

Buku Ajar

KEPERAWATAN JIWA

Ragil Supriyono • Agus Dwi Pranata • Iva Milia Hani Rahmawati
Endri Ekayamti • Erik Adik Putra Bambang Kurniawan • Kurniawati
Veronika Toru • Hanim Nur Faizah • Oril Ardianto
Deasti Nurmaguphita • Reni Puspitasari • Isna Ovari
Ryka Widyaningtyas



BUKU AJAR: KEPERAWATAN JiWA

Penulis:

Ns. Ragil Supriyono, M.Kep.

Ns. Agus Dwi Pranata, M.Kep.

Iva Milia Hani Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Endri Ekayanti, S.Kep.Ns., M.Kep.

Erik Adik Putra Bambang Kurniawan, S.Kep., Ns., MSN.

Kurniawati S.Kep., Ns., M.Kep.

Veronika Toru, S.Kep., Ns., M.Kep.

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

Ns. Oril Ardianto, S.Kep., M.Kep.

Deasti Nurmaguphita, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J.

Reni Puspitasari, S.Kep., Ns., MSN.

Isna Ovari, SKp., M.Kep.

Ns. Ryka Widyaningtyas, S.Kep., M.Sc.



Buku Ajar: Keperawatan Jiwa

Penulis: Ns. Ragil Supriyono, M.Kep.

Ns. Agus Dwi Pranata, M.Kep.

Iva Milia Hani Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Endri Ekayanti, S.Kep.Ns., M.Kep.

Erik Adik Putra Bambang Kurniawan, S.Kep., Ns., MSN.

Kurniawati S.Kep., Ns., M.Kep.

Veronika Toru, S.Kep., Ns., M.Kep.

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

Ns. Oril Ardianto, S.Kep., M.Kep.

Deasti Nurmaguphita, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J.

Reni Puspitasari, S.Kep., Ns., MSN.

Isna Ovari, SKp., M.Kep.

Ns. Ryka Widyaningtyas, S.Kep., M.Sc.

Desain Sampul: Raden Bhoma Wikantioso Indrawan

Penata Letak: Helmi Syaukani, S.Pd.

ISBN: 978-634-96029-5-2

Cetakan Pertama: Juni, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit PT Optimal Untuk Negeri

All Right Reserved

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

Website : optimaluntuknegeri.com

Instagram : [@bimbel.optimal](https://www.instagram.com/bimbel.optimal)

Tiktok : [@maskokooo](https://www.tiktok.com/@maskokooo)

PENERBIT:

PT OPTIMAL UNTUK NEGERI

Kencana Tower Lt. Mezzanine

Jl. Raya Meruya Ilir No. 88

RT. 001 RW. 005, Kel. Meruya Utara, Kec. Kembangan

Jakarta Barat, DKI Jakarta

Anggota IKAPI No. 635/DKI/2025

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga buku ajar berjudul "Keperawatan Jiwa: Konsep dan Praktik Klinis" ini dapat disusun dengan baik dan lancik. Buku ini hadir untuk menjawab tantangan dalam pendidikan keperawatan jiwa dengan menghadirkan materi-materi komprehensif dan praktis yang disusun berdasarkan kebutuhan klinis dan akademik di lapangan.

Kesehatan jiwa merupakan aspek integral dalam mewujudkan kesehatan secara menyeluruh. Buku ini memberikan wawasan mendalam mulai dari konsep dasar keperawatan jiwa, peran serta fungsi perawat jiwa, hingga aplikasi terapi modalitas yang mutakhir dalam praktik klinis. Setiap bab dirancang secara sistematis agar pembaca dapat dengan mudah memahami dan mengimplementasikan pengetahuan yang diperoleh dalam kehidupan nyata.

Di dalam buku ini, pembaca akan menemukan berbagai prosedur pengkajian kesehatan jiwa individu maupun keluarga, serta asuhan keperawatan yang rinci untuk kondisi seperti kecemasan, harga diri rendah, gangguan citra tubuh, kehilangan, isolasi sosial, defisit perawatan diri, halusinasi, hingga perilaku kekerasan. Tidak lupa kami hadirkan juga berbagai tren dan isu terkini dalam bidang keperawatan jiwa yang diharapkan dapat memperkaya wawasan dan meningkatkan kepekaan klinis mahasiswa serta profesional keperawatan.

Kami menyadari pentingnya penguasaan keterampilan teknis seperti terapi aktivitas kelompok (TAK), yang merupakan intervensi vital dalam mengelola kondisi gangguan jiwa. Oleh karena itu, dalam buku ini kami sajikan prosedur yang jelas dan aplikatif untuk membantu mahasiswa dan praktisi keperawatan dalam mengembangkan kompetensi klinis yang handal.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ini, baik secara langsung maupun tidak langsung. Harapan kami, buku ini tidak hanya menjadi panduan dalam pembelajaran akademik, tetapi juga dapat menjadi rujuk utama dalam praktik klinis sehari-hari.

Akhir kata, semoga buku ini bermanfaat bagi mahasiswa, pendidik, dan praktisi keperawatan jiwa dalam mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa yang holistik, berkualitas, dan humanis. Kami menyambut baik segala masukan yang membangun demi penyempurnaan buku ini di masa mendatang.

Juni, 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv

BAB 1 KONSEP KEPERAWATAN JIWA	1
A. Pengertian keperawatan Kesehatan jiwa dan Gangguan Jiwa	3
B. Konsep Psikososial.....	4
C. Gangguan Jiwa	6
D. Latihan Soal	9
E. Rangkuman Materi.....	9
F. Glosarium	9
G. Daftar Pustaka	9

BAB 2 PERAN DAN FUNGSI PERAWAT JIWA	11
A. Konsep Kesehatan Jiwa.....	12
B. Konsep Peran dan Fungsi Perawat Jiwa.....	12
C. Penjabaran peran dan fungsi Perawat jiwa	13
D. Latihan	18
E. Kunci Jawaban.....	19
F. Rangkuman Materi.....	19
G. Glosarium	19
H. Daftar Pustaka	19

BAB 3 TERAPI MODALITAS DALAM KEPERAWATAN JIWA	21
A. Pengertian Terapi Modalitas	23
B. Dasar Pemberian Terapi Modalitas.....	23
C. Tujuan Terapi Modalitas.....	24
D. Jenis Terapi Modalitas.....	24
E. Latihan Soal	39
F. Kunci jawaban.....	40
G. Rangkuman.....	41
H. Daftar Pustaka	41

BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN KECEMASAN	43
A. Patofisiologi dan Penyebab Gangguan Kecemasan	45
B. Pengkajian Keperawatan.....	48
C. Diagnosis Keperawatan	50
D. Intervensi dan Implementasi	52
E. Evaluasi dan Dokumentasi.....	52
F. Contoh Kasus dan Penerapan Dokumentasi.....	55

G. Standar Prosedur Operasional.....	56
H. Latihan Soal.....	57
I. Latihan Kasus.....	57
J. Kunci Jawaban:.....	58
K. Rangkuman.....	58
L. Glosarium.....	58
M. Daftar Pustaka.....	59

BAB 5 PROSEDUR PENGKAJIAN KESEHATAN JIWA INDIVIDU DAN KELUARGA KASUS KECEMASAN, HDR, GANGGUAN CITRA TUBUH, KEHILANGAN, ISOLASI SOSIAL, DEFISIT PERAWATAN DIRI, HALUSINASI, PERILAKU KEKERASAN.....61

A. Pengkajian pada Kasus Kecemasan.....	63
B. Pengkajian pada Kasus Harga Diri Rendah (HDR).....	64
C. Pengkajian pada Kasus Gangguan Citra Tubuh.....	66
D. Pengkajian pada Kasus Kehilangan.....	68
E. Pengkajian pada Kasus Isolasi Sosial.....	69
F. Pengkajian pada Kasus Defisit Perawatan Diri.....	71
G. Pengkajian pada Kasus Halusinasi.....	72
H. Pengkajian pada Kasus Perilaku Kekerasan.....	74
I. Prosedur Pengkajian Kesehatan Jiwa Keluarga.....	76
J. Latihan Soal.....	77
K. Rangkuman Materi.....	79
L. Glosarium:.....	81
M. Daftar Pustaka.....	83

BAB 6 TREND DAN ISU DALAM KEPERAWATAN JIWA.....85

A. Tren Terkini dalam Keperawatan Jiwa.....	87
B. Strategi Mengatasi Tren Peningkatan Gangguan Mental.....	88
C. Manfaat Penggunaan Teknologi Digital dalam Keperawatan Jiwa.....	89
D. Isu Penting dalam Keperawatan Jiwa.....	95
E. Latihan Soal.....	103
F. Rangkuman Soal.....	104
G. Glosarium.....	106
H. Daftar Pustaka.....	107

BAB 7 SOSIALISASI, TAK STIMULASI SENSORI DAN TAK STIMULASI DALAM KEPERAWATAN JIWA.....109

A. Sosialisasi dalam Keperawatan Jiwa.....	110
B. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Sensori.....	111
C. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi.....	112
D. Latihan Soal.....	114

E. Rangkuman materi	116
F. Glosarium	117
G. Daftar Pustaka	119

BAB 8 APLIKASI MODEL KONSEPTUAL DALAM KEPERAWATAN JIWA ...121

A. Jenis-jenis Model Konseptual Keperawatan Jiwa	122
B. Penerapan Model Konseptual dalam Praktik Keperawatan Jiwa	125
C. Studi Kasus: Aplikasi Model Interpersonal Peplau pada Klien dengan Gangguan Kecemasan Sosial	126
D. Evaluasi Efektivitas Model Konseptual	128
E. Latihan Soal	129
F. Rangkuman materi	131
G. Glosarium	132
H. Daftar Pustaka	135

BAB 9 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERILAKU

KEKERASAN137

A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan	138
B. Faktor Pemicu Perilaku Kekerasan	138
C. Mekanisme Terjadinya Perilaku Kekerasan.....	138
D. Peran Perawat Jiwa	139
E. Rencana Intervensi Keperawatan.....	142
F. Latihan Soal	148
G. Rangkuman Materi	149
H. Glosarium	150
I. Daftar Pustaka	152

BAB 10 HARGA DIRI RENDAH153

A. Harga Diri Rendah	155
B. Faktor-Faktor Penyebab Harga Diri Rendah	156
C. DAMPAK HARGA DIRI RENDAH TERHADAP PASIEN	157
D. Penilaian Harga Diri Rendah Pada Pasien.....	158
E. Intervensi Keperawatan Untuk Meningkatkan Harga Diri	159
F. Peran Perawat Dalam Meningkatkan Harga Diri Rendah.....	160
G. Kesimpulan	161
H. Referensi:	161

BAB 11 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN

SENSORI PERSEPSI HALUSINASI.....163

A. Pengertian Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi.....	165
B. Rentang Respon Halusinasi	165
C. Jenis Halusinasi	166

D. Fase Gangguan Persepsi Sensori.....	168
E. Mekanisme Koping pada Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi	170
F. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi	171
G. Latihan	173
H. Kunci Jawaban	175
I. Rangkuman Materi	175
J. Glosarium	175
K. Daftar Pustaka	176

BAB 12 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERAWATAN

DIRI	177
A. Pengertian Defisit Perawatan Diri.....	180
B. Rentang Respon	181
C. Penyebab Defisit Perawatan Diri.....	181
D. Dampak dari Defisit Perawatan Diri.....	183
E. Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri	183
F. Jenis-jenis Defisit Perawatan Diri.....	184
G. Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri	185
H. Penatalaksanaan Defisit Perawatan Diri.....	186
I. Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Defisit perawatan Diri.....	187
J. Latihan Kasus	191
K. Rangkuman Materi	192
L. Glosarium	192
M. Daftar Pustaka	193

BAB 13 PROSEDUR TINDAKAN TERAPI AKTIVITAS (TAK)..... 195

A. Konsep Dasar Terapi Tindakan Aktivitas.....	197
B. Teknik dan Metode Terapi Aktivitas.....	200
C. Latihan	213
D. Kunci Jawaban	214
E. Rangkuman Materi	215
F. Glosarium	215
G. Daftar Pustaka	215

PROFIL PENULIS

219

BAB 1

KONSEP KEPERAWATAN JIWA

Pendahuluan:

Keharmonisan fisik dan psikologis seseorang saat mendapatkan tekanan atau masalah, merasa Bahagia dan mampu mengontrol diri secara adaptif disebut dengan Kesehatan jiwa seseorang yang dapat menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, Masyarakat dan lingkungannya. Manusia merupakan makhluk yang holistic (biopsikososiodanspiritual) dan saling berinteraksi satu dengan yang lain dan saling mempengaruhi (Azizah et al., 2016). Jiwa merupakan bagian dari konsep holistic setiap manusia karena memamifestasikan perilaku individu sesuai dengan Kesehatan jiwa yang dimilikinya, mahasiswa yang pertama kali mempelajari tentang ilmu jiwa dan keperawatan jiwa sering mengalami kesulitan dalam memahami konsep jiwa secara utuh, sehingga sering sekali pertanyaan tentang "Dimana jiwamu?" memberikan respon tempat atau lokasi Dimana jiwanya. Dari pertanyaan tersebut dapat diartikan bahwa jiwa bukan benda fisik melainkan sebuah perilaku yang muncul dari olahan pemikiran, perasaan, persepsi, dan berbagai pengaruh lingkungan sosial yang dimanifestasikan oleh kejiwaan seseorang (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2015).

Indikator jiwa yang sehat telah disampaikan oleh pakar seperti (Balkhi, 2022) menyebutkan bahwa banyak penyakit yang menyerang dan mengancam tubuh seperti demam, sakit kepala, dan penyakit lainnya, sedangkan penyakit yang menyerang jiwa seperti amarah, ketakutan, kecemasan, kesedihan dan gejala lainnya. Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2008 menjelaskan kirteria orang yang sehat jiwa adalah individu yang dapat melakukan kegiatan seperti menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk, merasa bebas dan relative dari ketengangan dan kecemasan, memperolleh kepuasan dari usahanya atau perjuangan hidupnya, merasa lebih puas untuk memberi dari pada menerima, berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan, memiliki daya kasih sayang yang besar, menerima kekecewaan untuk digunakan sebagai Pelajaran di kemudian hari, dan mengarahkan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2015).

Tujuan Intruksional:

- Memahami dan menjelaskan konsep dasar keperawatan jiwa
- Memahami dan menjelaskan konsep sehat jiwa
- Memahami dan menjelaskan konsep psikososial
- Memahami dan menjelaskan konsep gangguan jiwa

Capaian Pembelajaran:

- Mampu memahami dan menjelaskan konsep dasar keperawatan jiwa
- Mampu memahami dan menjelaskan konsep sehat jiwa yang meliputi pengertian, ciri-ciri sehat jiwa serta analisis jurnal berkaitan.
- Mampu memahami dan menjelaskan konsep psikososial yang meliputi pengertian, ciri-ciri psikososial serta analisis jurnal berkaitan.
- Mampu memahami dan menjelaskan konsep gangguan yang meliputi pengertian, ciri-ciri gangguan jiwa serta analisis jurnal berkaitan.

Uraian Materi

A. Pengertian keperawatan Kesehatan jiwa dan Gangguan Jiwa

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sehat adalah suatu keadaan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Definisi sehat ini adalah sehat secara keseluruhan, baik jasmani, Rohani dan lingkungan serta factor- factor komponen yang berperan didalamnya. Kesehatan mental merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan, kondisi kesehatan jiwa didefinisikan sebagai kondisi keadaan sejahtera dimana setiap individu menyadari dirinya, mampu mengatasi tekanan hidup yang normal, mampu beraktivitas secara produktif dan bermanfaat, serta mampu memberikan kontribusi dimasyarakat (WHO, 2013).

Kesehatan jiwa merupakan berbagai karakteristik positif yang mendeskripsikan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya. Stuart dan Sundeen memberikan batasan tentang keperawatan jiwa yaitu suatu proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku, yang mengontribusi pada fungsi yang terintegrasi (Stuart, 2016). Penggunaan diri secara terapeutik sebagai salah satu metode komunikasi dalam komunikasi terapeutik yang mana dalam komunikasi tersebut menekankan pengalaman belajar Bersama dengan pasien untuk memperbaiki emosi pasien (Yusuf, A.H & R & Nihayati, 2015).

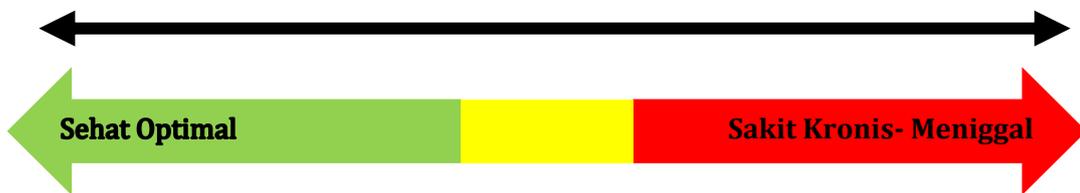
Badan Kesehatan Dunia (WHO) telah menyebutkan bahwa kriteria sehat mental adalah individu yang mampu menjalankan seluruh fungsi hidup dan mendapatkan kesejahteraan yang diaplikasikan untuk mendapatkan penilaian yang positif. Beberapa penilaian atau kriteria mental yang sehat yaitu (WHO, 2013):

- Berfikir dan melakukan kegiatan secara mandiri (*Independent Thought and action*): manusia merupakan makhluk yang berfikir, merasakan dan berperilaku, meskipun saat berinteraksi dengan orang lain, hal ini merupakan elemen penting sebagai manusia, karena manusia merupakan makhluk sosial.
- Merasa senang, bahagia dan kepuasan dalam hidup (*Pleasure, Happiness and Life Satisfaction*): kehidupan individu memiliki tujuan akhir yaitu kebahagiaan, kebahagiaan individu diharapkan mampu mewakili perasaan senang dan kepuasan hidup individu tersebut dengan mengabaikan masalah psikologis seperti depresi dan kecemasan.
- Hubungan Keluarga, teman dan interaksi Sosial (*Family Relations, Friendship and Social Interaction*): individu dengan karakter identitas dan pengembangan diri merupakan peningkatan jati dirinya dalam lingkungan sosial yang positif, termasuk mendapatkan kesempatan dalam membina dan menjalin hubungan

antara orang disekitarnya. Jika hal ini tidak dapat dilakukan maka individu akan mengalami kesepian, isolasi sosial sehingga berdampak pada ketidakadekuatan komunikasi sehingga mengarah ke gangguan jiwa.

1. Rentang sehat jiwa

Perkembangan kesehatan di dunia terus berkembang begitu juga dengan perkembangan kesehatan jiwa, dimana kesehatan jiwa juga menjadi topik yang penting dipelajari di dunia terutama di Indonesia. Pemahaman tentang kondisi stress dan depresi akibatnya perlu diberikan preventif agar terhindar dari gangguan jiwa. Adapun rentang sehat jiwa yaitu: a) Dinamis bukan Statis, b) Rentang dimulai dari sehat optimal- mati, c) ada tahap/ fase, d) adanya variasi tiap individu, e) menggambarkan kemampuan adaptasi, f) berfungsi secara efektif dikala sehat.



Gambar 1.1 Skema Rentang sehat dan Skit

2. Ciri-ciri sehat jiwa

Jiwa yang sehat telah didefinisikan dengan tepat, namun demikian ada beberapa indicator yang harus diketahui dalam menilai kesehatan jiwa, sudah sangat jelas bahwa kesehatan jiwa tidak hanya berfokus pada kesehatan fisik namun berkaitan dengan bio-psiko-sosio-kultural dan individu mampu menyesuaikan diri serta berinteraksi baik, tepat dengan lingkungannya. Menurut (Stuart, 2016; WHO, 2013; Zaini, 2019) menyebutkan bahwa ciri-ciri sehat jiwa yaitu: a) individu mampu beradaptasi secara konstruktif pada kenyataan, b) mendapat kepuasan atas usahanya, c) lebih puas memberi daripada menerima, d) bebas dari cemas, e) berhubungan dengan baik serta tolong menolong, f) dapat menerima kekecewaan sebagai Pelajaran, g) mengarahkan rasa bermusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif, h) memiliki daya kasih sayang yang besar.

B. Konsep Psikososial

1. Pengertian

Psikososial merupakan hubungan yang dinamis antara aspek psikologis dan sosial seseorang, sehingga dalam hal ini dapat diartikan bahwa psikososial merupakan hubungan yang mengedepankan factor sosial, pemikiran serta ide dan perilaku seseorang tersebut. Jika ditinjau dari kalimat psikososial maka sudah

sangat jelas bahwa kajian ini akan berhubungan erat dengan aspek psikologis yang meliputi pikiran, perasaan dan tingkah laku. Konsep psikososial menggambarkan hubungan interpersonal seseorang dengan kesehatan mental dan emosional (Kotijah et al., 2021) Masalah psikososial umumnya telah terjadi namun tidak disadari oleh penderitanya, sehingga sering terjadi pada bergesernya masalah psikososial menjadi masalah gangguan jiwa.

2. Ciri-ciri masalah psikososial

Menurut (Kotijah et al., 2021; Zaini, 2019) ciri masalah psikososial adalah:

a. Cemas, khawatir dan takut berlebihan

Ketika seseorang merasa cemas, khawatir berlebihan, takut dan stress hal tersebut merupakan mekanisme pertahanan diri yang dilakukan secara sadar maupun tidak. Pada dasarnya individu memanipulatif persepsi atau masalah yang saat ini dialaminya. Sehingga hal-hal buruk yang terjadi pada individu akan terus tersimpan dan tampil tanpa adanya masalah yang diderita oleh individu tersebut.

b. Mudah tersinggung

Sensitifitas perasaan seseorang berbeda-beda dan sangat tergantung pada hormonal juga kondisi lingkungan. Seseorang akan merespon pada kondisi yang menurutnya membahagiakan atau menyakitkan. Saat dirinya merasa kondisi tersebut membahagiakan maka dirinya akan tanpa ceria dan tenang, namun sebaliknya jika dirinya merasa itu adalah hal yang menyakitkan maka dirinya mencoba untuk menghindari atau menangis.

c. Sulit berkonstrasi

Bersifat ragu dan merasa rendah diri merupakan tanda efekti dari kecemasan, perasan tersebut muncul sebagai alarm atau tanda bahwa tubuh dalam kondisi yang berbahaya atau mendapat ancaman. Ancaman ini bisa membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial seseorang.

d. Riwayat kekecewaan

Perasaan kecewa memberikan dampak pada seseorang secara signifikan seperti hilangnya minat dalam berinteraksi, adanya permusuhan serta perilaku agresif yang dapat muncul sebagai manifestasi perasaan kecewa yang dialami.

e. Perilaku sifat dan agresif

Pada dasarnya perasaan marah pada seseorang dianggap normal, hanya perilaku yang ditimbulkan memberikan makna apakah marah terjadi secara konstruktif atau destruktif. Perasaan marah atau agresif dapat menjadi negatif jika sudah menetap dan tidak dapat dikontrol.

C. Gangguan Jiwa

1. Pengertian

Gangguan jiwa merupakan suatu sindrom pola perilaku seseorang yang secara khusus berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) atau hendaya (impairment) di dalam satu atau lebih fungsi penting dari manusia serta terdapat masalah dalam hubungan antara orang namun juga Masyarakat, gangguan juga disebutkan banyak factor penyebab yang umumnya ditandai dengan adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar atau tumpul.

2. Penyebab gangguan jiwa

Penyebab gangguan jiwa dapat terjadi karena adanya hubungan yang kurang harmonis dari luar seperti diperlakukan tidak adil, diperlakukan semena-mena, kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan dan sebagainya, selain factor tersebut beberapa referensi menyebutkan bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh factor organic, kelainan saraf, dan gangguan pada otak (Sutejo, 2019).

- a. Factor Somatik (somatogenic), merupakan factor yang berasal akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organic, serta factor prenatal dan perinatal.
- b. Factor Psikologik (Psikogenik), merupakan factor yang berkaitan dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan sibling, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan Masyarakat. Selain itu, factor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga dapat mempengaruhi kemampuan dalam menghadapi masalah. Jika kondisi ini dirasakan kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan.
- c. Factor Sosial Budaya, merupakan faktor yang melibatkan kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.
- d. Factor Genetik, Gangguan genetic berkaitan dengan masalah kesehatan jiwa khususnya pada kromosom seks dikatakan "terikat pada seks" ("*Sex linked*"), artinya masalah kejiwaan hanya berfokus pada kromosom. Jika dalam sebuah keluarga memiliki saudara kembar monozigot (satu telur) maka persentase mengalami skizofrenia sebesar 86,2%. Penelitian yang dilakukan (Sapitri et al., 2024) menemukan bahwa factor yang berhubungan dengan perawatan

keluarga terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) yaitu tingkat pendidikan, tingkat ekonomi, genetic dan pengetahuan keluarga dalam melakukan perawatan pasien dengan ODGJ. Penelitian (Yonaevy & Prananingrum, 2024) factor yang berkaitan dengan genetic terhadap gangguan jiwa adalah dinamika keluarga yang sehat dan harmonis, dukungan sosial yang cukup, dan pengetahuan tentang factor genetic menjadi tindakan preventif dalam mengatasi gangguan mental emosional pada anak sekolah dasar.

- e. Factor Konstitusi, Konstitusi umumnya menunjukkan kondisi biologi seluruhnya, termasuk yang diturunkan maupun yang didapatkan pada masa mendatang; contohnya berat badan, seks, temperamen.

3. Klasifikasi gangguan Jiwa

Klasifikasi diagnosis gangguan jiwa telah mengalami berbagai regulasi. Pada tahun 1960-an, *World Health Organization* (WHO) telah menyusun klasifikasi diagnosis seperti tercantum dalam *International Classification of Disease* (ICD). Sistem klasifikasi ICD dan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM) menggunakan sistem kategori dimana ICD menggunakan sistem Aksis Tunggal (uniaksis), yang mencoba menstandarkan diagnosis menggunakan definisi deskriptif dari berbagai sindroma, serta memberikan pertimbangan untuk diagnosis banding. Kriteria diagnosis pada DSM menggunakan sistem multiaksis yang menggambarkan berbagai gejala yang harus ada agar diagnosis dapat ditegakkan. Multiaksis tersebut meliputi sebagai berikut:

Tabel 1.1 Multiaksis

Aksis	Fokus
Aksis I	Sindrom klinis dan kondisi lain yang mungkin menjadi focus perhatian klinis
Aksis II	Gangguan kepribadian dan retardasi mental
Aksis III	Kondisi medis secara umum
Aksis IV	Masalah lingkungan dan psikososial
Aksis V	Penilaian fungsi secara global

Sumber: (Maslim, 2013)

4. Ciri-ciri gangguan jiwa

Menurut (Direja, 2011; Muhith, 2015) menyebutkan bahwa beberapa tanda dan gejala gangguan jiwa sebagai berikut;

- a. Gangguan Kognitif
- b. Gangguan Perhatian
- c. Gangguan Ingatan
- d. Gangguan Asosiasi
- e. Gangguan Pertimbangan

- f. Gangguan Pikiran
- g. Gangguan Kesadaran
- h. Gangguan Keinginan
- i. Gangguan Emosi Dan Afek
- j. Gangguan Psikomotor

5. Perkembangan Keperawatan Kesehatan Jiwa

Perkembangan keperawatan kesehatan jiwa tentunya tidak terlepas dari model konseptual keperawatan kesehatan jiwa, dimana praktik dalam kerangka konseptual merupakan suatu hal yang banyak dilakukan oleh profesional kesehatan jiwa. Model diartikan sebagai cara untuk mengorganisasi Kumpulan pengetahuan yang kompleks, sedangkan konsep merupakan suatu ide yang di dalamnya mengandung Kesan abstrak serta dapat diorganisasikan menjadi symbol-simbol yang nyata. Berkaitan dengan ide keperawatan telah di telaah menjadi aplikasi keperawatan yang sesuai seperti:

- a. Memberikan alasan tentang kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan kesehatan, baik dalam bentuk tindakan atau model praktik keperawatan sehingga menjadi problem solving
- b. Membantu anggota profesi memahami berbagai pengetahuan dalam pelayanan asuhan keperawatan dan memberikan dasar untuk menyelesaikan masalah keperawatan.
- c. Memberikan arah bagi tujuan tindakan keperawatan dalam mengatasi proses penyelesaian masalah dalam keperawatan, sehingga segala bentuk dan tindakan dapat dipertimbangkan.
- d. Memberi dasar dari asumsi dan filosofi keperawatan untuk meningkatkan perkembangan pengetahuan dan pemahaman dalam tindakan keperawatan.

Berkaitan dengan perkembangan keperawatan kesehatan jiwa di Indonesia, penelitian (Endriyani et al., 2024) dengan topik Edukasi Dan Skrining Kesehatan Jiwa Remaja Dengan Aplikasi, hasil penelitiannya menyebutkan bahwa setelah dilakukan skrining kesehatan jiwa ditemukan mayoritas remaja mengalami kecemasan sehingga membutuhkan pendampingan kesehatan jiwa dalam kelompok remaja sehat jiwa atau kader remaja sehat jiwa di lingkungan sekolah dan Masyarakat. Hasil penelitian (Pranata et al., 2024) dengan topik Kombinasi Latihan Dumbell Dan Terpau Afirmasi Diri Positif Terhadap Tekanan Darah Dan Tingkat Stress Klien Dengan Hipertensi, ditemukan bahwa selama intervensi yang berlangsung selama 6 sesi (1 sesi=30 menit) dalam waktu 2 minggu penderita hipertensi yang mengalami masalah stress menurun 2 poin dari sebelumnya rata-rata stress 15 menjadi 13. Hasil penelitian lain (Putro et al., 2023) yang berjudul Peningkatan Motivasi Gaya Hidup Sehat Dengan Edukasi Pembelanjaan

Kesehatan Pada Kelompok Pekerja ditemukan bahwa perilaku pekerja yang tidak melakukan aktivitas fisik selama dua bulan ke belakang berisiko mengalami penyakit tidak menular baik itu fisiologis maupun psikologis

D. Latihan Soal

1. Gambarkan dan Jelaskan skema rentang sehat dan sakit dalam konsep keperawatan kesehatan jiwa
2. Apakah pengertian sehat jiwa?
3. Apakah yang dimaksud dengan masalah psikososial serta cirinya?
4. Apakah yang dimaksud dengan Gangguan Jiwa?
5. Sebutkan ciri- ciri Gangguan Jiwa?

E. Rangkuman Materi

Keperawatan kesehatan jiwa saat ini menjadi topik yang hangat dalam setiap kehidupan, dimana masalah kesehatan jiwa dapat terjadi pada seluruh rentang usia. Kesehatan jiwa memiliki arti bahwa setiap individu harus mampu hidup secara optimal dan produktif disekitarnya selama daur kehidupan. Masalah psikososial lebih menekankan bahwa kehidupan manusia tidak terlepas dari kehidupan sosial sehingga individu mampu melakukan aktifitas yang positif, bermanfaat dan mampu dihargai dimasyarakat. Gangguan jiwa merupakan kondisi seseorang yang kehilangan hendaya dalam melakukan aktivitas dikarenakan adanya gangguan secara kognitif dan sulitnya mengatur emosi yang terjadi pada dirinya.

F. Glosarium

- Aksis** : Pendekatan medis yang sistematis untuk menyusun dan menentukan gangguan jiwa serta penggolongan jiwa
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) merupakan Rujukkan yang berisi Bahasa umum dalam dan kriteria dasar untuk kalsifikasi gangguan mental,
- Destruktif** : Perilaku agresif atau marah yang merugikan diri sendiri dan orang lain,
- ICD** : Sistem Klasifikasi penyakit yang dikelola Organisasi Kesehatan Dunia dan digunakan secara global,
- Konstruktif** : Perilaku marah yang diatasi dengan melakukan teknik-teknik untuk mereduksi kemarahan atau agresif.

G. Daftar Pustaka

Direja, A. H. S. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.

- Endriyani, S., Martini, S., & Pastari, M. (2024). Edukasi dan Skrining Kesehatan Jiwa Remaja dengan Aplikasi. *Madaniya*, 5(1), 192–198. <https://doi.org/10.53696/27214834.687>
- Kotijah, S., Yusuf, A., Sumiatin, T., & Putri, V. S. (2021). *Masalah Psikososial Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan* (Issue December). Mitra Wacana Media. <https://www.mitrawacanamedia.com>
- Maslim, R. (2013). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa*. Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FIK- Unika Atmajaya.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi* (1st ed.). Andi Offset.
- Pranata, A. D., Handoyo, L., Keperawatan, P. S., Tinggi, S., Kesehatan, I., Dharma, W., & Tangerang, H. (2024). *Kombinasi Latihan Dumbbell dan Terapi Afirmasi Positif terhadap Tekanan Darah dan Tingkat Stress Klien dengan Hipertensi*. 01(06), 1369–1375.
- Putro, W. G., Handoyo, L., Riski, Z. M., Pranata, A. D., Satria, B. M., Adha, M. Z., UZ, L. M. Z., Lestari, R. T. R., Ratriningtyas, T. O., & Mulyojati, B. (2023). Peningkatan Motivasi Gaya Hidup Sehat dengan Edukasi Pembelanjaan Kesehatan pada Kelompok Pekerja. *Bhakti Community Journal*, 2(1), 1–13. <https://doi.org/10.36376/bcj.v2i1.17>
- Sapitri, A., Fitri, N., Mardiana, N., & Sari, I. P. (2024). Faktor- Faktor yang Berhubungan Dengan Perawatan Keluarga Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Journal of Nursing Science Research*, 1(2), 56–66.
- Stuart, G. W. (2016). *Principles and Practice of PSYHCHIATRIC NURSING*. Elsevier.
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Prinsip dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa*. Pustaka Baru Press.
- WHO. (2013). Investing in mental health: Evidence For Action. *WHO*. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar059>
- Yonaevy, U., & Prananingrum, R. (2024). Gangguan Mental Emosional pada Anak Sekolah Dasar. *Jurnal Ners*, 8(2), 1607–1612.
- Zaini, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial di Pelayanan Klinis dan Komunitas*. Deepublish Publihsr.

BAB 2

PERAN DAN FUNGSI PERAWAT JIWA

Tujuan Intruksional Umum :

Mahasiswa mampu memahami, menerapkan, dan mengevaluasi peran dan fungsi Perawat Jiwa serta dapat mengaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari.

1. Menjelaskan definisi kesehatan
2. Menjelaskan definisi peran Perawat Jiwa
3. Menjelaskan definisi fungsi Perawat jiwa
4. Menjelaskan jenis-jenis peran Perawat jiwa
5. Menjelaskan jenis-jenis fungsi Perawat jiwa

Capaian Pembelajaran :

Pendahuluan :

Perawat jiwa memegang peranan krusial dalam memberikan asuhan komprehensif bagi pasien dengan gangguan jiwa. Mereka tidak hanya memberikan perawatan fisik, namun juga menjadi figur penting dalam pemulihan kesehatan mental pasien. Peran dan fungsi perawat jiwa sangat penting dalam membantu pasien dengan gangguan jiwa mencapai pemulihan dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Perawat jiwa bekerja tanpa lelah untuk memberikan asuhan yang berkualitas, berpusat pada pasien, dan berbasis bukti. Perawat perlu memahami sejauh mana peran dan fungsinya dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa agar dapat menjalankan perannya dengan semestinya.

Bab ini akan membahas tentang peran dan fungsi Perawat dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa baik diklinik ataupun dikomunitas. Tujuan dari penulisan bab ini adalah agar peserta didik mampu memahami peran dan fungsi Perawat dengan baik. Sasaran pembaca buku ini adalah mahasiswa Program Studi Diploma Tiga Keperawatan dan mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan. Gambaran pembahasan pada Bab ini adalah konsep definisi kesehatan jiwa, peran dan fungsi Perawat jiwa, jenis-jenis peran dan fungsi Perawat jiwa dan peran perawat jiwa dalam kolaborasi interdisipliner dalam keperawatan. Struktur Bab ini terdiri dari pendahuluan, tujuan instruksional dan capaian pembelajaran, materi yang diuraikan dalam beberapa sub bab.

Uraian Materi

Perawat jiwa memegang peranan krusial dalam memberikan asuhan komprehensif bagi pasien dengan gangguan jiwa. Mereka tidak hanya memberikan perawatan fisik, namun juga menjadi figur penting dalam pemulihan kesehatan mental pasien. Peran dan fungsi perawat jiwa sangat penting dalam membantu pasien dengan gangguan jiwa mencapai pemulihan dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Perawat jiwa bekerja tanpa lelah untuk memberikan asuhan yang berkualitas, berpusat pada pasien, dan berbasis bukti.

A. Konsep Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa adalah kondisi sejahtera dari aspek fisik, psikologis, dan sosial yang memungkinkan individu untuk menyadari kemampuan diri sendiri, mengatasi tekanan hidup yang normal, bekerja secara produktif dan bermanfaat, serta mampu memberikan kontribusi kepada lingkungannya. Kesehatan jiwa bukan hanya tidak adanya gangguan jiwa, tetapi juga mencakup kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial.

Keperawatan jiwa merupakan sebagian dari penerapan ilmu tentang perilaku manusia, psikososial, bio-psik dan teori-teori kepribadian, dimana penggunaan diri perawat itu sendiri secara terapeutik sebagai alat atau instrumen yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kesehatan jiwa adalah "keadaan sejahtera di mana setiap individu menyadari potensi dirinya, dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, dapat bekerja secara produktif dan bermanfaat, serta mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya." (WHO, 2022).

Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa mendefinisikan kesehatan jiwa sebagai "kondisi di mana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuannya, mampu mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu berkontribusi kepada lingkungannya.

B. Konsep Peran dan Fungsi Perawat Jiwa

Peran mempunyai definisi yang cukup banyak dan kompleks, definisi peran menurut para ahli bisa dilihat yang pertama menurut Ralph Linton (1936), dalam bukunya yang berjudul *"The Study of Man"*; Linton mendefinisikan peran sebagai "seperangkat perilaku yang diharapkan dari seseorang yang menduduki posisi tertentu dalam masyarakat." Peran ini mencakup hak, kewajiban, dan tanggung jawab yang melekat pada posisi tersebut. Talcott Parsons (1951) yang dikenal dengan Parsons, seorang sosiolog terkemuka, mengembangkan konsep peran

sebagai bagian dari teori struktural fungsionalisme. Menurutnya, peran adalah "sektor dari orientasi tindakan aktor yang terorganisir di sekitar harapan-harapan yang berkaitan dengan posisinya dalam sistem sosial." Peran ini menjadi jembatan antara individu dan masyarakat, memungkinkan interaksi sosial yang teratur dan prediktif.

Peran perawat kesehatan jiwa mempunyai peran yang bervariasi dan spesifik. Perawat jiwa adalah tenaga profesional kesehatan yang memiliki peran sentral dalam memberikan asuhan keperawatan komprehensif kepada individu, keluarga, dan masyarakat yang mengalami masalah kesehatan jiwa atau gangguan jiwa. Peran perawat jiwa tidak hanya terbatas pada pemberian asuhan fisik, tetapi juga mencakup aspek psikologis, sosial, dan spiritual.

Menurut American Psychiatric Nurses Association (APNA), "Perawat jiwa adalah perawat terdaftar yang berpraktik dengan spesialisasi dalam perawatan kesehatan jiwa. Mereka memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas yang mengalami masalah kesehatan jiwa atau gangguan jiwa." (APNA, 2023). Peran Utama Perawat Jiwa adalah :

1. Pemberi Asuhan Keperawatan: Memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien dengan gangguan jiwa, termasuk membantu memenuhi kebutuhan dasar, mengelola gejala, dan memberikan dukungan emosional.
2. Advokat Pasien: Memastikan hak-hak pasien terpenuhi, memberikan informasi yang dibutuhkan, dan membantu pasien dalam membuat keputusan tentang perawatan mereka.
3. Pendidik: Memberikan edukasi kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang penyakit mental, pengobatan, dan strategi koping.
4. Konselor: Memberikan konseling individual atau kelompok untuk membantu pasien mengatasi masalah psikologis dan meningkatkan kesehatan mental.
5. Koordinator: Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk mengoordinasikan pelayanan yang diberikan kepada pasien, memastikan kesinambungan dan efektivitas perawatan.
6. Peneliti: Terlibat dalam penelitian untuk mengembangkan pengetahuan dan praktik keperawatan jiwa yang lebih baik.

C. Penjabaran peran dan fungsi Perawat jiwa

1. Pemberi Asuhan Keperawatan. Perawat memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan jiwa kepada individu, keluarga dan komunitas. Dalam menjalankan perannya, perawat menggunakan konsep perilaku manusia, perkembangan kepribadian dan konsep kesehatan jiwa serta gangguan jiwa dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga dan komunitas. Perawat

melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan jiwa, yaitu :

- a. Memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien dengan gangguan jiwa, termasuk membantu memenuhi kebutuhan dasar (seperti kebersihan diri, makan, tidur), mengelola gejala (seperti waham, halusinasi, delusi, kecemasan dst), dan memberikan dukungan emosional.
 - b. Melakukan pengkajian kondisi mental pasien secara komprehensif untuk mengidentifikasi masalah keperawatan
 - c. Merumuskan diagnosis keperawatan yang tepat.
 - d. Mengembangkan dan melaksanakan rencana asuhan keperawatan yang individual dan holistik, berdasarkan hasil pengkajian dan diagnosis keperawatan.
 - e. Melaksanakan implementasi sesuai intervensi yang telah disusun
 - f. Mengevaluasi efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan dan membuat penyesuaian jika diperlukan.
2. Advokat Pasien. Berikut peran dan fungsi perawat sebagai advokat dapat dijabarkan sebagai berikut:
- a. Memastikan hak-hak pasien terpenuhi, termasuk hak untuk mendapatkan informasi, membuat keputusan tentang perawatan, dan menolak pengobatan.
 - b. Memberikan informasi yang dibutuhkan pasien dan keluarga tentang penyakit mental, pengobatan, dan sumber daya yang tersedia.
 - c. Membantu pasien dalam membuat keputusan tentang perawatan mereka dan memastikan bahwa suara mereka didengar.
 - d. Membela kepentingan pasien sesuai koridor yang tepat.
3. Pendidik. Berikut peran dan fungsi perawat sebagai pendidik dijabarkan sebagai berikut:
- a. Perawat memberi pendidikan kesehatan jiwa kepada individu, keluarga dan komunitas agar mampu melakukan perawatan pada diri sendiri, anggota keluarga dan anggota masyarakat lain
 - b. Memberikan edukasi kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang penyakit mental, pengobatan, dan strategi coping.
 - c. Membantu mengurangi stigma masyarakat terhadap penyakit mental melalui pendidikan dan advokasi.
 - d. Memberikan pelatihan kepada pasien dan keluarga tentang keterampilan perawatan diri dan manajemen gejala.
4. Konselor. Berikut peran dan fungsi perawat sebagai konselor kepada pasien gangguan jiwa dijabarkan sebagai berikut :

- a. Memberikan konseling individual atau kelompok untuk membantu pasien mengatasi masalah psikologis, meningkatkan kesehatan mental, dan mengembangkan keterampilan koping yang adaptif.
 - b. Membantu pasien mengidentifikasi dan mengatasi pikiran negatif, emosi yang tidak sehat, dan perilaku maladaptif.
 - c. Memberikan dukungan emosional dan membantu pasien membangun hubungan yang sehat.
5. Koordinator. Berikut peran dan fungsi perawat sebagai koordinator dijabarkan sebagai berikut:
- a. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain (seperti psikiater, psikolog, pekerja sosial) untuk mengoordinasikan pelayanan yang diberikan kepada pasien, memastikan kesinambungan dan efektivitas perawatan.
 - b. Memfasilitasi komunikasi antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan.
 - c. Mengelola kasus pasien dan memastikan bahwa semua aspek kebutuhan pasien terpenuhi.
6. Peneliti. Berikut peran dan fungsi perawat sebagai peneliti dijabarkan sebagai berikut:
- a. Perawat mengidentifikasi masalah dalam bidang keperawatan jiwa dan menggunakan hasil penelitian serta perkembangan ilmu dan teknologi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan jiwa.
 - b. Terlibat dalam penelitian untuk mengembangkan pengetahuan dan praktik keperawatan jiwa yang lebih baik.
 - c. Berpartisipasi dalam implementasi evidence-based practice (praktik berbasis bukti) untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
 - d. Menerbitkan hasil penelitian dalam jurnal ilmiah atau mempresentasikan pada konferensi.
7. Peran perawat jiwa dalam tingkat pelayanan kesehatan jiwa
- a. Peran dalam prevensi primer
 - b. Peran dalam prevensi sekunder
 - c. Peran dalam prevensi tersier
- Berikut penjabaran dan penjelasannya:
- a. Peran dalam prevensi primer
 - 1) Memberikan penyuluhan tentang prinsip-prinsip sehat jiwa
 - 2) Memberikan Pendidikan kesehatan
 - 3) Mengefektifkan perubahan dalam kondisi kehidupan, tingkat kemiskinan, & Pendidikan
 - 4) Melakukan rujukan yang sesuai dengan sebelum gangguan jiwa terjadi

- 5) Bersama-sama keluarga memberi dukungan pada anggota keluarga & meningkatkan fungsi kelompok
 - 6) Aktif dalam kegiatan masyarakat & politik yang berkaitan dengan kesehatan jiwa
- b. Peran dalam prevensi sekunder
- 1) Melakukan skrining & pelayanan evaluasi kesehatan jiwa
 - 2) Melaksanakan kunjungan rumah atau pelayanan home visit
 - 3) Memberikan konsultasi
 - 4) Melaksanakan intervensi krisis
 - 5) Memberikan psikoterapi individu, keluarga, dan kelompok pada berbagai tingkat usia
 - 6) Memberikan intervensi pada komunitas & organisasi yang telah teridentifikasi masalah yang dialaminya untuk penanganan dirumah
 - 7) Memberikan pelayanan kedaruratan psikiatri di RSU
 - 8) Menciptakan lingkungan yang terapeutik
 - 9) Melakukan supervisi klien yang mendapatkan pengobatan
 - 10) Memberikan pelayanan pencegahan bunuh diri
- c. Peran dalam prevensi tersier
- 1) Melaksanakan latihan vokasional & rehabilitasi
 - 2) Mengorganisasi "after care" untuk klien yang telah pulang dari fasilitas kesehatan jiwa untuk memudahkan transisi dari rumah sakit ke komunitas
 - 3) Memberikan pilihan "partial hospitalization" (perawatan rawat siang) pada klien
8. Peran dan fungsi perawat dalam Kolaborasi interdisipliner dalam keperawatan
- Pelayanan dan kolaborasi interdisiplin keperawatan jiwa merupakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh sekelompok tim kesehatan profesional diantaranya adalah Perawat, Dokter dan Tim kesehatan lainnya maupun pasien dan keluarga yang mempunyai hubungan yang jelas, dengan tujuan menentukan diagnosa, tindakan-tindakan medis, dorongan moral dan kepedulian khususnya kepada pasien sakit jiwa. Pada konteks ini dibutuhkan :
- a. Pelayanan akan berfungsi baik jika terjadi adanya kontribusi dari anggota tim dalam memberikan pelayanan kesehatan terbaik kepada pasien sakit jiwa
 - b. Anggota tim kesehatan meliputi: pasien, perawat, dokter, fisioterapi, pekerja sosial, ahli gizi, manager, dan apoteker.
 - c. Tim kolaborasi interdisiplin hendaknya memiliki komunikasi yang efektif, bertanggung jawab dan saling menghargai antar sesama anggota tim.
 - d. Elemen Penting Dalam Mencapai Kolaborasi Interdisiplin Efektif

- 1) Kerjasama adalah menghargai pendapat orang lain dan bersedia untuk memeriksa beberapa alternatif pendapat dan perubahan kepercayaan.
 - 2) Asertifitas adalah Ketegasan penting ketika individu dalam tim mendukung pendapat mereka dengan keyakinan. Tindakan asertif menjamin bahwa pendapatnya benar-benar didengar dan konsensus untuk dicapai
 - 3) Tanggung jawab adalah mendukung suatu keputusan yang diperoleh dari hasil konsensus dan harus terlibat dalam pelaksanaannya.
 - 4) Komunikasi adalah Bahwa setiap anggota bertanggung jawab untuk membagi informasi penting mengenai perawatan pasien sakit jiwa dan isu yang relevan untuk membuat keputusan klinis
 - 5) Kewenangan adalah mencakup kemandirian anggota tim dalam batas kompetensinya.
 - 6) Koordinasi adalah Efisiensi organisasi yang dibutuhkan dalam perawatan pasien sakit jiwa, mengurangi duplikasi dan menjamin orang yang berkualifikasi dalam menyelesaikan permasalahan.
9. Kolaborasi dapat berjalan dengan baik jika Semua profesi mempunyai visi dan misi yang sama
- a. Masing-masing profesi mengetahui batas-batas dari pekerjaannya
 - b. Anggota profesi dapat bertukar informasi dengan baik
 - c. Masing-masing profesi mengakui keahlian dari profesi lain yang tergabung dalam tim.
10. Manfaat Kolaborasi Interdisiplin Dalam Pelayanan Keperawatan Jiwa
- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan menggabungkan keahlian unik profesional untuk pasien sakit jiwa
 - b. Produktivitas maksimal serta efektifitas dan efisiensi sumber daya
 - c. Peningkatnya profesionalisme dan kepuasan kerja, dan loyalitas
 - d. Meningkatkan kohesifitas antar profesional
 - e. Kejelasan peran dalam berinteraksi antar profesional
 - f. Menumbuhkan komunikasi, menghargai argumen dan memahami orang lain.
11. Hambatan Dalam Melakukan Kolaborasi Interdisiplin dalam Keperawatan Jiwa
- a. Ketidakesuaian pendidikan dan latihan anggota tim
 - b. Struktur organisasi yang konvensional
 - c. Konflik peran dan tujuan
 - d. Status dan kekuasaan, dan individu itu sendiri
 - e. Kompetisi interpersonal

D. Latihan

Pilihan Ganda:

1. Seorang perawat melakukan implementasi keperawatan kepada pasien gangguan jiwa. Saat keluarga datang, keluarga menanyakan kondisi keluarga nya yang mengalami gangguan jiwa dan bagaimana perawatan pasien gangguan jiwa. Pada konteks ini perawat melakukan peran dan fungsinya sebagai?
 - A. Pembuat asuhan keperawatan
 - B. Kolaborator
 - C. Educator
 - D. Advokat
 - E. Konselor
2. Seorang perawat melihat bahwa setelah melakukan visite seorang dokter memberikan advice bahwa pasien harus dilakukan ECT (Electroconvulsive Therapy). Berdasarkan pengkajian dan observasi yang telah dilakukan perawat, seharusnya pasien belum perlu dilakukan ECT sehingga perawat mengusulkan agar pasien belum perlu dilakukan ECT. Peran dan gungsi perawat yang dilakuakn adalah
 - A. Pembuat asuhan keperawatan
 - B. Kolaborator
 - C. Educator
 - D. Advokat
 - E. Konselor
3. Peran perawat sebagai orang yang selalu menemukan fenomena kepada pasien gangguan jiwa seharusnya selalu melakuakn riset guna perbaikan perawatan kepada pasien gangguan jiwa, hal ini perawat melakukan peran dan fungsi sebagai?
 - A. Peneliti
 - B. Kolaborator
 - C. Educator
 - D. Advokat
 - E. Konselor
4. Peran perawat sangat berpengaruh pada kolaborasi interdisipliner dalam keperawatan. Kolaborasi ini dapat berjalan dengan baik jika?
 - A. Memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan menggabungkan keahlian unik profesional untuk pasien sakit jiwa
 - B. Produktivitas maksimal serta efektifitas dan efesiensi sumber daya
 - C. Peningkatnya profesionalisme dan kepuasan kerja, dan loyalitas

- D. Meningkatnya kohesifitas antar profesional
 - E. Masing-masing profesi mengakui keahlian dari profesi lain yang tergabung dalam tim.
5. Elemen Penting Dalam Mencapai Kolaborasi Interdisiplin Efektif adalah?
- a. Kerjasama adalah menghargai pendapat orang lain dan bersedia untuk memeriksa beberapa alternatif pendapat dan perubahan kepercayaan.
 - b. Semua profesi mempunyai visi dan misi yang sama
 - c. Masing-masing profesi mengetahui batas-batas dari pekerjaannya
 - d. Anggota profesi dapat bertukar informasi dengan baik
 - e. Masing-masing profesi mengakui keahlian dari profesi lain yang tergabung dalam tim.

Essay:

1. Sebutkan peran dan fungsi perawat jiwa?
2. Jelaskan jenis-jenis peran dan fungsi perawat jiwa?
3. Bagaimana bila kolaborasi interdisipliner antar profesi tidak berjalan dengan baik?

E. Kunci Jawaban

1. C
2. D
3. A
4. E
5. A

F. Rangkuman Materi

Peran dan fungsi perawat jiwa terdiri dari:

1. Pemberi Asuhan Keperawatan
2. Advokat
3. Pendidik
4. Konselor
5. Koordinator
6. Peneliti

G. Glosarium

ECT: Electroconvulsive Therapy

Riset: penelitian

Interdisipliner: pendekatan yang melibatkan integrasi berbagai disiplin ilmu atau bidang studi untuk memahami atau memecahkan masalah yang kompleks

H. Daftar Pustaka

- Keliat, B. A., & Akemat. (2010). Keperawatan jiwa: Teori dan aplikasi. EGC.
- Linton, R. (1936). *The study of man*. Appleton-Century.
- Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). (2022). Mental health: strengthening our response. Diakses dari <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Harvard University Press.
- Stuart, G. W. (2017). Principles and practice of psychiatric nursing (11th ed.). Elsevier.
- Townsend, M. C. (2018). Psychiatric care at the human level (9th ed.). F.A. Davis Company.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.
- Videbeck, S. L. (2019). Psychiatric-mental health nursing (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Yosep, I. (2016). Keperawatan jiwa. Refika Aditama.

BAB 3

TERAPI MODALITAS DALAM KEPERAWATAN JIWA

Pendahuluan

Keperawatan jiwa adalah salah satu cabang ilmu keperawatan yang berfokus pada pelayanan kesehatan mental dan emosional pasien. Dalam konteks ini, keperawatan jiwa berperan penting dalam membantu pasien mengatasi berbagai masalah kesehatan mental dan emosional, seperti depresi, kecemasan, gangguan bipolar, maupun gangguan jiwa berat lainnya.

Dalam keperawatan jiwa, terapi merupakan salah satu intervensi yang paling efektif dalam membantu pasien mengatasi masalah kesehatan mental dan emosional mereka. Terapi yang digunakan dalam keperawatan jiwa dapat membantu pasien mengembangkan kemampuan untuk mengatasi stres, mengelola emosi, dan meningkatkan kemampuan mereka untuk berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Terapi yang digunakan sebagai salah satu intervensi pada pasien gangguan jiwa adalah terapi modalitas. Dimana terapi modalitas dianggap sebagai terapi utama dalam keperawatan jiwa. Peran perawat sebagai terapis adalah mengubah perilaku maladaptif pasien menjadi perilaku yang adaptif dan meningkatkan kemampuan pasien untuk mencapai potensi maksimal.

Dengan demikian, terapi dalam keperawatan jiwa memiliki peran yang sangat penting dalam membantu pasien mengatasi masalah kesehatan mental dan emosional, serta meningkatkan kualitas hidup mereka. Oleh karena itu, penting untuk memahami berbagai jenis terapi yang digunakan dalam keperawatan jiwa, serta bagaimana terapi tersebut dapat membantu pasien mengatasi masalah kesehatan mental dan emosional mereka.

Pada bab ini akan dibahas mengenai apa itu terapi modalitas, tujuan dari terapi modalitas dalam keperawatan jiwa, jenis-jenis terapi modalitas, dan Langkah implementasi terapi modalitas dalam keperawatan jiwa, evaluasi dan monitoring terapi, serta Kesimpulan dan rekomendasi.

Tujuan Instruksional Umum:

Mahasiswa mampu memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang diperlukan untuk mengaplikasikan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus:

- Mahasiswa mampu memahami definisi, prinsip, dan tujuan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.
- Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan memahami jenis-jenis terapi modalitas
- Mahasiswa mampu mengembangkan kemampuan mengaplikasikan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa, seperti mengidentifikasi kebutuhan pasien, merancang rencana terapi, dan mengimplementasikan terapi.
- Mahasiswa mampu meningkatkan kemampuan mengevaluasi efektivitas terapi modalitas dalam keperawatan jiwa, seperti mengidentifikasi indikator keberhasilan, mengumpulkan data, dan menganalisis hasil.
- Mahasiswa mampu mengembangkan kemampuan mengintegrasikan terapi modalitas dengan teori keperawatan, seperti mengidentifikasi prinsip-prinsip keperawatan yang relevan dengan terapi modalitas.
- Mahasiswa mampu meningkatkan kesadaran akan pentingnya terapi modalitas dalam keperawatan jiwa, seperti mengidentifikasi kebutuhan pasien yang memerlukan terapi modalitas.

Capaian Pembelajaran

Kognitif:

Mahasiswa mampu memperoleh pengetahuan, pemahaman, analisis, sintesis, dan evaluasi yang diperlukan untuk mengaplikasikan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.

Psikomotor:

Mahasiswa mampu memperoleh keterampilan fisik, motorik, manipulatif, dan komunikatif yang diperlukan untuk mengaplikasikan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.

Afektif:

Mahasiswa mampu memperoleh sikap, perasaan, nilai, dan keterampilan sosial yang diperlukan untuk mengaplikasikan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.

Uraian Materi

A. Pengertian Terapi Modalitas

Terapi modalitas adalah pendekatan atau metode terapeutik yang digunakan untuk membantu klien mencapai perubahan psikologis yang diinginkan. Efektivitas terapi modalitas lebih ditentukan oleh faktor-faktor umum dalam hubungan terapeutik seperti kepercayaan antara terapis dan klien, empati, dan aliansi terapeutik, daripada teknik spesifik dari suatu modalitas tertentu (Wampold, 2015)

Menurut (Kress et al., 2020) Terapi modalitas merujuk pada penggunaan berbagai pendekatan atau teknik terapeutik yang berfokus pada pemahaman mendalam terhadap klien, termasuk aspek kognitif, emosional, dan perilaku. Seligman menekankan pentingnya pendekatan eklektik dan integratif dalam memilih modalitas terapi, dengan mempertimbangkan kebutuhan unik dan karakteristik individu klien.

Terapi modalitas memiliki beberapa prinsip dasar, yaitu:

1. Menghormati keunikan dan kebutuhan individu klien.
2. Menggunakan berbagai teknik dan metode terapi untuk mencapai tujuan terapi.
3. Mengembangkan kemampuan klien untuk mengatasi masalah dan mengubah perilaku.
4. Menggunakan pendekatan yang fleksibel dan adaptif untuk menyesuaikan dengan kebutuhan klien.

Dalam terapi modalitas, terapis harus memiliki kemampuan untuk:

1. Mengidentifikasi kebutuhan dan tujuan klien.
2. Mengembangkan rencana terapi yang efektif.
3. Menggunakan berbagai teknik dan metode terapi.
4. Mengevaluasi kemajuan klien dan menyesuaikan rencana terapi.

B. Dasar Pemberian Terapi Modalitas

Dasar pemberian terapi modalitas menurut (Rutherford & Alfes 2019)

1. Gangguan jiwa tidak merusak seluruh kepribadian atau perilaku manusia, sehingga tingkah laku manusia selalu dapat diarahkan dan dibina ke arah kondisi yang mengandung respons yang baru
2. Tingkah laku manusia selalu mengindahkan ada atau tidak adanya faktor-faktor yang sifatnya menimbulkan tekanan sosial pada individu sehingga reaksi individu tersebut dapat diprediksi (*reward dan punishment*)
3. Sikap dan tekanan sosial dalam kelompok sangat penting dalam menunjang dan menghambat perilaku individu dalam kelompok sosial

C. Tujuan Terapi Modalitas

Tujuan terapi modalitas dalam Hafizuddin (2021) adalah:

1. Menimbulkan kesadaran terhadap salah satu perilaku pasien
2. Mengurangi gejala gangguan jiwa
3. Memperlambat kemunduran
4. Membantu adaptasi terhadap situasi sekarang
5. Membantu keluarga dan orang-orang yang berarti
6. Mempengaruhi keterampilan merawat diri sendiri
7. Meningkatkan aktivitas
8. Meningkatkan kemandirian
9. Mengisi waktu luang
10. Meningkatkan kesehatan dan produktivitas
11. Meningkatkan interaksi social

D. Jenis Terapi Modalitas

1. Terapi Kelompok

a. Pengertian

Terapi kelompok adalah suatu pelayanan pada kelompok yang tujuan utamanya membantu anggota kelompok memperbaiki penyesuaian social mereka dan tujuan keduanya adalah membantu kelompok mencapai tujuan-tujuan yang disepakati masyarakat (Azizah et al., 2016). Menurut pedoman rehabilitasi pasien mental Rumah Sakit jiwa di Indonesia dalam (Iyus & Sutini, 2014) Terapi kelompok adalah suatu psikoterapi yang dilakukan sekelompok pasien Bersama-sama dengan jalan berdiskusi satu sama lain yang dipimpin atau diarahkan oleh seorang therapist atau petugas Kesehatan yang telah terlatih. Terapi kelompok merupakan sebuah bentuk psikoterapi yang melibatkan satu atau lebih terapis yang bekerja dengan beberapa orang pada saat bersamaan

b. Tujuan Terapi Kelompok

Terapi kelompok mempunyai tujuan therapeutic dan rehabilitasi

1) Tujuan Umum

- a) Meningkatkan kemampuan menguji kenyataan (*reality testing*)
- b) Membentuk sosialisasi
- c) Meningkatkan fungsi psikologis: meningkatkan kesadaran antara reaksi emosional dengan perilaku defensive dan adaptasi
- d) Membangkitkan motivasi untuk meningkatkan fungsi psikologis seperti kognitif dan afektif

- 2) Tujuan Khusus
 - a) Meningkatkan identitas diri
 - b) Penyaluran emosi
 - c) Meningkatkan ketrampilan hubungan social
 - d) Bersifat rahabilitatif: meningkatkan kemampuan ekspresi diri, keterampilan social, kepercayaan diri, kemampuan empati, dan meningkatkan pengetahuan tentang masalah kehidupan dan pemecahannya.
- c. Indikasi dan Kontra Indikasi
 - 1) Indikasi
 - a) Klien psikotik seperti kecemasan, panik, depresi ringan.
 - b) Klien yang mengalami stress dalam kehidupan karena penyakit/kematian
 - c) Klien dengan masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan
 - d) Klien dengan masalah keluarga, ketergantungan dan sejenisnya
 - 2) Kontra Indikasi
 - a) Pasien waham
 - b) Pasien dengan depresi berat
 - c) Sosio/psikopat
 - d) Pasien sedang menjalani terapi lain
 - e) Pasien yang tidak ada harapan sembuh
 - f) Pasien yang suka bosan/jenuh

d. Sasaran

Sasaran dalam terapi kelompok adalah klien yang memiliki masalah yang sama.

Syarat keanggotaan dalam terapi kelompok adalah:

- 1) Pasien sudah didiagnosa yang jelas
 - 2) Pasien tidak gelisah, agresif, incoherent, dan waham yang tidak terlalu berat sehingga pasien kooperatif dan tidak mengganggu keberlangsungan terapi.
- Syarat untuk pasien rehabilitative: perlu ditentukan target kelompok untuk setiap anggota disamping adanya target terapi yang bersifat kelompok. Target kelompok setiap bulan adalah:
- 1) Selama proses rehabilitasi, setiap anggota didorong untuk berpartisipasi secara aktif,
 - 2) Selama proses rehabilitasi, anggota menunjukkan peningkatan keterampilan yang semakin baik
 - 3) Setelah rehabilitasi, tujuan utamanya adalah membantu anggota agar dapat bersosialisasi dan hidup berdampingan dengan keluarga, rekan kerja, serta masyarakat

4) Perlu adanya *rating scale* bagi tiap pasien untuk mencapai target

e. Komponen Kelompok

Komponen kelompok terdiri dari aspek:

- 1) Struktur kelompok, menjelaskan Batasan, komunikasi, proses pengambilan Keputusan, dan hubungan otoritas dalam kelompok. Struktur kelompok menjaga stabilitas dan membantu pola perilaku dan interaksi. Kelompok terdiri dari seorang pemimpin dan anggota, Dimana arah komunikasi dipandu oleh pimpinan dan Keputusan diambil Bersama.
- 2) Besar kelompok, menurut Dr Wartono (1976) cara verbalisasi idealnya 7-8 anggota, minimal 4 dan maksimalnya 10. Menurut Caplan (1971) anggota kelompok terdiri dari 7-9 anggota (pria dan wanita). Sedangkan menurut Jonson (1963) sebaiknya kelompok tidak lebih dari 8 anggota. Terlalu besar jumlah kelompok mengakibatkan semua kelompok tidak mendapat kesempatan mengungkapkan perasaan, pendapat dan pengalaman, dan terlalu kecil tidak cukup variasi informasi dan interaksi.
- 3) Lamanya sesi, waktu optimal sesi dalam kelompok adalah 20-40 menit untuk fungsi kelompok yang rendah, dan 60-120 menit untuk fungsi kelompok yang tinggi.

f. Mekanisme Dalam Kelompok

Pasien berkumpul dalam satu tempat dan duduk berkeliling, kemudian terapis dan co terapis memperkenalkan diri, dilanjutkan anggota kelompok dipersilahkan perkenalan diri secara bergantian, jika klien tidak mampu maka therapist membantu memperkenalkannya. Terapis menjelaskan maksud dan tujuan serta prosedur terapi kelompok serta masalah yang akan dibicarakan. Topik atau masalah bisa ditentukan oleh terapis atau bisa atas usulan dari pasien. Dalam kelompok ditetapkan anggota bebas membicarakan apa saja, bebas juga dalam mengkritik siapa saja. Terapis sebaiknya bersifat moderat dan menghindari kata yang dianggap sebagai perintah.

Agar proses kelompok berjalan lancar maka:

- 1) Individu perlu diterima dengan sepenuh hati apa adanya
- 2) Hindari melakukan pembatasan yang tidak diperlukan
- 3) Ungkapan verbal yang tertahan sebaiknya dibiarkan keluar
- 4) Respons-respons dalam interaksi kelompok dievaluasi
- 5) Pembentukan kelompok perlu dilakukan untuk memenuhi kebutuhan masing-masing anggota secara individu

Persyaratan dan kualitas terapis

Menurut Depkes RI persyaratan dan kualifikasi untuk memberikan terapi kelompok adalah (Azizah et al., 2016)

- 1) Pemahaman dasar mengenai pemikiran dan perilaku normal serta patologis dalam konteks budaya setempat
- 2) Memiliki landasan teoritis yang kuat dan logis yang dapat diterapkan untuk memahami pemikiran dan perilaku normal maupun patologis.
- 3) Memiliki teknis yang bersifat terapeutik yang menyatu dengan konsep-konsep yang dimiliki melalui pengalaman klinis dengan pasien
- 4) Memiliki kemampuan untuk memanfaatkan dan mengendalikan intuisi guna memahami maksud dan perasaan pasien yang tersembunyi di balik ucapannya.
- 5) Menyadari harapan pribadi, kecemasan, serta mekanisme pertahanan diri yang dimiliki, serta memahami dampaknya terhadap teknik terapeutik yang diterapkan.
- 6) Harus mampu menerima pasien sebagai manusia utuh dengan segala kelebihan dan kekurangannya

Komposisi Terapis

1) Leader dan co leader

Bertugas menganalisa dan mengobservasi pola komunikasi yang terjadi dalam kelompok, membantu anggota kelompok untuk menyadari dinamisnya kelompok, menjadi motivator, membantu kelompok menetapkan tujuan dan membuat peraturan serta mengarahkan dan memimpin jalannya terapi aktivitas kelompok

2) Fasilitator

Sebagai fasilitator, perawat ikut serta dalam kegiatan kelompok sebagai anggota kelompok dengan tujuan memberi stimulus pada anggota kelompok lain agar dapat mengikuti jalannya kegiatan.

3) Observer

Bertugas mencatat dan mengamati respon peserta, mengamati jalannya proses terapi, dan menangani peserta atau anggota kelompok yang *drop out*.

Tugas Terapis dalam Terapi Kelompok menurut (rvin D. Yalom & Leszcz, 2020)

1) Menciptakan dan Memelihara Kelompok

Terapis memiliki tanggung jawab untuk membentuk kelompok yang kohesif dan aman. Hal ini meliputi menetapkan aturan dasar kelompok, menetapkan batasan, dan memastikan lingkungan yang mendukung keterbukaan serta kepercayaan.

2) Membangun Aliansi Terapeutik

Terapis perlu membangun hubungan terapeutik yang kuat dengan masing-masing anggota kelompok. Aliansi terapeutik ini penting untuk mendorong keterbukaan, kejujuran, dan kolaborasi selama sesi terapi.

3) Memfasilitasi Komunikasi Terbuka

Terapis membantu anggota kelompok dalam mengekspresikan perasaan dan pikiran secara jujur. Terapis juga mengarahkan interaksi agar tetap produktif dan tidak merugikan anggota lainnya.

4) Mengamati dan Menafsirkan Dinamika Kelompok

Terapis memantau dinamika kelompok, termasuk pola komunikasi, konflik, aliansi tersembunyi, dan resistensi. Mereka juga memberikan interpretasi terhadap fenomena kelompok yang muncul untuk membantu anggota mendapatkan wawasan lebih dalam.

5) Menangani Resistensi dan Konflik

Terapis bertugas mengelola konflik yang muncul dalam kelompok, baik antaranggota maupun terhadap terapis itu sendiri. Konflik perlu dihadapi dengan cara yang konstruktif agar menjadi bahan refleksi dan pembelajaran bagi kelompok.

6) Menyediakan Dukungan dan Konfrontasi

Terapis memberikan dukungan emosional kepada anggota yang membutuhkan, tetapi juga memberikan konfrontasi secara tepat jika ada perilaku yang menghambat proses terapi atau merugikan anggota kelompok lainnya.

7) Membimbing Proses Refleksi dan Pemahaman Diri

Terapis membantu anggota kelompok merefleksikan pengalaman dalam kelompok serta mengaitkannya dengan kehidupan nyata mereka. Ini penting untuk memperdalam pemahaman diri dan memfasilitasi perubahan positif.

8) Mengintegrasikan dan Mengakhiri Terapi

Pada tahap akhir terapi, terapis membantu anggota kelompok untuk mengintegrasikan pengalaman terapeutik ke dalam kehidupan sehari-hari dan mempersiapkan penutupan kelompok dengan cara yang positif.

Agar Perilaku Therapist Efektif, Maka:

- 1) Secara umum seorang terapis harus penuh perhatian, penerimaan, empati, dan ketulusan
- 2) Secara khusus, mendengarkan, mengamati, memberi umpan balik, menghubungkan konfrontasi, menanyakan, memiliki untuk melihat proses, meringkas dan bertanggung jawab.

g. Tahapan Terapi Kelompok

Kelompok akan berkembang melalui empat fase: fase pra kelompok, fase awal kelompok, fase kerja, dan fase terminasi

a) Pra kelompok

Dimulai dengan membuat tujuan, merencanakan, siapa yang menjadi leader, anggota, dimana, kapan kegiatan dilaksanakan, proses evaluasi pada anggota dan kelompok, menjelaskan sumber-sumber yang diperlukan kelompok seperti proyektor, biaya dan keuangan.

b) Fase awal kelompok

Tahap ini disebut juga tahap kontrak antara terapis dan klien. Pada tahap ini dirumuskan persetujuan dan komitmen untuk melakukan kegiatan perubahan tingkah laku melalui kelompok. Pemimpin kelompok Bersama anggota mengidentifikasi permasalahan, tujuan-tujuan kelompok serta merancang rencana tindakan dan pemecahan masalah.

c) Fase kerja

Kelompok sudah menjadi tim, perasaan positif dan negative dikoreksi dengan bina hubungan saling percaya, bekerjasama untuk mencapai tujuan yang disepakati, Tingkat kecemasan menurun, kelompok lebih stabil dan realistic. Pada fase ini dilakukan tahap untuk mengembangkan kelompok.

d) Fase tevaluasi dan terminasi

Pengukuran terhadap proses dan hasil kegiatan kelompok secara menyeluruh. Setelah melakukan evaluasi dan monitoring dilakukan terminasi atau pengakhiran kelompok.

2. Terapi Individu

a. Pengertian

Menurut Corey (2017) dalam bukunya *"Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy"*, terapi individu adalah suatu proses konseling di mana seorang terapis bekerja secara langsung dengan satu klien dalam rangka membantu klien memahami diri sendiri, mengeksplorasi perasaan, mengatasi masalah pribadi, serta membuat keputusan yang lebih efektif. Terapi individu berfokus pada peningkatan kesadaran diri, perubahan perilaku, dan pengembangan strategi koping yang adaptif. Terapi individu adalah suatu proses terapeutik yang berfokus pada hubungan antara terapis dan klien sebagai elemen utama yang mendukung perubahan dan penyembuhan psikologis. Terapi individu adalah hubungan yang otentik dan saling berinteraksi antara terapis dan klien. Ia percaya bahwa dalam hubungan terapeutik yang autentik, klien dapat merasa dipahami, diterima, dan didukung, yang memungkinkan eksplorasi diri yang mendalam dan pemahaman yang lebih dalam terhadap masalah-masalah

pribadi (I. Yalom, 2017). Yalom juga menggarisbawahi pentingnya kehadiran terapeutik (*therapeutic presence*), di mana terapis hadir secara penuh, empatik, dan terbuka terhadap pengalaman klien

b. Tujuan Terapi Individu

Terapi individu bertujuan membantu klien memahami diri sendiri, mengatasi masalah emosional atau psikologis, serta meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan.

- 1) Peningkatan Kesadaran Diri (*Self-Awareness*)
- 2) Pemecahan Masalah dan Pengambilan Keputusan
- 3) Mengelola Emosi dan Mengurangi Distres
- 4) Mengubah Pola Perilaku Maladaptif
- 5) Peningkatan Kesejahteraan Psikologis
- 6) Meningkatkan Kemampuan Mengatasi Stres

c. Tahapan Hubungan dalam Terapi Individu menurut (Corey, 2017):

- 1) Tahap Awal (Pembentukan Hubungan dan Orientasi)
 - a) Fokus utama adalah membangun rapport atau hubungan saling percaya antara terapis dan klien.
 - b) Terapis mendengarkan dengan empati, menunjukkan sikap non-judgmental, dan menciptakan suasana yang aman bagi klien untuk membuka diri.
 - c) Identifikasi masalah utama klien, pengaturan tujuan terapi, serta klarifikasi peran terapis dan klien dalam proses terapi.
 - d) Tahap ini bertujuan untuk membangun fondasi hubungan terapeutik yang kokoh dan rasa percaya klien terhadap proses terapi.
- 2) Tahap Tengah (Eksplorasi, Pemahaman, dan Intervensi)
 - a) Klien mulai mengeksplorasi masalah secara lebih mendalam, mengungkapkan perasaan, pikiran, dan pola perilaku yang mungkin tidak disadari sebelumnya.
 - b) Terapis menggunakan teknik terapeutik sesuai pendekatan yang diterapkan, seperti terapi kognitif-behavioral, psikodinamik, atau humanistik.
 - c) Hubungan terapeutik semakin kuat, memungkinkan klien untuk lebih terbuka terhadap umpan balik dan refleksi diri.
 - d) Fokus pada perubahan pola pikir dan perilaku yang disesuaikan dengan tujuan terapi.
- 3) Tahap Akhir (Terminasi dan Evaluasi)
 - a) Evaluasi hasil terapi dilakukan dengan meninjau pencapaian tujuan, perkembangan klien, dan perubahan yang terjadi.

- b) Persiapan klien untuk menyelesaikan proses terapi, memperkuat keterampilan coping, dan meningkatkan kemandirian.
- c) Terapi diakhiri dengan penutupan hubungan terapeutik secara hati-hati, meminimalkan ketergantungan, dan membantu klien menerapkan wawasan dalam kehidupan sehari-hari.

3. Terapi Keluarga

a. Pengertian

Menurut Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2013) dalam buku *"Family Therapy: An Overview"*, terapi keluarga adalah pendekatan psikoterapi yang berfokus pada pemahaman dan penanganan masalah individu dalam konteks sistem keluarga. Pendekatan ini berasumsi bahwa masalah yang dialami oleh seorang anggota keluarga tidak dapat dipisahkan dari dinamika, interaksi, dan pola komunikasi dalam keluarga itu sendiri. Terapi keluarga tidak hanya memperhatikan masalah individu, tetapi juga pola hubungan, struktur keluarga, dan komunikasi antar anggota keluarga. Tujuannya adalah untuk memfasilitasi perubahan positif dalam hubungan keluarga, memperkuat ikatan antar anggota, dan membantu keluarga menemukan cara-cara baru untuk menghadapi konflik serta tantangan hidup (Goldenberg & Goldenberg, 2013). Nichols & Schwartz (2006) juga menjelaskan bahwa terapi keluarga memiliki beberapa karakteristik, antara lain:

- 1) Fokus pada sistem keluarga sebagai keseluruhan.
- 2) Menggunakan pendekatan sistemik untuk memahami masalah keluarga.
- 3) Melibatkan seluruh anggota keluarga dalam proses terapi.
- 4) Berfokus pada mengubah pola interaksi dan komunikasi dalam keluarga.
- 5) Menggunakan teknik-teknik terapi yang berbeda-beda tergantung pada kebutuhan keluarga.

b. Prinsip Terapi Keluarga

Goldenberg & Goldenberg (2013) juga menjelaskan beberapa prinsip dasar terapi keluarga, antara lain:

- 1) Keluarga dianggap sebagai sistem yang utuh dan dinamis.
- 2) Perilaku dan masalah individu dipahami dalam konteks keluarga.
- 3) Terapi fokus pada mengubah pola interaksi dan komunikasi dalam keluarga.
- 4) Keluarga dianggap memiliki kemampuan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kualitas hubungan.

c. Manfaat Terapi Keluarga

- 1) Meningkatkan komunikasi dan interaksi yang efektif dalam keluarga
Terapi keluarga membantu anggota keluarga untuk berkomunikasi dengan lebih efektif dan memahami kebutuhan dan perasaan satu sama lain.

- 2) Mengatasi konflik dan masalah dalam keluarga
Terapi keluarga membantu keluarga untuk mengatasi konflik dan masalah yang dialami, seperti konflik antara orang tua dan anak, atau masalah kekerasan dalam rumah tangga.
 - 3) Meningkatkan kemampuan keluarga untuk mengatasi stres dan masalah
Terapi keluarga membantu keluarga untuk mengembangkan kemampuan untuk mengatasi stres dan masalah, seperti kemampuan untuk mengelola emosi dan mengembangkan strategi coping.
 - 4) Meningkatkan kualitas hubungan dalam keluarga
Terapi keluarga membantu keluarga untuk meningkatkan kualitas hubungan, seperti meningkatkan keintiman, kepercayaan, dan komunikasi yang efektif.
 - 5) Membantu anggota keluarga untuk mengembangkan kemampuan dan potensi
Terapi keluarga membantu anggota keluarga untuk mengembangkan kemampuan dan potensi, seperti kemampuan untuk mengambil keputusan dan mengembangkan strategi untuk mencapai tujuan.
- d. Teknik Dalam Terapi Keluarga
- Teknik dalam Terapi Keluarga menurut (Goldenberg & Goldenberg, 2013)
- 1) Teknik Komunikasi
Membantu anggota keluarga untuk berkomunikasi dengan lebih efektif dan memahami kebutuhan dan perasaan satu sama lain.
 - 2) Teknik Problem Solving
Membantu keluarga untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah yang dialami.
 - 3) Teknik Rekonstruksi Keluarga
Membantu keluarga untuk memahami dan mengubah pola interaksi dan komunikasi yang tidak sehat.
 - 4) Teknik Terapi Bermain
Membantu anak-anak untuk mengungkapkan perasaan dan kebutuhan mereka melalui bermain.
 - 5) Teknik Terapi Naratif
Membantu keluarga untuk memahami dan mengubah cerita yang mereka miliki tentang diri mereka sendiri dan keluarga mereka.
 - 6) Teknik Terapi Sistemik
Membantu keluarga untuk memahami dan mengubah pola interaksi dan komunikasi yang tidak sehat dalam sistem keluarga.

7) Teknik Terapi Strategis

Membantu keluarga untuk mengembangkan strategi untuk mengatasi masalah yang dialami.

4. Terapi Kognitif

a. Pengertian

Terapi kognitif adalah pendekatan psikoterapi yang berfokus pada hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku seseorang. Beck menyatakan bahwa masalah emosional sering kali disebabkan oleh distorsi kognitif atau pola pikir negatif yang tidak akurat. Terapi kognitif bertujuan untuk membantu individu mengenali, mengevaluasi, dan mengubah pikiran otomatis negatif yang tidak realistis atau maladaptif menjadi pikiran yang lebih rasional dan adaptif. Dengan mengubah cara berpikir, diharapkan perubahan pada emosi dan perilaku juga terjadi (Beck, 2011).

Terapi kognitif adalah suatu bentuk terapi yang berfokus pada mengubah pola pikir, perilaku, dan emosi yang tidak sehat dengan memahami dan mengubah cara berpikir dan berperilaku (APA, 2017). Terapi kognitif merupakan salah satu bentuk konseling yang bertujuan membantu klien agar dapat menjadi lebih sehat, memperoleh pengalaman yang memuaskan, dan dapat memenuhi gaya hidup tertentu, dengan cara memodifikasi pola pikir dan perilaku tertentu.

b. Tujuan Terapi Kognitif

- 1) Membantu klien dalam mengidentifikasi, menganalisis dan melawan pikiran negative klien
 - 2) Membantu klien mengubah cara berfikir dan mengembang pola pikir yang rasional.
 - 3) Mengurangi gejala-gejala depresi dan kecemasan
 - 4) Meningkatkan kemampuan untuk mengelola stres dan emosi
 - 5) Meningkatkan kualitas hidup
 - 6) Membantu klien untuk mengembangkan kemampuan untuk mengatasi masalah
 - 7) Membantu individu
 - 8) Membantu klien memandang dirinya sebagai orang yang berhasil bertahan hidup, bukan sebagai korban
 - 9) Membantu mngurang gejala klien dengan restrukturisasi system keyakinan yang salah
 - 10) Membentuk Kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal
- Prinsip Utama Terapi Kognitif menurut (Beck, 2011)
- 1) Struktur dan Kolaboratif: Terapi ini bersifat terstruktur, kolaboratif, dan berfokus pada pemecahan masalah.

- 2) Pikiran Otomatis: Fokus utama terapi kognitif adalah mengenali pikiran otomatis negatif yang muncul dengan cepat dan sering kali tidak disadari.
- 3) Distorsi Kognitif: Terapi kognitif membantu klien mengidentifikasi distorsi kognitif atau kesalahan berpikir, seperti generalisasi berlebihan, pemikiran hitam-putih, dan personalisasi.
- 4) Rekonstruksi Kognitif: Mengubah pikiran negatif yang tidak rasional menjadi lebih seimbang dan realistis.
- 5) Uji Realitas: Menguji keyakinan negatif melalui pengalaman nyata untuk memeriksa validitasnya.

Beberapa teknik terapi kognitif, antara lain:

- 1) Identifikasi dan perubahan pola pikir yang tidak sehat
- 2) Terapi kognitif membantu klien untuk mengidentifikasi dan mengubah pola pikir yang tidak sehat.
- 3) Pengembangan kemampuan untuk mengelola stres dan emosi
- 4) Terapi kognitif membantu klien untuk mengembangkan kemampuan untuk mengelola stres dan emosi.
- 5) Penggunaan teknik relaksasi dan meditasi
- 6) Terapi kognitif menggunakan teknik relaksasi dan meditasi untuk membantu klien mengelola stres dan emosi.

c. Indikasi Teapi Kognitif

Terapi kognitif efektif untuk sejumlah kondisi psikiatri yang lazim seperti:

- 1) Depresi (ringan sampai sedang)
- 2) Gangguan panic dan gangguan cemas menyeluruh atau kecemasan
- 3) Individu yang mengalami stress emosional
- 4) Gangguan obsesif
- 5) Gangguan fobia
- 6) Gangguan stress pasca trauma (post traumatic stress sindrom)
- 7) Gangguan makan (anoreksia nervosa)
- 8) Gangguan mood
- 9) Mengurangi kemungkinan kambuh

d. Langkah-Langkah Melakukan Terapi Kognitif

- 1) Fase awal (sesi 1-4)
 - a) Membentuk hubungan terapeutik dengan klien
 - b) Mengajarkan klien tentang bentuk kognitif yang salah serta pengaruhnya terhadap emosi dan fisik
 - c) Menentukan tujuan terapi
 - d) Mengajarkan klien untuk mengevaluasi pikiran-pikiran yang otomatis
- 2) Fase Pertengahan (sesi 5-12)

- a) Mengubah berangsur-angsur kepercayaan yang salah
 - b) Membantu klien mengenal akar kepercayaan diri. Klien diminta mempraktikkan keterampilan berespon terhadap hal-hal yang menimbulkan depresi dan memodifikasinya
- 3) Fase akhir (13-16)
- a) Terminasi dan memperkirakan situasi berisiko tinggi yang meningkatkan terjadinya kekambuhan
 - b) Mengonsolidasikan pembelajaran melalui tugas-tugas terapi sendiri

5. Terapi Perilaku

a. Pengertian

Menurut Bandura (1977) terapi perilaku adalah suatu proses yang berfokus pada mengubah perilaku yang tidak diinginkan dengan menggunakan teknik-teknik pembelajaran sosial. Terapi perilaku adalah suatu proses yang berfokus pada mengubah perilaku yang tidak diinginkan dengan menggunakan teknik-teknik kondisioning operan (Skinner, 1953).

b. Tujuan, indikasi, dan kontraindikasi

1) Tujuan Terapi Perilaku

- a) Memodifikasi perilaku melalui penerapan teori pembelajaran dalam terapi
- b) Meningkatkan aktivitas klien
- c) Mengikutsertakan klien dalam tugas-tugas yang dapat meningkatkan perasaan yang menyenangkan

2) Indikasi Terapi Perilaku

Indikasi terapi perilaku menurut (Susana & Hendarsih, 2014)

- a) Depresi dan gangguan mood lain
- b) Klien menarik diri dan isolasi social
- c) Insomnia dan masalah gangguan tidur lainnya
- d) Klien dengan penyalahgunaan zat (alcohol, obat, rokok)
- e) Remaja dengan gangguan tingkah laku, menentang/membangkang, hiperaktifitas
- f) Klien dengan gangguan kecemasan, depresi, fobia, obsesif kompulsif
- g) Gejala stress pasca traumatic

3) Kontra Indikasi

- a) Klien resiko tinggi mengalami serangan jantung
- b) Anak dengan indikasi serangan asma

c. Tahap-tahap terapi perilaku

Terapis membantu dalam proses belajar dengan cara mendorong klien mengemukakan keadaan yang sedang dialaminya. Pada prosesnya dibagi menjadi empat tahap:

- 1) Pengkajian (assessment)
- 2) Menetapkan tujuan (goal setting)
- 3) Implementasi Teknik
- 4) Evaluasi dan pengakhiran

d. Tehnik Terapi Perilaku

Bandura (1977) juga menjelaskan beberapa teknik terapi perilaku, antara lain:

- 1) Teknik modeling: Menggunakan teknik modeling untuk mengubah perilaku dengan menggunakan contoh-contoh yang positif.
- 2) Teknik desensitisasi: Menggunakan teknik desensitisasi untuk mengurangi kecemasan dan stres.
- 3) Teknik penguatan positif: Menggunakan teknik penguatan positif untuk mengubah perilaku dengan menggunakan konsekuensi-konsekuensi yang positif.

e. Prinsip Dasar Terapi Perilaku Menurut (Kazdin, 2005)

1) Berorientasi pada Perilaku Nyata:

Terapi perilaku fokus pada perilaku yang dapat diamati dan diukur. Perubahan perilaku yang konkret menjadi tujuan utama terapi.

2) Berbasis Empiris

Terapi perilaku didasarkan pada prinsip-prinsip ilmiah psikologi perilaku, seperti pengkondisian klasik (*classical conditioning*) dan pengkondisian operan (*operant conditioning*). Evaluasi efektivitas terapi dilakukan secara objektif melalui pengukuran perilaku.

3) Penguatan Positif dan Negatif

Teknik penguatan positif (*reward*) digunakan untuk meningkatkan perilaku yang diinginkan, sedangkan penguatan negatif (menghilangkan stimulus aversif) untuk mengurangi perilaku negatif.

4) Penghapusan (*Extinction*)

Perilaku maladaptif dapat dikurangi atau dihilangkan dengan menghilangkan penguatan yang mendukungnya.

5) Pembentukan (*Shaping*) dan Pemodelan (*Modeling*)

6) Pembentukan dilakukan dengan memberikan penguatan pada perilaku yang mendekati target yang diinginkan, sedangkan pemodelan menggunakan contoh untuk meniru perilaku adaptif.

7) *Generalization and Discrimination*

Terapi perilaku memperhatikan kemampuan individu untuk menerapkan keterampilan atau perilaku baru dalam konteks yang berbeda (generalisasi) dan membedakan kapan perilaku tertentu sesuai atau tidak sesuai (diskriminasi).

8) Pemantauan dan Evaluasi Terus-Menerus

Efektivitas terapi dievaluasi secara berkelanjutan melalui pemantauan perilaku klien dan penyesuaian strategi terapi jika diperlukan.

6. Terapi Lingkungan

a. Definisi Terapi Lingkungan

Menurut (Corey, 2017) dalam bukunya *"Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy"*, terapi lingkungan atau milieu therapy adalah pendekatan terapeutik yang memanfaatkan lingkungan fisik, sosial, dan emosional secara sadar untuk mendukung perubahan perilaku positif dan meningkatkan kesehatan mental individu. Corey menyatakan bahwa lingkungan terapeutik dapat menjadi sarana untuk memfasilitasi interaksi yang konstruktif, komunikasi yang sehat, serta pengembangan keterampilan sosial.

Menurut (Pretty et al., 2017) dalam penelitian mereka yang berjudul *"Green Mind Theory: How Brain-Body-Behaviour Links into Natural and Social Environments for Health and Wellbeing"*, terapi lingkungan berkaitan erat dengan konsep *Green Mind Theory*.

b. Konsep Terapi Lingkungan dalam *Green Mind Theory*

1) Keterhubungan dengan Alam

Green Mind Theory menekankan bahwa interaksi manusia dengan lingkungan alami dapat meningkatkan kesejahteraan mental dan fisik.

2) Efek Positif pada Otak dan Tubuh

Kontak dengan alam mempengaruhi sistem saraf otonom, mengurangi stres, meningkatkan suasana hati, dan meningkatkan kesehatan kardiovaskular.

3) Lingkungan sebagai Faktor Penyembuhan

Paparan terhadap ruang hijau atau aktivitas berbasis alam, seperti berjalan di taman atau berkebun, dapat meningkatkan keseimbangan emosional dan mengurangi gejala kecemasan serta depresi.

4) Hubungan Sosial dan Lingkungan

Selain manfaat individu, terapi lingkungan juga berkontribusi pada keterhubungan sosial dan komunitas yang lebih sehat.

c. Tujuan Terapi Lingkungan (Pretty et al., 2017)

1) Meningkatkan Kesehatan Mental

- a) Mengurangi stres, kecemasan, dan depresi melalui kontak dengan alam.
 - b) Memicu perasaan tenang dan bahagia melalui pengalaman lingkungan hijau.
- 2) Mendukung Kesehatan Fisik
- a) Meningkatkan aktivitas fisik melalui kegiatan berbasis alam, seperti berjalan kaki, bersepeda, atau berkebun.
 - b) Menurunkan tekanan darah dan meningkatkan kesehatan jantung melalui efek menenangkan alam.
- 3) Memulihkan Fungsi Kognitif
- a) Meningkatkan fokus dan konsentrasi, terutama setelah kelelahan mental.
 - b) Mendukung kreativitas dan pemecahan masalah melalui stimulasi alami yang tidak membebani otak.
- 4) Memperkuat Hubungan Sosial
- a) Meningkatkan keterhubungan sosial melalui aktivitas bersama di lingkungan alam, seperti berkebun komunitas atau olahraga luar ruangan.
 - b) Mengurangi perasaan kesepian dan meningkatkan rasa kebersamaan dalam masyarakat.
- 5) Membangun Kesadaran Lingkungan
- a) Meningkatkan apresiasi terhadap alam dan mendorong perilaku berkelanjutan.
 - b) Memotivasi individu untuk lebih peduli terhadap lingkungan melalui pengalaman langsung di alam.

Pretty et al (2017) menekankan bahwa koneksi manusia dengan alam adalah kunci bagi kesehatan dan kesejahteraan jangka panjang. Oleh karena itu, terapi lingkungan menjadi pendekatan penting dalam meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan.

d. Komponen fungsional terapi lingkungan

Terapi lingkungan terdiri dari beberapa komponen fungsional yang membantu meningkatkan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial.

1) Elemen Alam (*Natural Elements*)

- a) Lingkungan hijau seperti hutan, taman, kebun, atau perairan (danau, sungai, laut) memainkan peran utama dalam terapi lingkungan.
- b) Paparan terhadap elemen alam membantu mengurangi stres, meningkatkan suasana hati, dan mempercepat pemulihan fisik.

- 2) Interaksi Sosial (*Social Interaction*)
 - a) Terapi lingkungan sering melibatkan aktivitas yang dilakukan bersama, seperti berkebun komunitas, olahraga di ruang terbuka, atau terapi hewan.
 - b) Interaksi sosial dalam lingkungan yang mendukung dapat meningkatkan rasa kebersamaan dan mengurangi perasaan kesepian.
- 3) Aktivitas Fisik (*Physical Activity*)
 - a) Kegiatan berbasis alam, seperti berjalan kaki, bersepeda, mendaki, atau berkebun, meningkatkan kesehatan fisik dan mental.
 - b) Aktivitas ini dapat mengurangi risiko penyakit kronis dan meningkatkan keseimbangan emosional.
- 4) Stimulasi Sensorik (*Sensory Stimulation*)
 - a) Lingkungan alami menyediakan stimulasi sensorik yang positif, seperti suara burung, aroma tanah basah, atau sinar matahari yang memberikan efek menenangkan.
 - b) Stimulasi ini dapat membantu mengurangi stres dan meningkatkan kesejahteraan emosional.
- 5) Desain Lingkungan (*Environmental Design*)
 - a) Desain ruang hijau dalam perkotaan, rumah sakit, sekolah, dan tempat kerja memainkan peran penting dalam mendukung kesejahteraan manusia.
 - b) Tata ruang yang mempertimbangkan aspek alam dapat membantu menciptakan lingkungan yang lebih sehat dan produktif.

E. Latihan Soal

Pilihan Ganda

1. Tujuan dari pemberian terapi modalitas adalah:
 - A. Mempercepat kemunduran
 - B. Mengurangi aktivitas
 - C. Menurunkan kemandirian
 - D. Mengurangi gejala gangguan jiwa
 - E. Menurunkan hubungan sosial
2. Pada pelaksanaan terapi modalitas perawat sebagai terapis harus memiliki kemampuan dalam hal, kecuali"
 - A. Mengidentifikasi kebutuhan dan tujuan klien
 - B. Mengevaluasi kemajuan klien
 - C. Membantu keluarga dan orang-orang berarti
 - D. Mengembangkan rencana terapi yang efektif

- E. Menggunakan berbagai tehnik dan metode terapi
- 3. Berikut adalah indikasi dilakukannya terapi kelompok pada klien, adalah:
 - A. Pasien dengan waham
 - B. Pasien dengan kecemasan dan depresi ringan
 - C. Pasien depresi berat
 - D. Pasien psikopat
 - E. Pasien sedang dalam terapi lain
- 4. Tugas seorang fasilitator dalam terapi kelompok adalah:
 - A. Menganalisa pola komunikasi dalam kelompok
 - B. Menjadi motivator
 - C. Menetapkan tujuan kelompok
 - D. Memberi stimulus pada anggota kelompok untuk mengikuti jalannya kegiatan
 - E. Mencatat dan mengobservasi jalannya terapi
- 5. Berikut adalah yang bukan tujuan dari terapi individu:
 - A. Meningkatkan kesadaran diri
 - B. Mengelola emosi
 - C. Mengurangi stres
 - D. Mengubah pola perilaku maladaptif
 - E. Meningkatkan kemampuan keluarga mengelola stress

Essay

1. Jelaskan pengertian dari terapi modalitas.
2. Jelaskan dasar dari pemberian terapi modalitas.
3. Sebutkan dan jelaskan secara singkat jenis-jenis terapi modalitas.
4. Jelaskan manfaat dari terapi keluarga.
5. Jelaskan tujuan dari terapi kognitif.

Petunjuk jawaban Latihan

1. Untuk mampu menjawab Latihan no 1, 2, dan 3 pelajari Kembali tentang terapi modalitas
2. Untuk mampu menjawab Latihan nomor 4, pelajari Kembali tentang terapi keluarga
3. Untuk mampu menjawab Latihan nomor 5, pelajari Kembali tentang terapi kognitif

F. Kunci jawaban

1. D
2. C
3. B
4. D

G. Rangkuman

1. Terapi modalitas merujuk pada penggunaan berbagai pendekatan atau teknik terapeutik yang berfokus pada pemahaman mendalam terhadap klien, termasuk aspek kognitif, emosional, dan perilaku. Dalam terapi modalitas menekankan pentingnya pendekatan eklektik dan integratif dalam memilih modalitas terapi, dengan mempertimbangkan kebutuhan unik dan karakteristik individu klien.
2. Perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam pelaksanaan terapi modalitas. Perawat sebagai terapis harus memiliki kemampuan Mengidentifikasi kebutuhan dan tujuan klien, Mengembangkan rencana terapi yang efektif, Menggunakan berbagai teknik dan metode terapi, Mengevaluasi kemajuan klien dan menyesuaikan rencana terapi
3. Jenis terapi modalitas yang dikembangkan dalam keperawatan jiwa antara lain: terapi kelompok, terapi individu, terapi keluarga, terapi kognitif, terapi perilaku, terapi lingkungan
4. Terapi kelompok adalah salah satu dari terapi modalitas yang efektif diberikan pada klien dengan gangguan jiwa. Perawat sebagai terapis akan bertugas sebagai leader dan co leader, fasilitator dan observer. Tahapan dalam terapi kelompok adalah: fase prakelompok yang dimulai dengan membuat tujuan, merencanakan, siapa yang menjadi leader, anggota, dimana, kapan kegiatan dilaksanakan dan media dalam kegiatan. Fase awal kelompok disebut juga tahap kontrak antara terapis dan klien. Pada tahap ini dirumuskan persetujuan dan komitmen untuk melakukan kegiatan perubahan tingkah laku melalui kelompok. Fase kerja adalah Kelompok sudah menjadi tim, perasaan positif dan negative dikoreksi dengan bina hubungan saling percaya, bekerjasama untuk mencapai tujuan yang disepakati, dan fase terminasi yaitu pengukuran terhadap proses dan hasil kegiatan kelompok secara menyeluruh

H. Daftar Pustaka

- Association, A. P. (2017). *Cognitive behavioral therapy*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-behavioral-therapy>
- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, Teori dan Aplikasi Klinik*. Indomedika Pustaka.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (Third). The Guilford Press.
- Corey, G. (2017). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (10th Edition

(ed.) Cengage Learning.

Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2013). *Family Therapy: An Overview*. Brooks/Cole.

Hafizuddin, M. (2021). *Terapi Modalitas dalam Keperawatan Jiwa*. Salemba Medika.

Iyus, Y., & Sutini, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Refika Aditama.

Kazdin, A. E. (2005). *Behavior Modification in Applied Settings (6th ed.)*. Waveland Press.

Kress, V. E., Seligman, L. W., & Reichenberg, L. W. (2020). *Theories of Counseling and Psychotherapy: Systems, Strategies, and Skills (5th Editio)*. Pearson.

Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2006). *Terapi keluarga: Suatu pendekatan sistemik*. Penerbit Universitas Indonesia.

Pretty, J., Rogerson, M., & Barton, J. (2017). Green mind theory: How brain-body-behaviour links into natural and social environments for healthy habits. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph14070706>

Rutherford, H. T., & Alfes, C. M. (2019). Modalities of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 1(75).

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.

Susana, S. A., & Hendarsih, S. (2014). *Terapi modalitas keperawatan Kesehatan jiwa*. EGC.

Wampold, B. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work (second Edi)*. Routledge.

Yalom, rvin D., & Leszcz, M. (2020). *Theory and Practice of Group Psychotherapy (5th Editio)*. Basic Books.

Yalom, I. (2017). *The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*. Harper Perennial.

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN KECEMASAN

Pendahuluan

Kecemasan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman. Kecemasan adalah suatu kondisi emosional yang sering kali dialami oleh individu dalam berbagai situasi kehidupan. Dalam konteks keperawatan, kecemasan dapat memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan pasien serta mempengaruhi keberhasilan perawatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk memahami, mengevaluasi, dan mengatasi kecemasan dengan tepat guna memberikan perawatan yang efektif.

Bab ini akan membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kecemasan. Tujuan dari penulisan bab ini adalah peserta didik mampu memahami asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kecemasan. Sasaran pembaca buku ini adalah mahasiswa program studi keperawatan. Gambaran pembahasan pada Bab ini adalah patofisiologi dan penyebab gangguan kecemasan, pengkajian, diagnosa, intervensi, evaluasi dan dokumentasi dan edukasi. Pada Bab ini juga akan diuraikan beberapa prosedur keterampilan keperawatan yang harus dikuasai seperti guided imagery, Nafas Dalam dan Meditasi. Untuk memberikan gambaran lebih nyata terkait praktek keperawatan di lahan praktek, akan dilengkapi juga dengan studi kasus singkat tentang asuhan keperawatan gangguan kecemasan. Struktur Bab ini terdiri dari pendahuluan, tujuan instruksional dan capaian pembelajaran, materi yang diuraikan dalam beberapa sub bab, latihan studi kasus, Standar Prosedur Operasional (SPO) keterampilan terkait dan dilengkapi dengan rangkuman.

Tujuan Instruksional Umum:

Mahasiswa mampu memahami, menerapkan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien dengan gangguan kecemasan berdasarkan bukti ilmiah dan praktik terbaik.

Tujuan Instruksional Khusus:

- Mahasiswa mampu menjelaskan patofisiologi gangguan kecemasan
- Mahasiswa mampu mengidentifikasi tanda dan gejala gangguan kecemasan serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- Mahasiswa mampu melakukan pengkajian secara komprehensif
- Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat berdasarkan data pengkajian yang dikumpulkan.
- Mahasiswa mampu merencanakan dan melaksanakan intervensi keperawatan yang sesuai.
- Mahasiswa mampu mengedukasi pasien dan keluarga mengenai manajemen kondisi yang mempengaruhi kecemasan.
- Mahasiswa mampu mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan yang diberikan.
- Mahasiswa mampu mendokumentasikan semua langkah pengkajian, intervensi, dan hasil dalam catatan keperawatan secara akurat dan sistematis.
- Mahasiswa mampu melakukan prosedur keperawatan terkait dengan kecemasan , seperti guided imagery, nafas dalam dan meditasi.
- Mahasiswa menunjukkan sikap empati, peduli, dan tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan gangguan kecemasan Mahasiswa bekerja secara kolaboratif dengan tim kesehatan lain, termasuk dokter, ahli gizi, dan apoteker, untuk memastikan perawatan pasien yang terkoordinasi dan menyeluruh.

Capaian Pembelajaran:

Kognitif:

- Mahasiswa memahami dan menjelaskan konsep-konsep penting terkait dengan patologi kecemasan.
- Mahasiswa mampu menghubungkan teori dengan praktik melalui analisis kasus dan penerapan prinsip-prinsip keperawatan dalam skenario klinis.

Psikomotor:

- Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan yang spesifik dan tepat, seperti guided imagery, Nafas Dalam dan Meditasi.

Afektif:

- Mahasiswa menunjukkan kepedulian, empati, dan etika profesional dalam berinteraksi dengan pasien dan keluarga, serta dalam tim perawatan kesehatan.
- Mahasiswa mampu berkomunikasi dengan jelas dan efektif, baik dalam edukasi pasien maupun dalam koordinasi dengan anggota tim kesehatan lainnya.

Uraian Materi

Uraian materi dalam Bab ini terdiri dari patofisiologi dan penyebab, pengkajian, diagnosa, intervensi dan implementasi, evaluasi dan dokumentasi, edukasi, latihan studi kasus, SPO prosedur keterampilan pada gangguan kecemasan.

A. Patofisiologi dan Penyebab Gangguan Kecemasan

Rencana asuhan keperawatan yang tepat harus disusun agar perawat dapat mengelola pasien dengan efektif.

1. Pengertian

Ansietas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2016).

Gangguan kecemasan merupakan suatu gangguan yang memiliki ciri kecemasan atau ketakutan yang tidak realistis, juga irrasional, dan tidak dapat secara intensif ditampilkan dalam cara-cara yang jelas. Fitri Fauziah & Julianty Widuri (2007:77) membagi gangguan kecemasan dalam beberapa jenis, yaitu :

a. Fobia Spesifik

Yaitu suatu ketakutan yang tidak diinginkan karena kehadiran atau antisipasi terhadap obyek atau situasi yang spesifik.

b. Fobia Sosial

Merupakan suatu ketakutan yang tidak rasional dan menetap, biasanya berhubungan dengan kehadiran orang lain. Individu menghindari situasi dimana dirinya dievaluasi atau dikritik, yang membuatnya merasa terhina atau dipermalukan, dan menunjukkan tanda-tanda kecemasan atau menampilkan perilaku lain yang memalukan.

c. Gangguan Panik

Gangguan panik memiliki karakteristik terjadinya serangan panik yang spontan dan tidak terduga. Beberapa simtom yang dapat muncul pada gangguan panik antara lain ; sulit bernafas, jantung berdetak kencang, mual, rasa sakit didada, berkeringat dingin, dan gemetar. Hal lain yang penting dalam diagnosa gangguan panik adalah bahwa individu merasa setiap serangan panik merupakan pertanda datangnya kematian atau kecacatan.

d. Gangguan Cemas Menyeluruh (Generalized Anxiety Disorder)

Generalized Anxiety Disorder (GAD) adalah kekhawatiran yang berlebihan dan bersifat pervasif, disertai dengan berbagai simtom somatik, yang menyebabkan gangguan signifikan dalam kehidupan sosial atau pekerjaan pada penderita, atau menimbulkan stres yang nyata.

Sedangkan Sutardjo Wiramihardja (2005:71) membagi gangguan kecemasan yang terdiri dari :

a. Panic Disorder

Panic Disorder ditandai dengan munculnya satu atau dua serangan panik yang tidak diharapkan, yang tidak dipicu oleh hal-hal yang bagi orang lain bukan merupakan masalah luar biasa. Ada beberapa simtom yang menandakan kondisi panik tersebut, yaitu nafas yang pendek, palpilasi (mulut yang kering) atau justru kerongkongan tidak bisa menelan, ketakutan akan mati, atau bahkan takut gila.

b. Agrophobia

Yaitu suatu ketakutan berada dalam suatu tempat atau situasi dimana ia merasa bahwa ia tidak dapat atau sukar menjadi baik secara fisik maupun psikologis untuk melepaskan diri. Orang-orang yang memiliki agrophobia takut pada kerumunan dan tempat-tempat ramai.

2. Patofisiologi

Kecemasan merupakan respon dari persepsi ancaman yang diterima oleh system syaraf pusat. Persepsi ini timbul akibat adanya rangsang dari luar serta dari dalam yang berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Rangsangan tersebut dipersepsi oleh panca indra, diteruskan dan direspon oleh sistem syaraf pusat sesuai pola hidup tiap individu. Di dalam syaraf pusat, proses tersebut melibatkan jalur Cortex Cerebri – Limbic System – Reticular Activating System – Hypothalamus yang memberikan impuls kepada kelenjar hipofise untuk mensekresi mediator hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal, yang kemudian memacu sistem syaraf otonom melalui mediator hormonal yang lain menyebutkan bahwa di dalam sistem syaraf pusat yang merupakan mediator – mediator utama dari gejala – gejala kecemasan ialah norepinephrin dan serotonin. Neurotransmitter dan peptida lain, corticotropin-releasing factor, juga ikut terlibat. Sistem syaraf otonom yang berada di perifer, terutama system syaraf simpatis, juga memperantarai banyak gejala kecemasan

3. Penyebab

Kecemasan sering kali berkembang selama jangka waktu dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa-peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya serangan kecemasan. Menurut Savitri Ramaiah (2003:11) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

a. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya

pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

b. Emosi yang ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

c. Sebab-sebab fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

Zakiah Daradjat (Kholil Lur Rochman, 2010:167) mengemukakan beberapa penyebab dari kecemasan yaitu :

a. Rasa cemas yang timbul akibat melihat adanya bahaya yang mengancam dirinya. Kecemasan ini lebih dekat dengan rasa takut, karena sumbernya terlihat jelas didalam pikiran

b. Cemas karena merasa berdosa atau bersalah, karena melakukan hal-hal yang berlawanan dengan keyakinan atau hati nurani. Kecemasan ini sering pula menyertai gejala-gejala gangguan mental, yang kadang-kadang terlihat dalam bentuk yang umum.

c. Kecemasan yang berupa penyakit dan terlihat dalam beberapa bentuk. Kecemasan ini disebabkan oleh hal yang tidak jelas dan tidak berhubungan dengan apapun yang terkadang disertai dengan perasaan takut yang mempengaruhi keseluruhan kepribadian penderitanya. Kecemasan hadir karena adanya suatu emosi yang berlebihan. Selain itu, keduanya mampu hadir karena lingkungan yang menyertainya, baik

lingkungan keluarga, sekolah, maupun penyebabnya. Musfir Az-Zahrani (2005:511) menyebutkan faktor yang memengaruhi adanya kecemasan yaitu:

a. Lingkungan keluarga

Keadaan rumah dengan kondisi yang penuh dengan pertengkaran atau penuh dengan kesalahpahaman serta adanya ketidakpedulian orangtua terhadap anak-anaknya, dapat menyebabkan ketidaknyamanan serta kecemasan pada anak saat berada didalam rumah

b. Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan individu. Jika individu tersebut berada pada lingkungan yang tidak

baik, dan individu tersebut menimbulkan suatu perilaku yang buruk, maka akan menimbulkan adanya berbagai penilaian buruk dimata masyarakat. Sehingga dapat menyebabkan munculnya kecemasan.

c. Kecemasan timbul karena adanya ancaman atau bahaya yang tidak nyata dan sewaktu-waktu terjadi pada diri individu serta adanya penolakan dari masyarakat menyebabkan kecemasan berada di lingkungan yang baru dihadapi (Patotisuro Lumban Gaol, 2004: 24). Sedangkan Page (Elina Raharisti Rufaidah, 2009: 31) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah :

d. Faktor fisik

Kelemahan fisik dapat melemahkan kondisi mental individu sehingga memudahkan timbulnya kecemasan.

e. Trauma atau konflik

Munculnya gejala kecemasan sangat bergantung pada kondisi individu, dalam arti bahwa pengalaman-pengalaman emosional atau konflik mental yang terjadi pada individu akan memudahkan timbulnya gejala-gejala kecemasan.

f. Lingkungan awal yang tidak baik.

Lingkungan adalah faktor-faktor utama yang dapat mempengaruhi kecemasan individu, jika faktor tersebut kurang baik maka akan menghalangi pembentukan kepribadian sehingga muncul gejala-gejala kecemasan.

B. Pengkajian Keperawatan

Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien. Selanjutnya data dasar itu digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah klien.

1. Identitas

Identitas dijabarkan dengan lengkap yang berisikan nama, usia, alamat, pendidikan, agama, status perkawinan, pekerjaan, jenis kelamin, nomor rekam medis dan diagnosa medis.

2. Keluhan utama

Menanyakan kepada Klien/keluarga/pihak yang berkaitan mengenai apa penyebab Klien datang ke rumah sakit, apa yang sudah dilakukan oleh Klien/keluarga sebelum atau di rumah untuk mengatasi masalah dan bagaimana hasilnya. Klien dengan halusinasi pendengaran sering melamun, menyendiri dan tertawa sendiri.

3. Riwayat penyakit sekarang

Menanyakan riwayat timbulnya gejala gangguan jiwa saat ini, penyebab munculnya gejala, upaya yang dilakukan keluarga untuk mengatasi dan bagaimana hasilnya.

Menurut Ah.Yusuf, Rizky,Hanik (2015.122) :

4. Faktor Predisposisi

- a. Faktor perkembangan Hambatan perkembangan akan mempengaruhi hubungan interpersonal yang dapat mempengaruhi peningkatan stres dan ansietas atau kecemasan yang dapat berakhir pada gangguan persepsi. Klien mungkin menekan perasaannya sehingga mengakibatkan pematangan fungsi intelektual dan emosi menjadi tidak efektif.
- b. Faktor sosial budaya Berbagai faktor di masyarakat yang menyebabkan seseorang merasa tersingkirkan ataupun kesepian, selanjutnya tidak segera diatasi sehingga timbul dampak berat seperti delusi dan halusinasi.
- c. Faktor psikologis Hubungan interpersonal yang tidak baik atau tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menjadi penyebab ansietas berat terakhir yaitu pengingkaran terhadap fakta yang ada, sehingga terjadilah halusinasi.
- d. Faktor biologis Struktur otak yang abnormal ditemukan pada klien gangguan orientasi realitas atau kenyataan, dan atropik otak pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik dapat ditemukan.
- e. Faktor genetik Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi secara umum ditemukan pada Klien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

5. Faktor Presipitasi

- a. Stresor sosial budaya stres dan kecemasan akan meningkat jika terjadi penurunan stabilitas keluarga, berpisah dengan orang yang dirasa penting, atau dikucilkan dari kelompok dapat menyebabkan terjadinya halusinasi.
- b. Faktor biokimia berbagai penelitian tentang dopamin, norepineprin, indolamin, serta zat halusigenik diduga

berhubungan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

- c. Faktor psikologis intensitas kecemasan yang eksterm dan berkepanjangan disertai kurangnya kemampuan dalam mengatasi masalah memungkinkan menjadi penyebab berkembangnya gangguan orientasi realitas. Klien mengembangkan koping berguna untuk menghindari fakta-fakta yang tidak menyenangkan.
- d. Perilaku yang perlu dikaji pada Klien dengan gangguan orientasi realitas berhubungan dengan berubahnya proses pikir, afektif persepsi, motorik, serta sosial. Kemudian data yang didapatkan dikelompokkan menjadi dua macam sebagai berikut :
 - 1) Data objektif adalah data yang didapatkan secara nyata. Data ini diperoleh melalui observasi atau identifikasi langsung oleh perawat
 - 2) Data subjektif adalah data yang didapatkan melalui penyampaian secara lisan oleh Klien serta keluarga. Data ini diperoleh melalui proses wawancara perawat kepada Klien serta keluarga. Data yang langsung diperoleh oleh perawat disebut sebagai data sekunder.

C. Diagnosis Keperawatan

Berikut adalah diagnosa keperawatan yang terkait dengan gangguan kecemasan menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah Ansietas (D.0080). Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

Penyebab:

- 1. Krisis situasional.
- 2. Kebutuhan tidak terpenuhi.
- 3. Krisis maturasional.
- 4. Ancaman terhadap konsep diri.
- 5. Ancaman terhadap kematian.
- 6. Kekhawatiran mengalami kegagalan.
- 7. Disfungsi sistem keluarga.
- 8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan.
- 9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)

10. Penyalahgunaan zat.
11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain).
12. Kurang terpapar informasi.

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Merasa bingung.
2. Merasa khawatir dengan akibat.
3. Sulit berkonsentrasi.

Objektif.

1. Tampak gelisah.
2. Tampak tegang.
3. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor.

Subjektif.

1. Mengeluh pusing.
2. Anoreksia.
3. Palpitasi.
4. Merasa tidak berdaya.

Objektif.

1. Frekuensi napas meningkat.
2. Frekuensi nadi meningkat.
3. Tekanan darah meningkat.
4. Diaforesis.
5. Tremor.
6. Muka tampak pucat.
7. Suara bergetar.
8. Kontak mata buruk.
9. Sering berkemih.
10. Berorientasi pada masa lalu.

Kondisi Klinis Terkait.

1. Penyakit Kronis.
2. Penyakit akut
3. Hospitalisasi
4. Rencana operasi
5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
6. Penyakit neurologis
7. Tahap tumbuh kembang

D. Intervensi dan Implementasi

Berikut adalah intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien dengan gangguan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan perkemihan berdasarkan Tim POKJA SIKI PPNI (2018)

Reduksi Ansietas I.09314 Hal-387

Definisi

Meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Tindakan

Observasi

1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor)
2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
3. Pahami situasi yang membuat ansietas
4. Dengarkan dengan penuh perhatian
5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu kebutuhan
4. Anjurkan umelakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai
5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
8. Latih teknik relaksasi

Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

E. Evaluasi dan Dokumentasi

Standar luaran keperawatan menjadi salah satu panduan untuk mengevaluasi kondisi kesehatan pasien. Tingkat keberhasilan intervensi dapat diamati dan diukur

secara spesifik. Adapun standar luaran untuk diagnosa keperawatan pada gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem pencernaan dan perkemihan berdasarkan Tim Pokja SIKI PPNI (2018), yaitu: Tingkat Ansietas (L.09093-). Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

1. Ekspektasi: Menurun.

Kriteria Hasil :

- a. Verbalisasi kebingungan
- b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi
- c. Perilaku gelisah
- d. Perilaku tegang
- e. Keluhan pusing
- f. Anoreksia
- g. Palpitasi
- h. Frekuensi pemapasan
- i. Frekuensi nadi
- j. Tekanan darah
- k. Diaforesis
- l. Tremor
- m. Pucat
- n. Konsentrasi
- o. Pola tidur
- p. Perasaan keberdayaan
- q. Kontak mata
- r. Pola berkemih
- s. Orientasi

Tabel 4.1 Kriteria Hasil Eliminasi Fekal

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
• Verbalisasi kebingungan	1	2	3	4	5
• Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	1	2	3	4	5

• Perilaku gelisah	1	2	3	4	5
• Perilaku tegang	1	2	3	4	5
• Keluhan pusing	1	2	3	4	5
• Anoreksia	1	2	3	4	5
• Palpitasi	1	2	3	4	5
• Frekuensi pemapasan	1	2	3	4	5
• Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
• Tekanan darah	1	2	3	4	5
• Diaforesis	1	2	3	4	5
• Tremor	1	2	3	4	5
Pucat	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
• Konsentrasi	1	2	3	4	5
• Pola tidur	1	2	3	4	5
• Perasaan keberdayaan	1	2	3	4	5
• Kontak mata	1	2	3	4	5
• Pola berkemih	1	2	3	4	5
Orientasi	1	2	3	4	5

2. Edukasi

Ansietas adalah kondisi emosional dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu untuk melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Beberapa cara yang dapat digunakan untuk menurunkan dan memperbaiki ansietas antara lain:

- a. Terapi kognitif-behavioral (CBT)
- b. Terapi eksposur
- c. Teknik relaksasi dan kesadaran seperti yoga dan meditasi
- d. Olahraga dan aktivitas fisik secara teratur
- e. Mendapatkan cukup tidur dan menjaga jadwal tidur yang sehat
- f. Menghindari atau membatasi penggunaan kafein dan alkohol
- g. Berbicara dengan atau konselor
- h. Mencari dukungan dari teman dan keluarga
- i. Obat-obatan seperti antidepresan dan obat anti-ansietas juga dapat digunakan dengan bimbingan dari profesional kesehatan. Perlu diingat bahwa hal yang berbeda bekerja untuk orang yang berbeda, jadi Anda mungkin perlu mencoba beberapa strategi yang berbeda untuk menemukan apa yang bekerja terbaik untuk Anda

F. Contoh Kasus dan Penerapan Dokumentasi

Seorang laki-laki, umur 21 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis medis amphetamine and cocaine use disorder. Hasil pengkajian: pasien mengatakan mengeluh pusing, hasil observasi pasien tampak gelisah, muka tampak pucat, nada suara bergetar.

Data Fokus

1. Data Subyektif: pasien mengatakan mengeluh pusing
2. Data obyektif: pasien tampak gelisah, muka tampak pucat, nada suara bergetar.

Tabel 4.6 Analisa Data

Data	Masalah	Etiologi
Data Subyektif: pasien mengatakan mengeluh pusing	Ansietas	Penyalahgunaan Zat
Data obyektif: pasien tampak gelisah, muka tampak pucat, nada suara bergetar.		

G. Standar Prosedur Operasional

1. Pemberian Reduksi Ansietas

a. Definisi:

Kegiatan yang dilakukan oleh perawat kepada pasien untuk meminimalkan kondisi dan pengalaman subjektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

b. Diagnosis keperawatan: D.0080 Ansietas

1) Luaran keperawatan: L.09093 Tingkat ansietas menurun

2) Intervensi Keperawatan : I.09314 Reduksi Ansietas

c. Prosedur:

1) Persiapan alat:

a) APD: masker

b) Media Tulis

2) Pelaksanaan:

a) Ucapkan salam (sesuai waktu) dan sebutkan nama serta perannya

b) Lakukan identifikasi pasien verifikasi sesuai prosedur

c) Jelaskan tujuan tindakan kepada pasien dan/atau keluarga

d) Berikan kesempatan pasien dan/atau keluarga bertanya dan mintakan persetujuan untuk dilakukan tindakan

e) Jaga privasi pasien

f) Lakukan kebersihan tangan sesuai prosedur

g) Gunakan APD sesuai prosedur

h) Bina hubungan saling percaya

i) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

j) Identifikasi penyebab ansietas

k) Monitor tanda-tanda ansietas

l) Jelaskan secara faktual mengenai diagnosis, perawatan/pengobatan, dan

prognosis

- m) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama, *jika perlu*
 - n) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, *jika memungkinkan*
 - o) Latih dan demonstrasikan teknik mengurangi ansietas
 - p) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 - q) Berikan Reinforcemen Positif
 - r) Masukkan kegiatan kedalam lembar jadwal kegiatan harian
 - s) Berikan kesimpulan
 - t) Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan.
 - u) Lepas APD sesuai prosedur
 - v) Lakukan kebersihan tangan sesuai prosedur
 - w) Ucapkan salam dan sampaikan pesan serta kontrak waktu selanjutnya
- Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien.

H. Latihan Soal

1. Seorang perempuan, umur 22 tahun, dirawat di RS, dengan diagnosis Skizofrenia. Pasien mengatakan tidak bisa tidur dan selalau bertanya ingin cepat pulang. Hasil pemeriksaan fisik pasien tampak aktifitas tampak lesu, tidak bergairah, tidak nafsu makan, sering bertanya tentang keluarganya. Hasil pemeriksaan fisik pucat, gelisah, TD 160/100 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit. Berdasarkan kasus diatas, yang menjadi masalah utama pada pasien adalah?
 - A. Ansietas
 - B. Takut
 - C. Depresi
 - D. Kehilangan
 - E. Berduka

I. Latihan Kasus

Berikut adalah sebuah skenario latihan kasus untuk memahami penanganan gangguan kebutuhan eliminasi akibat patologis sistem perkemihan.

Kasus:

Seorang laki-laki, umur 35 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis medis skizofrenia. Hasil pengkajian didapatkan data: pasien mengatakan gelisah dan tidak bisa tidur dan pasien selalu mondar-mandir. Suara pasien tampak bergetar, dengan tampak tremor. Pasien memiliki pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, pada saat usia SMP-SMA, pasien selalu khawatir tidak juara dan mendapatkan hukuman orangtuanya. Hasil pemeriksaan fisik tekanan darah 150/100 mmHG, Nadi

110x/menit, Respirasi 24x/menit.

Tugas mahasiswa:

Berdasarkan kasus di atas

1. Identifikasi data fokus
2. Buat analisa data
3. Identifikasi diagnosa keperawatan
4. Susun tujuan, kriteria hasil, intervensi utama serta tindakan keperawatan
5. Buat catatan keperawatan
6. Buat evaluasi keperawatan

Gunakan format sesuai contoh kasus sebelumnya.

J. Kunci Jawaban:

1. Kunci Jawaban: A. Ansietas Pembahasan:
2. Kata kunci: tidak bisa tidur dan selalau bertanya ingin cepat pulang

K. Rangkuman

Kecemasan/ Ansietas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman. Intervensi dengan reduksi ansietas Meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

L. Glosarium

Ansietas: Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

Anoreksia: gangguan perilaku makan yang membuat seseorang memiliki ketakutan terhadap kenaikan berat badan

Palpitasi: sebuah sensasi ketika jantung berdegup dengan kencang

Diaforesis: merupakan kondisi berkeringat secara tiba-tiba dan bukan disebabkan karena panas atau karena melakukan aktivitas tertentu.

Tremor: gerakan gemetar tidak terkendali yang terjadi secara berulang, tanpa disadari, dan terjadi pada satu atau beberapa bagian tubuh

M. Daftar Pustaka

- Ah. Yusuf, Rizky Fitryasari PK, dan Hanik Endang Nihayati. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika
- Fitri Fauziah & Julianty Widuri. 2007. Psikologi Abnormal Klinis Dewasa. Universitas Indonesia (UI-Press): Jakarta.
- Kholil, Lur Rochman. 2010. Kesehatan Mental. Purwokerto: Fajar Media Press
- Musfir Bin Said Az-Zahrani. Konseling Terapi. Jakarta: Gema Insani. 2005
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1 Cetakan 3. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Cetakan 2. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan Edisi 1 Cetakan 2. Jakarta: DPP PPNI
- Savitri, Ramaiah. (2003). Kecemasan Bagaimana Mengatasi Penyebabnya. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Sutardjo Wiramihardja. 2005. Pengantar Psikologi Abnormal. Bandung: Refika Aditama

BAB 5

PROSEDUR PENGKAJIAN KESEHATAN JIWA INDIVIDU DAN KELUARGA KASUS KECEMASAN, HDR, GANGGUAN CITRA TUBUH, KEHILANGAN, ISOLASI SOSIAL, DEFISIT PERAWATAN DIRI, HALUSINASI, PERILAKU KEKERASAN

Pendahuluan

Pengkajian kesehatan jiwa merupakan proses sistematis dan komprehensif dalam keperawatan jiwa, bertujuan untuk mengidentifikasi masalah, menentukan diagnosa keperawatan, serta menetapkan rencana intervensi yang tepat pada individu maupun keluarga dengan gangguan jiwa. Prosedur pengkajian ini penting karena menjadi landasan utama dalam menentukan tindakan keperawatan yang efektif dan spesifik untuk mengatasi berbagai gangguan jiwa seperti kecemasan, harga diri rendah (HDR), gangguan citra tubuh, kehilangan, isolasi sosial, defisit perawatan diri, halusinasi, dan perilaku kekerasan.

Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)

Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kesehatan jiwa secara komprehensif dan sistematis pada individu dan keluarga untuk mendukung intervensi keperawatan jiwa yang efektif dan profesional.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa mampu melakukan pengkajian kesehatan jiwa pada berbagai kasus gangguan jiwa secara detail dan tepat untuk menentukan diagnosa keperawatan yang akurat serta intervensi keperawatan yang spesifik.

Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

- Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kesehatan jiwa pada kasus kecemasan.
- Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kesehatan jiwa pada kasus harga diri rendah (HDR).

- Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kesehatan jiwa pada kasus gangguan citra tubuh.
- Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kesehatan jiwa pada kasus kehilangan.
- Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kesehatan jiwa pada kasus isolasi sosial.
- Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kesehatan jiwa pada kasus defisit perawatan diri.
- Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kesehatan jiwa pada kasus halusinasi.
- Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian kesehatan jiwa pada kasus perilaku kekerasan.

Uraian Materi

A. Pengkajian pada Kasus Kecemasan

Kecemasan merupakan kondisi psikologis yang ditandai dengan rasa takut, khawatir, atau gelisah terhadap suatu situasi tertentu. Pengkajian kecemasan sangat penting dalam praktik keperawatan jiwa karena membantu menentukan faktor penyebab serta intervensi yang tepat bagi klien. Berikut rincian prosedur pengkajian kasus kecemasan yang lengkap, terperinci, dan menarik:

1. Observasi Perilaku

Dalam tahap ini, perawat melakukan observasi langsung terhadap perilaku klien yang menunjukkan tanda kecemasan, antara lain:

- a. Gelisah atau agitasi (bergerak terus-menerus atau tidak bisa diam).
- b. Perilaku repetitif, seperti menggigit kuku atau mengetuk-ngetukkan kaki.
- c. Kesulitan mempertahankan kontak mata.
- d. Ekspresi wajah tegang dan postur tubuh kaku atau tidak nyaman.

2. Observasi Tanda Fisik

Perawat juga harus memperhatikan tanda-tanda fisik yang berkaitan dengan kecemasan, seperti:

- a. Detak jantung meningkat atau takikardia.
- b. Napas pendek atau sesak napas.
- c. Berkeringat dingin atau berlebihan.
- d. Tremor atau gemetar pada tangan.
- e. Mual atau ketidaknyamanan perut.
- f. Keluhan sakit kepala atau pusing.

3. Wawancara Mendalam tentang Riwayat Kecemasan

Wawancara ini bertujuan untuk mengeksplorasi:

- a. Kapan kecemasan mulai dirasakan pertama kali.
- b. Frekuensi munculnya kecemasan (berapa kali per hari atau per minggu).
- c. Durasi tiap episode kecemasan (berapa lama berlangsung).
- d. Intensitas kecemasan (ringan, sedang, berat).
- e. Situasi atau pemicu spesifik yang menyebabkan munculnya kecemasan.

4. Faktor Pemicu Kecemasan

Identifikasi faktor pemicu kecemasan merupakan langkah kritis dalam pengkajian, yang dapat mencakup:

- a. Masalah interpersonal (konflik keluarga, hubungan kerja, hubungan sosial).
- b. Kondisi pekerjaan atau akademik yang menyebabkan stres berlebihan.
- c. Pengalaman traumatis masa lalu atau kehilangan yang belum terselesaikan.

- d. Faktor lingkungan seperti kebisingan, keramaian, atau lingkungan yang tidak nyaman.

5. Riwayat Medis

Penting untuk mengevaluasi kondisi medis yang mungkin berhubungan atau memperburuk kecemasan, seperti:

- a. Gangguan kardiovaskular.
- b. Gangguan endokrin seperti hipertiroidisme.
- c. Gangguan pernapasan seperti asma.
- d. Riwayat kesehatan mental lainnya seperti depresi atau gangguan panik.

6. Pola Tidur dan Pola Makan

Pola tidur yang terganggu sering kali berhubungan dengan tingkat kecemasan. Dalam pengkajian ini, perawat mengeksplorasi:

- a. Kualitas tidur (sulit tidur, terbangun tengah malam, atau tidur tidak nyenyak).
- b. Durasi tidur setiap malam.
- c. Pola makan yang berubah drastis, termasuk peningkatan atau penurunan nafsu makan secara signifikan.

7. Riwayat Penggunaan Zat

Penggunaan zat seperti alkohol, obat-obatan, atau stimulan (kafein, nikotin) sering kali memperparah gejala kecemasan. Oleh karena itu, perawat perlu mengkaji secara teliti:

- a. Frekuensi penggunaan zat.
- b. Jumlah konsumsi zat setiap kali digunakan.
- c. Dampak penggunaan zat terhadap kecemasan.

8. Dukungan Keluarga dan Sosial

Pengkajian dukungan keluarga dan sosial meliputi:

- a. Ketersediaan anggota keluarga atau teman yang bisa diandalkan untuk berbagi masalah atau memberikan dukungan emosional.
- b. Kondisi hubungan interpersonal dalam keluarga (harmonis, konflik, atau tegang).
- c. Peran keluarga dalam mendukung klien menghadapi kecemasan.
- d. Keberadaan komunitas atau jaringan sosial yang bisa membantu klien mengurangi isolasi.

B. Pengkajian pada Kasus Harga Diri Rendah (HDR)

Harga diri rendah (HDR) merupakan kondisi psikologis yang ditandai oleh perasaan negatif terhadap diri sendiri, merasa tidak berharga, dan tidak mampu menghadapi tantangan hidup secara efektif. Pengkajian kasus harga diri rendah bertujuan mengidentifikasi penyebab, tingkat keparahan, serta dampak terhadap

kehidupan sehari-hari klien. Berikut merupakan uraian rinci mengenai pengkajian HDR:

1. Observasi Penampilan Fisik

Observasi secara seksama mengenai:

- a. Postur tubuh: sering kali menunduk, bahu merosot, atau posisi tubuh cenderung tertutup.
- b. Penampilan: biasanya terlihat kurang terawat, tampak tidak peduli pada kebersihan diri dan pakaian.
- c. Kontak mata: cenderung menghindari kontak mata atau menatap ke bawah selama interaksi.
- d. Gerakan: cenderung lamban, tidak percaya diri, dan menunjukkan ketidakpastian dalam bergerak.

2. Ekspresi Verbal dan Non-verbal

Observasi ekspresi verbal:

- a. Pernyataan yang merendahkan diri sendiri, seperti "Saya tidak berguna", "Saya tidak bisa melakukan apa pun dengan baik".
- b. Sering meminta maaf secara berlebihan atau ragu dalam mengutarakan pendapat.

Observasi ekspresi non-verbal:

- a. Ekspresi wajah sedih, murung, atau tanpa ekspresi (flat affect).
- b. Bahasa tubuh tertutup seperti menyilangkan tangan, menjauh dari orang lain, atau sering menyendiri.

3. Wawancara Mendalam tentang Perasaan terhadap Diri Sendiri

Perawat perlu melakukan wawancara yang mendalam dan empatik, mencakup:

- a. Bagaimana klien menggambarkan dirinya sendiri secara umum.
- b. Perasaan klien tentang nilai diri dan keberhargaannya.
- c. Pengalaman yang dirasakan klien dalam situasi sosial, apakah merasa diterima atau ditolak.
- d. Pikiran-pikiran negatif atau self-talk yang dominan, termasuk frekuensi dan intensitasnya.

4. Kemampuan Sosial

Aspek kemampuan sosial yang dikaji meliputi:

- a. Interaksi sosial: Apakah klien mampu memulai percakapan atau lebih memilih menghindar dari interaksi?
- b. Hubungan interpersonal: Menilai kualitas hubungan klien dengan keluarga, teman, rekan kerja, atau lingkungan sekitar.
- c. Pola komunikasi: Apakah klien pasif, agresif, atau asertif dalam berkomunikasi?

d. Partisipasi sosial: Frekuensi keikutsertaan klien dalam aktivitas sosial atau komunitas tertentu.

5. Prestasi Masa Lalu

Evaluasi secara detail mengenai:

- a. Riwayat pencapaian akademik, sosial, atau pekerjaan yang pernah diraih klien.
- b. Bagaimana klien memandang pencapaian atau kegagalannya tersebut, apakah merasa bangga atau malah semakin rendah diri.
- c. Dampak dari pengalaman kegagalan atau kritik yang pernah dialami terhadap harga dirinya.

6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Harga Diri

Pengkajian ini mencakup eksplorasi terhadap:

- a. Riwayat keluarga: Pola asuh, interaksi dalam keluarga, apakah cenderung mendukung atau mengkritik.
- b. Lingkungan sosial: Sejauh mana klien menerima kritik, ejekan, atau perlakuan negatif dari lingkungan sekitar seperti teman sebaya, sekolah, atau tempat kerja.
- c. Riwayat trauma psikologis: Pengalaman traumatis seperti pelecehan emosional, fisik, atau seksual yang berdampak negatif pada pandangan diri klien.

C. Pengkajian pada Kasus Gangguan Citra Tubuh

Gangguan citra tubuh merupakan suatu kondisi psikologis yang ditandai oleh persepsi negatif atau distorsi terhadap penampilan fisik sendiri, yang menyebabkan ketidakpuasan dan stres emosional mendalam. Pengkajian pada kasus gangguan citra tubuh sangat penting dalam memahami sejauh mana kondisi ini mempengaruhi kehidupan sosial, emosional, dan fungsional individu. Berikut ini adalah rincian lengkap tentang pengkajian gangguan citra tubuh:

1. Persepsi Klien terhadap Tubuhnya Sendiri

Perawat perlu menggali persepsi klien terhadap tubuhnya secara menyeluruh dengan mengajukan pertanyaan seperti:

- a. Bagaimana klien mendeskripsikan tubuhnya secara keseluruhan?
- b. Bagian tubuh mana yang dirasa paling bermasalah atau tidak menarik?
- c. Seberapa kuat perasaan negatif tersebut mengganggu klien sehari-hari?
- d. Apakah ada bagian tubuh tertentu yang sering kali menimbulkan pikiran negatif atau obsesi?

2. Sikap dan Perilaku Terkait Tubuh

Perawat mengobservasi dan mengeksplorasi sikap serta perilaku klien yang berhubungan dengan persepsi negatif tentang tubuhnya, antara lain:

- a. Kebiasaan menghindari cermin atau, sebaliknya, secara berlebihan memeriksa tubuh di cermin.
- b. Perilaku obsesif-kompulsif terkait tubuh, seperti menyentuh, menarik, atau menggaruk bagian tubuh yang dianggap bermasalah.
- c. Penggunaan pakaian atau aksesoris tertentu secara berlebihan untuk menutupi bagian tubuh yang dianggap bermasalah.
- d. Riwayat melakukan diet ekstrem, olahraga berlebihan, atau prosedur kosmetik yang berlebihan sebagai upaya mengubah penampilan fisik.

3. Riwayat Penyakit Fisik

Mengidentifikasi riwayat kesehatan fisik yang dapat berpengaruh pada citra tubuh klien:

- a. Penyakit kronis seperti diabetes, obesitas, gangguan tiroid, atau penyakit kulit yang mempengaruhi penampilan fisik.
- b. Cedera atau bekas luka akibat operasi, kecelakaan, atau penyakit yang meninggalkan dampak fisik nyata.
- c. Perubahan fisik akibat pengobatan atau prosedur medis seperti kemoterapi, radiasi, atau operasi plastik yang tidak memuaskan.

4. Perubahan Fisik Signifikan

Perawat mengevaluasi dampak perubahan fisik signifikan terhadap persepsi tubuh klien, termasuk:

- a. Kenaikan atau penurunan berat badan drastis yang dirasakan mengubah identitas klien.
- b. Perubahan kondisi kulit seperti jerawat berat, psoriasis, atau luka bakar yang tampak secara visual.
- c. Deformitas atau perubahan anatomi tubuh yang dirasakan klien mengganggu penampilan.

5. Dampak terhadap Kehidupan Sosial dan Emosional

Evaluasi terhadap dampak gangguan citra tubuh pada kehidupan sosial dan emosional mencakup:

- a. Bagaimana kondisi ini mempengaruhi kepercayaan diri klien dalam interaksi sosial atau situasi umum.
- b. Apakah klien cenderung menghindari situasi sosial atau mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan interpersonal.
- c. Dampak emosional seperti rasa malu yang mendalam, kecemasan, depresi, dan perasaan tidak berharga.

6. Wawancara Mendalam Terkait Perasaan Malu, Isolasi, atau Perubahan Aktivitas Sehari-hari

Perawat perlu secara mendalam mengeksplorasi:

- a. Situasi atau kondisi spesifik yang paling sering menimbulkan perasaan malu atau cemas terkait citra tubuh.
- b. Bagaimana perasaan negatif ini mempengaruhi rutinitas harian klien, seperti pekerjaan, sekolah, atau aktivitas rumah tangga.
- c. Strategi koping yang digunakan klien dalam mengelola perasaan negatif terkait citra tubuh.
- d. Sejauh mana isolasi sosial terjadi akibat gangguan citra tubuh, dan bagaimana ini mempengaruhi kesejahteraan mental klien secara keseluruhan.

D. Pengkajian pada Kasus Kehilangan

Kehilangan merupakan pengalaman emosional kompleks yang terjadi akibat hilangnya seseorang atau sesuatu yang dianggap penting dalam kehidupan individu. Pengkajian kasus kehilangan bertujuan menggali informasi secara komprehensif tentang pengalaman kehilangan klien serta dampaknya terhadap aspek emosional, fisik, sosial, dan perilaku. Berikut ini adalah penjelasan detail tentang langkah-langkah dalam pengkajian kasus kehilangan:

1. Eksplorasi Riwayat Kehilangan

Pada tahap ini, perawat melakukan wawancara mendalam untuk mengetahui sejarah kehilangan klien secara rinci, meliputi:

- a. Jenis kehilangan yang dialami, seperti kematian orang dekat, perceraian atau putus hubungan, kehilangan pekerjaan, atau kehilangan status sosial.
- b. Waktu terjadinya kehilangan dan kronologi kejadian secara detail.
- c. Makna dan tingkat keterikatan emosional klien terhadap objek atau orang yang hilang.

2. Reaksi Emosi

Evaluasi reaksi emosi yang dialami klien mencakup eksplorasi terhadap:

- a. Perasaan utama yang muncul seperti kesedihan mendalam, rasa marah, kebingungan, atau rasa bersalah.
- b. Intensitas emosi dan pola perubahan emosi yang dirasakan oleh klien, termasuk frekuensi munculnya perasaan negatif.
- c. Dampak emosi tersebut terhadap fungsi sehari-hari klien, seperti gangguan konsentrasi, perubahan mood yang drastis, dan aktivitas sehari-hari yang terganggu.

3. Gejala Fisik Terkait Kehilangan

Perawat juga perlu mengevaluasi gejala fisik yang mungkin timbul sebagai reaksi terhadap kehilangan, seperti:

- a. Gangguan tidur, termasuk kesulitan tidur atau tidur berlebihan.

- b. Perubahan nafsu makan yang signifikan (penurunan atau peningkatan berat badan).
- c. Keluhan somatis seperti sakit kepala, mual, sesak napas, atau kelelahan kronis yang tidak terkait dengan kondisi medis tertentu.
- d. Penurunan energi secara umum yang menghambat aktivitas sehari-hari.

4. Pola Koping

Dalam pengkajian ini, perawat mengevaluasi strategi koping yang digunakan klien untuk menghadapi stres akibat kehilangan, meliputi:

- a. Pola koping adaptif seperti mencari dukungan sosial, mengikuti konseling, berpartisipasi dalam aktivitas yang menyenangkan, atau menggunakan teknik relaksasi.
- b. Pola koping maladaptif seperti isolasi diri, penggunaan zat, perilaku agresif, atau penyangkalan terhadap peristiwa kehilangan.
- c. Evaluasi efektivitas strategi koping yang digunakan klien dalam mengatasi dampak kehilangan.

5. Dukungan Sosial dan Keluarga

Pengkajian dukungan sosial dan keluarga meliputi eksplorasi terhadap:

- a. Dukungan emosional yang tersedia dari keluarga, teman dekat, atau kelompok pendukung.
- b. Dukungan praktis seperti bantuan dalam tugas sehari-hari atau finansial.
- c. Kualitas hubungan interpersonal yang dimiliki klien dengan keluarga dan lingkungannya setelah kejadian kehilangan.
- d. Persepsi klien tentang ketersediaan dan kecukupan dukungan yang dimiliki.

E. Pengkajian pada Kasus Isolasi Sosial

Isolasi sosial merupakan kondisi di mana seseorang menarik diri dari interaksi sosial atau memiliki keterbatasan dalam berinteraksi dengan orang lain, baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Kondisi ini dapat mengganggu fungsi sosial individu secara signifikan serta meningkatkan risiko gangguan mental lebih lanjut. Berikut adalah uraian mendetail tentang prosedur pengkajian pada kasus isolasi sosial:

1. Pengamatan Perilaku Sosial

Pengamatan perilaku sosial melibatkan observasi langsung yang mencakup:

- a. Respons klien terhadap interaksi yang dilakukan oleh orang lain, seperti menghindari atau menyambut dengan antusias.
- b. Bahasa tubuh klien selama interaksi sosial, seperti kontak mata, ekspresi wajah, postur tubuh, serta jarak fisik yang dijaga dengan orang lain.
- c. Frekuensi klien berinteraksi dengan lingkungan sosial di sekitarnya.
- d. Reaksi emosional atau ketidaknyamanan klien saat berada di lingkungan sosial.

2. Wawancara Mengenai Interaksi Sosial Sehari-hari

Melalui wawancara mendalam, perawat mengeksplorasi tentang:

- a. Pola interaksi sehari-hari klien dengan keluarga, teman, rekan kerja, atau tetangga.
- b. Sejauh mana klien merasa nyaman dalam interaksi sosial tersebut, apakah merasa cemas, takut, atau tidak percaya diri.
- c. Aktivitas sosial yang diikuti klien secara rutin atau seberapa sering klien menghindari situasi yang membutuhkan interaksi sosial.

3. Perasaan Kesepian

Evaluasi perasaan kesepian yang dialami klien mencakup:

- a. Frekuensi dan intensitas perasaan kesepian.
- b. Situasi atau waktu tertentu yang sering memicu munculnya perasaan kesepian.
- c. Dampak kesepian terhadap kehidupan sehari-hari, seperti kehilangan minat, motivasi, dan penurunan fungsi produktif.

4. Penyebab Isolasi Sosial

Identifikasi penyebab isolasi sosial klien secara mendalam, meliputi:

- a. Faktor internal seperti rasa rendah diri, rasa malu, atau rasa takut terhadap penolakan.
- b. Faktor eksternal seperti kehilangan pekerjaan, perubahan tempat tinggal, atau kehilangan hubungan penting.
- c. Pengalaman traumatis di masa lalu yang menyebabkan klien menghindari situasi sosial.

5. Faktor Psikososial

Pengkajian terhadap faktor psikososial mencakup:

- a. Adanya stigma sosial yang dialami klien, misalnya terkait dengan gangguan mental, kondisi fisik tertentu, atau latar belakang sosial.
- b. Adanya gangguan mental kronis seperti skizofrenia, depresi berat, atau gangguan kecemasan sosial yang menyebabkan klien menarik diri dari lingkungan sosial.
- c. Kurangnya keterampilan sosial klien dalam memulai dan mempertahankan interaksi sosial yang efektif.

6. Dukungan Sosial dan Keluarga

Evaluasi terhadap dukungan sosial dan keluarga yang dimiliki oleh klien meliputi:

- a. Ketersediaan dukungan emosional dari keluarga, teman, atau komunitas sosial lainnya.
- b. Tingkat keterlibatan keluarga dalam membantu klien menghadapi isolasi sosial.

- c. Persepsi klien tentang dukungan yang diterima, apakah merasa cukup atau kurang.
- d. Hambatan-hambatan yang mungkin dialami klien dalam menerima atau mengakses dukungan sosial tersebut.

F. Pengkajian pada Kasus Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri merupakan kondisi ketika seseorang mengalami ketidakmampuan sebagian atau total dalam melakukan aktivitas dasar perawatan diri sehari-hari secara mandiri. Kondisi ini sering kali berhubungan erat dengan gangguan kesehatan mental, gangguan fisik, atau kombinasi keduanya. Berikut merupakan rincian lengkap tentang prosedur pengkajian pada kasus defisit perawatan diri:

1. Observasi Langsung Kemampuan Perawatan Diri

Perawat melakukan observasi langsung terhadap kemampuan klien dalam melaksanakan aktivitas perawatan diri, termasuk:

- a. Aktivitas mandi: mengevaluasi apakah klien mampu mandi secara mandiri, membutuhkan bantuan sebagian atau penuh, serta menilai kebersihan tubuh klien.
- b. Aktivitas berpakaian: menilai kemampuan klien dalam memilih, mengenakan, dan melepas pakaian secara mandiri. Observasi juga mencakup kerapihan dan kesesuaian pakaian yang digunakan klien.
- c. Aktivitas makan: mengevaluasi kemampuan klien dalam menyiapkan makanan, menyuapkan makanan ke mulut, mengunyah, serta menelan makanan dengan aman dan mandiri.
- d. Aktivitas eliminasi: mengobservasi kemampuan klien dalam mengelola eliminasi, seperti menggunakan toilet secara mandiri, menjaga kebersihan diri setelah eliminasi, dan kebersihan lingkungan toilet.

2. Wawancara Mengenai Kendala Fisik atau Psikologis

Melalui wawancara, perawat mengeksplorasi kendala-kendala spesifik yang dihadapi klien dalam melakukan perawatan diri, seperti:

- a. Kendala fisik, misalnya kelemahan otot, tremor, kelumpuhan, nyeri kronis, atau gangguan neurologis lainnya yang menghambat perawatan diri.
- b. Kendala psikologis, seperti kurangnya motivasi, depresi, gangguan kecemasan yang menghambat aktivitas, atau adanya halusinasi dan delusi yang mempengaruhi kemampuan perawatan diri.
- c. Kesadaran klien tentang kondisinya, apakah klien menyadari keterbatasannya dalam melakukan aktivitas perawatan diri.

3. Identifikasi Penyebab Defisit Perawatan Diri

Perawat mengidentifikasi secara mendalam penyebab utama dari defisit perawatan diri yang dialami klien, seperti:

- a. Gangguan mental kronis (misalnya skizofrenia, gangguan bipolar, depresi berat).
- b. Penyakit fisik kronis atau kondisi medis tertentu (misalnya stroke, cedera kepala, artritis, atau demensia).
- c. Kurangnya pengetahuan atau keterampilan tentang pentingnya perawatan diri.
- d. Faktor sosial-ekonomi yang membatasi akses klien terhadap fasilitas atau bantuan perawatan diri yang memadai.

4. Dampak Defisit Perawatan Diri Terhadap Kehidupan Klien

Evaluasi mendalam tentang dampak defisit perawatan diri terhadap kehidupan klien, mencakup:

- a. Risiko komplikasi kesehatan seperti infeksi, malnutrisi, atau gangguan kulit.
- b. Dampak psikologis seperti penurunan harga diri, isolasi sosial akibat rasa malu karena tidak terawat, serta depresi.
- c. Pengaruh terhadap hubungan sosial dan interpersonal klien dengan keluarga, teman, atau komunitas.

5. Evaluasi Ketersediaan Bantuan Keluarga dan Sosial

Evaluasi secara mendalam tentang ketersediaan dukungan keluarga dan sosial yang tersedia bagi klien, meliputi:

- a. Tingkat keterlibatan keluarga dalam membantu klien dalam aktivitas perawatan diri.
- b. Jenis bantuan yang diberikan keluarga, apakah berupa dukungan emosional, praktis, atau finansial.
- c. Hubungan interpersonal dalam keluarga, sejauh mana keluarga bersedia dan mampu memberikan bantuan.
- d. Ketersediaan layanan pendukung lain seperti tenaga kesehatan, tenaga keperawatan di rumah, atau layanan sosial dari komunitas.

G. Pengkajian pada Kasus Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi yang dialami individu berupa pengalaman sensori yang nyata namun tanpa adanya stimulus eksternal yang sebenarnya. Kondisi ini merupakan gejala khas dari beberapa gangguan mental serius seperti skizofrenia, gangguan bipolar, atau gangguan psikotik lainnya. Berikut merupakan langkah-langkah terperinci dalam melakukan pengkajian kasus halusinasi:

1. Wawancara Mendalam mengenai Halusinasi

Dalam tahap wawancara ini, perawat perlu mengkaji secara mendetail beberapa aspek:

- a. Isi Halusinasi: Perawat menggali informasi mengenai jenis halusinasi (auditori, visual, taktil, olfaktori, atau gustatori) yang dialami oleh klien. Menanyakan detail isi halusinasi, misalnya suara yang didengar seperti perintah, komentar negatif, atau ancaman.
- b. Frekuensi Halusinasi: Perawat menanyakan seberapa sering halusinasi muncul, apakah terjadi secara berkelanjutan atau bersifat episodik.
- c. Intensitas Halusinasi: Perawat mengevaluasi seberapa jelas dan nyata halusinasi yang dialami klien, apakah halusinasi terasa seperti nyata atau samar-samar.

2. Respons Klien terhadap Halusinasi

Perawat mengevaluasi respons klien terhadap halusinasi tersebut, mencakup:

- a. Respons emosional seperti kecemasan, ketakutan, kebingungan, atau kemarahan.
- b. Respons perilaku seperti mengikuti perintah dari halusinasi atau mencoba menghindari atau melawan halusinasi tersebut.
- c. Strategi koping yang digunakan oleh klien dalam menghadapi halusinasi seperti mengalihkan perhatian atau mencari bantuan.

3. Pengamatan Perilaku Klien

Observasi langsung terhadap perilaku klien saat mengalami halusinasi sangat penting dilakukan, meliputi:

- a. Perilaku verbal seperti bicara sendiri, berbicara dengan objek yang tidak terlihat, atau menjawab sesuatu yang tidak nyata.
- b. Perilaku non-verbal seperti gerakan aneh, ekspresi wajah cemas atau takut, atau gestur yang mencurigakan.
- c. Perilaku curiga atau paranoid seperti merasa diawasi, takut diracuni, atau ketakutan terhadap situasi yang sebenarnya aman.

4. Identifikasi Faktor Pencetus

Penting bagi perawat untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berperan dalam memicu atau memperparah kondisi halusinasi klien, antara lain:

- a. Kondisi isolasi sosial atau kesepian yang berkepanjangan.
- b. Gangguan pola tidur seperti insomnia atau kurang tidur yang kronis.
- c. Situasi stres tinggi, seperti kehilangan pekerjaan, perceraian, atau konflik interpersonal.

- d. Penggunaan zat-zat psikoaktif seperti alkohol, narkotika, atau efek samping obat-obatan tertentu.

5. Dampak Halusinasi terhadap Kehidupan Klien

Evaluasi dampak halusinasi pada kehidupan klien mencakup aspek:

- a. Dampak psikologis seperti ketakutan kronis, kecemasan, atau depresi.
- b. Dampak sosial seperti isolasi sosial, terganggunya hubungan interpersonal dengan keluarga, teman, atau komunitas.
- c. Dampak pada aktivitas sehari-hari seperti terganggunya rutinitas, kesulitan menjaga kebersihan diri, atau kesulitan mempertahankan pekerjaan atau pendidikan.

6. 6. Evaluasi Dukungan Keluarga dan Sosial

Perawat juga perlu mengevaluasi sejauh mana keluarga dan dukungan sosial tersedia bagi klien, meliputi:

- a. Ketersediaan dan jenis dukungan emosional maupun praktis yang diberikan oleh keluarga.
- b. Kesiapan keluarga untuk menghadapi dan mendukung klien dalam mengatasi halusinasi.
- c. Akses klien terhadap layanan kesehatan mental profesional atau layanan komunitas untuk dukungan tambahan.

H. Pengkajian pada Kasus Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah bentuk perilaku agresif yang melibatkan tindakan fisik, verbal, atau psikologis yang bertujuan menyakiti orang lain atau diri sendiri. Pengkajian kasus perilaku kekerasan sangat penting dalam mengidentifikasi risiko, penyebab, serta langkah intervensi yang tepat guna mencegah eskalasi kekerasan dan menjaga keamanan klien serta orang di sekitarnya. Berikut adalah prosedur pengkajian kasus perilaku kekerasan secara mendalam dan terperinci:

1. Riwayat Kekerasan Sebelumnya

Pengkajian diawali dengan mengeksplorasi riwayat perilaku kekerasan yang pernah dilakukan oleh klien, mencakup:

- a. Bentuk kekerasan yang dilakukan (fisik, verbal, psikologis).
- b. Frekuensi dan intensitas kejadian kekerasan di masa lalu.
- c. Konteks atau situasi khusus yang menjadi latar belakang kekerasan.
- d. Dampak yang ditimbulkan oleh perilaku kekerasan, baik terhadap diri sendiri, korban, maupun lingkungan sekitar.

2. Observasi Perilaku Agresif

Observasi langsung sangat penting untuk mendeteksi tanda-tanda awal perilaku kekerasan, meliputi:

- a. Bahasa tubuh yang tegang, postur tubuh agresif, seperti mengepalkan tangan atau gerakan mengancam.
- b. Ekspresi wajah marah, tegang, dan tatapan mata yang tajam atau penuh kebencian.
- c. Nada suara keras, tinggi, atau cenderung berteriak dengan isi pembicaraan bernada ancaman atau intimidasi.
- d. Kecenderungan untuk bertindak impulsif atau cepat marah terhadap stimulus yang ringan sekalipun.

3. Ekspresi Marah

Dalam tahap ini, perawat mengkaji secara detail mengenai ekspresi marah klien, antara lain:

- a. Pola ekspresi marah, apakah meledak-ledak, terkendali, atau pasif-agresif.
- b. Penyebab spesifik yang membuat klien marah, apakah berupa hal-hal kecil sehari-hari atau situasi tertentu yang lebih kompleks.
- c. Bagaimana klien mengekspresikan marah secara verbal dan non-verbal, termasuk adanya tindakan destruktif atau merusak benda.

4. Wawancara tentang Faktor Pemicu

Melalui wawancara mendalam, perawat harus mengidentifikasi faktor-faktor yang memicu perilaku kekerasan klien, seperti:

- a. Perasaan frustrasi akibat kegagalan mencapai tujuan tertentu atau akibat penolakan sosial.
- b. Kesulitan atau ketidakmampuan dalam mengekspresikan perasaan secara verbal, yang kemudian muncul dalam bentuk kekerasan.
- c. Adanya gangguan mental berat seperti skizofrenia, gangguan bipolar, atau gangguan kepribadian antisosial yang memicu perilaku agresif.
- d. Faktor stres yang signifikan seperti tekanan kerja, masalah keuangan, atau konflik interpersonal yang kronis.

5. 5. Identifikasi Faktor Risiko Lingkungan

Pengkajian terhadap faktor risiko lingkungan yang meningkatkan kemungkinan perilaku kekerasan, mencakup:

- a. Kondisi lingkungan keluarga yang tidak harmonis, adanya riwayat kekerasan atau konflik keluarga yang intens.
- b. Lingkungan sosial atau tempat tinggal yang kurang aman, penuh ketegangan, atau memiliki budaya kekerasan.
- c. Faktor lingkungan kerja atau pendidikan yang penuh tekanan atau kompetitif, yang dapat memperbesar risiko kekerasan.

6. Evaluasi Dukungan Sosial

Dalam langkah ini, perawat mengevaluasi dukungan sosial yang dimiliki klien, seperti:

- a. Dukungan emosional dari keluarga, teman, atau jaringan sosial lainnya dalam membantu klien mengendalikan perilaku agresif.
- b. Ketersediaan layanan profesional seperti konseling psikologis, kelompok dukungan, atau layanan kesehatan mental.
- c. Persepsi klien terhadap dukungan sosial yang diterima, apakah cukup membantu atau justru memperparah situasi.
- d. Hambatan yang dialami klien dalam mengakses atau menerima dukungan sosial yang tersedia.

I. Prosedur Pengkajian Kesehatan Jiwa Keluarga

Pengkajian kesehatan jiwa keluarga merupakan proses sistematis untuk memahami dinamika interaksi dan peran keluarga dalam menghadapi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Pengkajian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mendalam tentang bagaimana keluarga memberikan dukungan, berkomunikasi, dan mengelola kondisi anggota keluarganya.

1. Wawancara untuk Memahami Dinamika Keluarga

Perawat melakukan wawancara secara mendalam dengan anggota keluarga, meliputi:

- a. Struktur keluarga (anggota keluarga inti dan keluarga besar).
- b. Kualitas hubungan antar anggota keluarga, apakah harmonis, tegang, atau penuh konflik.
- c. Cara pengambilan keputusan keluarga dalam situasi stres atau krisis.
- d. Adaptasi keluarga terhadap kondisi perubahan yang dialami oleh anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

2. Pengkajian Pola Komunikasi Keluarga

Pengkajian ini mencakup:

- a. Pola komunikasi, apakah terbuka, jelas, dan saling mendukung atau tertutup, ambigu, dan penuh kritik.
- b. Frekuensi komunikasi antar anggota keluarga.
- c. Kemampuan anggota keluarga dalam mendengarkan dan memberikan respons yang tepat terhadap perasaan dan kebutuhan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

3. Peran Anggota Keluarga

Perawat mengidentifikasi peran masing-masing anggota keluarga dengan mengevaluasi:

- a. Tugas dan tanggung jawab masing-masing anggota keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- b. Konflik peran yang mungkin muncul akibat gangguan jiwa.
- c. Peran utama dalam memberikan perawatan, dukungan emosional, dan pengambilan keputusan.

4. Reaksi Keluarga terhadap Gangguan Jiwa Klien

Evaluasi ini meliputi:

- a. Reaksi emosional keluarga seperti rasa malu, khawatir, marah, atau frustrasi terhadap kondisi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- b. Respons perilaku keluarga dalam menghadapi kondisi tersebut, seperti mendukung, menghindar, atau justru menolak.
- c. Dampak gangguan jiwa terhadap kehidupan sehari-hari keluarga.

5. Evaluasi Dukungan Emosional dan Sosial

Pengkajian terhadap:

- a. Tingkat dukungan emosional yang tersedia dari keluarga terhadap klien.
- b. Ketersediaan jaringan sosial eksternal seperti teman, tetangga, atau komunitas yang dapat memberikan dukungan tambahan.
- c. Cara keluarga menggunakan sumber daya sosial yang tersedia untuk mendukung anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

6. Evaluasi Keterampilan Keluarga dalam Menghadapi Gangguan Jiwa

Evaluasi keterampilan keluarga mencakup:

- a. Pengetahuan keluarga tentang gangguan jiwa yang dialami anggota keluarga.
- b. Keterampilan praktis keluarga dalam menangani gejala seperti perilaku agresif, isolasi, atau halusinasi.
- c. Kemampuan keluarga dalam mengelola stres dan menjaga kesehatan mental seluruh anggota keluarga.

J. Latihan Soal

1. Seorang perempuan berusia 30 tahun datang ke klinik mengeluh sering merasa khawatir tanpa alasan jelas selama enam bulan terakhir. Ia tampak gelisah, mengetuk-ngetukkan kakinya terus-menerus, menghindari kontak mata, dan berkeringat dingin. Saat ditanya, ia mengaku jantungnya sering berdebar kencang dan mengalami sesak napas terutama saat menghadapi situasi tertentu. Apa yang merupakan tanda fisik paling jelas dari kecemasan pada kasus ini?
 - A. Hipertensi
 - B. Demam tinggi
 - C. Berkeringat dingin
 - D. Ruam kulit

E. Hipotensi

Jawaban: C

Pembahasan: Berkeringat dingin merupakan salah satu tanda fisik khas kecemasan akibat aktivasi sistem saraf simpatik yang meningkat.

2. Seorang remaja laki-laki berusia 16 tahun menunjukkan perubahan perilaku di sekolah. Ia menarik diri, jarang berinteraksi dengan teman sebaya, selalu menundukkan kepala, dan berbicara pelan. Ia sering mengatakan dirinya tidak berguna dan merasa tidak bisa melakukan apapun dengan baik. Manakah ekspresi non-verbal yang paling mendukung diagnosis harga diri rendah pada remaja ini?

A. Menghindari tugas sekolah

B. Sering marah tanpa alasan

C. Menundukkan kepala saat berkomunikasi

D. Banyak bicara dan berisik

E. Tampak ceria dan bersemangat

Jawaban: C

Pembahasan: Menundukkan kepala saat berkomunikasi merupakan ekspresi non-verbal yang mencerminkan rasa malu dan ketidakpercayaan diri yang umum ditemukan pada kasus HDR.

3. Seorang wanita berusia 25 tahun mengunjungi klinik dengan keluhan tidak puas terhadap penampilannya setelah mengalami penurunan berat badan signifikan. Ia terus-menerus memeriksa dirinya di cermin, merasa masih gemuk, dan mulai menarik diri dari pergaulan karena merasa malu. Manakah perilaku yang paling menunjukkan gangguan citra tubuh dalam kasus ini?

A. Menjalankan diet sehat

B. Rajin olahraga

C. Menghindari cermin

D. Memeriksa tubuh secara berlebihan di cermin

E. Menjaga pola makan seimbang

Jawaban: D

Pembahasan: Memeriksa tubuh secara berlebihan di cermin adalah perilaku yang menunjukkan obsesi dan ketidakpuasan terhadap citra tubuh, ciri utama gangguan citra tubuh.

4. Seorang pria berusia 40 tahun kehilangan pekerjaannya tiga bulan lalu. Ia mengeluh sulit tidur, tidak nafsu makan, sering sakit kepala, dan menarik diri dari keluarga dan teman-temannya. Perawat perlu mengkaji pola koping mana yang paling mungkin dialami klien dalam situasi ini?
- A. Mencari pekerjaan baru dengan semangat
 - B. Mengikuti kegiatan olahraga
 - C. Mengisolasi diri dari lingkungan sosial
 - D. Membaca buku-buku motivasi
 - E. Berbicara dengan keluarga secara terbuka

Jawaban: C

Pembahasan: Mengisolasi diri merupakan pola koping maladaptif yang umum terjadi setelah mengalami kehilangan signifikan seperti kehilangan pekerjaan.

5. Seorang perempuan berusia 27 tahun selama satu tahun terakhir semakin menarik diri dari aktivitas sosialnya. Ia merasa takut ditolak, malu bertemu orang baru, dan menghindari interaksi sosial bahkan dengan keluarga. Dari hasil wawancara, ia mengaku memiliki pengalaman traumatis di masa lalu yang membuatnya merasa rendah diri. Faktor apakah yang paling berkontribusi terhadap isolasi sosial yang dialami klien ini?
- A. Kehilangan pekerjaan
 - B. Ketakutan terhadap penolakan
 - C. Pindah tempat tinggal
 - D. Konflik keluarga
 - E. Kesibukan pekerjaan

Jawaban: B

Pembahasan: Ketakutan terhadap penolakan merupakan faktor internal yang kuat mempengaruhi individu menarik diri dari interaksi sosial, menjadi penyebab utama isolasi sosial dalam kasus ini.

K. Rangkuman Materi

Pengkajian kesehatan jiwa merupakan bagian penting dalam praktik keperawatan jiwa untuk menentukan faktor penyebab gangguan psikologis serta intervensi yang tepat bagi klien. Pada kasus kecemasan, pengkajian melibatkan observasi langsung perilaku klien seperti kegelisahan, perilaku repetitif, ekspresi wajah tegang, kontak mata yang sulit dipertahankan, serta tanda fisik seperti detak jantung cepat, sesak napas, berkeringat berlebihan, tremor, mual, atau pusing. Wawancara mendalam perlu dilakukan untuk mengeksplorasi riwayat kecemasan, termasuk pemicu spesifik, frekuensi, durasi, serta intensitas kecemasan. Faktor pemicu yang dikaji meliputi masalah interpersonal, kondisi pekerjaan atau akademik

yang penuh tekanan, pengalaman traumatis di masa lalu, atau faktor lingkungan. Selain itu, penting pula mengevaluasi riwayat medis, pola tidur, pola makan, penggunaan zat, serta dukungan sosial dan keluarga.

Pada kasus harga diri rendah, pengkajian dilakukan dengan memperhatikan penampilan fisik klien yang biasanya tampak kurang terawat, postur tubuh tertutup, ekspresi wajah sedih, serta kontak mata minimal. Klien juga sering menunjukkan ekspresi verbal yang negatif tentang diri sendiri, perilaku pasif, dan interaksi sosial yang terbatas. Wawancara mendalam diperlukan untuk menggali perasaan klien tentang nilai dirinya, pengalaman sosial, pikiran negatif yang dominan, dan kemampuan sosial dalam hubungan interpersonal. Selain itu, riwayat pencapaian dan kegagalan masa lalu, serta faktor-faktor seperti pola asuh keluarga, lingkungan sosial, dan riwayat trauma psikologis juga dikaji secara rinci.

Pada kasus gangguan citra tubuh, pengkajian menitikberatkan pada bagaimana klien memandang tubuhnya sendiri secara negatif dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi kehidupannya sehari-hari. Observasi dan wawancara mendalam dilakukan untuk mengeksplorasi perilaku yang mencerminkan obsesi terhadap penampilan, seperti sering memeriksa tubuh secara berlebihan, menghindari cermin, dan menggunakan pakaian tertentu untuk menyembunyikan bagian tubuh yang dianggap bermasalah. Riwayat penyakit fisik atau perubahan fisik signifikan yang mungkin memicu gangguan citra tubuh juga diperhatikan, serta dampaknya terhadap kehidupan sosial, emosional, dan tingkat isolasi sosial klien.

Dalam pengkajian kasus kehilangan, perawat melakukan eksplorasi mendalam tentang riwayat kehilangan yang dialami klien, termasuk jenis kehilangan, kronologi, dan tingkat keterikatan emosional klien terhadap objek atau orang yang hilang. Evaluasi emosi mencakup perasaan sedih, marah, bingung, atau bersalah serta dampaknya pada kehidupan sehari-hari. Gejala fisik yang mungkin muncul seperti gangguan tidur, perubahan nafsu makan, atau keluhan somatis juga diperhatikan. Selain itu, perawat mengevaluasi pola koping adaptif atau maladaptif yang digunakan klien, serta dukungan sosial dan keluarga yang tersedia pasca-kehilangan.

Pada kasus isolasi sosial, perawat melakukan observasi terhadap bagaimana klien berinteraksi atau menarik diri dari lingkungan sosial, serta wawancara tentang pola interaksi sosial sehari-hari, perasaan kesepian, dan penyebab spesifik isolasi. Faktor psikososial seperti stigma sosial, gangguan mental kronis, atau kurangnya keterampilan sosial turut dieksplorasi, begitu pula ketersediaan dukungan sosial dari keluarga atau komunitas dalam membantu klien mengurangi isolasi.

Untuk kasus defisit perawatan diri, pengkajian dilakukan dengan observasi langsung mengenai kemampuan klien dalam melakukan aktivitas dasar seperti

mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi. Melalui wawancara mendalam, perawat mengidentifikasi kendala fisik maupun psikologis yang menghambat klien melakukan perawatan diri secara mandiri, serta mengevaluasi dampaknya terhadap kesehatan fisik, psikologis, dan hubungan sosial klien. Evaluasi juga mencakup ketersediaan bantuan keluarga dan dukungan sosial lain untuk mengatasi defisit tersebut.

Pada pengkajian kasus halusinasi, perawat melakukan wawancara mendalam untuk mengeksplorasi isi, frekuensi, intensitas halusinasi, serta respons emosional dan perilaku klien terhadap halusinasi tersebut. Observasi perilaku seperti bicara sendiri, perilaku curiga atau paranoid, serta identifikasi faktor pencetus seperti isolasi sosial, kurang tidur, stres, atau penggunaan zat juga dilakukan. Evaluasi melibatkan dampak halusinasi terhadap kehidupan sosial, psikologis, dan fungsi sehari-hari klien serta dukungan keluarga yang tersedia.

Dalam kasus perilaku kekerasan, pengkajian berfokus pada eksplorasi riwayat kekerasan sebelumnya, observasi langsung perilaku agresif dan ekspresi marah, serta wawancara mengenai faktor pemicu seperti frustrasi, kesulitan ekspresi emosional, atau gangguan mental berat. Evaluasi juga mencakup faktor risiko lingkungan yang memperbesar kemungkinan perilaku kekerasan serta ketersediaan dukungan sosial yang membantu klien dalam mengendalikan perilaku agresif.

Terakhir, pengkajian kesehatan jiwa keluarga bertujuan memahami dinamika keluarga melalui wawancara mendalam tentang struktur keluarga, pola komunikasi, peran anggota keluarga, reaksi emosional dan perilaku terhadap kondisi anggota keluarga dengan gangguan jiwa, serta dukungan sosial yang tersedia. Evaluasi keterampilan keluarga dalam mengelola gejala gangguan jiwa dan menjaga kesehatan mental seluruh anggota keluarga menjadi komponen penting dalam pengkajian ini.

L. Glosarium:

Agitasi: Kondisi di mana seseorang merasa sangat gelisah dan tidak dapat diam, sering kali ditandai dengan gerakan tubuh yang terus-menerus tanpa tujuan jelas.

Ansietas (Kecemasan): Kondisi psikologis yang ditandai oleh perasaan takut, khawatir, atau gelisah terhadap suatu situasi atau kondisi tertentu.

Citra Tubuh: Persepsi atau gambaran mental seseorang mengenai penampilan fisik tubuhnya sendiri, yang dapat positif atau negatif.

Defisit Perawatan Diri: Ketidakmampuan seseorang dalam melaksanakan aktivitas dasar sehari-hari secara mandiri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi.

Depresi: Gangguan suasana hati yang ditandai dengan perasaan sedih berkepanjangan, kehilangan minat atau motivasi, dan berbagai perubahan fisik seperti gangguan tidur dan makan.

Dukungan Sosial: Bantuan emosional, praktis, atau finansial yang diberikan oleh keluarga, teman, atau komunitas sosial lainnya kepada seseorang yang membutuhkan.

Ekspresi Non-verbal: Bentuk komunikasi yang ditunjukkan melalui bahasa tubuh, ekspresi wajah, dan gestur tanpa menggunakan kata-kata.

Ekspresi Verbal: Komunikasi yang menggunakan kata-kata, baik dalam bentuk ucapan langsung maupun tertulis.

Flat Affect: Kondisi di mana seseorang menunjukkan ekspresi wajah yang minim atau tidak menunjukkan emosi sama sekali.

Halusinasi: Gangguan persepsi berupa pengalaman sensori (seperti mendengar, melihat, atau merasakan sesuatu) tanpa adanya stimulus eksternal yang nyata.

Harga Diri Rendah (HDR): Kondisi psikologis di mana seseorang memiliki perasaan negatif tentang dirinya sendiri, merasa tidak berharga, tidak kompeten, atau tidak mampu menghadapi tantangan hidup secara efektif.

Isolasi Sosial: Kondisi di mana seseorang menarik diri dari interaksi sosial dengan orang lain, yang dapat disebabkan oleh faktor internal maupun eksternal dan meningkatkan risiko gangguan mental.

Koping Adaptif: Strategi yang digunakan individu dalam menghadapi stres atau masalah secara sehat dan konstruktif, seperti mencari dukungan sosial atau menggunakan teknik relaksasi.

Koping Maladaptif: Strategi yang digunakan seseorang dalam menghadapi stres dengan cara yang tidak sehat, seperti penggunaan zat, isolasi diri, atau perilaku agresif.

Observasi: Proses pengumpulan data dengan cara mengamati perilaku atau tanda-tanda fisik secara langsung pada klien.

Perilaku Agresif: Tindakan yang dilakukan seseorang dengan tujuan untuk menyakiti atau merusak, baik secara fisik, verbal, maupun psikologis.

Perilaku Repetitif: Tindakan berulang yang dilakukan tanpa sadar atau secara kompulsif sebagai respons terhadap kecemasan atau ketidaknyamanan, seperti mengetuk-ngetukkan kaki atau menggigit kuku.

Postur Tubuh: Posisi tubuh seseorang yang dapat memberikan indikasi tentang keadaan emosional, seperti postur tubuh tertutup yang mengindikasikan harga diri rendah atau kecemasan.

Riwayat Medis: Catatan mengenai kondisi kesehatan masa lalu dan saat ini yang mungkin mempengaruhi kondisi kesehatan jiwa seseorang.

Stimulan: Zat atau obat-obatan yang memiliki efek merangsang sistem saraf, seperti kafein atau nikotin, yang dapat memperparah gejala kecemasan.

Stigma Sosial: Persepsi negatif yang diberikan masyarakat kepada seseorang atau kelompok tertentu berdasarkan kondisi atau latar belakang mereka, yang dapat memperparah kondisi mental individu.

Takikardia: Kondisi detak jantung yang meningkat atau berdenyut lebih cepat dari normal, sering kali dikaitkan dengan stres atau kecemasan.

Trauma Psikologis: Gangguan emosional yang terjadi sebagai akibat pengalaman menyakitkan atau mengejutkan di masa lalu, seperti pelecehan, kecelakaan, atau kehilangan orang terdekat.

Wawancara Mendalam: Proses pengumpulan informasi secara detail melalui interaksi verbal yang terstruktur untuk mengeksplorasi lebih jauh tentang pengalaman, perasaan, dan persepsi klien terkait kondisi psikologis yang dialaminya.

M. Daftar Pustaka

- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dewi, E. I., Wuryaningsih, E. W., & Susanto, T. (2020). Stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa berat (ODGJ) dengan pemasangan. *NurseLine Journal*, 4(2), 131–138.
- Keliat, B. A. (2016). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Rahayu, S., Mustikasari, M., & Daulima, N. H. (2019). Perubahan tanda gejala dan kemampuan pasien harga diri rendah kronis setelah latihan terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga. *Journal Educational of Nursing (JEN)*, 2(1), 39–51.
- Ramadhani, A. S., Rahmawati, A. N., & Apriliyani, I. (2021). Studi kasus harga diri rendah kronis pada pasien skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*, 9(2), 13–23.
- Slametiningsih, N., Yunitri, N., & Nuraenah, N. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa I*. Jakarta: Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Suhardono, S. (2021). *Buku Keperawatan Jiwa*. Padang: Universitas Baiturrahim.
- Widowati, M. (2019). Terapi aktivitas kelompok untuk meningkatkan harga diri pada pasien harga diri rendah. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(1), 15–22.
- Wijayati, E., Ramadhani, A. S., & Apriliyani, I. (2020). Asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan harga diri rendah kronis. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*, 9(2), 13–23.

Yulia, R. D. (2021). Asuhan keperawatan jiwa pada Tn. R dengan harga diri rendah di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur. *Karya Tulis Ilmiah*, STIKES Hang Tuah Surabaya.

BAB 6

TREND DAN ISU DALAM KEPERAWATAN JIWA

Pendahuluan

Keperawatan jiwa merupakan bidang keperawatan yang secara khusus berfokus pada aspek psikologis dan emosional manusia, termasuk perawatan, pengelolaan, dan peningkatan kesehatan mental individu, keluarga, maupun komunitas. Dalam era globalisasi ini, berbagai perubahan sosial, budaya, ekonomi, dan teknologi telah menciptakan berbagai tren dan isu baru yang berdampak langsung pada kesehatan mental. Tren ini mencakup peningkatan prevalensi gangguan mental, pemanfaatan teknologi digital dalam pelayanan kesehatan mental, serta peningkatan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan jiwa. Selain itu, terdapat pula berbagai isu krusial seperti stigma terhadap penderita gangguan jiwa, dampak pandemi global terhadap kesehatan mental, serta keterbatasan sumber daya manusia dan infrastruktur kesehatan mental yang masih menjadi tantangan signifikan dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan jiwa.

Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)

Setelah menyelesaikan mata kuliah ini, lulusan diharapkan mampu mengaplikasikan konsep-konsep dasar keperawatan jiwa dalam konteks tren dan isu terkini, serta mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa secara efektif, empatik, profesional, dan berbasis bukti ilmiah kepada individu, keluarga, dan komunitas.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi, menganalisis, serta mengevaluasi berbagai tren dan isu terkini dalam keperawatan jiwa, serta mampu mengaplikasikan pengetahuan tersebut dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif dan profesional.

Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah mengikuti materi ini, mahasiswa diharapkan mampu:

- Menjelaskan berbagai tren terkini dalam pelayanan keperawatan jiwa.

- Mengidentifikasi dan menganalisis isu penting yang memengaruhi pelayanan keperawatan jiwa, termasuk stigma, dampak pandemi, dan keterbatasan sumber daya.
- Mengevaluasi dampak stigma sosial terhadap gangguan jiwa dan mengembangkan strategi intervensi anti-stigma.
- Mengkaji dampak pandemi COVID-19 terhadap kesehatan mental serta merancang intervensi keperawatan yang efektif dalam situasi krisis.
- Menganalisis masalah keterbatasan sumber daya manusia dan infrastruktur serta merumuskan strategi penyelesaiannya.
- Mengaplikasikan teknologi digital dalam pelayanan keperawatan jiwa untuk meningkatkan aksesibilitas dan efektivitas pelayanan.
- Mengembangkan keterampilan advokasi untuk mendukung kesehatan mental dalam berbagai konteks sosial dan komunitas.

Uraian Materi

A. Tren Terkini dalam Keperawatan Jiwa

Tren terkini dalam keperawatan jiwa mencakup beberapa aspek penting:

Peningkatan Prevalensi Gangguan Mental

Prevalensi gangguan mental semakin meningkat secara global dan menjadi perhatian serius di berbagai negara. Fenomena ini dipengaruhi oleh beberapa faktor penting yang saling terkait dan memperkuat satu sama lain.

1. Tekanan Sosial-Ekonomi

Kondisi ekonomi yang sulit, ketidakpastian pekerjaan, kesenjangan sosial, serta ketidakstabilan finansial merupakan faktor utama penyebab stres kronis di masyarakat. Kondisi ini secara langsung mempengaruhi kesejahteraan mental individu, meningkatkan risiko berbagai gangguan mental seperti kecemasan, depresi, dan gangguan stres akut. Studi menunjukkan bahwa kelompok sosial-ekonomi rendah memiliki prevalensi gangguan mental yang lebih tinggi akibat tekanan ekonomi yang konstan.

2. Gaya Hidup Modern yang Penuh Tekanan

Gaya hidup masyarakat modern yang menuntut efisiensi, produktivitas tinggi, serta persaingan yang ketat menyebabkan tekanan mental yang signifikan. Tekanan untuk sukses dalam karier, tuntutan sosial media untuk selalu tampil sempurna, dan budaya kerja yang tinggi intensitasnya semakin meningkatkan stres psikologis yang kronis. Hal ini berdampak buruk pada kesehatan mental, memicu kondisi seperti gangguan kecemasan, gangguan tidur, depresi, dan burnout.

3. Isolasi Sosial

Isolasi sosial menjadi isu serius, terutama di lingkungan perkotaan di mana hubungan antar individu semakin renggang akibat kesibukan pribadi atau pola hidup individualistik. Ketiadaan interaksi sosial yang memadai dapat memperburuk kondisi psikologis, menurunkan dukungan emosional, dan meningkatkan risiko depresi serta gangguan mental lainnya. Isolasi sosial ini semakin relevan di masa pandemi COVID-19, di mana pembatasan interaksi fisik telah menciptakan gelombang gangguan mental baru.

4. Dampak Pandemi COVID-19

Pandemi COVID-19 membawa dampak besar terhadap kesehatan mental global. Ketidakpastian akan kesehatan, ketakutan akan tertular penyakit, kehilangan orang terdekat, pembatasan sosial, dan tekanan ekonomi akibat pandemi ini memicu lonjakan kasus gangguan kecemasan, depresi, gangguan stres pasca-trauma (PTSD), dan gangguan mood. Perawat jiwa harus menghadapi

tantangan ini dengan memberikan intervensi cepat dan tepat, baik secara langsung maupun melalui layanan digital.

B. Strategi Mengatasi Tren Peningkatan Gangguan Mental

Untuk menghadapi tantangan peningkatan prevalensi gangguan mental tersebut, diperlukan pendekatan komprehensif yang mencakup:

1. Strategi Preventif

- a. Kampanye kesehatan mental berbasis komunitas untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat.
- b. Program edukasi manajemen stres, relaksasi, dan teknik coping positif.
- c. Deteksi dini dan intervensi awal melalui pemeriksaan kesehatan mental rutin di fasilitas kesehatan primer.

2. Strategi Promotif

- a. Sosialisasi pentingnya menjaga keseimbangan antara kehidupan pribadi dan pekerjaan.
- b. Program intervensi berbasis sekolah, tempat kerja, dan komunitas untuk meningkatkan kesejahteraan mental.
- c. Kampanye kesehatan mental melalui media sosial untuk menjangkau kelompok usia muda secara efektif.

3. Strategi Edukatif

- a. Pendidikan kesehatan mental yang diintegrasikan dalam kurikulum pendidikan formal.
- b. Pelatihan tenaga kesehatan, termasuk perawat, tentang keterampilan identifikasi dini dan intervensi gangguan mental.
- c. Workshop dan seminar publik tentang kesehatan mental yang diadakan secara berkala untuk meningkatkan literasi kesehatan mental masyarakat.

Penggunaan Teknologi Digital dalam Pelayanan Kesehatan Mental

Teknologi digital kini menjadi salah satu aspek penting yang membawa perubahan besar dalam pelayanan keperawatan jiwa. Transformasi digital ini menciptakan berbagai inovasi yang memungkinkan pelayanan kesehatan mental lebih mudah diakses, efektif, efisien, dan fleksibel. Beberapa teknologi digital yang kini semakin banyak diterapkan dalam keperawatan jiwa antara lain:

1. Telehealth (Telepsikiatri)

Telehealth atau telepsikiatri adalah penggunaan teknologi telekomunikasi, seperti panggilan video dan audio, untuk menyediakan pelayanan kesehatan mental dari jarak jauh. Inovasi ini sangat bermanfaat untuk menjangkau pasien di daerah terpencil atau mereka yang mengalami keterbatasan akses ke fasilitas kesehatan secara langsung. Telehealth memungkinkan perawat jiwa dan tenaga

kesehatan mental lainnya untuk melakukan konsultasi, konseling, penilaian klinis, dan intervensi terapeutik secara virtual. Layanan ini tidak hanya mengurangi hambatan geografis tetapi juga meningkatkan frekuensi interaksi antara pasien dan profesional kesehatan mental, sehingga memberikan hasil terapi yang lebih efektif dan terpantau dengan baik.

2. Aplikasi Mobile untuk Kesehatan Mental

Penggunaan aplikasi mobile dalam bidang kesehatan mental menjadi semakin populer karena kemudahan penggunaannya, aksesibilitas tinggi, serta manfaat praktis yang ditawarkan. Aplikasi kesehatan mental membantu individu untuk melakukan manajemen diri terhadap stres, kecemasan, dan depresi. Contoh fitur yang umum dalam aplikasi ini meliputi latihan meditasi dan relaksasi, catatan harian mood, perencanaan kegiatan harian, pengingat untuk minum obat, serta dukungan komunitas daring. Aplikasi ini dirancang untuk memberikan intervensi awal, memperkuat keterampilan coping, serta meningkatkan kesadaran pengguna terhadap kondisi emosional mereka sendiri. Beberapa aplikasi bahkan dilengkapi dengan kecerdasan buatan (AI) untuk memberikan saran yang dipersonalisasi berdasarkan kondisi psikologis pengguna.

3. Virtual Reality (VR) dalam Terapi

Virtual Reality (VR) merupakan teknologi canggih yang digunakan untuk menciptakan lingkungan simulasi yang realistis dalam terapi psikologis. Dalam konteks keperawatan jiwa, VR sangat efektif digunakan dalam pengobatan gangguan kecemasan, fobia spesifik, gangguan stres pasca-trauma (PTSD), serta gangguan mood lainnya. Melalui lingkungan simulasi yang aman dan terkendali, pasien dapat menghadapi ketakutan, trauma, atau situasi yang menyebabkan kecemasan dalam kondisi yang aman, nyaman, dan terpantau secara klinis. Perawat jiwa dapat mengatur intensitas paparan secara bertahap sesuai kebutuhan pasien, membantu mereka secara perlahan membangun keberanian, keterampilan coping, dan ketahanan emosional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi VR terbukti meningkatkan efektivitas intervensi psikologis dibandingkan metode terapi tradisional.

C. Manfaat Penggunaan Teknologi Digital dalam Keperawatan Jiwa

- Meningkatkan Aksesibilitas: Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan mental hingga ke daerah-daerah terpencil.
- Efisiensi dan Efektivitas: Mengurangi waktu tunggu pelayanan dan meningkatkan frekuensi interaksi antara pasien dan profesional kesehatan mental.

- Personalisasi Pelayanan: Memungkinkan intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan unik setiap individu.
- Peningkatan Keterlibatan Pasien: Memotivasi pasien untuk secara aktif terlibat dalam proses pengelolaan kesehatan mental mereka sendiri melalui berbagai alat digital yang interaktif dan mudah digunakan.

1. Integrasi Kesehatan Jiwa dalam Pelayanan Kesehatan Primer

Integrasi kesehatan jiwa dalam pelayanan kesehatan primer merupakan tren terkini yang semakin berkembang dalam dunia kesehatan global. Integrasi ini adalah suatu pendekatan strategis yang bertujuan untuk menyatukan layanan kesehatan mental dengan pelayanan kesehatan fisik dasar. Pendekatan ini memungkinkan deteksi dini, pencegahan, serta intervensi awal terhadap berbagai gangguan mental secara efektif dan efisien.

a. Pentingnya Integrasi Pelayanan Kesehatan Jiwa

Integrasi pelayanan kesehatan jiwa ke dalam sistem kesehatan primer memiliki peranan penting dalam meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan mental. Pelayanan kesehatan primer yang terintegrasi memungkinkan pasien untuk menerima penanganan kesehatan mental di fasilitas kesehatan yang lebih dekat dan mudah dijangkau, seperti puskesmas, klinik umum, atau praktek dokter keluarga. Ini membantu mengurangi hambatan akses, khususnya stigma sosial, yang sering kali membuat individu enggan mencari bantuan spesialis kesehatan mental secara langsung.

b. Tujuan dan Manfaat Integrasi

Tujuan utama integrasi ini adalah menyediakan pelayanan kesehatan mental yang holistik dan menyeluruh, dengan manfaat sebagai berikut:

- 1) Deteksi Dini Gangguan Mental: Dengan adanya integrasi, tenaga kesehatan primer seperti dokter umum dan perawat primer dapat lebih cepat mengidentifikasi gejala awal gangguan mental dan melakukan intervensi segera sebelum kondisi memburuk.
- 2) Pengurangan Stigma: Penanganan gangguan mental dalam konteks pelayanan primer membantu menurunkan stigma karena gangguan mental dipandang sebagai bagian dari pelayanan kesehatan umum.
- 3) Efisiensi Pelayanan: Mengurangi beban pelayanan di fasilitas khusus kesehatan mental, sehingga sumber daya yang tersedia dapat dimanfaatkan secara optimal.
- 4) Peningkatan Akses Pelayanan: Memastikan layanan kesehatan mental tersedia dan dapat diakses oleh masyarakat luas, termasuk di daerah terpencil atau pedesaan.

c. Kerja Sama Multidisiplin dalam Integrasi

Integrasi kesehatan jiwa dalam layanan primer mendorong kolaborasi erat antara berbagai disiplin ilmu kesehatan, termasuk perawat jiwa, dokter umum, psikolog, pekerja sosial, serta tenaga kesehatan lainnya. Kerja sama ini penting untuk memberikan penanganan yang komprehensif terhadap pasien. Berikut ini adalah peran masing-masing tenaga profesional dalam sistem integrasi tersebut:

- 1) Perawat Jiwa: Memberikan asuhan keperawatan jiwa, edukasi kesehatan mental, serta intervensi terapeutik dasar.
- 2) Dokter Umum: Melakukan diagnosa awal, penanganan gejala ringan, dan merujuk ke spesialis jika diperlukan.
- 3) Psikolog: Menyediakan asesmen psikologis mendalam serta terapi psikologis spesifik.
- 4) Pekerja Sosial: Menghubungkan pasien dengan sumber daya komunitas dan dukungan sosial yang diperlukan.

d. Strategi Implementasi Integrasi

Agar integrasi berjalan efektif, beberapa strategi implementasi yang perlu diperhatikan meliputi:

- 1) Peningkatan Kompetensi Tenaga Kesehatan: Melalui pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan primer mengenai kesehatan mental dan intervensinya.
- 2) Penguatan Sistem Rujukan: Membangun sistem rujukan yang efektif dan jelas antara layanan primer dengan layanan kesehatan mental spesialis.
- 3) Peningkatan Kesadaran Masyarakat: Melakukan kampanye kesadaran publik tentang pentingnya menjaga kesehatan mental dan memanfaatkan layanan kesehatan mental yang tersedia di fasilitas primer.
- 4) Pemanfaatan Teknologi Digital: Menggunakan teknologi seperti aplikasi kesehatan mental dan telehealth untuk mendukung layanan kesehatan mental primer.

e. Tantangan dalam Integrasi Kesehatan Jiwa

Implementasi integrasi ini juga menghadapi beberapa tantangan, seperti:

- 1) Keterbatasan Sumber Daya: Terbatasnya tenaga kesehatan yang memiliki keahlian di bidang kesehatan jiwa dalam fasilitas primer.
- 2) Hambatan Budaya dan Sosial: Stigma sosial terhadap gangguan mental masih kuat di beberapa komunitas.
- 3) Koordinasi Antar Disiplin: Perlu adanya koordinasi yang jelas dan efektif antar tenaga kesehatan dari berbagai disiplin untuk menghindari tumpang tindih layanan.

2. Fokus pada Kesehatan Mental di Tempat Kerja

Kesadaran akan pentingnya kesehatan mental di lingkungan kerja telah menjadi tren global yang mendapat perhatian besar dari perusahaan-perusahaan di berbagai sektor. Tren ini muncul karena semakin banyaknya penelitian yang menunjukkan bahwa kesehatan mental karyawan secara langsung berhubungan dengan produktivitas, kreativitas, dan loyalitas terhadap perusahaan.

a. Pentingnya Kesehatan Mental di Tempat Kerja

Kesehatan mental di tempat kerja sangat penting karena lingkungan kerja memiliki dampak besar terhadap kesejahteraan psikologis karyawan. Tekanan kerja, beban kerja yang tinggi, konflik interpersonal, ketidakpastian pekerjaan, serta keseimbangan kehidupan pribadi dan pekerjaan yang kurang baik dapat menyebabkan stres, kecemasan, depresi, hingga gangguan psikologis lainnya. Jika tidak ditangani secara tepat, kondisi ini dapat mengurangi produktivitas, meningkatkan absensi, turnover karyawan, serta menurunkan semangat kerja secara keseluruhan.

b. Masalah Kesehatan Mental Umum di Lingkungan Kerja

Beberapa masalah kesehatan mental yang umum ditemukan di tempat kerja meliputi:

- 1) Stres Kerja: Akibat tekanan berlebih dari tugas-tugas pekerjaan yang melampaui kapasitas pekerja.
- 2) Burnout: Kondisi kelelahan fisik dan mental akibat stres kronis di tempat kerja.
- 3) Depresi dan Kecemasan: Dapat timbul akibat lingkungan kerja yang tidak kondusif, beban kerja berlebihan, atau masalah interpersonal di tempat kerja.
- 4) Gangguan Tidur: Akibat tuntutan kerja yang tinggi dan waktu kerja yang tidak teratur.

c. Program-program Kesehatan Mental di Tempat Kerja

Perusahaan-perusahaan kini mulai secara aktif menerapkan berbagai program kesehatan mental untuk menjaga kesejahteraan psikologis karyawan, antara lain:

- 1) Edukasi Kesehatan Mental: Pelatihan atau workshop rutin tentang pengelolaan stres, manajemen waktu, teknik relaksasi, dan keterampilan komunikasi efektif.
- 2) Konseling Karyawan: Menyediakan akses kepada konselor profesional di tempat kerja untuk membantu karyawan mengatasi berbagai masalah pribadi maupun profesional yang dapat mempengaruhi kinerja mereka.

- 3) Intervensi Psikososial: Program yang dirancang untuk mengidentifikasi faktor risiko kesehatan mental di tempat kerja dan memberikan intervensi tepat guna mengurangi dampak negatifnya, seperti program manajemen stres, pelatihan mindfulness, dan support group.
- d. Manfaat Program Kesehatan Mental di Lingkungan Kerja
- Penerapan program kesehatan mental di tempat kerja memberikan manfaat signifikan, baik bagi pekerja maupun perusahaan, di antaranya:
- 1) Meningkatkan Produktivitas: Pekerja yang sehat secara mental cenderung lebih fokus, kreatif, dan produktif dalam melaksanakan tugas mereka.
 - 2) Mengurangi Absensi: Kesejahteraan mental yang baik mengurangi tingkat absensi karena sakit atau stres.
 - 3) Menurunkan Turnover Karyawan: Karyawan merasa lebih dihargai dan diperhatikan, meningkatkan loyalitas terhadap perusahaan.
 - 4) Meningkatkan Kepuasan Kerja: Lingkungan kerja yang mendukung kesehatan mental akan menciptakan suasana kerja yang positif dan menyenangkan.
- e. Strategi Implementasi dan Evaluasi Program Kesehatan Mental di Tempat Kerja
- Untuk mencapai hasil optimal, perusahaan harus mengembangkan strategi implementasi yang efektif, antara lain:
- 1) Keterlibatan Manajemen: Dukungan penuh dari manajemen dalam hal kebijakan, pendanaan, dan promosi program kesehatan mental.
 - 2) Penilaian Berkala: Melakukan survei rutin untuk mengukur tingkat stres, kepuasan kerja, dan kesejahteraan psikologis pekerja.
 - 3) Evaluasi dan Feedback: Mengumpulkan data tentang efektivitas program melalui evaluasi rutin dan menggunakan feedback untuk perbaikan berkelanjutan.

3. Edukasi dan Kesadaran Kesehatan Mental Masyarakat

Edukasi dan kesadaran tentang kesehatan mental di masyarakat semakin intensif dilakukan seiring meningkatnya pemahaman tentang pentingnya kesehatan mental sebagai bagian integral dari kesehatan secara keseluruhan. Program edukasi ini menjadi tren penting dalam bidang keperawatan jiwa, karena tingginya prevalensi gangguan mental serta masih kuatnya stigma yang ada di masyarakat.

a. Pentingnya Edukasi dan Kesadaran Kesehatan Mental

Pemahaman masyarakat tentang kesehatan mental sangat penting untuk mendukung individu dalam menjaga kesehatan mental mereka sendiri dan lingkungan sekitarnya. Edukasi kesehatan mental bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, mengenali gejala gangguan mental sejak dini, serta

mengurangi stigma yang sering kali menjadi hambatan utama dalam pencarian bantuan profesional. Dengan meningkatnya kesadaran masyarakat, diharapkan individu lebih terbuka dan proaktif dalam mengelola kesehatan mental mereka.

b. Stigma sebagai Hambatan Utama

Salah satu tantangan terbesar dalam meningkatkan kesadaran kesehatan mental adalah stigma sosial. Stigma ini menyebabkan individu yang mengalami gangguan mental sering kali merasa malu atau takut untuk mencari bantuan profesional. Edukasi yang intensif dan berkelanjutan dapat membantu menghilangkan kesalahpahaman tentang gangguan mental, menormalkan percakapan tentang kesehatan mental, serta menciptakan lingkungan yang lebih mendukung bagi individu yang mengalami masalah kesehatan mental.

c. Strategi Edukasi dan Kampanye Kesehatan Mental

Untuk meningkatkan efektivitas edukasi dan kampanye kesehatan mental, diperlukan berbagai strategi yang tepat, seperti:

- 1) Kampanye Publik melalui Media Sosial: Media sosial merupakan platform efektif dalam menyebarkan informasi kesehatan mental karena jangkauannya yang luas dan biaya yang relatif murah. Konten yang menarik seperti video pendek, infografis, dan testimoni personal dapat membantu menjangkau berbagai lapisan masyarakat.
- 2) Program Edukasi di Sekolah dan Universitas: Program ini dapat berupa seminar, workshop, atau kurikulum khusus tentang kesehatan mental yang dirancang untuk memberikan pengetahuan dasar tentang pentingnya menjaga kesehatan mental, mengenali tanda-tanda gangguan mental, dan mengatasi stres serta kecemasan sejak usia dini.
- 3) Kegiatan Komunitas: Melibatkan komunitas lokal dalam program edukasi kesehatan mental seperti diskusi kelompok, pelatihan manajemen stres, dan kegiatan relaksasi bersama yang dapat membantu meningkatkan kesadaran sekaligus memperkuat dukungan sosial di tingkat komunitas.
- 4) Kemitraan dengan Influencer dan Tokoh Publik: Menggandeng tokoh publik atau influencer untuk berbagi pengalaman pribadi tentang gangguan mental dapat membantu mendobrak stigma dan mendorong individu untuk lebih terbuka mencari bantuan.

d. Manfaat Edukasi dan Kampanye Kesehatan Mental

Program edukasi dan kampanye kesehatan mental yang sukses memiliki berbagai manfaat, antara lain:

- 1) Pengurangan Stigma Sosial: Meningkatkan penerimaan sosial terhadap individu dengan gangguan mental sehingga mereka lebih nyaman untuk mencari bantuan.
 - 2) Peningkatan Deteksi Dini: Membantu individu mengenali gejala awal gangguan mental, memungkinkan intervensi awal yang lebih efektif.
 - 3) Peningkatan Akses Layanan Kesehatan Mental: Dengan kesadaran yang meningkat, permintaan akan layanan kesehatan mental juga meningkat, yang pada akhirnya mendorong perbaikan layanan kesehatan mental secara keseluruhan.
 - 4) Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat: Masyarakat yang teredukasi tentang kesehatan mental cenderung memiliki tingkat kesejahteraan psikologis yang lebih tinggi.
- e. Evaluasi Efektivitas Program Edukasi dan Kampanye
- Evaluasi rutin terhadap program edukasi dan kampanye kesehatan mental sangat penting untuk memastikan efektivitas dan dampaknya terhadap masyarakat. Evaluasi dapat dilakukan melalui survei kepuasan, pengukuran perubahan pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah pelaksanaan program, serta analisis peningkatan penggunaan layanan kesehatan mental yang tersedia.

D. Isu Penting dalam Keperawatan Jiwa

1. Stigma terhadap Gangguan Jiwa

Stigma terhadap gangguan jiwa merupakan salah satu isu yang paling menantang dalam pelayanan keperawatan jiwa. Stigma ini merupakan pandangan negatif, stereotip, diskriminasi, dan eksklusi sosial yang dialami oleh individu dengan gangguan mental. Stereotip yang sering kali melekat pada individu ini antara lain dianggap sebagai orang yang berbahaya, tidak dapat diandalkan, atau tidak mampu menjalani kehidupan sosial secara normal. Stereotip negatif ini diperkuat oleh kurangnya pemahaman yang benar mengenai gangguan mental di masyarakat.

a. Bentuk-Bentuk Stigma Sosial

Stigma sosial terhadap gangguan jiwa dapat muncul dalam berbagai bentuk, antara lain:

- 1) Stigma Publik: Persepsi negatif yang muncul di masyarakat luas tentang individu dengan gangguan jiwa, sering kali diperkuat oleh media massa yang memberikan gambaran negatif tentang kondisi tersebut.
- 2) Stigma Diri (Self-Stigma): Kondisi di mana individu dengan gangguan mental menginternalisasi stigma negatif yang ada di masyarakat,

mengurangi kepercayaan diri mereka, serta membuat mereka merasa malu dan tidak layak mendapatkan bantuan.

- 3) Stigma Struktural: Diskriminasi yang tertanam dalam kebijakan, hukum, atau struktur sosial, yang secara sistematis mengurangi akses individu dengan gangguan jiwa terhadap layanan kesehatan mental, kesempatan kerja, pendidikan, dan dukungan sosial.

b. Dampak Stigma terhadap Kesehatan Mental

Stigma memiliki dampak yang luas dan mendalam terhadap kehidupan individu dengan gangguan mental. Dampak negatif tersebut meliputi:

- 1) Hambatan Akses Layanan: Individu enggan mencari bantuan karena takut mendapatkan perlakuan diskriminatif atau malu dihadapan masyarakat.
- 2) Penundaan Pengobatan: Ketakutan terhadap stigma menyebabkan individu menunda atau menghindari perawatan, yang pada akhirnya memperparah kondisi kesehatan mental mereka.
- 3) Eksklusi Sosial dan Isolasi: Stigma menyebabkan individu dengan gangguan mental mengalami isolasi sosial, pengucilan dari komunitas, dan kesulitan dalam menjalin hubungan sosial yang sehat.
- 4) Penurunan Kualitas Hidup: Stigma secara langsung berdampak pada kesejahteraan psikologis, finansial, dan sosial, menyebabkan penurunan signifikan dalam kualitas hidup individu.

c. Peran Perawat Jiwa dalam Mengatasi Stigma

Perawat jiwa memiliki peran strategis dalam mengatasi stigma sosial melalui berbagai pendekatan, antara lain:

- 1) Edukasi Publik: Mengadakan edukasi di komunitas, sekolah, tempat kerja, dan media sosial mengenai fakta seputar gangguan mental, mematahkan mitos, serta meningkatkan pemahaman yang benar tentang gangguan jiwa.
- 2) Promosi Kesehatan Mental: Menjalankan kampanye aktif yang menekankan pentingnya menjaga kesehatan mental sebagai bagian dari kesehatan holistik, dengan pesan yang positif dan mendukung.
- 3) Kampanye Anti-Stigma: Menginisiasi kampanye yang bertujuan mengurangi stigma melalui kesadaran dan empati masyarakat, menampilkan kisah sukses individu dengan gangguan mental, dan mengadvokasi hak-hak individu dengan gangguan jiwa.

d. Strategi Efektif Mengurangi Stigma

Beberapa strategi yang terbukti efektif dalam mengurangi stigma sosial adalah:

- 1) Kontak Interpersonal Langsung: Memfasilitasi interaksi langsung antara masyarakat umum dengan individu yang mengalami gangguan mental untuk membangun empati dan mengurangi ketakutan.
- 2) Penggunaan Media yang Bertanggung Jawab: Kerjasama dengan media massa untuk mempromosikan gambaran yang akurat, positif, dan mendukung tentang gangguan jiwa dan pemulihan.
- 3) Pendidikan Berbasis Sekolah: Mengintegrasikan kurikulum tentang kesehatan mental di sekolah, yang membantu siswa memahami pentingnya kesehatan mental dan menerima perbedaan.
- 4) Advokasi Kebijakan: Mendorong perubahan kebijakan publik untuk menghapus stigma struktural yang melekat dalam layanan kesehatan, pendidikan, dan ketenagakerjaan.

2. Dampak Pandemi COVID-19 terhadap Kesehatan Mental

Pandemi COVID-19 telah menjadi salah satu krisis kesehatan global yang memiliki dampak signifikan terhadap berbagai aspek kehidupan, termasuk kesehatan mental masyarakat. Situasi pandemi yang penuh ketidakpastian, perubahan drastis dalam rutinitas sehari-hari, dan isolasi sosial secara luas telah meningkatkan prevalensi berbagai gangguan mental seperti kecemasan, depresi, dan gangguan stres pasca-trauma (PTSD).

a. Peningkatan Gangguan Mental Selama Pandemi

Pandemi COVID-19 secara nyata meningkatkan prevalensi gangguan mental di seluruh dunia. Beberapa kondisi kesehatan mental yang paling umum dilaporkan meliputi:

- 1) Gangguan Kecemasan: Rasa cemas dan ketakutan yang berlebihan terkait risiko infeksi, ketidakpastian ekonomi, serta keselamatan diri dan keluarga meningkat tajam selama pandemi.
- 2) Depresi: Kondisi ini muncul akibat isolasi sosial, kehilangan pekerjaan, dan perubahan drastis dalam kehidupan sehari-hari yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis individu.
- 3) Gangguan Stres Pasca-Trauma (PTSD): Individu yang mengalami atau menyaksikan kehilangan anggota keluarga, rawat inap di rumah sakit, atau tekanan ekstrim selama pandemi rentan mengalami PTSD, dengan gejala seperti mimpi buruk, flashback, serta hipersensitivitas emosional.

b. Faktor-Faktor Penyebab Peningkatan Gangguan Mental

Beberapa faktor yang memperburuk kondisi mental selama pandemi COVID-19 antara lain:

- 1) Isolasi Sosial: Pembatasan sosial dan lockdown menyebabkan individu mengalami rasa kesepian, kehilangan dukungan sosial, dan isolasi emosional.
 - 2) Ketidakpastian Ekonomi: Banyaknya individu yang kehilangan pekerjaan atau mengalami penurunan pendapatan menyebabkan stres finansial yang signifikan.
 - 3) Ketakutan terhadap Infeksi dan Kesehatan: Ketidakpastian tentang risiko kesehatan dan ketakutan tertular virus memicu kecemasan yang tinggi di kalangan masyarakat.
 - 4) Kehilangan Anggota Keluarga: Rasa duka dan kehilangan akibat meninggalnya anggota keluarga secara mendadak menciptakan trauma emosional yang mendalam.
- c. Peran Perawat Jiwa dalam Memberikan Intervensi Psikososial
- Perawat jiwa memegang peran kunci dalam memberikan intervensi psikososial yang responsif selama pandemi COVID-19. Beberapa intervensi penting yang dilakukan perawat jiwa antara lain:
- 1) Konseling Jarak Jauh (Telekonseling): Layanan konseling melalui telepon atau platform virtual yang membantu individu mengelola kecemasan, depresi, serta mengurangi dampak isolasi sosial.
 - 2) Terapi Kelompok Virtual: Menyediakan dukungan sosial dan emosional melalui sesi terapi kelompok secara online, membantu peserta berbagi pengalaman, strategi coping, dan saling mendukung secara emosional.
 - 3) Intervensi Krisis: Memberikan dukungan langsung dalam situasi krisis akut, seperti kehilangan anggota keluarga atau tekanan emosional ekstrim, untuk mencegah eskalasi kondisi mental yang lebih serius.
 - 4) Edukasi Manajemen Stres dan Teknik Relaksasi: Mengajarkan masyarakat berbagai teknik relaksasi seperti meditasi, pernapasan dalam, yoga, dan mindfulness untuk mengurangi stres dan meningkatkan kesejahteraan mental.
- d. Strategi Efektif dalam Mengatasi Dampak Psikologis Pandemi
- Beberapa strategi efektif yang dapat diterapkan oleh perawat jiwa untuk mengatasi dampak psikologis pandemi COVID-19 adalah:
- 1) Peningkatan Literasi Kesehatan Mental: Melakukan kampanye edukasi yang bertujuan meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai kesehatan mental dan cara mengelola stres selama pandemi.
 - 2) Kolaborasi Multidisiplin: Menjalin kerja sama dengan tenaga kesehatan lain seperti dokter, psikolog, pekerja sosial, dan pemangku kepentingan lainnya untuk memberikan layanan terintegrasi dan komprehensif.

- 3) Pemanfaatan Teknologi Digital: Menggunakan teknologi digital seperti aplikasi kesehatan mental dan telepsikiatri untuk menjangkau individu yang berada di daerah terpencil atau terisolasi.

3. Keterbatasan Sumber Daya Manusia dan Infrastruktur

Keterbatasan sumber daya manusia dan infrastruktur merupakan salah satu isu penting yang dihadapi dalam bidang keperawatan jiwa. Kondisi ini menciptakan berbagai tantangan serius dalam memberikan pelayanan kesehatan mental yang merata dan berkualitas tinggi kepada masyarakat.

a. Keterbatasan Jumlah Perawat Jiwa

Jumlah tenaga perawat jiwa yang terbatas menjadi kendala utama dalam pelayanan kesehatan mental. Kurangnya perawat jiwa menyebabkan beban kerja yang tinggi pada tenaga kesehatan yang tersedia, meningkatkan risiko burnout, menurunkan kualitas pelayanan, dan mengurangi efektivitas intervensi kesehatan mental. Situasi ini lebih parah terjadi di daerah-daerah terpencil atau pedesaan, di mana sering kali hanya tersedia sedikit atau bahkan tidak ada tenaga perawat jiwa yang mampu memberikan pelayanan kesehatan mental yang memadai.

b. Minimnya Infrastruktur Kesehatan Mental

Fasilitas layanan kesehatan mental yang terbatas merupakan masalah besar yang dihadapi oleh masyarakat, terutama di daerah terpencil. Minimnya fasilitas seperti rumah sakit jiwa, pusat rehabilitasi, klinik kesehatan mental, dan layanan kesehatan primer yang memiliki kapasitas untuk menangani masalah kesehatan mental, menyebabkan banyak individu tidak mendapatkan perawatan yang diperlukan. Keterbatasan ini juga mencakup kurangnya peralatan medis yang memadai, ruang konsultasi, dan teknologi pendukung yang penting dalam memberikan pelayanan kesehatan mental yang efektif.

c. Dampak Keterbatasan Sumber Daya

Keterbatasan sumber daya manusia dan infrastruktur ini memiliki dampak yang luas dan serius, antara lain:

- 1) Kesenjangan Akses Pelayanan: Individu di daerah terpencil atau kurang berkembang sering tidak mendapatkan akses yang layak terhadap layanan kesehatan mental, menyebabkan kondisi mental mereka menjadi lebih buruk.
- 2) Penundaan Intervensi: Keterbatasan tenaga dan fasilitas menyebabkan individu mengalami penundaan dalam mendapatkan diagnosis dan intervensi yang tepat, memperparah kondisi mental yang dialami.

3) Menurunnya Kualitas Pelayanan: Beban kerja yang tinggi pada tenaga kesehatan jiwa yang terbatas dapat menyebabkan penurunan kualitas intervensi yang diberikan.

d. Strategi Mengatasi Keterbatasan Sumber Daya

Untuk mengatasi tantangan keterbatasan sumber daya manusia dan infrastruktur dalam pelayanan kesehatan mental, beberapa strategi yang perlu diterapkan antara lain:

- 1) Peningkatan Kapasitas Tenaga Kesehatan: Melakukan pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi tenaga perawat jiwa, dengan fokus pada peningkatan kompetensi dan kemampuan khusus dalam bidang kesehatan mental.
- 2) Distribusi Tenaga Kesehatan yang Merata: Kebijakan pemerintah yang mendorong pemerataan distribusi tenaga kesehatan mental di seluruh wilayah, termasuk program insentif khusus bagi tenaga kesehatan yang bertugas di daerah terpencil.
- 3) Pengembangan Infrastruktur: Meningkatkan investasi dalam pembangunan infrastruktur layanan kesehatan mental, termasuk pendirian pusat kesehatan mental, peningkatan fasilitas rumah sakit, dan pengadaan peralatan medis yang diperlukan.
- 4) Pemanfaatan Teknologi Digital: Menggunakan teknologi telepsikiatri untuk memperluas jangkauan layanan kesehatan mental, sehingga individu di daerah terpencil tetap mendapatkan akses konsultasi dan perawatan yang diperlukan.

e. Advokasi Kebijakan dan Peran Perawat Jiwa

Advokasi kebijakan menjadi langkah penting untuk memperjuangkan peningkatan sumber daya manusia dan infrastruktur kesehatan mental. Perawat jiwa memiliki peran aktif dalam mengadvokasi kebijakan melalui:

- 1) Kampanye Kesadaran Publik: Mengedukasi masyarakat tentang pentingnya layanan kesehatan mental, sehingga mendorong masyarakat untuk menuntut perbaikan layanan tersebut dari pemerintah.
- 2) Kolaborasi dengan Pemangku Kebijakan: Bekerja sama dengan pemerintah, organisasi non-pemerintah (NGO), dan lembaga internasional untuk meningkatkan perhatian dan alokasi sumber daya dalam bidang kesehatan mental.
- 3) Pemberdayaan Komunitas: Melibatkan komunitas dalam advokasi dan aksi nyata untuk mendukung pengembangan layanan kesehatan mental lokal yang lebih baik dan lebih luas.

4. Pemanfaatan Teknologi Digital

Pemanfaatan teknologi digital dalam pelayanan kesehatan mental telah menjadi tren penting yang semakin berkembang pesat di era modern. Teknologi ini menjadi solusi efektif dalam menjawab tantangan keterbatasan akses layanan kesehatan mental, terutama di daerah terpencil atau wilayah dengan fasilitas kesehatan terbatas.

a. Penggunaan Telepsikiatri

Telepsikiatri adalah layanan kesehatan mental jarak jauh yang memanfaatkan teknologi komunikasi digital seperti video call atau panggilan telepon untuk konsultasi psikologis antara tenaga kesehatan mental dan pasien. Teknologi ini memungkinkan pasien di lokasi terpencil untuk menerima pelayanan profesional tanpa harus melakukan perjalanan jauh, yang sering kali sulit atau mahal.

Manfaat telepsikiatri meliputi:

- 1) Akses yang Luas: Memungkinkan pasien di daerah terpencil atau pedalaman untuk mendapatkan perawatan profesional.
- 2) Efisiensi Waktu dan Biaya: Mengurangi biaya perjalanan serta waktu yang dihabiskan untuk mengakses layanan secara fisik.
- 3) Konsistensi Perawatan: Menjamin kontinuitas perawatan yang diperlukan bagi pasien dengan kebutuhan jangka panjang.

b. Aplikasi Kesehatan Mental

Aplikasi kesehatan mental kini semakin populer karena kemudahan akses, fleksibilitas penggunaan, dan berbagai fitur yang mendukung pengelolaan kesehatan mental secara mandiri. Beberapa fitur utama aplikasi ini meliputi:

- 1) Pemantauan Mood: Alat yang membantu individu mencatat dan memonitor perubahan suasana hati untuk mengidentifikasi pola atau pemicu masalah mental.
- 2) Latihan Relaksasi dan Mindfulness: Berbagai latihan relaksasi seperti meditasi, teknik pernapasan, dan mindfulness yang membantu mengurangi stres, kecemasan, serta meningkatkan kesejahteraan psikologis.
- 3) Edukasi Kesehatan Mental: Informasi akurat dan mudah dipahami mengenai berbagai kondisi kesehatan mental serta cara mengelolanya.
- 4) Dukungan Komunitas Virtual: Forum atau komunitas daring yang memungkinkan pengguna saling berbagi pengalaman, memberikan dukungan sosial, serta mengurangi rasa isolasi.

c. Tantangan dalam Pemanfaatan Teknologi Digital

Meskipun teknologi digital menawarkan banyak manfaat, pemanfaatannya juga menghadapi sejumlah tantangan, antara lain:

- 1) Keterbatasan Koneksi Internet: Banyak daerah, terutama yang terpencil atau pedalaman, memiliki konektivitas internet yang terbatas, mempengaruhi kualitas layanan telepsikiatri atau aplikasi kesehatan mental.
 - 2) Privasi dan Keamanan Data: Risiko pelanggaran privasi dan keamanan data pasien menjadi isu serius yang perlu diperhatikan dalam penggunaan teknologi digital.
 - 3) Literasi Teknologi yang Rendah: Tidak semua individu memiliki pemahaman atau kemampuan yang memadai untuk mengoperasikan teknologi digital, terutama di kalangan lansia atau populasi tertentu.
- d. Strategi Mengoptimalkan Pemanfaatan Teknologi Digital
- Untuk mengatasi tantangan tersebut dan mengoptimalkan pemanfaatan teknologi digital dalam pelayanan kesehatan mental, beberapa strategi penting yang dapat diterapkan adalah:
- 1) Penguatan Infrastruktur Digital: Investasi dalam pembangunan infrastruktur internet yang lebih baik untuk menjamin akses yang stabil dan cepat di berbagai wilayah.
 - 2) Pelatihan Literasi Digital: Program pelatihan bagi masyarakat, terutama kelompok rentan, untuk meningkatkan literasi teknologi dan kemampuan menggunakan aplikasi kesehatan mental.
 - 3) Penerapan Standar Keamanan Data: Implementasi standar ketat terkait privasi dan keamanan data pasien dalam layanan digital untuk memastikan perlindungan informasi pribadi pengguna.
 - 4) Kolaborasi Multisektor: Kerja sama antara pemerintah, sektor swasta, dan organisasi non-profit untuk mendukung pengembangan teknologi kesehatan mental yang inklusif dan mudah diakses.
- e. Peran Perawat Jiwa dalam Pemanfaatan Teknologi Digital
- Perawat jiwa memiliki peran krusial dalam mendukung pemanfaatan teknologi digital melalui:
- 1) Edukasi dan Promosi: Mengedukasi pasien dan masyarakat tentang manfaat serta penggunaan teknologi digital dalam mengelola kesehatan mental.
 - 2) Konsultasi Daring: Memberikan layanan konsultasi profesional melalui telepsikiatri untuk menjangkau lebih banyak pasien.
 - 3) Advokasi dan Riset: Mengadvokasi kebijakan yang mendukung perluasan layanan digital serta terlibat dalam penelitian untuk mengembangkan inovasi teknologi kesehatan mental yang efektif.

E. Latihan Soal

1. Seorang wanita berusia 28 tahun datang ke klinik kesehatan dengan keluhan sering merasa khawatir berlebihan terkait kondisi ekonominya yang tidak stabil. Ia mengatakan sering sulit tidur, kehilangan nafsu makan, dan merasa tidak berharga. Dari kasus tersebut, kondisi yang paling mungkin dialami pasien adalah:

- A. Gangguan Bipolar
- B. Gangguan Stres Pasca-Trauma (PTSD)
- C. Depresi Mayor
- D. Skizofrenia Paranoid
- E. Gangguan Obsesif Kompulsif (OCD)

Jawaban: C. Depresi Mayor

Pembahasan:

Gejala seperti rasa khawatir berlebihan, sulit tidur, kehilangan nafsu makan, dan perasaan tidak berharga merupakan tanda klasik dari depresi mayor, sering dipicu oleh stresor sosial-ekonomi.

2. Seorang pekerja kantor 32 tahun, mengalami tekanan kerja tinggi dan tuntutan media sosial untuk selalu terlihat sempurna. Ia mengeluh sering merasa kelelahan ekstrem, mudah marah, hilang motivasi kerja, dan sulit berkonsentrasi. Kondisi ini paling sesuai dengan:

- A. Gangguan Panik
- B. Gangguan Tidur
- C. Burnout
- D. Gangguan Kepribadian
- E. Skizofrenia

Jawaban: C. Burnout

Pembahasan:

Kondisi burnout ditandai dengan kelelahan fisik dan mental akibat stres kronis, tekanan tinggi, dan tuntutan sosial yang berlebihan di tempat kerja.

3. Seorang mahasiswa berusia 20 tahun menunjukkan gejala menarik diri dari lingkungan sosial, menghindari interaksi, dan mengeluh merasa sangat kesepian setelah dua tahun terakhir menjalani pembelajaran daring. Intervensi yang paling tepat dilakukan perawat adalah:

- A. Memberikan obat penenang dosis tinggi
- B. Menyarankan isolasi lebih lanjut
- C. Menyediakan sesi konseling kelompok virtual
- D. Menghindari diskusi tentang perasaan

E. Mengalihkan perhatian pasien dari masalah sosialnya

Jawaban: C. Menyediakan sesi konseling kelompok virtual

Pembahasan:

Konseling kelompok virtual adalah intervensi efektif untuk mengurangi isolasi sosial, memberikan dukungan emosional, dan membangun kembali koneksi sosial pasien.

4. Seorang perawat jiwa, bertugas di daerah terpencil dengan keterbatasan sumber daya kesehatan mental. Strategi paling tepat untuk tetap memberikan layanan kesehatan jiwa yang efektif di wilayah tersebut adalah:

A. Membuka pusat layanan kesehatan jiwa besar

B. Merujuk semua pasien ke kota besar

C. Menggunakan layanan telepsikiatri secara rutin

D. Menyediakan pengobatan herbal saja

E. Mengabaikan kasus ringan

Jawaban: C. Menggunakan layanan telepsikiatri secara rutin

Pembahasan:

Layanan telepsikiatri merupakan solusi terbaik untuk memperluas akses pelayanan kesehatan mental di wilayah terpencil yang memiliki keterbatasan sumber daya kesehatan mental.

5. Sebuah perusahaan mengalami peningkatan absensi karyawan akibat masalah kesehatan mental seperti stres dan kecemasan. Manajemen perusahaan ingin mengatasi masalah ini secara efektif. Langkah terbaik yang dapat dilakukan oleh perusahaan adalah:

A. Memberikan sanksi tegas bagi karyawan yang sering absen

B. Mengurangi cuti tahunan agar produktivitas meningkat

C. Menyediakan layanan konseling di tempat kerja

D. Mengabaikan karena dianggap urusan pribadi karyawan

E. Menambah jam kerja agar target tercapai

Jawaban: C. Menyediakan layanan konseling di tempat kerja

Pembahasan:

Layanan konseling di tempat kerja adalah intervensi efektif yang mendukung kesehatan mental karyawan, mengurangi stres, kecemasan, dan meningkatkan produktivitas serta kesejahteraan secara keseluruhan.

F. Rangkuman Soal

Tren terkini dalam keperawatan jiwa menunjukkan peningkatan prevalensi gangguan mental secara global akibat tekanan sosial-ekonomi seperti kesulitan ekonomi, ketidakpastian pekerjaan, dan ketidakstabilan finansial. Kondisi ini

berkontribusi pada meningkatnya kasus kecemasan, depresi, dan gangguan stres akut. Gaya hidup modern yang kompetitif dan penuh tekanan turut memicu munculnya berbagai gangguan mental, termasuk burnout dan gangguan tidur akibat tuntutan sosial dan profesional yang tinggi. Selain itu, isolasi sosial yang semakin meningkat terutama di lingkungan perkotaan, ditambah dampak pandemi COVID-19, semakin memperburuk kesehatan mental masyarakat, mengakibatkan lonjakan kasus kecemasan, depresi, PTSD, dan gangguan mood.

Menghadapi situasi ini, diperlukan strategi yang komprehensif meliputi upaya preventif, promotif, dan edukatif, seperti kampanye kesadaran kesehatan mental, edukasi tentang manajemen stres, sosialisasi keseimbangan kerja dan kehidupan pribadi, serta integrasi pendidikan kesehatan mental dalam kurikulum formal. Tren lain yang penting dalam keperawatan jiwa adalah pemanfaatan teknologi digital seperti telepsikiatri yang membantu memperluas akses layanan kesehatan mental hingga ke daerah terpencil. Penggunaan aplikasi mobile untuk kesehatan mental juga semakin populer karena dapat membantu individu mengelola stres dan kecemasan secara mandiri melalui fitur-fitur interaktif seperti meditasi, perencanaan aktivitas, serta dukungan komunitas daring. Teknologi Virtual Reality (VR) semakin banyak digunakan dalam terapi psikologis untuk mengatasi gangguan kecemasan dan PTSD dengan hasil efektif yang terukur.

Integrasi layanan kesehatan mental dalam pelayanan kesehatan primer juga merupakan tren penting, yang bertujuan meningkatkan aksesibilitas, deteksi dini gangguan mental, serta mengurangi stigma yang masih kuat di masyarakat. Kolaborasi multidisiplin antara perawat jiwa, dokter umum, psikolog, dan pekerja sosial menjadi kunci keberhasilan integrasi ini, meskipun tantangan berupa keterbatasan sumber daya manusia dan infrastruktur masih perlu diatasi.

Kesadaran tentang pentingnya kesehatan mental di tempat kerja semakin meningkat karena terbukti berpengaruh signifikan terhadap produktivitas, kreativitas, dan loyalitas pekerja. Program-program seperti konseling karyawan, pelatihan manajemen stres, serta intervensi psikososial menjadi solusi efektif untuk menjaga kesejahteraan psikologis pekerja dan menciptakan lingkungan kerja yang sehat.

Terakhir, edukasi dan kampanye kesehatan mental yang intensif di masyarakat terus diupayakan untuk mengurangi stigma, meningkatkan deteksi dini, serta memperluas akses terhadap layanan kesehatan mental. Strategi yang dilakukan melibatkan kampanye publik melalui media sosial, edukasi berbasis sekolah, kegiatan komunitas, serta melibatkan influencer. Evaluasi berkala atas efektivitas program-program ini menjadi langkah penting untuk memastikan dampak positifnya bagi masyarakat. Dalam hal ini, perawat jiwa memegang peranan penting

sebagai edukator, advokat, dan fasilitator dalam penerapan berbagai inovasi pelayanan kesehatan mental berbasis teknologi digital.

G. Glosarium

Aplikasi Mobile Kesehatan Mental: Aplikasi yang digunakan untuk membantu individu dalam manajemen diri terhadap stres, kecemasan, dan depresi melalui fitur-fitur interaktif, seperti meditasi, catatan mood, dan komunitas daring.

Burnout: Kondisi kelelahan mental, fisik, dan emosional akibat stres kronis, biasanya karena tekanan pekerjaan yang terus-menerus tanpa jeda yang cukup.

Coping Positif: Strategi pengelolaan stres yang efektif, konstruktif, dan sehat, membantu individu menghadapi tekanan emosional secara adaptif.

Deteksi Dini Gangguan Mental: Upaya untuk mengidentifikasi gejala awal gangguan mental, sehingga intervensi dapat dilakukan sesegera mungkin sebelum kondisi memburuk.

Edukasi Kesehatan Mental: Program yang dirancang untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang gangguan mental, mengenali gejala dini, serta mengurangi stigma yang beredar di masyarakat.

Gangguan Kecemasan: Kondisi psikologis yang ditandai dengan rasa khawatir dan takut berlebihan yang mengganggu aktivitas sehari-hari.

Gangguan Stres Pasca-trauma (PTSD): Gangguan mental yang muncul setelah seseorang mengalami atau menyaksikan peristiwa traumatis, ditandai dengan gejala seperti flashback, mimpi buruk, dan kecemasan yang tinggi.

Integrasi Kesehatan Jiwa dalam Pelayanan Primer: Pendekatan untuk menyatukan layanan kesehatan mental dengan pelayanan kesehatan fisik dasar, sehingga lebih mudah diakses oleh masyarakat luas.

Intervensi Psikososial: Intervensi yang bertujuan mengatasi dampak psikologis dan sosial dari gangguan mental melalui pendekatan konseling, dukungan kelompok, atau edukasi keterampilan hidup.

Isolasi Sosial: Kondisi minim atau kurangnya interaksi sosial dan dukungan emosional dari lingkungan sekitar, yang dapat memperburuk kondisi kesehatan mental individu.

Kampanye Anti-Stigma: Upaya sistematis untuk mengurangi stigma atau persepsi negatif masyarakat terhadap individu dengan gangguan jiwa, dengan meningkatkan pemahaman dan empati.

Kesehatan Mental di Tempat Kerja: Inisiatif yang dijalankan di lingkungan kerja untuk menjaga dan meningkatkan kesejahteraan psikologis pekerja, yang pada akhirnya berdampak pada produktivitas dan loyalitas mereka terhadap perusahaan.

Literasi Kesehatan Mental: Kemampuan masyarakat dalam memahami, mengenali, dan merespon kondisi gangguan mental secara tepat.

Pelatihan Literasi Digital: Pelatihan untuk meningkatkan kemampuan individu dalam menggunakan teknologi digital secara efektif, terutama dalam konteks pelayanan kesehatan mental.

Privasi dan Keamanan Data: Aspek penting dalam penggunaan teknologi digital di bidang kesehatan, yaitu perlindungan informasi pribadi pasien dari penyalahgunaan dan kebocoran data.

Strategi Preventif: Pendekatan dalam mencegah munculnya gangguan mental melalui program edukasi, peningkatan kesadaran, serta deteksi dini.

Telehealth (Telepsikiatri): Penggunaan teknologi komunikasi, seperti video call atau audio, untuk memberikan layanan kesehatan mental secara jarak jauh, terutama bagi individu di wilayah terpencil.

Tekanan Sosial-Ekonomi: Kondisi stres yang timbul akibat kesulitan ekonomi, ketidakstabilan finansial, ketidakpastian pekerjaan, serta kesenjangan sosial, yang berkontribusi pada peningkatan gangguan mental.

Virtual Reality (VR) dalam Terapi: Penggunaan teknologi realitas virtual untuk menciptakan lingkungan simulasi yang aman, guna membantu pasien menghadapi ketakutan atau trauma secara bertahap dalam terapi psikologis.

H. Daftar Pustaka

American Academy of Family Physicians. (2021). *Integrating behavioral health into primary care*.

American Psychological Association. (2023). *2023 Work in America Survey*.

Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Mental health stigma*.

Frontiers in Public Health. (2024). *Unemployment and mental health: A global study of socioeconomic inequalities*.

HHS.gov. (2025). *Workplace mental health & well-being*.

Kaiser Family Foundation. (2023). *The implications of COVID-19 for mental health and substance use*.

Mental Health Journal. (2022). *Mental health education, awareness and stigma regarding mental illness among college students*.

National Alliance on Mental Illness. (2022). *Why we need mental health care integration*.

National Center for Biotechnology Information. (2020). *Approaches to reducing stigma*.

Nature. (2020). *The impact of COVID-19 lockdowns on mental health patient visits*.

- Saeed, S. A. (2020). *Using telepsychiatry and health technologies to provide evidence-based care*. East Carolina University.
- The Guardian. (2024). *Work 'wellness' programmes don't make employees happier - but I know what does*.
- Thriveworks. (2023). *Telepsychiatry: Advantages and disadvantages*.
- World Health Organization. (2022). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*.
- World Health Organization. (2023). *Mental health at work*.

BAB 7

SOSIALISASI, TAK STIMULASI SENSORI DAN TAK STIMULASI DALAM KEPERAWATAN JIWA

Pendahuluan

Keperawatan jiwa memiliki peran penting dalam membantu individu untuk mengembangkan kemampuan sosial, meningkatkan integrasi sensori, dan memperbaiki persepsi terhadap realitas yang terganggu. Dalam proses terapeutik, berbagai pendekatan dapat diterapkan untuk mencapai tujuan rehabilitasi psikososial. Pendekatan yang sering digunakan adalah sosialisasi melalui Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) yang terdiri dari stimulasi sensori dan stimulasi persepsi. Bab ini menjelaskan secara mendalam tentang pentingnya sosialisasi dan bagaimana TAK stimulasi sensori serta TAK stimulasi persepsi diterapkan dalam praktik keperawatan jiwa.

Capaian Pembelajaran (CPL)

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu memahami konsep sosialisasi, TAK stimulasi sensori, dan TAK stimulasi persepsi serta mampu mengimplementasikannya dalam asuhan keperawatan jiwa.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

- Mahasiswa mampu menjelaskan konsep sosialisasi dalam keperawatan jiwa.
- Mahasiswa mampu menerapkan TAK stimulasi sensori dalam praktik klinis.
- Mahasiswa mampu menerapkan TAK stimulasi persepsi dalam intervensi keperawatan jiwa.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

- Menjelaskan definisi, tujuan, dan proses sosialisasi.
- Mengidentifikasi teknik dan langkah-langkah TAK stimulasi sensori.
- Menguraikan teknik dan penerapan TAK stimulasi persepsi dalam situasi klinis.

Uraian Materi

A. Sosialisasi dalam Keperawatan Jiwa

Sosialisasi merupakan proses membantu klien mengembangkan keterampilan sosial agar dapat berinteraksi dengan lingkungan sosial secara efektif dan positif. Sosialisasi menjadi kunci penting dalam rehabilitasi psikososial karena kemampuan berinteraksi sosial merupakan dasar dalam kehidupan sehari-hari. Proses sosialisasi dalam keperawatan jiwa bertujuan untuk meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi isolasi sosial, dan memperkuat hubungan interpersonal.

1. Tujuan Sosialisasi

- a. Mengembangkan kemampuan komunikasi efektif, baik secara verbal maupun non-verbal, sehingga klien mampu menyampaikan pikiran dan perasaan secara tepat.
- b. Mengurangi perilaku isolasi sosial dengan mendorong klien untuk aktif dalam kegiatan kelompok dan lingkungan sekitar.
- c. Memperkuat kemampuan beradaptasi dalam berbagai situasi sosial dengan meningkatkan keterampilan interpersonal dan emosional yang tepat.

2. Strategi dan Teknik Sosialisasi

- a. Terapi Kelompok Terapi kelompok melibatkan klien dalam sesi kelompok yang dipimpin oleh perawat atau terapis. Klien diberi kesempatan untuk berbagi pengalaman, mendengarkan pengalaman orang lain, dan memberikan umpan balik secara konstruktif. Aktivitas ini bertujuan untuk meningkatkan empati, memahami perspektif lain, serta memperkuat interaksi dan hubungan sosial yang sehat.
- b. Role Play Role play merupakan metode di mana klien berlatih menghadapi situasi sosial tertentu dalam lingkungan simulasi. Teknik ini membantu klien mengatasi kecemasan sosial, meningkatkan rasa percaya diri, serta membangun keterampilan komunikasi dan pemecahan masalah secara nyata tanpa tekanan sosial yang berlebihan.
- c. Permainan Sosial Permainan sosial dirancang secara khusus untuk meningkatkan interaksi kelompok, kerja sama, toleransi, dan keterampilan interpersonal. Contoh permainan ini mencakup permainan kartu, teka-teki kelompok, atau permainan tim yang mengharuskan klien saling bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama.
- d. Pelatihan Keterampilan Sosial Pelatihan keterampilan sosial merupakan intervensi terstruktur yang berisi sesi pembelajaran dan praktik keterampilan sosial mendasar. Beberapa keterampilan yang diajarkan antara lain cara memulai percakapan, menyampaikan pendapat secara sopan, menyelesaikan

konflik secara efektif, serta bersikap asertif namun tetap menghargai orang lain.

3. Evaluasi Sosialisasi

Evaluasi merupakan tahap penting untuk menilai efektivitas proses sosialisasi dalam keperawatan jiwa. Evaluasi ini mencakup:

- a. Observasi langsung terhadap perubahan perilaku sosial klien selama aktivitas kelompok dan interaksi sosial sehari-hari.
- b. Laporan diri klien, melalui wawancara atau kuesioner, mengenai peningkatan rasa percaya diri, kenyamanan dalam situasi sosial, dan peningkatan kemampuan komunikasi.
- c. Umpan balik dari keluarga dan orang-orang terdekat klien, yang menggambarkan perubahan yang mereka amati dalam interaksi sosial klien sehari-hari dan kemampuannya untuk membina hubungan interpersonal yang lebih baik.

B. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Sensori

TAK stimulasi sensori adalah terapi yang bertujuan untuk meningkatkan integrasi dan respons sensori klien terhadap rangsangan eksternal. Terapi ini sangat berguna terutama untuk klien dengan gangguan mental berat, seperti skizofrenia, gangguan afektif bipolar, dan gangguan kecemasan. Terapi ini berfokus pada penggunaan berbagai jenis stimulasi untuk memperbaiki kemampuan klien dalam memproses dan merespons informasi sensorik secara efektif.

1. Teknik dan Langkah-langkah TAK Stimulasi Sensori

- a. Pengenalan Lingkungan Tahap awal dalam TAK stimulasi sensori adalah memperkenalkan dan menyesuaikan klien dengan lingkungan terapi. Lingkungan ini harus dirancang khusus agar nyaman, tenang, dan bebas dari stres yang bisa memperparah kondisi klien. Lingkungan terapeutik ini biasanya dilengkapi dengan pencahayaan lembut, musik yang menenangkan, aromaterapi, serta tempat duduk atau ruang aktivitas yang nyaman.
- b. Stimulasi Sensorik Stimulasi sensorik merupakan bagian utama dalam terapi ini dan mencakup beberapa jenis stimulasi:
 - 1) Stimulasi Visual: Menggunakan berbagai alat seperti lampu warna-warni, proyektor gambar, atau media visual lainnya untuk menarik perhatian visual klien dan membantu mereka meningkatkan fokus dan ketenangan.
 - 2) Stimulasi Auditori: Melibatkan suara atau musik yang menenangkan, suara alam, atau ritme tertentu untuk membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan relaksasi serta perhatian klien.

- 3) Stimulasi Taktil: Menggunakan bahan atau alat tertentu seperti bola stres, pasir kinetik, atau tekstur lembut lainnya yang dapat membantu klien mengurangi ketegangan fisik serta meningkatkan kesadaran tubuh.
 - 4) Stimulasi Olfaktori (Penciuman): Menggunakan aroma tertentu dari minyak esensial atau bahan alami lainnya seperti lavender, peppermint, atau citrus untuk meningkatkan relaksasi, mengurangi kecemasan, dan memperbaiki suasana hati.
 - 5) Stimulasi Gustatori (Pengecap): Memanfaatkan rasa yang berbeda melalui makanan atau minuman sederhana, seperti rasa manis, asam, atau asin yang bertujuan merangsang reseptor rasa klien untuk memperkuat kesadaran sensori mereka.
- c. Evaluasi Respon Setelah pemberian stimulasi, perawat atau terapis mengamati dan mendokumentasikan respons klien secara rinci. Respons ini dapat berupa perubahan perilaku, ekspresi wajah, bahasa tubuh, serta umpan balik verbal dari klien. Data evaluasi ini penting untuk mengukur efektivitas stimulasi yang diberikan dan menentukan penyesuaian terapi yang mungkin diperlukan.
 - d. Refleksi dan Diskusi Kelompok Sesi refleksi dan diskusi kelompok dilakukan setelah sesi stimulasi selesai. Dalam sesi ini, klien diajak untuk berbagi pengalaman yang mereka rasakan selama sesi stimulasi. Diskusi ini membantu klien dalam mengenali efek positif dari stimulasi sensori, mengidentifikasi preferensi sensori mereka, serta mengungkapkan perasaan atau emosi yang muncul selama terapi.

2. Manfaat TAK Stimulasi Sensori

- a. Meningkatkan kemampuan integrasi sensorik.
- b. Mengurangi tingkat stres, kecemasan, dan gejala-gejala lainnya terkait gangguan mental.
- c. Memperbaiki kemampuan fokus, konsentrasi, dan perhatian klien.
- d. Meningkatkan kesejahteraan emosional dan fisik klien secara keseluruhan

C. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi

TAK stimulasi persepsi bertujuan untuk membantu klien yang mengalami gangguan persepsi, seperti halusinasi atau delusi, agar dapat membedakan realitas dan non-realitas. Terapi ini menggunakan berbagai aktivitas kelompok yang dirancang khusus untuk meningkatkan kesadaran, ketajaman persepsi, dan kemampuan diskriminasi antara persepsi yang nyata dan yang tidak nyata. Intervensi ini sangat penting untuk mengelola gejala-gejala yang terkait dengan gangguan psikotik dan delusional.

1. Teknik dan Langkah-langkah TAK Stimulasi Persepsi

- a. Realitas Orientasi Realitas orientasi adalah langkah awal yang penting untuk membantu klien mengenali perbedaan antara realitas dan persepsi yang terganggu (misalnya halusinasi atau delusi). Dalam tahap ini, klien secara bertahap diperkenalkan kepada situasi nyata melalui interaksi langsung dengan lingkungan sekitar yang terstruktur. Klien akan diajak secara aktif untuk mengenali dan mendiskusikan apa yang nyata, melalui pengamatan, percakapan, dan klarifikasi langsung dari perawat atau terapis.
- b. Aktivitas Terstruktur Berbagai aktivitas terstruktur dilakukan untuk membantu klien memperkuat orientasi realitas. Contoh aktivitas ini meliputi:
 - 1) Permainan Realitas: Klien berpartisipasi dalam permainan yang secara jelas menunjukkan realitas, seperti menyusun puzzle, mengelompokkan objek berdasarkan kategori nyata, atau permainan memori yang melibatkan identifikasi objek nyata.
 - 2) Diskusi Tentang Objek Nyata: Klien secara rutin berpartisipasi dalam diskusi kelompok mengenai berbagai objek atau situasi nyata, sehingga membantu mereka memperkuat persepsi dan pemahaman tentang dunia nyata.
 - 3) Teknik Grounding: Teknik ini membantu klien menghubungkan dirinya dengan realitas melalui indera mereka, misalnya menyentuh objek fisik, mendengarkan suara nyata di sekitar, atau fokus pada pernapasan untuk mengurangi kecemasan dan mengembalikan kesadaran realitas.
- c. Pemanfaatan Alat Bantu Persepsi Untuk memperjelas dan memperkuat persepsi klien terhadap realitas, berbagai alat bantu persepsi digunakan secara efektif dalam terapi ini. Alat-alat tersebut mencakup:
 - 1) Gambar dan Foto: Menampilkan gambar atau foto objek nyata untuk membantu klien mengidentifikasi dengan jelas objek atau situasi tersebut.
 - 2) Video: Penggunaan video pendek tentang situasi kehidupan nyata untuk meningkatkan pemahaman klien tentang konteks sosial yang sesungguhnya.
 - 3) Objek Konkret: Memberikan klien kesempatan langsung untuk memegang dan merasakan objek nyata, seperti bola, buku, atau benda lain yang umum ditemukan dalam kehidupan sehari-hari, sehingga meningkatkan pemahaman sensori tentang realitas.
- d. Diskusi Reflektif Setelah melakukan berbagai aktivitas, sesi diskusi reflektif dilakukan. Dalam diskusi ini, klien didorong untuk berbagi pengalaman dan persepsi mereka tentang aktivitas yang baru saja mereka lakukan. Diskusi ini penting untuk membantu klien merefleksikan apa yang mereka rasakan, memperkuat pemahaman tentang realitas, dan mendapatkan dukungan serta

validasi dari sesama anggota kelompok. Perawat atau terapis memandu diskusi untuk memastikan pemahaman klien yang tepat tentang pengalaman tersebut.

2. Manfaat TAK Stimulasi Persepsi

- a. Meningkatkan kemampuan klien dalam membedakan antara realitas dan non-realitas.
- b. Mengurangi intensitas dan frekuensi gejala halusinasi atau delusi.
- c. Memperbaiki fungsi sosial dan komunikasi klien.
- d. Memberikan dukungan emosional melalui pengalaman kelompok yang positif.

D. Latihan Soal

1. Seorang pria berusia 38 tahun, mengalami skizofrenia paranoid selama lima tahun terakhir. Ia cenderung menarik diri dari lingkungan dan enggan berkomunikasi dengan orang lain karena merasa dirinya diawasi oleh makhluk gaib. Perawat merencanakan terapi aktivitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi. Aktivitas awal yang paling tepat untuk dilakukan perawat dalam sesi TAK adalah:
 - A. Permainan teka-teki
 - B. Realitas orientasi
 - C. Diskusi kelompok terbuka
 - D. Stimulasi olfaktori
 - E. Role play

Jawaban: B. Realitas orientasi

Pembahasan:

Realitas orientasi merupakan tahap awal yang paling efektif dalam terapi stimulasi persepsi untuk membantu klien mengenali perbedaan antara realitas dan persepsi yang terganggu seperti halusinasi atau delusi. Langkah ini secara bertahap memperkenalkan klien pada situasi nyata melalui interaksi terstruktur.

2. Seorang ibu berusia 45 tahun, didiagnosis gangguan kecemasan sosial. Ia sangat takut ketika harus berbicara di depan umum dan sering menghindari interaksi sosial. Perawat berencana mengikutsertakan Ibu Dina dalam sesi role play. Manfaat utama dari teknik role play dalam kasus ini adalah:
 - A. Mengurangi rasa bosan klien
 - B. Meningkatkan integrasi sensorik
 - C. Memperkuat empati terhadap orang lain
 - D. Mengatasi kecemasan sosial
 - E. Mengurangi gejala psikotik

Jawaban: D. Mengatasi kecemasan sosial

Pembahasan:

Teknik role play secara khusus membantu klien dalam menghadapi kecemasan sosial melalui simulasi situasi sosial. Dengan demikian, klien dapat meningkatkan keterampilan komunikasi, percaya diri, serta mengurangi rasa takut tanpa tekanan nyata dari lingkungan sosial.

3. Seorang pria berusia 50 tahun, mengalami depresi berat yang menyebabkan isolasi sosial. Perawat berencana menerapkan pelatihan keterampilan sosial. Di bawah ini, keterampilan mendasar yang paling tepat diajarkan kepada Pak Toni pertama kali adalah:
- A. Memulai percakapan
 - B. Bermain permainan tim
 - C. Mengatur ruangan terapi
 - D. Menyusun puzzle
 - E. Memasak makanan sederhana

Jawaban: A. Memulai percakapan

Pembahasan:

Pelatihan keterampilan sosial awal untuk klien dengan depresi dan isolasi sosial harus berfokus pada keterampilan dasar komunikasi, seperti memulai percakapan, yang dapat meningkatkan interaksi sosial dan memperkuat hubungan interpersonal klien secara bertahap.

4. Seorang Ibu berusia 60 tahun, mengalami gangguan bipolar. Saat menjalani TAK stimulasi sensori, perawat memperhatikan Bu Sinta tampak lebih tenang dan rileks setelah diberikan aroma lavender dan musik yang lembut. Respons ini menunjukkan efektivitas dari jenis stimulasi:
- A. Visual dan taktil
 - B. Gustatori dan taktil
 - C. Auditori dan olfaktori
 - D. Visual dan auditori
 - E. Gustatori dan visual

Jawaban: C. Auditori dan olfaktori

Pembahasan:

Efektivitas kombinasi stimulasi auditori (musik lembut) dan olfaktori (aroma lavender) dapat secara nyata membantu klien dengan gangguan bipolar menjadi lebih rileks, mengurangi kecemasan, serta meningkatkan kondisi emosional secara keseluruhan.

5. Seorang pria berusia 40 tahun, mengalami skizofrenia disertai halusinasi visual yang intens. Dalam TAK stimulasi persepsi, perawat menggunakan media foto dan objek konkret seperti buku, bola, atau benda sehari-hari. Tujuan utama penggunaan media tersebut dalam TAK stimulasi persepsi adalah untuk:

- A. Mengurangi kebosanan klien
- B. Mengalihkan perhatian klien dari terapi
- C. Menyediakan aktivitas motorik kasar
- D. Memperkuat persepsi realitas klien
- E. Melatih rasa percaya diri klien

Jawaban: D. Memperkuat persepsi realitas klien

Pembahasan:

Penggunaan objek konkret seperti foto atau benda nyata dalam TAK stimulasi persepsi bertujuan secara spesifik membantu klien membedakan realitas dari non-realitas (halusinasi). Dengan memperkuat persepsi klien terhadap benda-benda nyata, klien mampu mengurangi intensitas halusinasi dan memperkuat orientasi terhadap realitas.

E. Rangkuman materi

Sosialisasi dalam keperawatan jiwa adalah suatu proses yang membantu klien untuk mengembangkan keterampilan sosial guna berinteraksi secara efektif dan positif dengan lingkungannya. Proses ini merupakan bagian penting dari rehabilitasi psikososial, dengan tujuan meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi perilaku isolasi sosial, serta memperkuat hubungan interpersonal klien. Berbagai strategi sosialisasi diterapkan dalam keperawatan jiwa, di antaranya terapi kelompok yang memungkinkan klien berbagi dan mendengarkan pengalaman orang lain untuk membangun empati dan hubungan yang sehat. Metode role play juga digunakan untuk melatih klien menghadapi situasi sosial secara simulasi, sehingga kecemasan sosial berkurang dan keterampilan komunikasi meningkat. Selain itu, permainan sosial dan pelatihan keterampilan sosial juga diterapkan untuk memperkuat kerja sama kelompok dan keterampilan interpersonal dasar klien.

Evaluasi terhadap efektivitas sosialisasi dilakukan melalui pengamatan langsung perubahan perilaku sosial klien, laporan diri klien terkait peningkatan rasa percaya diri dan kemampuan komunikasi, serta umpan balik dari keluarga mengenai perubahan interaksi sosial klien sehari-hari.

Selanjutnya, Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Sensori merupakan pendekatan yang bertujuan meningkatkan integrasi serta respons sensorik klien terhadap rangsangan eksternal. Terapi ini penting khususnya bagi klien dengan gangguan mental berat, seperti skizofrenia, bipolar, atau kecemasan. Lingkungan terapi dirancang khusus agar nyaman dan bebas stres dengan berbagai stimulasi sensorik seperti visual, auditori, taktil, olfaktori, dan gustatori. Setelah pemberian stimulasi, dilakukan evaluasi respons klien berupa perubahan perilaku, ekspresi wajah, dan umpan balik verbal. Refleksi dan diskusi kelompok juga digelar untuk

mengidentifikasi efek positif serta preferensi sensori klien. Terapi ini terbukti mampu mengurangi stres, meningkatkan kemampuan fokus, serta memperbaiki kesejahteraan fisik dan emosional klien secara keseluruhan.

Terakhir, Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi merupakan intervensi khusus bagi klien yang mengalami gangguan persepsi seperti halusinasi atau delusi, agar mereka mampu membedakan antara realitas dan non-realitas. TAK stimulasi persepsi diawali dengan realitas orientasi untuk membantu klien mengenali perbedaan nyata dengan persepsi yang terganggu melalui interaksi langsung dan terstruktur dengan lingkungan nyata. Aktivitas yang digunakan mencakup permainan realitas, diskusi objek nyata, serta teknik grounding yang bertujuan memperkuat orientasi realitas klien. Berbagai media seperti gambar, video, serta objek konkret juga digunakan untuk meningkatkan pemahaman sensori klien tentang dunia nyata. Setelah aktivitas dilakukan, sesi diskusi reflektif membantu klien untuk merefleksikan pengalaman mereka, memperkuat pemahaman tentang realitas, serta memberikan dukungan emosional dalam suasana kelompok yang positif. Manfaat utama terapi ini mencakup peningkatan kemampuan membedakan realitas, pengurangan gejala halusinasi atau delusi, serta peningkatan fungsi sosial dan komunikasi klien secara signifikan.

F. Glosarium

Adaptasi Sosial: Kemampuan individu untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial agar dapat berinteraksi secara efektif dan harmonis dengan lingkungan sekitar.

Evaluasi Sosialisasi: Proses pengamatan dan penilaian terhadap perubahan perilaku sosial klien yang bertujuan mengetahui efektivitas dari intervensi yang telah dilakukan.

Integrasi Sensorik: Kemampuan sistem saraf dalam menerima, mengatur, dan merespons berbagai rangsangan sensorik dari lingkungan secara tepat dan terkoordinasi.

Isolasi Sosial: Keadaan di mana seseorang menarik diri atau menghindari interaksi sosial dengan orang lain, sering kali karena gangguan mental seperti kecemasan atau depresi.

Keterampilan Interpersonal: Kemampuan individu untuk berinteraksi, berkomunikasi, dan membina hubungan sosial yang sehat dan efektif dengan orang lain.

Pelatihan Keterampilan Sosial: Intervensi keperawatan berupa sesi pembelajaran terstruktur untuk melatih klien dalam berbagai keterampilan dasar dalam berinteraksi sosial, seperti memulai percakapan, berkomunikasi secara asertif, dan menyelesaikan konflik.

Permainan Sosial: Aktivitas yang dirancang secara khusus untuk meningkatkan interaksi, kerja sama, toleransi, serta keterampilan sosial antar klien dalam kelompok melalui aktivitas seperti permainan kartu, teka-teki kelompok, dan permainan tim.

Realitas Orientasi: Langkah terapeutik untuk membantu klien membedakan antara realitas dan persepsi yang terganggu (misalnya halusinasi atau delusi) melalui interaksi langsung dengan situasi nyata yang terstruktur dan terarah.

Role Play: Metode terapi di mana klien berlatih menghadapi situasi sosial tertentu melalui simulasi agar dapat meningkatkan kepercayaan diri, mengurangi kecemasan sosial, serta melatih keterampilan komunikasi tanpa tekanan sosial nyata.

Sosialisasi: Proses terapeutik dalam keperawatan jiwa yang membantu klien mengembangkan kemampuan sosial untuk meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi isolasi sosial, dan memperkuat hubungan interpersonal melalui berbagai aktivitas sosial yang terstruktur.

Stimulasi Auditori: Jenis stimulasi sensorik yang menggunakan suara atau musik tertentu untuk membantu klien merasa rileks, tenang, dan fokus.

Stimulasi Gustatori: Rangsangan melalui rasa seperti manis, asam, asin, atau pahit yang digunakan untuk meningkatkan kesadaran sensori dan respons terhadap rasa.

Stimulasi Olfaktori: Rangsangan menggunakan aroma tertentu, seperti minyak esensial lavender, peppermint, atau citrus untuk membantu klien mencapai kondisi relaksasi, mengurangi kecemasan, serta memperbaiki suasana hati.

Stimulasi Persepsi: Terapi aktivitas kelompok yang dirancang untuk membantu klien dengan gangguan persepsi seperti halusinasi atau delusi agar dapat membedakan antara realitas dengan non-realitas melalui aktivitas-aktivitas khusus yang meningkatkan ketajaman persepsi.

Stimulasi Sensorik: Terapi yang menggunakan rangsangan dari lingkungan eksternal, seperti visual, auditori, taktil, olfaktori, dan gustatori, untuk memperbaiki kemampuan klien dalam merespons rangsangan sensorik secara efektif.

Stimulasi Taktil: Rangsangan melalui sentuhan atau tekstur tertentu, seperti bola stres atau pasir kinetik, untuk membantu klien mengurangi ketegangan fisik serta meningkatkan kesadaran tubuh.

Stimulasi Visual: Jenis stimulasi sensorik yang menggunakan media visual seperti lampu warna-warni atau gambar yang diproyeksikan untuk membantu klien meningkatkan fokus, perhatian, dan ketenangan.

Teknik Grounding: Teknik terapeutik yang digunakan untuk membantu klien tetap terhubung dengan realitas melalui rangsangan inderawi, seperti menyentuh objek nyata, mendengar suara nyata, atau fokus pada pernapasan, khususnya ketika mengalami kecemasan tinggi atau persepsi yang terganggu.

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK): Pendekatan terapi keperawatan jiwa yang menggunakan aktivitas kelompok terstruktur dengan tujuan terapeutik tertentu seperti peningkatan kemampuan sosial, integrasi sensori, atau stimulasi persepsi.

Terapi Kelompok: Pendekatan terapeutik yang melibatkan klien dalam sesi kelompok yang dipimpin oleh seorang perawat atau terapis, bertujuan agar klien dapat saling berbagi pengalaman, mendengarkan, serta memberikan umpan balik yang konstruktif untuk meningkatkan empati dan hubungan sosial.

G. Daftar Pustaka

- Keliat, B. A., & Akemat. (2005). *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A., & Akemat. (2013). *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- Miharja, E. (2021). Sosialisasi pada klien menarik diri di rumah sakit jiwa. *Jurnal Keperawatan*, 1(1), 1–10.
- Purnomo, P. A. (2019). Penerapan terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) pada pasien isolasi sosial. *Repository Universitas Muhammadiyah Gombong*.
- Setyorini, C. (2019). Penerapan terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi pada pasien halusinasi. *Repository Universitas Muhammadiyah Gombong*.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2007). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (8th ed.). St. Louis: Mosby.
- Wakhid, A. (2010). Penerapan terapi latihan keterampilan sosial pada klien perilaku kekerasan dengan pendekatan model hubungan interpersonal Peplau di RS Dr. Marzoeki Mahdi Bogor. *E-Journal Universitas Muhammadiyah Malang*, 7(3), 1–10.
- World Health Organization. (2009). *World Health Statistics 2009*. Geneva: WHO Press.

BAB 8

APLIKASI MODEL KONSEPTUAL DALAM KEPERAWATAN JIWA

Pendahuluan

Model konseptual dalam keperawatan jiwa merupakan kerangka pemikiran yang menjadi panduan dalam praktik keperawatan jiwa, meliputi pendekatan, strategi intervensi, hingga evaluasi pelayanan. Model ini membantu perawat memahami dinamika kesehatan mental klien secara komprehensif dan holistik. Dalam praktik klinis, penerapan model konseptual mendukung perawat dalam menentukan diagnosis, perencanaan, implementasi intervensi, dan evaluasi hasil perawatan secara efektif.

Capaian Pembelajaran (CPL)

Mahasiswa mampu menerapkan model konseptual keperawatan jiwa secara efektif dalam pelayanan keperawatan jiwa profesional.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa mampu menjelaskan, menganalisis, dan mengaplikasikan berbagai model konseptual keperawatan jiwa dalam penanganan masalah kesehatan mental klien.

Sub-CPMK

- Mahasiswa mampu mengidentifikasi berbagai model konseptual keperawatan jiwa.
- Mahasiswa mampu menganalisis relevansi model konseptual dengan kondisi klien.
- Mahasiswa mampu menerapkan intervensi keperawatan berdasarkan model konseptual yang tepat.
- Mahasiswa mampu mengevaluasi efektivitas penerapan model konseptual dalam praktik klinis.

Uraian Materi

A. Jenis-jenis Model Konseptual Keperawatan Jiwa

1. Model Hubungan Interpersonal Peplau

Model interpersonal Peplau merupakan salah satu model konseptual yang sangat berpengaruh dalam bidang keperawatan jiwa. Model ini menggarisbawahi pentingnya hubungan terapeutik yang efektif antara perawat dan klien sebagai dasar utama dalam proses terapi. Hubungan interpersonal ini dibangun melalui komunikasi yang empatik, penuh penghargaan, dan berdasarkan kepercayaan.

Fase-fase Hubungan Interpersonal Peplau

- a. Fase Orientasi Fase ini merupakan tahap awal di mana perawat mulai menjalin hubungan terapeutik dengan klien. Pada tahap ini, perawat memperkenalkan diri, membangun kepercayaan, dan menciptakan suasana terapeutik yang kondusif. Perawat juga menjelaskan tujuan hubungan terapeutik, hak serta kewajiban masing-masing pihak, dan menetapkan batasan-batasan profesional dalam interaksi.
- b. Fase Identifikasi Pada fase ini, klien mulai mengenali dan mengidentifikasi masalah psikologis yang dihadapinya, serta menyadari bahwa dirinya membutuhkan bantuan. Perawat membantu klien untuk memahami kondisi psikologisnya secara lebih dalam, mendorong klien untuk mengungkapkan perasaan, kecemasan, ketakutan, atau konflik yang sedang dialaminya. Di sini, perawat menunjukkan empati tinggi dan memberikan validasi terhadap perasaan serta pengalaman klien.
- c. Fase Eksplorasi Dalam fase eksplorasi, perawat dan klien bersama-sama mengeksplorasi berbagai alternatif solusi atau strategi yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah yang telah diidentifikasi sebelumnya. Perawat secara aktif mendukung klien untuk mengembangkan keterampilan baru, seperti teknik komunikasi, manajemen stres, dan mekanisme koping adaptif melalui berbagai metode seperti konseling individu, role play, terapi aktivitas kelompok, dan edukasi psikologis. Fase ini sangat penting karena klien belajar dan melatih keterampilan yang dapat digunakan untuk mengatasi stresor dalam kehidupannya sehari-hari.
- d. Fase Resolusi Fase resolusi adalah fase terakhir dalam model interpersonal Peplau, di mana klien mulai menerapkan keterampilan dan strategi yang telah dipelajarinya secara mandiri dalam menghadapi masalah psikologisnya. Pada fase ini, klien secara bertahap menunjukkan peningkatan kemampuan mandiri dalam menghadapi stresor psikologis, menunjukkan bahwa proses terapi

berhasil. Perawat berperan dalam mengevaluasi dan memberikan umpan balik atas kemajuan klien, serta mendorong kemandirian klien secara penuh.

2. Model Adaptasi Roy

Model Adaptasi Roy merupakan model konseptual yang menekankan pada proses adaptasi sebagai pusat perhatian dalam praktik keperawatan. Dikembangkan oleh Sister Callista Roy, model ini menjelaskan bahwa individu adalah sistem adaptif yang selalu berupaya mencapai keseimbangan dalam menghadapi berbagai stresor internal maupun eksternal. Dalam konteks keperawatan jiwa, model ini sangat relevan untuk membantu klien mengembangkan respons adaptif terhadap berbagai tekanan psikososial yang dialaminya, seperti kecemasan, depresi, atau stres traumatik.

Konsep Utama dalam Model Adaptasi Roy

a. Individu sebagai Sistem Adaptif

Menurut Roy, individu memiliki kapasitas adaptasi yang memungkinkan mereka merespon stresor dengan berbagai mekanisme koping. Kapasitas ini terbagi dalam dua tipe utama: koping regulator dan koping kognator. Koping regulator melibatkan proses fisiologis, sementara koping kognator melibatkan proses kognitif, emosional, dan persepsi. Perawat jiwa perlu mengkaji kedua jenis mekanisme koping ini untuk memahami kemampuan adaptasi klien secara keseluruhan.

b. Jenis Respon Adaptif

Roy menjelaskan bahwa ada empat mode adaptasi utama yang perlu diperhatikan perawat jiwa:

- 1) Mode Fisiologis: melibatkan respon tubuh terhadap stresor, seperti perubahan pola tidur, nafsu makan, dan gejala somatik lainnya.
- 2) Mode Konsep Diri: mencakup persepsi klien tentang dirinya sendiri, harga diri, identitas diri, dan citra tubuh.
- 3) Mode Fungsi Peran: terkait dengan bagaimana klien menjalankan peran sosialnya, seperti peran sebagai pekerja, orang tua, atau anggota masyarakat.
- 4) Mode Interdependensi: menggambarkan interaksi klien dengan orang lain, termasuk dukungan sosial dan kemampuan dalam membangun hubungan interpersonal.

3. Model Sistem Neuman

Model Sistem Neuman merupakan model konseptual yang dikembangkan oleh Betty Neuman, menempatkan individu sebagai sistem terbuka yang secara konstan berinteraksi dengan lingkungan internal maupun eksternal. Model ini mengedepankan pentingnya mempertahankan dan mengembalikan

keseimbangan sistem klien ketika menghadapi berbagai stresor yang dapat mengganggu kesejahteraan psikologis dan fisik.

Konsep Utama dalam Model Sistem Neuman

a. Individu sebagai Sistem Terbuka

Dalam model Neuman, individu dipandang sebagai sistem terbuka yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungannya. Setiap individu memiliki garis pertahanan dan resistensi yang berfungsi untuk melindungi sistem dari berbagai stresor. Garis pertahanan ini mencakup kondisi fisik, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual.

b. Stresor dan Reaksi Sistem

Stresor adalah segala sesuatu yang memiliki potensi untuk mengganggu keseimbangan sistem individu. Stresor dapat bersifat internal (misalnya konflik emosional atau gangguan biologis) maupun eksternal (misalnya tekanan sosial atau peristiwa traumatik). Reaksi terhadap stresor ditentukan oleh kekuatan garis pertahanan sistem klien. Ketika stresor melewati garis pertahanan normal, individu dapat mengalami gangguan keseimbangan yang memicu gejala stres, kecemasan, atau kondisi mental lainnya.

Tingkat Pencegahan dalam Model Sistem Neuman

a. Pencegahan Primer

Pencegahan primer berfokus pada upaya memperkuat daya tahan individu terhadap stresor sebelum stresor tersebut terjadi. Intervensi pada tingkat ini mencakup edukasi kesehatan mental, pelatihan keterampilan pengelolaan stres seperti teknik relaksasi, meditasi, yoga, serta meningkatkan kesadaran individu tentang pentingnya menjaga keseimbangan hidup. Tujuan utama pencegahan primer adalah meningkatkan ketahanan sistem individu sehingga mampu menahan dampak stresor dengan lebih baik.

b. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder ditujukan pada tahap awal setelah stresor mulai memengaruhi keseimbangan sistem klien. Intervensi pada tingkat ini termasuk deteksi dini gangguan kesehatan mental, konseling individu segera setelah kejadian traumatik, manajemen krisis, serta pemberian dukungan emosional dan psikologis yang tepat waktu. Tujuan dari pencegahan sekunder adalah mencegah berkembangnya gangguan kesehatan mental menjadi lebih serius.

c. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier merupakan tahap rehabilitasi dan pemulihan bagi individu yang telah mengalami gangguan kesehatan mental serius. Intervensi pada tingkat ini mencakup terapi individu dan kelompok yang intensif,

pengembangan keterampilan hidup, dukungan sosial yang berkelanjutan, serta upaya rehabilitasi psikososial agar klien dapat kembali ke fungsi optimal dalam kehidupan sehari-hari. Pencegahan tersier bertujuan meminimalisir dampak jangka panjang dari gangguan mental dan meningkatkan kualitas hidup klien.

B. Penerapan Model Konseptual dalam Praktik Keperawatan Jiwa

Penerapan model konseptual dalam praktik keperawatan jiwa merupakan proses sistematis dan terstruktur yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan serta memastikan hasil intervensi yang optimal bagi klien. Proses ini melibatkan beberapa tahap utama yang dilakukan secara bertahap dan terintegrasi, yaitu tahap pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Tahap pengkajian adalah langkah awal yang penting dalam penerapan model konseptual. Pada tahap ini, perawat mengumpulkan data komprehensif tentang kondisi fisik, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual klien. Pengkajian dilakukan dengan menggunakan berbagai metode seperti wawancara mendalam, observasi perilaku, penggunaan instrumen evaluasi psikometrik, serta laporan dari keluarga atau pihak terkait. Data yang dikumpulkan kemudian dianalisis berdasarkan model konseptual yang digunakan untuk mengidentifikasi berbagai masalah kesehatan mental yang dialami klien secara jelas dan sistematis.

2. Tahap Diagnosa

Setelah data pengkajian dikumpulkan dan dianalisis, tahap berikutnya adalah menentukan diagnosa keperawatan jiwa berdasarkan hasil pengkajian tersebut. Diagnosa ini mencerminkan kondisi aktual atau potensial yang memerlukan intervensi keperawatan. Dalam tahap ini, perawat merumuskan masalah klien secara jelas sesuai dengan konsep-konsep dasar dari model konseptual yang digunakan.

3. Tahap Perencanaan

Tahap perencanaan melibatkan penyusunan tujuan yang spesifik dan terukur serta menentukan intervensi yang relevan dengan kondisi klien. Pada tahap ini, model konseptual memberikan panduan mengenai pendekatan intervensi yang paling efektif dan sesuai untuk klien. Perawat menyusun intervensi yang jelas, rinci, dan berbasis bukti dengan mempertimbangkan berbagai aspek penting seperti karakteristik klien, sumber daya yang tersedia, serta dukungan dari lingkungan sosial.

4. Tahap Implementasi

Implementasi intervensi merupakan tahap penerapan langsung dari rencana perawatan yang telah disusun sebelumnya. Dalam tahap ini, perawat melaksanakan berbagai tindakan keperawatan yang telah direncanakan sesuai dengan prinsip-prinsip model konseptual yang digunakan. Intervensi dapat mencakup berbagai aktivitas seperti konseling individu, terapi aktivitas kelompok, manajemen krisis, pelatihan koping adaptif, serta edukasi kesehatan mental. Selama tahap ini, perawat secara aktif memantau respons klien terhadap intervensi dan melakukan penyesuaian jika diperlukan untuk memastikan efektivitas tindakan.

5. Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan proses penting untuk menilai keberhasilan intervensi yang telah dilakukan. Evaluasi dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan untuk memastikan bahwa tujuan perawatan tercapai. Metode evaluasi mencakup observasi langsung terhadap perubahan perilaku dan kondisi klien, wawancara evaluatif dengan klien, penggunaan instrumen evaluasi diri, serta masukan dari keluarga atau pihak terkait. Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan apakah intervensi perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

C. Studi Kasus: Aplikasi Model Interpersonal Peplau pada Klien dengan Gangguan Kecemasan Sosial

Model hubungan interpersonal Peplau berfokus pada penggunaan hubungan terapeutik antara perawat dan klien sebagai media utama dalam proses terapi keperawatan jiwa. Berikut adalah studi kasus detail penerapan model ini dalam menangani klien dengan gangguan kecemasan sosial.

1. Deskripsi Kasus

Ani (nama samaran), seorang wanita berusia 26 tahun, datang ke klinik dengan keluhan cemas yang berat saat berinteraksi dengan orang lain. Dia mengalami ketakutan yang berlebihan saat berbicara di depan umum atau dalam situasi sosial tertentu, yang berdampak negatif terhadap pekerjaannya sebagai staf administrasi dan kehidupan pribadinya. Ani sering mengalami gejala seperti detak jantung yang cepat, gemetar, berkeringat dingin, dan merasa ingin menghindar dari situasi sosial.

2. Tahapan Implementasi Model Interpersonal Peplau

a. Fase Orientasi

Pada tahap ini, perawat membangun hubungan terapeutik yang aman dan nyaman dengan Ani. Perawat memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan sesi terapi, dan memastikan bahwa Ani memahami batasan profesional hubungan

mereka. Perawat menggunakan komunikasi terbuka, ramah, dan empatik untuk menciptakan suasana yang mendukung sehingga Ani merasa aman untuk mengungkapkan perasaannya secara jujur.

b. 2. Fase Identifikasi

Dalam fase identifikasi, Ani mulai membuka diri dan mendiskusikan pengalaman serta perasaan cemas yang dialaminya. Dengan bantuan perawat, Ani mulai mengenali dan mengidentifikasi sumber-sumber kecemasannya, seperti ketakutan dinilai negatif oleh orang lain, kurangnya kepercayaan diri, dan pengalaman masa lalu yang traumatik terkait interaksi sosial. Perawat menggunakan teknik wawancara mendalam dan aktif mendengarkan serta validasi perasaan Ani, membantu Ani memahami lebih jelas kondisi kecemasan sosialnya.

c. 3. Fase Eksplorasi

Pada fase eksplorasi, perawat bersama Ani mengeksplorasi berbagai strategi dan keterampilan untuk mengatasi kecemasan sosialnya. Intervensi yang dilakukan meliputi latihan komunikasi yang terstruktur dan teknik role play untuk mensimulasikan situasi sosial yang memicu kecemasan. Ani secara bertahap belajar berbagai keterampilan praktis seperti teknik relaksasi pernapasan, teknik berpikir positif, serta cara efektif dalam memulai dan menjaga percakapan. Perawat aktif memberikan umpan balik konstruktif untuk membantu Ani mengembangkan rasa percaya diri yang lebih besar dalam menghadapi situasi sosial.

d. 4. Fase Resolusi

Dalam fase terakhir ini, Ani mulai mengaplikasikan keterampilan yang telah dipelajarinya secara mandiri dalam kehidupan sehari-hari. Ani menerapkan teknik relaksasi saat menghadapi situasi sosial, berusaha secara aktif terlibat dalam percakapan dengan kolega di tempat kerja, dan mulai mengambil peran lebih aktif dalam rapat atau pertemuan sosial. Perawat terus mendukung dengan evaluasi reguler untuk memastikan Ani merasa didukung dan termotivasi selama proses adaptasi ini.

3. Evaluasi Intervensi

Evaluasi intervensi dilakukan secara sistematis dengan mengamati perubahan perilaku Ani, wawancara evaluatif, serta laporan diri Ani terkait gejala kecemasan sosialnya. Setelah melalui seluruh fase terapi interpersonal Peplau, Ani menunjukkan kemajuan signifikan dalam mengelola kecemasannya, mampu menghadapi situasi sosial dengan lebih percaya diri, serta melaporkan peningkatan yang nyata dalam kualitas kehidupan pribadi dan pekerjaannya.

D. Evaluasi Efektivitas Model Konseptual

Evaluasi efektivitas model konseptual dalam keperawatan jiwa merupakan tahap yang sangat penting untuk memastikan bahwa intervensi yang dilakukan memberikan manfaat nyata bagi klien. Evaluasi ini bertujuan untuk menilai sejauh mana perubahan kondisi klien setelah diberikan intervensi keperawatan berdasarkan model konseptual yang dipilih. Dengan evaluasi yang komprehensif, perawat dapat memastikan intervensi yang diberikan tepat sasaran dan dapat disesuaikan jika diperlukan untuk hasil yang optimal.

1. Pentingnya Evaluasi dalam Praktik Keperawatan Jiwa

Evaluasi memungkinkan perawat mengukur sejauh mana tujuan perawatan tercapai dan bagaimana respons klien terhadap intervensi yang telah diberikan. Proses ini juga membantu dalam mengidentifikasi area-area yang memerlukan perbaikan serta memastikan kualitas pelayanan yang berkelanjutan.

2. Metode Evaluasi Efektivitas Model Konseptual

a. Observasi Langsung

Metode ini melibatkan pengamatan langsung terhadap perilaku dan kondisi klien selama sesi intervensi maupun dalam situasi sehari-hari. Observasi dapat mencakup aspek emosional, perilaku, komunikasi, interaksi sosial, serta respons klien terhadap stresor. Observasi harus dilakukan secara rutin dan sistematis untuk mendapatkan gambaran akurat tentang perubahan kondisi klien.

b. Wawancara Klien

Wawancara mendalam dilakukan untuk mendapatkan perspektif langsung dari klien tentang pengalaman mereka selama proses terapi. Dalam wawancara ini, klien didorong untuk secara terbuka menyampaikan perasaan, pikiran, dan pengalaman mereka sebelum, selama, dan setelah intervensi. Wawancara ini juga berguna untuk menilai persepsi klien terhadap efektivitas dan relevansi intervensi yang telah diberikan.

c. Penggunaan Instrumen Evaluasi Psikometrik

Penggunaan instrumen evaluasi psikometrik, seperti kuesioner evaluasi diri atau skala pengukuran yang terstandar, memungkinkan perawat untuk mengukur perubahan kuantitatif dalam kondisi psikologis klien. Instrumen ini dapat membantu mengevaluasi gejala kecemasan, depresi, stres, dan aspek kesehatan mental lainnya secara obyektif dan reliabel.

d. Umpan Balik dari Keluarga dan Lingkungan Sosial

Umpan balik dari keluarga atau pihak yang berinteraksi langsung dengan klien sangat penting untuk mendapatkan pandangan eksternal tentang perubahan

yang terjadi pada klien. Keluarga dapat memberikan informasi berharga mengenai bagaimana intervensi mempengaruhi perilaku klien di rumah, interaksi sosial, dan fungsi sehari-hari klien secara lebih luas.

3. Proses Evaluasi Efektivitas Model Konseptual

Evaluasi efektivitas dilakukan dalam beberapa tahap, mulai dari tahap awal (baseline), selama intervensi berlangsung (formatif), hingga setelah intervensi selesai (sumatif). Pada tahap awal, kondisi klien sebelum intervensi diidentifikasi secara detail. Evaluasi formatif dilakukan selama proses intervensi untuk memastikan bahwa intervensi berjalan sesuai rencana dan memungkinkan penyesuaian intervensi jika diperlukan. Evaluasi sumatif dilakukan setelah semua intervensi selesai diberikan, untuk menilai hasil akhir dari intervensi terhadap kondisi kesehatan mental klien.

4. Studi Kasus: Evaluasi Efektivitas Model Konseptual pada Klien dengan Gangguan Kecemasan

Seorang wanita berusia 30 tahun dengan gangguan kecemasan menjalani intervensi menggunakan model interpersonal Peplau selama 6 minggu. Pada tahap awal, kondisi kecemasannya tinggi dengan gejala seperti sulit tidur, cemas berlebihan, dan menghindari situasi sosial. Observasi langsung selama intervensi menunjukkan peningkatan bertahap dalam kemampuan komunikasi klien dan pengurangan perilaku menghindar. Wawancara evaluatif menunjukkan klien merasa lebih percaya diri dan mampu mengatasi kecemasannya secara efektif dalam situasi sehari-hari. Instrumen evaluasi psikometrik menunjukkan penurunan skor kecemasan yang signifikan. Umpan balik dari keluarga menguatkan hasil ini, melaporkan bahwa klien lebih aktif berinteraksi dalam lingkungan sosial dan keluarga.

E. Latihan Soal

1. Seorang perawat sedang merawat klien dengan gangguan kecemasan sosial menggunakan Model Hubungan Interpersonal Peplau. Dalam fase eksplorasi, tindakan yang paling tepat dilakukan oleh perawat adalah:
 - A. Memberikan obat-obatan anti-kecemasan secara rutin
 - B. Menyusun rencana keluar dari rumah sakit
 - C. Mengidentifikasi penyebab utama kecemasan klien
 - D. Melakukan latihan komunikasi melalui teknik role play
 - E. Melakukan evaluasi hasil intervensi

Jawaban: D. Melakukan latihan komunikasi melalui teknik role play

Pembahasan:

Dalam fase eksplorasi menurut Model Hubungan Interpersonal Peplau, perawat membantu klien mengembangkan keterampilan baru seperti latihan komunikasi atau teknik role play untuk menghadapi kecemasan sosialnya.

2. Menurut Model Adaptasi Roy, mode adaptasi yang mencakup persepsi klien tentang harga diri, identitas diri, dan citra tubuh adalah:

- A. Mode fisiologis
- B. Mode konsep diri
- C. Mode fungsi peran
- D. Mode interdependensi
- E. Mode regulator

Jawaban: B. Mode konsep diri

Pembahasan:

Mode konsep diri dalam Model Adaptasi Roy berfokus pada bagaimana klien memandang dirinya sendiri termasuk harga diri, identitas diri, serta citra tubuh yang mempengaruhi respon adaptif terhadap stresor.

3. Seorang klien mengalami stres berat akibat kehilangan pekerjaan. Perawat menggunakan Model Sistem Neuman dalam merancang intervensi pencegahan sekunder. Tindakan keperawatan yang paling tepat pada tahap ini adalah:

- A. Memberikan pelatihan yoga dan meditasi
- B. Memberikan edukasi kesehatan mental sebelum stres terjadi
- C. Melakukan konseling individu segera setelah kejadian stres
- D. Melakukan terapi kelompok secara intensif
- E. Memberikan dukungan sosial jangka panjang

Jawaban: C. Melakukan konseling individu segera setelah kejadian stres

Pembahasan:

Pencegahan sekunder dalam Model Sistem Neuman bertujuan melakukan intervensi dini, seperti konseling individu, segera setelah klien mengalami stres atau kejadian traumatik untuk mencegah kondisi mental memburuk.

4. Dalam proses evaluasi efektivitas model konseptual, metode yang paling tepat untuk mendapatkan perspektif langsung klien tentang intervensi yang telah diberikan adalah:

- A. Observasi langsung
- B. Instrumen psikometrik
- C. Wawancara mendalam
- D. Catatan medis
- E. Umpan balik keluarga

Jawaban: C. Wawancara mendalam

Pembahasan:

Wawancara mendalam memungkinkan klien secara terbuka menyampaikan pengalaman pribadi serta persepsi mereka tentang efektivitas intervensi, sehingga membantu perawat memahami efektivitas terapi secara kualitatif.

5. Seorang klien dengan gangguan depresi menunjukkan gejala seperti gangguan tidur, perubahan nafsu makan, dan kelelahan. Menurut Model Adaptasi Roy, gejala yang ditampilkan klien termasuk dalam mode adaptasi:

A. Mode interdependensi

B. Mode fungsi peran

C. Mode konsep diri

D. Mode fisiologis

E. Mode regulator

Jawaban: D. Mode fisiologis

Pembahasan:

Mode fisiologis dalam Model Adaptasi Roy mencakup berbagai respon tubuh terhadap stresor, seperti gangguan tidur, perubahan nafsu makan, dan gejala-gejala fisik lainnya yang merupakan manifestasi fisiologis dari gangguan psikologis seperti depresi.

F. Rangkuman materi

Model Konseptual Keperawatan Jiwa adalah pendekatan teoritis yang menjadi landasan dalam praktik keperawatan jiwa untuk memahami klien secara komprehensif dan sistematis. Ada beberapa model konseptual utama yang digunakan dalam praktik ini, di antaranya adalah Model Hubungan Interpersonal Peplau, Model Adaptasi Roy, dan Model Sistem Neuman.

Model Hubungan Interpersonal Peplau menekankan pentingnya hubungan terapeutik antara perawat dan klien sebagai inti dari proses terapi. Hubungan ini berkembang melalui empat fase, yaitu orientasi (pengenalan dan pembangunan kepercayaan), identifikasi (klien menyadari masalahnya), eksplorasi (bersama-sama mengeksplorasi solusi melalui pelatihan keterampilan komunikasi dan koping), serta resolusi (klien menerapkan keterampilan yang dipelajari secara mandiri dan efektif dalam kehidupan sehari-hari).

Model Adaptasi Roy memandang individu sebagai sistem adaptif yang selalu berusaha mencapai keseimbangan saat menghadapi stresor internal maupun eksternal. Model ini menekankan bahwa individu memiliki mekanisme koping berupa koping regulator yang melibatkan respons fisiologis, dan koping kognitor yang melibatkan proses kognitif serta emosional. Terdapat empat mode adaptasi dalam model ini yaitu mode fisiologis (respons tubuh), mode konsep diri (persepsi

diri klien), mode fungsi peran (peran sosial), dan mode interdependensi (interaksi sosial dan dukungan sosial).

Model Sistem Neuman menganggap individu sebagai sistem terbuka yang berinteraksi secara konstan dengan lingkungannya. Individu memiliki garis pertahanan untuk melindungi diri dari stresor, baik internal maupun eksternal. Intervensi dalam model ini dilakukan melalui tiga tingkat pencegahan: primer (penguatan sistem melalui edukasi kesehatan mental dan keterampilan relaksasi), sekunder (deteksi dini dan intervensi segera setelah stresor terjadi), serta tersier (rehabilitasi dan pemulihan pasca gangguan mental).

Dalam praktik klinis, penerapan model konseptual dilakukan secara sistematis melalui tahap pengkajian (mengumpulkan data komprehensif tentang klien), diagnosa (identifikasi masalah berdasarkan model konseptual), perencanaan (penyusunan tujuan dan intervensi berbasis bukti), implementasi (melaksanakan intervensi secara aktif dan konsisten), serta evaluasi (menilai efektivitas intervensi secara sistematis dengan observasi, wawancara klien, instrumen psikometrik, dan umpan balik keluarga).

Studi kasus penerapan Model Interpersonal Peplau pada klien dengan gangguan kecemasan sosial menggambarkan keberhasilan model ini. Dalam kasus tersebut, klien mampu mengelola kecemasan secara efektif setelah menjalani terapi yang mencakup fase orientasi, identifikasi, eksplorasi, dan resolusi.

Evaluasi efektivitas penerapan model konseptual merupakan tahap krusial dalam memastikan keberhasilan intervensi keperawatan jiwa. Proses ini melibatkan evaluasi awal (baseline), evaluasi formatif (selama proses intervensi berlangsung), dan evaluasi sumatif (setelah intervensi selesai). Metode evaluasi meliputi observasi langsung, wawancara mendalam, penggunaan instrumen psikometrik, serta masukan dari keluarga dan lingkungan sosial klien, sehingga hasil intervensi yang diberikan dapat dipastikan efektif dan tepat sasaran.

G. Glosarium

Adaptasi: Proses perubahan atau penyesuaian diri individu dalam menghadapi stresor internal maupun eksternal guna mencapai keseimbangan kembali.

Evaluasi formatif: Evaluasi yang dilakukan selama proses intervensi berlangsung untuk memastikan intervensi berjalan sesuai rencana dan memungkinkan penyesuaian jika diperlukan.

Evaluasi sumatif: Evaluasi yang dilakukan setelah intervensi selesai untuk menilai keberhasilan atau efektivitas akhir dari intervensi yang telah diberikan.

Fase eksplorasi (Peplau): Tahap dalam hubungan interpersonal Peplau di mana perawat bersama klien mengeksplorasi berbagai strategi dan solusi praktis yang dapat digunakan klien untuk mengatasi masalah psikologisnya.

Fase identifikasi (Peplau): Tahap hubungan interpersonal Peplau ketika klien mulai mengenali masalah psikologisnya serta memahami bahwa dirinya memerlukan bantuan profesional.

Fase orientasi (Peplau): Tahap awal hubungan interpersonal antara perawat dan klien di mana perawat memperkenalkan diri, membangun kepercayaan, serta menciptakan suasana terapeutik yang nyaman dan mendukung.

Fase resolusi (Peplau): Tahap akhir hubungan interpersonal Peplau di mana klien secara mandiri menerapkan keterampilan yang dipelajarinya untuk mengatasi masalah psikologis dalam kehidupan sehari-hari, menunjukkan kemandirian dalam menghadapi stresor.

Garis pertahanan (Model Neuman): Mekanisme perlindungan sistem individu dalam model sistem Neuman yang melibatkan aspek fisik, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual, bertujuan melindungi individu dari stresor yang dapat mengganggu keseimbangan sistemnya.

Instrumen evaluasi psikometrik: Alat atau skala pengukuran standar yang digunakan untuk mengukur perubahan kondisi psikologis secara objektif, misalnya skala kecemasan, depresi, atau stres.

Interdependensi (Mode Adaptasi Roy): Mode adaptasi yang menggambarkan interaksi individu dengan orang lain, termasuk bagaimana individu membangun hubungan sosial dan memanfaatkan dukungan sosial dalam menghadapi stresor.

Koping: Mekanisme atau strategi individu dalam menghadapi stresor untuk mencapai adaptasi dan keseimbangan kembali.

Koping kognator (Roy): Mekanisme adaptasi yang melibatkan proses kognitif, persepsi, dan emosional individu dalam menghadapi stresor.

Koping regulator (Roy): Mekanisme adaptasi yang melibatkan respons fisiologis tubuh individu dalam menghadapi stresor.

Model Adaptasi Roy: Model konseptual keperawatan yang dikembangkan oleh Callista Roy yang memandang individu sebagai sistem adaptif yang selalu berusaha mencapai keseimbangan melalui respons adaptif terhadap stresor.

Model Hubungan Interpersonal Peplau: Model konseptual dalam keperawatan jiwa yang dikembangkan oleh Hildegard Peplau yang menekankan pentingnya hubungan interpersonal terapeutik antara perawat dan klien melalui komunikasi yang efektif, empatik, dan saling percaya.

Model Sistem Neuman: Model konseptual dalam keperawatan yang dikembangkan oleh Betty Neuman, yang menggambarkan individu sebagai sistem

terbuka yang berinteraksi dengan lingkungan, menekankan pentingnya menjaga dan memulihkan keseimbangan sistem individu melalui tiga tingkat pencegahan (primer, sekunder, tersier).

Observasi langsung: Metode evaluasi yang dilakukan dengan mengamati langsung perilaku klien, emosi, komunikasi, interaksi sosial, dan respons terhadap intervensi dalam situasi nyata.

Pencegahan primer (Model Neuman): Intervensi yang bertujuan memperkuat daya tahan individu terhadap stresor sebelum stresor tersebut terjadi melalui edukasi dan pelatihan keterampilan pengelolaan stres.

Pencegahan sekunder (Model Neuman): Intervensi dini yang diberikan segera setelah individu mulai mengalami dampak dari stresor untuk mencegah kondisi psikologis memburuk, seperti konseling individu atau intervensi krisis.

Pencegahan tersier (Model Neuman): Intervensi lanjutan berupa rehabilitasi dan pemulihan bagi individu yang telah mengalami dampak serius akibat gangguan mental, bertujuan mengembalikan fungsi optimal individu dalam kehidupan sehari-hari.

Peran fungsi (Mode Adaptasi Roy): Mode adaptasi yang terkait dengan bagaimana individu menjalankan peran sosialnya di lingkungan, seperti peran sebagai pekerja, orang tua, atau anggota masyarakat.

Resolusi: Penyelesaian atau pemecahan masalah psikologis klien melalui penerapan keterampilan yang dipelajari selama proses terapi.

Stresor: Faktor internal atau eksternal yang memiliki potensi mengganggu keseimbangan psikologis atau fisiologis individu.

Sistem adaptif (Roy): Cara pandang individu sebagai sistem yang mampu melakukan penyesuaian diri secara terus-menerus dalam menghadapi tekanan dan stres dari lingkungan.

Sistem terbuka (Neuman): Konsep individu sebagai sistem yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan di sekitarnya, di mana individu harus terus menjaga keseimbangan internalnya agar tetap sehat secara psikologis dan fisik.

Validasi perasaan: Teknik komunikasi terapeutik di mana perawat secara empatik mengakui, menghargai, dan menerima perasaan yang diungkapkan oleh klien sebagai sesuatu yang sah dan wajar.

Wawancara evaluatif: Metode evaluasi yang dilakukan dengan wawancara mendalam bersama klien untuk mendapatkan persepsi langsung tentang efektivitas intervensi dan perubahan yang dirasakan selama proses perawatan.

H. Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2021). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (2021). *Philosophies and theories for advanced nursing practice* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Fawcett, J. (2021). *Applying conceptual models of nursing: Quality improvement, research, and practice* (5th ed.). Springer Publishing Company.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2019). *The Neuman systems model* (6th ed.). Pearson Education.
- Peplau, H. E. (1997). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (2019). *The Roy adaptation model* (4th ed.). Pearson Education.
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2020). *Nursing theories and nursing practice* (5th ed.). F.A. Davis Company.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2020). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (10th ed.). F.A. Davis Company.
- Videbeck, S. L. (2019). *Psychiatric-mental health nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

BAB 9

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN

Pendahuluan

Perilaku kekerasan merupakan salah satu masalah serius dalam keperawatan jiwa, yang dapat menimbulkan risiko tinggi bagi keselamatan pasien, keluarga, tenaga kesehatan, maupun lingkungan sekitar. Perilaku ini sering kali diakibatkan oleh gangguan mental, stres berkepanjangan, atau ketidakmampuan individu dalam mengelola emosi secara efektif. Oleh karena itu, tenaga keperawatan jiwa harus memahami konsep, pendekatan, serta strategi penanganan pasien dengan perilaku kekerasan secara holistik dan profesional.

CPL (Capaian Pembelajaran Lulusan)

Setelah menyelesaikan materi ini, lulusan mampu memberikan asuhan keperawatan komprehensif pada pasien dengan perilaku kekerasan sesuai standar profesi keperawatan jiwa.

CPMK (Capaian Pembelajaran Mata Kuliah)

Mahasiswa mampu memahami, menganalisis, dan menerapkan langkah-langkah pengelolaan serta intervensi keperawatan terhadap pasien dengan perilaku kekerasan.

Sub-CPMK

- Menjelaskan konsep dasar perilaku kekerasan.
- Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
- Melakukan pengkajian keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan perilaku kekerasan.
- Menyusun rencana intervensi keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.
- Melaksanakan intervensi keperawatan dalam menangani perilaku kekerasan.
- Mengevaluasi hasil intervensi keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

Uraian Materi

A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah segala bentuk tindakan agresif yang bisa berupa ancaman atau tindakan fisik yang dapat merugikan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitar. Secara umum, perilaku kekerasan merupakan ekspresi dari ketidakmampuan individu untuk mengelola tekanan emosional atau situasi yang dianggap mengancam. Tindakan agresif ini mencakup kekerasan verbal, fisik, dan bahkan perilaku destruktif terhadap barang atau lingkungan.

B. Faktor Pemicu Perilaku Kekerasan

Beberapa faktor yang dapat menjadi pemicu perilaku kekerasan antara lain:

1. Gangguan Jiwa

- a. Skizofrenia: Kondisi ini sering kali ditandai dengan halusinasi, delusi, dan gangguan persepsi yang membuat pasien merasakan ancaman yang tidak nyata, sehingga memicu perilaku agresif sebagai respons pertahanan diri.
- b. Gangguan Kepribadian Antisosial: Individu dengan gangguan ini cenderung memiliki empati yang rendah dan impulsif, sehingga rentan melakukan perilaku agresif tanpa mempertimbangkan dampaknya terhadap orang lain.

2. Stres Berat

Tekanan emosional yang tinggi akibat situasi kehidupan yang sulit seperti kehilangan pekerjaan, konflik keluarga, atau perceraian, dapat menyebabkan ketegangan yang tinggi dan mendorong individu melakukan tindakan kekerasan.

3. Frustrasi

Kondisi ini terjadi ketika seseorang mengalami hambatan dalam mencapai tujuan atau keinginannya, dan merasa tidak berdaya sehingga akhirnya melampiaskan frustrasinya melalui tindakan agresif.

4. Ketidakmampuan Mengontrol Emosi

Individu yang tidak mampu mengelola emosi, terutama kemarahan, cenderung bereaksi dengan perilaku impulsif dan agresif ketika menghadapi situasi yang memicu emosi negatif.

C. Mekanisme Terjadinya Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan biasanya muncul sebagai respons maladaptif terhadap situasi atau perasaan tidak nyaman yang dirasakan oleh individu. Mekanisme terjadinya perilaku kekerasan melibatkan beberapa tahapan:

1. Tahap Awal (Tahap Pemicu)

Pada tahap ini, individu merasakan adanya stimulus atau situasi yang dianggap mengancam atau membuat tidak nyaman. Perasaan ini menimbulkan respons emosional seperti kecemasan atau ketakutan yang tinggi.

2. Tahap Eskalasi

Jika individu tidak mampu mengatasi emosi yang muncul, situasi emosional meningkat menjadi lebih intens dan sulit dikontrol. Gejala fisiologis seperti peningkatan denyut jantung, tekanan darah, dan ketegangan otot mulai terlihat jelas.

3. Tahap Krisis

Tahap ini merupakan puncak perilaku kekerasan di mana individu mengekspresikan kemarahannya secara agresif, baik verbal maupun fisik. Pada tahap ini, intervensi segera dari tenaga keperawatan sangat diperlukan untuk mencegah cedera lebih lanjut.

4. Tahap Pemulihan

Setelah perilaku agresif mereda, individu mulai kembali ke keadaan emosional yang lebih tenang. Pada tahap ini, dukungan psikologis penting untuk membantu individu mengevaluasi perilakunya dan mengembangkan strategi pengendalian diri.

D. Peran Perawat Jiwa

Perawat jiwa harus memahami latar belakang psikologis dan sosial pasien agar mampu memberikan intervensi yang tepat. Pengetahuan tentang proses terjadinya perilaku kekerasan serta faktor-faktor pemicunya membantu perawat dalam mencegah eskalasi perilaku agresif dan meningkatkan efektivitas intervensi keperawatan.

1. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan dapat dikenali melalui sejumlah tanda dan gejala yang muncul pada individu yang mengalami ketegangan emosional atau konflik internal. Tanda-tanda ini biasanya berkembang secara bertahap, mulai dari gejala awal hingga manifestasi perilaku yang jelas dan berbahaya. Berikut penjabaran detail mengenai tanda dan gejala perilaku kekerasan:

a. Ekspresi Wajah Marah atau Kesal

Individu dengan potensi perilaku kekerasan sering kali memperlihatkan ekspresi wajah yang marah atau kesal, seperti mengerutkan dahi, menatap tajam, mengencangkan rahang, atau memperlihatkan ketegangan otot wajah secara nyata.

b. Bicara Keras, Kasar, dan Mengancam

Komunikasi verbal yang agresif biasanya muncul dalam bentuk nada suara yang tinggi, pemilihan kata yang kasar, ancaman verbal seperti intimidasi atau gertakan, dan sering kali diikuti dengan komentar-komentar yang merendahkan atau menyerang secara personal.

c. Gerakan Tubuh Cepat dan Agresif

Individu dengan perilaku kekerasan menunjukkan gerakan tubuh yang cepat, tiba-tiba, dan tampak tidak terkendali. Gerakan seperti mengepalkan tangan, menunjuk secara agresif, berjalan bolak-balik dengan gelisah, dan gestur tubuh yang mengancam menjadi indikasi kuat perilaku agresif.

d. Perilaku Destruktif

Perilaku destruktif mencakup tindakan merusak barang-barang di sekitar, memecahkan benda, atau bahkan melukai diri sendiri. Tindakan ini bisa berupa tindakan fisik yang impulsif seperti memukul tembok, membanting barang, atau menyakiti diri seperti mencakar atau memukul diri sendiri.

e. Penolakan Komunikasi atau Sikap Tidak Kooperatif

Individu yang mengalami eskalasi emosi dan menuju perilaku kekerasan cenderung menarik diri, menolak berkomunikasi, atau bersikap tidak kooperatif. Sikap ini mencerminkan ketidakpercayaan terhadap orang di sekitarnya, sehingga menghambat komunikasi efektif dalam mengatasi permasalahan.

f. Perubahan Fisiologis

Perubahan fisiologis yang menyertai perilaku kekerasan mencakup:

- 1) Peningkatan denyut nadi: Jantung berdetak lebih cepat sebagai respons tubuh terhadap stres akut.
- 2) Tekanan darah meningkat: Tekanan darah yang meningkat secara signifikan disebabkan oleh pelepasan hormon stres seperti adrenalin.
- 3) Pupil membesar: Pelebaran pupil merupakan respons fisiologis terhadap situasi yang dianggap mengancam atau menimbulkan ketegangan tinggi.
- 4) Pernapasan cepat: Individu bernapas lebih cepat dan dangkal sebagai respons tubuh terhadap ketegangan emosional yang tinggi.

Mengenali tanda dan gejala perilaku kekerasan secara dini memungkinkan perawat jiwa untuk mengambil langkah intervensi yang tepat guna mencegah eskalasi perilaku dan memastikan keselamatan pasien maupun lingkungan sekitar.

2. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal penting untuk memahami kondisi pasien secara menyeluruh, menentukan kebutuhan intervensi,

dan meminimalkan risiko terjadinya kekerasan lebih lanjut. Pengkajian yang komprehensif mencakup beberapa aspek penting berikut ini:

a. Pengkajian Psikologis

Pengkajian psikologis bertujuan untuk mengidentifikasi faktor penyebab, pencetus, serta riwayat kekerasan yang dialami oleh pasien. Aspek penting dalam pengkajian psikologis meliputi:

- 1) Riwayat Kekerasan: Mengidentifikasi apakah pasien pernah melakukan atau mengalami tindakan kekerasan sebelumnya, termasuk konteks, frekuensi, intensitas, dan pola perilaku.
- 2) Identifikasi Pemicu: Mengetahui situasi atau kondisi tertentu yang sering memicu munculnya perilaku kekerasan pada pasien, seperti situasi yang penuh tekanan atau konflik interpersonal.
- 3) Kondisi Mental Pasien: Melakukan observasi dan wawancara untuk menentukan status mental pasien, seperti adanya halusinasi, delusi, kecemasan, atau gangguan emosional lain yang dapat meningkatkan risiko perilaku kekerasan.

b. Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik dilakukan untuk mengetahui tanda-tanda fisik yang terkait erat dengan kondisi emosional pasien. Tanda-tanda fisik ini sering muncul sebagai respons fisiologis terhadap stres atau ketegangan emosional, di antaranya:

- 1) Perubahan Vital Sign: Seperti peningkatan denyut nadi, tekanan darah tinggi, pernapasan cepat, serta pupil membesar.
- 2) Ketegangan Otot: Otot yang tegang, terutama pada wajah, leher, bahu, atau tangan, sebagai respons fisik terhadap stres.
- 3) Cedera Fisik: Pemeriksaan terhadap kemungkinan cedera fisik yang disebabkan oleh tindakan agresif sebelumnya atau tanda-tanda self-harm.

c. Pengkajian Sosial

Pengkajian sosial bertujuan untuk memahami hubungan interpersonal pasien serta dukungan sosial yang dimilikinya. Aspek ini mencakup:

- 1) Hubungan Interpersonal: Mengidentifikasi pola hubungan sosial pasien, baik dalam keluarga, tempat kerja, maupun lingkungan sosial lainnya, termasuk adanya konflik atau tekanan dari hubungan tersebut.
- 2) Dukungan Keluarga: Menilai tingkat dukungan keluarga terhadap pasien, sejauh mana keluarga memahami kondisi pasien, serta kesiapan keluarga dalam membantu proses pemulihan.
- 3) Isolasi Sosial: Mengetahui apakah pasien memiliki kecenderungan untuk menarik diri dari interaksi sosial yang dapat memperburuk kondisi emosionalnya.

d. Pengkajian Lingkungan

Pengkajian lingkungan penting untuk mengetahui kondisi atau situasi lingkungan yang dapat memicu atau memperburuk perilaku kekerasan. Faktor-faktor lingkungan yang perlu dinilai mencakup:

- 1) Lingkungan Fisik: Seperti suasana ruangan yang sesak, kebisingan, atau pencahayaan yang buruk, yang dapat meningkatkan rasa tidak nyaman atau tertekan pada pasien.
- 2) Faktor Sosial Lingkungan: Seperti ketegangan hubungan dalam lingkungan sekitar atau tekanan sosial yang tinggi.
- 3) Keamanan Lingkungan: Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat membahayakan keselamatan pasien atau orang lain di lingkungan sekitar pasien, serta langkah-langkah pencegahan yang dapat dilakukan.

Melalui pengkajian keperawatan yang komprehensif ini, tenaga keperawatan dapat menentukan intervensi yang paling tepat guna mengatasi perilaku kekerasan secara efektif dan membantu pasien menuju pemulihan yang optimal

E. Rencana Intervensi Keperawatan

Rencana intervensi keperawatan bertujuan untuk mengelola perilaku kekerasan secara efektif dan mendukung pemulihan pasien dalam jangka panjang. Berikut adalah uraian detail mengenai rencana intervensi keperawatan:

1. Tujuan Intervensi

Tujuan utama intervensi keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah:

a. Menjamin Keamanan Pasien dan Orang di Sekitarnya

Keamanan adalah prioritas utama. Langkah-langkah intervensi meliputi:

- 1) Memastikan lingkungan pasien aman dan terkendali, tanpa benda tajam atau berbahaya.
- 2) Menggunakan teknik pendekatan verbal yang menenangkan dan menghindari provokasi.
- 3) Melakukan pengawasan ketat, terutama saat pasien menunjukkan tanda awal perilaku agresif.

b. Mengurangi Perilaku Agresif dan Meningkatkan Kontrol Diri

Langkah-langkah dalam mengurangi perilaku agresif meliputi:

- 1) Teknik de-eskalasi seperti pendekatan verbal empati, mendengarkan aktif, serta memberikan perhatian penuh pada keluhan pasien.
- 2) Latihan relaksasi untuk mengurangi ketegangan fisik dan emosi, seperti teknik pernapasan dalam, relaksasi progresif, atau meditasi ringan.

- 3) Penggunaan terapi perilaku kognitif (CBT) untuk membantu pasien mengenali pemicu emosi serta mengembangkan pola pikir dan perilaku yang adaptif.
 - 4) Pengaturan dan pemberian obat-obatan yang tepat oleh dokter untuk mengurangi impulsivitas dan menstabilkan suasana hati.
- c. Memperbaiki Hubungan Interpersonal Pasien
- Intervensi untuk memperbaiki hubungan interpersonal meliputi:
- 1) Terapi kelompok atau terapi keluarga untuk meningkatkan kemampuan komunikasi dan resolusi konflik.
 - 2) Pelatihan keterampilan sosial agar pasien mampu menjalin hubungan yang sehat dan produktif dengan orang lain.
 - 3) Pendampingan individu oleh perawat dalam mengidentifikasi masalah interpersonal dan mengembangkan keterampilan untuk mengatasinya secara efektif.

2. Strategi Intervensi

Strategi intervensi terdiri dari:

a. Strategi Jangka Pendek

Strategi ini dilakukan untuk mengatasi situasi krisis secara langsung:

- 1) De-eskalasi verbal dengan pendekatan empati dan mendengarkan aktif.
- 2) Penempatan pasien di ruangan aman, tenang, dan nyaman.
- 3) Pendampingan intensif selama periode akut untuk mencegah terjadinya cedera.

b. Strategi Jangka Panjang

Strategi ini bertujuan untuk pencegahan perilaku agresif berkelanjutan:

- 1) Terapi perilaku untuk membantu pasien mengenali pemicu agresi serta mengembangkan strategi koping yang efektif.
- 2) Terapi kelompok yang berfokus pada keterampilan komunikasi dan interaksi sosial.
- 3) Pendidikan pasien dan keluarga tentang manajemen emosi, teknik relaksasi, serta pengenalan tanda-tanda awal perilaku agresif.
- 4) Pemantauan rutin oleh perawat jiwa guna menilai perkembangan perilaku dan menyesuaikan intervensi sesuai kebutuhan pasien.

Dengan melaksanakan rencana intervensi keperawatan yang komprehensif, tenaga keperawatan dapat secara efektif mengurangi risiko perilaku kekerasan, mendukung proses pemulihan pasien, dan menciptakan lingkungan terapi yang aman serta kondusif bagi semua pihak yang terlibat.

3. Rencana Intervensi

Rencana intervensi terdiri atas strategi jangka pendek dan jangka panjang yang disusun berdasarkan hasil pengkajian:

a. Intervensi Segera (Jangka Pendek)

Intervensi segera bertujuan untuk meredakan situasi yang berpotensi berbahaya secara langsung, meliputi:

- 1) De-eskalasi: Menggunakan pendekatan verbal yang tenang, empati, dan mendengarkan secara aktif. Perawat menghindari nada suara yang tinggi, bahasa tubuh yang mengancam, serta memberikan ruang fisik yang aman bagi pasien untuk mengekspresikan emosinya.
- 2) Pemberian Ruang Aman: Menempatkan pasien di lingkungan yang aman, tenang, dan bebas dari benda-benda berbahaya. Perawat memastikan pasien tidak merasa terkurung tetapi tetap dalam pengawasan ketat.
- 3) Pendekatan Verbal: Menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang menenangkan, seperti validasi perasaan pasien, pemberian pengertian, serta membantu pasien mengidentifikasi perasaan yang dialami.

b. Intervensi Terapeutik (Jangka Panjang)

Intervensi ini berfokus pada pencegahan perilaku kekerasan secara berkelanjutan dengan pendekatan psikologis dan terapeutik, meliputi:

- 1) Terapi Perilaku: Melatih pasien dalam mengenali pemicu perilaku agresif serta mengembangkan teknik-teknik koping yang efektif seperti teknik relaksasi, distraksi, dan manajemen marah.
- 2) Terapi Kelompok: Menyediakan lingkungan terapi yang mendukung di mana pasien dapat berbagi pengalaman, belajar keterampilan sosial, mengelola konflik, serta membangun empati terhadap orang lain.
- 3) Terapi Kognitif: Membantu pasien mengidentifikasi pola pikir yang negatif atau maladaptif serta menggantinya dengan pola pikir yang lebih positif dan adaptif, yang secara langsung dapat mengurangi kecenderungan perilaku agresif.

c. Pendidikan Pasien dan Keluarga

Edukasi kepada pasien dan keluarga bertujuan untuk meningkatkan pemahaman mereka tentang kondisi pasien, meliputi:

- 1) Manajemen Emosi: Memberikan pemahaman kepada pasien tentang bagaimana mengidentifikasi tanda-tanda emosi yang meningkat dan strategi efektif untuk menenangkan diri.
- 2) Identifikasi Tanda-tanda Awal Kekerasan: Mengajarkan keluarga dan pasien untuk mengenali tanda-tanda awal perilaku agresif sehingga intervensi dini dapat segera dilakukan untuk mencegah eskalasi.

- 3) Peran Keluarga dalam Dukungan Sosial: Melatih keluarga tentang cara memberikan dukungan emosional yang efektif dan menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pemulihan pasien.

4. Implementasi Intervensi Keperawatan

Implementasi intervensi keperawatan merupakan tahap di mana perawat secara aktif menjalankan berbagai strategi yang telah direncanakan untuk mengelola perilaku agresif pasien secara efektif. Berikut ini adalah penjelasan yang detail mengenai implementasi intervensi keperawatan:

a. Pendekatan Empati dan Komunikasi Terapeutik

Pendekatan empati dan komunikasi terapeutik sangat penting dalam mengelola pasien dengan perilaku agresif. Langkah-langkah dalam pendekatan ini meliputi:

- 1) Menunjukkan empati dengan cara memahami dan menghargai perasaan pasien tanpa memberikan penilaian negatif.
- 2) Menggunakan komunikasi verbal yang tenang, jelas, dan penuh penghormatan.
- 3) Menggunakan bahasa tubuh terbuka dan non-konfrontatif, seperti kontak mata yang lembut, posisi tubuh yang tidak mengancam, dan menjaga jarak aman tetapi nyaman.
- 4) Menghindari penggunaan bahasa atau tindakan yang provokatif yang dapat memperparah situasi.

b. Teknik De-eskalasi

Teknik de-eskalasi bertujuan untuk meredakan situasi ketegangan sebelum mencapai perilaku agresif. Langkah-langkah teknik de-eskalasi mencakup:

- 1) Mendengarkan Aktif: Memberikan perhatian penuh terhadap keluhan pasien tanpa menyela, mengganggu untuk menunjukkan pemahaman, dan mengulang atau merangkum pernyataan pasien untuk memastikan kejelasan.
- 2) Memberikan Ruang Aman: Mengarahkan pasien ke lingkungan yang tenang dan bebas dari rangsangan berlebihan atau ancaman. Ruang tersebut harus aman dan nyaman, tanpa barang-barang yang bisa digunakan untuk melukai.
- 3) Menghindari Konfrontasi: Tidak melakukan konfrontasi secara langsung atau argumentatif dengan pasien. Fokuslah pada penyelesaian masalah dan solusi yang membantu pasien merasa lebih tenang dan aman.

c. Pemberian Obat-obatan

Pemberian obat-obatan dilakukan sesuai resep dokter untuk mengontrol perilaku agresif akut. Peran perawat dalam pemberian obat-obatan meliputi:

- 1) Memastikan pasien menerima medikasi tepat waktu dan sesuai dosis yang diresepkan.
- 2) Melakukan pengawasan ketat terhadap efek samping yang mungkin timbul akibat medikasi.
- 3) Melaporkan kepada dokter jika terjadi efek samping atau jika medikasi tidak efektif dalam mengendalikan perilaku agresif.
- 4) Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang tujuan medikasi serta pentingnya kepatuhan pengobatan.

d. Pelaksanaan Terapi Perilaku dan Kognitif

Implementasi terapi perilaku dan kognitif (CBT) merupakan intervensi penting untuk mengelola perilaku agresif secara jangka panjang. Kegiatan dalam terapi ini mencakup:

- 1) Mengidentifikasi pikiran, perasaan, dan situasi yang memicu perilaku agresif.
- 2) Mengajarkan teknik koping positif seperti relaksasi, pengalihan perhatian, serta latihan keterampilan sosial.
- 3) Membantu pasien mengubah pola pikir negatif atau maladaptif menjadi pola pikir yang lebih positif dan realistis.
- 4) Melakukan sesi individu atau kelompok secara rutin untuk membantu pasien menginternalisasi keterampilan baru.

5. Evaluasi Intervensi

Evaluasi intervensi keperawatan adalah proses penting untuk menilai efektivitas strategi yang telah dilakukan terhadap pasien dengan perilaku kekerasan. Evaluasi ini memastikan bahwa tujuan intervensi tercapai dan membantu perawat menentukan apakah perlu dilakukan penyesuaian terhadap strategi yang sudah diterapkan. Berikut penjabaran detail mengenai proses evaluasi intervensi keperawatan:

a. Efektivitas Strategi dalam Mengurangi Frekuensi dan Intensitas Perilaku Kekerasan

Evaluasi dilakukan untuk mengukur sejauh mana intervensi telah berhasil menurunkan frekuensi dan intensitas perilaku agresif pasien. Langkah-langkah dalam evaluasi ini mencakup:

- 1) Melakukan observasi langsung terhadap perilaku pasien secara rutin dan mencatat frekuensi, intensitas, serta durasi setiap episode agresif.

- 2) Menggunakan skala penilaian perilaku untuk mengukur perubahan yang terjadi selama periode intervensi.
 - 3) Mengidentifikasi perubahan pola perilaku dari sebelum hingga setelah intervensi diterapkan.
 - 4) Menilai dampak langsung dari teknik de-eskalasi dan intervensi terapeutik terhadap perilaku pasien.
- b. Kemampuan Pasien dalam Mengidentifikasi Pemicu Emosi dan Menggunakan Strategi Koping yang Tepat
- Evaluasi ini bertujuan untuk menilai apakah pasien telah mampu mengidentifikasi situasi, pikiran, atau emosi tertentu yang menjadi pemicu perilaku agresifnya serta mampu menerapkan strategi koping yang efektif. Langkah-langkah evaluasi mencakup:
- 1) Melakukan wawancara rutin dengan pasien untuk mengevaluasi pemahaman mereka terhadap pemicu perilaku agresif dan strategi koping yang mereka pelajari.
 - 2) Mengobservasi secara langsung atau melalui simulasi tentang cara pasien menerapkan teknik-teknik koping seperti relaksasi, pengalihan perhatian, atau komunikasi asertif dalam situasi yang memicu agresi.
 - 3) Memberikan umpan balik konstruktif terhadap upaya pasien dalam menggunakan strategi koping agar mereka dapat terus meningkatkan keterampilan pengendalian emosi.
- c. Partisipasi Keluarga dan Lingkungan Sosial dalam Mendukung Perubahan Perilaku Pasien
- Evaluasi terhadap partisipasi keluarga dan lingkungan sosial dilakukan untuk memastikan dukungan eksternal yang kuat bagi pasien. Langkah-langkah evaluasi ini mencakup:
- 1) Melakukan pertemuan rutin dengan keluarga pasien untuk menilai tingkat pemahaman dan keterlibatan mereka dalam proses pemulihan pasien.
 - 2) Menilai sejauh mana keluarga mampu memberikan dukungan emosional, instrumental, serta membantu mengurangi situasi yang memicu perilaku agresif pasien di lingkungan rumah.
 - 3) Melakukan wawancara atau observasi untuk mengevaluasi sejauh mana pasien mampu memanfaatkan dukungan sosial dari lingkungannya dalam mengelola perilaku agresif.
 - 4) Memberikan edukasi tambahan kepada keluarga jika ditemukan ketidakefektifan dalam mendukung perubahan perilaku pasien.

F. Latihan Soal

1. Seorang pasien pria berusia 30 tahun dirawat di ruang psikiatri dengan diagnosis skizofrenia paranoid. Pasien tiba-tiba menunjukkan ekspresi wajah marah, bicara keras, kasar, dan mengancam akan menyerang perawat. Apa tindakan awal yang paling tepat dilakukan oleh perawat dalam situasi ini?
 - A. Memberi peringatan keras kepada pasien
 - B. Memberikan obat penenang dosis tinggi tanpa instruksi dokter
 - C. Melakukan teknik de-eskalasi dan pendekatan empati
 - D. Mengisolasi pasien secara paksa
 - E. Mengabaikan perilaku pasien hingga ia tenang sendiri

Jawaban: C

Pembahasan: Tindakan awal yang paling tepat adalah melakukan teknik de-eskalasi dengan pendekatan empati untuk meredakan ketegangan sebelum perilaku pasien meningkat menjadi kekerasan fisik.

2. Seorang pasien wanita berusia 25 tahun dirawat karena menunjukkan perilaku destruktif seperti merusak barang-barang di kamar rawat. Berdasarkan pengkajian awal, ditemukan bahwa pasien merasa frustrasi akibat konflik keluarga. Apa yang menjadi fokus utama intervensi keperawatan jangka panjang dalam kasus ini?
 - A. Penggunaan medikasi antipsikotik dosis tinggi
 - B. Terapi elektroconvulsif
 - C. Terapi perilaku kognitif (CBT) untuk mengelola frustrasi
 - D. Menyediakan ruang isolasi permanen
 - E. Mengurangi kontak dengan keluarga

Jawaban: C

Pembahasan: Fokus intervensi jangka panjang yang tepat adalah terapi perilaku kognitif yang membantu pasien mengenali dan mengelola frustrasi dengan baik.

3. Seorang pasien mengalami peningkatan denyut nadi, tekanan darah tinggi, pupil membesar, serta napas cepat sebagai tanda perilaku agresif. Berdasarkan tanda-tanda tersebut, pasien sedang berada dalam tahap apa dari mekanisme perilaku kekerasan?
 - A. Tahap awal (pemicu)
 - B. Tahap eskalasi
 - C. Tahap krisis
 - D. Tahap pemulihan
 - E. Tahap pasca-krisis

Jawaban: B

Pembahasan: Tanda-tanda fisiologis yang dialami pasien menunjukkan bahwa ia sedang berada pada tahap eskalasi di mana emosi pasien meningkat secara signifikan dan mulai sulit dikendalikan.

4. Seorang pasien dengan riwayat gangguan kepribadian antisosial menunjukkan perilaku agresif tanpa adanya provokasi jelas. Faktor pemicu paling mungkin dari perilaku agresif pada pasien tersebut adalah:
- A. Halusinasi
 - B. Empati yang rendah dan impulsif
 - C. Tekanan keluarga
 - D. Stres pekerjaan
 - E. Frustrasi mencapai tujuan

Jawaban: B

Pembahasan: Gangguan kepribadian antisosial biasanya ditandai oleh empati yang rendah dan kecenderungan impulsif, yang membuat individu tersebut lebih rentan terhadap perilaku agresif.

5. Dalam evaluasi intervensi, seorang pasien telah mampu mengidentifikasi situasi yang menjadi pemicu emosinya dan berhasil menggunakan teknik relaksasi secara mandiri. Apa langkah evaluasi berikutnya yang paling tepat?
- A. Mengurangi pengawasan terhadap pasien
 - B. Menghentikan semua bentuk terapi karena dianggap berhasil
 - C. Memberikan edukasi tambahan untuk memperkuat strategi koping pasien
 - D. Meminta keluarga untuk tidak terlibat lagi dalam pengawasan
 - E. Memberikan pasien kebebasan penuh tanpa pengawasan

Jawaban: C

Pembahasan: Evaluasi berikutnya yang tepat adalah memberikan edukasi tambahan untuk memastikan pasien semakin mahir dalam menerapkan strategi koping yang telah dipelajari.

G. Rangkuman Materi

Perilaku kekerasan merupakan bentuk tindakan agresif yang meliputi ancaman atau tindakan fisik yang merugikan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Perilaku ini biasanya muncul sebagai respons maladaptif ketika individu tidak mampu mengelola tekanan emosional atau situasi yang dirasakan mengancam. Faktor pemicu perilaku kekerasan antara lain gangguan jiwa seperti skizofrenia yang ditandai dengan halusinasi dan delusi, serta gangguan kepribadian antisosial yang ditandai oleh impulsivitas dan empati yang rendah. Selain itu, stres berat akibat situasi hidup yang sulit seperti kehilangan pekerjaan atau konflik keluarga, frustrasi

akibat hambatan dalam mencapai tujuan, serta ketidakmampuan mengontrol emosi terutama kemarahan, juga menjadi faktor pemicu.

Perilaku kekerasan berkembang melalui beberapa tahapan. Awalnya individu merasa terancam atau tidak nyaman, menimbulkan kecemasan atau ketakutan. Jika emosi ini tidak dikelola dengan baik, situasi meningkat ke tahap eskalasi dengan tanda fisiologis seperti denyut jantung dan tekanan darah meningkat. Selanjutnya, tahap krisis terjadi dengan ekspresi agresif secara verbal atau fisik, yang membutuhkan intervensi segera dari tenaga kesehatan. Setelah perilaku agresif mereda, individu memasuki tahap pemulihan di mana ia memerlukan dukungan psikologis untuk mengevaluasi perilaku dan mengembangkan pengendalian diri.

Perawat jiwa memiliki peran penting dalam mengenali tanda-tanda perilaku kekerasan, seperti ekspresi wajah marah, bicara kasar dan mengancam, gerakan tubuh agresif, perilaku destruktif, penolakan komunikasi, serta perubahan fisiologis seperti peningkatan denyut nadi dan tekanan darah. Dengan melakukan pengkajian psikologis, fisik, sosial, dan lingkungan secara menyeluruh, perawat dapat menentukan intervensi yang efektif. Intervensi ini meliputi langkah jangka pendek seperti teknik de-eskalasi untuk menjamin keamanan segera, dan jangka panjang seperti terapi perilaku kognitif serta edukasi kepada pasien dan keluarga untuk meningkatkan kontrol diri, memperbaiki hubungan interpersonal, serta mendukung pemulihan yang optimal. Evaluasi rutin diperlukan untuk menilai efektivitas strategi intervensi dan kemampuan pasien dalam mengelola emosi serta dukungan dari keluarga dan lingkungan sosial.

H. Glosarium

Agresif

Perilaku yang ditandai oleh tindakan atau ancaman yang bermaksud melukai diri sendiri, orang lain, atau lingkungan.

Delusi

Keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan yang dipertahankan secara kuat oleh individu meskipun terdapat bukti yang jelas sebaliknya.

De-eskalasi

Teknik atau pendekatan yang digunakan untuk menurunkan tingkat ketegangan atau agresivitas pada individu yang mengalami emosi tinggi.

Ekspresi Emosional

Cara seseorang menunjukkan perasaan atau emosinya melalui wajah, suara, atau perilaku fisik.

Empati

Kemampuan untuk memahami dan merasakan perasaan atau situasi yang dialami orang lain.

Frustrasi

Perasaan kecewa atau terhambat akibat adanya hambatan dalam mencapai suatu tujuan atau keinginan.

Gangguan Kepribadian Antisosial

Gangguan jiwa yang ditandai oleh sikap tidak menghargai norma sosial, impulsivitas, rendahnya empati, dan kecenderungan perilaku agresif.

Halusinasi

Persepsi sensorik palsu yang dirasakan sebagai nyata oleh individu, padahal tidak ada rangsangan yang sebenarnya dari lingkungan eksternal.

Impulsif

Tindakan atau keputusan yang dilakukan secara cepat tanpa pertimbangan atau kontrol diri yang matang.

Kognitif

Berkaitan dengan proses berpikir, seperti persepsi, memori, pengambilan keputusan, dan pemecahan masalah.

Komunikasi Terapeutik

Komunikasi efektif yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk membantu pasien mengekspresikan perasaan dan mengelola emosi secara konstruktif.

Koping

Upaya atau strategi yang digunakan individu untuk mengatasi situasi stres atau tekanan emosional secara efektif.

Maladaptif

Respons atau perilaku yang tidak sesuai atau tidak efektif dalam menghadapi stres atau situasi tertentu, sering kali memperburuk kondisi psikologis seseorang.

Pemicu

Faktor atau stimulus yang menyebabkan munculnya reaksi atau perilaku tertentu, seperti perilaku kekerasan.

Pengkajian Keperawatan

Proses mengumpulkan data tentang kondisi pasien secara komprehensif, meliputi aspek psikologis, fisik, sosial, dan lingkungan, guna menentukan intervensi yang tepat.

Perilaku Destruktif

Tindakan yang bertujuan merusak atau menghancurkan benda atau melukai diri sendiri sebagai bentuk ekspresi emosional.

Relaksasi Progresif

Teknik relaksasi yang dilakukan dengan mengendurkan otot-otot tubuh secara bertahap untuk menurunkan stres fisik dan emosional.

Skizofrenia

Gangguan jiwa kronis yang ditandai oleh gangguan dalam persepsi, pemikiran, emosi, dan perilaku, sering melibatkan halusinasi dan delusi.

Stimulus

Rangsangan atau situasi yang dapat memicu respons emosional atau perilaku tertentu pada individu.

Strategi Intervensi Keperawatan

Langkah-langkah terencana yang dilakukan perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan atau perilaku yang dihadapinya.

I. Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Gorman, L. M., & Anwar, R. (2018). *Neeb's Fundamentals of Mental Health Nursing* (5th ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Halter, M. J. (2018). *Vancouver's Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Keltner, N. L., & Steele, D. (2018). *Psychiatric Nursing* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Kneisl, C. R., & Trigoboff, E. (2022). *Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing* (4th ed.). New York, NY: Pearson.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Stuart, G. W. (2021). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (11th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2020). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Vancouver, E. M., & Fosbre, C. D. (2020). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing* (4th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-Mental Health Nursing* (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.

BAB 10

HARGA DIRI RENDAH

Tujuan Intruksional:

- Menjelaskan Konsep Harga Diri Rendah pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa.
- Menjelaskan Faktor Presipitasi Dan Predisposisi Pasien Dengan Harga Diri Rendah.
- Menjelaskan Tanda Gejala Pasien Dengan Harga Diri Rendah.
- Memaparkan tata laksana dan penanganan pasien dengan Harga Diri Rendah

Capaian Pembelajaran:

- Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Harga Diri Rendah Situasional
- Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Harga Diri Rendah Kronis
- Mampu mengintegrasikan sikap dan keterampilan untuk mengatasi kondisi harga Diri Rendah
- Mampu mengintegrasikan komunikasi yang digunakan untuk merawat pasien dengan Harga Diri Rendah

CPL-PRODI yang dibebankan pada MK

CPL	Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien kanker dan keluarganya secara profesional melalui kepemimpinan dalam keperawatan untuk mencapai kemandirian dalam area keperawatan onkologi sesuai etik, legal, peka budaya dan berbasis bukti
-----	--

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

CPMK	Bila diberikan pengalaman belajar di kelas, mahasiswa mampu mengintegrasikan (C4) pengetahuan, sikap dan keterampilan praktik dan aktifitas menerapkan gaya kepemimpinan dan manajemen tim yang efektif dalam perawatan kanker.
------	---

Sub-CPMK

Sub-CPMK 1	Mendiskusikan berbagai teori dan gaya kepemimpinan dalam berbagai teori kepemimpinan klasik dan kontemporer dalam keperawatan dengan menerapkan prinsip-prinsip etika dalam kepemimpinan perawatan kanker.
Sub- CPMK 2	Mempraktikkan kecerdasan emosi dan spiritual dalam suatu gaya kepemimpinan memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker dan keluarganya
Sub- CPMK 3	Mempraktikkan Komunikasi Efektif dalam Manajemen Tim dan manajemen konflik untuk meningkatkan kualitas Asuhan Keperawatan
Sub- CPMK 4	Menggunakan temuan riset dalam kolaborasi tim dengan disiplin lain dalam melakukan kepemimpinan memberikan asuhan keperawatan (C4)

Pendahuluan:

Pendahuluan dalam sebuah buku ajar adalah bagian yang penting karena memberikan gambaran umum tentang isi buku tersebut serta tujuan dari pembelajaran yang akan dilakukan. Berikut adalah beberapa komponen yang biasanya terdapat dalam pendahuluan sebuah buku ajar:

- **Judul:** Judul buku yang mencerminkan tema atau topik utama yang akan dibahas.
- **Pengantar Penulis:** Sebuah perkenalan singkat dari penulis buku yang menjelaskan latar belakang dan kredensial mereka dalam topik yang dibahas.
- **Tujuan Buku:** Penjelasan tentang tujuan dari buku tersebut, apa yang ingin dicapai oleh pembaca setelah membaca buku tersebut.
- **Sasaran Pembaca:** Deskripsi mengenai siapa yang diharapkan akan menggunakan buku tersebut, misalnya, siswa sekolah menengah, mahasiswa, atau profesional.
- **Isi Buku:** Gambaran singkat tentang apa yang akan dibahas dalam buku, termasuk struktur, bab-bab, dan topik-topik utama yang akan disentuh.
- **Metode Pembelajaran:** Penjelasan tentang bagaimana buku ini dirancang untuk membantu pembaca belajar, apakah melalui teks tulisan, gambar, latihan, atau sumber daya tambahan.
- **Pendekatan Pembelajaran:** Penjelasan tentang pendekatan atau metode pembelajaran yang digunakan dalam buku tersebut, apakah itu pembelajaran aktif, pembelajaran kolaboratif, atau metode lainnya.
- **Pedoman Penggunaan:** Petunjuk tentang bagaimana pembaca sebaiknya menggunakan buku ini, mungkin termasuk saran tentang cara membaca secara efektif, bagaimana menangani latihan-latihan, atau cara memanfaatkan sumber daya tambahan.
- **Pendahuluan ini bertujuan untuk memberikan pembaca pemahaman yang jelas tentang apa yang bisa mereka harapkan dari buku tersebut dan bagaimana mereka dapat menggunakan buku tersebut secara efektif dalam proses pembelajaran mereka.**

Uraian Materi

A. Harga Diri Rendah

Harga diri adalah persepsi dan penilaian seseorang terhadap dirinya sendiri, yang mencakup perasaan tentang nilai, kemampuan, dan kepercayaan diri. Dalam konteks keperawatan, harga diri rendah seringkali menjadi masalah yang mendalam, karena dapat memengaruhi aspek psikologis, fisik, dan sosial pasien. Sebagai perawat, penting untuk memahami penyebab, dampak, serta strategi intervensi untuk membantu pasien meningkatkan harga diri mereka. Harga diri tercermin dalam perilaku setiap manusia untuk memulai berinteraksi dengan orang lain.

1. Pengertian Harga Diri Rendah

Harga diri adalah evaluasi pribadi seseorang terhadap dirinya sendiri, yang mencakup aspek penerimaan diri, rasa percaya diri, dan kemampuan individu untuk menghadapi tantangan hidup. Harga diri dapat bervariasi sepanjang kehidupan dan dipengaruhi oleh pengalaman pribadi, persepsi sosial, serta faktor lingkungan. Harga diri rendah adalah tingkatan kemampuan seseorang dalam berperilaku yang mempunyai kecenderungan kurang dalam kepercayaan diri.

2. Ciri-ciri Harga Diri Rendah

a. Merasa tidak layak:

Perasaan tidak berharga atau merasa inferior dibandingkan orang lain. Dalam berperilaku seseorang dengan perasaan tidak layak sering menyalahkan diri atas kejadian yang tidak diinginkan atau tidak mampu dikendalikan. Terkadang perasaan seperti tidak nyaman dalam suatu tempat atau lingkungan dikarenakan dia merasa tidak berguna atau tidak ada manfaatnya.

b. Perfeksionisme yang berlebihan:

Terlalu kritis terhadap diri sendiri, bahkan atas kesalahan kecil. Biasanya seseorang dengan kondisi ini juga mempunyai kecenderungan dalam menilai sesuatu menjadi tidak ideal bagi dirinya sendiri.

c. Rasa cemas yang berlebihan:

Takut akan penilaian atau penolakan dari orang lain. Perasaan ini sering muncul ketika sudah muncul persepsi dari dalam diri bahwa nanti jika menyampaikan pendapat atau sesuatu akan ada feedback yang tidak baik dari lawan bicara. Dan yang akan terjadi adalah hal yang menakutkan atau tidak bisa dikendalikan, jadi alternatif yang diambil adalah mencemaskan kondisi yang belum pasti.

d. Penghindaran terhadap tantangan:

Rasa takut gagal yang mendorong untuk tidak mencoba hal-hal baru. Hal ini bisa dirasakan terus menerus atau berulang jika terpicu oleh stimulasi hal-hal

yang tidak disukai namun itu menyangkut kepercayaan dirinya. Sehingga bisa jadi sketika seseorang merasa terbanding atau tertekan dalam situasi. Jadi alternatif yang dipilih oleh seseorang untuk menghindari perasaan seperti ini menjadi tidak berani mengambil tantangan atau peluang tersebut dikarenakan takut nanti lingkungannya mencemooh, tidak menerima atau tidak menyukai.

e. Sulit menerima pujian:

Merasa tidak layak atas penghargaan atau pengakuan. Terkadang perasaan seperti ini muncul karena ada seseorang yang kemudia memberikan pujian berlebihan sehingga terlihat menjadi tidak masuk akal tau tidak mungkin terjadi. Dan seseorang yang mengalami Harga Diri Rendah cenderung menarik diri dari lingkungan sehingga kebutuhannya adalah sendiri atau tidak bertemu dengan orang lain, jadi seolah menjadi sulit menerima pujian.

f. Cenderung menyalahkan diri sendiri:

Mencari kesalahan pada diri sendiri meskipun ada faktor eksternal. Seseorang dengan Harga Diri Rendah memang sering kemudian lebih menyalahkan dirinya ketika sesuatu itu berjalan tidak seperti yang diharapkan. Sering terjadi juga walaupun ada yang lebih bisa discounter untuk hal positif yang dilakukan, namun seorang dengan Harga Diri Rendah cenderung tetap merasa yang terjadi padanya adalah yang paling buruk.

B. Faktor-Faktor Penyebab Harga Diri Rendah

Harga diri rendah bisa disebabkan oleh berbagai faktor, yang dapat dibagi menjadi dua kategori utama: faktor internal dan eksternal.

1. Faktor Internal

a. Pengalaman Masa Kecil:

Pola asuh yang tidak mendukung atau mengalami pengabaian emosional dapat membentuk persepsi negatif tentang diri pada masa dewasa. Hal ini menjadi factor predisposisi yang cukup membelenggu kondisi untuk berkembang sesuai dengan tahapan usianya, dan akan cenderung terbayangi dengan masa lalu yang tidak menyenangkan.

b. Kondisi Kesehatan Mental:

Kondisi kesehatan mental yang terganggu ini tentu akan mudah berakibat kedalam kondisi fisik seseorang, bahkan akan muncul sebagai tanda dan gejala fisik. Misalnya saja gangguan seperti depresi, kecemasan, atau gangguan makan sering terkait dengan harga diri rendah. Seperti tiba-tiba tidak tertarik pada makanan, tempat suasana dan juga bentuk kesenangan di sekitarnya. Serta biasanya akan tidak mudah untuk bisa terbawa dalam suasana sekalipun ceria dan menyenangkan.

c. Perbandingan Sosial:

Mengukur diri sendiri terhadap standar sosial atau ekspektasi orang lain yang tidak realistis. Hal ini sering terjadi dengan tanda dan gejala sering membandingkan sengan pencapaian orang lain atau hal-hal yang telah dipunyai orang lain. Dan akan dengan sangat cepat menyalahkan diri kenapa tidak bisa melalui hal sama atau memiliki hal yang sama.

2. Faktor Eksternal

a. Penyalahgunaan atau Kekerasan:

Pengalaman trauma, baik fisik, emosional, atau seksual, dapat merusak rasa harga diri individu. Biasanya kondisi ini di dapat jauh sebelum tanda gejala harga diri rendah mulai muncul. Karena yang menjadi peran adalah daya ingat dengan masa lalu yang tidak menyenangkan.

b. Stigma Sosial:

Stigma atau persepsi orang lain terhadap diri dan anggapan orang lain tentang dirinya akan menyebabkan *mind set* menjadi terganggu kestabilannya. Diskriminasi atau stereotip sosial yang dapat membuat individu merasa tidak diterima atau dihargai dalam masyarakat. Merasa paling tidak bisa dan juga merasa tidak mampu.

c. Ketidakmampuan Finansial:

Seiring dengan kehidupan bersosialisasi yang penuh dengan tantangan dan perubahan setiap waktu, maka seseorang dituntut terus untuk beradaptasi terutama dalam keperluan sosial, komunikasi dan juga perkembangan teknologi. Keterbatasan ekonomi yang dialami dapat menurunkan rasa percaya diri dalam konteks sosial dan profesional. Dikarenakan seringkali lingkungan kemudian membentuk standar gaya hidup, ini yang seharusnya bisa diatasi dengan control diri, namun pada kasus seseorang yang mengalami harga Diri Rendah ini menjadi kendala jika memang tidak tersedianya sarana dan prasarana yang mendukung

C. DAMPAK HARGA DIRI RENDAH TERHADAP PASIEN

Harga diri yang rendah dapat memiliki dampak luas pada berbagai aspek kehidupan pasien, termasuk:

1. Aspek Emosional dan Psikologis:

- a. Depresi dan kecemasan yang lebih tinggi.
- b. Gangguan tidur dan perubahan pola makan.
- c. Kesulitan dalam membuat keputusan.

2. Aspek Sosial:

- a. Penghindaran hubungan sosial dan interaksi yang dapat memperburuk isolasi sosial.
- b. Kesulitan dalam meminta bantuan atau menerima dukungan.

3. Aspek Fisik:

- a. Peningkatan risiko kondisi fisik terkait stres, seperti hipertensi atau gangguan pencernaan.
- b. Penurunan motivasi untuk menjaga kesehatan fisik atau mengikuti pengobatan.

4. Aspek Profesional:

- a. Menurunnya kinerja dalam pekerjaan atau pendidikan.
- b. Kecenderungan untuk menghindari tanggung jawab atau tugas yang menantang.

D. Penilaian Harga Diri Rendah Pada Pasien

Sebagai perawat, penting untuk melakukan penilaian menyeluruh terhadap harga diri pasien. Penilaian dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa pendekatan:

1. Wawancara Psikososial

- a. Tanyakan tentang persepsi diri pasien, baik dalam konteks pribadi, sosial, dan profesional.
- b. Identifikasi pengalaman-pengalaman yang mungkin menyebabkan penurunan harga diri (misalnya trauma, kegagalan, atau diskriminasi).
- c. Perhatikan tanda-tanda fisik atau verbal yang mengindikasikan harga diri rendah, seperti kata-kata merendahkan diri atau rasa putus asa.

2. Skala Penilaian

Gunakan alat penilaian psikologis seperti Rosenberg Self-Esteem Scale atau Self-Liking/Self-Competence Scale untuk mengevaluasi tingkat harga diri pasien. Namun untuk penilaian tentu bisa dilakukan dengan juga dengan mengoptimalkan data subjektif dan data objective yang kita dapat dari klien

3. Observasi Non-Verbal

Perhatikan ekspresi wajah, postur tubuh, dan bahasa tubuh pasien yang dapat menunjukkan perasaan tidak layak atau ketidakpercayaan diri. Terkadang pasien menunjukkan tanda gejala ini pada saat tidak sedang berada dalam kelompok atau dilihat oleh orang lain.

E. Intervensi Keperawatan Untuk Meningkatkan Harga Diri

Intervensi perawatan untuk harga diri rendah bertujuan untuk meningkatkan rasa percaya diri pasien dan membantu mereka mengembangkan pandangan diri yang lebih positif. Berikut adalah beberapa pendekatan yang dapat dilakukan:

1. Pendekatan Kognitif-Perilaku (CBT)

Menggunakan teknik *Cognitive Behaviour Therapy* untuk membantu pasien mengidentifikasi pola pikir negatif tentang diri mereka dan menggantinya dengan pola pikir yang lebih realistis dan positif. Perawat dapat mendukung pasien dengan memberikan umpan balik positif, melatih keterampilan pemecahan masalah, dan membantu pasien menetapkan tujuan yang realistis.

2. Meningkatkan Penerimaan Diri

- a. Bantu pasien untuk menerima kekurangan dan kelebihan diri mereka tanpa merasa rendah atau superior. Hal ini dimaksudkan agar pasien bisa lebih leluasa menyampaikan apa yang dirasakan.
- b. Gunakan teknik afirmasi positif, di mana pasien secara rutin mengungkapkan kekuatan dan kualitas positif mereka. Teknik afirmasi positif ini bisa disertai dengan Teknik countering positif.

3. Pemberdayaan Pasien

- a. Berikan kesempatan kepada pasien untuk mengambil keputusan dalam proses perawatan mereka, memperkuat rasa kontrol diri mereka. Dan biarkan pasien untuk mengembangkan persepsi positif yang telah dimiliki.
- b. Dorong pasien untuk terlibat dalam kegiatan yang mereka nikmati dan memiliki tujuan. Bisa berupa mengikuti kegiatan-kegiatan sederhana yang terjadwal dan menyenangkan bagi pasien.

4. Membangun Keterampilan Sosial

- a. Ajarkan pasien cara mengelola konflik dan berkomunikasi dengan lebih efektif dalam interaksi sosial. Bisa mulai dalam bekerja secara kelompok melakukan aktifitas yang disukai seperti melaksanakan hobby, berolahraga dan melakukan aktifitas sehari-hari untuk mendukung rutinitas.
- b. Dorong pasien untuk memperluas jaringan sosial mereka, baik dalam konteks keluarga, teman, atau kelompok dukungan. Tentunya hal ini juga harus diberikan support oleh keluarga agar pasien bisa lebih percaya diri.

5. Mendukung Tujuan dan Prestasi

- a. Bantu pasien menetapkan tujuan jangka pendek yang realistis dan mendukung mereka untuk mencapainya. Hal ini juga bisa dikaitkan dengan hobby atau kegemaran dan nyaman dilakukan. Juga selalu harus mempertimbangan

mampu atau tidaknya pasien menyesuaikan diri dengan kegiatan dan aktifitas di dalam kompetisi tersebut.

- b. Rayakan pencapaian kecil untuk memperkuat rasa pencapaian dan meningkatkan harga diri. berikan juga selalu reinforcement positif untuk mendukung kegiatan dan mengapresiasi kegiatan yang telah dilakukan oleh pasien.

6. Penyuluhan dan Konseling

Rujuk pasien ke konseling profesional jika diperlukan, untuk menangani akar penyebab harga diri rendah, seperti trauma atau gangguan psikologis. Dapat pula dilakukan secara individu ataupun berkelompok dengan memperhatikan Langkah-langkah konseling dari yang sederhana sampai menyelesaikan masalah yang kompleks

F. Peran Perawat Dalam Meningkatkan Harga Diri Rendah

Sebagai tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan pasien, perawat memegang peran kunci dalam membantu pasien membangun atau meningkatkan harga diri mereka. Beberapa hal yang dapat dilakukan oleh perawat adalah:

1. Menjadi pendengar aktif:

Memberikan perhatian penuh pada perasaan dan kekhawatiran pasien. Sebaiknya focus pendengar ada pada saat pasien mula menceritakan apa yang menjadi masalah terberat yang diceritakan.

2. Memberikan dukungan emosional:

Menggunakan empati dan perhatian yang tulus untuk memberikan kenyamanan bagi pasien. Empati berarti mencoba memahami situasi pada saat kondisi yang terjadi dialami oleh klien untuk memberikan rasa/perhatian yang lebih mengerti perasaan yang dialami oleh pasien

3. Memberikan informasi yang jelas:

Memberikan pemahaman yang tepat tentang masalah kesehatan dan cara mengatasinya dapat meningkatkan rasa kontrol pasien terhadap kondisi mereka. Sebaiknya informasi yang diberikan bukan ambigu atau hal-hal yang justru menambah kebingungan dan ketidakpercayaan diri pasien.

4. Menjadi model peran:

Menunjukkan sikap positif dan menghargai diri sendiri dalam interaksi sehari-hari dengan pasien. Sama seperti ketika memberikan kesempatan untuk pasien melakukan kegiatan sesuai persepsinya dan juga menghargai setiap proses yang dialami oleh pasien.

G. Kesimpulan

Harga diri rendah dapat memiliki dampak yang signifikan pada kualitas hidup pasien. Dengan pemahaman yang baik tentang faktor penyebab, dampak, dan intervensi yang tepat, perawat dapat membantu pasien untuk meningkatkan harga diri mereka, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis dan fisik mereka. Pendekatan yang holistik, empatik, dan berbasis bukti sangat penting dalam merawat pasien dengan harga diri rendah. Terlebih lagi untuk memberikan afirmasi positif dan juga apresiasi untuk pencapaian yang sudah dilakukan semaksimalnya dari seorang pasien yang mengalami Harga Diri Rendah.

H. Referensi:

- Bela Purnama Dewi, Widyawati. (2022). *Stimulasi Persepsi pada Pasien dengan Harga Diri Rendah*. Jurnal Kesehatan dan Pembangunan, 12(23), 149–156
- Keliat, B. (2015). *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok (Edisi 2)*. Jakarta: EGC
- Prasetyo, A. (2011). *Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Peningkatan Harga Diri pada Pasien dengan Skizofrenia*. Jurnal Ilmu Kebidanan, Keperawatan dan Kesehatan Lingkungan (JIK3), 21(1), 10–20
- Saswati, D., & Rahayu, D. (2022). *Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi pada Pasien dengan Harga Diri Rendah Kronik*. Jurnal Kesehatan dan Pembangunan, 12(23), 141–148
- Setyorini, E. (2019). *Gambaran Konsep Diri pada Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Arif Zainuddin Surakarta*
- Widowati, S. (2019). *Stimulasi Persepsi pada Pasien dengan Harga Diri Rendah*. Jurnal Kesehatan dan Pembangunan, 12(23), 126–132
- Wijayanti, F. D. (2020). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gangguan Jiwa*. *HIJP: Health Information Jurnal Penelitian*, 12(2), 224–235.

BAB 11

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI

Tujuan Instruksional Umum:

Mahasiswa mampu memahami, menerapkan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi berdasarkan bukti ilmiah dan praktik terbaik.

Tujuan Instruksional Khusus:

- Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian gangguan sensori persepsi halusinasi.
- Mahasiswa mampu mengidentifikasi rentang respon, jenis gangguan sensori persepsi halusinasi
- Mahasiswa mampu mengidentifikasi fase halusinasi
- Mahasiswa mampu mengidentifikasi mekanisme koping halusinasi.
- Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan jiwa secara komprehensif
- Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat berdasarkan data pengkajian yang dikumpulkan.
- Mahasiswa mampu merencanakan dan melaksanakan intervensi keperawatan yang sesuai.
- Mahasiswa mampu mengedukasi pasien dan keluarga mengenai gangguan sensori persepsi halusinasi.
- Mahasiswa mampu mendokumentasikan semua langkah pengkajian, intervensi, dan hasil dalam catatan keperawatan secara akurat dan sistematis.
- Mahasiswa menunjukkan sikap empati, peduli, dan tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi.

Capaian Pembelajaran:

Kognitif:

- Mahasiswa memahami dan menjelaskan konsep-konsep penting terkait dengan gangguan persepsi sensori halusinasi.

- Mahasiswa mampu menghubungkan teori dengan praktik melalui analisis kasus dan penerapan prinsip-prinsip keperawatan dalam skenario klinis.

Psikomotor:

Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan yang spesifik dan tepat, seperti terapi individu pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi.

Afektif:

- Mahasiswa menunjukkan kepedulian, empati, dan etika profesional dalam berinteraksi dengan pasien dan keluarga, serta dalam tim perawatan kesehatan.
- Mahasiswa mampu berkomunikasi dengan jelas dan efektif, baik dalam edukasi pasien maupun dalam koordinasi dengan anggota tim kesehatan lainnya.

Uraian Materi

Uraian materi dalam Bab ini terdiri dari konsep gangguan sensori persepsi halusinasi, pengkajian, diagnosa, intervensi dan implementasi, evaluasi dan dokumentasi, edukasi dan konseling, latihan studi kasus.

A. Pengertian Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

Gangguan sensori persepsi halusinasi merupakan masalah yang sering ditemukan pada orang dengan gangguan jiwa. Halusinasi adalah gangguan persepsi dimana orang dapat mendengar, melihat, mencium dan juga merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau tidak nyata. Hal ini dapat terjadi karena kesalahan persepsi pada pancaindra pasien yang bersumber dari pikiran pasien itu sendiri tanpa adanya bukti nyata (Adrian, 2024). Pasien akan mengalami perubahan sensori palsu (Larasati & Widodo, 2023). Contohnya pasien berteriak karena adanya hewan buas didepannya tetapi pada aslinya tidak ada hewan tersebut.

B. Rentang Respon Halusinasi

Pada gangguan sensori persepsi halusinasi ditemukan beberapa respon mulai dari adaptif hingga maladaptif. Pasien yang sehat akan memiliki persepsi yang akurat, pikiran logis, perilaku dan emosi sesuai serta mau berhubungan atau bersosialisasi dengan masyarakat.

Tabel 6.1 Rentang Respon Halusinasi

Respon Adaptif		Respon Maladaptif
		
1. Pikiran pada pasien yang logis	1. Pikiran pasien kadang menyimpang atau distorsi pikiran	1. Gangguan pikiran atau delusi pada pasien
2. Persepsi pasien akurat	2. Ilusi	2. Gangguan persepsi sensori halusinasi
3. Emosi konsisten dengan pengalaman yang dimiliki oleh pasien	3. Reaksi emosi pasien yang berlebihan atau tidak stabil	3. Pasien sulit merespon emosi
4. Perilaku yang ditunjukkan oleh pasien sesuai	4. Perilaku yang ditunjukkan pasien tidak biasa atau aneh	4. Perilaku pasien yang tidak terorganisir atau disorganisasi

- | | | |
|---|--|--|
| 5. Pasien mau berhubungan sosial dengan orang lain. | 5. Pasien menarik diri dari lingkungan | 5. Pasien mengisolasi diri dari lingkungan atau isolasi sosial |
|---|--|--|

Sumber: (Muhith, 2015)

1. Respon adaptif dapat berupa:

- a. Pikiran pasien yang logis atau sesuai dengan kenyataan dan realita yang ada
- b. Persepsi pada pasien akurat dan sesuai dengan kenyataan yang dihadapi oleh pasien
- c. Emosi yang ditunjukkan oleh pasien konsisten dan sesuai dengan perasaan yang dirasakan oleh pasien saat ini
- d. Pasien penunjukan perilaku yang sesuai dengan realita yang ada atau dapat merespon sesuai dengan kondisi
- e. Pasien mau berhubungan atau bersosialisasi dengan orang lain seperti tetangga, teman, keluarga dan pasangan.

2. Respon psikososial dapat berupa:

- a. Pikiran pasien menyimpang dari realita yang ada. Pasien mengalami gangguan pola pikir yang dapat menyebabkan masalah interpersonal.
- b. Ilusi adalah keadaan dimana rangsangan yang didapatkan oleh pancaindra pasien disalah artikan sehingga tidak seperti kenyataan. Pada kondisi ini pasien tidak bisa membedakan objek yang nyata.
- c. Pasien juga menunjukkan reaksi emosional yang berlebihan atau aneh dalam merespon sesuatu atau peristiwa.
- d. Perilaku yang ditunjukkan oleh pasien tidak biasa atau aneh dalam merespon suatu hal, kejadian atau peristiwa nyata.
- e. Pasien mulai menarik diri dari lingkungan sekitar dan lebih senang menyendiri didalam rumah atau kamar.

3. Respon maladaptif dapat berupa:

- a. Delusi adalah suatu keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan yang diyakini oleh pasien. Keyakinan ini tidak sesuai dengan realita yang ada.
- b. Halusinasi adalah gangguan persepsi dimana kesalahan oleh panca indra dalam merasakan, melihat, mendengar sesuatu tidak sesuai dengan kenyataan.
- c. Pasien mengalami kesulitan dalam merespon emosi dan berubahnya perasaan pasien.
- d. Perilaku yang ditunjukkan oleh pasien tidak terorganisir dan tidak beraturan
- e. Isolasi sosial adalah kondisi dimana pasien kesulitan bersosialisasi dengan orang lain dan lebih suka menyendiri.

C. Jenis Halusinasi

Ada beberapa jenis halusinasi yang dapat dialami oleh pasien seperti halusinasi pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, perabaan, canasthetic, kinestetik.

Tabel 6.2 Jenis Halusinasi

Jenis Halusinasi	Karakteristik
Pendengaran	Pasien mendengar suara-suara yang tidak nyata. Suara yang keluar paling sering adalah suara orang. Ini dapat berupa bisikan yang terdengar jelas atau tidak jelas. Isi dari suara tersebut bisa menyuruh, mengancam atau mengintimidasi pasien. Halusinasi ini berasal dari pikiran yang didengar oleh pasien dimana hal ini tidak nyata.
Penglihatan	Stimulus visual yang dihasilkan oleh pikiran pasien tidak sesuai dengan kenyataan. Bayangan yang dilihat oleh pasien dapat berupa bayangan yang menyenangkan atau mengerikan sehingga pasien dapat ketakutan saat melihat halusinasi. Contohnya adalah pasien melihat bayangan monster atau orang yang akan menyakiti dia.
Penghidu	Pasien mencium bau-bau yang tidak nyata. Hal ini dapat berupa bau darah, urin, feses. Bau yang dihasilkan juga dapat mencium bau bunga atau wangi-wangian.
Pengecapan	Pasien merasa mengecap sesuatu yang tidak enak seperti darah, feses atau urin saat makan. Semua yang dirasakan dirasa tidak enak.
Perabaan	Rasa yang dialami oleh pasien seperti disentuh oleh orang atau sesuatu. Pasien merasa tidak nyaman dengan sentuhan yang ada.
Cenesthetic	Pasien merasakan langsung fungsi-fungsi tubuhnya seperti aliran darah di vena dan arteri, proses pencernaan makanan dan pembentukan urine.
Kinestetik	Pasien merasakan suatu pergerakan saat berdiri tanpa bergerak.

Sumber: (Wulansari & Susilowati, 2023).

D. Fase Gangguan Persepsi Sensori

Fase Halusinasi Pasien	Karakteristik Pasien	Perilaku Pasien
Fase I. <i>Sleep disorder</i>	Pasien ingin menghindari dari masalah yang dialami, lingkungan dan kurangnya minat bertemu dengan orang lain.	Pasien banyak tidur atau susah tidur
Fase II. <i>Conforting</i>	Pasien mengalami ansietas sedang dan halusinasi terasa menyenangkan. Pasien mengalami perasaan ansietas, kesepian, merasa bersalah, ketakutan sehingga pasien mencoba untuk berfokus pada hal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tersenyum dan atau tertawa tidak sesuai dengan kondisi. 2. Berbicara sendiri tanpa ada orang

	yang menyenangkan. Pada saat mengalami halusinasi beberapa pasien merasakan hal yang menyenangkan	yang mengajak bicara
	Non Psikotik	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien menggerakkan mata dengan cepat 4. Respon verbal pada pasien menjadi lambat. 5. Pasien lebih sering diam diri dan asyik sendiri.
Fase III. <i>Condemning</i>	<p>Pasien mengalami ansietas berat dan halusinasi terasa menjijikan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalaman sensori yang menjijikan dan juga menakutkan bagi pasien 2. Pasien mulai menjauh dari sumber halusinasi yang dipersepsikan oleh pasien. 3. Pasien merasa malu dan dipermalukan oleh halusinasi yang dialami sehingga pasien mulai menarik diri dari lingkungan 4. Pasien sudah mulai kehilangan kontrol 5. Menyebabkan perasaan antipasti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan tanda-tanda vital seperti nadi, tekanan darah, dan pernafasan. 2. Perhatian pasien mulai menyempit 3. Pasien asyik dengan pengalaman halusinasi dan mulai kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realita 4. Menyalahkan diri sendiri dan orang lain serta menarik diri dari lingkungan 5. Konsentrasi pada pengalaman halusinasi yang dialami.
Fase IV. <i>Controlling</i>	<p>Psikotik ringan</p> <p>Klien mengalami ansietas berat dan dikuasai oleh pengalaman sensori</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien lebih mengikuti kemauan dari halusinasi

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mulai menyerah dalam melakukan perlawanan pada halusinasi yang dialami 2. Isi halusinasi menjadi menarik bagi pasien 3. Jika halusinasi tidak ada atau berhenti maka pasien akan mengalami kesepian. | <ol style="list-style-type: none"> 2. Sulit berhubungan sosial dengan orang lain 3. Perhatian atau focus pasien hanya sebentar 4. Terdapat tanda asietas berat seperti tremor, keringat, tidak responsive. 5. Mengikuti perintah halusinasi dan merasa bahwa halusinasi lebih menarik. |
|--|--|

Psikotik

6. Tidak mampu mengikuti perintah yang diberikan kepasien.

Fase V. *Conquering*

Pasien dapat merasa panik dan melebur dengan halusinasinya

1. Merasa terancam jika tidak mengikuti perintah dari halusinasi
2. Halusinasi dapat berlangsung lama dari jam hingga hari jika tidak ada intervensi pengobatan yang diberikan.

1. Perilaku pasien kacau akibat panik
2. Berpotensi untuk *suicide* dan *homicide*
3. Pasien dapat melakukan kekerasan, agitasi dan menarik diri
4. Pasien tidak merespon perintah yang diberikan
5. Tidak dapat merespon orang lebih dari satu.

Sumber: (Muhith, 2015).

E. Mekanisme Koping pada Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

1. Pasien halusinasi memiliki mekanisme koping sebagai berikut (Muhith, 2015):
2. Regresi: pasien malas melakukan kegiatan sehari-hari
3. Proyeksi: mencoba menghindari tanggung jawab

4. Menarik diri: Pasien lebih asik dengan halusinasi dan tidak mudah percaya dengan orang lain
5. Keluarga mengingkari permasalahan yang dihadapi oleh pasien.

F. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

Proses keperawatan terdiri dari pengkajian, perumusan diagnose, perencanaan keperawatan, intervensi dan evaluasi (Wijaya & Vebriansyah, 2021).

1. Pengkajian

Pada saat pengkajian pasien mengatakan mendengar suara-suara atau melihat sesuatu atau merasakan sesuatu yang mengganggu dan pasien terlihat berbicara sendiri tanpa mengeluarkan suara (Aliffatunisa & Apriliyani, 2022). Adapun pengkajian halusinasi menurut Purba (2020) meliputi:

- a. Halusinasi Pendengaran : Pasien mendengar bunyi yang meminta pasien melakukan sesuatu yang mungkin berbahaya untuk pasien. Observasi perilaku pasien seperti berbicara atau tertawa sendiri tanpa sebab, marah, menutup telinga, mulut komat-kamit.
- b. Halusinasi penglihatan: pasien terlihat seperti memperhatikan atau melihat sesuatu yang tidak nyata. Pandangan mata tertuju dan kadang pasien juga ketakutan saat melihatnya.
- c. Halusinasi penciuman: pasien mengatakan mencium sesuatu. Pasien terlihat menutup hidungnya atau menggerakkan hidungnya
- d. Halusinasi perabaan: pasien mengatakan ada sesuatu yang menempel pada tubuhnya. Pasien terlihat menggaruk-garuk tangan.
- e. Halusinasi pengecapan: pasien mengatakan makan sesuatu dan terlihat mengecap makanan
- f. Halusinasi Cenesthic & Kinestetik: pasien mengatakan ada masalah dengan tubuhnya, dia bisa merasakan pergerakan organ tubuhnya. Pasien memperhatikan tubuhnya dan melihat tubuhnya seperti aneh atau keheranan.

Untuk pengkajian halusinasi harus di kaji isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon

2. Diagnosa

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi
- b. Isolasi sosial: menarik diri

3. Rencana Keperawatan

- a. Diagnosa: Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi
Definisi: perubahan persepsi pasien terhadap stimulus internal dan juga eksternal dengan respon pasien yang kurang, berlebihan.

Gejala Mayor:

- 1) Mendengar atau melihat bayangan
- 2) Merasakan sesuatu melalui panca indra tetapi tidak nyata
- 3) Respon tidak sesuai
- 4) Seperti berbicara sendiri, melihat, meraba dan merasakan sesuatu

Gejala Minor:

- 1) Merasa kesal
- 2) Menyendiri
- 3) Melamun
- 4) Konsentrasi jelek
- 5) Curiga
- 6) Bicara sendiri
- 7) Mondar mandir

b. Luaran: Persepsi sensori

Ekspektasi menurun

c. Intervensi: Manajemen Halusinasi

Definisi: Mengidentifikasi serta mengelola peningkatan akan kondisi aman pada pasien, kenyamanan dan orientasi realita pada pasien.

1) Observasi:

- a) Monitor perilaku pasien yang menunjukkan gejala halusinasi
- b) Monitor pada kegiatan pasien
- c) Monitor isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon

2) Terapeutik:

- a) Pertahankan lingkungan pasien yang aman
- b) Lakukan tindakan keselamatan baik pasien dan perawat
- c) Diskusikan dengan pasien tentang perasaan pasien dan respon terhadap halusinasi
- d) Hindari perbedatan dengan pasien mengenai halusinasi

3) Edukasi:

- a) Anjurkan ke pasien untuk memonitor situasi yang memicu terjadinya halusinasi
- b) Anjurkan pasien untuk berbicara dengan orang yang dipercaya mengenai dukungan dan umpan balik
- c) Anjurkan ke pasien untuk melakukan distraksi
- d) Ajarkan ke pasien dan juga keluarga pasien mengenai cara mengontrol halusinasi

4) Kolaborasi:

Kolaborasikan pemberian antipsikotik dan antansietas

G. Latihan

Pilihan Ganda

1. Seorang perempuan berusia 40 tahun dibawa ke IGD RSJ oleh keluarga karena teriak-teriak, tidak mau minum obat dan mondar-mandir. Pasien mengatakan tidak suka dengan keluarganya karena suka mengatur hidup pasien, pasien belum menikah dan tidak punya pekerjaan. Hasil pengkajian pasien bicara dan tersenyum sendiri, suka menyendiri, buang air kecil sembarangan dan berjalan kesana kemari.

Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

Jawaban:

- A. Gangguan persepsi sensori
 - B. Harga diri rendah
 - C. Perilaku kekerasan
 - D. Defisit perawatandiri
 - E. Regimen terapeutik inefektif
2. Seorang laki-laki berusia 48 tahun dibawa ke poliklinik RSJ oleh dinas sosial karena mondar-mandir dipasar, mengganggu warna dan juga berbau tidak sedap. Hasil pengkajian pasien tidak mandi selama 3 bulan, buang air kecil sembarangan dan berjalan kesana kemari

Apakah masalah keperawatan yang utama?

- A. Gangguan persepsi sensori
 - B. Harga diri rendah
 - C. Perilaku kekerasan
 - D. Defisit perawatan diri: mandi
 - E. Regimen terapeutik in efektif
3. Seorang perempuan berusia 25 tahun dirawat di rumah sakit jiwa dikarenakan tidak mau minum obat selama 2 bulan, pasien kadang pergi tanpa pamit selama sehari-hari dan tidak mau mendengarkan nasehat orang tua. Hasil pengkajian: mata pasien melotot, tangan menggepal, nada bicara tinggi, mengucapkan kata kasar, penampilan tidak rapi dan bicara sendiri.

Apa tujuan tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

Jawaban:

- A. Pasien mampu menjalin hubungan dengan orang tua
- B. Pasien mampu melakukan kebersihan diri
- C. Pasien mampu mengontrol halusinasi
- D. Pasien menunjukkan perilaku kooperatif
- E. Pasien mampu mengontrol marah

4. Seorang perempuan berusia 21 tahun dirawat di RSJ karena tidak mau berbicara sendiri dan tidak mau berkomunikasi dengan orang lain, tidak mau makan dan hanya dikamar saja. Hasil pengkajian: pasien tertawa sendiri, tidak kooperatif dan kadang melamun.

Apa tujuan tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Pasien dapat/mampu menjalin hubungan dengan orang tua
- B. Pasien dapat/mampu melakukan kebersihan diri
- C. Pasien dapat/mampu mengontrol halusinasi
- D. Pasien menunjukkan perilaku kooperatif
- E. Pasien dapat/mampu mengontrol marah

5. Seorang perempuan berusia 27 tahun dirawat di RSJ karena membanting barang-barang yang ada di rumah. Pasien kadang pergi tanpa pamit selama sehari-hari dan tidak mau mendengarkan nasehat orang tua. Hasil pengkajian: mata pasien melotot, tangan mengepal, nada bicara tinggi, mengucapkan kata kasar, penampilan tidak rapi dan bicara dan tertawa sendiri.
- Apa tujuan tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Pasien dapat/mampu menjalin hubungan dengan orang tua
 - B. Pasien dapat/mampu melakukan kebersihan diri
 - C. Pasien dapat/mampu mengontrol halusinasi
 - D. Pasien menunjukkan perilaku kooperatif
 - E. Pasien dapat/mampu mengontrol marah

Essay

1. Sebutkan dan jelaskan jenis-jenis halusinasi!
2. Jelaskan fase-fase halusinasi!
3. Bagaimana intervensi yang tepat untuk pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi berdasarkan fasenya?
4. Apa saja pengkajian fokus pada pasien halusinasi?
5. Apa intervensi keperawatan yang tepat pada pasien dengan diagnose keperawatan?

H. Kunci Jawaban

1. A
2. D
3. D
4. C
5. E

I. Rangkuman Materi

Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori dimana pasien melihat, mendengar, merasakan, meraba, mencium sesuatu yang tidak ada wujudnya. Jenis-jenis halusinasi yaitu pendegaran, penglihatan, penghidu, pengecap, perabaan, canesthetic, kinestetik. Ada beberapa tahapan halusinasi yaitu *Sleep disorder, Conforting, Condeming, Controlling, Conquering*.

J. Glosarium

Condeming: pasien mengalami ansietas berat dan jijik dengan halusinasinya
Conforting: kondisi dimana pasien merasa nyaman dengan halusinasinya.

Conquering: pasien mengalami ansietas berat dan merasa terancam jika halusinasi
Controlling: pasien mengalami ansietas berat dan terkontrol oleh halusinasinya.
tidak di turuti.

Halusinasi: Gangguan persepsi dimana orang mendengar, melihat, merasakan,
meraba, mencium sesuatu yang tidak nyata.

Sleep disorder: gangguan tidur

K. Daftar Pustaka

- Adrian, K. (2024). *Sering Dianggap Sama, Ini Perbedaan Ilusi, Delusi, Dan Halusinasi*. Alodokter. <https://www.alodokter.com/sering-dianggap-sama-ini-perbedaan-ilusi-delusi-dan-halusinasi>
- Aliffatunisa, F., & Apriliyani, I. (2022). Strategi Pelaksanaan Mengenal Dan Menghardik Halusinasi Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi Pendengaran. *JKM: Jurnal Keperawatan Merdeka*, 2(2), 164–168. <https://doi.org/10.36086/jkm.v2i2.1258>
- Larasati, N. D., & Widodo, A. (2023). Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny. E Di Ruang LarasatiRumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Pendidikan Sejarah*, 8(3)(3), 2100–2109. <https://doi.org/10.24815/jimps.v8i3.25471>
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori Dan Aplikasi*. Andi.
- Purba, W. V. (2020). Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny . A Dengan Masalah Halusinasi Penglihatan Winda Veratami Purba. *Jurnal Kesehatan Jiwa*, 2(1), 12–19. <https://osf.io/Z2f5g/download>
- Wijaya, L., & Vebriansyah. (2021). *Hubungan Motivasi Perawat Dengan Kelengkapan Dokumentasi Pengkajian Keperawatan*. 11(22), 127–136.
- Wulansari & Susilowati. (2023). Penerapan Terapi Okupasi Menggambar Terhadap Perubahan Tanda Gejala Pada Pasien Dengan Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi. *Jurnal Anestesi: Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Kedokteran*, 1(4), 146–162. <https://doi.org/10.59680/anestesi.v1i4.533>

BAB 12

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERAWATAN DIRI

Pendahuluan

Komponen yang biasanya terdapat dalam pendahuluan sebuah buku ajar:

- Judul buku Ajar : Asuhan Keperawatan pada pasien Defisit Perawatan Diri. Pasien gangguan jiwa tidak mengindahkan lagi kebersihan diri sendiri, sehingga masalah keperawatan yang selalu ditemukan pada mereka adalah defisit perawatan diri. Masalah ini diselesaikan beriring dengan masalah prioritas pasien, agar keberlanjutan asuhan keperawatan pasien bisa dipertahankan.
- Penulis merupakan seorang Dosen Pengajar dan pembimbing untuk Mata Ajar Keperawatan Jiwa di STIKes Pekanbaru Medical Center.
- Tujuan Buku ini disusun antara lain : agar bisa digunakan sebagai salah satu sumber bacaan bagi mahasiswa dalam belajar dan mengerjakan tugas, memberikan informasi yang dibutuhkan oleh mahasiswa/pembaca dan memudahkan proses pemahaman mahasiswa tentang topik yang dibahas karena buku ini menyajikan contoh kasus di lapangan.
- Sasaran Pembaca: adalah mahasiswa perawat, keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa dan masyarakat umum yang membutuhkan informasi untuk menambah wawasan.
- Isi Buku: Buku ini terdiri atas beberapa sub bab yang membahas tentang defisit perawatan diri pasien gangguan jiwa, meliputi : pengertian, penyebab, tanda, gejala, jenis-jenis defisit perawatan diri, proses terjadinya defisit perawatan diri, penatalaksanaan defisit perawatan diri, asuhan keperawatan pasien dengan defisit perawatan diri, dan contoh kasus di rumah sakit jiwa.
- Metode Pembelajaran: Bab ini menjelaskan tentang teori defisit perawatan diri pasien gangguan jiwa disertai dengan contoh asuhan keperawatan yang diberikan pada kasus nyata dilapangan.
- Pendekatan Pembelajaran: Pembelajaran yang digunakan dalam buku ini adalah gabungan antara ceramah, diskusi dan study kasus sederhana (setelah pembelajaran dikelas, mahasiswa dilatih memberikan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri.

- Pedoman Penggunaan: Sebelum memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, mahasiswa diminta untuk memahami konsep dan teori dari defisit perawatan diri dan cara-cara melakukan pengkajian pada pasien. .
- Pendahuluan ini bertujuan agar pembaca mendapatkan pemahaman yang cepat dan jelas dari buku yang dibaca.

Tujuan Instruksional

Tujuan Instruksional Umum:

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri.

Tujuan Instruksional Khusus:

- Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien gangguan jiwa dengan masalah keperawatan Defisit perawatan diri
- Mahasiswa mampu menganalisa data dan menegakan diagnosa keperawatan pada klien gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri mengacu pada SDKI
- Mahasiswa mampu menyusun intervensi keperawatan berdasarkan SLKI dan SIKI pada pasien gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri
- Mahasiswa mampu mengimplementasikan rencana keperawatan yang sudah disusun untuk pasien gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri.
- Mahasiswa mampu melakukan evaluasi tindakan berdasarkan SOAP terhadap tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri
- Mahasiswa mampu melakukan pencatatan dan pelaporan di status pasien gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri.

Capaian Pembelajaran

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah keperawatan Defisit perawatan diri dengan spesifikasi :

- Menjelaskan Pengertian Defisit Perawatan Diri: Memahami konsep dasar tentang defisit perawatan diri yang merupakan ketidakmampuan individu untuk melakukan aktivitas perawatan diri yang memadai, seperti kebersihan, makan, dan toileting.
- Melakukan Pengkajian: Mahasiswa harus mampu melakukan pengkajian mendalam terhadap pasien yang mengalami defisit perawatan diri, termasuk identifikasi faktor predisposisi dan presipitasi yang mempengaruhi kemampuan perawatan diri pasien.

- Merumuskan Diagnosa Keperawatan: Mahasiswa mampu menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan hasil pengkajian dan Analisa data yang dilakukan, serta mengidentifikasi masalah utama pasien.
- Menyusun Rencana Keperawatan: Mahasiswa mampu merencanakan intervensi keperawatan yang tepat untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam perawatan diri.
- Melaksanakan Tindakan Keperawatan: Mahasiswa mampu melaksanakan intervensi sesuai dengan rencana keperawatan, termasuk melatih pasien dalam melakukan kebersihan diri dan aktivitas lainnya secara mandiri.
- Dokumentasi: Mahasiswa mampu evaluasi Tindakan dalam bentuk SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan).

Uraian Materi

Perawatan diri atau personal hygiene merupakan tindakan dimana memelihara kebersihan dan kesehatan diri seseorang untuk kesejahteraan fisik maupun psikisnya. Seseorang dikatakan perawatan dirinya baik apabila orang tersebut dapat menjaga kebersihan tubuhnya yang meliputi : kebersihan kulit, gigi dan mulut, rambut, mata, hidung dan telinga, kaki dan kuku, genitalia, serta kebersihan dan kerapihan dalam berpakaian. Perawatan diri sangat bergantung pada pribadi masing-masing dimana nilai individu dan kebiasaan untuk mengembangkannya. Kehidupan sehari-hari yang beraturan, menjaga kebersihan tubuh, makanan yang sehat, istirahat cukup dan mendapat perhatian (Pinedendi et al., 2016).

Seseorang yang mengalami defisit perawatan diri dapat dilihat dari badan yang bau, kotor, berdaki, gigi kotor, kuku panjang, rambut kusut, sangat berantakan, ketidakmampuan dalam berdandan, kumis dan jenggot tidak rapi, pakaian tidak rapi, tidak beralas kaki, memakai barang yang tidak perlu dalam berpakaian, makan dan minum yang tidak teratur/berantakan, BAB dan BAK tidak pada tempatnya (Nurhalimah, 2016).

Defisit perawatan diri merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa, dimana halusinasi sering diidentikkan dengan skizofrenia. Klien dengan Scizofrenia yang mengalami Defisit perawatan diri, apabila tidak mendapatkan intervensi keperawatan seperti mandi, berdandan, makan/minum, dan mengajarkan klien BAB/BAK dapat beresiko tinggi mengalami isolasi sosial dan harga diri rendah (Novita 2016).

Dengan kata lain defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan klien dalam menyelesaikan kegiatan sehari-hari seperti menjaga kebersihan diri, makan, berdandan, serta memenuhi kebutuhan eliminasinya secara mandiri, bila tidak ditangani dengan baik, klien beresiko mengalami perilaku isolasi sosial dan harga diri rendah yang berakibat memburuknya kondisi klien.

A. Pengertian Defisit Perawatan Diri

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan, dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes, 2000 dalam Ade Herman, 2011). Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (hygiene), berpakaian/berhias, makan dan BAB/BAK (toileting) (Fitria, 2009). Menurut Keliat (2009) defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses

pola pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun.

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri (Yusuf, 2015). Herdman (2012) mengatakan bahwa defisit perawatan diri sebagai suatu gangguan didalam melakukan perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, toileting). Sedangkan perawatan diri adalah kemampuan dasar manusia untuk memenuhi kebutuhannya untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya (Nurhalimah, 2016).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak dapat memenuhi kebutuhannya karena mengalami kelemahan dan perubahan proses pikir sehingga sering mengalami ketidakpedulian dalam merawat dirinya sendiri.

B. Rentang Respon

Rentang Respon Perawatan Diri menurut Dermawan (2013), adalah:

Respon Adaptif Seimbang Respon Maladaptif



Gambar 7.1 Rentang Respon

Ada tiga pengelompokan dari gambar diatas yaitu :

1. Pola perawatan diri seimbang : saat individu mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan individu seimbang, individu masih ada perhatian untuk melakukan perawatan diri.
2. Kadang memberi perawatan diri, kadang tidak : saat individu mendapatkan stressor kadang-kadang individu tidak memperhatikan lagi perawatan dirinya.
3. Tidak melakukan perawatan diri saat stres ; individu mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan diri saat ada stressor.

C. Penyebab Defisit Perawatan Diri

Menurut Depkes (2000) dalam Deden dan Rusdi (2013) penyebab kurangnya perawatan diri adalah:

1. Faktor Predisposisi

Adalah elemen yang berfungsi sebagai sumber risiko yang memengaruhi individu dalam menghadapi stres dan tekanan hidup. Secara umum, faktor ini mencakup aspek biologis, psikologis, dan sosiokultural yang dapat memengaruhi cara individu memberikan makna terhadap pengalaman stres yang mereka alami.

- a. Perkembangan
Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan pasien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.
- b. Biologis
Penyakit kronis yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri.
- c. Kemampuan realitas menurun
Pasien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.
- d. Sosial
Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

2. Faktor Presipitasi

Adalah stimulus atau kejadian yang mencetuskan stres atau gangguan pada individu. Faktor ini biasanya bersifat mengancam, menantang, atau menuntut, sehingga memerlukan energi tambahan untuk dihadapi. Faktor presipitasi sering kali menjadi pemicu langsung terjadinya gangguan mental atau stres berat. Menurut Depkes (2000) dalam Deden dan Rusdi (2013) faktor yang mempengaruhi defisit personal hygiene adalah:

- a. Body Image
Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri, misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.
- b. Praktik sosial
Pada anak-anak selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene.
- c. Status Sosial Ekonomi
Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.
- d. Pengetahuan
Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan, misalnya pada pasien ini harus memelihara dan mempertahankan kebersihan diri yang sudah bisa dilakukan secara mandiri.

e. Budaya

Disebagian masyarakat ada budaya jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.

f. Kebiasaan seseorang

Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, shampo, lulur atau rmuam tradisional.

g. Kondisi fisik atau psikis

Pada keadaan tertentu/sakit kemampuan seseorang untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya.

D. Dampak dari Defisit Perawatan Diri

1. Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

2. Dampak Psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa aman nyaman, kebutuhan untuk dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial. Pasien dengan defisit perawatan diri yang mengalami penurunan motivasi dalam melakukan perawatan dirinya diberikan terapi kognitif dan perilaku akan mempunyai persepsi yang positif sehingga pasien mengetahui pentingnya perawatan diri bagi dirinya.

E. Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri

Menurut Ade (2011) tanda dan gejala defisit perawatan diri adalah sebagai berikut:

1. Mandi/hygiene badan

Pasien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu, atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi.

2. Berpakaian /berhias

Pasien mempunyai kelemahan dalam meletakkan atau mengambil potongan pakaian, menaggalkan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. Klien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, memilih pakaian, menggunakan alat tambahan, menggunakan kancing tarik, melepaskan pakaian, menggunakan kaos kaki, mempertahankan

penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian dan menggunakan sepatu.

3. Makan dan minum

Pasien mempunyai ketidakmampuan dalam menelan makanan-minuman, mempersiapkan makanan-minuman, menangani perkakas makan-minum, mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan-minuman, membuka container, memanipulasi makanan-minuman dalam mulut, melengkapi makanan-minuman dari wadah lalu memasukannya ke mulut, mencerna makanan menurut cara yang diterima masyarakat, mengambil cangkir atau gelas, serta mencerna cukup makanan -minum dengan aman.

4. BAB/BAK

Pasien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk toileting, membersihkan diri setelah BAB/BAK dengan tepat, dan menyiram toilet atau kamar kecil.

Menurut Depkes (2000) dalam Abdul (2015) tanda dan gejala pasien dengan masalah defisit perawatan diri adalah:

a. Fisik

Badan bau, pakaian kotor, rambut dan kulit kotor, kuku panjang dan kotor, gigi kotor disertai mulut bau, penampilan tidak rapi.

b. Psiko logis

Malas, tidak ada inisiatif, menarik diri, isolasi diri, merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina.

c. Psikomotor

Interaksi kurang, kegiatan kurang, tidak mampu berperilaku sesuai norma, cara makan tidak teratur, BAK dan BAB disembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri.

d. Afektif

Pasien merasa bosan, lambat dalam menghabiskan waktu, afek tumpul dan kurang motivasi untuk perawatan diri.

F. Jenis-jenis Defisit Perawatan Diri

Jenis – jenis defisit perawatan diri menurut Dermawan (2013) terdiri dari:

1. Defisit perawatan diri mandi atau kebersihan

Defisit perawatan diri mandi adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas mandi, menggosok gigi dan aktifitas perawatan diri untuk diri sendiri

2. Defisit perawatan diri berpakaian dan berdandan

Defisit perawatan diri berpakaian dan berhias adalah gangguan ketidakmampuan seseorang dalam memakai pakaian dan aktivitas berdandan atau berhias untuk diri sendiri

3. Defisit perawatan diri makan dan minum

Defisit perawatan diri makan dan minum adalah gangguan kemampuan pasien untuk menyelesaikan aktivitas makan dan minum sendiri.

4. Defisit perawatan diri toileting

Defisit perawatan diri toileting adalah gangguan kemampuan seseorang untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas buang air besar dan buang air kecil secara mandiri.

G. Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri terjadi diawali dengan proses terjadinya gangguan jiwa yang dialami oleh pasien sehingga menyebabkan muncul masalah defisit perawatan diri. Pasien skizofrenia dapat mengalami defisit perawatan diri yang signifikan. Tidak memerhatikan kebutuhan hygiene dan berhias, biasanya terjadi selama episode psikotik. Klien dapat menjadi sangat preokupasi dengan ide-ide waham atau halusinasi sehingga ia gagal melaksanakan aktivitas dalam kehidupan sehari-hari (stuart&laraia, 2005).

Kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan dan minum secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan toileting (buang air besar [BAB] atau buang air kecil (BAK) secara mandiri.

Masalah defisit perawatan diri juga dapat terjadi karena ketidakseimbangan dari beberapa neurotransmitter. misalnya: Dopamine fungsinya mencakup regulasi gerak dan koordinasi, emosi, kemampuan pemecahan masalah secara volunter (Boyd & Nihart, 1998; Suliswati, 2002). Transmisi dopamin berimplikasi pada penyebab gangguan emosi tertentu. Pada klien skizoprenia dopamin dapat mempengaruhi fungsi kognitif (alam pikir), afektif (alam perasaan) dan psikomotor (perilaku) kondisi ini pada klien dengan defisit perawatan diri memiliki perilaku yang menyimpang seperti tidak berkeinginan untuk melakukan perawatan diri (Hawari, 2001). Serotonin berperan sebagai pengontrol nafsu makan, tidur, alam perasaan, halusinasi, persepsi nyeri, muntah.

Serotonin dapat mempengaruhi fungsi kognitif (alam pikir), afektif (alam perasaan) dan psikomotor (perilaku) (Hawari, 2001). Jika terjadi penurunan serotonin akan mengakibatkan kecenderungan perilaku yang kearah maladaptif.

Pada klien dengan defisit perawatan diri perilaku yang maladaptif dapat terlihat dengan tidak adanya aktifitas dalam melakukan perawatan diri seperti: mandi, berganti pakaian, makan dan toileting (Wilkinson, 2007).

Norepinephrin berfungsi untuk kesiagaan, pusat perhatian dan orientasi; proses pembelajaran dan memori. Jika terjadi penurunan kadar norepinephrine akan dapat mengakibatkan kelemahan sehingga perilaku yang ditampilkan klien cenderung negatif seperti tidak mau mandi, tidak mau makan maupun tidak mau berhias dan toileting (Boyd & Nihart, 1998; Suliswati, 2002).

H. Penatalaksanaan Defisit Perawatan Diri

Tindakan keperawatan yang diberikan berdasarkan Kelliat and Akemat, (2010) sebagai berikut:

1. Tindakan Keperawatan pada pasien

a. Tujuan Keperawatan:

- 1) Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri
- 2) Pasien mampu melakukan berhias secara baik
- 3) Pasien mampu melakukan makan dengan baik
- 4) Pasien mampu melakukan eliminasi secara mandiri

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Melatih pasien cara perawatan kebersihan diri dengan cara menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri, menjelaskan alat- alat untuk menjaga kebersihan diri, menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri, dan melatih klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.
- 2) Membantu pasien latihan berhias dengan cara latihan berhias, pada pria dengan melatih cara berpakaian, menyisir rambut dan bercukur, sedangkan pada klien perempuan meliputi cara berpakaian, menyisir rambut dan berhias/berdandan.
- 3) Melatih pasien cara makan secara mandiri
- 4) Melatih pasien untuk BAB dan BAK secara mandiri dengan cara menjelaskan tempat untuk BAK/BAB yang sesuai, menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK, dan menjelaskan cara membersihkan tempat setelah BAB dan BAK.

2. Tindakan Keperawatan pada keluarga

a. Tujuan Keperawatan

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah defisit perawatan diri.

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Mendiskusikan dengan keluarga tentang masalah yang dihadapi keluarga

- dalam merawat pasien.
- 2) Menjelaskan pentingnya perawatan diri untuk mengurangi stigma.
 - 3) Mendiskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri.
 - 4) Menganjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat pasien dan membantu mengingat pasien dalam merawat diri.
 - 5) Menganjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam merawat diri.
 - 6) Membantu keluarga melatih cara merawat pasien dengan defisit perawatan diri.

I. Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Defisit perawatan Diri

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data, pengelompokan data dan analisa data. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual, dimana pengumpulan data dilakukan pada saat pasien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama keperawatan berlangsung (Stuart dan Sudden, 2005). Cara pengkajian lain berfokus pada (5) lima dimensi, yaitu : Fisik, Emosional, Intelektual, Sosial dan Spiritual.

Isi pengkajian meliputi:

- a. Identitas Pasien. Biodata pasien yang meliputi: nama, umur, jenis kelamin, alamat,
Tanggal masuk rumah sakit, Nomor Register dan tanggal pengkajian.
- b. Keluhan Utama pasien dibawa ke rumah sakit pada umumnya karena Defisit dalam merawat diri, dari perawatan -perawatan diri yang biasa dilakukan, dan sekarang jarang dilakukan yang diawali masalah seperti senang menyendiri, tidak mau banyak berbicara dengan orang lain, terlihat murung.
- c. Faktor Predisposisi
 - 1) Pada umumnya pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.
 - 2) Penyakit kronis yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri.
 - 3) Pengobatan sebelumnya kurang berhasil.
 - 4) Harga diri rendah, pasien tidak mempunyai motivasi untuk merawat diri
 - 5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya dan saksi penganiayaan.
 - 6) Ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa.

- 7) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustrasi.
- d. Pemeriksaan Fisik. Pengkajian fisik difokuskan pada system dan fungsi organ; yang meliputi:
- 1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi, suhu, dan
 - 2) pernapasan pasien.
 - 3) Ukur tinggi badan dan berat badan pasien
 - 4) Keluhan fisik: biasanya tidak ada keluhan fisik.
- e. Aspek Psikososial
- 1) Gambaran diri: pada umumnya pasien bisa menerima anggota tubuh yang dimiliki.
 - 2) Identitas diri: pasien mengetahui status dan posisinya sebelum dirawat.
 - 3) Peran: pasien tidak mampu melaksanakan perannya sebagai mana mestinya, baik peran dalam keluarga ataupun dalam kehidupan masyarakat.
 - 4) Ideal diri: pasien memiliki harapan untuk segera sembuh dari penyakitnya, dan kembali hidup normal seperti sebelum dirinya sakit.
 - 5) Harga diri: pasien mengalami harga diri rendah berhubungan dengan kegagalan yang terjadi dimasa lampau dan pasien merasa tidak dihargai oleh orang lain.
- f. Status Mental
- 1) Penampilan: penampilan pasien tidak rapi, misalnya rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, dan baju tidak pernah diganti.
 - 2) Pembicaraan: pembicaraan yang ditemukan pada pasien yaitu pembicaraan yang berbelit-belit.
 - 3) Aktivitas motorik: pasien mengalami tegang, gelisah dan agitasi.
 - 4) Alam perasaan: putus asa atau sedih dan gembira yang berlebihan.
 - 5) Afek: labil yaitu emosi yang cepat berubah-ubah.
 - 6) Interaksi selama wawancara: Biasanya pasien menunjukkan kurang kontak mata dan kadang-kadang menolak bicara dengan orang lain.
 - 7) Persepsi: Biasanya gangguan persepsi terutama halusinasi pendengaran, pasien biasanya mendengar suara-suara yang mengancam, sehingga pasien cenderung menyendiri, pandangan kosong, kadang-kadang bicara sendiri, sering menyendiri dan melamun
 - 8) Proses pikiran
 - a) Arus pikiran
Sirkumtansial yaitu pembicaraan yang berbelit tetapi sampai dengan tujuan pembicaraan dan perseverasi yaitu pembicaraan yang diulang

berkali-kali. Selain sirkumtansial dan perseverasi klien dengan halusinasi visual biasanya juga mengalami gangguan dalam bentuk Blocking, yaitu jalan pikiran tiba-tiba berhenti atau berhenti ditengah sebuah kalimat dan pasien tidak dapat menjelaskan kenapa ia berhenti sewaktu berbicara.

b) Bentuk pikiran

Pasien lebih sering diam dan larut dengan menyendiri, bersikap seperti bermalas-malasan.

c) Isi pikiran

Pasien merasa lebih senang menyendiri daripada berkumpul dengan orang lain. Pasien suka membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang kesal atau marah, pasien biasanya ada waham curiga atau phobia.

d) Tingkat kesadaran dan orientasi tentang tempat dan waktu baik.

e) Memori: memori klien biasanya baik.

f) Kebutuhan persiapan pulang

- Makan

Pasien tidak bisa mengambil makanan sendiri, makanan berceceran dan makan tidak pada tempatnya

- Mandi

Pasien biasanya jarang mandi, gangguan kebersihan diri, rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, serta kuku panjang dan kotor

- Berpakaian / berhias

Pasien biasanya jarang mengganti pakaian, biasanya pakaian tidak sesuai, rambut acak-acakan, pakain kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien lakilaki tidak bercukur, pada pasien perempuan tidak berdandan.

- Istirahat dan tidur

Biasanya istirahat dan tidur pasien terganggu.

2. Analisa data

Menganalisa kelompok data subyektif dan obyektif untuk menegakkan diagnosa keperawatan prioritas untuk pasien. Contohnya:

Tabel 7.1 Menganalisa Kelompok Data Subyektif dan Obyektif

Data	Diagnosa Keperawatan
------	----------------------

Data Subyektif

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Pasien mengatakan malas mandi dan membersihkan diri | Defisit perawatan diri (D.01019) |
| 2. Pasien mengatakan tidak | |

- ada keinginan untuk membersihkan diri
3. Pasien mengatakan tidak masalah dengan kondisinya

Data Obyektif

5. Pasien tampak kotor, rambut gondrong, gigi kuning, kuku panjang, kotor dan badan bau.
 6. Minat melakukan perawatan diri tidak ada
 7. Baju pasien kotor dan bau.
 8. Pasien menolak melakukan perawatan diri
- a. Tahap menegakan Diagnosa Keperawatan sesuai dengan SDKI
 - b. Tahap menyusun kriteria hasil berdasarkan SLKI
 - c. Menyusun Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI

Ketiga komponen diatas dapat dibaca pada tabel dibawah ini :

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
<p>Defisit Perawatan Diri (D.0109)</p> <p>Definisi :</p> <p>Pasien tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan muskuloskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/ atau psikotik 5. Penurunan motivasi/ minat <p>Gejala dan Tanda Mayor</p>	<p>Perawatan Diri (L.11103)</p> <p>Definisi :</p> <p>Kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x24 jam, diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan menggunakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan minum 	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>Definisi :</p> <p>Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang

<p style="text-align: center;">Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu berhias secara mandiri 2. Menolak melakukan perawatan diri <p style="text-align: center;">Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang <p style="text-align: center;">Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera medula spinalis 3. Depresi 4. Arthritis reumatoid Retardasi mental 	<p style="text-align: center;">meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Minat melakukan perawatan diri meningkat 6. Mempertahankan kebersihan diri meningkat 	<p style="text-align: center;">terpeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Siapkan keperluan pribadi (misal, parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi pasien dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tdk mampu melakukan perawatan diri 5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p style="text-align: center;">Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
--	---	---

J. Latihan Kasus

1. Resume Pengkajian pasien

Pasien defisit perawatan diri bernama Tn F, lahir pada tanggal 1 Januari 1983, dan sekarang sudah berumur 42 tahun. Pernah dirawat di RSJ Tampan sebanyak 2 kali. Tn. F tidak memiliki keluarga dan tinggal tinggal di Panti Sosial Bina Laras. Pasien mengalami halusinasi pendengaran. Ia berkata sering mendengar suara yang berbisik-bisik di telinganya setiap saat. Bisikan ini mengganggu sampai pasien tidak bisa tidur. Pasien sering terlihat berbicara dan tertawa sendiri, ia juga sering merenung. etika dikaji, pasien mengatakan ia berbicara dan mendengar bisikan hantu.

Tn. F pertama kali masuk ke RSJ Tampan pada akhir tahun 2023. Ia didiagnosa skizofrenia. Pasien mengalami kesulitan untuk mengingat hal-hal yang terjadi sebelumnya. Pasien sering menundukkan kepalanya ketika berjalan. Ia tidak pernah mengikuti kegiatan yang diadakan RSJ Tampan, beliau juga tidak ingin berbaur dengan teman sekamarnya.

Pasien berpenampilan tidak rapi, rambut panjang dan acak-acakan, baju kotor, gigi kuning, dan bau. Pasien menolak ketika disuruh mandi. Pasien kurang kooperatif, saat dikaji berbicara tidak fokus dan bingung. Pasien sering terlihat tidur dan tidak ada interaksi dengan teman sekamar. Pasien mengalami kesulitan saat berjalan dikarenakan ia pernah terjatuh di kamar mandi.

2. Pertanyaan:
 - a. Silahkan identifikasi data subyektif dan obyektif dari resume kasus diatas
 - b. Lakukan analisa data untuk mendukung diagnosa keperawatan defisit perawatan diri
 - c. Susunlah 5 buah Intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan defisit perawatan diri pada Tn F.

K. Rangkuman Materi

Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan, dan toileting. Hal ini dapat terjadi akibat berbagai faktor, termasuk gangguan fisik, psikologis, atau sosial yang mempengaruhi motivasi dan kemampuan individu untuk merawat dirinya sendiri.

Defisit Perawatan Diri yang terjadi pada seseorang meliputi 4 komponen, yaitu:

1. Defisit Mandi: Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas mandi dan menjaga kebersihan pribadi.
2. Defisit Berpakaian: Kesulitan dalam mengenakan pakaian dan berdandan.
3. Defisit Makan dan Minum: Ketidakmampuan untuk menyelesaikan aktivitas makan dan minum secara mandiri.
4. Defisit Toileting: Kesulitan dalam melakukan buang air besar dan kecil secara mandiri

Defisit perawatan diri disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya Faktor Biologis: Gangguan muskuloskeletal atau neuromuskuler yang menghambat mobilitas. Faktor Psikologis: Gangguan mental seperti depresi atau kecemasan yang mengurangi motivasi. Faktor Sosial: Kurangnya dukungan sosial yang dapat menyebabkan isolasi. Gejala defisit perawatan diri sering kali terlihat dari perilaku individu, seperti: Malas untuk mandi atau menjaga kebersihan, penampilan yang tidak rapi, seperti pakaian kotor dan bau badan dan Ketidakmauan untuk melakukan aktivitas dasar seperti menyisir rambut atau menggosok gigi.

Tindakan keperawatan untuk menangani defisit perawatan diri meliputi: 1) Melatih pasien tentang pentingnya menjaga kebersihan diri. 2) Membantu pasien dalam praktik perawatan diri sehari-hari. 3) Memberikan dukungan emosional untuk meningkatkan motivasi pasien. Defisit perawatan diri merupakan masalah serius yang dapat mempengaruhi kualitas hidup individu, terutama pada pasien dengan gangguan jiwa. Oleh karena itu, intervensi yang tepat sangat penting untuk membantu mereka kembali mandiri dalam merawat diri.

L. Glosarium

SDKI :	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI :	Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI :	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
DPD :	Defisit Perawatan Diri

M. Daftar Pustaka

- .Hadi, I. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Cerebrovascular Accident Dengan Masalah Defisit Peratan Diri Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang.
- Ade Herma Direja, S. N. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Arieti, S. (2000). *Psychiatric Dictionary*. 3rd Ed. Oxford University Press.
- Astuti, L. I. (2019). Karya Tulis Ilmiah Gambaran Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Skizofrenia Di Wisma Sadewa Rsj Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta
- Dermawan, R., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa: Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan*
- Direja, Ade Herman Surya. 2022. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Hidayati, R. T. (2018). Pengaruh Terapi Kognitif Dan Perilaku Terhadap Peningkatan Kemampuan Perawatan Diri Pada Klien Skizofrenia Dengan Defisit Perawatan Diri di RSJD Dr. Amino Gondohutomo (Doctoral dissertation, Universitas Airlangga).
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2009). *Synopsis Of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Keliat, B.A. 2020. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Keliat, Budi Anna. 2011. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Kusumawati, Farida; Hartono, Yudi;. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- M.Faizal. (2014). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . J Dengan Gangguan Defisit Perawatan Diri : Kebersihan Diri Dan Pakaian / Berhias.
- Ndaha, S. (2021). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny J Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri Di Kota Dumai-Riau*. Osf Preprints, 1.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamentals Of Nursing*. 7th Ed. St. Louis: Mosby.
- PPNI, (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

- Saputra, D. (2017). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Dahlia Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang
- Stuart, G. W. (2009). Principles And Practice Of Psychiatric Nursing. 9th Ed. St. Louis: Mosby.
- Stuart, Gail W; Sundeen, J S;. (1998). Buku Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC. Sutejo,
- Sullivan, H. S. (2005). The Interpersonal Theory Of Psychiatry. New York: W.W. Norton & Company.
- Yosep, I. (2014). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bandung: Refika Aditama. Available At: http://Ucs.Sulsellib.Net//Index.Php?P=Show_Detail&Id-36379.
- Yosep, Iyus. 2020. Keperawatan Jiwa Cetakan Kedua (Edisi Revisi). Bandung. Pt Refrika Aditama

BAB 13

PROSEDUR TINDAKAN TERAPI AKTIVITAS (TAK)

Pendahuluan

Dalam penatalaksanaan klien/pasien tidak terpisah dari peran perawat dalam merawat klien/pasien untuk memenuhi kebutuhan klien. Keterlibatan perawat sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan melalui asuhan keperawatan secara holistik dimulai dari perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Perawat memiliki peran diantaranya sebagai pemberi layanan kesehatan, sebagai pendidik, koordinator, konselor dll. Sebagai konselor, perawat diakui kemampuannya dalam memberikan konseling dan terapi. Banyak studi yang menemukan bahwa kombinasi keperawatan dengan terapi dapat memberikan efek positif pada pasien dengan gangguan jiwa. Sehingga dalam hal ini, perawat perlu memiliki pengetahuan, keterampilan dan kesadaran lebih dalam terkait terapi serta memberikan pelayanan dan dukungan kepada klien dalam menentukan terapi yang sesuai misalnya pada tindakan terapi aktivitas.

Bab ini menjelaskan tentang tindakan terapi aktivitas kelompok yang bisa diberikan kepada klien dengan gangguan kejiwaan. Tujuan penulisan pada materi ini adalah agar mahasiswa keperawatan mampu memahami terkait tindakan terapi aktivitas pada klien dengan gangguan jiwa dan dapat mengimplementasikan teori dalam praktik secara tepat. Sasaran pembaca buku ini ditujukan keada mahasiswa program studi sarjana keperawatan. Pada bab ini akan fokus membahas terkait pemberian Tindakan Terapi Aktivitas Kelompok yang dilakukan oleh perawat. Pembahasan dalam bab ini juga akan mengupas secara rinci tentang prosedur terapi tindakan aktivitas berupa langkah langkah dalam memberikan terapi, prinsip terapi aktivitas, mengetahui beragam jenis terapi yang dapat diberikan dan metode-metode yang digunakan.

Tujuan Intruksional:

- Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar terapi aktivitas kelompok dan pentingnya dalam konteks terapeutik.
- Mahasiswa mampu memaparkan terkait dengan jenis-jenis terapi aktivitas dan media yang dapat digunakan.
- Mahasiswa mampu mengidentifikasi kebutuhan pasien terkait terapi.

- Mahasiswa mampu memahami prosedur dan kesalahan yang harus dihindari dalam pelaksanaan terapi aktivitas dalam praktiknya
- Mahasiswa mampu merencanakan program aktivitas kelompok yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik peserta.
- Mahasiswa menguasai berbagai teknik dan metode terapi aktivitas kelompok dan mampu menerapkannya dalam praktik.
- Mahasiswa mampu mengevaluasi efektivitas aktivitas kelompok dalam mencapai tujuan terapeutik berdasarkan indikator keberhasilan terapi.

Capaian Pembelajaran:

CPL-PRODI yang dibebankan pada MK

CPL

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

CPMK

Sub- CPMK

- | | |
|------------|--|
| Sub-CPMK 1 | Mahasiswa memahami konsep-konsep penting terkait dengan terapi aktivitas kelompok dan urgensi dalam konteks terapeutik |
| Sub-CPMK 2 | Mahasiswa mampu membuat perencanaan aktivitas kelompok yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik peserta. |
| Sub-CPMK 3 | Mahasiswa mampu melakukan tindakan terapi aktivitas secara tepat |
| Sub-CPMK 4 | Mahasiswa mampu memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga sesuai dengan etika professional keperawatan |

Uraian Materi

Uraian materi dalam buku ajar adalah deskripsi atau penjelasan tentang topik atau subjek tertentu yang disusun secara sistematis dan terstruktur. Materi tersebut dapat mencakup konsep, teori, prinsip, fakta, contoh, dan aplikasi dari subjek yang dibahas. Uraian materi dalam buku ajar biasanya disesuaikan dengan target audiens dan tujuan pembelajaran, serta disusun dengan cara yang mudah dipahami oleh pembaca. Tujuannya adalah untuk menyampaikan informasi dengan jelas, lengkap, dan terorganisir sehingga pembaca dapat memahami dan menguasai materi yang diajarkan.

A. Konsep Dasar Terapi Tindakan Aktivitas

1. Definisi dan Teori Tindakan Terapi Aktivitas

Tindakan terapi aktivitas atau biasa disebut dengan terapi aktivitas kelompok (TAK) merupakan sebuah pendekatan yang memanfaatkan berbagai aktivitas untuk membantu individu memperbaiki keterampilan sosial, meningkatkan kesejahteraan mental, dan mendukung proses pemulihan. Biasanya metode ini digunakan oleh perawat, psikiater, psikolog klinis, dan terapis okupasi. Tindakan terapi ini sering diterapkan dalam praktik keperawatan kesehatan jiwa untuk membantu pasien dengan masalah keperawatan yang sama. Dimana terapi ini dilakukan secara berkelompok dengan maksud agar klien dapat berinteraksi satu dengan lainnya sehingga saling mengenal. Di dalam setting kelompok, terjadi dinamika interaksi yang saling mendukung dan membutuhkan, berfungsi sebagai tempat di mana klien dapat mencoba perilaku adaptif baru untuk menggantikan perilaku lama yang maladaptif. Dalam prosesnya terapi kelompok ini dapat dilakukan dengan diarahkan dan dipimpin oleh petugas yang profesional. Setiap anggota memungkinkan dari berbagai latar belakang dan harus ditangani sesuai dengan kondisinya. Penerapan terapi aktivitas kelompok ini dapat diberikan kepada individu dengan masalah emosional atau individu dengan gangguan kesehatan mental seperti halusinasi, kecanduan, bipolar, skiofrenia, atau gangguan dan masalah lainnya (Ardiansyah et al., 2022; Halawa, 2015; Keliat, 2016; Maulana et al., 2021; Rosiana Masithoh et al., 2020).

2. Sejarah dan Perkembangan Terapi Aktivitas

Sejarah konseling dan psikoterapi telah berkembang sejak manusia mulai berkelompok. Sejarawan memperingatkan bahwa pemeriksaan mendalam terhadap sebuah peristiwa akan dipengaruhi oleh metode pemeriksaan yang digunakan. Dalam pencarian literatur yang terlihat cukup kompleks dan membingungkan, namun Secara khusus, Fuhriman dan Burlingame (1994) dalam bukunya *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis*

dalam bukunya menyusun literatur yang mendalam terkait metodologi dan konsep terkait penelitian terpeutik berbasis kelompok. Diaman pada awal 1900-an, Dr. John Pratt menggunakan terapi kelompok dalam pengobatan pasien tuberkulosis melalui kelas kontrol pikiran. Disamping itu, seorang psikiater Jacob Marenco ditahun 1910 juga telah menggunakan metode terapi aktivitas kelompok melalui teater agar pasien dapat membentuk interaksi dan spontanitas dengan membawa masalah yang sedang dialami dalam sebuah kelompok drama. Seorang tokoh Wilfred Bion pertama kali mengembangkan metode terapi kelompok saat ditugaskan menjadi psikiater selama Perang Dunia II yang digunakan untuk korban perang dunia yang mengalami gangguan emosional. Dan dalam evolusinya, Irvin D. Yalom mengidentifikasi 11 faktor terapeutik yang menjadi landasan penting dalam terapi aktivitas kelompok. Seorang individu memiliki kebutuhan dasar untuk hidup secara berkelompok, dengan berkelompok dapat memberikan kesempatan individu untuk tumbuh dalam setting tertentu (French & Simpson, 2010; H.Barlow et al., n.d.; Malhotra et al., 2024; Medicine, n.d.; Overholser 2014; R. Leddick, 2012).

3. Tujuan Terapi Aktivitas (Maulana et al., 2021; Trinurmi, 2023; Wallenhorst, 2021)

- a. Mengobservasi dan memperbaiki interaksi pada setiap anggota dalam kelompok sehingga dapat menghasilkan kesepemahaman atau menemukan solusi untuk mengatasi masalah.
- b. Membantu klien/pasien yang memiliki perilaku destruktif untuk mengubah perilaku menjadi adaptif.
- c. Meningkatkan keterampilan sosial individu.
- d. Membantu klien/pasien untuk menciptakan dan mengembangkan kemampuan dalam menghadapi tantangan hidup.
- e. Mengembangkan empati.
- f. Menumbuhkan rasa kepercayaan diri klien.

4. Manfaat Tindakan Terapi Aktivitas bagi Klien/ Pasien (Pratiwi & Aprilia Ningrum, 2024; Trinurmi, 2023; Wallenhorst, 2021)

- a. Dapat bersifat rehabilitatif sehingga dapat membangun motivasi pasien/klien yang memiliki gangguan jiwa .
- b. Dapat membangun rasa kepercayaan diri serta melatih keterampilan dalam berkomunikasi bagi pasien/klien.
- c. Dapat mendorong perubahan yang lebih positif untuk klien Dimana pasien bisa menemukan cara untuk beristirahat dan memulihkan kekuatan diri.
- d. Terapi kelompok memiliki biaya yang lebih efisien karena terapis dapat menangani beberapa pasien dalam waktu yang bersamaan.

- e. Dengan setting kelompok, Pasien memiliki kesempatan untuk memahami bagaimana orang lain menghadapi tantangan serupa dan menyelesaikan masalah mereka dan dapat sebagai dukungan sosial dari terapis dan sesama peserta.
- f. Terapi kelompok memaksimalkan penggunaan sumber daya yang terbatas, sehingga memungkinkan seorang terapis untuk membantu lebih banyak pasien sekaligus mengurangi waktu tunggu untuk sesi individu.
- g. Aktivitas yang dilakukan dalam kelompok dapat menjadi sumber inspirasi yang berharga dan dapat berbagi pengalaman hidup pada pasien.
- h. Dengan terapi aktivitas dapat menjadi sarana sebagai dukungan dari anggota kelompok terhadap perilaku positif dapat menjadi lebih efektif dalam meningkatkan harga diri dan kepercayaan diri dibandingkan hanya mengandalkan dukungan terapis.
- i. Dapat meningkatkan pemahaman tentang pentingnya hubungan antara emosi dengan perilaku defensif
- j. Pasien/Klien menyadari bahwa permasalahan atau kegagalan yang mereka alami juga dialami oleh orang lain.
- k. Anggota kelompok yang menunjukkan kemajuan dapat memberikan harapan dan motivasi bagi anggota lainnya.
- l. Terapi aktivitas ini memberikan peluang untuk mempelajari cara berinteraksi secara efektif dengan orang lain.

5. Prinsip-prinsip dalam Pembentukan Terapi Aktivitas Kelompok (Ezhumalai et al., 2018; Trinurmi, 2023)

- a. Dalam pembentukan sebuah kelompok yang bersifat universal, para peserta dapat dipilih secara homogen, dimana akan ditentukan individu yang memiliki faktor faktor atau dengan karakteristik yang sama, misalnya seperti umur, jenis kelamin, kesamaan kondisi kejiwaan yang dimiliki, diagnosis, dll.
- b. Jumlah peserta terapi kelompok idealnya 8-12 orang, minimum kurang dari 2 orang atau maksimalnya berjumlah 15 orang.
- c. Dalam pengaturan tempat duduk klien, apabila ada peserta yang absen maka kursi tetap dibiarkan kosong.
- d. Frekuensi terapi dapat dilakukan 1 kali dalam seminggu atau beberapa kali sehari disesuaikan dengan kebutuhan.
- e. Durasi terapi maksimal dilakukan sebanyak 25 kali atau sekitar 6 bulan dengan waktu per sesi bisa 45 menit sehari sampai dengan 90 menit per minggunya.
- f. Terapi yang mempunyai hubungan dengan terapi individu yang dijalani akan memiliki perbedaan dalam praktiknya.

- g. Seorang terapis dapat menciptakan suasana yang santai dalam melakukan tindakan aktivitasnya agar klien/pasien dapat secara spontan untuk mengungkapkan isi hati atau pikiran atas permasalahan yang sedang dialami.
- h. Dalam dinamika kelompok, klien/pasien dapat secara bebas untuk berkontribusi dengan cara mereka sendiri sesuai dengan kenyamanan dan tingkat penerimaan masing-masing individu.

6. Kontraindikasi Terapi Aktivitas (Ezhumalai et al., 2018)

- a. Individu yang sedang mengalami psikotik akut.
- b. Individu yang memiliki niat atau pemikiran untuk bunuh diri yang aktif.
- c. Pasien dengan gangguan organik tertentu.
- d. Individu yang kondisi fisiknya sedang lemah atau tidak stabil.
- e. Seseorang yang mengalami penurunan kemampuan kognitif yang serius.
- f. Mereka dengan gangguan kepribadian yang berat.
- g. Orang yang memiliki motivasi rendah untuk mengikuti terapi.

7. Peran perawat pada Terapi Aktivitas Kelompok (Tukatman et al., 2023)

- a. Menyusun program untuk terapi aktivitas kelompok.
- b. Mengidentifikasi peran pemimpin dan asisten pemimpin (leader dan co-leader).
- c. Menentukan tanggung jawab sebagai fasilitator.
- d. Melaksanakan tugas sebagai pengamat (observer).
- e. Menangani berbagai masalah yang muncul selama pelaksanaan terapi.
- f. Merancang program untuk mencegah atau mengatasi potensi masalah.

B. Teknik dan Metode Terapi Aktivitas

(Nancye & Maulidah, 2017)

1. Jenis-jenis terapi aktivitas

- a. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK): dapat dilakukan dengan diskusi, permainan atau proyek Bersama.
 - 1) Stimulasi kognitif/persepsi (Ellina, 2012)

Terapi ini melibatkan aktivitas yang diolah menjadi stimulus yang berhubungan dengan pengalaman hidup pasien untuk selanjutnya didiskusikan dalam kelompok. Aktivitas dirancang untuk merangsang pola pikir. Hasil dari diskusi kelompok digunakan dalam membentuk kesepakatan menjadi sebuah persepsi yang menjadi Solusi atau Langkah dalam menyelesaikan masalah.
 - 2) Stimulasi sensori (Kariana & Prihatiningsih, 2022)

Sebuah terapi aktivitas kelompok yang memiliki tujuan untuk membantu setiap panca indera merespons rangsangan dengan baik dan optimal.

Kegiatan stimulasi sensori melibatkan rangsangan seperti visual, audio, dan lainnya, misalnya melalui penggunaan gambar, video, atau lagu. , sehingga pasien dapat memberikan tanggapan yang sesuai terhadap berbagai objek yang digunakan dalam terapi, seperti suara, gambar, dan video. Selain itu, terapi ini diharapkan dapat meningkatkan motivasi klien untuk mengubah kebiasaan lama mereka ke arah yang lebih positif.

3) Orientasi realita (Avelina et al., 2022)

Pendekatan terapeutik yang bertujuan membantu individu, khususnya mereka yang mengalami gangguan kognitif atau kehilangan ingatan, untuk terhubung kembali dengan lingkungan mereka dan saat ini. Jenis terapi yang dirancang untuk membantu klien memahami kondisi nyata, termasuk mengenali individu lain, lokasi, dan waktu secara lebih jelas sehingga klien dapat memperbaiki fungsi kognitif dan interaksi sosial.

4) Sosialisasi

Jenis terapi yang dirancang untuk membantu klien yang menghadapi kesulitan dalam membangun hubungan sosial, dengan secara perlahan mendorong klien untuk berpartisipasi dalam aktivitas kelompok berbasis permainan. Pendekatan ini bertujuan untuk memperkuat kemampuan mereka dalam bekerja sama dengan stimulasi berpa latihan sehingga diharapkan dapat meningkatkan kemampuan untuk bercakap dan dalam penyampaian pendapat.

- b. Terapi Okupasi: Terapi okupasi merupakan bentuk terapi yang dirancang khusus untuk membantu individu mengembangkan kemandirian meskipun memiliki berbagai kondisi kesehatan. Terapi ini melibatkan pemberian aktivitas atau kesibukan yang membuat anak terfokus pada suatu tugas. Dan memiliki tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dengan memaksimalkan kemampuan mereka untuk mandiri.
- c. Terapi Rekreasi (Larastivi et al., 2016): Terapi ini memanfaatkan aktivitas santai di waktu senggang untuk mendorong seseorang terlibat dalam kegiatan yang produktif sekaligus menyenangkan, sembari meningkatkan kemampuan berinteraksi sosial. Dalam penerapannya, jenis aktivitas yang dipilih disesuaikan dengan usia peserta, dengan tujuan membantu klien membangun rasa percaya diri, memperluas kemampuan bersosialisasi, mempercayai sesama, dan bersiap kembali menjalani kehidupan bermasyarakat. Terapi rekreasi dapat berbentuk olahraga, perjalanan wisata, menjalankan hobi, hingga permainan. Khusus terapi berbasis permainan, aktivitas ini dirancang untuk dilakukan secara bersama-sama dalam kelompok guna mempererat hubungan antar peserta.

2. Metode Terapi Aktivitas (Trinurmi, 2023)

a. Psikodrama

Psikodrama adalah bentuk terapi yang menggunakan pendekatan sistematis melalui drama untuk membantu mengatasi konflik interpersonal serta meningkatkan kesadaran diri, baik secara individu maupun kelompok. Psikodrama dapat dianggap sebagai metode psikoterapi atau pelatihan di mana pasien atau subjek dapat mengungkapkan masalah dan konflik mereka secara bebas, sehingga menciptakan ruang untuk pelepasan emosi. ertujuan untuk membantu individu mengatasi tantangan hidup saat ini. Dengan memainkan peran dan skenario yang menggambarkan kehidupan nyata, metode ini memungkinkan perubahan perilaku positif, pengembangan hubungan yang sehat, serta adaptasi terhadap stres. Psikodrama klasik memiliki beberapa tahapan (Pylypenko et al., 2023):

- 1) Tahap pemanasan : pada fase ini semua anggota kelompok bekerja sama untuk menciptakan suasana yang mendorong kreativitas, spontanitas, dan komunikasi yang bertujuan untuk membangun kepercayaan dan mengarahkan pada isu pribadi yang akan dibahas lebih lanjut.
- 2) Tahap Aksi : Fase ini melibatkan pelaksanaan tugas dengan mengubah ucapan verbal menjadi gambaran visual. Elemen-elemen dari masa lalu, impian, atau rencana masa depan dibawa ke dalam konteks saat ini untuk memberikan pengalaman yang lebih mendalam dan bermakna.
- 3) Tahap Sharing : Tahapan ini dirancang untuk mempererat hubungan emosional antar anggota kelompok. Peserta berbagi perasaan yang muncul selama aksi psikodrama, serta menceritakan pengalaman dan memori pribadi. Proses ini biasanya diakhiri dengan "deroling," sebuah rangkaian mana protagonis melepaskan peran yang dimainkan dengan memanggil nama asli dan peran sosial peserta lainnya. Hal ini membantu melepaskan beban emosional yang terkait dengan peran tersebut di luar lingkungan kelompok.

Psikodrama melibatkan lima komponen utama (Angeles López-González et al., 2021):

- 1) Protagonis: Anggota kelompok yang memainkan peran dalam adegan-adegan yang menggambarkan tantangan atau potensi pribadinya. Tidak seperti teater biasa, mereka juga menciptakan cerita atau alur mereka sendiri.
- 2) Auxiliary Egos: Orang-orang yang bertindak sebagai pendukung atau co-terapis. Dalam perannya, tokoh memberikan panduan kepada protagonis

c. Encounter Group

Encounter groups adalah bentuk khusus terapi kelompok yang berkembang dari gerakan humanistik pada era 1960-an. Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran diri dengan memusatkan perhatian pada interaksi antaranggota dalam kelompok. Di dalamnya, peserta kelompok diajak untuk secara terbuka mengungkapkan perasaan, melalui sesi yang intensif atau konfrontasi langsung dengan orang-orang baru. Hal ini dilakukan untuk memenuhi kebutuhan emosional dan sosial klien.



Gambar 8.3 Encountered Group

Sumber: Encounteredevents.uk

d. Musik (Adila et al., 2024)

Musik mampu merangsang hipotalamus, menghasilkan efek menenangkan yang memengaruhi pelepasan hormon endorfin, kortisol, serta katekolamin. Selain itu, stimulasi musik juga dapat mengaktifkan sistem limbik yang berperan dalam pengelolaan emosi dan bahkan dapat memberikan rangsangan pada tubuh. Dalam praktik terapi aktivitas, melalui musik aktivitas yang bisa dilakukan seperti mendengarkan musik, bernyanyi bersama, menari dengan irama musik, meditasi dengan musik. Serta memainkan alat musik. Penelitian oleh Khadijah (2023) menunjukkan bahwa dengan terapi musik dapat menurunkan tingkat stress dan kecemasan. Dalam penelitian lain oleh Moreno-morales et al., (2020) membuktikan bahwa melalui aktivitas mendengarkan musik yang dilanjutkan dengan bernyanyi terbukti efektif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan demensia, serta memberikan manfaat jangka panjang yang signifikan terhadap gejala depresi pada lansia.



Gambar 8.4 Music Therapy

Sumber : Nazarethuniversity.edu

e. Seni (Rahman et al., 2019; Vinlandari Wahyudi et al., 2022)

Seni bermanfaat untuk meningkatkan kesehatan fisik, melatih kelincahan, serta menjaga keseimbangan tubuh, seperti yang terlihat saat seseorang mempelajari seni tari. Dengan kata lain, seni dapat dimanfaatkan sebagai media terapi, baik untuk kesehatan fisik maupun kesejahteraan mental. Penggunaan media seni juga dapat berfungsi sebagai alat untuk memberikan alternatif bagi pasien dalam menyampaikan pengalaman, emosi, dan kebutuhan mereka yang sulit diungkapkan secara lisan. Hal ini terutama bermanfaat bagi individu yang menghadapi berbagai persoalan emosional, konflik batin, atau tantangan dalam aspek spiritual maupun eksistensial. Terapi seni meliputi melukis, menggambar, memahat, membuat kerajinan, dll.



Gambar 8.5 Terapi Seni

Sumber : theclarkmarkprint.com

3. Implementasi dan Prosedur Terapi Aktivitas Kelompok

a. Langkah-langkah dalam satu sesi terapi.

Dalam memberikan terapi kepada klien/pasien, sangat penting untuk membangun hubungan terapeutik. Hubungan terapeutik antara perawat dan

pasien berbeda dengan hubungan sosial karena dalam prosesnya perawat harus memaksimalkan keterampilan komunikasi yang berfokus pada ide, pengalaman serta perasaan pasien sehingga perawat dapat mengetahui bagian mana yang perlu untuk dieksplorasi lebih jauh dan mendalam serta apa yang perlu dievaluasi dari perubahan pada pasien (Varcarolis, 2016). Dalam membangun hubungan terapeutik terdapat beberapa fase sebagai berikut (Ardiansyah et al., 2022; Charrois, 2015):

1) Tahap Preorientasi

Pada tahap ini, perawat harus mempersiapkan diri sebelum bertemu dengan klien. Persiapan meliputi pengumpulan informasi tentang klien, seperti riwayat medis, kondisi psikologis, dan kebutuhan khusus. Perawat juga melakukan refleksi diri untuk memastikan kesiapan emosional dan profesional dalam menghadapi klien. Pada tahap ini bisa menjadi dasar perawat untuk menyusun strategi untuk pertemuan pertama dengan klien. Dalam setting terapi aktivitas kelompok, tahap ini merupakan tahap pra kelompok dimana terapis dapat memilih pemimpin kegiatan untuk mengatur jalannya kegiatan, menetapkan banyaknya anggota kelompok, memilih tempat dan menata posisi duduk anggota, serta menyiapkan keperluan alat untuk jalannya terapi aktivitas.

Fase ini merupakan tahap awal untuk diawali dengan penetapan sasaran, penyusunan rencana, alokasi tanggung jawab, penentuan siapa yang akan bertindak sebagai pemimpin dan anggota kelompok, pemilihan lokasi kegiatan, pengaturan jadwal, perencanaan proses evaluasi untuk anggota dan kelompok, serta penjabaran sumber daya yang dibutuhkan oleh kelompok tersebut (Sinaga & Sulisno, 2012).

2) Tahap Orientasi

Tahap ini dimulai saat perawat dan klien bertemu untuk pertama kalinya. Pada tahap ini berfokus dengan membangun hubungan awal yang didasarkan pada kepercayaan dan rasa saling menghormati. Perawat memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan interaksi, dan menetapkan batasan secara profesional. Di fase ini, Klien didorong untuk mengungkapkan kebutuhan, kekhawatiran/kecemasan, dan harapan mereka. Pada tahap ini dapat dilakukan dengan beberapa kali pertemuan atau dengan jangka waktu yang lebih lama selama fase ini berlangsung pada pasien dengan kasus kesehatan mental yang lebih parah. Pada pertemuan pertama kali antara pasien dengan perawat, mereka adalah orang asing satu sama lain. Namun seiring berjalannya waktu dapat berkembang hubungan tersebut melalui rangkaian secara terus menerus.

Setiap anggota kelompok dapat memunculkan reaksi emosional yang positif dan atau negatif. Pada tahap ini perawat harus dapat menjaga batasan secara tepat, sehingga perlu dilakukan.

a) Membangun kepercayaan. Tujuan utama dari beberapa pertemuan awal dengan klien yaitu menciptakan lingkungan yang memungkinkan kepercayaan antara perawat dengan klien. Kepercayaan, seperti dalam hubungan lainnya, terbentuk melalui ketulusan, empati, sikap menghargai, konsistensi, dan dukungan dalam mengatasi masalah emosional atau kesulitan yang dihadapi klien. Meskipun proses ini mungkin memerlukan waktu singkat, dalam banyak situasi, klien membutuhkan waktu lebih lama untuk merasa nyaman berbagi pengalaman pribadi yang menyakitkan dan pemikiran mendalam yang dimiliki. Dengan adanya kepercayaan, maka akan menimbulkan hubungan saling terbuka. Perawat sebagai terapis dalam terapi harus memiliki sikap yang terbuka, jujur, menerima klien apa adanya, dan menghargai klien. Selama berada pada tahap orientasi ini, penting untuk menekankan beberapa hal sebagai berikut :

- Hubungan dasar : Klien perlu memahami siapa perawat yang akan mereka temui, termasuk latar belakang profesionalnya, serta mengetahui tujuan dari pertemuan tersebut sehingga perawat perlu memberikan sedikit penjelasan terkait informasi diri mereka sendiri kepada klien. Misalnya, Halo, bapak/ibu/saudara/i (nama pasien/klien), nama saya Widi dari Universitas Diponegoro, mahasiswa keperawatan yang sedang menjalani rotasi psikiatri dan saya akan membantu jalannya terapi dan pengobatan selama beberapa minggu kedepan di rumah sakit ini, dan apabila Anda masih dalam proses perawatan, saya sangat berharap untuk dapat meluangkan waktu bersama di hari Selasa.
- Kesepakatan/kontrak (Formal/ Informal) : Kesepakatan ini menggarisbawahi partisipasi aktif klien dan perannya dalam proses tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa perawat bekerja bersama klien, bukan semata-mata hanya untuk klien. Terapis perlu memberikan kontrak, baik secara lisan maupun tertulis, meliputi informasi penting seperti lokasi, jadwal, durasi pertemuan, serta tujuan yang ingin dicapai. Selama masa orientasi, klien mulai mengungkapkan perasaan, mengidentifikasi masalah, dan menentukan tujuan realistis untuk dicapai. Dengan adanya kesepakatan ini, diharapkan klien dapat mencapai peningkatan pada tingkat selanjutnya, bahkan jika belum

sepenuhnya pulih ke kondisi semula. Bahkan apabila ada biaya yang harus dibayarkan, klien juga akan diberi tahu terkait jumlah dan waktu pembayarannya. Contohnya, " Bapak/ibu/saudara/i (nama pasien), kita akan bertemu setiap hari Selasa jam 9 pagi di ruang konsultasi di poli selama 45 menit, mulai dari 12 Januari hingga 24 Februari. Kita bisa menggunakan waktu ini untuk mendiskusikan lebih dalam tentang perasaan kesepian, kecemasan dan kemarahan yang bapak/ibu rasakan, serta bersama-sama mencari cara yang dapat membantu bapak/ibu/saudara/i (nama pasien) menghadapi situasi ini." Disamping itu, perawat dapat menciptakan suasana nonformal sehingga komunikasi dengan klien dapat berjalan kaku. Sehingga dapat mengurangi gap dan dapat sebagai pendekatan yang baik dengan klien.

b) Kerahasiaan (cari setting kerahasiaan dalam aktivitas kelompok) : Klien memiliki hak untuk mengetahui kepada siapa informasi yang mereka bagikan akan diteruskan. Mereka harus diberi tahu bahwa informasi tersebut mungkin akan dibagikan ke beberapa pihak tertentu contohnya, supervisor klinis, dokter, anggota staf, atau mahasiswa dalam diskusi pendidikan. Namun, informasi ini tidak akan diberikan kepada anggota keluarga, teman, atau siapa pun di luar tim medis, kecuali dalam kondisi tertentu atau dalam keadaan darurat. Contoh keadaan darurat adalah ketika:

- Informasi tersebut dapat membahayakan klien atau orang lain.
- Klien menunjukkan niat atau memberikan ancaman untuk melukai diri sendiri.
- Klien tidak berencana mengikuti rencana perawatan yang telah disepakati.

Jika perlu untuk membagikan informasi, biasanya dokter yang akan melakukannya sesuai dengan hukum yang berlaku. Sehingga perawat wajib melindungi privasi klien dan tidak melanggar hak mereka untuk merahasiakan informasi. Contoh dalam penyampaiannya : "Bapak/ibu/saudara/i (nama pasien), saya izin akan membagikan beberapa hal dari yang telah kita diskusikan kepada rekan sejawat pada forum tertentu. Dan saya tidak akan saya bagikan kepada keluarga Anda atau pihak luar tanpa persetujuan Anda."

c) Terminasi : Tahapan terminasi dimulai saat fase orientasi, terutama untuk hubungan yang memiliki batas waktu, seperti pertemuan selama enam atau sembilan sesi. Tanggal terminasi perlu ditentukan dengan jelas sejak

awal. Jika diperlukan, kontrak antara perawat dan klien dapat dirundingkan ulang ketika mendekati akhir hubungan terapeutik. Dalam hubungan terapeutik yang tidak memiliki batas waktu tertentu, maka proses terminasi mungkin baru dibahas di tahap selanjutnya. Contoh kalimat yang dapat disampaikan oleh terapis : "Bapak/ibu/saudara/i (nama pasien), seperti yang sudah saya jelaskan sebelumnya, pertemuan terakhir untuk sesi terapi di tanggal 24 Februari. Jadi kita masih memiliki sekitar dua kali pertemuan lagi."

Selama proses terapi untuk wawancara awal terapis perlu memperhatikan beberapa hal yang mencakup :

- Penjelasan tentang peran perawat serta tanggung jawab klien dan perawat.
- Diskusi dengan klien mengenai jadwal, lokasi, tanggal, dan durasi pertemuan.
- Penjelasan tentang pentingnya kerahasiaan tentang informasi klien selama diskusi berlangsung.
- Pengenalan tentang proses terminasi, baik selama orientasi maupun pada tahapan lain.
- Pemahaman isu transferensi dan kontra-transferensi yang dapat dievaluasi dalam pengawasan kelompok atau konferensi tim.
- Pentingnya perawat menciptakan suasana untuk membangun kepercayaan.
- Identifikasi masalah klien serta penetapan tujuan yang disepakati bersama.

Tahap Orientasi dalam terapi aktivitas kelompok, Setiap anggota kelompok memperkenalkan diri masing-masing dan dapat diberi pengenalan aktivitas yang akan dijelaskan kegiatan yang akan dilakukan oleh leader kegiatan misalnya dalam kegiatan diawali dengan setiap peserta diminta untuk menuliskan informasi terkait dirinya sendiri pada kertas.

3) Tahap Kerja

Tahap ketiga adalah *working phase* yang merupakan inti dari hubungan terapeutik, di mana perawat dan klien bekerja sama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perawat menggunakan keterampilan komunikasi terapeutik, seperti mendengarkan aktif, empati, dan memberikan umpan balik konstruktif. Tahap ini merupakan tahap yang mendukung klien untuk mengeksplorasi perasaan, mengidentifikasi masalah, dan mengembangkan strategi pemecahan masalah.

Selama dalam fase ini, perawat dan klien secara bersama untuk mencari solusi terhadap masalah yang muncul atau kondisi yang sedang dialami oleh klien. Seringkali, cara klien menghadapi situasi saat ini berasal dari strategi bertahan hidup yang dulu efektif di masa kecil, terutama ketika tumbuh dalam keluarga yang tidak stabil. Mungkin strategi tersebut dapat berhasil di masa lalu namun dapat menghambat dimasa sekarang yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor dibawah sadar sehingga klien sulit mengubah kondisinya. Dalam hal ini, Perawat memainkan peran penting dalam membantu klien memahami motivasi dan keyakinan bawah sadar. Namun, proses ini sering memunculkan kembali konflik lama yang dapat meningkatkan kecemasan pada klien. Akibatnya, klien mungkin menunjukkan mekanisme pertahanan seperti menyalahkan, menarik diri, atau menyangkal, bahkan mengalihkan emosinya kepada perawat. Pada tahap ini, kemungkinan besar akan muncul emosi seperti rasa takut, marah, kecewa pada diri sendiri, atau putus asa. Dimana fase ini juga memungkinkan klien untuk meluapkan amarah tanpa kendali, selain itu, klien dapat mengembangkan perasaan transferensi, yaitu memproyeksikan perasaan mereka kepada perawat, yang dapat memunculkan respons emosional dari pihak perawat (kontra-transferensi). Sehingga penting bagi terapi atau perawat untuk menjaga hubungan terapeutik yang baik selama dalam tahap ini dengan mengelola respon. Penting adanya kesabaran dalam proses ini yang mana akan menghadapi pasien dalam bermacam macam kondisi. Sebagai terapis, perawat diharapkan memiliki kepekaan yang tajam dan kemampuan analisis yang mendalam untuk mengidentifikasi perubahan respon klien baik secara verbal maupun non-verbal.

Dalam tahap ini, komunikasi harus berjalan aktif secara dua arah, dimana ada proses menerima, mengolah pesan, serta memberikan *feedback*. Proses umpan balik dapat menunjukkan jika ada dukungan kepada klien dari proses menyimak klien. Dalam aktivitas kelompok, anggota kelompok dapat diberikan waktu dan kesempatan untuk mengekspresikan diri serta mendukung peserta agar lebih percaya diri dalam kegiatan. Sehingga perawat dapat mengidentifikasi lebih dalam terkait masalah klien.

4) Tahap Terminasi

Tahap ini bisa sementara atau terakhir dengan mengevaluasi dari pertemuan sebelumnya, bagaimana tindak lanjut berikutnya atautkah membuat kontrak untuk pertemuan setelahnya (Fitriarti, 2017). *Termination phase* terjadi ketika hubungan terapeutik mendekati akhir, baik karena

tujuan terapeutik telah tercapai atau karena interaksi dengan klien harus dihentikan. Pada tahap ini, Perpisahan dilakukan dengan cara yang mendukung dan menghormati, memastikan klien merasa diberdayakan untuk melanjutkan perjalanan mereka. Hubungan perawat klien dapat diakhiri karena berbagai alasan seperti :

- a) Kondisi klien yang membaik secara signifikan.
- b) Klien menunjukkan kemampuan sosial yang lebih baik.
- c) Pemahaman klien terhadap identitas dirinya semakin kuat.
- d) Klien mengembangkan perilaku yang lebih sesuai dan sehat.
- e) Tujuan-tujuan yang telah disepakati bersama tercapai.
- f) Hambatan dalam terapi yang tidak dapat diselesaikan oleh perawat.
- g) Kondisi lain, dll.

Tahap terminasi yang dilakukan pada aktivitas kelompok berupa kegiatan, terapis dapat memberikan sebuah apresiasi dan penghargaan kepada peserta karena telah mampu mengekspresikan diri di lingkungan sosial.

Tahap terminasi merupakan tahap yang tidak dapat dipisahkan dari hubungan terapeutik, Dimana tanpa adanya fase ini maka hubungan terasa tidak selesai dan masih berkelanjutan. Tahap ini dapat memberikan pengalaman berharga bagi klien untuk merasa bahwa dirinya berarti bagi seseorang karena dalam prosesnya perawat dapat menunjukkan rasa peduli terhadap klien. Kesalahan dalam proses terminasi bisa terjadi jika penghentian dilakukan secara mendadak atau hanya diputuskan oleh satu pihak tanpa memberikan penjelasan terlebih dahulu. Jika proses penutupan ini tidak dilakukan dengan baik, hal tersebut dapat mengganggu efektivitas komunikasi terapeutik yang sedang berlangsung dengan klien. Pada fase penutupan ini dapat memunculkan berbagai reaksi emosi dimana juga dapat memicu rasa kehilangan, ditinggalkan atau kesepian dan ada beberapa kasus yang merasa ada ketergantungan pada perawat/terapis. Sehingga terapis/perawat perlu mengelola reaksi yang muncul dengan mengakhiri sesi terapi secara positif, serta dapat dilakukan dengan meninjau kembali tujuan dan menggunakan keterampilan baru yang dimiliki klien. Perawat bisa memberikan bantuan kepada klien dengan menyusun rencana masa depan contohnya kemana klien bisa mencari bantuan, lembaga apa yang dapat dihubungi dan orang disekitar yang dapat mendukung.

Evaluasi Terapi

Evaluasi merupakan proses untuk membandingkan hasil dari tindakan yang telah dilaksanakan dengan tujuan atau indikator yang telah ditetapkan dalam rencana perawatan, serta menentukan apakah masalah telah terselesaikan sepenuhnya, sebagian, atau masih belum terselesaikan (Oktavia et al., 2020). Dalam keperawatan terdapat dua evaluasi yaitu formatif dan sumatif (Ekaputri et al., 2024):

- a) Evaluasi Formatif (Process) adalah bagian dari proses perawatan yang bertujuan untuk menilai kualitas pelayanan keperawatan setiap tindakan selesai. Proses ini dilakukan setelah rencana perawatan mulai dijalankan, dengan tujuan memastikan apakah intervensi yang diberikan berjalan dengan baik dan efektif. Evaluasi formatif perlu segera dilaksanakan setelah perencanaan keperawatan dimulai dan terus dilakukan hingga tujuan keperawatan tercapai. Pada evaluasi ini Selama proses ini, perawat juga dapat mengevaluasi bagaimana pasien merespons intervensi keperawatan yang telah diterapkan.
 - b) Evaluasi Sumatif (Hasil) merupakan evaluasi yang dilakukan setelah semua kegiatan selesai secara menyeluruh pada tindakan keperawatan. Evaluasi dilakukan untuk mengevaluasi dan menilai mutu pelayanan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien dengan tujuan untuk memastikan apakah telah mencapai hasil diinginkan. Tujuan yang tercapai ditandai dengan adanya perbaikan kondisi kesehatan atau kemajuan sesuai dengan target yang direncanakan sebelumnya, sedangkan jika tujuan tidak tercapai diketahui dari klien tidak menunjukkan perbaikan atau malah mengalami masalah baru selama proses perawatan. Sehingga perawat harus melakukan peninjauan ulang terhadap tindakan yang dilakukan, mencakup rencana perawatan, diagnosis, dan target hasil.
- b. Kesalahan umum yang harus dihindari.
- Sebagai terapis adakala memiliki perasaan bersalah dan tanggung jawab dalam proses terminasi sehingga mendorong untuk melakukan beberapa tindakan seperti : memberikan nomor telepon pribadi kepada klien sehingga klien, membuat perencanaan pertemuan diluar lingkungan profesional, dan melanjutkan komunikasi dengan klien setelah hubungan formal berakhir.

C. Latihan

Pilihan Ganda

1. Sekelompok mahasiswa profesi keperawatan sedang merencanakan Tindakan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) di poli jiwa. Berikut adalah pernyataan yang benar terkait peran perawat dalam terapi aktivitasnya, kecuali...
 - A. Observer
 - B. Leader
 - C. Fasilitator
 - D. Notulen
 - E. Co-Leader
2. Pada sebuah kegiatan terapi aktivitas yang dilaksanakan, seorang klien dalam anggota kelompok terapi meluapkan amarah tanpa kendali bahkan hingga menangis pada saat proses terapi berlangsung, berdasarkan pernyataan tersebut memungkinkan telah memasuki pada tahap...
 - A. Terminasi
 - B. Kerja
 - C. Orientasi
 - D. Pre-Orientasi
 - E. Evaluasi
3. Psikoterapi dilaksanakan di sebuah klinik dengan peserta sejumlah 9 orang dengan durasi 45 menit. Dalam prosesnya, anggota kelompok melakukan deroling, secara teori fase ini termasuk kedalam fase sharing, deroling yang dilakukan adalah...
 - A. Semua anggota kelompok bekerja sama untuk menciptakan suasana yang mendorong kreativitas
 - B. Mengubah ucapan verbal menjadi gambaran visual
 - C. Dirancang untuk mempererat hubungan emosional antar anggota kelompok
 - D. Membangun kepercayaan dan mengarahkan pada isu pribadi
 - E. Melepaskan peran yang dimainkan dengan memanggil nama asli dan peran sosial peserta lainnya
4. Tindakan terapi aktivitas memiliki beberapa prinsip, berdasarkan pernyataan berikut manakah yang merupakan prinsip TAK?
 - A. Terapi yang mempunyai hubungan dengan terapi individu yang dijalani akan memiliki kesamaan dalam praktiknya.
 - B. Durasi terapi maksimal dilakukan sebanyak 45 kali atau sekitar 2 tahun
 - C. Aktivitas yang dilakukan dalam kelompok dapat menjadi sumber inspirasi yang berharga dan dapat berbagi pengalaman hidup pada pasien.

- D. Jumlah peserta terapi kelompok idealnya 8-12 orang, minimum kurang dari 2 orang atau maksimalnya berjumlah 15 orang.
 - E. Bersifat rehabilitatif sehingga dapat membangun motivasi pasien/klien yang memiliki gangguan jiwa .
5. Pada setting kelompok, tindakan terapi aktivitas, difase terminasi, hubungan terapeutik antara perawat dan klien dapat berakhir atau bahkan dapat dilanjutkan dan direncanakan ulang untuk sesi selanjutnya. Berikut yang merupakan salah satu alasan untuk membuat perencanaan ulang adalah...
- A. Kondisi klien yang memburuk secara signifikan.
 - B. Klien menunjukkan kemampuan sosial yang lebih baik.
 - C. Pemahaman klien terhadap identitas dirinya semakin kuat.
 - D. Klien mengembangkan perilaku yang lebih sesuai dan sehat.
 - E. Tujuan-tujuan yang telah disepakati bersama tercapai.

Tugas Mahasiswa:

1. Sebutkan 5 tujuan terapi aktivitas!
2. Jelaskan 3 manfaat tindakan terapi aktivitas bagi klien!
3. Bagaimana rangkaian terapeutik dalam tindakan aktifitas pada fase orientasi?
4. Jelaskan perbedaan evaluasi sumatif dan formatif!
5. Buatlah rencana tindakan terapi aktivitas untuk klien halusinasi pada setting kelompok!

D. Kunci Jawaban

1. Kunci Jawaban: D. Notulen
Pembahasan : kata kuncinya adalah peran yang tidak benar terkait perawat dalam proses terapi aktivitas, maka jawabannya adalah notulen.
2. Kunci Jawaban: B. Kerja
Pembahasan : kata kunci meluapkan amarah yang menunjukkan adanya lonjakan emosi yang ada pada fase kerja
3. Kunci Jawaban : E. Melepaskan peran yang dimainkan dengan memanggil nama asli dan peran sosial peserta lainnya
Pembahasan : kata kuncinya adalah deroling yang merupakan proses melepaskan peran dengan memanggil nama asli pemeran drama
4. Kunci Jawaban : D. Jumlah peserta terapi kelompok idealnya 8-12 orang, minimum kurang dari 2 orang atau maksimalnya berjumlah 15 orang
Pembahasan : kata kuncinya adalah prinsip tindakan terapi aktivitas
5. Kunci Jawaban : Kondisi klien yang memburuk secara signifikan.

Pembahasan : kata kuncinya alasan perencanaan ulang sesi terapi. Sehingga jawaban yang tepat adalah A Dimana jika kondisi pasien memburuk maka perlu dilakukan perencanaan ulang dan jika membaik sesuai dengan yang diharapkan maka terapi bisa dihentikan

E. Rangkuman Materi

Tindakan terapi aktivitas atau biasa disebut dengan terapi aktivitas kelompok (TAK) merupakan sebuah pendekatan yang memanfaatkan berbagai aktivitas untuk membantu individu memperbaiki keterampilan sosial, meningkatkan kesejahteraan mental, dan mendukung proses pemulihan. Terdapat berbagai jenis dan Metode dalam pelaksanaan Terapi Aktivitas. Terdapat empat fase/tahap terapeutik dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) yaitu tahap preorientasi, tahap orientasi, tahap kerja, dan tahap terminasi.

F. Glosarium

Feedback: Umpan balik; tanggapan atau respons yang diberikan atas suatu informasi, tindakan, atau situasi untuk perbaikan atau evaluasi.

Terapeutik: Berhubungan dengan penyembuhan; bersifat menyembuhkan penyakit atau gangguan fisik dan mental.

Supervisor: Pengawas; seseorang yang bertugas mengawasi pelaksanaan suatu pekerjaan atau kegiatan.

Leader: Pemimpin; individu yang memimpin atau mengarahkan suatu kelompok atau organisasi untuk mencapai tujuan tertentu.

Co-Leader: Pemimpin pendamping; seseorang yang bekerja sama dengan pemimpin utama dalam memimpin suatu kelompok atau organisasi.

Fasilitator: Orang yang mempermudah atau membantu berlangsungnya sebuah proses, terutama dalam diskusi, pelatihan, atau kegiatan tertentu.

Observer: Pengamat; seseorang yang bertugas mengamati suatu kejadian atau situasi tanpa terlibat langsung.

Transferensi: Proses psikologis di mana seseorang secara tidak sadar memindahkan perasaan atau harapan terhadap seseorang kepada orang lain, sering terjadi dalam konteks hubungan terapeutik.

Kontra-transferensi: Respon emosional atau perasaan yang tidak disadari dari terapis terhadap pasien, sering kali dipengaruhi oleh pengalaman atau konflik pribadi terapis.

G. Daftar Pustaka

Adila, R., Septiyan, D. D., Purwinarti, W., Pendidikan, S., Pertunjukan, S., Sultan, U., & Tirtayasa, A. (2024). *Terapi Aktivitas Kelompok Stimulus Sensorik*:

Mendengarkan Musik dan Kemampuan Respon ODGJ. 8, 26991–26999.

- Angeles López-González, M., Morales-Landazábal, P., & Topa, G. (2021). Psychodrama group therapy for social issues: A systematic review of controlled clinical trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094442>
- Ardiansyah, A., Sayekti, W., & Karyani, U. (2022). Seminar Nasional Psikologi Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Untuk Meningkatkan Motivasi Hidup Pada Pasien Yang Mengalami Gangguan Skizofrenia. *Seminar Nasional Psikologi Universitas Ahmad Dahlan, 1–10*. <http://www.seminar.uad.ac.id/index.php/SNFP/article/view/9629>
- Avelina, Y., Nababan, S., Barek Aran, M. L., & Suyanti, M. (2022). Jurnal Abdimas Sainatika Jurnal Abdimas Sainatika. *Jurnal Abdimas Sainatika, 1*(November), 89–98. <https://jurnal.syedzasainatika.ac.id/index.php/abdimas/article/view/1333/944>
- Charrois, E. M. (2015). *Therapeutic Relationships. May*.
- Ekaputri, M., Susanto, G., Paryono, & Hanis Kusumaningtiyas, D. P. (2024). *Proses Keperawatan: Konsep, Implementasi, dan Evaluasi* (1st ed.). Tahta Media Group.
- Ellina, A. D. (2012). Pengaruh Terapi Aktifitas Kelompok (Tak) Stimulasi Persepsi Sessi 1-3 Terhadap Kemampuan Mengendalikan Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Hebefrenik. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan, 1*(1), 56–62.
- Ezhumalai, S., Muralidhar, D., & Dhanasekarapandian, R Shanti Nikketha, B. (2018). *Group Interventions. Indian Journal of Psychiatry. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_42_18*
- Fitriarti, E. A. (2017). (Studi Deskriptif Kualitatif Tahapan Komunikasi Terapeutik dalam Pemulihan Trauma Korban Kekerasan Terhadap Istri di Rifka Annisa Women ' s Crisis Center Yogyakarta). *Profetik Jurnal Komunikasi, 10*(01), 83–99.
- French, R., & Simpson, P. (2010). *The 'work group': Redressing the balance in Bion's Experiences in Groups*. ResearchGate. <https://doi.org/10.1177/0018726710365091>
- H.Barlow, S., J.Fuhriman, A., & M.Burlingame, G. (n.d.). *The History of Group Counseling and Psychotherapy*. Sagepub. <https://doi.org/https://doi.org/10.4135/9781452229683.n1>
- Halawa, A. (2015). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok: Stimulasi Persepsi Sesi 1-2 Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasienskizofrenia Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwamenur Surabaya. *Jurnal Keperawatan, 4*(1), 1–70.

- Kariana, I. K., & Prihatiningsih, D. (2022). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Terhadap Kemampuan Pasien Mengontrol Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rsj Provinsi Bali. *Bali Medika Jurnal*, 9(1), 38–51. <https://doi.org/10.36376/bmj.v9i1.227>
- Keliat, B. A. (2016). *Keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok* (2nd ed.). EGC.
- Khadijah, L. P. (2023). *Efektivitas Terapi Musik Untuk Menurunkan Tingkat Stres Dan Kecemasan*. 1(3).
- Larastiwi, I. A., Jurusan, D., Poltekkes, K., & Semarang, K. (2016). Pengaruh Terapi Rekreasi Permainan Crocodile River Terhadap Harga Diri Rendah Situasional Siswa Di Sma Kesatrian 1 Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, 1–11.
- Malhotra, A., A. Mars, J., & Baker, J. (2024). *Group Therapy*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK549812/>
- Maulana, I., Hernawati, T., & Shalahuddin, I. (2021). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia: Literature Review. *Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia: Literature Review*, 9(1), 153–160.
- Medicine, N. L. of. (n.d.). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse(Chapter 9 Time-Limited Group Therapy)*. Retrieved March 1, 2025, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64936/>
- Moreno-morales, C., Calero, R., Moreno-morales, P., & Pintado, C. (2020). *Music Therapy in the Treatment of Dementia: A Systematic Review and Search Strategy and Selection Criteria*. 7(May). <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00160>
- Nancye, P. M., & Maulidah, L. (2017). Pengaruh terapi aktivitas kelompok sosialisasi terhadap kemampuan bersosialisasi pasien isolasi sosial diagnosa skizofrenia di rumah sakit jiwa menur surabaya. *Jurnal Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan William Booth*, 6(1), 18–27. <https://doi.org/https://doi.org/10.47560/kep.v6i1.155>
- Oktavia, H. D., Suastrawan, M., Made, N., Yunica, D., & Author, C. (2020). Study Kasus : Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di UPTD Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. *Jurnal Kesehatan MIDWINERSLION*, 5(2), 244–257. <http://ejournal.stikesbuleleng.ac.id/index.php/Midwinerslion>
- Overholser, J. C., & Ph, D. (2014). Group Psychotherapy and Existential Concerns : An Interview with Irvin Yalom Group Psychotherapy and Existential Concerns : An Interview with Irvin Yalom. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(2). <https://doi.org/10.1007/s10879-005-2699-7>
- Pratiwi, A., & Aprilia Ningrum, W. (2024). Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok (Tak

- Stimulasi Presepsi Untuk Meningkatkan Motivasi Hidup Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Kesehatan Afinitas*, 6(September), 32–37.
- Pylypenko, N., Radchuk, H., Shevchenko, V., Horetska, O., Serdiuk, N., & Savytska, O. (2023). The Psychodrama Method of Group Psychotherapy. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 14(3), 134–149. <https://doi.org/10.18662/brain/14.3/466>
- R. Leddick, G. (2012). *4 The History of Group Counseling*. Oxford Academic. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195394450.013.0004>
- Rahman, S., Irawati, K., Prianto, Y., Magister, M., Peminatan, K., Universitas, J., Yogyakarta, M., Rumah, P., Jiwa, S., Provinsi, G., & Istimewa, D. (2019). *Penggunaan Ular Tangga Pintar Sebagai Media Memperbaiki Tanda Dan Gejala Resiko Perilaku Kekekerasan Pada ODGJ Dirumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta*. 10(2).
- Rosiana Masithoh, A., Prahesti, R., & Yulisetyaningrum. (2020). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (Tak) Terhadap Pengembangan Stimulasi Sensori Pada Lansia Di Panti Wredha Sultan Fatah Demak. *Universitas 'Aisyiyah Surakar*, 399–412.
- Sinaga, E., & Sulisno, M. (2012). Pengalaman Perawat Dalam Pelaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok. *Jurnal Nursing Studies*, 1(1), 43–50.
- Trinurmi, S. (2023). Metode Pelaksanaan Terapi Kelompok (Group Therapy). *Jurnal Bimbingan Penyuluhan Islam*, 10(1), 54–58.
- Tukatman, Pranata, A. D., M. Katuuk, H., Yati, M., & Emilia, N. L. (2023). *Keperawatan jiwa* (1st ed.). Pustaka Aksara.
- Varcarolis, E. M. (2016). Developing therapeutic relationships with patients. *Nursing Standard*, 31(2), 66–66. <https://doi.org/10.7748/ns.31.2.66.s49>
- Vinlandari Wahyudi, A., Syifauzakia, & Mulyana, A. (2022). Terapi Seni sebagai Media untuk Menjaga Kesehatan Mental Ibu dalam Mendidik Anak Usia Dini. *Proceedings of The 6th Annual Conference on Islamic Early Childhood Education*, 6, 1–8.
- Wallenhorst, T. (2021). *Intentions , Objectives and Profits of Group Therapy*. 10(6), 192–197. <https://doi.org/10.11648/j.pbs.20211006.11>

PROFIL PENULIS



Ns. Agus Dwi Pranata., M.Kep. Lahir di Langsa, 14 Agustus 1989. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan dan Ners, Universitas Sains Cut Nyak Dhien Langsa tahun 2013. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Syiah Kuala Banda Aceh dan lulus tahun 2021. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2013 sebagai Staff Prodi S1 Ilmu Keperawatan hingga tahun 2021. Saat ini penulis bekerja di STIKes Widya Dharma Husada Tangerang mengampu mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial, Keperawatan Psikiatri, Komunikasi Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: agusdwipranata@wdh.ac.id



Iva Milia Hani Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kep. Lahir di Jombang, 28 Agustus 1988. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi S1 Keperawatan dan Profesi Ners STIKES Karya Husada Kediri, tahun 2011. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan Jiwa pada Universitas Brawijaya Malang dan lulus tahun pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2011 sebagai Dosen Keperawatan di ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang. Selanjutnya sejak tahun 2024 penulis bekerja di STIKES PAMENANG Kediri dan tetap melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi dengan mengampu mata kuliah Keperawatan Dasar, Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial, dan Keperawatan Psikiatri. Penulis juga aktif dalam penulisan buku, publikasi, seminar, dan sebagai pembicara dengan rumpun keperawatan Jiwa. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : miliarahma88@gmail.com
Motto : "Berbuat baik lah kepada siapapun, karena setelah kita tiada yang dikenang hanya kebaikan kita"

PROFIL PENULIS



Deasti Nurmaguphita, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J. Lahir di Bantul, 11 Mei 1986. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan Dan Pendidikan Profesi Ners, Universitas Aisyiyah Yogyakarta selesai tahun 2009. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa pada Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2014. Serta melanjutkan Ners Spesialis Keperawatan Jiwa Selesai pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2011 mulai dari Koordinator Alumni Pengembangan Karier, Sekretaris Program Studi Keperawatan dan Ketua Program Studi Keperawatan Dan Pendidikan Profesi Ners sampai dengan tahun 2024. Saat ini penulis bekerja di Universitas Aisyiyah Yogyakarta mengampu mata kuliah Psikiatri, Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial Serta Psikososial Dan Budaya Dalam Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, workshop dan juga menjadi anggota aktif IPKJI (Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia). Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: deastinurma@unisayogya.ac.id
Motto: "Hidup harus bermanfaat bagi sesama"



Reni Puspitasari, S. Kep., Ns., MSN., terlahir di Daerah Istiewa Yogyakarta, 9 Februari 1992. Menempun pendidikan sarjana di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Tahun 2014 dan Master of Science in Nursing di St. Paul University Manila dan lulus tahun pada tahun 2018. Saat ini penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dan kegiatan organisasi baik dalam kampus maupun dimasyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: reni@stikesbethesda.ac.id

PROFIL PENULIS



Isna Ovari, S.Kp., M.Kep., Lahir di Sumatera Barat, tepatnya di Maninjau 07 Februari 1970. Riwayat Pendidikan Tinggi yang telah ditempuh oleh penulis, bermula dari D III Keperawatan pada Tahun 1990, setelah itu melanjutkan pendidikan perawat ke jenjang S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 1995. Pada tahun 2012 melanjutkan lagi pendidikan perawat ke jenjang S2 Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas. Sekarang penulis terdaftar sebagai mahasiswa Program Ph.D in Nursing di Lincoln University College Malaysia. Riwayat bekerja dimulai sebagai Guru di Sekolah Perawat Kesehatan Ranah Minang Padang tahun 1994. Saat ini penulis merupakan Dosen tetap di STIKes Pekanbaru Medical Center dan Pengampu mata ajar Keperawatan Jiwa, Keperawatan Gerontik serta Mata Kuliah Dasar Keperawatan. Keaktifan penulis dalam kegiatan Tri Dharna Perguruan Tinggi, selain sebagai tenaga pengajar, terlihat dari publikasi hasil penelitian, pengabdian kepada masyarakat, menulis buku dan seminar-seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : isnaovari70@gmail.com.
Motto: "Kalau orang lain bisa kenapa saya tidak ?"



Ns. Ragil Supriyono, M.Kep., lahir di Tumiyang, Banyumas 19 Oktober 1976. Riwayat pendidikan SMA N 1 Ajibarang Banyumas Tahun 1995, Akademi Keperawatan Yakpermas Banyumas Tahun 1998, Menyelesaikan pendidikan Sarjana dan Profesi Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta Tahun 2004, dan Magister Keperawatan Tahun 2014. Sempat berkarir di perusahaan pertambangan Maining Coal Eksplorasi as HSE Officer di Kalimantan. Mulai menjadi Dosen Tetap di Akademi Keperawatan Harum Jakarta Tahun 2004. Pernah menjabat sebagai Wakil Direktur III Bidang Kemahasiswaan, Wakil Direktur I Bidang Kurikulum, Ketua Program Studi dan saat menjabat Direktur Akademi Keperawatan Harum Jakarta. Saat ini masih aktif sebagai Pengurus Pusat Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI-Pusat)



Ns. Ryka Widyaningtyas, S.Kep., M.Sc., Penulis Lahir di Kediri, 08 Februari 1998. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 dan Profesi pada Program Studi Keperawatan, Universitas Brawijaya tahun 2019. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Dundee dan lulus tahun pada tahun 2022. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2022 sebagai Founder dan CEO SAC (Study Abroad Center) sebuah badan usaha yang bergerak di bidang education social enterprise. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai pemateri dalam seminar dan conference serta penulis buku, publikasi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ryka@lecturer.undip.ac.id

PROFIL PENULIS



Hanim Nur Faizah, S.Kep.,Ns.,M.Kep., Prodi Sarjana Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Institut Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama Tuban. Lahir di Tuban, 01 April 1990. Lulus pendidikan S1 Keperawatan pada Tahun 2013 di STIKES NU Tuban yang sekarang telah berubah menjadi IIKNU Tuban, menyelesaikan pendidikan S2 Magister Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Airlangga Surabaya pada Tahun 2018. Sejak lulus dari STIKES NU Tuban

Tahun 2013, Penulis telah menjadi staf akademik dan laboran di Prodi S1 Keperawatan STIKES NU Tuban dan diangkat menjadi dosen tetap pada tahun 2018-sekarang. Pengalaman sebagai tim pengajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial, Keperawatan Psikiatri, Keperawatan Gerontik, Keperawatan Islam, Komunikasi dalam Keperawatan, Psikososial Budaya dalam Keperawatan, Keperawatan Menjelang Ajal dan Paliatif, Keperawatan Komunitas dan Psikologi Gizi. Selain itu penulis mendapat amanah untuk menjadi Koordinator Departemen Keperawatan jiwa. Pengalaman dalam organisasi profesi, aktif sebagai pengurus PPNI DPK RSNU Tuban dan anggota IPKJI serta pertemuan ilmiah yang berhubungan dengan Keperawatan, khususnya Keperawatan Jiwa. Saat ini aktif dalam melakukan kegiatan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat.

Email : hanimfaizah.stikesnu@gmail.com



Kurniawati S.Kep., Ns., M.Kep., lahir di Sungguminasa 18 januari 1978, menyelesaikan pendidikan di SPK Depkes Ujung Pandang tahun 1996 dan melanjutkan pendidikan di Akademi keperawatan Tidung Makassar tahun 2005, selanjutnya menyelesaikan jenjang S1 keperawatan dan Ners di Stikes Nani Hasanuddin Makassar pada tahun 2011 dan Program Magister Keperawatan di Universitas Hasanuddin tahun 2015. Mengawali karir sebagai PNS pada tahun 1997 sebagai perawat kesehatan di institusi pelayanan Puskesmas di Kabupaten Gowa sampai dengan tahun 2022.

Dan beralih sebagai Dosen DPK pada tahun 2023 .Saat ini sebagai Ketua Stikes Amanah Makassar. Pengurus aktif pada organisasi DPD PPNI Kab Gowa sebagai bendahara dan sebagai sekretaris BAPENA PPNI Kabupaten Gowa Propinsi Sulawesi Selatan.

PROFIL PENULIS



Veronika Toru, S.Kep., Ns., M.Kep., Staf Dosen pada Prodi Keperawatan Waingapu. Lahir di Sumba Timur 13 September 1984, penulis menempuh Sekolah Dasar Inpres Lailara, SLTP Negeri 2 Waingapu, SMA Kristen Payeti Waingapu yang berada di Kabupaten Sumba Timur, tamat DIII Keperawatan di Prodi Keperawatan Waingapu tahun 2005, lulus CPNS tahun 2006 dan langsung ditempatkan kembali pada Program Studi Keperawatan Waingapu. Tahun 2010 melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan pada Universitas Diponegoro dengan peminatan CMHN (Community Mental Health Nursing), tahun 2015 melanjutkan Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang dengan peminatan manajemen keperawatan. Penulis sangat tertarik dengan perawatan luka, penulis memiliki harapan untuk mengikuti pelatihan tentang perawatan luka modern. Penulis juga melakukan Tri dharma Perguruan Tinggi yaitu melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dengan berfokus pada penyakit tropik yang sesuai dengan keunggulan Prodi Keperawatan Waingapu, sejak tahun 2023 penulis mengambil topik hipertensi. Hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang penulis lakukan telah dipublikasi pada Jurnal Keperawatan Nasional terakreditasi dan jurnal internasional. Penulis telah menyusun *book chapter* dan buku ajar, buku ajar ini merupakan buku ajar yang keempat yang penulis tulis. Semoga kedepannya penulis terlibat aktif dalam menulis buku ajar, *book chapter*, monograf dan buku referensi.

Email Penulis: jevertoru@gmail.com



Ns. Oril Ardianto, S.Kep., M.Kep., lahir di Kota Sungai Penuh tanggal 1 Agustus 1992. Penulis menyelesaikan pendidikan Serjana Keperawatan pada Tahun 2014 di Program Studi Serjana Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi (UNJA) dan Profesi Ners Tahun 2015 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia (STIKesi). Pada tahun 2016 melanjutkan Pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas (UNAND) dan lulus pada tahun 2018. Saat ini penulis merupakan Dosen Pengajar di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hesti Wira Sriwijaya. Penulis juga aktif dalam melaksanakan Tridarma Perguruan Tinggi yang berupa Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat khusus dalam bidang Keperawatan Jiwa. Penulis dapat dihubungi melalui email orilardianto@gmail.com

Buku ajar "Keperawatan Jiwa: Konsep dan Praktik Klinis" dirancang untuk memberikan pemahaman mendalam mengenai aspek-aspek esensial dalam keperawatan jiwa, serta membekali mahasiswa dan praktisi dengan keterampilan klinis yang aplikatif. Buku ini diawali dengan pembahasan konsep dasar keperawatan jiwa, serta peran dan fungsi perawat jiwa dalam konteks kesehatan mental yang holistik.

Selanjutnya, pembaca diajak mendalami berbagai terapi modalitas dalam keperawatan jiwa, yang menjadi landasan penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang berbasis bukti. Buku ini menyajikan asuhan keperawatan yang terperinci untuk kondisi spesifik seperti kecemasan, harga diri rendah (HDR), gangguan citra tubuh, kehilangan, isolasi sosial, defisit perawatan diri, halusinasi, dan perilaku kekerasan. Prosedur pengkajian kesehatan jiwa, baik untuk individu maupun keluarga, dikupas secara sistematis untuk memastikan akurasi dan efektivitas dalam implementasi di lapangan. Selain itu, buku ini turut mengeksplorasi tren dan isu terkini yang mempengaruhi praktik keperawatan jiwa saat ini, termasuk konsep sosialiasi serta Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dengan stimulasi sensori maupun tanpa stimulasi sensori. Aplikasi berbagai model konseptual juga dihadirkan guna memperkuat fondasi teoritis dalam praktik keperawatan jiwa.

Melalui buku ini, pembaca akan memahami secara komprehensif berbagai pendekatan terapeutik dan strategi manajemen keperawatan jiwa, serta prosedur tindakan terapi aktivitas yang mendukung pemulihan pasien secara optimal. Buku ini diharapkan mampu menjadi referensi utama bagi mahasiswa keperawatan, pendidik, serta praktisi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan jiwa secara profesional, empati, dan holistik.



Buku ajar "Keperawatan Jiwa: Konsep dan Praktik Klinis" dirancang untuk memberikan pemahaman mendalam mengenai aspek-aspek esensial dalam keperawatan jiwa, serta membekali mahasiswa dan praktisi dengan keterampilan klinis yang aplikatif. Buku ini diawali dengan pembahasan konsep dasar keperawatan jiwa, serta peran dan fungsi perawat jiwa dalam konteks kesehatan mental yang holistik.

Selanjutnya, pembaca diajak mendalami berbagai terapi modalitas dalam keperawatan jiwa, yang menjadi landasan penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang berbasis bukti.

Buku ini menyajikan asuhan keperawatan yang terperinci untuk kondisi spesifik seperti kecemasan, harga diri rendah (HDR), gangguan citra tubuh, kehilangan, isolasi sosial, defisit perawatan diri, halusinasi, dan perilaku kekerasan. Prosedur pengkajian kesehatan jiwa, baik untuk individu maupun keluarga, dikupas secara sistematis untuk memastikan akurasi dan efektivitas dalam implementasi di lapangan.

Selain itu, buku ini turut mengeksplorasi tren dan isu terkini yang mempengaruhi praktik keperawatan jiwa saat ini, termasuk konsep sosialiasi serta Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dengan stimulasi sensori maupun tanpa stimulasi sensori. Aplikasi berbagai model konseptual juga dihadirkan guna memperkuat fondasi teoritis dalam praktik keperawatan jiwa.

Melalui buku ini, pembaca akan memahami secara komprehensif berbagai pendekatan terapeutik dan strategi manajemen keperawatan jiwa, serta prosedur tindakan terapi aktivitas yang mendukung pemulihan pasien secara optimal. Buku ini diharapkan mampu menjadi referensi utama bagi mahasiswa keperawatan, pendidik, serta praktisi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan jiwa secara profesional, empati, dan holistik.

Penerbit:

PT Optimal Untuk Negeri

Kencana Tower Lt. Mezzanine

Jl. Raya Meruya Ilir No. 88

RT. 001 RW. 005, Kel. Meruya Utara, Kec. Kembangan

Jakarta Barat, DKI Jakarta



ISBN 978-634-96029-5-2



9

786349

602952

