dan keluarga (Buckley & Foster, 2014; Towsend, 2009).

K. Strategi Pelaksanaan Tindakan Klien Dengan Halusinasi

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

Ny KD (37) dibawa kerumah sakit karena mulai bicara dan tertawa sendiri, dan tidak mau beraktivitas seperti biasa. Klien ditinggal oleh anak dan suami sejak 3 tahun yang lalu. Klien tinggal bersama orang tuanya.

Hasil Observasi :

Ekspresi wajah terlihat murung, gelisah, dan tampak Ny KD berbicara sendiri disertai tertawa sendiri dan terkadang menutup telinga

b. Diagnosa Keperawatan

Halusinasi pendengaran

c. Tujuan tindakan keperawatan

- 1) Klien mengenali halusinasi yang dialami (isi, waktu, frekuensi, situasi dan respon pasien saat halusinasi muncul)
- 2) Klien dapat mengontrol halusinasinya: cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas yang terjadwal dan menggunakan obat secara teratur
- 3) Klien dapat mengikuti program pengobatan secara optimal

d. Tindakan keperawatan :

- 1) Membantu klien mengenali halusinasi yang dialami (isi, waktu, frekuensi, situasi dan respon pasien saat halusinasi muncul)
- 2) Melatih klien mengontrol halusinasinya cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas yang terjadwal dan menggunakan obat secara teratur

3) Melatih klien mengikuti program pengobatan secara optimal

2. Strategi Komunikasi

Orientasi

Salam Terapeutik :

"Assalamualaikum Ibu KD Perkenalkan nama saya Anna senang dipanggil suster Anna, Saya adalah Co-ners yang bertugas merawat Ibu selama 4 hari mulai pagi ini sampai minggu depan hari yang sama mulai dari jam 8.00 Wib sampai dengan jam 14.00 WIB. Nama Ibu S siapa ? Suka di panggilnya apa ?"

Evaluasi/Validasi :

"Bagaimana perasaan Ibu KD pagi hari ini ? Oh, jadi Ibu KD merasa tidak semangat pagi ini?"

Kontrak :

"Bagaimana kalau sekarang kita bercakap-cakap tentang apa yang Ibu KD rasakan sehubungan dengan kondisi Ibu sekaligus cara mengatasinya? Tidak lama, hanya sekitar 15 menit dari jam 08.00 s/d 08.15.Dimana tempatnya Ibu? Bagaimana kalau di sini saja ya (Teras) ?"

Kerja :

Apa yang Ibu rasakan sekarang ? Adakah hal yang Ibu pikirkan terkait kondisi yang sedang dihadapi ? Apakah ada perasaan khawatir? Oh, jadi Ibu merasa sering gelisah, susah tidur? Apa yang menyebabkan Ibu sering gelisah dan susah tidur? Jadi Ibu sering mendengarkan suara-suara di malam hari? Apakah suara itu mengganggu bapak? Apakah yang disampaikan oleh suara itu?berapa kali bapak mendengar suara itu dalam semalam? Menurut Ibu , apa yang Ibu yakini tentang kondisi itu? Bagaimana dukungan keluarga atau orang yang terdekat dengan Ibu terkait kondisi saat ini? Bagaimana dengan pembiayaan rumah sakit dan biaya hidup Ibu ?Adakah orang yang sangat berarti buat Ibu saat ini?oh, jadi suami dan anak telah meninggalkan ibu sejak 3 tahun yang lalu? Bagaimana hubungan ibu dengan teman – teman kantor atau teman – teman waktu kuliah? Apakah sekarang masih berkomunikasi?jadi mereka sudah tidak peduli lagi dengan Ibu ? Bagaimana dengan saudara kandung Ibu, apakah mereka pernah

menjenguk? Oh, Jadi mereka tidak peduli? Apa yang Ibu rasakan dengan perlakuan keluarga saat ini?

Apa yang biasanya Ibu lakukan kalau perasaan minder itu mulai muncul? Apakah Ibu pernah menyampaikan masalah ini ke orang-orang terdekat? Kalau pernah kepada siapa Ibu menceritakan masalah ini? Apa yang biasa Ibu lakukan untuk mengatasi masalah yang hadapi?

Baiklah Ibu , mari kita bicarakan cara mengontrol, halusinasi dengan ibu hardik suara itu jika muncul, kemudian tutup telinga ibu sambil mengatakan pergi!bisa juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasinya muncul, atau dengan melakukan aktivitas yang terjadwal

Terminasi :

a. Evaluasi :

"Sudah 15 menit kita berbincang ya Ibu, bagaimana perasaan Ibu setelah kita berbincang -bincang?Apakah bermanfaat bagi Ibu?Bagus .. Coba Ibu ceritakan lagi apa yang sudah kita obrolkan hari ini. Bagus sekali,..

b. Tindak Lanjut :

Tadi kita sudah membicarakan cara mengontrol halusinasi ibu, nanti jika suara itu muncul coba ibu lakukan cara yang sudah kita latih tadi.....

c. Kontrak :

Besok pagi jam 09.00 kita akan bertemu lagi untuk membuat jadwal kegiatan harian. Bagaimana kalau kita bertemu di tempat ini saja?baiklah saya akan pamit dulu. Sampai ketemu besok ya ibu ,.. Assalamualaikum WW

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH

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

A. Konsep Dasar Harga Diri Rendah

1. Pengertian Harga Diri Rendah

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam hubungan dengan orang lain, termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungan dan nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek, tujuan serta keinginannya, Bech William dan Rawlin lebih menjelaskan bahwa konsep diri adalah cara individu memandang dirinya secara utuh, emosional dan intelektual, sosial dan spiritual.

Menurut Stuart & Sundeen, harga diri rendah adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Menurut Carpenito, harga diri rendah merupakan keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif mengenai diri ataupun kemampuan diri. Menurut Keliat dalam Yoseph, harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri.

Harga Diri Rendah adalah penilaian tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri.

Harga diri rendah adalah pencapaian penilaian pribadi terhadap seberapa jauh pemenuhan ideal diri perilakunya, apabila individu mengalami kegagalan, tidak dicintai, atau tidak diterima di lingkungan maka harga diri rendah dapat terjadi.

Harga diri rendah adalah perasaan negatif terhadap dirinya sendiri menyebabkan kehilangan rasa percaya diri, pesimis, dan tidak berharga di kehidupan.

Harga Diri rendah adalah komponen episode depresi mayor, dimana aktivitas merupakan bentuk hukuman atau punishment (Stuart & Laria, 2005).

2. Proses Terjadinya Harga Diri Rendah

Hasil riset menyimpulkan bahwa harga diri rendah diakibatkan oleh rendahnya cita-cita seseorang. Hal ini mengakibatkan berkurangnya dalam pencapaian tujuan.

Penyebab terjadinya harga diri rendah adalah pada masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya, saat individu mencapai masa remaja keberadaannya kurang di hargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima, menjelang dewasa awal sering gagal di sekolah, pekerjaan, atau pergaulan, harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntun lebih dari kemampuannya.

3. Faktor Predisposisi dan Presipitasi

a. Faktor Predisposisi

Terjadinya harga diri rendah adalah penolakan orang tua, harapan orangtua yang tidak realistis, orangtua yang tidak percaya, tekanan teman sebaya dan kultur sosial yang berubah (Yosep, 2011). Proses terjadinya harga diri rendah kronis juga dipengaruhi beberapa faktor predisposisi seperti faktor biologis, psikologis, sosial dan kultural.

1) Faktor biologis

Faktor predisposisi yang berasal dari biologis dapat dilihat sebagai suatu keadaan atau faktor resiko yang dapat mempengaruhi peran manusia dalam

menghadapi stressor.

2) Faktor Psikologis

Harga diri rendah sangat berhubungan dengan pola asuh dan kemampuan individu menjalankan peran dan fungsi. Penilaian individu terhadap diri sendiri karena kegagalan menjalankan fungsi dan peran. Termasuk dalam harga diri rendah situasional. Harga diri rendah situasional merupakan pengembangan persepsi negatif tentang dirinya sendiri pada suatu kejadian.

3) Faktor sosial dan kultural

Secara sosial status ekonomi sangat mempengaruhi proses terjadinya harga diri rendah. Dimana dalam kehidupan sehari-hari anak tumbuh kembang di tiga tempat, yaitu dirumah, disekolah, di lingkungan.

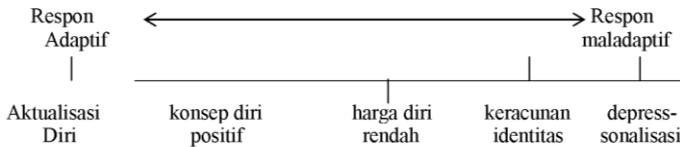
b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, kehilangan orang yang dicintai perubahan penampilan atau bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun (Yosep, 2011).

Secara umum gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi pada situasional atau kronik, secara situasional atau kronik, secara situasional misalkan trauma muncul secara tiba-tiba misalkan kecelakaan, dioperasi, pemerkosaan, atau dipenjarakan termasuk dirawat dirumah sakit, biasa menyebabkan harga diri rendah karena penyakit fisik ataupun pemasangan alat bantu yang membuat klien tidak nyaman. Penyebab lain adalah harapan fungsi tubuh yang tidak tercapai serta perlakuan petugas kesehatan yang kurang menghargai klien dan keluarga (Damaiyanti & Iskandar, 2012).

Secara kronik yaitu perasaan negatif terhadap diri telah berlangsung lama yaitu sebelum sakit/dirawat. Pasien mempunyai cara berfikir yang negatif, kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya. Kondisi ini dapat menyebabkan respon yang maladaptif, kondisi ini dapat ditemukan pada pasien gangguan fisik kronis (Damaiyanti & Iskandar, 2012).

4. Rentang Respon Harga Diri Rendah



Gambar 1.1 Rentang respon konsep diri rendah

Sumber : (Fajariyah, 2012)

Menurut Stuart dan Sundeen (1998) respon individu terhadap konsep dirinya sepanjang rentang respon konsep diri yaitu adaptif dan maladaptif.

- a. Aktualisasi diri adalah pernyataan diri positif tentang latar belakang pengalaman nyata yang sukses diterima.
- b. Konsep diri positif adalah mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri
- c. Harga diri rendah adalah transisi antara respon diri adaptif dengan konsep diri maladaptif
- d. Keracunan identitas adalah kegagalan individu dalam kemalangan aspek psikososial dan kepribadian dewasa yang harmonis
- e. Depersonalisasi adalah perasaan yang tidak realistis terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain.

5. Tanda dan Gejala
 - a. Mengkritik diri sendiri
 - b. Menarik diri dari hubungan sosial
 - c. Pandangan hidup yang pesimis
 - d. Perasaan lemah dan takut
 - e. Penolakan terhadap kemampuan diri sendiri
 - f. Pengurangan diri/mengejek diri sendiri
 - g. Hidup yang berpolarisasi
 - h. Ketidakmampuan menentukan tujuan
 - i. Merasionalisasi penolakan
 - j. Ekspresi wajah malu dan rasa bersalah
 - k. Menunjukkan tanda depresi (sukar tidur dan sukar marah)
(Menurut Carpenito dalam Keliat, 2011)
6. Mekanisme Koping

Mekanisme koping termasuk pertahanan koping jangka panjang atau jangka pendek serta penggunaan mekanisme pertahanan ego untuk melindungi diri sendiri dalam menghadapi persepsi diri yang menyakitkan.

- a. Pertahanan jangka pendek meliputi :
 - 1) Aktivitas yang memberikan pelarian sementara dari krisis identitas diri
 - 2) Aktivitas yang memberikan identitas pengganti sementara.
 - 3) Aktivitas sementara menguatkan atau meningkatkan perasaan diri yang tidak menentu.
 - 4) Aktivitas yang merupakan upaya jangka pendek untuk membuat identitas di luar dari hidup dan tidak bermakna saat ini.
- b. Pertahanan jangka Panjang meliputi :
 - 1) Penutupan identitas
Adopsi identitas prematur yang diinginkan oleh orang terdekat tanpa memperhatikan keinginan, aspirasi atau potensi diri individu.
 - 2) Identitas negatif
Asumsi identitas yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan yang diterima masyarakat

7. Terapi Somatik

Terapi somatik adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku yang adaptif dengan melakukan tindakan dalam bentuk perlakuan fisik.

a. ECT (*Electro Convulsif Therapy*)

Merupakan suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik dan menimbulkan kejang pada penderita baik tonik maupun klonik.

Indikasinya yaitu:

- 1) Klien depresi pada psikosis manik depresi, klien skizofrenia stupor katatonik dan gaduh gelisah katatonik.
- 2) Klien dengan penyakit depresi mayor yang tidak respon terhadap anti depresan atau yang tidak dapat minum obat.
- 3) Klien dengan gangguan bipolar yang tidak respon terhadap obat

Kontra indikasinya yaitu :

- 1) Peningkatan tekanan intra kranial
- 2) Keguguran pada kehamilan
- 3) Gangguan sistem muskuloskeletal, osteoarthritis berat, osteoporosis.
- 4) Gangguan sistem kardiovaskuler
- 5) Gangguan sistem pernafasan

b. Fototerapi atau sinar

Terapi ini diberikan dengan memaparkan klien dengan sinar terang yaitu 5-20 kali lebih terang dari sinar ruangan. Klien disuruh duduk dengan mata terbuka dan 1,5 meter di depan klien diletakkan lampu flouresen spectrum luas setinggi mata. Waktu dan dosis terapi ini bervariasi pada tiap individu.

Terapi sinar berlangsung dalam waktu yang tidak lama namun cepat menimbulkan efek terapi. Efek samping berupa nyeri kepala, insomnia, kelelahan, mual, mata kering dan rasa Lelah pada mata.

c. Penatalaksanaan Medis

Struktur otak yang mungkin mengalami gangguan pada kasus harga diri rendah adalah:

1) Sistem limbic yaitu pusat emosi, dilihat dari emosi pada klien dengan harga diri rendah yang kadang berubah seperti sedih dan terus merasa tidak berguna atau gagal terus menerus.

a) Hipotalamus yang juga mengatur mood dan motivasi. Karena melihat kondisi klien dengan harga diri rendah yang membutuhkan lebih banyak motivasi dan dukungan dari perawat.

b) Thalamus, sistem pintu gerbang atau menyaring fungsi untuk mengatur arus informasi sensori yang berhubungan dengan perasaan untuk mencegah berlebihan di korteks. Kemungkinan pada klien dengan harga diri rendah apabila ada kerusakan pada thalamus ini maka arus informasi sensori yang masuk tidak dapat dicegah atau dipilih sehingga menjadi berlebihan yang mengakibatkan perasaan negatif yang ada selalu mendominasi pikiran dari klien.

c) Amigdala yang berfungsi untuk emosi.

Adapun jenis alat yang yang digunakan untuk mengetahui gangguan struktur otak adalah :

1) Electroencephalogram (EEG) adalah suatu pemeriksaan yang bertujuan memberikan informasi penting tentang kerja dan fungsi otak.

2) CT Scan, untuk mendapatkan gambaran otak tiga dimensi

3) Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT), melihat wilayah otak dan tanda-tanda abnormalitas pada otak dan menggambarkan perubahan-perubahan aliran darah yang terjadi.

- 2) Gangguan Neurotransmitter di otak seperti :
- a) Acetylcholine (Ach), untuk pengaturan atensi dan mood
 - b) Norepinephrine, mengatur fungsi kesiagaan, pusat perhatian dan orientasi, mengatur fight-flight dan proses pembelajaran dan memori, mengalami penurunan yang mengakibatkan kelemahan dan depresi.
 - c) Serotonin, mengatur status mood dan mengalami penurunan yang mengakibatkan klien lebih dikuasai oleh pikiran-pikiran negatif dan tidak berdaya
 - d) Glutamat mengalami penurunan terlihat dari kondisi klien yang kurang energi, selalu terlihat mengantuk.

Adapun jenis alat untuk pengukuran neurotransmitter adalah :

- 1) Positron Emission Tomography (PET), mengukur emisi atau pancaran dari bahan kimia radioaktif yang diberi label dan telah disuntik ke dalam aliran darah untuk menghasilkan gambaran dua atau tiga dimensi melalui distribusi dari bahan kimia tersebut di dalam tubuh dan otak.
PET dapat memperlihatkan gambaran aliran darah, oksigen, metabolisme glukosa dan konsentrasi obat dalam jaringan otak.
- 2) Transcranial Magnetic Stimulations (TMS), dikombinasikan dengan MRI, para ahli dapat melihat dan mengetahui fungsi spesifik dari otak. TMS dapat menggambarkan proses motorik dan visual dan dapat menghubungkan antara kimiawi dan struktur otak dengan perilaku manusia dan hubungannya dengan gangguan jiwa.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Data-data tersebut dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki klien. Data-data yang diperoleh selama pengkajian juga dapat dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Data subjektif merupakan data yang disampaikan secara lisan oleh klien maupun keluarga klien melalui proses wawancara. Sedangkan data objektif adalah data yang ditemukan secara nyata pada klien melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat. Adapun isi dari pengkajian tersebut adalah :

a. Keluhan Utama atau alasan masuk

Apa yang menyebabkan klien atau keluarga datang atau dirawat di rumah sakit, apakah sudah tahu penyakit sebelumnya dan apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini.

b. Faktor predisposisi

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

c. Faktor presipitasi

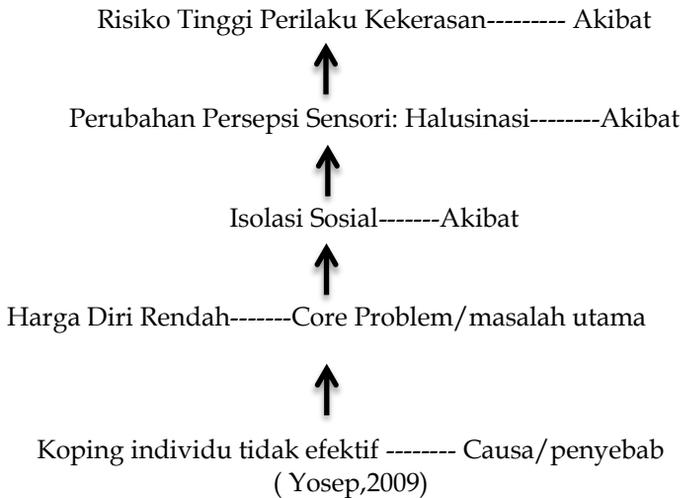
Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah kronik adalah hilangnya sebagian anggota tubuh, berubahnya penampilan atau bentuk tubuh, mengalami kegagalan serta menurunnya produktivitas (Fitria, 2009).

d. Konsep diri

a. Gambaran diri : persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

- b. Ideal diri : persepsi individu tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau nilai personal tertentu.
- c. Harga diri: penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisis perilaku dirinya dengan ideal diri
- d. Peran: serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu di berbagai kelompok sosial.

2. Pohon Masalah



3. Diagnosa Keperawatan

- a. Harga diri rendah kronis
- b. Koping individu tidak efektif
- c. Risiko tinggi perilaku kekerasan
- d. Perubahan sensori persepsi : Halusinasi
- e. Isolasi sosial

4. Perencanaan

Perawat kesehatan jiwa mengembangkan rencana asuhan yang menggambarkan intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan. Rencana asuhan digunakan untuk memandu intervensi terapeutik secara sistematis dan mencapai hasil pasien yang diharapkan

5. Tindakan Keperawatan

a. Tujuan

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki.
- 2) Pasien dapat memilih kegiatan yang sesuai kemampuan
- 3) Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai dengan kemampuan
- 4) Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih

b. Tindakan keperawatan

- 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien. Untuk membantu pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimilikinya, perawat dapat mendiskusikan bahwa sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien seperti kegiatan pasien di rumah sakit, dalam keluarga dan lingkungan serta memberikan pujian yang realistis dan hindari memberikan penilaian yang negatif.
- 2) Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan dengan cara mendiskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini, bantu pasien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien, perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif
- 3) Membantu pasien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih dengan cara mendiskusikan dengan pasien beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari serta membantu pasien menentukan kegiatan mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri, mana kegiatan yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien berikan contoh

pelaksanaan kegiatan yang dilakukan pasien. Susun bersama pasien dan buat daftar kegiatan sehari-hari.

- 4) Melatih kemampuan yang dimiliki pasien dengan cara mendiskusikan dengan pasien untuk melatih kemampuan yang dipilih, bersama pasien memperagakan kegiatan yang ditetapkan serta memberikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan pasien.
- 5) Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih dengan cara memberi kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan, beri pujian atas kegiatan-kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari, susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih, berikan kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.

6. Evaluasi

Perawat Kesehatan jiwa mengevaluasi perkembangan pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan. Asuhan keperawatan adalah proses dinamik yang melibatkan perusahaan dalam status Kesehatan pasien sepanjang waktu, pemicu kebutuhan terhadap data baru, berbagai diagnosis dan modifikasi rencana asuhan. Oleh karena itu, evaluasi merupakan suatu proses penilaian berkesinambungan tentang pengaruh intervensi keperawatan dan regimen pengobatan terhadap status Kesehatan pasien dan hasil Kesehatan yang diharapkan.

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL

Armayani. S.Kep. Ns. M.Kes

A. Pendahuluan

Gangguan jiwa merupakan suatu kondisi terganggunya fungsi mental, emosi, pikiran, kemauan, perilaku psikomotorik dan verbal, yang menjadi kelompok gejala klinis yang disertai oleh penderita dan mengakibatkan terganggunya fungsi humanistik individu gangguan jiwa dikarakteristikkan sebagai respon maladaptif diri terhadap lingkungan yang ditunjukkan dengan pikiran, perasaan, tingkah laku yang tidak sesuai dengan norma setempat dan kultural sehingga mengganggu fungsi sosial, kerja dan fisik individu yang biasa disebut dengan skizofrenia (sari & maryatun, 2020).

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku, pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru afek yang datar atau tidak sesuai, dan berbagai gangguan aktivitas motorik yang bizzare (perilaku aneh), pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi (astuti, 2020). skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi serta penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham,

halusinasi, dan perilaku aneh (pardede 2018).

Gangguan jiwa (psikosis) merupakan suatu keadaan jiwa yang tidak mempunyai hubungan dengan realitas, dimana selama periode gangguan jiwa, individu tersebut tidak menyadari apa yang dialami orang lain tentang hal yang sama dan orang lain tidak mempunyai respons dengan cara yang sama (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016). Gangguan jiwa yang banyak dirawat di rumah sakit adalah skizofrenia dengan angka prevalensi skizofrenia di dunia cukup tinggi yaitu sekitar 24 juta orang, sedangkan di Indonesia berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar 2013 berjumlah 1,7 permil atau dapat dikatakan bahwa terdapat satu sampai dua orang yang mengalami gangguan jiwa dalam seribu penduduk Indonesia (Kemenkes, 2013; WHO, 2011).

B. Pengertian Isolasi Sosial

Isolasi sosial adalah keadaan dimana individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya (damaiyanti, 2012). klien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (keliat, 2011). isolasi sosial juga merupakan kesepian yang dialami individu dan dirasakan saat didorong oleh keberadaan orang lain sebagai pernyataan negatif atau mengancam (nanda-i dalam damaiyanti, 2012). isolasi sosial merupakan suatu gangguan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial (depkes, 2000 dalam direja, 2011). isolasi sosial merupakan upaya klien untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain maupun komunikasi dengan orang lain (trimelia, 2011).

C. Etiologi

Terjadinya gangguan ini dipengaruhi oleh faktor predisposisi diantaranya perkembangan dan sosial budaya. Kegagalan dapat mengakibatkan individu tidak percaya pada diri, tidak percaya pada orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan, dan merasa tertekan. Keadaan ini menimbulkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, lebih suka berdiam diri, menghindari dari orang lain, dan kegiatan sehari-hari (Direja, 2011).

1. Faktor predisposisi menurut Direja (2011) faktor predisposisi yang mempengaruhi masalah isolasi sosial yaitu:

a. Faktor Tumbuh Kembang

Pada setiap tahapan tumbuh kembang individu ada tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tidak terjadi gangguan dalam hubungan sosial. Apabila tugas-tugas dalam setiap perkembangan tidak terpenuhi maka akan menghambat fase perkembangan sosial selanjutnya.

Tahap perkembangan tugas masa bayi menetapkan rasa percaya. Masa bermain mengembangkan otonomi dan awal perilaku mandiri. Masa pra sekolah belajar menunjukkan inisiatif, rasa tanggung jawab, dan hati nurani. Masa sekolah belajar berkompetisi, bekerja sama, dan berkompromi. Masa pra remaja menjalin hubungan intim dengan teman sesama jenis kelamin. Masa remaja menjadi intim dengan teman lawan jenis atau bergantung. Masa dewasa muda menjadi saling bergantung antara orang tua dan teman, mencari pasangan, menikah dan mempunyai anak. Masa tengah baya belajar menerima hasil kehidupan yang sudah dilalui. Masa dewasa tua berduka karena kehilangan dan mengembangkan perasaan keterikatan dengan budaya.

b. Faktor Komunikasi Dalam Keluarga

Gangguan komunikasi dalam keluarga merupakan faktor pendukung untuk terjadinya gangguan hubungan sosial, seperti adanya komunikasi yang tidak jelas (double

bind) yaitu suatu keadaan dimana individu menerima pesan yang saling bertentangan dalam waktu bersamaan, dan ekspresi emosi yang tinggi di setiap berkomunikasi.

c. Faktor Sosial Budaya

Isolasi sosial atau mengasingkan diri dari lingkungan sosial merupakan suatu faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Hal ini disebabkan oleh norma-norma yang salah dianut oleh keluarga, dimana setiap anggota keluarga yang tidak produktif seperti lanjut usia, berpenyakit kronis, dan penyandang cacat diasingkan dari lingkungan sosial.

faktor biologis

Faktor biologis juga merupakan salah satu faktor pendukung yang menyebabkan terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Organ tubuh yang jelas mempengaruhi adalah otak. Klien skizofrenia yang mengalami masalah dalam hubungan sosial terdapat struktur yang abnormal pada otak, seperti atrofi otak, perubahan ukuran dan bentuk sel-sel dalam limbik dan kortikal (Sutejo, 2017). Klien yang mengalami gangguan jiwa memiliki ciri-ciri biologis yang khas terutama susunan dan struktur saraf pusat, biasanya klien dengan skizofrenia mengalami pembesaran ventrikel ke-3 sebelah kirinya. Ciri lainnya yaitu memiliki lobus frontalis yang lebih kecil dari rata-rata orang normal (Yosep, 2009). Menurut Candel dalam Yosep (2009), pada klienskizofrenia memiliki lesi pada area Wernick's dan area Broca biasanya disertai dengan afasia serta disorganisasi dalam proses bicara. Adanya hiperaktivitas dopamin pada klien dengan gangguan jiwa seringkali menimbulkan gejala skizofrenia.

Menurut hasil penelitian, neurotransmitter tertentu seperti norepinephrine pada klien dengan gangguan jiwa memegang peranan dalam proses learning, memory reinforcement, siklus tidur dan bangun, kecemasan, pengaturan aliran darah dan metabolisme. Menurut

singgih dalam yosep (2009), gangguan mental dan emosi juga bisa disebabkan oleh perkembangan jaringan otak yang tidak cocok (aphasia). kadang-kadang seseorang dilahirkan dengan perkembangan cortex cerebri yang kurang sekali, atau disebut sebagai otak yang rudimenter. contoh gangguan tersebut terlihat pada microcephaly yang ditandai oleh kecilnya tempurung otak. adanya trauma pada waktu kelahiran, tumor, infeksi otak seperti encephalitis lethargica, gangguan kelenjar endokrin seperti tiroid, keracunan CO (carbon monoxide) serta perubahan-perubahan karena degenerasi yang mempengaruhi sistem persyarafan pusat (yosep, 2009).

2. Patopsikologi Isolasi Sosial

Menurut Stuart and Sundeen (2007) dalam Ernawati (2009). salah satu gangguan berhubungan sosial diantaranya perilaku menarik diri atau isolasi sosial yang disebabkan oleh perasaan tidak berharga, yang bisa dialami klien dengan latar belakang yang penuh dengan permasalahan, ketegangan, kekecewaan, dan kecemasan. Perasaan tidak berharga menyebabkan klien semakin sulit dalam mengembangkan hubungan dengan orang lain. Akibatnya klien menjadi regresi atau mundur, mengalami penurunan dalam aktivitas dan kurangnya perhatian terhadap penampilan dan kebersihan diri. Klien semakin tenggelam dalam perjalanan dan tingkah laku masa lalu serta tingkah laku primitif antara lain pembicaraan yang autistik dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut menjadi halusinasi (Ernawati, 2009).

D. Pohon Masalah

Daftar masalah isolasi sosial menurut Sutejo, 2017 adalah:

1. Resiko gangguan persepsi sensori: halusinasi
2. Isolasi sosial
3. Gangguan konsep diri: harga diri rendah

Resiko gangguan persepsi sensori: halusinasi (effect)



Gangguan konsep diri : harga diri rendah (causa)

Gambar 1. Pohon masalah diagnosa isolasi sosial
(sumber: sutejo, 2017)

E. Manifestasi Klinik

Menurut yosep (2009) tanda dan gejala klien isolasi sosial bisa dilihat dari dua cara yaitu secara objektif dan subjektif. berikut ini tanda dan gejala klien dengan isolasi sosial:

1. Gejala subjektif
 - a. Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain.
 - b. Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain.
 - c. Respons verbal kurang dan sangat singkat.
 - d. Klien Mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain.
 - e. Klien Merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu.
 - f. Klien Tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan.
 - g. Klien Merasa tidak berguna.
2. Gejala objektif
 - a. Klien Banyak diam dan tidak mau bicara.
 - b. Tidak mengikuti kegiatan.
 - c. Klien berdiam diri di kamar.
 - d. Klien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat.
 - e. Klien Tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal.
 - f. Kontak mata kurang.
 - g. Kurang spontan.
 - h. Apatis

- i. Ekspresi wajah kurang berseri.
- j. Mengisolasi diri
- k. Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitar.
- l. Aktivitas menurun. Perilaku ini biasanya disebabkan karena seseorang menilai dirinya rendah, segera timbul perasaan malu untuk berinteraksi dengan orang lain. Bila tidak dilakukan intervensi lebih lanjut, maka akan menyebabkan perubahan persepsi sensori: halusinasi dan resiko mencederai diri, orang lain, bahkan lingkungan (herman ade, 2011).

F. Mekanisme Koping

Mekanisme koping digunakan klien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. mekanisme koping yang sering digunakan adalah proyeksi, splitting (memisah) dan isolasi. proyeksi merupakan keinginan yang tidak mampu ditoleransi dan klien mencurahkan emosi kepada orang lain karena kesalahan sendiri. splitting merupakan kegagalan individu dalam menginterpretasikan dirinya dalam menilai baik buruk. sementara itu, isolasi adalah perilaku mengasingkan diri dari orang lain maupun lingkungan (sutejo, 2017).

G. Komplikasi

Klien dengan isolasi sosial semakin tenggelam dalam perjalanan dan tingkah laku masa lalu primitif antara lain pembicaraan yang austistik dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut menjadi resiko gangguan sensori persepsi: halusinasi, mencederai diri sendiri, orang lain serta lingkungan dan penurunan aktivitas sehingga dapat menyebabkan defisit perawatan diri (damaiyanti, 2012).

H. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat diberikan kepada klien dengan isolasi sosial antara lain pendekatan farmakologi, psikososial, terapi aktivitas, terapi okupasi, rehabilitasi, dan

program intervensi keluarga (yusuf, 2019).

1. Terapi farmakologi

- a. Chlorpromazine (cpz) indikasi: untuk sindrom psikosis yaitu berdaya berat dalam kemampuan menilai realitas, kesadaran diri terganggu, daya nilai norma sosial dan titik diri terganggu. Berdaya berat dalam fungsi-fungsi mental: waham, halusinasi, gangguan perasaan dan perilaku yang aneh atau tidak terkendali, berdaya berat dalam fungsi kehidupan sehari-hari, tidak mampu bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin. Efek samping: sedasi, gangguan otonomik (hipotensi, antikolinergik parasimpatis, mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intraokuler tinggi, gangguan irama jantung), gangguan endokrin, metabolik, biasanya untuk pemakaian jangka panjang.

b. Haloperidol (hlp) indikasi:

Berdaya berat dalam kemampuan menilai realita dalam fungsi netral serta dalam kehidupan sehari-hari. Efek samping: sedasi dan inhibisi prikomotor, gangguan otonomik.

c. Trihexy phenidyl (thp) indikasi:

Segala jenis penyakit parkinson, termasuk paksa ensefalitis dan idiopatik, sindrom parkinson, akibat obat misalnya reserpine dan fenotiazine. Efek samping: sedasi dan inhibisi psikomotor gangguan otonomik.

2. Terapi psikososial membutuhkan waktu yang cukup lama dan merupakan bagian penting dalam proses terapeutik, upaya dalam psikoterapi ini meliputi: memberikan rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan yang terapeutik, bersifat empati, menerima pasien apa adanya, memotivasi pasien untuk dapat mengungkapkan perasaannya secara verbal, bersikap ramah, sopan, dan jujur kepada pasien (videbeck, 2012).

3. Terapi individu terapi individual adalah metode yang menimbulkan perubahan pada individu dengan cara

mengkaji perasaan, sikap, cara pikir, dan perilaku-perilakunya. Terapi ini meliputi hubungan satu-satu antara ahli terapi dan klien (videbeck, 2012). Terapi individu juga merupakan salah satu bentuk terapi yang dilakukan secara individu oleh perawat kepada klien secara tatap muka perawat-klien dengan cara yang terstruktur dan durasi waktu tertentu sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai (zakiyah, 2018). Salah satu bentuk terapi individu yang bisa diberikan oleh perawat kepada klien dengan isolasi sosial adalah pemberian strategi pelaksanaan (sp). Dalam pemberian strategi pelaksanaan klien dengan isolasi sosial hal yang paling penting perawat lakukan adalah berkomunikasi dengan teknik terapeutik. Komunikasi terapeutik adalah suatu interaksi interpersonal antara perawat dan klien, yang selama interaksi berlangsung, perawat berfokus pada kebutuhan khusus klien untuk meningkatkan pertukaran informasi yang efektif antara perawat dan klien (videbeck, 2012). Semakin baik komunikasi perawat, maka semakin berkualitas pula asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien karena komunikasi yang baik dapat membina hubungan saling percaya antara perawat dengan klien, perawat yang memiliki keterampilan dalam berkomunikasi secara terapeutik tidak saja mudah menjalin hubungan saling percaya dengan klien, tapi juga dapat menumbuhkan sikap empati dan caring, mencegah terjadi masalah lainnya, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan serta kemudahan dalam mencapai tujuan intervensi keperawatan (sarfika, 2018).

4. Terapi aktivitas kelompok menurut keliat (2015) terapi aktivitas kelompok sosialisasi merupakan suatu rangkaian kegiatan kelompok dimana klien dengan masalah isolasi sosial akan dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada di sekitarnya. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal, kelompok, dan massa). Aktivitas yang dilakukan berupa latihan sosialisasi

dalam kelompok, dan akan dilakukan dalam 7 sesi dengan tujuan:

- sesi 1 : klien mampu memperkenalkan diri
- sesi 2 : klien mampu berkenalan dengan anggota kelompok
- sesi 3 : klien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok
- sesi 4 : klien mampu menyampaikan dan membicarakan topik percakapan
- sesi 5 : klien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi pada orang lain
- sesi 6 : klien mampu bekerja sama dalam permainan sosialisasi kelompok
- sesi 7 : klien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan taks yang telah dilakukan.

5. Terapi okupasi terapi okupasi yaitu suatu ilmu dan seni untuk mengarahkan partisipasi seseorang dalam melaksanakan aktifitas atau tugas yang sengaja dipilih dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat, meningkatkan harga diri seseorang, dan penyesuaian diri dengan lingkungan. Contoh terapi okupasi yang dapat dilakukan di rumah sakit adalah terapi berkebun, kelas bernyanyi, dan terapi membuat kerajinan tangan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien dalam keterampilan dan bersosialisasi (elisia, 2014).
6. Terapi psikoreligius terapi keagamaan pada kasus-kasus gangguan jiwa ternyata juga banyak manfaat. Misalnya angkat rawat inap pada klien skizofrenia yang mengikuti kegiatan keagamaan lebih rendah bila dibandingkan dengan mereka yang tidak mengikutinya (dadang, 1999 dalam yosep 2009).

I. Asuhan keperawatan

1. Pengkajian

- a. Identitas identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status mental, suku bangsa, alamat, nomor rekam medis, ruang rawat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosis

medis. identitas penanggung jawab : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien, alamat.

- b. Alasan masuk
 - 1) Apa penyebab klien datang ke rsj?
 - 2) Apa yang sudah dilakukan keluarga?
 - 3) Bagaimana hasilnya?
- c. Faktor predisposisi kehilangan, perpisahan, penolakan orangtua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan/frustasi berulang, tekanan dari kelompok sebaya; perubahan struktur sosial. Terjadi trauma yang tiba-tiba misalnya harus dioperasi, kecelakaan diceraikan suami, putus sekolah, phk, perasaan malu karena sesuatu yang terjadi (korban perkosaan, dituduh kkn, dipenjara tiba-tiba) perlakuan orang lain yang tidak menghargai klien/perasaan negatif terhadap diri sendiri yang berlangsung lama.
- d. Fisik pemeriksaan fisik mencakup semua sistem yang ada hubungannya dengan klien depresi berat didapatkan pada sistem integumen klien tampak kotor, kulit lengket dikarenakan kurang perhatian terhadap perawatan dirinya bahkan gangguan aspek dan kondisi klien .
- e. Psikososial konsep diri:
 - 1) Gambaran diri : menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah atau tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi atau yang akan terjadi. Menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan keputusasaan, mengungkapkan ketakutan.
 - 2) Ideal diri : mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya: mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.
 - 3) Harga diri : perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri, dan

- kurang percaya diri.
- 4) Penampilan peran : berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menua, putus sekolah, phk.
 - 5) Identitas personal : ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan.
- f. Hubungan sosial klien mempunyai gangguan / hambatan dalam melakukan hubungan sosial dengan orang lain terdekat dalam kehidupan, kelompok yang diikuti dalam masyarakat.
 - g. Spiritual nilai dan keyakinan klien, pandangan dan keyakinan klien terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma dan agama yang dianut pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa. Kegiatan ibadah : kegiatan di rumah secara individu atau kelompok.
 - h. Status mental kontak mata klien kurang/tidak dapat mempertahankan kontak mata, kurang dapat memulai pembicaraan, klien suka menyendiri dan kurang mampu berhubungan dengan orang lain, adanya perasaan keputusasaan dan kurang berharga dalam hidup.
 - i. Kebutuhan persiapan pulang pengkajian diarahkan pada klien dan keluarga klien tentang persiapan keluarga, lingkungan dalam menerima pemulangan klien. Untuk menjaga klien tidak kambuh kembali diperlukan adanya penjelasan atau pemberian pengetahuan terhadap keluarga yang mendukung pengobatan secara rutin dan teratur.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut sutejo (2017) diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala isolasi sosial yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala isolasi sosial, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah: a. Isolasi sosial b. Gangguan konsep diri : harga diri rendah c. Resiko perubahan persepsi sensori: halusinasi

3. Intervensi

Setelah mengetahui diagnosa keperawatan pada klien dengan isolasi sosial, langkah selanjutnya yaitu menyusun perencanaan tindakan keperawatan. Untuk membina hubungan saling percaya dengan klien isolasi sosial perlu waktu yang tidak sebentar. Perawat harus konsisten bersikap terapeutik pada klien

4. Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini (damaiyanti, 2012). Selain itu, salah satu hal yang penting dalam pelaksanaan rencana tindakan keperawatan adalah teknik komunikasi terapeutik. Teknik ini dapat digunakan dengan verbal; kata pembuka, informasi, fokus. Selain teknik verbal, perawat juga harus menggunakan teknik non verbal seperti; kontak mata, mendekati ke arah klien, tersenyum, berjabat tangan, dan sebagainya. Kehadiran psikologis perawat dalam komunikasi terapeutik terdiri dari keikhlasan, menghargai, empati dan konkrit (yusuf, 2019).

5. Evaluasi

Menurut trimelia (2011) evaluasi dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku klien setelah diberikan tindakan keperawatan. Keluarga juga perlu dievaluasi karena merupakan sistem pendukung yang penting. Ada beberapa hal yang perlu dievaluasi pada klien dengan isolasi sosial yaitu:

- a. Penyebab isolasi sosial dapat dimengerti oleh klien
- b. Manfaat apabila mampu berhubungan dengan orang lain dan kerugian akan didapat jika tidak berhubungan dengan orang lain.
- c. Melakukan hubungan sosial secara bertahap: klien-perawat, klien-perawat-perawat lain, klien-perawat-klien

- lain, klien-kelompok, dan klien keluarga.
- d. Dapat mengungkapkan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain.
 - e. Dapat memberdayakan sistem pendukungnya atau keluarganya untuk memfasilitasi hubungan sosialnya.
 - f. Dapat mematuhi minum obat

BAB 5

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIENDENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Isti Antari, S.Kep., Ns., MMedEd

A. Pengertian perilaku kekerasan

Risiko perilaku kekerasan merupakan sebuah tindakan yang berpotensi membahayakan baik orang lain maupun diri sendiri secara fisik, emosi dan atau seksual(PPNI, 2016). Hal ini berbeda dengan keadaan atau kondisi perilaku kekerasan, dimana perilaku kekerasan merupakan sebuah emosi marah yang dirasakan oleh seseorang dan ditunjukkan secara berlebihan dan tidak terkendali baik itu secara lisan atau bahkan mencederai orang lain dan atau merusak sekitarnya.

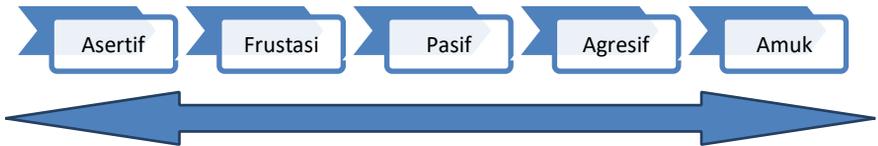
Sebagian dari pasien yang dimasukkan ke rumah sakit jiwa akibat dari perilaku kekerasan selama di lingkungan rumah maupun masyarakat. Perilaku kekerasan yang dilakukan pada diri sendiri dapat berupa perilaku bunuh diri atau melakukan penelantaran diri, sedangkan resiko perilaku kekerasan terhadap orang yang lain merupakan risiko tindakan kekerasan yang dilakukan kepada orang lain untuk tujuan menyakiti seperti memukul orang lain, merusak benda di rumah atau bahkan membunuh.

B. Rentang Respon Perilaku

Pengertian marah menurut (Stuart & Laraia, 2005) yaitu sebuah emosi kesal yang muncul sebagai respon terhadap ansietas (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dialami oleh seseorang sebagai ancaman. Perilaku kekerasan termasuk dari bagian rentang respon marah yang paling maladaptif yakni

amuk. Menurut (Yosep, 2009) kondisi amuk ini berupa perasaan marah dan bermusuhan yang sangat kuat, dapat berupa perilaku yang destruktif yang tidak dapat dikontrol oleh orang tersebut karena kehilangan kontrol atas emosinya.

Gambar 2. Rentang Respon Marah



Keterangan:

- Asertif : Perasaan marah yang diungkapkan dengan baik dengan tidak menyakiti orang lain
- Frustrasi : Ketidakmampuan mencapai tujuan yang diinginkan, karena tidak realitas/ terhambat
- Pasif : Respon lebih lanjut dari klien yang tidak mampu menyampaikan perasaan
- Agresif : Perilaku yang destruktif akan tetapi masih dapat terkendali
- Amuk : Perilaku destruktif dimana klien sudah tidak lagi mampu mengontrol tindakannya

C. Proses Terjadinya Marah

Perilaku marah terjadi berawal dari adanya sebuah ancaman atau kebutuhan yang tidak terpenuhi pada diri seseorang, yang hal itu akan memunculkan emosi stres dan kecemasan. Kecemasan yang ada dapat menyebabkan timbulnya kemarahan. Pada seseorang yang merasa mempunyai kekuatan dan posisi, marah akan muncul sebagai sikap menantang, dan ketika masalah yang ada tidak selesai menjadi sehingga menjadi masalah berkepanjangan membuat muncul rasa bermusuhan. Pada seseorang dengan posisi yang merasa tidak kuat, tidak mempunyai kekuatan untuk menantang orang lain, akan membuat dia menghindari ataupun mengingkari marah

menjadikan marah yang tidak terungkap/ tersampaikan.

Bentuk dari sebuah kemarahan baik yang diingkari maupun marah berkepanjangan akan membentuk emosi rasa bermusuhan yang menahun jika tidak diselesaikan dengan baik, sehingga suatu saat akan meledak dan muncul dapat sebagai depresi akibat marah pada diri sendiri maupun agresif mengamuk jika dilampiaskan kepada orang lain.

D. Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan upaya seseorang dalam rangka merespon, menyelesaikan stres yang dihadapi. Seorang perawat perlu memberikan edukasi tentang mekanisme koping yang bisa diambil pasien dalam menghadapi stres sehingga mampu mengekspresikan marah yang asertif. Mekanisme koping yang sering digunakan dalam menghadapi emosi marah yaitu mekanisme pertahanan ego yaitu displacement, sublimasi, proyeksi, represi dan reaksi formasi (Sutejo, 2019). Penjelasan dari mekanisme koping sebagaimana berikut ini: (Maryam, 2017)

1. Displacement disebut juga dengan pemindahan, merupakan upaya seseorang dalam mengalihkan emosi negatifnya kepada orang lain yang dianggap tidak mengancam dirinya
2. Sublimasi dilakukan ketika seseorang menyalurkan emosi negatifnya kepada benda atau aktivitas yang bermanfaat dan dapat diterima orang lain. Sublimasi menjadi hal yang positif karena tidak mengganggu orang lain dan menunjukkan kedewasaan seseorang.
3. Proyeksi dilakukan seseorang dengan menyalahkan orang lain tentang kesulitannya sendiri, berusaha menjadikan orang lain sebagai sumber kesalahan atas keinginannya yang tidak baik
4. Represi yaitu melupakan sesuatu hal yang tidak menyenangkan dan hanya mengingat situasi yang dianggap menyenangkan dari ingatannya.
5. Reaksi formasi merupakan tingkah laku yang diambil berkebalikan dengan emosi negatif yang dirasakan.

Pada tingkatan yang wajar, marah tidak dapat dikatakan sebagai sesuatu hal yang negatif. Hal ini menjadi bersifat negatif ketika dilakukan secara berlebihan, dengan intensitas yang tinggi sehingga menjadi hal yang merusak dan berbahaya bagi diri maupun orang lain. Emosi marah sudah ada sejak dilahirkan berkaitan dengan kondisi yang menyebabkan frustrasi dan kekerasan.

E. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda gejala dapat dilihat dari beberapa aspek seperti emosi, intelektual, fisik, spiritual maupun sosialnya.

1. Emosi berupa perasaan yang merasa tidak adekuat, tidak aman, adanya perasaan terganggu, adanya perasaan dendam, jengkel
2. Intelektual terlihat dari sikap mendominasi, banyak berbicara, menggunakan kata yang kasar untuk menyindir, suka berdebat, meremehkan orang lain
3. Fisik dapat diketahui dari muka kemerahan, mata memandang dengan tajam, napas yang pendek, keringat lebih, sakit secara fisik, penggunaan obat terlarang, tekanan darah lebih tinggi
4. Spiritual dapat muncul sebagai perasaan mempunyai kuasa, merasa benar diri, adanya keraguan, moral yang tidak baik, bejat
5. Sosial yaitu adanya perilaku menghindari lingkungan sekitar, pengasingan, menolak, melakukan kekerasan, mengejek

Sumber data dapat diperoleh dari ungkapan pasien yang dikuatkan dengan perilaku yang didapat dari observasi oleh perawat. Berdasarkan sumber datanya, tanda gejala dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Data subjektif
 - a. Melakukan ancaman kepada orang lain
 - b. Mengeluarkan kata kasar kepada orang lain
 - c. Suara lebih tinggi /keras
 - d. Bicara ketus

2. Data objektif
 - a. Wajah menjadi lebih merah dan terlihat tegang
 - b. Mata memandang dengan tajam
 - c. Rahang dikatupkan dengan kuat
 - d. Tangan mengepal
 - e. Melakukan perusakan barang dengan melempar dan lain-lain
 - f. Mencederai diri sendiri atau orang lain
 - g. Melakukan perusakan lingkungan sekitar

F. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor yang melatarbelakangi munculnya sebuah masalah. Masalah perilaku kekerasan disebabkan oleh banyak faktor yang menjadi latar belakang sehingga seseorang melakukan perbuatan yang diluar kontrol. Menurut (Stuart, 2013) perilaku kekerasan dilatarbelakangi oleh:

1. Faktor biologi
 - a. Teori dorongan naluri
Menurut teori ini tindakan agresif didahului karena keinginan atas sebuah kebutuhan manusia yang sangat kuat
 - b. Teori psikomatik
Perilaku kekerasan merupakan hasil respon psikologis akibat dari stimulus yang berasal dari internal dan eksternal individu.
Sistem limbik mempunyai peran sebagai pusat untuk mengatur sistem informasi dan memori, mengekspresikan dan menghambat perasaan marah.
2. Faktor psikologis
 - a. Teori agresif frustrasi
Perasaan frustrasi yang bertumpuk dan terakumulasi akan dapat mendorong seseorang untuk bertindak agresif dan muncul sebagai sebuah perilaku kekerasan. Frustrasi timbul karena tidak tercapainya sebuah keinginan ataupun cita-cita. Perilaku kekerasan yang dilakukan

akan menurunkan rasa frustrasi yang ada.

b. Teori perilaku

Menurut teori belajar sosial, perilaku kekerasan dapat dihasilkan dari proses belajar terhadap kekerasan yang sering didapatkan saat di rumah maupun di luar rumah. Sumber internal berasal dari reinforcement yang didapatkan ketika melakukan kekerasan, sedangkan sumber eksternal berasal dari melihat, mengobservasi orang lain yang menjadi panutan (dapat dari orangtua, teman, guru, artis dan lain-lain) yang berhubungan dengan perilaku kekerasan. (Sebastian & Debnath, 2020).

c. Teori eksistensi

Teori ini berfokus pada manusia terkait ke"beradaan"nya untuk dapat memberikan manfaat dan mengenal diri sendiri. Perilaku destruktif akan muncul ketika seseorang tidak mampu memenuhi eksistensinya secara konstruktif.

3. Faktor sosial kultural

Faktor sosial yang mampu memunculkan perilaku kekerasan diantaranya yaitu kebutuhan hidup yang tidak mampu dipenuhi oleh seseorang, status perkawinan yang mengalami masalah, faktor orang tua tunggal dalam sebuah keluarga, tidak adanya pekerjaan/ penghasilan, serta hubungan interpersonal dan struktur keluarga yang tidak baik. Sedangkan faktor kultural dapat tergambar sebagai berikut:

a. Norma

Norma yang berlaku di masyarakat kadang bersifat mengikat sehingga dapat menekan ekspresi marah yang baik pada seseorang. Ketika hal ini terjadi, maka seseorang akan berusaha untuk memilih cara maladaptif yang lain.

b. Budaya asertif

Individu dapat memiliki respon marah yang sehat ketika berada dalam masyarakat yang memiliki budaya yang asertif, yaitu sikap mampu melakukan komunikasi yang jujur dan sekaligus tegas, tetapi juga dapat

menghargai dan menjaga perasaan orang lain, ketika berpendapat dilakukan tanpa menyerang dan merendahkan orang lain.

G. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat juga disebut sebagai faktor yang memicu terjadinya masalah. Faktor presipitasi adanya perilaku kekerasan dapat berasal dari dalam dan luar individu.

1. Faktor internal diantaranya yakni adanya kelemahan pada diri individu, rasa percaya diri yang menurun, adanya ketakutan terhadap penyakit fisik yang mungkin akan dialami, serta kehilangan kontrol atas perilakunya.
2. Faktor eksternal dapat berasal dari adanya kehilangan orang yang dicintai, kehilangan sesuatu yang dimiliki, terdapatnya serangan fisik dari orang lain, serta kritik yang disampaikan oleh orang lain terhadap dirinya.

H. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian

Setiap perawat yang akan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan ataupun resiko perilaku kekerasan perlu mengkaji terhadap kemungkinan peningkatan status agitasi pada pasien, riwayat perilaku kekerasan yang sudah pernah dilakukan. Perawat perlu memperhatikan aspek verbal dan non verbal pada pasien. Pengkajian yang holistik akan memudahkan perawat bekerja dan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap perawat sehingga proses pengkajian sampai dengan implementasi akan berjalan dengan baik sesuai rencana.

2. Diagnosis keperawatan

“Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan faktor risiko”: (pilih sesuai keadaan pasien yang terkait dengan resiko perilaku kekerasan)

3. Perencanaan Keperawatan

Orang yang pernah perilaku kekerasan ataupun belum dapat mengendalikan kontrol atas emosinya berisiko perilaku kekerasan.

a. Luaran utama

Kontrol diri adalah meningkatnya kemampuan seseorang dalam mengendalikan serta mengatur emosi, pikiran, perilaku ketika menghadapi masalah.

- 1) Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun
- 2) Verbalisasi umpatan menurun
- 3) Perilaku menyerang menurun
- 4) Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun
- 5) Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun
- 6) Perilaku agresif/ amuk menurun
- 7) Suara keras menurun
- 8) Bicara ketus menurun

b. Intervensi keperawatan

1) Pencegahan perilaku kekerasan

Merupakan upaya untuk mengurangi perasaan kemarahan yang ditunjukkan secara berlebihan dan diluar kendali secara verbal atau bahkan mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan

Tindakan:

a) Observasi

- Kaji terdapatnya benda berbahaya dan atau berpotensi bahaya
- Observasi barang bawaan pengunjung yang dibawa ke pasien
- Observasi penggunaan benda tajam dan berbahaya untuk keperluan pasien seperti alat cukur dan gunting

b) Terapeutik

- Buat lingkungan yang aman bebas bahaya untuk pasien
- Libatkan anggota keluarga saat merawat pasien

c) Edukasi

- Anjurkan dukungan terhadap keselamatan pasien dari pengunjung dan keluarga
- Melatih pasien untuk mengungkapkan perasaan secara baik kepada orang lain
- Latih cara untuk menurunkan marah secara verbal dan non verbal

2) Promosi coping

Adalah upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kognitif dan perilaku pasien dalam menilai dan merespon stressor yang datang dan atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada. Tindakan:

a) Observasi

- Identifikasi aktivitas jangka pendek dan jangka panjang yang dapat dilakukan pasien
- Identifikasi kemampuan pasien yang masih dimiliki
- Identifikasi pemenuhan kebutuhan melalui sumber daya yang ada
- Identifikasi tingkat pengetahuan terhadap proses penyakit
- Identifikasi dampak dari kondisi pasien terhadap peran dan hubungan
- Identifikasi cara penyelesaian masalah yang digunakan pasien
- Identifikasi dukungan sosial yang diinginkan dan diperlukan oleh pasien

b) Terapeutik

- Diskusikan adanya perubahan peran yang terjadi pada pasien
- Gunakan metode pendekatan kepada pasien dengan tenang dan meyakinkan
- Diskusikan latar belakang pasien mengkritik diri sendiri
- Diskusikan adanya kesalahpahaman dan

- dukung untuk evaluasi perilaku pasien
- Diskusikan akibat dari tidak adanya rasa bersalah dan rasa malu pasien
 - Diskusikan risiko yang mungkin membahayakan pada diri pasien
 - Berikan sarana untuk memperoleh informasi yang diperlukan
 - Berikan pilihan yang logis dan wajar mengenai aspek tertentu dalam perawatan
 - Motivasi pasien untuk memiliki harapan yang nyata
 - Kaji kembali kemampuan pasien dalam mengambil keputusan
 - Hindari pengambilan keputusan dilakukan saat pasien berada di bawah tekanan
 - Motivasi pasien agar ikut dalam kegiatan sosial
 - Motivasi pasien untuk mengenal sistem pendukung yang ada
 - Dampingi pasien saat merasa bersedih
 - Perkenalkan pasien dengan orang lain yang berhasil melewati situasi dan pengalaman yang sama
 - Dukung pasien memilih mekanisme pertahanan diri yang tepat
 - Kurangi munculnya stresor lingkungan yang mengancam
- c) Edukasi
- Sarankan mempunyai hubungan dengan orang yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
 - Anjurkan menggunakan aspek spiritual, jika perlu (sholat, berdoa, bersyukur, ibadah yang lain)
 - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi (menyampaikan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik)
 - Anjurkan keluarga untuk ikut serta dalam

- proses perawatan
- Anjurkan menyusun target yang lebih spesifik
 - Anjurkan mengambil strategi pemecahan masalah yang konstruktif
 - Latih pasien menggunakan teknik relaksasi: tarik nafas dalam, memukul bantal, kasur, senam rutin dan jalan-jalan (Keliat& et al, 2019)
 - Latih ketrampilan sosial, sesuai keperluan
 - Latih pasien untuk penilaian objektif terhadap sesuatu hal yang terjadi
 - Latih pasien untuk patuh minum obat dengan baik dan cara 8 benar

I. Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan sebuah bentuk tindakan atau perilaku akibat dari kemarahan yang ditunjukkan secara berlebihan dan diluar kendali baik, dapat berupa lisan atau perilaku mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan.

1. Diagnosa Keperawatan

Rumusan diagnosis keperawatannya:

“Perilaku kekerasan berhubungan dengan Penyebab(pilih penyebab yang sesuai dengan kondisi pasien)

2. Perencanaan Keperawatan

a. Luaran Utama Diagnosis Perilaku Kekerasan

Kontrol diri (seperti pada diagnosis Resiko Perilaku Kekerasan)

b. Intervensi keperawatan

1) Manajemen pengendalian marah

Adalah upaya untuk bagaimana cara memahami dan mengelola ungkapan marah dengan cara adaptif dan tidak menggunakan kekerasan. Tindakan yang diberikan yaitu:

a) Observasi

- Kaji hal yang menyebabkan atau memicu kemarahan

- Identifikasi apa yang diharapkan pasien dari perilaku marahnya
 - Monitor kemungkinan munculnya perilaku destruktif dan segera cegah sebelum agresif
 - Monitor perkembangan dengan membuat catatan kemajuan pasien, jika perlu
- b) Terapeutik
- Gunakan metode pendekatan kepada pasien dengan tenang dan meyakinkan
 - Fasilitasi pasien untuk dapat mengekspresikan perasaan dengan baik
 - Cegah munculnya akibat fisik akibat tindakan marah yang berbahaya (misal karena penggunaan benda tajam)
 - Cegah perilaku yang dapat memicu agresi (misal memukul tas, gelisah, berolahraga ekstrim)
 - Lakukan pengendalian yang berasal dari eksternal (misal restrain, interupsi/timeout, pengurangan) jika perlu
 - Dukung pasien untuk memilih strategi pengendalian marah dan ekspresi marah yang adaptif
 - Berikan reinforcement positif kepada pasien atas keberhasilan menerapkan strategi pengendalian marah
- c) Edukasi
- Jelaskan pengertian, fungsi dan tujuan marah, definisi frustrasi dan respon marah
 - Anjurkan pasien mencari bantuan kepada orang lain ketika merasa jengkel atau marah
 - Ajarkan cara untuk mencegah ekspresi marah merusak
 - Ajarkan teknik untuk menyesuaikan diri dengan perasaan emosi yang kuat (misal berlatih asertif, melakukan teknik relaksasi,

menyusun jurnal, beraktivitas untuk menyalurkan energi)

d) Kolaborasi

- Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan psikofarmaka, jika perlu

BAB 6

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI

Kristia Novia, Ns., M. Kep

A. Konsep Defisit Perawatan Diri

1. Definisi Defisit Perawatan Diri

Merupakan sikap tidak mampu untuk melakukan dan menyelesaikan aktivitas perawatan diri (Keliat, 2020). Yusuf (2015) menyatakan bahwa defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah utama yang timbul pada klien gangguan jiwa, pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri, keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan klien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat.

Defisit perawatan diri sangat berpengaruh bagi kesehatan fisik, seseorang dapat mengalami banyak gangguan kesehatan yang akan dideritanya karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, serta gangguan fisik lainnya (Indriani, 2021).

2. Penyebab

Ada beberapa penyebab terjadinya defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa:

a. Faktor predisposisi

1) Biologis

Penyakit mental dan fisik yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri dan

adanya faktor herediter yakni Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

2) Psikologis

Faktor perkembangan pada individu sangat berperan penting, hal ini disebabkan karena keluarga terlalu melindungi dan memanjakan sehingga perkembangan inisiatif pasien terganggu. Hal tersebut dapat terjadi pada pasien dengan defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang sehingga menyebabkan pasien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan dirinya.

3) Sosial

Kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan mengakibatkan penurunan kemampuan dalam perawatan diri.

b. Faktor presipitasi

Ada beberapa jenis faktor presipitasi dari defisit perawatan diri, diantaranya adalah penurunan motivasi, kerusakan kognitif/persepsi, kecemasan, kelemahan yang dialami oleh individu sehingga tidak mampu untuk melakukan perawatan diri (Ruswadi, 2021).

3. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala pada pasien dengan defisit perawatan diri, dapat dinilai dari kemampuan pasien memenuhi kebersihan diri, makan dan minum, BAB dan BAK, berdandan dan berpakaian.

a. Data subjektif

Pasien mengatakan;

- 1) Malas mandi
- 2) Tidak ingin menyisir rambut
- 3) Tidak ingin menggosok gigi
- 4) Tidak ingin memotong kuku
- 5) Tidak ingin berhias/berdandan
- 6) Tidak ingin/tidak bisa menggunakan alat mandi/alat kebersihan diri

- 7) Tidak menggunakan alat makan/minum saat makan dan minum
 - 8) BAB dan BAK di sembarangan tempat
 - 9) Tidak mengetahui cara perawatan diri
- b. Data objektif
- 1) Tercium bau badan
 - 2) Tampak kotor dan berbau
 - 3) Rambut kotor, kusut dan berantakan
 - 4) Gigi kotor
 - 5) Kuku panjang
 - 6) Tidak menggunakan alat-alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan cara yang benar
 - 7) Kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan, pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak mengancingkan baju atau celana.
 - 8) Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, misalnya memakai pakaian berlapis-lapis, penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian: telanjang (Ruswadi, 2021).

B. Asuhan Keperawatan Jiwa Defisit Perawatan Diri

1. Pengkajian

a. Identitas

Identitas diri pasien dikaji mulai dari nama, jenis kelamin, umur, serta alamat rumah pasien.

b. Alasan masuk

Alasan masuk yakni menanyakan terkait penyebab pasien dirawat di rumah sakit. Selain itu alasan serta masalah pasien yang timbul seperti berpenampilan tidak rapi, kotor, berbau, acuh tak acuh terhadap lingkungan sekitar.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada tanda-tanda vital (TTV) diperiksa mulai dari kepala hingga kaki dengan melakukan pemeriksaan inspeksi/ melihat terkait keadaan dan penampilan pasien.

d. Konsep diri

1) Citra tubuh

Menanyakan apakah ada bagian tubuh dari pasien yang tidak disukai. Alasan pasien tidak menyukai bagian tubuh tersebut dan apa yang menyebabkan pasien tidak percaya diri karena bagian tubuhnya.

2) Harga diri

Menanyakan bagaimana hubungan pasien dengan orang lain, fungsi dan peran pasien dan dampak pasien terhadap orang lain.

3) Penampilan

Mengobservasi pasien terkait cara menggunakan pakaian yang tidak sesuai antara baju dan celana, pakaian pasien yang tidak rapi.

4) Berbicara

Berbicara dapat dikaji mulai sejak melakukan wawancara dengan pasien. Hal ini dapat dinilai apakah selama pengkajian pasien mengalami hambatan dalam berbicara seperti terbata-bata

5) Motorik

Motorik pasien dikaji mulai dari keadaan umum terkait apakah pasien tampak gelisah,,tampak letih dan lesu.

6) Makan

Menanyakan terkait apakah pola makan pasien terganggu, kurang asupan makan, tidak mampu untuk menyiapkan makan dan membersihkan alat makan mereka.

7) Berpakaian

Pasien defisit perawatan diri biasanya nyaman memakai hanya satu pakaian saja dan tidak mau untuk menggantinya, tidak bisa berpakaian yang sesuai serta tidak mampu berdandan.

8) Mandi

Pengkajian mandi ini dikaji frekuensi seberapa banyak pasien mandi, aktivitas mandinya bagaimana, apakah pasien melakukan mandi dengan benar dan menggosok gigi, mencuci rambut dan menggosok seluruh badan dengan benar.

9) BAB/BAK

Pola BAB dan BAK dapat dikaji melalui observasi apakah pasien dapat melakukan BAB maupun BAK ke kamar mandi. Apakah pasien dapat melakukan kebersihan diri setelah melakukan BAB atau BAK (Avelina et al., 2022).

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian dan menyusun pohon masalah, maka selanjutnya adalah menegakkan diagnosa, yakni defisit perawatan diri.

3. Tujuan Asuhan Keperawatan

a. Kognitif, pasien mampu:

- 1) Menjelaskan perawatan diri
- 2) Mengidentifikasi masalah perawatan diri yang dialami
- 3) Mengetahui cara perawatan diri: kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, eliminasi dan lingkungan.

b. Psikomotor, pasien mampu:

- 1) Melakukan kebersihan diri: mandi, keramas, sikat gigi, berpakaian, berdandan.
- 2) Memenuhi kebutuhan makan dan minum
- 3) Melakukan eliminasi BAB dan BAK
- 4) Menciptakan lingkungan rumah yang bersih dan aman.

- c. Afektif, pasien mampu:
 - 1) Merasa nyaman dengan perawat diri
 - 2) Merasakan manfaat perawatan diri
 - 3) Mempertahankan perawatan diri Keliat, 2020)
- 4. Rencana Tindakan Keperawatan Pada Pasien
 - a. Bina hubungan saling percaya dengan cara
 - 1) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
 - 2) Berkenalan dengan pasien: memperkenalkan nama lengkap dan nama panggilan, serta menanyakan nama dan nama pasien
 - 3) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
 - 4) Buat kontrak asuhan: apa yang akan dilakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana
 - 5) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan segala informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - 6) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien
 - 7) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.
 - b. Melatih pasien melakukan cara kebersihan diri: Mandi, keramas, sikat gigi, berpakaian, berhias dan gunting kuku.
 - 1) Mandi
 - a) Diskusikan dengan pasien gunanya mandi
 - b) Diskusikan dengan pasien terkait alat-alat yang diperlukan
 - c) Diskusikan dengan pasien langkah-langkah mandi
 - d) Latih pasien mandi sesuai dengan langkah-langkah yang telah dijelaskan. Bantu jika klien belum dapat melakukannya
 - e) Jadwalkan pasien untuk mandi secara teratur
 - f) Berikan pujian
 - 2) Berpakaian
 - a) Diskusikan dengan pasien gunanya berpakaian yang bersih dan rapi

- b) Diskusikan variasi pakaian: pakaian tidur, pakaian di rumah dan pakaian bepergian
 - c) Latih pasien memilih pakaian
 - d) Latih berpakaian, bantu pasien jika belum dapat melakukan
 - e) Jadwalkan pasien ganti pakaian secara teratur
 - f) Berikan pujian
- 3) Keramas
- a) Diskusikan dengan pasien gunanya keramas
 - b) Diskusikan dengan pasien alat-alat yang digunakan untuk keramas
 - c) Melatih pasien keramas. Bantu pasien jika belum dapat melakukan
 - d) Jadwalkan pasien keramas dua hari sekali
 - e) Berikan pujian.
- 4) Sikat gigi
- a) Diskusikan dengan pasien gunanya sikat gigi
 - b) Diskusikan dengan pasien alat-alat yang digunakan untuk sikat gigi
 - c) Latih pasien sikat gigi. Bantu pasien jika belum dapat melakukan
 - d) Jadwalkan sikat gigi 2 kali sehari
 - e) Berikan pujian.
- 5) Berdandan
- Berdandan wanita
- a) Diskusikan dengan pasien gunanya berdandan
 - b) Diskusikan dengan pasien alat-alat yang digunakan untuk berdandan
 - c) Melatih pasien cara menyisir rambut yang rapi
 - d) Latih pasien cara memakai bedak yang rapi
 - e) Latih pasien cara memakai lipstik dan pensil alis yang benar
 - f) Jadwalkan pasien berdandan setiap selesai mandi
 - g) Berikan pujian.

Berdandan pria

- a) Diskusikan dengan pasien gunanya berdandan
 - b) Diskusikan dengan pasien alat-alat yang digunakan untuk mandi
 - c) Latih pasien cara menyisir rambut
 - d) Latih pasien cara cukur rambut, kumis dan jenggot
 - e) Jadwalkan pasien melakukan cukur 1 kali seminggu
 - f) Beri pujian.
- 6) Gunting kuku
- a) Diskusikan dengan pasien gunanya gunting kuku
 - b) Diskusikan dengan pasien alat untuk gunting kuku
 - c) Melatih pasien cara menggunting kuku
 - d) Jadwalkan gunting kuku 1 kali seminggu
 - e) Berikan pujian
- c. Melatih makan dan minum
- 1) Diskusikan dengan pasien makan dan minum yang baik dan teratur
 - 2) Diskusikan dengan pasien alat, tempat makan dan minum
 - 3) Diskusikan kebutuhan makan dan minum pasien
 - 4) Latih pasien cara makan dan minum yang baik : cuci tangan, berdoa , makan di meja makan.
- d. Melatih BAB dan BAK
- 1) Diskusikan dengan pasien gunanya BAB dan BAK yang baik
 - 2) Diskusikan dengan pasien tempat, cara menggunakan, cara membersihkan tempat dan cara membersihkan diri
 - 3) Latih cara BAB dan BAK yang baik;
 - (a) BAB dan BAK di WC
 - (b) Menggunakan WC dengan tepat
 - (c) Membersihkan diri setelah BAB dan BAK
 - (d) Membersihkan tempat BAB dan BAK
 - (e) Cuci tangan yang benar, (6 langkah cuci tangan pakai sabun)

(f) Berikan pujian (Keliat,2020).

5. Rencana Tindakan Keperawatan Pada Keluarga
 - a. Kaji masalah yang dirasakan keluarga saat merawat pasien defisit perawatan diri
 - b. Jelaskan pada keluarga mengenai pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri dan mengambil keputusan merawat pasien.
 - c. Diskusi dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien.
 - d. Latih keluarga terkait cara merawat dan membimbing kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK pasien.
 - e. Libatkan keluarga untuk menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung (melakukan kegiatan bersama dan memberi pujian serta motivasi).
 - f. Jelaskan pentingnya melakukan pemeriksaan rutin serta mengenal tanda dan gejala yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan (Ruswadi 2021; Keliat 2020).
6. Evaluasi

Pada tahap ini perawat melakukan evaluasi pada pasien dan keluarga terkait kemampuan dalam mengatasi permasalahan defisit perawatan diri.

- a. Evaluasi Kemampuan Pasien

Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan ditandai dengan peningkatan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri, seperti;

- 1) Pasien mampu melakukan mandi, keramas, menggosok gigi, menggunting kuku dengan bersih dan benar.
- 2) Pasien mampu mengganti pakaian dengan pakaian bersih
- 3) Pasien mampu berdandan dengan benar
- 4) Pasien mampu mengambil makanan dan minuman dengan rapi
- 5) Pasien mampu menggunakan alat makan dan minum

dengan benar

- 6) Pasien mampu BAB dan BAK pada tempatnya
 - 7) Pasien mampu BAB dan BAK dengan bersih
- b. Evaluasi Kemampuan Keluarga
- 1) Keluarga mampu mengenal masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
 - 2) Keluarga mampu menyediakan fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien
 - 3) Keluarga mampu merawat dan membimbing pasien untuk melakukan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK.
 - 4) Keluarga mampu menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung (melakukan kegiatan bersama dan memberi pujian serta motivasi pada pasien)
 - 5) Keluarga mampu mendampingi pasien melakukan pemeriksaan rutin dan mengenal tanda dan gejala yang memerlukan rujukan ke pelayanan kesehatan.

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN ANSIETAS

Dr. Florensa, M.Kep., Sp.Kep J

A. Pendahuluan

Ansietas merupakan sesuatu yang normal dan dapat dialami oleh siapapun dalam kehidupan sehari-hari. Ansietas memotivasi seseorang untuk bertindak dan bertahan terhadap perubahan yang terjadi dalam kehidupannya. Situasi mengancam yang mengakibatkan munculnya ansietas menuntut individu agar mampu menggunakan sumber daya yang dimiliki dengan tujuan mengatasi ansietas atau mengurangi reaksi yang ditimbulkan. Ketidakmampuan seseorang mengatasi ansietas yang dialaminya akan memberikan dampak terhadap fungsi individual dalam kehidupannya.

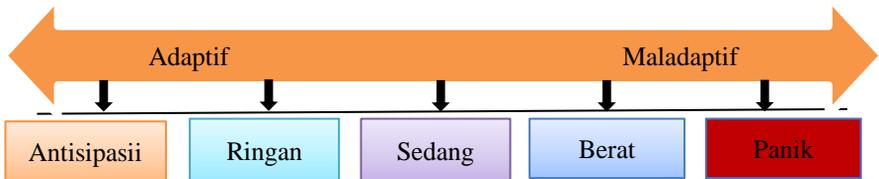
B. Definisi

Terminologi ansietas digunakan untuk menggambarkan perasaan terhadap ketidakpastian, kegelisahan, ketakutan atau ketegangan yang dialami oleh seseorang sebagai respon dari sesuatu yang tidak diketahui atau suatu situasi (Shives, 2012). Ansietas dipandang oleh Sullivan (1953) sebagai ketidaknyamanan emosional yang dirasakan oleh seseorang dan merupakan penyebab utama dari munculnya masalah dalam hubungan interpersonal serta faktor utama berkembangnya masalah serius yang terjadi dalam kehidupan seseorang (Townsend, 2014).

Ansietas berbeda dari perasaan takut. Perasaan takut muncul akibat adanya ancaman dari objek yang dapat diidentifikasi dan dijelaskan serta melibatkan penilaian kognitif, sebaliknya ansietas merupakan respon emosional terhadap objek yang tidak dapat dijelaskan (Stuart, Keliat and Pasaribu, 2016).

C. Rentang Respon

Ansietas yang dialami individu berfluktuasi dalam suatu rentang respon adaptif dan maladaptif. Antisipasi merupakan respon adaptif dimana individu mampu beradaptasi dengan ansietas yang mungkin muncul, sedangkan panik adalah rentang yang paling maladaptif. Kondisi panik merupakan reaksi akibat individu tidak mampu merespon stres sehingga ansietas tidak terkontrol dan akhirnya menimbulkan gangguan fisik, perilaku maupun kognitif. Apabila individu mampu merespon ansietas secara adaptif maka tingkat ansietas yang dialaminya ringan, sebaliknya bila respon individu terhadap ansietas adalah maladaptif, maka tingkat ansietas yang dialaminya akan makin tinggi.



Gambar 3. Rentang Respon Ansietas
(Sumber: Stuart et al., 2016)

Peplau (1968) membagi kecemasan dalam 4 tingkatan, yaitu:

1. Ansietas ringan, umum diakibatkan oleh kejadian dalam kehidupan sehari-hari dan akan peningkatan kewaspadaan. Ansietas ringan membuat seseorang menjadi lebih mampu untuk melihat, mendengar dan menyerap informasi serta menggunakan cara untuk memecahkan masalah dengan lebih efektif. Ansietas ringan yang dialami seseorang akan

meningkatkan motivasi belajar dan memungkinkan seseorang untuk mengembangkan kreativitas serta memfasilitasi pertumbuhan personal.

2. **Ansietas sedang**, mengakibatkan lapang persepsi menyempit dan hanya berfokus pada hal yang dianggap penting. Pada level ini, kemampuan melihat, mendengar serta menyerap informasi mengalami penurunan, perhatian individu menjadi lebih selektif terhadap sesuatu yang menimbulkan kecemasan. Individu masih mampu berkonsentrasi, berpikir jernih dan mampu mengatasi masalah walaupun tidak optimal.
3. **Ansietas berat**, mengakibatkan penurunan lapang persepsi dan energi yang digunakan berfokus pada upaya mengurangi ketidaknyamanan akibat ansietas yang dirasakan daripada upaya mengatasi masalah. Untuk dapat memusatkan perhatian terhadap hal yang lain selain penyebab ansietas, maka individu tersebut membutuhkan lebih banyak pengarahan. Ansietas berat akan mengakibatkan individu kehilangan fungsi individualnya, sehingga membutuhkan bantuan dari orang lain untuk kembali ke keadaan semula.
4. **Panik**
Panik merupakan kondisi ekstrem dari ansietas yang dialami individu. Ketakutan dan teror yang dialami merupakan faktor terjadinya panik yang mengakibatkan individu mengalami kehilangan kendali, kehilangan kemampuan untuk berpikir rasional, serta penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain. Pada kondisi panik, individu tidak mampu melakukan sesuatu walaupun pengarahan sudah diberikan.

D. Etiologi

Ansietas dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Berikut faktor yang dapat menimbulkan ansietas:

1. Faktor biologis

Kondisi fisiologis merupakan faktor biologis yang mempengaruhi munculnya ansietas. Diketahui bahwa aktivitas neurotransmitter gamma aminobutyric acid (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron di bagian otak bertanggung jawab menghasilkan kecemasan. Kurangnya aktivitas GABA akan memunculkan gejala ansietas. Selain GABA, ketidak seimbangan kadar serotonin dan norepineprin didalam otak juga mengakibatkan munculnya berbagai gejala ansietas.

2. Faktor psikologis

Pengaruh orang tua dalam perkembangan ansietas sangatlah penting. Individu yang terpapar oleh ansietas secara intens sejak awal kehidupannya akan lebih berisiko mengalami ansietas dikemudian hari. Anak yang dirawat oleh orang tua yang tidak mampu mengelola stres dengan baik akan belajar dari perilaku yang ditampilkan oleh orangtuanya terhadap stressor yang muncul dalam kehidupannya. Ketidakmampuan individu mengatasi situasi yang mengancam akan menghasilkan ansietas.

Perpisahan dan kehilangan orang tua atau orang yang berarti dapat menjadi faktor risiko munculnya ansietas pada individu.

Harga diri yang rendah pada individu menjadi salah satu faktor pencetus munculnya ansietas. Persepsi negatif individu terhadap kemampuan dirinya mengakibatkan munculnya perasaan khawatir tidak diterima dalam lingkungan tertentu atau akan mengalami kegagalan dalam hidupnya.

E. Tanda dan Gejala

Sejumlah respon akan tampak pada individu yang mengalami ansietas. Respon yang ditampilkan meliputi respon fisiologis, perilaku, kognitif, dan afektif.

Tabel 1. Manifestasi Klinis Ansietas

Level Ansietas	Fisiologis	Kognitif/ Perseptual	Emosional/ Perilaku
Ringan	<ul style="list-style-type: none"> • Tanda-tanda vital dalam batas normal • Ketegangan otot minimal • Gelisah 	<ul style="list-style-type: none"> • Lapang persepsi meningkat • Kewaspadaan meningkat • Pemikiran seringkali acak tetapi terkontrol 	<ul style="list-style-type: none"> • Perasaan relatif nyaman dan nyaman • Santai dan tenang • Menampilkan perilaku untuk meredakan ketegangan ringan (misalnya: menggigit kuku, mengetuk ngetuk dengan jari, dll)
Sedang	<ul style="list-style-type: none"> • Tanda vital normal atau sedikit meningkat • Muncul gejala somatik ringan (sakit kepala, mual, dll) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lapang persepsi menyempit dan lebih fokus • Penuh perhatian • Kemampuan berpikir jernih terhambat 	<ul style="list-style-type: none"> • Perasaan siap dan tertantang • Merasa lebih berenergi • Suara dan wajah mengekspresikan ketertarikan

Level Ansietas	Fisiologis	Kognitif/ Perseptual	Emosional/ Perilaku
	<ul style="list-style-type: none"> • Suara bergetar dan tubuh gemetar 		atau kepedulian
Berat	<ul style="list-style-type: none"> • Tanda vital meningkat, • Peningkatan frekuensi berkemih • Diare • Mulut kering • Otot tegang dan kaku • Penurunan pendengaran dan sensasi nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> • Lapang persepsi sangat sempit • Kesulitan mengatasi masalah • Perhatian lebih selektif (fokus pada satu yang menjadi perhatian) • Bingung dan linglung 	<ul style="list-style-type: none"> • Perasaan terancam dan terkejut dengan stimulus yang baru • Perasaan kelebihan beban • Posisi membeku • Perasaan depresi
Panik	<ul style="list-style-type: none"> • Pucat • Tekanan darah turun • Hypotensi • Koordinasi otot menjadi buruk • Sensasi pendengaran dan nyeri menjadi minimal 	<ul style="list-style-type: none"> • Persepsi menyebar atau total tertutup • Tidak mampu merespon stimulus • Kemampuan menyelesaikan masalah dan berpikir kritis menjadi mustahil • Muncul halusinasi atau delusi 	<ul style="list-style-type: none"> • Perasaan tidak berdaya • Kehilangan kontrol • Marah atau ketakutan • Agresif atau menarik diri

F. Penatalaksanaan

Pendekatan holistik merupakan metode dalam penatalaksanaan ansietas yang mencakup terapi farmakologis dan terapi nonfarmakologis.

1. Terapi psikofarmaka adalah terapi yang diberikan dengan menggunakan dengan obat-obatan atau psikofarmaka untuk mengatasi ansietas. Terapi psikofarmaka yang diberikan merupakan golongan anti ansietas (*Anxiolytic*), yaitu seperti Diazepam, Bromazepam, Buspirone Hcl, Clonazepam, Clobazam, Lorazepam, Oxazepam, Pregabalin, Meprobamate dan Alprazolam.
2. Terapi non farmakologi dapat berupa psikoterapi. Psikoterapi diberikan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan individu meminimalkan ansietas yang dialami. Beberapa psikoterapi dapat diberikan untuk mengatasi ansietas antara lain adalah teknik distraksi, *positive self-talk*, teknik relaksasi serta terapi perilaku dan pikiran.

G. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Ansietas merupakan pengalaman emosi dan bersifat subjektif. Kemampuan perawat untuk mengumpulkan berbagai data dari berbagai sumber sangat dibutuhkan untuk mengidentifikasi masalah yang dialami klien.

Pengkajian pada klien ansietas meliputi faktor predisposisi, presipitasi, perilaku, sumber koping dan mekanisme koping yang digunakan klien.

2. Diagnosa

Setelah melakukan pengkajian terhadap klien dengan melihat tanda dan gejala yang ditampilkan maka diagnosa keperawatan yang dirumuskan adalah Ansietas.

Ansietas merupakan respons terhadap ancaman yang menyebar di mana individu mengantisipasi bahaya, malapetaka, atau kesialan yang tidak spesifik yang akan datang (NANDA, 2021).

3. Rencana tindakan

Intervensi keperawatan pada klien ansietas bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien menurunkan tingkat ansietas serta melindungi klien dari bahaya akibat ansietas yang tidak dapat dikontrol oleh klien. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan ansietas adalah:

- a. Pertahankan keamanan klien dan lingkungan
- b. Pengkajian respon individu terhadap ansietas yang dialami serta upaya yang dilakukan untuk mengatasi ansietas.
- c. Edukasi kepada klien tentang proses terjadinya ansietas
- d. Latih klien teknik mengontrol ansietas, yaitu
 - 1) Teknik nafas dalam
 - 2) Distraksi: seperti berbincang tentang hal yang menyenangkan atau sesuatu yang positif melakukan kegiatan hal positif.
 - 3) Hipnotis lima jari yang berfokus pada hal positif
 - 4) Kegiatan spiritual seperti melakukan ibadah atau ritual agama sesuai keyakinan klien.
- e. Bantu klien mengembangkan kemampuan mengatasi masalah dengan cara yang sehat.
- f. Motivasi klien untuk melakukan latihan secara mandiri dan terjadwal.

4. Evaluasi

Idealnya, perawat melakukan evaluasi terhadap seluruh proses asuhan keperawatan yang diberikan dengan mengacu pada *outcome* yang ditetapkan selama interaksi dengan klien. Apabila klien tidak memperlihatkan kemajuan yang memuaskan, maka perawat perlu memodifikasi *outcome* ataupun intervensi yang diberikan sehingga tujuan asuhan keperawatan untuk membantu klien mengontrol ansietas dapat tercapai.

Evaluasi keberhasilan terhadap asuhan keperawatan secara keseluruhan ditunjukkan dengan adanya penurunan tingkat ansietas, kemampuan klien mengontrol ansietas serta

berkembangnya kemampuan mekanisme koping yang dimiliki.

Respon emosional merupakan respon adaptif yang menunjukkan keterbukaan serta kesadaran akan perasaan yang dialami. Perasaan tersebut menjadikan pengalaman sehingga menjadi barometer dalam memberikan umpan balik sehingga membantu seseorang berfungsi lebih efektif.

1. Reaksi berduka rumit merupakan suatu respon adaptif dalam menghadapi stress. Reaksi ini menunjukkan seseorang menghadapi kehilangan dan larut dalam kondisi berduka.
2. Supresi emosi merupakan suatu respon maladaptif yaitu berupa penolakan perasaan seseorang. Individu berusaha menekan/ mengalihkan perhatiannya pada lingkungan. Kondisi ini bisa bersifat sementara dan memang diperlukan saat seseorang menghadapi suatu masalah seperti respon awal terhadap kehilangan atau kematian.
3. Reaksi berduka tertunda adalah bentuk respon maladaptif yang melibatkan supresi emosi yang terjadi secara berkepanjangan sehingga mengganggu fungsi afektif pada seseorang.
4. Depresi dan mania merupakan respon emosional yang paling maladaptif pada pasien dengan kondisi bipolar. Pasien dengan kondisi ini terlihat sedih berkepanjangan, yang terlihat pada gangguan bipolar. Pada kondisi depresi seseorang merasa sedih berlebih, susah hati, hilang semangat, tidak memiliki harapan, minat menurun terhadap aktivitas sehari-hari bahkan muncul ide hingga percobaan bunuh diri.

Rentang respon emosi pada manusia secara normal bergerak secara dinamis dan tidak statis. Kondisi dinamis tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor dari diri maupun dari luar individu.

C. Tipe Gangguan Alam Perasaan

Jenis-jenis gangguan alam perasaan menurut PPDGJ - III antara lain (Maslim, 2019) :

1. Episode manik

Kondisi dimana afek dan aktivitas meningkat, pasien melakukan aktivitas fisik lebih cepat dibandingkan dengan biasanya. Kategori ini bisa ditegakkan untuk pasien yang baru pertama kali mengalami manik atau disebut episode manik yang pertama (tunggal).

2. Gangguan afektif bipolar

Kondisi ini ditandai dengan afek serta kreativitas pasien terhambat. Pada saat terjadi kondisi mania atau hipomania, afek serta meningkat. Selain itu, pasien memiliki energi yang besar. Namun, dalam kondisi yang lain pasien dapat mengalami kebalikan. Afek, energi serta aktivitas menurun. Jika pasien mengalami kondisi tersebut, pasien berada di fase depresi. Pasien biasanya tiba-tiba mengalami manik (2 minggu hingga 4-5 bulan), namun fase depresi terjadi lebih panjang (umumnya terjadi selama 6 bulan).

3. Episode depresif

Pasien pada tahap depresif ditandai dengan adanya afek menurun/ depresif, minat dan kegembiraan menurun, kekuatan melakukan aktivitas berkurang, kelelahan. Episode depresif terjadi minimal 2 minggu agar diagnosis dapat diangkat. Kategori ini hanya untuk depresi yang terjadi pertama (episode depresif tunggal).

4. Gangguan depresif berulang

Kondisi ini terjadi jika depresi terjadi secara berulang. Pasien dapat mengalami depresi ringan, sedang, maupun berat dan rata-rata setiap episode terjadi selama 6 bulan namun intensitasnya jarang dibanding pada pasien bipolar.

5. Gangguan suasana perasaan yang menetap

a. Siklotimia

Afek tidak stabil, muncul depresi dan hipomania tahap ringan.

b. Distimia

Afek depresif terjadi sangat lama dan dapat dimulai pada usia anak-anak.

6. Gangguan suasana perasaan (mood/afektif) yang lainnya
Kelompok ini adalah gangguan mood lain yang tidak masuk ke dalam kriteria nomor 1 sampai nomor 5.

D. Faktor Predisposisi Gangguan Alam Perasaan

Faktor pendukung terjadinya gangguan alam perasaan adalah :

1. *Genetic Factor*

Faktor genetik memegang peranan penting dalam munculnya gangguan alam perasaan. Namun, beberapa fakta didapatkan jika terdapat keluarga dengan bipolar dan depresi mayor maka kemungkinan yang akan terjadi adalah:

- a. Jika ayah atau ibu mengalami kondisi bipolar, memiliki peluang sebesar 25% pada anak.
- b. Jika ayah dan ibu mengalami kondisi bipolar, maka memiliki peluang 50-75% pada anak.
- c. Jika satu orang dari kembar *monozygote* mengidap bipolar, maka kembarannya akan berisiko mengalami kondisi yang sama sebesar 40-70%.
- d. Jika satu dari orang dengan kembar *dizygote* menderita bipolar, saudara kembarnya memiliki risiko mengalami bipolar sebesar 20%.
- e. Anak berisiko mengalami depresif sebesar 10-13% jika terlahir dari ibu atau ayah yang mengalami depresif.

2. *Agression Turned Inward Theory*

Depresi terjadi akibat adanya rasa marah seseorang kepada dirinya sendiri. Contoh, anak yang marah terhadap orangtuanya karena merasa diperlakukan tidak sama dengan saudaranya. Anak tersebut bingung, ia merasa marah sekaligus sayang kepada orangtuanya sehingga meluapkan rasa marah kepada diri sendiri. Pemecahan masalah dianggap paling tepat/adaptif, namun jika sering dilakukan justru akan merusak jika dilakukan dalam jangka waktu yang lama.

3. *Object Loss Theory*

Depresi yang terjadi pada seseorang disebabkan adanya perpisahan dengan objek atau orang yang bermakna sehingga berdampak munculnya gangguan *mood*. Faktor predisposisi adanya depresi pada usia dewasa adalah kehilangan yang *traumatic* di masa anak.

4. *Personality Organization Theory*

Konsep diri negatif serta harga diri yang rendah pada seseorang berpengaruh pada persepsi mereka jika dihadapkan pada sumber stress (stressor). Kepribadian yang baik akan membentuk kesehatan yang baik dan sebaliknya kepribadian yang tidak terorganisir akan menyebabkan kondisi kesehatan yang tidak baik

5. *Cognitive Model*

Model cognitive ini menjelaskan bahwa depresi dapat terjadi jika adanya masalah cognitive tentang penilaian negatif seseorang terhadap diri, dunia maupun masa depannya. Seseorang selalu fokus dengan kekurangan dan berpikir negatif tentang dirinya, tidak mencoba melihat kemampuan/prestasi yang dimiliki sehingga menjadi muncul pesimis dan terjadi depresi.

6. *Learned Helplessness Model*

Model ini menjelaskan bahwa keyakinan negatif pada dirinya akan menyebabkan terjadinya depresi. Orang menurut model ini mempercayai bahwa tidak ada orang yang mampu membantu atau melakukan sesuatu untuknya. Keyakinan ini menyebabkan munculnya rasa putus asa, bersikap pasif, merasa tidak punya asa dan tidak mampu bersikap asertif terhadap diri maupun orang disekitar mereka.

7. *Behavioral model*

Model ini pengembangan dari teori sebelumnya yaitu teori belajar sosial. Depresi dapat terjadi akibat tidak adanya keinginan seseorang untuk berinteraksi dengan masyarakat/ lingkungannya. Teori ini menjelaskan setiap orang dapat mempertimbangkan tindakan yang akan dilakukan. Selain itu konsep reinforcement yang positif sangat penting. Seseorang yang kurang mendapatkan reinforcement positif dari lingkungan akan menimbulkan kesedihan dan memicu terjadinya depresi.

8. *Biological model*

Model biologi menjelaskan bahwa pada pasien dengan depresi mengalami perubahan kimia antara lain katekolamin menurun, endokrin tidak berfungsi secara optimal, kortisol meningkat serta terjadi irama biologis mengalami perubahan. Selain itu terdapat perubahan elektrolit yaitu sodium dan kalium, neurofisiologis, fungsi dan aktivitas sistem saraf.

9. *Masalah dalam bounding and attachment dan genetik*

Kelekatan ibu dan anak yang terjadi pada masa anak akan mempengaruhi terjadinya kondisi patologis pada perkembangan kepribadian.

E. Manifestasi Gangguan Alam Perasaan

1. Depresi

Depresi merupakan perubahan emosional yang terjadi pada seseorang. Seseorang dengan depresi mengalami kesedihan yang berkepanjangan, rasa bersalah, harga diri rendah, menarik diri dari lingkungan sekitar dan minat terhadap sesuatu menurun. Gejala yang muncul pada orang dengan depresi adalah :

- a. Sulit berkonsentrasi, suara pelan, mengucapkan kata-kata yang berulang.
- b. Cenderung menarik diri atau gelisah.
- c. Sulit untuk memecahkan masalah
- d. Munculnya keluhan somatic seperti sakit kepala, sakit perut.

- e. Mudah lupa
- 2. Mania

Seseorang dengan mania akan mengalami peningkatan emosi, gembira berlebihan tanpa penyebab yang jelas, aktivitas meningkat (hiperaktivitas), banyak bicara, mudah terdistraksi, peningkatan percaya diri, muncul ide kebesaran, sering teriak, memiliki humoris yang tinggi, mudah kaget dengan kondisi di sekitar. Kondisi ini bisa terjadi beberapa hari hingga bulan.

F. Asuhan Keperawatan

- 1. Tahap 1 : Melakukan Pengkajian Keperawatan

Proses asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian. Perawat diharuskan melakukan pengkajian secara holistik (bio psikospiritual). Untuk mendapatkan data ini perawat dapat melakukan wawancara, mengobservasi maupun melihat hasil pemeriksaan penunjang dari pasien. Keterampilan komunikasi perawat kepada pasien menjadi kunci keberhasilan dari proses pemberian asuhan keperawatan. Perlu terjalin hubungan yang baik antara pasien dengan perawat sehingga data lebih mudah didapatkan. Hasil pengkajian tersebut dapat dikelompokkan menjadi data subyektif dan data objektif.

- a. Faktor pendukung (Predisposisi)

- 1) Genetik

Seseorang yang memiliki keluarga yang mengalami depresi akan lebih mudah pesimis dan depresi.

- 2) Kesehatan fisik

Kemampuan menghadapi stress dipengaruhi oleh kondisi kesehatan fisiknya. Seseorang dengan masalah kesehatan fisik akan lebih rentan mengalami stress hingga terjadi depresi.

- 3) Kesehatan psikologis/ mental

Seseorang yang memiliki riwayat gangguan psikologis akan lebih peka jika mendapat stressor dan

lebih berisiko mengalami kekambuhan/ masalah kesehatan mental yang lebih serius.

4) Pengalaman kehilangan sebelumnya

Pengalaman kehilangan yang terjadi pada masa lampau/ anak-anak akan mempengaruhi individu jika dihadapkan pada stressor seperti kehilangan pada tahap usia dewasa/lansia.

b. Faktor pencetus (presipitasi)

Faktor pencetus terjadinya depresi pada seseorang antara lain kondisi sakit, kehilangan harga diri, kehilangan pekerjaan, kehilangan kedudukan di masyarakat, kehilangan peran dan lain-lain.

c. Perilaku

Perilaku yang dapat diobservasi oleh perawat antara lain :

- 1) Marah
- 2) Putus asa
- 3) Menangis
- 4) Ada ide bunuh diri atau berusaha melakukan percobaan bunuh diri/ orang lain
- 5) Mengurung diri
- 6) Menarik dari lingkungan
- 7) Gembira berlebihan
- 8) Ekspresi wajah murung
- 9) Kadang-kadang mengalami stupor
- 10) Terlihat malas dan lelah
- 11) Proses berpikir lambat
- 12) Konsentrasi mudah terganggu

d. Mekanisme koping

1) Denial

Denial merupakan mekanisme koping yang sering dilakukan. Individu menyangkal terhadap fakta yang ada. Mereka sebenarnya bahwa tindakan yang dilakukan adalah merugikan namun ia berusaha memberikan berbagai alasan agar hal tersebut dapat diterima.

2) Regresi

Mekanisme koping yang ditandai dengan kondisi psikologis seseorang menjadi mundur saat individu mengalami stress. Misalnya saat ditegur oleh pimpinannya, seorang menangis terisak-isak seperti pada saat masih anak-anak

3) Intelektualisasi/ rasionalisasi

Individu memberikan alasan yang rasional agar perkataan, pikiran ataupun perilaku dapat diterima oleh orang lain.

4) Represi

Melupakan pengalaman yang tidak menyenangkan dan menekannya ke alam bawah sadar

5) Supresi

Merupakan tindakan yang dipilih secara sadar oleh seseorang untuk menutupi pikiran, perasaan yang dialaminya.

6) Proyeksi

Bentuk mekanisme koping, seorang individu dengan memproyeksikan perasaan kepada orang lain. Biasanya individu akan menyalahkan orang lain jika menghadapi kesulitan

2. Tahap 2 : Penegakkan Diagnosis Keperawatan

Masalah keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien dengan gangguan alam perasaan, adalah :

- a. Risiko perilaku kekerasan
- b. Risiko bunuh diri
- c. Harga diri rendah kronis
- d. Keputusanasaan

3. Tahap 3 : Menentukan Intervensi Keperawatan

Prinsip intervensi keperawatan pada kasus ini, adalah :

- a. Bina hubungan yang baik dan saling percaya antara perawat dengan pasien
- b. Terapkan sikap empati saat berinteraksi kepada pasien
- c. Pantau adanya resiko mencederai diri sendiri/ resiko bunuh diri

- d. Kaji adanya sumber internal yang dimiliki oleh pasien
 - e. Kaji serta gunakan sumber eksternal dari pasien
 - f. Kaji sistem pendukung keyakinan
 - g. Bantu pasien identifikasi sumber-sumber harapan
 - h. Bantu pasien untuk mengatasi keputusan
 - i. Lakukan rujukan pada pasien sesuai indikasi jika memang diperlukan
4. Tahap 4 : Melakukan Tindakan/ Implementasi Keperawatan
- a. Risiko perilaku kekerasan
- Tujuan dari tindakan keperawatan yang dilakukan :
- 1) Pasien dapat mengetahui penyebab, tanda serta gejala, akibat kekerasan yang dilakukan
 - 2) Pasien dapat menggunakan cara kontrol marah dengan nafas dalam maupun pukul bantal/Kasur.
 - 3) Pasien dapat meminum obat secara rutin
 - 4) Pasien dapat menggunakan teknik verbal secara asertif
 - 5) Pasien dapat menggunakan teknik spiritual untuk mengurangi perilaku kekerasan.
- Tindakan yang dapat dilakukan :
- 1) Menjelaskan tentang manifestasi, etiologi serta dampak kekerasan yang dilakukan .
 - 2) Mengajarkan cara mengendalikan marah dengan teknik nafas dalam serta memukul bantal atau Kasur.
 - a) Menjelaskan cara mengendalikan rasa marah dengan nafas dalam serta memukul bantal atau Kasur.
 - b) Mendemonstrasikan serta mengajari pasien cara mengendalikan marah dengan menggunakan nafas dalam dan memukul bantal atau Kasur.
 - c) Mendampingi pasien untuk menyusun jadwal harian latihan nafas dalam dan pukul bantal atau Kasur.
 - 3) Memberi penjelasan kepada pasien tentang pentingnya meminum obat secara rutin.
 - a) Menjelaskan kepada klien obat apa saja yang diminum

- b) Membahas bersama pasien tentang manfaat obat serta dampak jika tidak rutin minum obat.
 - c) Bersama perawat menyusun jadwal minum obat
 - 4) Mengajarkan pasien dengan cara mengungkapkan dengan teknik verbal yang asertif
 - a) Memberi penjelasan cara mengendalikan kekerasan menggunakan teknik verbal yang asertif.
 - b) mengajarkan pasien berbicara dengan baik (mengajarkan cara menolak, meminta bantuan dengan teknik yang asertif)
 - c) Memfasilitasi penyusunan jadwal harian yang berisi latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan teknik verbal yang asertif.
 - 5) Melatih pasien dengan teknik spiritual
 - a) Memberi penjelasan kepada pasien cara mengendalikan kekerasan menggunakan teknik spiritual.
 - b) Mengajarkan pasien bagaimana mengendalikan perilaku dengan teknik spiritual.
 - c) Membantu dan mengajarkan perawat menyusun jadwal harian dengan memasukkan teknik spiritual sebagai cara untuk mengurangi rasa marah.
- b. Risiko Bunuh Diri

Tujuan :

- 1) Klien tetap dalam kondisi aman dan terhindar dari cedera.
- 2) Klien mampu melakukan cara mengontrol diri dari keinginan melakukan upaya percobaan dengan menyusun daftar kemampuan positif yang dimiliki.

Tindakan Keperawatan

- 1) Mengenali benda yang dapat digunakan pasien untuk mencederai diri
- 2) Mengidentifikasi aspek positif pada pasien
- 3) Mengidentifikasi cara pasien dalam menyelesaikan masalah. Jika cara yang digunakan tidak konstruktif maka dibantu diarahkan.

4) Membuat rencana masa depan klien yang realistic atau masuk akal.

c. Harga diri rendah kronis

Tujuan :

- 1) Pasien dapat menyebutkan penyebab, gejala yang muncul, serta alur terjadinya penurunan harga diri.
- 2) Pasien dapat menggali keterampilan positif yang dimiliki.
- 3) Pasien dapat memperkirakan jenis keterampilan yang bisa dilaksanakan
- 4) Pasien dapat menentukan jenis keterampilan sesuai.
- 5) Pasien dapat melaksanakan keterampilan yang sudah ditentukan.

Tindakan keperawatan :

1. Mengidentifikasi kemampuan positif yang ada pada pasien.
2. Membantu pasien untuk mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki dan dapat dilaksanakan.
3. Membantu pasien menentukan jenis keterampilan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan.
4. Mengajari pasien sesuai dengan keterampilan yang sudah disepakati

d. Keputusan

Tujuan :

1. Pasien dapat mengenal keputusan yang sedang dirasakan.
2. Pasien dapat menggunakan pikiran yang positif.
3. Pasien mampu melakukan aktivitas yang bermanfaat.

Tindakan keperawatan :

1. Mendiskusikan bersama dengan klien tentang keputusan meliputi : tanda dan gejala, penyebab serta proses terjadinya.
 - a) Membantu klien untuk mengenal keputusan
 - b) Membantu klien untuk menjelaskan apa yang sedang dirasakan.

- c) Membantu klien mengenal penyebab dari putus asa.
 - d) Mendiskusikan perasaan serta pikiran pasien saat ini dan dibandingkan dengan kondisi sebelumnya.
 - e) Membantu klien untuk mengidentifikasi akibat dari putus asa.
 - f) Memotivasi pasien agar dapat menjelaskan pengalaman pasien yang dapat memperkuat pikiran maupun perilaku yang sesuai atau positif.
2. Melatih klien untuk berpikir positif dengan berusaha menemukan harapan dan makna hidup.
 3. Melakukan aktivitas dengan tujuan dapat menumbuhkan harapan serta makna hidup
 4. Mendiskusikan aspek positif yang ada pada pasien, keluarga maupun lingkungan sekitar pasien.
 5. Mendiskusikan kemampuan yang adaptif yang ada pada pasien
 6. Mengajarkan pada pasien untuk melakukan satu kemampuan positif
 7. Menekankan dan meyakinkan klien bahwa kegiatan yang dilakukan bermanfaat untuk menumbuhkan harapan serta makna hidup.

BAB 9

KEHILANGAN DAN BERDUKA

Ayu Dekawaty, S.Kep., Ns., M.Kep

A. Kehilangan

1. Definisi

Kehilangan (*loss*) dapat diartikan sebagai suatu keadaan dimana individu berada dalam keadaan terpisah dari kondisi yang sebelumnya ada. Keadaan tersebut dapat terjadi secara mendadak ataupun bertahap, dengan atau tanpa kekerasan, diharapkan atau tidak, sebagian atau total, dapat kembali ataupun tidak (Potter & Perry, 2005). 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 (Sutejo, 2019).

2. Tipe kehilangan

Secara umum, kehilangan dapat dibagi menjadi 2 tipe, yaitu:

a. Kehilangan nyata (aktual)

Tipe kehilangan ini adalah yang paling mudah untuk dikenali oleh setiap orang karena bersifat nyata dan dapat terlihat, seperti : kematian orang yang dicintai, kehilangan salah satu bagian tubuh, atau hilangnya fungsi dari tubuh

b. Kehilangan perspektif

Tipe kehilangan ini sulit untuk dikenali karena hanya dialami oleh individu, seperti : perasaan kehilangan saat seorang istri diceraikan oleh suami yang

dicintainya sehingga menjadi rendah diri, perasaan seseorang yang kehilangan pekerjaannya karena PHK.

3. Bentuk Kehilangan

Sutejo (2019) membagi kehilangan menjadi beberapa bentuk, yaitu:

- a. Kehilangan orang yang sangat berarti, seperti ditinggal pergi ke suatu tempat atau ditinggal meninggal orang yang sangat berarti.
- b. Kehilangan Kesehatan bio-psiko-sosial, seperti kehilangan salah satu anggota tubuh, kehilangan fungsi tubuh, kehilangan pendapatan, kehilangan pekerjaan, kehilangan kemampuan seksual.
- c. Kehilangan milik pribadi, seperti kehilangan uang, perhiasan, atau benda berharga lainnya.

4. Sumber Kehilangan

Sumber gangguan atau kehilangan dapat berasal dari 2 jenis, yaitu:

a. Eksternal

Dapat berupa pikiran, sikap, tindakan yang tidak sesuai dengan nilai individu, keyakinan atau moral dan konflik interpersonal yang mengancam eksistensi individu, harga diri, rasa aman.

b. Internal

Kematian orang yang disayangi, penghentian hubungan kerja (PHK), penyakit, atau kehilangan tubuh tertentu

B. Berduka

1. Definisi

Berduka (*grieving*) adalah respon psikososial yang ditunjukkan oleh klien akibat kehilangan: orang, objek, fungsi, status, bagian tubuh, atau hubungan (SDKI, 2016). Berduka bukan merupakan proses patologis, namun respon adaptif terhadap proses kehilangan yang sehat (stressor yang nyata). Justru sebaliknya akan dikatakan maladaptif apabila individu tidak memiliki respon berduka saat menghadapi

kehilangan. Proses berduka dapat mempengaruhi semua aspek kehidupan karena individu hanya berfokus pada perasaan dan keadaan saat itu (Stuart, 2016).

NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) mengelompokkan berduka menjadi 2 jenis, yaitu:

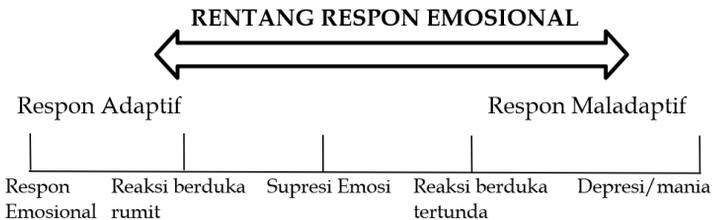
a. Berduka antisipatif

Berduka antisipatif adalah respon emosional yang terjadi sebelum adanya kehilangan yang nyata. Respon ini memperkirakan terjadinya kehilangan serta membantu klien dan keluarga untuk mempersiapkan kematian. Peran perawat pada respon ini adalah memfasilitasi dengan meminta mengingat Kembali tentang kenangan yang pernah terjadi (Stuart, 2016).

b. Berduka disfungsional

Respon kehilangan yang terlalu dibesar-besarkan sehingga menjurus kepada sikap abnormal.

2. Rentang respon emosional



Gambar 5. Rentang respon emosional
(Stuart, 2016)

- a) Respon emosional merupakan respon yang paling adaptif. Terdapat ciri keterbukaan dan kesadaran akan perasaan. Perasaan dijadikan sebagai pengalaman yang dapat menjadi sumber belajar yang paling efektif.
- b) Reaksi berduka rumit adalah respon adaptif dalam menghadapi stres. Pada kondisi tersebut individu sedang menghadapi realita kehilangan dan larut dalam kondisi berduka.
- c) Supresi Emosi adalah respon maladaptif, terdapat respon penolakan perasaan individu yang dapat bersifat sementara

- d) Reaksi berduka yang tertunda adalah respon maladaptif. Reaksi ini dapat terjadi akibat supresi emosi yang berkepanjangan. Penundaan dan penolakan berduka mungkin dapat terjadi bertahun-tahun.
 - e) Depresi dan mania adalah respon maladaptif. Merupakan proses kesedihan dan berduka yang berlarut-larut hingga individu mengalami gangguan suasana hati seperti permusuhan dan kesedihan yang berlebihan, perasaan hampa yang berkepanjangan dan mati rasa, ketidakmampuan untuk menangis dan mengekspresikan emosi, rendah diri, bermimpi terus menerus tentang kehilangan.
3. Fase-fase berduka

Menurut teori *Schulz*, dijelaskan bahwa terdapat 3 fase dalam proses berduka yaitu:

a. Fase awal

Dimulai dengan adanya kehilangan seperti proses kematian. Berlangsung dalam waktu beberapa minggu.

Reaksi yang timbul antara lain: syok, tidak yakin atau tidak percaya, perasaan dingin perasaan kebal (mati rasa) dan bingung

Proses ini akan berakhir setelah beberapa hari, kemudian individu akan kembali berduka berlebihan hingga menangis dan ketakutan (Yusuf et al., 2015)

b. Fase pertengahan

Fase ini dimulai kira-kira 3 minggu setelah kematian dan akan berakhir kurang lebih satu tahun (Yusuf et al., 2015). Pola tingkah laku yang ditunjukkan antara lain:

- 1) Perilaku obsesi, meliputi : pengulangan pikiran tentang peristiwa kematian.
- 2) Suatu pencarian arti dari kematian

c. Fase pemulihan

Fase ini terjadi setelah kurang lebih satu tahun. Individu memutuskan untuk tidak mengenang masa lalu dan mulai meningkat partisipasi pada kegiatan social (Yusuf et al., 2015).

4. Tahapan-tahapan berduka

Elisabeth Kübler-Ross, David Kessler (2014) mengemukakan bahwa terdapat 5 tahapan dari proses berduka, yaitu:

a. Tahap Penyangkalan (*Denial*)

Ditunjukkan dengan reaksi terkejut, tidak percaya, merasa terpukul, menyangkal pernyataan kehilangan, kadang berhalusinasi (seolah-olah masih melihat atau mendengar suara tersebut)

Reaksi fisik: keletihan, kelemahan, wajah pucat, mual, diare, sesak nafas, detak jantung cepat, menangis, gelisah

b. Tahap Marah (*anger*)

Individu mulai sadar dengan kenyataan kehilangan. Menunjukkan perasaan marah yang meningkat dan diproyeksikan pada orang tertentu atau yang ada di lingkungannya.

Reaksi fisik: wajah merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan mengempal.

c. Tahap tawar- menawar (*bargaining*)

Reaksi: menyatakan kata-kata “*seandainya saya hati-hati....*”, “*kenapa harus terjadi pada keluarga saya?.*”

d. Tahap Depresi (*depression*)

Reaksi fisik: menarik diri, tidak mau bicara, putus asa. Reaksi fisik: menolak makan, susah tidur, letih, libido menurun

e. Tahap penerimaan (*acceptance*)

Terjadi reorganisasi perasaan kehilangan. Gambaran objek atau orang yang hilang mulai dilepas perlahan, perhatian dialihkan pada objek baru.

5. Penyebab

Respon berduka yang paling sering adalah respon terhadap kehilangan orang yang dicintai karena perpisahan atau kematian. Selain itu juga dapat berupa kehilangan sesuatu yang berwujud atau tidak berwujud yang sangat disayangi, seperti harta, benda berharga, pekerjaan, status, dan ideal diri. Individu yang memiliki kemampuan untuk menciptakan hubungan yang hangat dan harmonis memiliki kesempatan untuk lebih rentan terhadap munculnya rasa bersedih, putus asa, dan berduka saat hubungan tersebut dihentikan (Stuart, 2016).

Penjelasan lain diuraikan dalam SDKI (2016) penyebab dari berduka adalah sebagai berikut:

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

6. Tanda dan Gejala

Terdapat berbagai tanda dan gejala mayor dan minor dari berduka yang dijabarkan dalam (SDKI, 2016) yaitu sebagai berikut:

Tanda dan gejala mayor

Subjektif:

- a. Merasa sedih
- b. Merasa bersalah dan menyalahkan orang lain
- c. Tidak menerima kehilangan
- d. Merasa tidak ada harapan

Objektif:

- a. Menangis
- b. Pola tidur berubah
- c. Tidak mampu berkonsentrasi

Tanda dan gejala minor

Subjektif:

- a. Mimpi buruk atau pola mimpi berubah
- b. Merasa tidak berguna
- c. Fobia

Objektif:

- a. Marah
- b. Tampak panik
- c. Fungsi imunitas terganggu

7. Proses keperawatan Kehilangan dan Berduka

a. Pengkajian

1) Faktor predisposisi

a) Genetik

Riwayat dalam keluarga dengan depresi akan membuat individu sulit untuk mengembangkan sikap optimistik dalam menghadapi masalah.

b) Kesehatan fisik

Keadaan fisik yang sehat membuat individu cenderung mampu untuk mengatasi stres.

c) Kesehatan mental

Individu dengan riwayat penyakit mental cenderung lebih peka terhadap kehilangan.

d) Pengalaman kehilangan sebelumnya

Pengalaman kehilangan pada masa kanak-kanak cenderung akan mempengaruhi proses kehilangan di masa dewasa.

2) Faktor presipitasi

Berbagai stressor kehilangan yang dihadapi individu dapat mempengaruhi proses berduka.

3) Perilaku

a) Menangis atau tidak mampu menangis

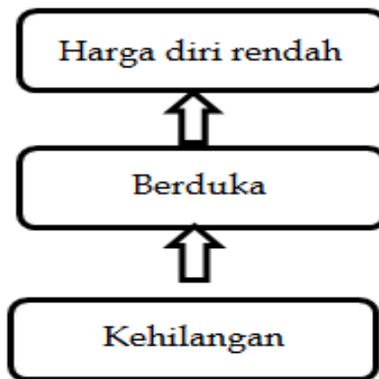
b) Marah

c) Putus asa

d) Kadang berusaha melukai diri ataupun orang lain

- 4) Mekanisme koping
 - a) Denial
 - b) Regresi
 - c) Rasionalisasi
 - d) Supresi
 - e) Proyeksi
- b. Tanda dan gejala
 - 1) Merasa sedih
 - 2) Merasa bersalah dan menyalahkan orang lain
 - 3) Tidak menerima kehilangan
 - 4) Merasa tidak ada harapan
 - 5) Menangis
 - 6) Pola tidur berubah
 - 7) Tidak mampu berkonsentrasi
- c. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan data hasil pengkajian, maka pohon masalah dapat dirumuskan sebagai berikut:



Gambar 6. Pohon Masalah Berduka



Gambar 7. Pohon Masalah Kehilangan

d. Perencanaan Keperawatan

Intervensi Keperawatan Kepada Pasien

Tujuan:

- 1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
- 2) Pasien dapat mengenali peristiwa kehilangan yang dialami
- 3) Pasien dapat memahami hubungan antara kehilangan yang dialami dengan keadaan dirinya
- 4) Pasien dapat mengidentifikasi cara-cara mengatasi berduka yang dialaminya
- 5) Pasien dapat memanfaatkan faktor pendukung

Prinsip intervensi:

- 1) Tahap Penyangkalan (*denial*): memberikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaan
 - a) Membina hubungan saling percaya dengan pasien
 - b) Dorong pasien mengungkapkan perasaan duka
 - c) Tingkatkan kesadaran pasien secara bertahap, siap mental
 - d) Dengarkan pasien dengan penuh pengertian, jangan menghukum atau menghakimi

- e) Jelaskan bahwa sikap pasien wajar terjadi
 - f) Beri dukungan nonverbal : memegang tangan, menepuk bahu
 - g) Jawab pertanyaan pasien dengan bahasa sederhana, jelas dan singkat
 - h) Amati respon pasien selama bicara
 - i) Tingkatkan kesadaran pasien secara bertahap
- 2) Tahap marah (*anger*)
- a) Membina hubungan saling percaya dengan pasien
 - b) Beri dorongan dan kesempatan pasien mengungkapkan rasa marahnya secara verbal
 - c) Dengarkan dengan empati, jangan memberi respon yang mencela
 - d) Bantu klien memanfaatkan sumber-sumber pendukung
- 3) Tahap tawar-menawar (*bargaining*)
- a) Membina hubungan saling percaya dengan pasien
 - b) Bantu pasien mengidentifikasi rasa bersalah dan rasa takutnya
 - c) Amati perilaku klien
 - d) Diskusikan bersama pasien tentang perasaannya
 - e) Tingkatkan harga diri pasien
 - f) Cegah tindakan merusak diri
- 4) Tahap Depresi (*depression*): mengidentifikasi tingkat depresi, resiko merusak diri dan membantu pasien mengurangi rasa bersalah
- a) Membina hubungan saling percaya dengan pasien
 - b) Amati perilaku pasien
 - c) Diskusikan bersama pasien mengenai perasaan
 - d) Cegah tindakan merusak diri
 - e) Hargai perasaan pasien
 - f) Bantu pasien mengidentifikasi dukungan positif yang terkait dengan kenyataan
 - g) Beri kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya, bila perlu biarkan ia menangis sambil tetap didampingi

- h) Bahas pikiran yang selalu timbul bersama pasien
- 5) Tahap penerimaan (*acceptance*): membantu pasien menerima kehilangan yang tidak bisa dielakkan
 - a) Sediakan waktu untuk mengunjungi pasien secara teratur
 - b) Bantu pasien/keluarga berbagi rasa, karena biasanya setiap anggota keluarga tidak berada pada tahap yang sama pada saat bersamaan

Intervensi Keperawatan Keluarga

Tujuan tindakan keperawatan:

1. Keluarga mengenal masalah kehilangan dan berduka
2. Keluarga memahami cara merawat pasien berduka berkepanjangan
3. Keluarga dapat mempraktikkan cara merawat pasien berduka disfungsi
4. Keluarga dapat memanfaatkan sumber yang tersedia di masyarakat

Tindakan keperawatan:

1. Mengetahui masalah berduka pada pasien
2. Menjelaskan pada keluarga tentang cara merawat pasien dengan berduka berkepanjangan
3. Mempraktekkan pada keluarga cara merawat pasien dengan berduka berkepanjangan
4. Mengevaluasi kemampuan pasien yang berduka
5. Melakukan rujukan

BAB 10

KONSEP RECOVERY DAN SUPPORTIVE ENVIRONMENT PADA KLIEN GANGGUAN JIWA

Sifa Fauziah, Ns., M.Kep

A. Konsep Recovery

Recovery dalam Kesehatan jiwa tidak berfokus pada pengobatan, tetapi lebih menekankan kepada suatu proses interaksional, dinamis dan berkelanjutan antara kekuatan, kelemahan, sumberdaya lingkungan dll. Recovery lebih menegaskan bagaimana individu mengatasi tantangan setiap harinya, untuk dapat hidup mandiri dan berkontribusi terhadap masyarakat, adanya harapan, keyakinan, kekuatan pribadi dalam menentukan nasibnya sendiri (Suryani, S; Welch; Anthony; Cox, 2013)

Istilah recovery memiliki makna yang sederhana dan cukup jelas dalam kehidupan sehari-hari, istilah ini dapat dimaknai sebagai “free from symptoms” dan “return to healthy stage and wellbeing” (Bellack, 2006), atau hanya digambarkan sebagai “back to normal” (Golightley, 2011). (Mountain, 2016) menyatakan bahwa dalam berbagai literatur terkait recovery memberi kesan bahwa proses recovery telah digunakan dengan cara yang berbeda dan beragam, dapat berupa pendekatan model, philosophy, paradigm dan movement or version.

Recovery merupakan sebuah proses yang panjang dimana seorang individu harus mampu mencapai dan mempertahankan kesejahteraan dalam hidupnya, selain itu seorang individu juga harus menyadari bahwa gangguan mental yang dialaminya tidak hanya membawa dampak negatif pada dirinya sendiri akan tetapi juga berdampak pada lingkungan sekitarnya, lalu dengan adanya kesadaran yang dirasakan oleh individu bahwa terdapat dampak yang negatif dari penyakitnya, lalu individu

tersebut berjuang melawan penyakitnya berjuang sampai menuju satu titik dimana individu tersebut pulih dan kembali pada peran sosialnya di masyarakat serta tidak memiliki masalah kesehatan mental lagi (Green, 2004).

Menurut (Lieberman et al., 2002) recovery merupakan suatu proses pemulihan dimana pada proses tersebut seorang individu dapat melakukan sebuah perubahan berupa meningkatkan kesehatan dan kesejahteraannya, hidup sesuai dengan arah kehidupan yang dipilihnya, dan berjuang mencapai tujuan hidup sesuai dengan seluruh kemampuan yang dimilikinya serta memiliki teman teman yang mendukung proses pemulihannya dan dapat melakukan kegiatan bersama, hal tersebut dapat dilakukan oleh seorang survivor sekurang kurangnya dalam kurun waktu 2 tahun.

B. Tahapan Recovery

Recovery merupakan sebuah proses adaptasi yang positif terhadap penyakit dan kecacatan, dan berkaitan erat dengan kesadaran diri dan rasa pemberdayaan (Hogan, 2003). (Creswell, J. W., & Poth, 2007). (Wallcraft, 2002) menyatakan bahwa recovery adalah proses individualistik yang mencakup serangkaian pengalaman, proses pemulihan tersebut bersifat kontinu artinya dapat menjadi sebuah perjuangan terus menerus bagi mereka yang memiliki gangguan jiwa, prosesnya meliputi adanya sebuah perjalanan panjang, pembelajaran pribadi dan pada proses tersebut survivor terkadang mengalami kegagalan dalam proses pemulihannya dan mencoba bangkit kembali sehingga dapat hidup mandiri serta menjadi bagian dari masyarakat.

Menurut (Andresen et al., 2003) dalam proses recovery terdapat empat kunci utama diantaranya adalah :

1. Finding hope (menemukan harapan) artinya seorang survivor harus mampu menemukan dan mempertahankan harapannya serta harus memiliki rasa percaya diri dan optimis akan masa depannya

2. Redefining identity(pembentukan kembali identitas) artinya seorang survivor harus mampu menemukan identitasnya kembali dan bertransformasi menjadi pribadi yang positif dan memiliki arti
3. Finding Meaning (menemukan makna hidup) artinya seorang survivor dalam kondisi sakitnya harus dapat tetap terlibat dalam proses kehidupannya dan menemukan makna dalam kehidupannya
4. Taking responsibility (bertanggungjawab) artinya seorang survivor memiliki tanggung jawab penuh dalam proses recovery nya sendiri, survivor harus bertanggung jawab terhadap hidup dan bertanggung jawab dalam mengendalikan penyakitnya.

(Andresen et al., 2003) dalam penelitian kualitatifnya menemukan 5 tahapan yang terdapat dalam proses recovery yang terdiri dari :

1. Moratorium, pada tahap ini seorang survivor skizofrenia akan mengalami kebingungan dengan kondisinya, mengalami putus asa serta mengingkari kondisi sakitnya
2. Awareness (Kesadaran) pada tahap ini seorang survivor skizofrenia sudah mulai sadar dengan kondisi sakitnya, kesadaran ini muncul dari dalam diri ataupun dapat muncul karena adanya faktor eksternal yakni adanya dukungan dari orang lain seperti tenaga kesehatan yang mampu memberikan role model yang baik kepada survivor,
3. Preparation (persiapan) pada tahap ini survivor sudah mulai dapat memutuskan untuk memulai hidup baru seperti memulai untuk bekerja,terlibat dalam proses rehabilitasi, terlibat dalam kelompok yang mendukung proses recovery serta berinteraksi dengan orang lain di lingkungan sekitar.
4. Rebuilding (membangun kembali) pada tahap ini dapat dikatakan sebagai tahap rising action karena pada tahap ini seorang survivor sudah banyak melakukan usaha dengan kerja kerasnya selama proses recovery untuk dapat memperoleh kembali identitas positif mereka sehingga mereka dapat memperoleh kembali peran sosial mereka di

masyarakat dan dihargai secara pribadi, pada tahap ini survivor bertanggung jawab secara penuh dalam pengendalian hidupnya dan bertanggung jawab jika suatu saat nanti dalam proses recovery akan mengalami kekambuhan atau kemunduran.

5. Growth (pertumbuhan) merupakan tahap akhir dalam proses recovery pada tahap ini survivor belum dapat dikatakan terbebas seutuhnya dari gejala skizofrenia, namun pada tahap ini survivor sudah mampu untuk mengendalikan kekambuhannya, ulet dan sabar ketika mengalami kemunduran dalam proses recoverynya dan tetap memiliki makna yang positif dalam dirinya walaupun sedang mengalami kemunduran.

C. Karakteristik Recovery

Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA's) telah menyusun model recovery untuk pasien skizofrenia dan membaginya menjadi 10 karakteristik (Bellack, 2006), beberapa karakteristik tersebut tercantum dalam tabel dibawah ini :

Tabel 3.1 Karakteristik Recovery

No	Karakteristik	Keterangan
1.	Self Direction	Secara konsep self direction merupakan keteguhan diri, artinya individu dengan gangguan jiwa dapat memimpin, mengendalikan, dan menentukan jalan mereka sendiri dalam proses pemulihannya. Dalam proses recovery penyembuhan tidak dapat terjadi hanya dengan rajin minum obat dan menuruti perintah orang lain. Agar dapat pulih, seorang survivor harus memiliki dorongan yang berasal dari dalam dirinya sendiri untuk sembuh dan memiliki keinginan untuk memperbaiki hidupnya.

No	Karakteristik	Keterangan
2.	Individualized and person centered	Individual and person centered artinya bersifat individu dan berpusat pada diri individu, secara konsep didalam proses pemulihan setiap individu memilih jalur yang berbeda-beda, memiliki keunikan dan pengalaman yang berbeda pula. Seorang individu memiliki kapasitas untuk membimbing, mengatur, mengarahkan dan mengendalikan dirinya sendiri apabila ia diberikan kondisi tertentu yang mendukung. Seorang individu juga memiliki potensi untuk memahami apa yang terjadi dalam hidupnya yang terkait dengan tekanan dan kecemasan yang ia rasakan. Seorang individu memiliki potensi untuk mengatur ulang dirinya sedemikian rupa sehingga tidak hanya untuk menghilangkan tekanan dan kecemasan yang ia rasakan tetapi juga untuk memenuhi kebutuhan diri dan mencapai kesembuhan
3.	Empowerment	Empowerment atau pemberdayaan merupakan kondisi dimana individu dengan gangguan jiwa memiliki kewenangan untuk menentukan pilihan dan membuat keputusan yang akan berdampak pada kehidupan mereka. Pemberdayaan terkait dengan penggalian dan pengembangan potensi individu, setiap individu memiliki potensi yang dapat dikembangkan sehingga pemberdayaan merupakan salah satu upaya untuk membangun

No	Karakteristik	Keterangan
		<p>daya itu dengan mendorong, memberikan motivasi dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki serta mengembangkannya.</p>
4.	Holistic	<p>Holistic memiliki arti berfokus pada semua aspek dalam kehidupan manusia termasuk emosi, sosial, body mind spirit. Proses recovery harus mencakup seluruh aspek dalam kehidupan seseorang, aspek tersebut meliputi : fisik, jiwa dan kehidupan sosialnya. Proses recovery tidak hanya menggarap masalah gejala gangguan jiwa saja, namun mencakup berbagai hal dalam hidup seperti : perawatan diri, perumahan, keluarga, pendidikan, pekerjaan, keagamaan, kesehatan serta jaringan sosial. Proses recovery tidak akan optimal jika hanya menggarap satu sisi kehidupan saja, misalnya hanya memberikan obat, namun penderita tidak dilatih untuk merawat diri sendiri, tidak memiliki kegiatan, tempat istirahat yang nyaman serta lingkungan yang mendukung.</p>
5.	Non-Linear	<p>Non linier (tidak linier), artinya seorang individu akan mengalami pertumbuhan dan kemunduran, proses pemulihan bukanlah sebuah proses yang instan akan tetapi sebuah proses yang memiliki satu kesatuan yang pertumbuhannya terus menerus dengan kemunduran sesekali. Non linear merupakan suatu sistem yang</p>

No	Karakteristik	Keterangan
		sifatnya tidak tetap, mudah berubah, sulit dikontrol dan sulit diprediksi. Seorang individu dalam perjalanan recovery terkadang mengalami sebuah kemunduran sama halnya dengan seseorang yang menderita diabetes melitus yang terkadang jika tidak mematuhi treatment maka penderita DM akan mengalami kekambuhan seperti gula darah yang naik dan tekanan darah yang meningkat, sama halnya dengan survivor skizofrenia jika tidak patuh minum obat dan tidak menjalani treatment bisa jadi mengalami kemunduran dan berada pada tahap awal proses penyembuhan.
6.	Strengths based	Strengths based atau berdasarkan kekuatan, artinya proses pemulihan berfokus pada individu sendiri dalam menilai kekuatan yang dimiliki, ketahanan dan kemampuan dalam mengatasi masalah. Masing individu memiliki kekuatan pada diri mereka sendiri. Proses recovery sangat perlu didasari oleh adanya kekuatan yang berasal dari dalam diri. Misalnya seseorang yang memiliki kemampuan seni perlu mengambil jalur seni, seseorang dengan latar belakang pendidikan yang tinggi perlu memanfaatkan hal tersebut sebagai dasar dalam proses recoverynya, begitu pula dengan survivor yang memiliki kemampuan berdagang ia perlu mengambil jalur perdagangan

No	Karakteristik	Keterangan
		sebagai dasar dalam proses recoverynya.
7.	Peer Support	Adanya peer support pada pasien gangguan jiwa akan membuat klien merasa dihargai, peran peer support disini merupakan peran sesama pasien yang juga mengalami gangguan jiwa. Dengan adanya dukungan sesama pasien dapat memberikan harapan dan semangat. Dengan adanya dukungan sesama pasien survivor dapat mengubah hidupnya dari keadaan sakit menjadi pulih dan memiliki peranan di masyarakat. Hal ini akan mendorong survivor untuk dapat hidup mandiri, mempunyai peranan dan berpartisipasi didalam masyarakat.
8.	Respect	Individu dengan gangguan jiwa ingin diterima dan ingin menjadi bagian dari masyarakat, ingin dihormati oleh masyarakat di lingkungannya, memberikan kontribusi terhadap masyarakat dan memiliki hubungan yang baik dengan masyarakat di lingkungannya. Diterimanya survivor di masyarakat akan sangat membantu proses recovery. Adanya diskriminasi dan penghinaan akan sangat mempersulit proses recovery. Peran keluarga dan masyarakat yang menerima segala keterbatasan dan kekurangan penderita akan sangat membantu agar dapat memberikan

No	Karakteristik	Keterangan
		kontribusi dalam kehidupan bermasyarakat
9.	Responsibility	Individu dengan gangguan jiwa bertanggung jawab atas dirinya sendiri, tanggung jawab tersebut meliputi manajemen diri, obat-obatan, tanggung jawab Ketika mencoba kemudian gagal dan mencoba kembali. Tanggung jawab merupakan sebuah kesadaran individu akan tingkah laku atau perbuatannya, tanggung jawab juga berarti berbuat sebagai perwujudan kesadaran akan kewajiban. Tanggung jawab sudah menjadi bagian kehidupan seorang manusia bahwa setiap individu pasti memiliki tanggung jawabnya sendiri-sendiri begitu pula dengan para survivor mereka bertanggung jawab atas kondisinya.
10.	Hope	Harapan tidak hanya muncul dari diri pribadi seseorang akan tetapi juga dapat dipengaruhi oleh orang lain, adanya dukungan teman sebaya yang dapat pulih dan dapat mengatasi tantangan dan masalah penyakitnya dapat menjadi sebuah harapan dalam proses recovery seorang individu. Selain itu harapan tidak hanya muncul dari teman sebaya, harapan itu bisa tumbuh dan diperkuat oleh adanya dukungan keluarga, tenaga Kesehatan maupun relawan gangguan jiwa yang dapat menjadi pendorong utama dalam proses pemulihan

D. Supportive Environment dalam Proses Recovery

Dalam proses recovery membutuhkan dukungan dari teman, keluarga, masyarakat, kelompok pendukung dan pemerintah. Mereka juga membutuhkan seorang mentor yang mampu membimbing dan memotivasi survivor untuk bisa mandiri.

Berdasarkan kajian literatur yang kami temukan, dukungan dapat diperoleh melalui peer group, keluarga, komunitas, tokoh masyarakat, kader dan spiritual.

1. Peer Group

Keluarga, teman, dan orang lain di sekitar lingkungannya merupakan bagian dari supportive environment. Selain itu supportive environment yang juga dapat diperoleh klien adalah peer support group, yang dapat mendorong klien untuk bersosialisasi, mengekspresikan perasaan serta masalah yang dihadapinya kameraeureka lebih leluasa berbagi dengan orang lain yang memiliki pengalaman yang sama (Castelein et al., 2015). Menurut (Chinman et al., 2014) peer support merupakan bentuk dukungan sosial yang dapat diperoleh klien sebelum, selama, dan setelah perawatan untuk memfasilitasi recovery jangka panjang di masyarakat.

2. Keluarga dan Komunitas

(Kaewprom et al., 2011) dalam penelitiannya berjudul *Factors involved in recovery from schizophrenia: A qualitative study of Thai mental health*, diperoleh dua faktor lingkungan yang dapat memfasilitasi proses recovery klien dengan gangguan jiwa yaitu keluarga dan komunitas di lingkungan klien serta akses layanan kesehatan jiwa. Dukungan dari keluarga berupa cinta dan kasih sayang sangat membantu klien untuk pulih dari masalah kesehatan jiwa nya, demikian juga penerimaan dan pengakuan dari komunitas di sekitarnya. Selain itu layanan akses layanan kesehatan jiwa sebagai salah satu fasilitas lingkungan juga mendukung proses recovery.

Sejalan dengan pendapat tersebut (Dedi Kurniawan, 2020) menyatakan bahwa dukungan keluarga sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai tentang kesehatan bagi klien, serta mendampingi klien dalam membuat keputusan terkait dengan kesehatannya. Dukungan tersebut dapat berupa dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan penilaian serta dukungan emosional bagi klien.

3. Spiritual dalam proses penyembuhan

Spiritualitas merupakan proses individu menemukan makna dan tujuan hidup, menemukan dan mengembangkan kepribadian menjadi lebih matang sehingga lebih kuat dalam mengatasi kesulitan dan penderitaan. Spiritualitas meliputi keyakinan agama yang dianut, praktek ibadah, meditasi, do'a, membaca kitab suci, membantu orang tanpa pamrih, dan refleksi diri (Culiford, 2005). Spiritualitas merupakan sarana pemulihan, kunci kesembuhan bagi individu gangguan jiwa. Spiritualitas akan meningkatkan rasa percaya diri, meringankan kesulitan, perasaan susah, dan meningkatkan dukungan masyarakat (Culiford, 2005).

Hal tersebut didukung pendapat (Lukoff, 2010) bahwa spiritualitas merupakan pengalaman individu mencari nilai nilai kehidupan dalam dirinya, mengembangkan nilai tersebut, keyakinan akan masa depan yang tujuannya untuk pemulihan. Spiritualitas diperoleh individu melalui do'a, membaca kitab suci, menghadiri acara keagamaan, melaksanakan kegiatan ibadah dan lain-lain. Kesimpulannya bahwa spiritualitas meliputi keyakinan agama dan diperoleh melalui praktek ibadah yang dilakukan agama masing-masing untuk memperoleh makna dan nilai-nilai kehidupan. Spiritualitas dan agama merupakan bagian dari proses recovery individu tidak hanya skizofrenia, akan tetapi pemulihan individu yang mengalami masalah kesehatan mental.

DAFTAR PUSTAKA

- & Senjaya, S. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Media Karya Kesehatan*, 2(2), 218–225. <https://doi.org/10.24198/mkk.v2i2.22175>
- AH. Yusuf., Rizky Fitriyasaki PK,K., Hanik Endang Nihayati (2015) *Buku Ajar Kesehatan Jiwa*. Edited by T. Chandra. Sidoarjo: Zifatama Publishing. Jakarta: Salemba Medika
- Amalita, A.R., Alawiya, N., & Utami, N. A. T. (2019). Perlindungan Hukum Terhadap Penderita Gangguan Jiwa Dalam Pelayanan Kesehatan Pada Struktur Peraturan Perundang-Undangan Indonesia. ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) *Jurnal Online Internasional & Nasional* Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Avelia Y, Alfianto AG, Dewi MK, Ramaita, Islamarida R, Antariksawan IW, Hidayati E, Bahari K, et al. 2022. Keperawatan Jiwa. Bandung : Media Sains Indonesia.
- Bella Indriani., NuryLutfiatil Fitri., Indhit Tri Utami (2021) Pengaruh Penerapan Aktivitas Mandiri : Kebersihan Diri Terhadap Kemandirian Pasien Defisit Perawatan Diri Di Ruang Kutilang RSJ Daerah Provinsi Lampung. Volume 1, Nomor 3, September 2021 ISSN : 2807-3469. *Jurnal Cendikia Muda*
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432–442. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj044>

- Buckley, P. F., & Foster, A. (2014). Schizophrenia. In *Metabolism of Human Diseases: Organ Physiology and Pathophysiology*. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-0715-7_4
- Budi Anna Keliat., Achir Yani S., Yossie Susanti Eka Putri., Novy H.C.Daulima., Ice Yulia Wardani, Herni Susanti., Giur Hargiana., Ria Utami Panjaitan (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Castelein, S., Bruggeman, R., Davidson, L., & Gaag, M. Van Der. (2015). Creating a Supportive Environment: Peer Support Groups for Psychotic Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1211-1213. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv113>
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300244>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2007). *Choosing Among Five Approaches* (Issue June). https://www.researchgate.net/profile/Rulinawaty-Kasmad/publication/342229325_Second_Edition_QUALITATIVE_INQUIRY_RESEARCH_DESIGN_Choosing_Among_Five_Approaches/links/5eec7025458515814a6ac263/Second-Edition-QUALITATIVE-INQUIRY-RESEARCH-DESIGN-Choosing-Among
- Dedi Kurniawan, S. K. N. M. K. G. K. S. K. N. M. K. F. F. S. K. N. M. B. (2020). *KEPERAWATAN JIWA KELUARGA: Terapi Psikoedukasi Keluarga* ODGJ. <https://books.google.co.id/books?id=rozAEAAAQBAJ>
- Elisabeth Kübler-Ross, David Kessler, M. S. (2014). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. Celestian Arst.
- Fadly, M., & Hargiana, G. (2018). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Pada Klien Isolasi Sosial Pasca Pasung. *Faletehan Health*

Journal, 5(2), 90–98. <https://doi.org/10.33746/fhj.v5i2.14>

Fatani, B. Z., Aldawod, R. A., & Alhawaj, F. A. (2018). Schizophrenia: Etiology, Pathophysiology and Management: A Review. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. <https://doi.org/10.12816/0042241>

Fitria, Nita (2010). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan*. Jakarta: Salemba Medika

Fitriya Handayani., Donny Tri Wahyudi., Ana Damayanti., Marniaa Sulfiana (2020) *Modul Praktikum Keperawatan Jiwa*. Bandung: CV. Adanu Abimata.

Fortinash, K. M. and Worret, P. A. H. (2012) *Psychiatric Mental Health Nursing*. 5th edn. St. Louis: Mosby Elsevier.

Golightley, M. (2011). *Social Work and Mental Health*. SAGE Publications.
https://books.google.co.id/books?id=h7C%5C_GgYFWa0C

Herdman. (2009). *Nanda international nursing diagnoses: definition & classification 2009-2011*. Wiley Black Well.

Hines, R. L., & Marschall, K. E. (2012). Psychiatric Disease/ Substance Abuse/Drug Overdose. In *Stoelting's Anesthesia and Co-Existing Disease*. <https://doi.org/10.1016/b978-1-4160-3998-3.10022-3>

Hogan, M. F. (2003). The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America. *Psychiatric Services*, 54(11), 1467–1474. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.11.1467>

Indra Ruswadi (2021) *Keperawatan Jiwa (Panduan Praktis Untuk Mahasiswa Keperawatan)*. Indramayu: Cv. Adanu Abimata

Iskandar (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama

Kaewprom, C., Curtis, J., & Deane, F. P. (2011). Factors involved in recovery from schizophrenia: A qualitative study of Thai

- mental health nurses. *Nursing and Health Sciences*, 13(3), 323–327. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00621.x>
- Keliat, B. A. et al. (2019) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A., & et al. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (M. Ester, Ed.). EGC.
- Keliat, B. A., (2005). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Keliat, B. A., (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN –Basic Course)*. Jakarta: EGC
- Kemenkes, 2013; WHO, 2011(Fadly & Hargiana, 2018) Dong, Z. (2012). No TitleФормирование парадигмальной теории региональной экономики. *Экономика Региона, Kolisch 1996*, 49–56.
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256–272. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016905>
- Lukoff, D. (2010). Visionary Spiritual Experiences. *Psychosis and Spirituality: Consolidating the New Paradigm: Second Edition, March*, 205–215. <https://doi.org/10.1002/9780470970300.ch16>
- Lunn, B. (2017). Schizophrenia. In *Psychiatry by Ten Teachers, Second Edition*. <https://doi.org/10.1201/9781315380612>
- Maryam, S. (n.d.). *Strategi Coping: Teori Dan Sumberdayanya*.
- Maslim, R. (2019) *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ -III DSM-5 ICD-11.3rd edn*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.

- Maulana, I., S, S., Sriati, A., Sutini, T., Widiанти, E., Rafiah, I., Hidayati, N. O., Hernawati, T., Yosep, I., H, H., Amira D.A, I.,
- Miret, S., Fatjó-Vilas, M., Peralta, V., & Fañanás, L. (2016). Basic symptoms in schizophrenia, their clinical study and relevance in research. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 9((2)), 111-121. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.10.007>
- Mohr, W. K. (2013) *Psychiatric-Mental Health Nursing Evidence-Based Concepts, Skills, and Practices*. 8th edn. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Mountain, D. (2016). *Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry* (2nd edn) - Edited by Frank Holloway, Sridevi Kalidindi, Helen Killaspy and Glenn Roberts, RCPsych Publications, 2015, £35, pb, 496 pp. ISBN: 9781909726338. *BJPsych Bulletin*, 40(6), 352-352. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052621>
- NANDA (2021) *Nursing Diagnosis Definitions and Classification 2021 - 2023*. 12th edn. New York: Thieme Medical Publisher, Inc.
- Nurhalimah. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa. In Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Vol. 1, Issue 1).
- Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. In *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6)
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik. In D. Asih, Y. (Ed.), *Jakarta: EGC* (4 Vol 1). EGC.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi I (1st ed.). DPP PPNI.
- RI, D. (2014). Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. *Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa*, (185). Retrieved from <http://ditjenpp.kemenumham.go.id/arsip/ln/2014/uu18-2014bt.pdf>

- Ruswadi, I. (2018). Keperawatan Jiwa Panduan Praktis Untuk Mahasiswa Keperawatan.
- SDKI, T. P. D. P. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.
- Sebastian, J., & Debnath, S. (2020). Nursing management of patients with violent behaviour. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 21(2), 129. https://doi.org/10.4103/ijcn.ijcn_129_20
- Sekhon, S. and Gupta, V. (2023) *Mood Disorder*. Treasure Island: StatPearls Publishing. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558911/?report=reader#_NBK558911_pubdet_.
- Shives, L. R. (2012) *Basic Concept Of Psychiatric-Mental Health Nursing*. 8th edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sie, M. (2011). Schizophrenia clinical features and diagnosis. *Clinical Pharmacist*, 3(1), 41-44.
- Stuart, G. (2013). *Psychiatric Nursing* (10th ed.). " in "All Documents"; did you mean start, good. . (2018). *psikiatri nursingood* (103 edu.). jakarta: egoodc? (10th ed.). EGC.
- Stuart, G. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart Edisi Indonesia*. Elsevier.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.). Mosby Years Book Inc.
- Stuart, G. W. (2016). *No Title* (B. A. Keliat (ed.); Indonesia). Elsevier.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart* (B. A. Keliat (ed.); Indonesia). Elsevier.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Elsevier : Singapore
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (7th ed.). Mosby.

- Stuart, G. W., Keliat, B. A. and Pasaribu, J. (2016) *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapore: Elsevier Ltd.
- Stuart, G.W., Keliat, B.A. and Pasaribu, J. (2023) *Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart*. 2nd edn. Indonesia: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th edition. Missouri: Mosby
- Suryani, S; Welch; Anthony; Cox. (2013). This study was a phenomenological inquiry of the experience of auditory hallucinations as described by 13 Indonesian people diagnosed with schizophrenia . The interviewees included 6 men and 7 women and they were aged between 19 and 56 years .Four themes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 312–318.
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Pustaka Baru Press.
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Pustaka Baru Press.
- Tandon, R. (2013). Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-5: Clinical implications of revisions from DSM-IV. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*. <https://doi.org/10.3371/CSRP.TA.032513>
- Tiernan, B., Tracey, R., & Shannon, C. (2014). Paranoia and self-concepts in psychosis: A systematic review of the literature. In *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.003>
- Townsend, M. C. (2014) *Essential of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. 6th edn. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Towsend.(2009). *Psychiatric mental health nursing*. (Sixth). FA Davis Company.

- Varcarolis, E. M. and Halter, M. J. (2010) *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach*. 6th edn. St.Louis Missouri: saunders Elsevier.
- Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* (P. E. Karyuni, Ed.; 1st ed.). Jakarta: EGC.
- Wallcraft, J. T.-C. & J. (2002). *the Recovery Vision For Mental Health Services and Research: A British Perspective*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3).
- Watmuff, B., Berkovitch, S. S., Huang, J. H., Iaconelli, J., Toffel, S., & Karmacharya, R. (2016). Disease signatures for schizophrenia and bipolar disorder using patient-derived induced pluripotent stem cells. *Journal Molecular and Cellular Neuroscience*, 73, 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.mcn.2016.01.003>
- Yosep Iyus ,& Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Advance & Mental Health Nursing*. PT Refika Aditama.
- Yosep, I. (2009). *Keperawatan Jiwa (EdisiRevisi) (Revisi)*. RefikaAditama.
- Yosep, I. and Sutini, T. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung : PT. Refika Aditama.
- Yosep,Iyus (2009). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Bandung*: PT Refika Aditama
- Yuldensia Avelia.,Ahmad Guntur Alfianto., Mariata Kumala Dewi., Ramaita., Rita Islamarida.,I Wayan Antariksawan., Eni Hidayati...(2022) *Keperawatan Jiwa*. Bandung: CV. Media Sains Inndonesia.
- Yusuf, A. ., Fitryasari, R., & Endang Nihayati, H. (2015). *Keperawatan Kesehatan Jiwa. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366.
- Zaini, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial di Pelayanan Klinis dan Komunitas*. Yogyakarta : Deepublish.

TENTANG PENULIS



Merry Pongdatu, S.Kep.,Ns.,M.Kep, lahir di Pelambua, pada 16 Mei 1985, Ia tercatat sebagai lulusan Magister Keperawatan Universitas Brawijaya Tahun 2020. Merry adalah anak dari pasangan Alm Pither Pongdatu (ayah) dan Maria Datu (ibu). Pendidikan perawat Merry dimulai dari D3 Keperawatan, S1 dan Ners hingga S2 Keperawatan



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

Lahir di Palembang, pada tanggal 25 Oktober 1984. Tercatat sebagai lulusan Sarjana di STIK Bina Husada Palembang, Magister Ilmu Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Doktoral Ilmu Kesehatan di Fakultas Kedokteran, Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada. Saat ini, penulis bekerja sebagai Dosen Ilmu Keperawatan Jiwa pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Institut Ilmu Kesehatan dan Teknologi Muhammadiyah Palembang. Penulis aktif sebagai reviewer jurnal nasional dan reviewer nasional hibah penelitian dan pengabmas Riset Muhammadiyah. Alamat korespondensi suzanna.stikesmp@gmail.com. Ia aktif melakukan penelitian terkait dengan psikoseksual pada pasien dengan gangguan jiwa dan masalah psikososial pada anak dan remaja. Hasil penelitian terdahulunya dalam sebuah studi literatur yang berjudul "Nursing Practice in Sexual Dimention of Practice :Literature Review" telah terbit pada tahun 2020 dari pada Jurnal Enfermeria Clinica dengan

penerbit ELSEVIER. Saat ini sudah cukup banyak publikasi baik nasional maupun internasional yang telah dilakukan dan juga kolaborasi penelitian dengan beberapa institusi yang ada di Palembang.



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



Armayani, S.Kep.Ns. M.Kes, lahir di Kolaka, pada 03 Juli 1983. Penulis menempuh pendidikan di mulai dari SD Negeri 1 Bajoe (lulus tahun 1999), SMP Negeri 1 Belopa (lulus tahun 2002), SMA Negeri 1 Larompong (lulus tahun 2005), S1 Keperawatan & Ners di Stik Famika Makassar (lulus Tahun 2007), dan Menyelesaikan S2 di Stik Tamalate Makassar. dan saat ini Ia tercatat sebagai Dosen di Universitas Mandala Waluya pada Program Studi S1 Keperawatan & Profesi Ners sejak Tahun 2010 hingga sekarang dan sebelumnya pernah juga bekerja sebagai seorang perawat di RSUD Batara Guru Belopa 2007, yang kerap disapa Arma ini mempunyai Hobby Memasak.



Isti Antari., S.Kep., Ns., MMedEd, lahir di Bantul, 26 Juni 1982. Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners diperoleh dari Universitas Gadjah Mada pada Tahun 2005. Pada tahun 2015 penulis lulus dari Program Pendidikan Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Penulis aktif menjadi dosen keperawatan jiwa sejak tahun 2007 di STIKes Alma Ata, kemudian mulai tahun 2012 sampai sekarang aktif menjadi dosen di STIKes Madani. Penulis juga terlibat dalam penelitian dan pengabdian masyarakat bidang keilmuan keperawatan jiwa.



Kristia Novia, Ns., M.Kep, Lahir di Manado 15 November 1992 sekarang bertempat tinggal di Makassar. Penulis adalah seorang dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar. Pendidikan formal sarjana diselesaikan di STIK Stella Kesehatan Stella Maris dan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Brawijaya. Selama menjadi dosen, penulis telah menghasilkan beberapa buku dan penelitian. Hingga saat ini penulis ingin melanjutkan terus karyanya di bidang keperawatan kesehatan jiwa.



Dr. Ns. Florensa, M.Kep., Sp.Kep J, lahir di Pontianak, Kalimantan Barat pada tanggal 14 Mei 1978. Tercatat sebagai lulusan Universitas Indonesia pada Fakultas Ilmu Keperawatan. Panggilan sehari-hari Flo, anak ke 1 dari 5 bersaudara dari pasangan Gabriel Ndate (ayah) dan Uray Sukistiah (ibu). Penulis merupakan seorang Dosen Pengampu Mata Kuliah Keperawatan Jiwa pada Prodi Pendidikan Ners di STIKes YARSI Pontianak.



Mulyanti, S.Kep., Ns., MPH lahir di Sleman, pada 8 November 1986. Pendidikan Sarjana Keperawatan di peroleh dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2009, dan 2010 telah menyelesaikan tahap Profesi Ners. Pada tahun 2015 melanjutkan Penulis melanjutkan Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Negeri Sebelas Maret. Sejak tahun 2012, penulis menjalani profesi menjadi staf pengajar di Program Studi Profesi Ners Universitas Alma Ata Yogyakarta dan berada di departemen Keperawatan Jiwa. Penulis berharap buku ini bisa menambah referensi tentang khususnya Keperawatan Jiwa sehingga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa pada masyarakat.



Ayu Dekawaty, S.Kep., Ns., M.Kep lahir di Pagaralam, pada 16 Agustus 1987. Ia tercatat sebagai lulusan profesi Ners di Universitas Sriwijaya kemudian melanjutkan Magister Keperawatan jiwa di Universitas Andalas. Wanita yang kerap disapa Deka ini adalah anak dari pasangan Zainuri (Alm.) dan Rosnilawati. Ayu Dekawaty bukanlah orang yang baru di dunia Keperawatan Jiwa. Selain mengajar di Mata Kuliah keperawatan Jiwa dan berfokus di Pendidikan Profesi Ners, beliau juga kerap melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat serta mempublikasikannya di berbagai jurnal nasional maupun internasional. Ia juga beberapa kali memenangkan hibah penelitian dan pengabdian masyarakat. Selain itu Ia juga aktif di organisasi PPNI dan IPKJI.



Sifa Fauziah, Ns., M.Kep, lahir di Cianjur, pada 31 Juli 1992. Ia tercatat sebagai lulusan Magister Keperawatan Universitas Padjadjaran. Wanita yang akrab disapa sifa ini adalah staf dosen di STIKes Permata Nusantara Prodi S1 Keperawatan.