

KEPERAWATAN JIWA

Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep | Ns. Ainal Mardhiah., M.Kep
Ns. Bergita Dumar, S.Kep., M.Kep | Ns. Badrul Zaman, M.Kep
Ns. Tiur Romatua Sitohang, S.Kep.M.Kep | Ns. Rina Herniyanti, S.Kep., M.Kep
Ns. Yeni Devita, M.Kep | Tri Ayu Yuniyanti, S. Kep., Ns., M. Kep
Ns. Afniwati, S.Kep., M.Kes | Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
Asmawati G., SKM., M.Kes | Ns. Pingkan Christy Timbuleng, S.Kep.M.Kep
Pritta Yunitasari, S.Kep., Ns., M.Kep | Ns. Rusherina S.Pd, S.Kep, M.Kes
Maria Terok, S.Pd., S.SiT., M.Kes | Ns. Maykel A. Kiling, SPd, S.Kep., M.Kep



KEPERAWATAN JIWA

Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep
Ns. Ainal Mardhiah., M.Kep
Ns. Bergita Dumar, S.Kep., M.Kep
Ns. Badrul Zaman, M.Kep
Ns. Tiur Romatua Sitohang, S.Kep.M.Kep
Ns. Rina Herniyanti, S.Kep., M.Kep
Ns. Yeni Devita, M.Kep
Tri Ayu Yuniyanti, S. Kep., Ns., M. Kep
Ns. Afniwati, S.Kep., M.Kes
Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
Asmawati G., SKM., M.Kes
Ns. Pingkan Christy Timbuleng, S.Kep.M.Kep
Pritta Yunitasari, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Rusherina S.Pd, S.Kep, M.Kes
Maria Terok, S.Pd., S.SiT., M.Kes
Ns. Maykel A. Kiling, SPd, S.Kep., M.Kep

Editor :

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

KEPERAWATAN JiWA

Penulis:

Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep
Ns. Ainal Mardhiah., M.Kep
Ns. Bergita Dumar, S.Kep., M.Kep
Ns. Badrul Zaman, M.Kep
Ns. Tiur Romatua Sitohang, S.Kep.M.Kep
Ns. Rina Herniyanti, S.Kep., M.Kep
Ns. Yeni Devita, M.Kep
Tri Ayu Yuniyanti, S. Kep., Ns., M. Kep
Ns. Afniwati, S.Kep., M.Kes
Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
Asmawati G., SKM., M.Kes
Ns. Pingkan Christy Timbuleng, S.Kep.M.Kep
Pritta Yunitasari, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Rusherina S.Pd, S.Kep, M.Kes
Maria Terok, S.Pd., S.SiT., M.Kes
Ns. Maykel A. Kiling, SPd, S.Kep., M.Kep

ISBN :

978-634-247-036-7

Editor Buku:

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Cetakan Pertama : 2025

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku ini berjudul Keperawatan Jiwa mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Keperawatan Jiwa. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Keperawatan Jiwa serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 28 Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1_Konsep Dasar Keperawatan Jiwa.....	1
A. Pendahuluan	1
B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa	2
BAB 2_Proses Keperawatan dalam Keperawatan Jiwa	10
A. Pendahuluan	10
B. Proses Keperawatan dalam Keperawatan Jiwa	10
BAB 3_Stress dan Mekanisme Koping	22
A. Pendahuluan	22
B. Konsep Stress	23
C. Konsep Mekanismes Koping	25
BAB 4_Teori dan Model dalam Keperawatan Jiwa	32
A. Pendahuluan	32
B. Teori dan Model dalam Keperawatan Jiwa	33
BAB 5_Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan	41
A. Pendahuluan	41
B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan	42
BAB 6_Asuhan Keperawatan Pasien dengan Resiko Bunuh Diri ...	49
A. Pendahuluan	49
B. Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Resiko Bunuh Diri	50
BAB 7_Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Defisit Perawatan diri	67
A. Pendahuluan	67
B. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Defisit Perawatan Diri	68

BAB 8 Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi	81
A. Pendahuluan	81
B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi.....	81
BAB 9 Asuhan Keperawatan pada Gangguan Penggunaan Isolasi Sosial	94
A. Pendahuluan	94
B. Asuhan Keperawatan pada Gangguan Penggunaan Isolasi Sosial.....	94
BAB 10 Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Cemas	104
A. Pendahuluan	104
B. Pemenuhan Kebutuhan Spiritual.....	104
BAB 11 Perilaku Kekerasan dalam Rumah Tangga pada Keluarga.....	116
A. Pendahuluan	116
B. Perilaku kekerasan dalam Rumah Tangga pada keluarga ...	117
BAB 12 Terapi Modalitas Dalam Keperawatan Jiwa.....	135
A. Pendahuluan	135
B. Terapi Modalitas.....	136
BAB 13 Terapi Aktivitas Kelompok.....	148
A. Pendahuluan	148
B. Manfaat dari terapi aktivitas kelompok	149
C. Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok.....	150
D. Macam-macam Terapi Aktivitas Kelompok.....	150
BAB 14 Terapi Kognitif.....	155
A. Pendahuluan	155
B. Konsep Terapi Kognitif	155

BAB 15 Terapi Perilaku	166
A. Pendahuluan	166
B. Konsep Terapi Perilaku	166
BAB 16 Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Jiwa	175
A. Pendahuluan	175
B. Komunikasi Terapeutik	176
C. Penutup	183

BAB 1

Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Kesehatan menurut *World Health Organization* (WHO) diartikan sebagai suatu keadaan kesejahteraan fisik, psikologis, dan sosial yang utuh, bukan hanya terbebas dari penyakit/kelemahan. Hal tersebut menekankan bahwa dimensi positif dari suatu kesehatan jiwa, bukan hanya berfokus pada tidak adanya gangguan jiwa (Purba, D.H, et al, 2021).

Kesehatan jiwa bukan hanya berfokus pada penanganan masalah gangguan jiwa, namun juga berfokus untuk memperhatikan kesehatan jiwa pada kelompok risiko gangguan jiwa dan kelompok sehat jiwa. Hal tersebut dilakukan untuk memastikan tindakan yang tepat bagi kesehatan di Masyarakat, di mana yang sehat agar tetap menjaga kesehatannya, kelompok risiko gangguan jiwa tidak akan mengalami gangguan jiwa dan kelompok yang mengalami gangguan jiwa akan tetap produktif masyarakat (Livana PH, Ayuwatini, S., & Ardiyanti, Y, 2019).

Masalah kesehatan jiwa mencakup banyak hal dan bervariasi dalam Tingkat keparahan, mulai dari yang kategori gangguan mental emosional atau masalah kejiwaan (ODMK) sampai dengan kategori gangguan jiwa (ODGJ). Gangguan jiwa (ODGJ) dapat diartikan sebagai suatu gangguan mental, perilaku dan emosional yang mengakibatkan gangguan fungsional serius yang secara substansi akan mengganggu dan membatasi aktifitas.

Prevalensi gangguan jiwa di masyarakat saat ini semakin meningkat. Data statistik menunjukkan 450 juta orang di dunia mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa, sepertiga diantaranya terjadi pada Negara berkembang (WHO, 2020). Diperkirakan 1 dari 4 orang di dunia akan mengalami gangguan jiwa pada suatu titik dalam hidup mereka (WHO, 2021 dalam Arini et al., 2025). Di Indonesia, prevalensi gangguan jiwa juga semakin meningkat. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, 9,8% orang Indonesia mengalami masalah kesehatan jiwa. Data dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, prevalensi gangguan jiwa di Indonesia sebesar 2% pada kelompok usia 15-75 tahun (Arini et al., 2025).

B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

1. Pengertian Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa menurut WHO (2022), merupakan suatu kondisi di mana individu memiliki kesejahteraan jiwa sehingga individu akan mampu untuk mengatasi permasalahan dalam kehidupannya, menyadari potensi dirinya, belajar secara efektif, bekerja dengan produktif, dan mampu memberikan kontribusi positif pada orang-orang di sekitarnya. Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi perasaan sejahtera yang subyektif, suatu penilaian diri tentang perasaan mencakup konsep diri, kebugaran, dan kemampuan pengendalian diri. Indikator mengenai keadaan sehat jiwa yang minimal adalah di mana individu tidak merasa tertekan atau depresi (Riyadi & Purwanto, 2009).

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi ketika individu terbebas dari berbagai gejala gangguan jiwa, sehingga individu mampu berfungsi secara normal dalam kehidupan sehari-hari, terutama saat menghadapi tantangan hidup dengan mengelola stres. Kesehatan jiwa mencakup beberapa aspek diantaranya, yaitu : aspek emosional, psikologis, dan sosial (Nurseha, 2024).

Aspek-aspek tersebut memiliki peranan penting dalam menentukan cara individu berpikir, merasakan, dan berperilaku. Ketika kesehatan jiwa terganggu, individu bisa mengalami berbagai masalah emosional, seperti kecemasan, depresi, serta gangguan perilaku. Oleh karena itu, menjaga kesehatan jiwa sama pentingnya dengan menjaga kesehatan fisik, karena keduanya saling berhubungan (Nurseha, 2024).

Kesehatan jiwa menurut Videbeck (2018) adalah kemampuan individu untuk beradaptasi terhadap perkembangan sesuai kemampuan yang dimiliki serta mampu menghadapi stresor yang muncul baik dari dalam maupun luar diri individu. Status kesehatan jiwa dapat terbagi menjadi 3 (tiga) kategori, yaitu : kelompok sehat jiwa (keadaan fungsi jiwa yang baik); kelompok risiko gangguan jiwa (memiliki masalah psikososial seperti kecemasan, stres ringan sampai sedang, penyakit kronis, maupun kehilangan orang tercinta); dan kelompok gangguan jiwa berat (Stuart, 2016).

2. Pengertian Keperawatan Jiwa

Keperawatan jiwa menurut Stuart Sundeen's & Laraia (1998) adalah proses interpersonal dalam meningkatkan dan mempertahankan perilaku klien yang berkontribusi pada fungsi integrasi. Klien tersebut bisa individu, keluarga, kelompok, organisasi, atau masyarakat. 3 (tiga) area praktik keperawatan jiwa yaitu perawatan langsung, komunikasi dan manajemen. Sedangkan menurut Dorothy, Cecelia dalam Yosep.I (2007), keperawatan jiwa adalah suatu proses di mana perawat membantu individu atau kelompok dalam mengembangkan konsep diri yang positif, meningkatkan pola hubungan antar pribadi yang lebih harmonis serta agar berperan lebih produktif di masyarakat.

3. Perspektif Keperawatan Jiwa

a. Manusia

- 1) Keperawatan jiwa memandang manusia sebagai satu kesatuan yang utuh dan unik.
- 2) Manusia sebagai klien dalam keperawatan jiwa dari mulai masa konsepsi (di dalam kandungan) sampai usia lanjut.
- 3) Klien sebagai suatu sistem dalam keperawatan jiwa dapat berupa sistem individu, sistem keluarga, dan masyarakat.

b. Sehat

- 1) Indikator kesehatan jiwa meliputi : sikap positif terhadap diri sendiri, pertumbuhan, perkembangan, aktualisasi diri, integrasi, otonomi, persepsi terhadap realita yang baik dan kemampuan menguasai lingkungan.
- 2) Kesehatan jiwa bukan hanya tidak adanya gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadian individu (WHO, 1974).

c. Lingkungan

- 1) Terdapat 2 (dua) jenis lingkungan dalam keperawatan kesehatan jiwa , yaitu lingkungan fisik dan lingkungan sosial.
- 2) Lingkungan fisik adalah seluruh benda hidup maupun benda mati yang berada di sekitar manusia.
- 3) Lingkungan sosial menggambarkan hubungan antara individu dengan individu lain.
- 4) Hubungan sosial merupakan aspek yang sangat penting, di mana intervensi utama perawat jiwa berkaitan dengan hubungan sosial dan komunikasi interpersonal (Melisa.r. et.al, 2021).

d. Keperawatan

- 1) Keperawatan jiwa menurut *American Nurse Assosiation* (ANA) adalah area khusus dalam praktik keperawatan yang menggunakan ilmu tingkah laku manusia sebagai dasar dan menggunakan diri sendiri secara terapeutik dalam meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan mental klien dan kesehatan mental masyarakat di mana klien berada (Stuart, G.W., 2013)
- 2) Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang memengaruhi terintegrasinya fungsi seseorang (Stuart, 2016).

4. Ciri-Ciri Sehat Jiwa

Menurut Marie Jahoda dalam Jalaluddin & Ramayulis (1993), ciri -ciri sehat jiwa, diantaranya :

- a. Memiliki sikap positif terhadap diri sendiri;
- b. Mampu tumbuh, berkembang dan mengaktualisasikan diri;
- c. Memiliki integrasi diri, yang meliputi keseimbangan jiwa, kesatuan pandangan dan mampu beradaptasi terhadap tekanan-tekanan yang mengganggu fungsi-fungsi psikis.
- d. Memiliki otonomi diri
- e. Memiliki persepsi yang objektif terhadap realitas, terbebas dari penyimpangan kebutuhan, empati dan kepekaan sosial
- f. Mampu beradaptasi dengan lingkungannya.

Sedangkan menurut Abraham Maslow (1970) dalam Townsend (2009) ciri-ciri sehat jiwa, diantaranya :

- a. Persepsi terhadap realita yang sesuai;
- b. Kemampuan menerima diri sendiri, orang lain dan sifat alami manusia;
- c. Kemampuan untuk menunjukkan spontanitas;
- d. Kapasitas untuk berkonsentrasi pada penyelesaian masalah;

- e. Kebutuhan untuk memisahkan diri dan kebutuhan untuk “*privacy*”;
- f. Kemandirian, otonomi, dan *a resistance to enculturation*;
- g. Reaksi emosi yang kuat;
- h. Beberapa pengalaman puncak yang menunjukkan kebergunaan, kekayaan dan keindahan hidup;
- i. Identifikasi dengan umat manusia;
- j. Kemampuan untuk mencapai kepuasan dalam hubungan interpersonal;
- k. Struktur karakter yang demokratis dan rasa etis yang kuat;
- l. Kreativitas;
- m. Derajat ketidakpatuhan

5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Jiwa

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa menurut Tunjung. S.Y & Dinar.A. (2020); Nurseha, U. R. (2024), yaitu :

- a. Faktor genetik
- b. Lingkungan
- c. Pengalaman hidup
- d. Stres berkepanjangan
- e. Trauma masa lalu
- f. Paparan terhadap situasi yang penuh tekanan
- g. Dukungan sosial yang rendah
- h. Konflik keluarga
- i. Stigma sosial
- j. Ketidakstabilan ekonomi
- k. Beban pekerjaan yang berlebihan, dan
- l. Perubahan gaya hidup

DAFTAR PUSTAKA

- Arini, L., Syukur, Y., Syarli, S., Keperawatan, I., Pendidikan, F. I., Padang, U. N., Pendidikan, F. I., Padang, U. N., & Padang, U. A. (2025). *Literatur Review : Pendekatan Keperawatan Transkultural Dalam Homecare Gangguan Jiwa Oleh Caregiver*. 4(1), 15-18.
- Jalaluddin dan Ramayulis. (1993). *Pengantar Ilmu Jiwa Agama*, (Jakarta: Kalam Mulia,1993), hal. 76.
- Melisa.R. et.al. (2021). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikososial*. Penerbit : Edu Publisher : Jawa Barat. (2021).
- Nurseha, U. R. (2024). *Konsep Kesehatan Mental Dalam Pendidikan Islam Analisis Pemikiran Prof. Zakiah Daradjat*. 17(83), 81-98. <https://doi.org/10.33558/turats.v17i1.10024>
- Livana PH, Ayuwatini, S., & Ardiyanti, Y. (2019). *Gambaran Kesehatan Jiwa Masyarakat. Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 60. <https://doi.org/10.26714/jkj.6.1.2018.60-63>
- Purba, D.H, et al. (2021). *Kesehatan Mental*. Yayasan Kita Menulis
- Riyadi & Purwanto. (2009). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Edisi Pertama. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Stuart Sundeen's & Laraia. (1998). *Principles and Practice Psychiatric Nursing*. Sixth Edition. St.Louis, Missouri: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa* ,edisi 5. Jakarta : EGC
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip Dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart*. Singapura: Elsevier Inc.
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric Mental Healthnursing Concepts Of Care In Evidence-Based Practice*. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Tunjung. S.Y & Dinar.A. (2020). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Emosional Masyarakat Di Dukuh Gumuk Sari Dan Gerjen, Pucangan, Kartasura*. KOSALA: Jurnal Ilmu Kesehatan 8.2 Hal 53-62.
- Videbeck, S. L. (2018). *Psychiatric Mental Health Nursing* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- WHO. (1947). *Definisi Sehat WHO*. Available from: www.who.int.

- WHO. (2020). *Coronavirus*. World Health Organization (2020). Novel Coronavirus (2019-nCoV).
- WHO. (2022). *Mental Health*. World Health Organization. <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Yosep. I. (2011). *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*. PT. Refika Aditama: Bandung. Hal.2.

BIODATA PENULIS



Ns. Dewi Narullita, S.Kep., M.Kep , lahir di Muara Bungo, pada 03 Juni 1987. Penulis tercatat sebagai Dosen pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Kesehatan Institut Administrasi dan Kesehatan Setih Setio Muara Bungo dari tahun 2011 s.d 2025. Penulis telah menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi pada Tahun 2011 dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Andalas Padang pada tahun 2016. Penulis aktif dalam organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

BAB 2

Proses Keperawatan dalam Keperawatan Jiwa

Ns. Ainal Mardhiah., M.Kep

A. Pendahuluan

Pemberian asuhan keperawatan adalah proses terapeutik dimana perawat dan klien, keluarga dan atau masyarakat bekerjasama untuk mencapai tingkat kesehatan terbaik.

Pelaksanaan proses keperawatan jiwa memiliki ciri khas yang berbeda, karena seringkali pasien menunjukkan tanda-tanda yang bervariasi meskipun menghadapi peristiwa yang sama. Ada kalanya masalah yang dialami oleh pasien tidak dapat diidentifikasi secara langsung, karena berbagai penyebab. Sebahagian pasien sulit mengungkapkan masalah yang dihadapi, sehingga kadang-kadang mereka menyampaikan informasi yang jauh berbeda dari kenyataan yang dialami. Perawat jiwa perlu memiliki ketelitian yang tinggi dalam memberikan perawatan. Sehingga dalam terapeutik tersebut, perawat membutuhkan metode ilmiah yakni proses keperawatan (Fortinash, 1995 dalam) (Yusuf et al., 2015)).

B. Proses Keperawatan dalam Keperawatan Jiwa

1. Pengertian Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah cara ilmiah, terstruktur dan berkelanjutan dan terus menerus digunakan untuk menyelesaikan masalah pasien atau klien. Proses ini dimulai dari mengumpulkan data, menganalisis data dan menemukan masalah yang ada (tahap pengkajian); setelah itu dilakukan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, pelaksanaan dan penilaian tindakan keperawatan (Indarna Asep et al., 2023).

Proses keperawatan bersifat dinamis, tidak statis. Proses ini merupakan proses berkelanjutan yang berlangsung selama perawat dan klien berinteraksi untuk mengubah respon fisik atau perilaku klien (Townsend, 2015).

Hubungan saling percaya antara perawat dan klien adalah dasar dalam memberikan layanan perawatan bagi klien yang mengalami gangguan jiwa. Hal ini sangat penting karena tugas perawat dalam perawatan jiwa adalah membantu klien dalam menyelesaikan masalah-masalah yang dihadapi, sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh klien itu sendiri.

2. Fungsi Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah cara yang diaplikasikan dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai dasar pemikiran ilmiah untuk menjalankan tugas dan kewajiban keperawatan secara mandiri. Selain berfungsi sebagai dasar pemikiran ilmiah, proses keperawatan juga berperan sebagai sarana untuk mengidentifikasi masalah klien, merencanakan asuhan keperawatan secara terstruktur, melaksanakan rencana perawatan, serta mengevaluasi hasil (Polopadang & Hidayah, 2019).

3. Tahapan Proses Keperawatan



Gambar 1. Tahapan Proses Keperawatan

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap pertama dan sangat penting dalam proses keperawatan. Pada tahap ini, petugas kesehatan mengumpulkan informasi dan mengidentifikasi kebutuhan atau masalah yang dialami klien. Data yang dikumpulkan mencakup berbagai aspek seperti data biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual. Data dimaksud meliputi identitas klien, keluhan utama atau alasan masuk, faktor predisposisi, aspek fisik atau biologis, aspek psikologis, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan, pengetahuan, dan aspek medis.

Perawat juga perlu mengkaji data demografi, riwayat kesehatan sebelumnya, aktivitas harian klien, kondisi fisik, mental, hubungan sosial, serta riwayat individu dan keluarga (Risal et al., 2022):

1) Data Demografi

Pengumpulan data demografis mencakup nama, tempat dan tanggal lahir klien, riwayat pendidikan, alamat orang tua, serta informasi lain yang dianggap penting seperti riwayat kelahiran, alergi, penyakit yang dialami, dan pengobatan yang telah dilakukan oleh klien. Selain itu, rutinitas harian klien juga harus dikaji, termasuk kondisi gizi seperti berat badan, jadwal makan serta preferensi makanan tertentu, pola tidur yang mencakup kebiasaan dan kualitas tidur, serta eliminasi yang berkaitan dengan kebiasaan dan masalah yang sering terjadi.

2) Kondisi Fisik

Dalam melakukan pemeriksaan fisik, perlu mengkaji kondisi kulit, rambut, mata, telinga, hidung, mulut, sistem pernafasan, kardiovaskuler, musculoskeletal, dan neurologis

klien. Pemeriksaan fisik menyeluruh penting dilakukan agar dapat memahami kemungkinan pengaruh dari masalah fisik terhadap perilaku klien.

3) Kondisi Mental

Pemeriksaan kondisi mental mencakup beberapa hal, seperti keadaan emosional, proses pikir dan isi pikir, adanya halusinasi atau persepsi yang tidak normal, cara berbicara dan orientasi, serta kemungkinan tindakan bunuh diri atau membunuh orang lain. Dalam melakukan pengkajian interaksi sosial, perawat mempertimbangkan hubungan klien dengan orang lain untuk memahami apakah perilaku klien sesuai dengan usianya. Beberapa pertanyaan yang perlu diperhatikan oleh perawat saat menilai interaksi sosial klien meliputi:

- a) Adakah klien hanya berteman dengan individu yang sebaya serta berdasarkan jenis kelamin.
- b) Apa posisi klien dalam hierarki kekuasaan di kelompok tersebut.
- c) Bagaimana kemampuan sosial klien saat berkomunikasi dan berhubungan dengan orang lain.
- d) Apakah klien memiliki sahabat dekat.

4) Riwayat individu dan keluarga

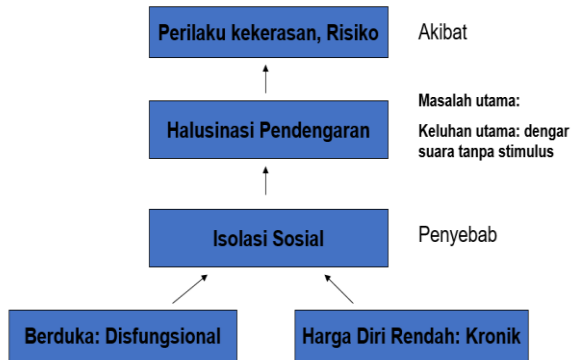
Riwayat individu dan keluarga mencakup factor-faktor yang memicu masalah, serta perkembangan dan pertumbuhan klien, yang biasanya dikumpulkan oleh tim kesehatan. Informasi ini sangat berguna untuk memahami perilaku klien dan mendukung dalam menentukan tujuan keperawatan.

Dalam perumusan masalah, data yang diperoleh dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu data objektif yang ditemukan secara nyata dan data subjektif yang diberikan secara lisan oleh klien dan keluarganya (Indarna Asep et al., 2023).

Perawat yang diharapkan mampu melakukan pengkajian dengan memiliki kesadaran akan diri sendiri, kemampuan mengamati dengan tepat, kemampuan berkomunikasi secara terapeutik, serta selalu mampu memberikan respons yang efektif.

Perawat perlu melakukan beberapa hal, seperti membangun hubungan saling percaya dengan cara membuat kontrak, mengkaji data dari klien serta keluarganya, memvalidasi data dengan klien, mengorganisasi atau mengelompokkan data dan menetapkan kebutuhan atau permasalahan yang dihadapi klien.

Setelah perumusan masalah keperawatan jiwa, selanjutnya dibuat pohon masalah. Pohon masalah diharapkan membantu perawat dalam menentukan diagnosa keperawatan. Penulisan pernyataan diagnosa keperawatan yang umumnya terjadi pada klien dengan masalah kesehatan jiwa berdasarkan diagnosa keperawatan NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*). Untuk menyusun pohon masalah, setidaknya diperlukan tiga masalah yang berfungsi sebagai penyebab (*causa*), masalah utama (*core Problem*), dan dampak/akibat (*effect*). Namun, pohon masalah yang baik seharusnya merupakan ringkasan dari seluruh masalah keperawatan yang diidentifikasi dari pasien. Contoh pohon masalah dapat dilihat dalam gambar di bawah ini:



Gambar 2. Pohon masalah

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian atau kesimpulan yang diambil dari pengkajian (Gordon). Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons aktual atau risiko atau potensial dari individu, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan (Carpenito, 1998). Penyusunan diagnosis terdiri dari Permasalahan (P) yang berkaitan dengan Etiologi (E), dan kedua elemen ini memiliki hubungan sebab-akibat yang terukur secara ilmiah. Penyusunan diagnosis keperawatan jiwa merujuk pada struktur pohon masalah yang telah disusun. Sebagai contoh, berdasarkan pohon masalah tersebut, diagnosis dapat dirumuskan sebagai berikut (Yusuf et al., 2015): Sebagai diagnosis utama, yaitu masalah utama menjadi etiologi, seperti:

- 1) Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi pendengaran.
- 2) Perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial.
- 3) Isolasi sosial: menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah kronik.

Pada rumusan diagnosis keperawatan yang menerapkan tipe diagnosa Tunggal, maka penentuan diagnosis hanya menggunakan penyebabnya. adalah menggunakan etiologi saja. Berdasarkan pohon masalah di atas maka penentuan diagnosis sebagai berikut (Yusuf et al., 2015):

- 1) Perubahan sensori persepsi: halusinasi.
- 2) Gangguan interaksi sosial: Isolasi sosial.
- 3) Gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis

c. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan jiwa mencakup tujuan umum, tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan serta rasionalisasi. Tujuan adalah penjelasan tentang kemampuan yang harus dicapai atau dimiliki oleh klien. Kemampuan klien dapat dibagi menjadi tiga aspek yaitu kognitif, afektif dan psikomotor.

Kata kerja yang digunakan untuk menuliskan tujuan ini harus berfokus pada perilaku dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel. 1. Kata kerja dalam penulisan tujuan keperawatan jiwa

	Aspek/ Domain	Kata kerja yang dipakai
1	Kognitif	Menjelaskan, menghubungkan, menguraikan, mengidentifikasi, membandingkan, mendiskusikan, membuat daftar, menyebutkan
2	Afektif	Menerima, mengakui, menyadari, menilai, mengungkapkan, mempercayai

3	Psikomotor	Menempatkan, meniru, menyiapkan, mengulang, mengubah, mendemonstrasikan, menampilkan, memberi
---	------------	--

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai tiap tujuan. Rencana tindakan disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia atau standar keperawatan Amerika yang membagi Tindakan keperawatan berdasarkan beberapa kategori, seperti: tindakan konseling atau psikoterapi, pendidikan kesehatan, perawatan mandiri dan aktivitas sehari-hari, terapi modalitas keperawatan, perawatan berkelanjutan dan tindakan yang dilakukan secara kolaboratif. Sementara itu, rasional menjadi dasar ilmiah mengapa tindakan dilakukan. Dasar ini bisa diperoleh melalui literatur, hasil riset, dan dan pengalaman dalam praktik (Indarna Asep et al., 2023).

Pada dasarnya tindakan keperawatan terdiri dari tindakan observasi dan pengawasan (monitoring), terapi keperawatan, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaborasi. Tindakan keperawatan menggambarkan tindakan perawat yang mandiri, kerjasama dengan klien, kerjasama dengan keluarga, kerjasama dengan kelompok, dan kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa yang lain. Dokumentasi rencana tindakan keperawatan dicatat pada formulir dokumen keperawatan yang berlaku di suatu instansi pelayanan kesehatan.

d. Pelaksanaan Keperawatan

Tahap ini adalah pelaksanaan dari rencana tindakan yang telah disusun. Perawat akan melakukan berbagai intervensi, seperti terapi

modalitas (misalnya terapi aktivitas kelompok, terapi kognitif), pemberian obat-obatan, atau pendidikan kesehatan. Pelaksanaan atau implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dengan kondisi saat ini (*here and now*); perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan; rencana tindakan juga dinilai kembali apakah aman bagi pasien. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan serta peran serta klien yang diharapkan. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons klien (Indarna Asep et al., 2023).

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang terus berlangsung untuk mengevaluasi dampak dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien. Evaluasi dilakukan secara terus menerus untuk mengamati respons klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi dibagi menjadi dua jenis, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setelah Tindakan keperawatan selesai dilaksanakan, serta evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respons klien terhadap tujuan yang telah ditetapkan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir:
S = respons subjektif klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan

O = respons objektif klien terhadap tindakan kep yang telah dilaksanakan

A = analisa ulang terhadap DS & DO untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada

P = Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respons klien

Dokumentasi evaluasi pada format yang disediakan (Indarna Asep et al., 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Indarna Asep, Ivonnea A.V, Merny, J., Kristina, Terok, M., Pramesti, D., Rosy, A., & Erlin, F. (2023). *Buku Keperawatan Jiwa*.
- Polopadang, V., & Hidayah, N. (2019). *Proses Keperawatan Pendekatan Teori dan Praktik* (Fitriani (ed.)). Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas.
- Risal, M., Hamu, A. H., Wulida, L., Dewi, E. U., Debby, S., Zahra, Z., Fatah, V. F., Rahmawati, R., Albyn, D. F., Islamarida, L., Martini, S., Pastari, M., Narulita, S., & Jayanti, D. M. (2022). *Ilmu Keperawatan Jiwa* (A. Munandar (ed.); p. 239). Media Sains Indonesia.
- Townsend. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice by Mary C. Townsend DSN PMHCNS-BC (z-lib.org).pdf* (p. 1009). F.A. Davis Company. [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/625/1/Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice by Mary C. Townsend DSN PMHCNS-BC \(z-lib.org\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/625/1/Psychiatric%20Mental%20Health%20Nursing%20Concepts%20of%20Care%20in%20Evidence-Based%20Practice%20by%20Mary%20C.%20Townsend%20DSN%20PMHCNS-BC%20(z-lib.org).pdf)
- Yusuf, A., Fitryasari, R. P., & Nihayati, H. E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa* (F. Ganiajr (ed.)). Salemba Medika.

BIODATA PENULIS



Ns. Ainal Mardhiah, M.Kep lahir di Pidie, pada tanggal 10 Mei 1971. Mengawali Pendidikan Keperawatan di Akademi Keperawatan Depkes RI Banda Aceh, lulus tahun 1994. Pendidikan S1 dan Profesi Ners ditempuh pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala dan lulus tahun 2005. Pendidikan S2 di Program Studi Magister Keperawatan Program Pasca Sarjana Universitas Syiah Kuala, lulus tahun 2015. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program studi Keperawatan Universitas Malikussaleh yang aktif melaksanakan Tridarma Perguruan Tinggi.

BAB 3

Stress dan Mekanisme Koping

Ns. Bergita Dumar, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Stress merupakan masalah umum yang terjadi dalam kehidupan setiap manusia, dalam hal ini stress bisa terjadi pada siapapun tidak mengenal usia baik anak-anak, remaja, dewasa, atau yang sudah lanjut usia. Stress bisa muncul dimanapun baik di lingkungan sekolah, kerja, keluarga, atau dimanapun (Nasib Tua Lumban Gaol, 2016). Stress dapat disebabkan oleh adanya stressor, Dimana stressor ini merupakan rangsangan terhadap situasi tertentu. Sumber stress dapat disebabkan karena kegagalan mencapai tujuan tertentu, perubahan dalam hidup, atau adanya kondisi yang tidak menyenangkan (Kusumawati, Orbayinah, & Widada, 2021; Mad Zaini, Saputri, Arifinda, Asrofiah, & Aprilia, 2022)

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi stress adalah dengan strategi koping. Koping adalah suatu usaha atau metode dari individu untuk mengurangi stress yang dirasakan dan setiap orang memiliki mekanisme koping yang berbeda-beda. Seseorang yang memiliki mekanisme koping yang adaptif dapat menyelesaikan masalah dengan baik dan terhindar dari stress yang berkepanjangan (Puspanegara, 2019; Mad Zaini, Saputri, Arifinda, Asrofiah, & Aprilia, 2022). Terdapat beberapa cara dalam mengembangkan mekanisme koping adaptif untuk mengatasi stress yaitu dengan mengendalikan diri, berpikir serta bersikap positif, selalu berbuat baik dan menjaga diri sendiri seperti beradaptasi dan bertahan dalam situasi untuk mencegah seseorang terpengaruhi

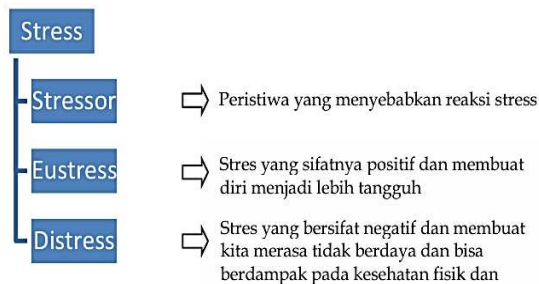
oleh masalah yang dialami (Fajar Rositoh, Sarjuningsih, & Tatik Imadatus Sa'adati, 2017).

B. Konsep Stress

1. Pengertian Stress

Istilah stres pertama kali diperkenalkan dalam bidang Fisika, di mana stres merujuk pada tekanan yang diberikan pada logam, dan sejauh mana tekanan tersebut mampu menyebabkan logam itu patah. Kemudian, dalam ranah Psikologi, istilah ini digunakan untuk menggambarkan tekanan yang dialami dalam kondisi mental seseorang. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO), stres merupakan suatu kondisi yang menimbulkan perasaan terganggu dan terancam dalam menjalani kehidupan (WHO, 2020).

Dalam kehidupan, manusia pasti akan menghadapi berbagai peristiwa dan situasi yang dapat memengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku dalam proses pengambilan keputusan. Cara seseorang mengambil keputusan tersebut akan memengaruhi respons yang ditimbulkan. Respons tersebut dapat berupa reaksi secara fisik, emosional, kognitif, maupun perilaku. Stres sendiri merupakan reaksi yang muncul akibat adanya stressor, yaitu peristiwa yang memicu stres. Dampak dari stressor bisa bersifat positif maupun negatif, yang dikenal sebagai eustress dan distress. Terdapat beberapa istilah penting yang berkaitan dengan stres: (Tukatman et al., 2023)



Gambar 1. Istilah Dalam Stress

2. Penilaian Terhadap Stressor

Stres dapat memunculkan berbagai respons yang dapat digunakan sebagai indikator untuk mengidentifikasi adanya stres pada seseorang serta menilai tingkat keparahannya. Adapun bentuk respons terhadap stres antara lain: (Tukatman et al., 2023)

a. Respon Kognitif,

Respon kognitif mengacu pada bagaimana individu memproses dan menyimpan pengalaman yang menekan, termasuk strategi koping yang diterapkan dan emosi yang dialami saat itu, yang kemudian berdampak pada kondisi fisiologis, perilaku, serta interaksi sosial individu.

b. Respon Afektif

Respon afektif merupakan bentuk reaksi emosional atau perasaan, seperti rasa sedih, takut, marah, penerimaan, ketidakpercayaan, antisipasi, maupun keterkejutan.

c. Respon Fisiologi

Respon fisiologis ditunjukkan melalui perubahan tubuh seperti peningkatan tekanan darah, denyut nadi, detak jantung, laju pernapasan, munculnya keringat berlebih, gemetar, bahkan penurunan fungsi sistem imun yang berakibat pada melemahnya daya tahan tubuh terhadap penyakit. Respons ini melibatkan sistem saraf serta interaksi hormon seperti Adrenokortikotropik (ACTH), Prolaktin, Vasopresin, Oksitosin, Epinefrin, Norepinefrin, dan neurotransmitter seperti GABA (Gamma Amino Butirat), Dopamin, dan Serotonin.

d. Respon Perilaku

Respon perilaku terlihat dalam bentuk reaksi "melawan atau menghindari" (fight or flight) terhadap situasi yang dianggap sebagai pemicu stres (stressor).

3. Pendekatan Teori Stress

Secara fundamental teori stres hanya digolongkan atas tiga pendekatan. Tiga pendekatan teori stres tersebut adalah: (Nasib Tua Lumban Gaol, 2016)

a. Stress model *stimulus* (rangsangan)

Stres model stimulus merupakan model stres yang menjelaskan bahwa stres itu adalah variabel bebas (independent) atau penyebab manusia mengalami stres (Lyon, 2012). Atau dengan kata lain, stres adalah situasi lingkungan yang seseorang rasakan begitu menekan (Bartlett, 1998) dan individu tersebut hanya menerima secara langsung rangsangan stres tanpa ada proses penilaian (Staal, 2004).

b. Stress model *response* (respons)

Stres model respons dikembangkan oleh Hans Selye. Tahun 1950, Selye mendefinisikan stres tersebut menjadi respons seseorang terhadap stimulus yang diberikan. Selye menekankan bahwa stres merupakan reaksi atau tanggapan tubuh yang secara spesifik terhadap penyebab stres yang mana memengaruhi kepada seseorang

c. Stress model *transactional* (transaksional)

Stres model transaksional berfokus pada respons emosi dan proses kognitif yang mana didasarkan pada interaksi manusia dengan lingkungan (Jovanovic, Lazaridis & Stefanovic, 2006). Atau dengan kata lain, stres model ini menekankan pada peranan penilaian individu terhadap penyebab stres yang mana akan menentukan respons individu tersebut (Staal, 2004).

C. Konsep Mekanisme Koping

1. Pengertian Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan cara yang dilakukan dalam menyelesaikan suatu masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam diri, upaya individu dapat berupa perubahan lingkungan

yang bertujuan untuk menghilangkan stres yang dihadapi (Munthe, 2014; Mundung, Kairupan, & Kundre, 2019)

2. Strategi Mekanisme Koping

Lazarus dan Folkman dalam Bart Smet (1994), mendefinisikan bahwa strategi koping sebagai perubahan dari suatu kondisi kelainannya sebagai cara untuk menghadapi situasi tak terduga. Dimana secara empirikal disebut proses, dan membaginya ke dalam *problem focused coping* (PFC) dan *emotion focused coping* (EFC) (Fajar Rositoh *et al.*, 2017).

a. *Problem Focused Coping* (PFC)

Problem Focused Coping merupakan respon yang berusaha memodifikasi sumber stres dengan menghadapi situasi sebenarnya. Coping ini digunakan untuk mengurangi stresor atau mengatasi stres dengan cara mempelajari cara-cara atau ketrampilan-ketrampilan yang baru. Mengatasi stres yang diarahkan pada masalah yang mendatangkan stres (*problem focused coping*) bertujuan untuk mengurangi tuntutan hal, peristiwa, orang, keadaan yang mendatangkan stres atau memperbesar sumber daya untuk menghadapinya. Metode ini lebih sering digunakan oleh orang dewasa. Strategi coping yang berorientasi pada *problem focused coping* ini terdiri atas.

1) *Problem Solving*

Memikirkan suatu rencana tindakan untuk mengubah dan memecahkan situasi. Individu membentuk suatu strategi dan perencanaan menghilangkan dan mengatasi stres, dengan melibatkan tindakan yang teliti, berhati-hati, bertahap dan analitis dalam menghadapi stresnya.

2) *Confrontatif coping*

Mengubah situasi secara agresif dan adanya keberanian mengambil risiko. Dalam hal ini

individu menggunakan cara yang dapat menghilangkan dengan paksa hal yang menjadi sumber stresnya.

3) *Seeking sosial support*

Usaha yang dilakukan seseorang untuk meminta bantuan pada orang lain dengan komunikasi untuk mendapatkan sebuah informasi, nasihat, perlakuan dan dukungan agar dapat menyelesaikan masalah-masalah, baik masalah tentang psikologis maupun pelayanan kesehatan. Bantuan ini dapat diperoleh dan dicari berupa dukungan informasi atau dukungan sosial dari orang lain, seperti keluarga, teman dokter, psikolog, atau dosen.

b. *Emotion focused coping*

Emotion focus coping adalah upaya untuk mencari dan memperoleh rasa nyaman dan memperkecil tekanan yang dirasakan akibat stres, coping ini digunakan untuk mengatur respon emosional terhadap stres. Bila individu tidak mampu mengubah kondisi yang penuh dengan stres, maka individu akan cenderung untuk mengatur emosinya. Strategi coping yang berorientasi pada *emotion focused coping*, yaitu:

1) *Distancing*

Mengeluarkan upaya kognitif untuk melepaskan diri dari masalah atau membuat harapan positif. ini adalah suatu bentuk coping yang sering kita temui, yaitu usaha untuk menghindari dari permasalahan dan menutupinya dengan pandangan yang positif, dan seperti menganggap remeh/lelucon suatu masalah.

2) *Self control*

Mencoba untuk mengatur perasaan diri sendiri atau tindakan dalam hubungannya untuk menyelesaikan masalah. Self Control merupakan

suatu bentuk dalam penyelesaian masalah stres dengan cara menahan diri, mengatur perasaan, maksudnya selalu teliti dan tidak tergesa dalam mengambil tindakan.

3) *Accepting responsibility*

Menerima untuk menjalani masalah yang dihadapi sementara mencoba untuk memikirkan jalan keluarnya. Cara yang dilakukan individu dalam hal ini adalah dengan berserah diri, individu menerima apa yang terjadi padanya atau pasrah, karena dia sudah beranggapan tiada hal yang bisa dilakukannya lagi untuk memecahkan masalahnya

DAFTAR PUSTAKA

- Fajar Rositoh, Sarjuningsih, & Tatik Imadatus Sa'adati. (2017). Strategi Coping Stres Mahasiswa Yang Telah Menikah Dalam Menulis Tugas Akhir. *Happiness, Journal of Psychology and Islamic Science*, 1(2), 59-74. <https://doi.org/10.30762/happiness.v1i2.329>
- Kusumawati, W., Orbayinah, S., & Widada, H. (2021). Pembentukan Komunitas Peduli Hipertensi Dan Dm Berbasis Ipcp Di Sedayu Bantul. *Prosiding Seminar Nasional Program Pengabdian Masyarakat*, 181-185. <https://doi.org/10.18196/ppm.32.180>
- Mad Zaini, Saputri, A. B., Arifinda, P. A. B., Asrofiah, K. F., & Aprilia, A. (2022). Mekanisme koping dan Tingkat Stres pada Pasien Hipertensi. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 155-159. <https://doi.org/10.46815/jk.v11i2.103>
- Mundung, G. J., Kairupan, B. H. R., & Kundre, R. (2019). Hubungan Mekanisme Koping Dengan Stres Kerja Perawat Di Rsu Gmim Bethesda Tomohon. *Jurnal Keperawatan*, 7(1). <https://doi.org/10.35790/jkp.v7i1.22900>
- Nasib Tua Lumban Gaol. (2016). Teori Stres: Stimulus, Respons, dan Transaksional. *Buletin Psikologi*, 24(1), 1-11.
- Puspanegara, A. (2019). Pengaruh Usia Terhadap Hubungan Mekanisme Koping Dengan Kecemasan Ketika Menjalani Terapi Hemodialisa Bagi Para Penderita Gagal Ginjal Kronik Di Kabupaten Kuningan Jawabarat. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 10(2), 135-142. <https://doi.org/10.34305/jikbh.v10i2.102>
- Tukatman, H., Pranata, A. D., Katuuk, H. M., Yati, M., Emilia, N. L., Sari, M. T., ... Lambogia, M. (2023). *Keperawatan jiwa*. (L. Rangki & Rahmawati, Eds.) (1st ed.). Surabaya, Jawa Timur, Indonesia: Pustaka Aksara. Retrieved from file:///C:/Users/domin/Downloads/BUKU/E-Book_Keperawatan_Jiwa-1.pdf
- WHO. (2020). Doing What Matters in Times of Stress: An Illustrated Guide. *Oms*, 5-126. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/97892400039>

27?gclid=CjwKCAjwzMeFBhBwEiwAzwS8zAddbnvvakz
VQRfW9Yzj_cYYnxU3_D71ycwWeGXAcXPXKj5rtHgRTB
oCGesQAvD_BwE

BIODATA PENULIS



Ns. Bergita Dumar, S.Kep., M.Kep lahir di Kendari, pada 30 Juli 1996. Menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar dan S2 Keperawatan Peminatan Jiwa di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Brawijaya. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan keperawatan Universitas Negeri Gorontalo

Email: bergitadumar@ung.ac.id

BAB 4

Teori dan Model dalam Keperawatan Jiwa

Ns. Badrul Zaman, M.Kep

A. Pendahuluan

Keperawatan jiwa merupakan cabang dari keperawatan profesional yang berfokus pada upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif terhadap individu yang mengalami gangguan kesehatan jiwa. Dalam pelaksanaannya, keperawatan jiwa tidak dapat dilepaskan dari dasar teori dan model yang menjadi pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan secara sistematis dan ilmiah. Teori keperawatan berfungsi sebagai landasan untuk memahami perilaku manusia, dinamika psikososial, dan proses penyembuhan, sedangkan model keperawatan memberikan kerangka kerja dalam mengorganisasi intervensi keperawatan.

Teori dan model dalam keperawatan jiwa berfungsi sebagai landasan konseptual bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik, sistematis, dan berbasis bukti terhadap individu dengan gangguan jiwa (Alligood, 2014).

Model konseptual keperawatan merupakan kerangka konsep kerja yang mengarahkan pada suatu pandangan keperawatan (Alligood, 2014). Model konseptual keperawatan jiwa mengurai situasi yang terjadi dalam lingkungan atau stresor yang mengakibatkan seseorang individu menciptakan perubahan yang adaptif baik secara mandiri maupun bantuan perawat. Model konseptual keperawatan jiwa merupakan upaya yang dilakukan baik oleh perawat untuk menolong seseorang dalam mempertahankan keseimbangan melalui mekanisme

koping yang positif untuk mengatasi stresor yang dialaminya (Videbeck. & L, 2014).

B. Teori dan Model dalam Keperawatan Jiwa

1. Teori Transisi (Afaf Ibrahim Maleis)

Transisi merupakan sebagian dari dua periode yang relatif stabil dari waktu ke waktu dipicu oleh perubahan yang menyebabkan ketidakseimbangan (Meleis, 2010). Konsep utama dari teori ini diantaranya tipe dan pola transisi, pengalaman transisi, kondisi yang dapat mendukung dan menghambat transisi, adanya indikator dari proses serta hasil dan keperawatan terapeutik (Alligood, 2014). Penyebab kejadian dari teori transisi yaitu adanya pertumbuhan dan perkembangan, kondisi sehat-sakit sehingga intervensi yang diberikan tidak hanya pada individu tetapi juga pada sosialnya.

2. Transpersonal Caring (Jean Watson)

Teori Transpersonal Caring dari Jean Watson memfokuskan bagaimana seseorang dapat berperilaku caring, salah satu wujud nyata dalam teori transpersonal ini adalah melalui terapi kelompok yang difokuskan pada pembelajaran interpersonal sebagai mekanisme utama perubahan dalam berperilaku. Pendekatan interpersonal menempatkan terapis di antara anggota kelompok lainnya tanpa membedakan identitas terapis dan batas-batas kelompok secara keseluruhan (Burrows, 1985).

3. Teori Kenyamanan (Katherine Kolcaba)

Teori kenyamanan dari Kolcaba menyatakan bahwa kenyamanan merupakan “untuk memperkuat” dimana kenyamanan pada pasien ketika pasien mampu melakukan kegiatannya dengan baik dan itu menimbulkan kepuasan bagi perawat (Alligood, 2014). Kenyamanan ini berkaitan erat dengan kenyamanan fisik, kenyamanan sosiokultural, dan kebutuhan kenyamanan lingkungan, sejalan yang disampaikan Kolcaba dalam Stuart (2016) pada fase awal meliputi pertemuan kelompok dimana kelompok mulai

menetap, ini berarti kelompok tersebut memiliki masalah atau stressor yang sama.

Fase ini juga ditandai dengan adanya kecemasan diterima atau tidaknya di dalam kelompok, adanya pengaturan norma atau aturan yang disampaikan, dan anggota kelompok dapat menentukan berbagai peran yang akan dilaksanakan dalam terapi kelompok ini, pada fase awal ini anggota kelompok harus saling nyaman dengan keadaan psikososial dan spiritual.

4. Teori Model Promosi Kesehatan (Nola J.Pender)

Fokus dari teori Nola J. Pender adalah klien sehat melalui promosi kesehatan, Pender berasumsi bahwa individu adalah organisme biofisik yang dibentuk oleh lingkungan, tetapi juga berusaha menciptakan lingkungan dimana hubungan antara manusia dan lingkungan bersifat timbal balik (Peptirin, 2020). Dasar dari teori Pender adanya proporsi teoritis perilaku dan karakteristik mempengaruhi keyakinan, pengaruh, dan pemberlakuan perilaku yang mempromosikan kesehatan.

Orang-orang berkomitmen untuk terlibat dalam perilaku yang darinya mereka mengantisipasi memperoleh manfaat yang dihargai secara pribadi. Hambatan dapat membatasi komitmen untuk bertindak. Kompetensi untuk melaksanakan perilaku tertentu meningkatkan kemungkinan komitmen untuk bertindak dan kinerja aktual. Pengaruh positif terhadap suatu perilaku menghasilkan efikasi diri yang dirasakan lebih besar. Orang dapat memodifikasi kognisi, afek, pengaruh interpersonal, dan pengaruh situasional untuk menciptakan insentif bagi perilaku yang meningkatkan kesehatan.

5. Teori Diversitas dan Universalitas (Madelein Leininger)

Tujuan dari teori Leininger adalah untuk menemukan keragaman dan universalitas asuhan manusiawi yang dihubungkan dengan cara pandang dunia, struktur sosial, dan dimensi lain serta untuk menemukan cara untuk

menyediakan perawatan yang sesuai secara budaya baik yang sama budayanya maupun yang berbeda, guna untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatan atau kesejahteraan dalam menghadapi ajal yang sesuai pada nilai budaya yang dianut (Alligood, 2014). Terdapat 7 komponen yang ada pada Sunrise Model diantaranya faktor teknologi, faktor-faktor keagamaan dan filosofis, faktor-faktor kekerabatan dan sosial, nilai budaya dan keyakinan dan gaya hidup, faktor politik dan legal, faktor ekonomi dan faktor pendidikan.

6. Model Konseptual Hildegard E. Peplau (Hubungan Interpersonal)

Model konseptual keperawatan Hildegard E. Peplau dikenal dengan “Interpersonal Process”. Peplau berpikir bahwa psikodinamik keperawatan ditekankan pada kemampuan yang dimiliki oleh perawat agar dapat memahami perilakunya sendiri dalam menolong orang lain, sehingga mampu mengidentifikasi kesulitan yang dirasakannya. Bukunya yang sangat berpengaruh di dunia keperawatan jiwa yaitu *Interpersonal Relations in Nursing* yang bermakna hubungan perawat dan klien sebagai “sebuah proses interpersonal yang terapeutik dan penting” (Alligood, 2014).

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

7. Model Konseptual Sigmund Freud (Psikoanalisa)

Psikoanalisa adalah suatu sistem dalam psikologi yang berasal dari penemuan Freud dan menjadi dasar dalam teori psikologi. Model ini berhubungan dengan perilaku manusia,

kesehatan dan gangguan jiwa. Psikoanalisa memandang kejiwaan manusia sebagai ekspresi dari adanya dorongan yang menimbulkan konflik. Dorongan penimbul konflik pada diri individu sebagian disadari dan sebagian besar lagi tidak disadari (Safran & Gardner-Schuster, 2016).

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

8. Model Konseptual Calista Roy (Adaptasi)

Model konsep adaptasi Roy adalah model yang memandang manusia sebagai suatu system adaptasi (Harris & Phillips, 2014; Tomey & Alligood, 2006). Asumsi dasar dari model ini menjelaskan bahwa individu adalah makhluk bio-psiko-sosial yang merupakan suatu kesatuan yang utuh. Seseorang dikatakan sehat jika ia mampu berfungsi untuk memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, dan sosialnya. Setiap orang selalu menggunakan koping, baik yang bersifat positif maupun negatif, untuk dapat beradaptasi terhadap stimulus atau stressor yang masuk baik dari lingkungan internal maupun eksternal. Individu selalu berada dalam rentang sehat-sakit yang berhubungan erat dengan keefektifan koping yang dilakukan guna mempertahankan kemampuan adaptasinya (Sudarta, 2015).

Model adaptasi Roy didesain membentuk sebuah siklus yang saling berkaitan yang terdiri dari input (stimulus), proses control (mekanisme koping), dan output (respon atau perilaku). Model konsep adaptasi Roy dapat dilihat dalam Gambar 1 (Harris & Phillips, 2014).

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

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

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

10. Model Konseptual Gerard Caplan (Sosial)

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

Dalam buku *"Principles of Preventive Psychiatry"*, Caplan meyakini bahwa, konsep pencegahan primer, sekunder dan tersier sangat penting untuk mencegah timbulnya gangguan jiwa.

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

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8th ed). United States of America: Elsevier.
- Ambarsarie, R., Yunita, E., & Sariyanti, M. (2021). *Buku Saku Coping Stres pada Mahasiswa Generasi Z*. Upp Fkip Unib, June, 1 26.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists*. <https://doi.org/10.1360/zd-2013-43-6-1064>.
- Harris, R., & Phillips, K. D. (2014). Roy's Adaptation Model in Nursing Practice. In *Nursing Theory Utilization & Application* (5 th, pp. 263–284). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middlerange and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. Meleis,. In *Foundations of Art Therapy Supervision*.
- Querido, A. I. F., Laranjeira, C. A., & Dixe, M. dos A. C. R. (2021). Hope in a depression therapeutic group: a qualitative case study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), 4–11. <https://doi.org/10.1590/0034-71672020-1309>.
- Sudarta, I. W. (2015). *Manajemen Keperawatan: Penerapan Teori Model dalam Pelayanan Keperawatan*. Yogyakarta: Goysen Publishing.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Elsevier Singapore.
- Videbeck, & L, S. (2014). *Psychiatric Mental Health Nursing* (J. Rodenberger (ed.); 5th ed.).

BIODATA PENULIS



Ns. Badrul Zaman, S. Kep., M. Kep., lahir di Tangse, 02 September 1990. menyelesaikan S-1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di STIKes Medika Nurul Islam Sigli. Pendidikan magister keperawatan di Universitas Syiahkuala Banda Aceh dengan konsentrasi Keperawatan Jiwa (2021). Sampai saat ini penulis sebagai dosen dan aktif dalam kegiatan TriDharma Perguruan Tinggi di Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mahakarya Aceh.

BAB 5

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

*Ns.Tiur Romatua Sitohang. S.Kep.M.Kep *

A. Pendahuluan

Kesehatan jiwa adalah bagian penting dari kesehatan secara keseluruhan, yang mencakup aspek kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial yang memengaruhi kemampuan seseorang untuk menjalankan peran dan tanggung jawab di lingkungan sosialnya. Seseorang yang bermental sehat maka akan memiliki kemampuan untuk mengatasi stress dalam kehidupannya, mampu bekerja secara produktif, dan memberikan kontribusi pada lingkungan dan masyarakat (Dharma et al., 2022).

Masalah keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien gangguan jiwa adalah risiko perilaku kekerasan dimana masalah ini merupakan status rentang emosi yang kuat. Kemarahan sendiri terbentuk akibat adanya sesuatu yang dapat menyinggung harga diri, kebutuhan yang tidak terpenuhi, dan harapan tidak sesuai dengan kenyataan (Sari et al., 2024).

RPK merupakan keadaan seseorang menunjukkan perilaku menyimpang seperti kecenderungan mencederai diri sendiri, orang lain, atau lingkungan, baik secara fisik maupun verbal, yang merupakan akibat dari ketidakmampuan mengontrol emosi, terutama kemarahan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017; Dermawan, 2020). Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat mencelakai diri sendiri, orang lain baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal (NANDA, 2016 dalam Pongdatu, 2023).

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat mencelakai diri sendiri, orang lain baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal (NANDA, 2016 dalam Pongdatu, 2023). Risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua yaitu terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence) dan terhadap orang lain (risk for other-directed violence). Sedangkan perilaku kekerasan adalah hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain.

Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa merusak lingkungan, melempar kaca, genteng, dan semua yang ada di lingkungan. Klien yang dibawa ke rumah sakit jiwa sebagian besar akibat melakukan kekerasan di rumah.

2. Istilah perilaku kekerasan

a. Asertif

Merupakan kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

b. Prustasi

Merupakan kegagalan mencapai tujuan karena tidak realitas atau terhambat

c. Pasif

Respons lanjut klien tidak mampu ungkapkan perasaan

d. Agresif

Merupakan perilaku destruksi yang masih terkontrol.

e. Amuk

Merupakan perilaku destruktif dan tidak terkontrol (Stuart, 2016).

3. Pengkajian

a. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart (2013), masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah).

1) Faktor biologis

a) Teori dorongan naluri (Instinctual drive theory)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

b) Teori psikomatik (Psycomatic theory)

Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respons psikologi terhadap stimulus eksternal maupun inter-nal. Sehingga, sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah

2) Faktor psikologis

a) Teori agresif frustasi (Frustation aggresion theory).

Menerjemahkan perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil akumulasi frustasi. Terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

b) Teori perilaku (Behavioral theory)

Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung.

Reinforcement yang diterima saat melakukan kekerasan sering menimbulkan kekerasan di dalam maupun di luar rumah.

c) Teori eksistensi (Existential theory)

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi melalui perilaku konstruktif, maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

b. Faktor Presipitasi

Berhubungan dengan pengaruh stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stresor dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam. Stresor yang berasal dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian dan lainlain. Stresor yang berasal dari dalam dapat berupa, kehilangan keluarga atau sahabat yang dicintai, ketakutan terhadap penyakit fisik, penyakit dalam, dan lain-lain. Selain itu, lingkungan yang kurang kondusif, seperti penuh penghinaan, tindak kekerasan, dapat memicu perilaku kekerasan.

c. Faktor Resiko Perilaku Kekerasan

1) Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence)

- a) Usia ≥ 45 tahun
- b) Usia 15-19 tahun
- c) Isyarat tingkah laku (menulis catatan cinta yang sedih, menyatakan pesan bernada kemarahan kepada orang tertentu yang telah menolak individu tersebut, dll.)
- d) Konflik mengenai orientasi seksual
- e) Konflik dalam hubungan interpersonal
- f) Pengangguran atau kehilangan pekerjaan (masalah pekerjaan)
- g) Terlibat dalam tindakan seksual autoerotic

- d. Sumber daya personal yang tidak memadai
 - a) Status perkawinan (sendiri, menjanda, bercerai)
 - b) Isu kesehatan mental (depresi, psikosis, gangguan kepribadian, penyalahgunaan zat)
 - c) Pekerjaan (profesional, eksekutif, administrator atau pemilik bisnis, dll.)
 - d) Pola kesulitan dalam keluarga (riwayat bunuh diri, sesuatu yang bersifat kekerasan atau konflikual).
 - e) Isu kesehatan fisik
 - f) Gangguan psikologis
 - g) Isolasi sosial
 - h) Ide bunuh diri
 - i) Rencana bunuh diri
 - j) Riwayat upacara bunuh diri berulang
 - k) Isyarat verbal (membicarakan kematian, menanyakan tentang dosis mematikan suatu obat, dll)
- 2) Risiko Perilaku kekerasan terhadap orang lain (risk for other-directed violence)
 - a) Akses atau ketersediaan senjata
 - b) Alterasi (gangguan) fungsi kognitif
 - c) Perlakuan kejam terhadap binatang
 - d) Riwayat kekerasan masa kecil, baik secara fisik, psikologis, maupun seksual
 - e) Riwayat penyalahgunaan zat
 - f) Riwayat menyaksikan kekerasan dalam keluarga
 - g) Impulsif
- e. Tanda dan gejala Perilaku Kekerasan
 - 1) Data subjektif

Ungkapan berupa ancaman, ungkapan kata-kata kasar, ungkapan ingin memukul/ melukai.
 - 2) Data objektif

Wajah memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan

tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak, mondar mandir, melempar atau memukul benda/orang lain

4. Diagnosa Keperawatan
Resiko perilaku kekerasan
5. Intervensi Keperawatan
 - a. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik
 - b. Bantu klien mengungkapkan rasa marahnya
 - c. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialami
 - d. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dialami
 - e. Diskusikan dengan klien akibat negatif atau kerugian dari cara atau tindakan kekerasan yang dilakukan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan
 - f. Jelaskan dan latih cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1 dan 2 (Tarik nafas dalam dan pukul bantal dan kasur), mengontrol marah dengan minum obat, mengontrol marah dengan verbal, mengontrol marah dengan cara spiritual.

DAFTAR PUSTAKA

- Dharma, K. K., Sari, N. P., & Permata, P. S. (2022). *Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pongdatu, A. R. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien dengan Gangguan Perilaku Kekerasan*. Makassar: Andi Publisher
- Sari, F., Fitri, N. L., & Hasanah, U. (2024). Penerapan Terapi Spiritual: Dzikir dan Relaksasi Napas Dalam Terhadap Tanda dan Gejala Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Melati Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. *Jurnal Cendikia Muda*, 4(3), 383–390.
- Stuart, G. W. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.). St. Louis: Elsevier/Mosby.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

BIODATA PENULIS



Ns. Tiur Romatua Sitohang, M.Kep. lahir di Kota Sibolga, Sumatera Utara 13 September 1983. Menyelesaikan studi S1, Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Andalas pada tahun 2008. Pada tahun 2018 menyelesaikan studi S2 di Prodi Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Andalas. Sebagai bentuk kecintaan terhadap dunia Pendidikan. Penulis aktif mengajar pada Mata Kuliah Keperawatan Dasar, Psikologi keperawatan, Keperawatan Jiwa. Penulis aktif melakukan publikasi ilmiah dan menulis buku di tingkat nasional. Hingga saat ini penulis bekerja sebagai pengajar di Prodi DIII Keperawatan Tapanuli Tengah Poltekkes Kemenkes Medan. Penulis juga aktif di organisasi profesi PPNI sebagai sekretaris DPK Saroha Kabupaten Tapanuli Tengah.

BAB 6

Asuhan Keperawatan Pasien dengan Resiko Bunuh Diri

Ns. Rina Hernivanti, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Bunuh diri merupakan salah satu permasalahan kesehatan mental yang paling mendesak secara global. Menurut *World Health Organization* (2021), lebih dari 700.000 orang meninggal akibat bunuh diri setiap tahunnya, dan untuk setiap kasus bunuh diri terdapat banyak percobaan bunuh diri lainnya. Bunuh diri menjadi penyebab kematian keempat terbanyak pada kelompok usia 15–29 tahun. Fenomena ini tidak hanya berdampak pada individu, tetapi juga menimbulkan beban psikologis, sosial, dan ekonomi bagi keluarga dan komunitas. Di Indonesia, meskipun data kasus bunuh diri tidak selalu tercatat secara sistematis karena stigma sosial dan budaya, laporan dari Badan Pusat Statistik (BPS, 2022) menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka percobaan bunuh diri, terutama di kalangan remaja dan dewasa muda. Beberapa faktor risiko bunuh diri antara lain gangguan jiwa (seperti depresi, gangguan bipolar, dan skizofrenia), penyalahgunaan zat, pengalaman traumatis, isolasi sosial, serta kurangnya dukungan keluarga (*American Psychiatric Association*, 2022). Dalam konteks keperawatan, pasien dengan risiko bunuh diri merupakan kelompok yang memerlukan perhatian khusus. Perawat memiliki peran sentral dalam melakukan pengkajian risiko secara komprehensif, melakukan intervensi yang sesuai, serta memberikan dukungan psikososial yang berkesinambungan. Asuhan keperawatan harus mencakup pendekatan bio – psiko – sosial, dengan fokus pada identifikasi faktor risiko, peningkatan

mekanisme koping pasien, serta kolaborasi dengan tim multidisiplin dan keluarga pasien (Stuart, 2020).

Pentingnya intervensi keperawatan terhadap pasien dengan risiko bunuh diri terletak pada kemampuannya untuk mencegah tindakan fatal dan mendukung proses pemulihan. Melalui pendekatan empatik dan profesional, perawat dapat membantu pasien mengembangkan harapan, mengelola stres, dan membentuk kembali tujuan hidupnya

B. Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Resiko Bunuh Diri

1. Konsep Dasar Resiko Bunuh Diri

a. Pengertian

Bunuh diri adalah suatu tindakan seseorang untuk mengakhiri hidupnya baik secara sengaja dan disengaja. Menurut *World Health Organization*, (2021), bunuh diri didefinisikan sebagai tindakan dengan hasil fatal yang dilakukan oleh individu dengan tujuan untuk menyebabkan kematian diri sendiri. Sedangkan menurut (Sadock, 2015) bunuh diri adalah tindakan yang disengaja oleh seseorang yang bertujuan untuk mengakhiri hidupnya, yang biasanya muncul dari gangguan mental seperti depresi, skizofrenia, gangguan bipolar, atau kondisi krisis psikososial lainnya.

Risiko bunuh diri adalah rentan terhadap menyakiti diri sendiri dan cedera yang mengancam jiwa (NANDA-I, 2020). Tindakan mengakhiri hidupnya berupa isyarat, ancaman, dan percobaan bunuh diri (Stuart, dkk, 2016).

Jadi dapat disimpulkan bahwa Bunuh diri adalah tindakan individu untuk mengakhiri hidupnya secara disengaja, yang disebabkan oleh gangguan mental seperti depresi, skizofrenia, atau krisis psikososial. Yang ditandai dengan adanya isyarat, ancaman, maupun percobaan bunuh diri.

b. Jenis - jenis Bunuh Diri

Menurut (Yusuf, 2015), Jenis bunuh diri ada 3 yaitu :

1) Bunuh diri egoistik

Bunuh diri akibat seseorang yang mempunyai hubungan sosial yang buruk

2) Bunuh diri altruistik

Bunuh diri akibat kepatuhan pada adat dan kebiasaan.

3) Bunuh diri anomik

Bunuh diri akibat lingkungan tidak dapat memberikan kenyamanan bagi individu.

c. Pengelompokan Bunuh Diri

Menurut (Yusuf, 2015), Bunuh diri dikelompok menjadi 3 yaitu:

1) Isyarat bunuh diri

Isyarat bunuh diri ditunjukkan dengan berperilaku secara tidak langsung ingin bunuh diri, misalnya dengan mengatakan "Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh!" atau "Segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya." Pada kondisi ini pasien mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, tetapi tidak disertai dengan ancaman percobaan bunuh diri. Pasien umumnya mengungkapkan perasaan seperti rasa bersalah / sedih / marah / putus asa / tidak berdaya. Pasien juga mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah.

2) Ancaman bunuh diri

Ancaman bunuh diri umumnya diucapkan oleh pasien, yang berisi keinginan untuk mati disertai dengan rencana untuk mengakhiri kehidupan dan persiapan alat untuk melaksanakan rencana tersebut. Secara aktif pasien telah memikirkan rencana bunuh diri, tetapi tidak disertai dengan percobaan bunuh diri. Walaupun dalam kondisi ini

pasien belum pernah mencoba bunuh diri, pengawasan ketat harus dilakukan. Kesempatan sedikit saja dapat dimanfaatkan pasien untuk melaksanakan rencana bunuh dirinya.

3) Percobaan bunuh diri

Percobaan bunuh diri adalah tindakan pasien mencederai atau melukai diri untuk mengakhiri kehidupannya. Pada kondisi ini, pasien aktif mencoba bunuh diri dengan cara gantung diri, minum racun, memotong urat nadi, atau menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi.

d. Etiologi

Menurut Keliat, dkk., (2015) etiologi Resiko Bunuh Diri adalah:

1) Faktor Biologis

- a) Latar belakang genetic seperti Riwayat bunuh diri pada anggota keluarga, Riwayat gangguan mood dan ansietas pada anggota keluarga, Riwayat gangguan psikiatrik pada anggota keluarga, neurotransmitter serotonin menurun.
- b) Ganggua mood atau ansietas
- c) Riwayat penggunaan obat, komplikasi obat

2) Faktor Psikologis

- a) Komunikasi tertutup, komunikasi dengan emosi berlebihan.
- b) Riwayat tinggal dilingkungan broken home, panti asuhan, panti sosial, pesantren, dan lapas
- c) Keperibadian mudah kecewa, putus asa, tidak mampu membuat Keputusan, menutup diri dan cemas yang tinggi
- d) Pengalaman masa lalu seperti kehilangan karir, harta, jabatan, kegagalan berulang, orang tua otoriter dan broken home, pilih kasih, penolakan dan penilaian negatif

- e) Konsep diri seperti ideal diri yang tidak realistis, harga diri rendah, identitas tidak jelas, krisis peran, Gambaran diri negative.
 - f) Motivasi seperti kurang penghargaan dan Riwayat kegagalan
 - g) Pertahanan psikologis seperti koping individu tidak efektif dan gangguan perkembangan
 - h) *Self control* seperti tidak mampu berkonsentrasi, dan mengontrol stimulus negative tentang dirinya.
- 3) Faktor Sosial Budaya
- a) Usia seperti Riwayat tugas perkembangan yang tidak sesuai
 - b) Pendidikan seperti Riwayat Pendidikan rendah, Riwayat putus sekolah dan gagal sekolah
 - c) Pekerjaan seperti Riwayat pekerjaan dengan *stress full* dan resiko tinggi
 - d) Status sosial seperti Riwayat tuna wisma dan terisolasi
 - e) Keyakinan agama seperti sifat religi dan keyakinan yang berlebihan/kurang
 - f) Keikutsertaan dalam politik seperti gagal dalam berpolitik atau berorganisasi
 - g) Pengalaman sosial seperti bencana alam, kerusuhan, tekanan dalam pekerjaan, sulit mendapatkan pekerjaan, acuh lingkungan, kemampuan sosial menurun, sulit berinteraksi dan menarik diri.
- e. Tanda dan Gejala
- Menurut (Keliat, 2020), tanda dan gejala resiko bunuh diri yaitu:

1) Mayor

Subjektif :

- a) Mengungkapkan kata-kata seperti Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh!" atau "Segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya."
- b) Mengungkapkan kata-kata "saya mau mati", jangan tolong saya", biarkan saya, saya tidak mau ditolong.
- c) Memberikan ancaman akan melakukan bunuh diri
- d) Mengungkapkan ingin mati
- e) Mengungkapkan rencana ingin mengakhiri hidup

Objektif :

- a) Murung, tidak bergairah
- b) Banyak diam
- c) Menyiapkan alat untuk melakukan rencana bunuh diri
- d) Membenturkan kepala
- e) Menjatuhkan kepala dari tempat yang tinggi
- f) Melakukan percobaan bunuh diri secara aktif dengan berusaha memotong nadi, menggantungkan diri, meminum racun

2) Minor

Subjektif

- a) Mengungkapkan isyarat untuk melakukan bunuh diri, tetapi tidak disertai dengan ancaman
- b) Melakukan bunuh diri ataupun percobaan bunuh diri
- c) Mengungkapkan perasaan bersalah, sedih, marah, putus asa, atau tidak berdaya
- d) Mengungkapkan hal-hal negative tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah

Objektif

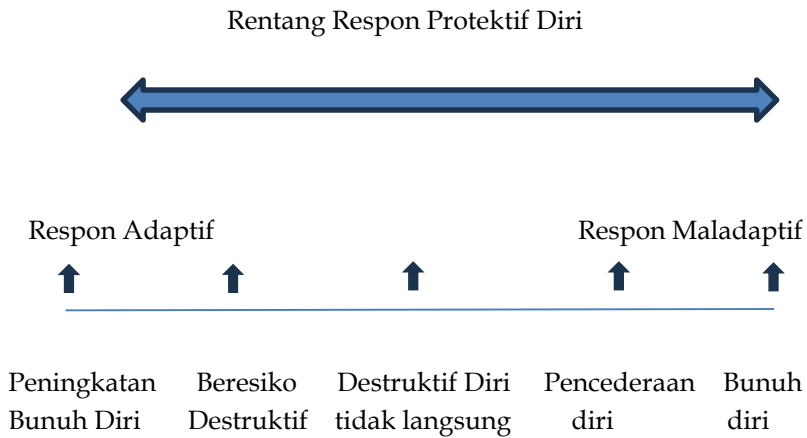
- a) Kontak mata kurang
- b) Tidur kurang
- c) Mondar mandir
- d) Banyak melamun
- e) Terlihat sedih
- f) Menangis terus menerus

f. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah cara individu dalam mengelola stres atau tekanan psikologis, termasuk saat menghadapi keinginan atau dorongan untuk bunuh diri. Pada individu dengan risiko bunuh diri, kemampuan koping yang adaptif sangat penting untuk mencegah perilaku menyakiti diri sendiri. Menurut (Stuart, 2016), terdapat dua jenis mekanisme koping utama, yaitu:

- 1) Koping Adaptif (*Adaptive Coping*):
Merupakan strategi yang sehat dan konstruktif dalam menghadapi stres. Contohnya termasuk mencari dukungan sosial, mengekspresikan perasaan secara terbuka, mencari bantuan profesional, dan melakukan aktivitas yang menenangkan seperti olahraga atau meditasi. Individu dengan koping adaptif cenderung mampu mengelola emosi negatif secara efektif, sehingga risiko bunuh diri dapat diminimalkan.
- 2) Koping Maladaptif (*Maladaptive Coping*):
Merupakan strategi yang tidak efektif atau merugikan dalam jangka panjang, seperti menyalahkan diri sendiri, menyalahkan orang lain, isolasi sosial, penyalahgunaan zat, atau menyakiti diri. Mekanisme ini sering ditemukan pada individu yang mengalami depresi berat atau gangguan mental lain yang berisiko terhadap bunuh diri.

g. Rentang Respon



Gambar 1. Rentang Respon Protektif Diri

- 1) Peningkatan Diri
Seseorang dapat meningkatkan proteksi atau pertahanan diri secara wajar terhadap situasional yang membutuhkan pertahanan diri
- 2) Beresiko Destruktif
Seseorang memiliki kecenderungan atau beresiko mengalami perilaku destruktif atau menyalahkan diri sendiri terhadap situasi yang seharusnya dapat mempertahankan diri seperti seseorang merasa patah semangat bekerja Ketika dirinya dianggap tidak loyal terhadap pimpinan padahal sudah melakukan pekerjaan secara optimal
- 3) Destruktif Diri tidak Langsung
Seseorang telah mengambil sikap yang kurang tepat terhadap situasi yang membutuhkan dirinya untuk mempertahankan diri, seperti pandangan pimpinan terhadap kerjanya yang tidak loyal, maka seseorang

karyawan menjadi tidak masuk kantor atau bekerja seenaknya dan tidak optimal

4) Pencederaan diri

Seseorang melakukan percobaan bunuh diri atau pencederaan diri akibat hilangnya harapan terhadap situasi yang ada.

5) Bunuh Diri

Seseorang telah melakukan kegiatan bunuh diri sampai dengan nyawanya hilang

2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang berfungsi untuk mengumpulkan informasi yang akurat dan menyeluruh sebagai dasar dalam menetapkan diagnosis keperawatan, merancang rencana tindakan, melaksanakan intervensi, dan melakukan evaluasi. Bunuh diri adalah tindakan yang dilakukan secara sadar oleh individu dengan tujuan mengakhiri hidupnya. Berdasarkan tingkat kemungkinan seseorang melakukan bunuh diri, penting untuk mengkaji dan memahami tiga jenis perilaku bunuh diri, yaitu:

1) Isyarat bunuh diri

Isyarat bunuh diri ditunjukkan dengan berperilaku secara tidak langsung ingin bunuh diri, misalnya dengan mengatakan: "Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh!" atau "Segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya." Pada kondisi ini pasien mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, namun tidak disertai dengan ancaman dan percobaan bunuh diri. Pasien umumnya mengungkapkan perasaan seperti rasa bersalah / sedih / marah / putus asa / tidak berdaya. Pasien juga mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah

2) Ancaman bunuh diri

Ancaman bunuh diri umumnya diucapkan oleh pasien, berisi keinginan untuk mati disertai dengan rencana untuk mengakhiri kehidupan dan persiapan alat untuk melaksanakan rencana tersebut. Secara aktif pasien telah memikirkan rencana bunuh diri, namun tidak disertai dengan percobaan bunuh diri. Walaupun dalam kondisi ini pasien belum pernah mencoba bunuh diri, pengawasan ketat harus dilakukan. Kesempatan sedikit saja dapat dimanfaatkan pasien untuk melaksanakan rencana bunuh dirinya.

3) Percobaan bunuh diri

Percobaan bunuh diri adalah tindakan pasien mencederai atau melukai diri untuk mengakhiri kehidupannya. Pada kondisi ini, pasien aktif mencoba bunuh diri dengan cara gantung diri, minum racun, memotong urat nadi, atau menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi.

Data yang perlu dikumpulkan saat pengkajian Risiko Bunuh Diri adalah :

- 1) Keluhan utama:
- 2) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan
- 3) Konsep diri: Harga diri (Umumnya pasien mengatakan hal-hal yang negatif tentang dirinya, yang menunjukkan harga diri yang rendah)
- 4) Riwayat masa lalu
 - a) Riwayat percobaan bunuh diri dan mutilasi diri
 - b) Riwayat keluarga terhadap bunuh diri
 - c) Riwayat gangguan mood, penyalahgunaan NAPZA dan skizofrenia
 - d) Riwayat penyakit fisik yang kronik, nyeri kronik.
- 5) Perilaku Kekerasan (Resiko mencederai diri sendiri)

- 6) Resiko Bunuh Diri
 - 7) Gangguan interaksi sosial (Menarik Diri)
 - 8) Riwayat gangguan kepribadian borderline, paranoid, antisosial
 - 9) Klien yang sedang mengalami kehilangan dan proses berduka, Peristiwa hidup yang menimbulkan stres dan kehilangan yang baru dialami.
 - 10) Riwayat pengobatan.
 - 11) Riwayat pendidikan dan pekerjaan.
 - 12) Catat ciri-ciri respon psikologik, kognitif, emosional dan perilaku dari individu dengan gangguan mood.
 - 13) Kaji adanya faktor resiko bunuh diri dan letalitas perilaku bunuh diri yaitu tujuan klien misalnya agar terlepas dari stres, solusi masalah yang sulit.
- b. Diagnosa Keperawatan
- Diagnosis keperawatan yang dapat diangkat adalah “Resiko Bunuh Diri (D.0135)
- Kategori : Lingkungan
- Subkategori : Keamanan dan Proteksi (SDKI, 2016).
- c. Intervensi Keperawatan
- Tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien dengan Resiko Bunuh Diri bertujuan untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri (SIKI, 2018). Adapun intervensi yang akan diberikan pada pasien Resiko Bunuh Diri sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia adalah sebagai berikut :
- Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2022), luaran utama untuk diagnosis Resiko Bunuh Diri adalah: “Kontrol Diri Meningkat.” Kontrol Diri Meningkat diberi kode L.09076 dalam SLKI. Kontrol Diri Meningkat berarti meningkatnya kemampuan untuk mengedalikan atau mengatur emosi, pikiran, dan perilaku dalam menghadapi masalah.

Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa kontrol diri meningkat adalah:

- 1) Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun
- 2) Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun
- 3) Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun
- 4) Verbalisasi rencana bunuh diri menurun
- 5) Perilaku merencanakan bunuh diri menurun
- 6) Alam perasaan depresi menurun

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka kontrol diri meningkat, dengan kriteria hasil:

- 1) Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun
- 2) Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun
- 3) Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun
- 4) Verbalisasi rencana bunuh diri menurun
- 5) Perilaku merencanakan bunuh diri menurun
- 6) Alam perasaan depresi menurun

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018), intervensi utama untuk diagnosis risiko bunuh diri adalah:

1) Manajemen mood (I.09289)

Intervensi manajemen mood dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) diberi kode (I.09289).

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

Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen mood berdasarkan (SIKI, 2018), antara lain:

Observasi :

- a) Identifikasi mood (mis: tanda, gejala, Riwayat penyakit)
- b) Identifikasi risiko keselamatan diri atau orang lain

- c) Monitor fungsi kognitif (mis: konsentrasi, memori, kemampuan membuat keputusan)
- d) Monitor aktivitas dan tingkat stimulasi lingkungan

Terapeutik :

- a) Fasilitasi pengisian kuesioner *self-report* (mis: *beck depression inventory*, skala status fungsional), jika perlu
- b) Berikan kesempatan untuk menyampaikan perasaan dengan cara yang tepat (mis: *sandsack*, terapi seni, aktivitas fisik)

Edukasi :

- a) Jelaskan tentang gangguan mood dan penanganannya
- b) Anjurkan berperan aktif dalam pengobatan dan rehabilitasi, jika perlu
- c) Anjurkan rawat inap sesuai indikasi (mis: risiko keselamatan, deficit perawatan diri, sosial)
- d) Ajarkan mengenali pemicu gangguan mood (mis: situasi stres, masalah fisik)
- e) Ajarkan memonitor mood secara mandiri (mis: skala tingkat 1 - 10, membuat jurnal)
- f) Ajarkan keterampilan koping dan penyelesaian masalah baru

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat, jika perlu
- b) Rujuk untuk psikoterapi (mis: perilaku, hubungan interpersonal, keluarga, kelompok), jika perlu
- c) Pencegahan bunuh diri

2) Pencegahan Bunuh Diri (I.14538)

Intervensi pencegahan bunuh diri dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) diberi kode (I.14538).

Pencegahan bunuh diri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko pasien merugikan diri sendiri dengan maksud mengakhiri hidup.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi pencegahan bunuh diri berdasarkan (SIKI, 2018), antara lain:

Observasi :

- a) Identifikasi gejala risiko bunuh diri (mis: gangguan mood, halusinasi, delusi, panik, penyalahgunaan zat, kesedihan, gangguan kepribadian)
- b) Identifikasi keinginan dan pikiran rencana bunuh diri
- c) Monitor lingkungan bebas bahaya secara rutin (mis: barang pribadi, pisau cukur, jendela)
- d) Monitor adanya perubahan mood atau perilaku

Terapeutik :

- a) Libatkan dalam perencanaan perawatan mandiri
- b) Libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan
- c) Lakukan pendekatan langsung dan tidak menghakimi saat membahas bunuh diri
- d) Berikan lingkungan dengan pengamanan ketat dan mudah dipantau (mis: tempat tidur dekat ruang perawat)
- e) Tingkatkan pengawasan pada kondisi tertentu (mis: rapat staf, pergantian shift)
- f) Lakukan intervensi perlindungan (mis: pembatasan area, pengekangan fisik), jika diperlukan
- g) Hindari diskusi berulang tentang bunuh diri sebelumnya, diskusi berorientasi pada masa sekarang dan masa depan

- h) Diskusikan rencana menghadapi ide bunuh diri di masa depan (mis: orang yang dihubungi, ke mana mencari bantuan)
- i) Pastikan obat ditelan

Edukasi :

- a) Anjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain
- b) Anjurkan menggunakan sumber pendukung (mis: layanan spiritual, penyedia layanan)
- c) Jelaskan tindakan pencegahan bunuh diri kepada keluarga atau orang terdekat
- d) Informasikan sumber daya masyarakat dan program yang tersedia
- e) Latih pencegahan risiko bunuh diri (mis: latihan asertif, relaksasi otot progresif)

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, atau antipsikotik, sesuai indikasi
- b) Kolaborasi tindakan keselamatan kepada PPA
- c) Rujuk ke pelayanan kesehatan mental, jika perlu

d. Evaluasi Keperawatan

Setelah diberikan Tindakan keperawatan, diharapkan adanya :

- 1) Penurunan tanda dan gejala Resiko Bunuh Diri
- 2) Peningkatan kemampuan klien melakukan pencegahan Resiko Bunuh Diri
- 3) Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien Resiko Bunuh Diri

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2022). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. APA Publishing.
- Badan Pusat Statistik. (2022). *Statistik Kesehatan Indonesia 2022*. <https://www.bps.go.id>
- Keliat, B. A. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- NANDA International. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021–2023* (12th ed.). Thieme.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2022). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan III. Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- Sadock, B. J. (2015). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.). Mosby.
- Stuart, G. W. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Stuart, G. W. (2020). *Principles and practice of psychiatric nursing* (11th ed.). Elsevier.
- Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (8th ed.). F.A. Davis Company.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2018). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (9th ed.). F.A. Davis Company
- World Health Organization (WHO). (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: WHO.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Yusuf, A. (2015). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

BIODATA PENULIS



Ns. Rina Herniyanti, S.Kep, M. Kep Lahir di Sanglar pada tanggal 23 Oktober 1985. Lulus dari pendidikan D3 Keperawatan pada tahun 2008. Lulus dari pendidikan sarjana keperawatan dan Profesi Ners tahun 2011. Penulis menyelesaikan studi magister keperawatan Peminatan Jiwa di Universitas Andalas pada tahun 2018. Saat ini Penulis merupakan salah satu staff pengajar pada program studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Institut Kesehatan Payung Negeri Pekanbaru. Selain sebagai pengajar, penulis turut mengembangkan ilmu pengetahuan melalui kegiatan ilmiah, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat di bidang keperawatan.

BAB 7

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Defisit Perawatan diri

Ns. Yeni Devita, M.Kep

A. Pendahuluan

Gangguan jiwa merupakan masalah kesehatan global yang berdampak luas terhadap individu, keluarga, dan masyarakat. Salah satu manifestasi umum dari gangguan jiwa adalah defisit perawatan diri, yaitu ketidakmampuan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti mandi, berpakaian, makan, dan menjaga kebersihan diri. Kondisi ini tidak hanya menurunkan kualitas hidup pasien, tetapi juga meningkatkan beban bagi *caregiver* dan sistem layanan kesehatan (Townsend & Morgan, 2018).

Dalam praktik keperawatan jiwa, **defisit perawatan diri** sering dijumpai pada pasien dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia, depresi berat, dan gangguan bipolar. Hal ini berkaitan dengan penurunan motivasi, gangguan persepsi dan kognitif, serta disorganisasi perilaku yang menghambat pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri (Varcarolis, 2021). Oleh karena itu, perawat jiwa memiliki peran yang sangat penting dalam mengidentifikasi, merencanakan, dan melaksanakan intervensi keperawatan untuk meningkatkan kemampuan perawatan diri pasien.

Asuhan keperawatan jiwa yang komprehensif dan berfokus pada kebutuhan pasien menjadi kunci dalam proses pemulihan. Pendekatan yang digunakan harus bersifat **holistik**, **individualized**, dan berbasis **evidence-based practice**. Penelitian menunjukkan bahwa intervensi keperawatan seperti terapi aktivitas kelompok, pendidikan kesehatan, dan penguatan

perilaku dapat meningkatkan kemampuan perawatan diri pada pasien gangguan jiwa (Kurniasari et al., 2020; Supriyanto & Rachmawati, 2021).

B. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Defisit Perawatan Diri

1. Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri

a. Definisi

Defisit perawatan diri (*self-care deficit*) adalah ketidakmampuan individu untuk melakukan sebagian atau seluruh aktivitas perawatan diri yang dibutuhkan untuk mempertahankan kesehatan dan kesejahteraan, seperti mandi, berpakaian, makan, dan toileting, baik karena gangguan fisik, mental, maupun keduanya (NANDA International, 2021).

Defisit perawatan diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (SKI, 2016).

Diagnosis keperawatan ini digunakan untuk mengidentifikasi kebutuhan perawatan yang memerlukan intervensi perawat agar pasien dapat kembali mencapai kemandirian.

Menurut teori *Self-Care Deficit Nursing Theory* dari *Dorothea Orem*, defisit perawatan diri terjadi ketika kemampuan seseorang dalam melakukan self-care tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan perawatan dirinya (Orem, 2001).

Dalam konteks keperawatan jiwa, defisit perawatan diri lebih banyak ditemukan pada pasien dengan **gangguan jiwa berat**, seperti skizofrenia dan depresi mayor. Gangguan tersebut menyebabkan penurunan motivasi, disorganisasi pikiran, persepsi yang salah, dan perilaku yang tidak sesuai, sehingga pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri (Townsend & Morgan, 2018).

b. Klasifikasi

Dalam praktik klinis, defisit perawatan diri biasanya diklasifikasikan menjadi beberapa aspek, yaitu:

- 1) Defisit perawatan diri: mandi/*hygiene*
- 2) Defisit perawatan diri: makan
- 3) Defisit perawatan diri: berpakaian
- 4) Defisit perawatan diri : berhias
- 5) Defisit perawatan diri: toileting

Masing-masing bentuk defisit ini memerlukan pendekatan keperawatan yang disesuaikan dengan tingkat kemandirian pasien.

2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data yang akurat dan komprehensif sebagai dasar dalam menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan, intervensi, dan evaluasi. Pada pasien dengan **defisit perawatan diri**, pengkajian difokuskan pada kemampuan individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri serta faktor-faktor yang memengaruhinya, baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun lingkungan.

1) Pengkajian Data Subjektif

Data subjektif diperoleh dari wawancara dengan pasien, keluarga, atau *caregiver*. Hal-hal yang perlu digali antara lain:

- a) Persepsi pasien tentang kemampuan dirinya dalam merawat diri
- b) Motivasi dan minat terhadap kebersihan dan penampilan
- c) Adanya keluhan terkait kelelahan, depresi, atau halusinasi
- d) Riwayat penggunaan obat-obatan psikotropika

- e) Dukungan sosial dan sistem pendukung keluarga (Varcolis, 2021).

2) Pengkajian Data Objektif

Data objektif diperoleh melalui observasi langsung, pemeriksaan fisik, serta pengukuran tingkat kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri (*Activities of Daily Living / ADL*).

Perawat perlu mengobservasi:

- a) Kebersihan diri (kuku, rambut, tubuh)
- b) Cara berpakaian (apakah sesuai dan rapi)
- c) Pola makan dan minum
- d) Kemampuan eliminasi (toileting)
- e) Respons terhadap stimulus lingkungan (Townsend & Morgan, 2018)

“Perawat harus mengidentifikasi faktor biologis, psikologis, dan lingkungan yang dapat memperburuk atau berkontribusi pada defisit perawatan diri.”

(Stuart, 2014)

Tanda dan gejala defisit perawatan diri :

TANDA	SUBJEKTIF	OBJEKTIF
MAYOR	Menolak melakukan perawatan diri : kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi	Kulit, rambut, gigi, kuku kotor
	menyampaikan ketidakinginan melakukan perawatan diri : kebersihan diri, berpakaian, makan dan	Pakaian kotor, tidak rapi, dan tidak tepat

	minum, dan eliminasi	
	Menyatakan tidak tahu cara perawatan diri : kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi	makan dan minum tidak beratutan
		Eliminasi (BAB dan BAK) tidak pada tempatnya
		lingkungan tempat tinggal kotor dan tidak rapi
MINOR		ketidakmampuan menyiapkan perlengkapan mandi
		ketidakmampuan melepas dan mengenakan pakaian
		ketidakmampuan mengambil makanan/ minuman sendiri
		ketidakmampuan menggunakan toilet

Pengkajian pada pasien gangguan jiwa dapat dilakukan dengan cara *alloanamnesis* dan *autoanamnesis*

atau *heteroanamnesis*. *Alloanamnesis* adalah pemeriksaan yang diperoleh bukan dari pasien yang bersangkutan, bisa keluarga maupun *caregiver*, orang lain yang memahami Riwayat penyakit pasien. *Autoanamnesis* dapat diperoleh melalui wawancara kepada pasien yang bersangkutan dan observasi pada pasien. Pertanyaan-pertanyaan pada pengkajian pasien terkait masalah keperawatan kurang perawatan diri adalah sebagai berikut :

- 1) Apakah pasien dapat memberishkan dirinya sendiri seperti mandi, gosok gigi, keramas secara mandiri?
- 2) Apakah pasien dapat menghias diri atau berdandan secara mandiri?
- 3) Apakah penampilan pasien tampak kusut, kumuh, bau badan?
- 4) Apakah pasien dapat memakai atau melepas pakaian / sepatu dengan rapi secara mandiri?
- 5) Apakah pasien dapat menggmabil makanan, menghabiskan makanannya, menggunakan peralatan makan/minum?
- 6) Apakah pasien dapat BAK dan BAB serta membersihkan diri secara mandiri?
- 7) Apakah pasin malas dalam beraktivitas atau menarik diri?
- 8) Apakah pasien sedang menderita gangguan kesehatan seperti kelumpuhan, bedrest, nyeri, pemakaian traksi, penyakit bawaan?
- 9) Apakah pasien memiliki pengetahuan tentang personal hygiene dan motivasi hidup sehat?

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang dapat diagkat adalah "Defisit Perawatan Diri (DPD) (D.0109)

Kategori : Perilaku

SUBkategori : Kebersihan Diri (SDKI, 2016).

c. Intervensi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien dengan DPD bertujuan untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri (SIKI, 2016). Adapun intervensi yang akan diberikan pada pasien DPD sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia adalah sebagai berikut :

1) Dukungan Perawatan Diri (I. 11348)

Obervasi :

- a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- b) Monitor tingkat kemandirian
- c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan makan

Terapeutik :

- a) Sediakan lingkungan yang terapeutik (misalnya; suasana hangat, rileks, privasi)
- b) Siapkan keperluan pribadi (misalnya parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
- c) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- d) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- e) Fasilitasi kemandirian, bantu jika mampu melakukan perawatan diri
- f) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi :

- a) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

2) Dukungan Perawatan Diri : BAB / BAK (I. 11349)

Observasi :

- a) Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia
- b) Monitor integritas kulit pasien

Terapeutik :

- a) Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi

- b) Dukung penggunaan toilet / *commode* / pispot / urinal secara konsisten
- c) Jaga privasi selama eliminasi
- d) Ganti apkaian pasien setelah eliminasi, jika perlu
- e) Bersihkan alat bantu BAB/BAK setelah digunakan
- f) Latih BAB / BAK sesuai jadwal, jika perlu
- g) Sediakan alat bantu (misalnya kateter eksternal, urinal) jika perlu

Edukasi :

- a) Anjurkan BAB / BAK secara rutin
 - b) Anjurkan ke kamar mandi / toilet jika perlu
- 3) Dukungan Perawatan Diri : Berpakaian (I. 11350)

Observasi :

- a) Identifikasi usia dan budaya dalam mebantu berpakaian / berhias

Trapeutik :

- a) Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau
- b) Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan
- c) Fasilitasi mengenakan pakaian jika perlu
- d) Fasilitasi berhias (misalnya menyisir rambut, merpaika kumis / jenggot
- e) Jaga privasi selama berpakaian
- f) Tawarkan untuk laundry jika perlu
- g) Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri

Edukasi :

- a) Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu
 - b) Ajarkan mnegenakan pakaian jika perlu
- 4) Dukungan Perawatan Diri : Makan dan Minum (I. 11351)

Observasi :

- a) Identifikasi diet yang dianjurkan

- b) Monitor kemampuan menelan
- c) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

Terapeutik :

- a) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
- b) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
- c) Lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu
- d) Letakkan makanan disisi mata yang sehat
- e) Sediakan sedotan untuk minum sesuai kebutuhan
- f) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
- g) Sediakan makanan dan minuman yang disukai
- h) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian jika perlu
- i) Motivasi untuk makan diruang makan, jika tersedia

Edukasi :

- a) Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (misalnya sayur di jam 12, rendang di jam 3)

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat (misalnya analgesic, antiemetic) sesuai indikasi
- 5) Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I. 11352)

Observasi :

- a) Identifikasi usia dan budaya dalam membenatu kebersihan diri
- b) Identifikais jenis bantuan yang dibutuhkan
- c) Monitor kebersihan tubuh (misalnya rambut, mulut, kulit, kuku)
- d) Monitor integritas kulit

Terapeutik :

- a) Sediakan peralatan mandi (misalnya sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)

- b) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
- c) Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
- d) Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
- e) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
- f) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Edukasi :

- a) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan
- b) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien jika perlu

c. Evaluasi Keperawatan

Setelah diberikan Tindakan keperawatan, diharapkan adanya :

- 1) Penurunan tanda dan gejala defisit perawatan diri
- 2) Peningkatan kemampuan klien melakukan perawatan diri
- 3) Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien

Kriteria hasil menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) tahun 2016 adalah sebagai berikut :

Kriteria	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Kemampuan Mandi	1	2	3	4	5
kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5
kemampuan Makan	1	2	3	4	5
Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5
verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5

minat melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5
mempertahanka n kebersihan tubuh	1	2	3	4	5
mempertahanka n kebersihan mulut	1	2	3	4	5

DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., Snyder, S. & Fradsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamental of Nursing*. USA : Pearson Education
- Keliat, Budi Anna (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa*, Jakarta, EGC.
- Kurniasari, M., Suryani, S., & Setiawan, A. (2020). *Effectiveness of activity group therapy on self-care ability in schizophrenia patients*. **Jurnal Keperawatan Indonesia**, 23(1), 32–40. <https://doi.org/10.7454/jki.v23i1.1111>
- NANDA International. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021–2023* (12th ed.). Thieme.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby.
- Perry, A.G. & Potter, P.A. (2014). *Nursing Skill & Prosedur*. St. Louis: Elsevier
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI (2016). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.). Mosby.
- Supriyanto, S., & Rachmawati, I. N. (2021). *Therapeutic group therapy increases self-care behavior in patients with mental disorders*. **Jurnal Ners**, 16(2), 250–258. <https://doi.org/10.20473/jn.v16i2.2021.250-258>
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2018). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (9th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Varcarolis, E. M. (2021). *Essentials of psychiatric mental health nursing: A communication approach to evidence-based care* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2018). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (9th ed.). F.A. Davis Company.

Varcarolis, E. M. (2021). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care* (4th ed.). Elsevier.

BIODATA PENULIS



Ns. Yeni Devita, M.Kep Lahir di Pekanbaru – Riau pada tanggal 28 Juni 1986. Lulus dari pendidikan DIII Keperawatan pada tahun 2007. Lulus dari pendidikan sarjana keperawatan tahun 2011. Penulis menyelesaikan studi magister keperawatan di Universitas Andalas pada tahun 2015. Pengalaman bekerja di pendidikan keperawatan dimulai sejak tahun 2007 pada Akademi Keperawatan Dharma Husada Pekanbaru hingga Tahun 2015. Saat ini Penulis merupakan salah satu staff pengajar pada program studi Ners Institut Kesehatan Payung Negeri Pekanbaru. Selain sebagai pengajar, penulis turut mengembangkan ilmu pengetahuan melalui kegiatan ilmiah, penelitian, dan pengabdian masyarakat di bidang keperawatan

BAB 8

Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi

Tri Ayu Yuniyanti, S. Kep., Ns., M. Kep

A. Pendahuluan

Gangguan jiwa memiliki manifestasi perilaku atau psikologis dengan tanda dan gejala yang khas yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Salah satu tanda dan gejala yang paling sering ditemukan adalah distorsi persepsi atau yang lebih dikenal dengan halusinasi (Defrilianda et al., 2024).

Halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi, sehingga individu akan kehilangan kemampuan membedakan stimulus internal atau eksternal (Rosiana et al., 2018; Wardani et al., 2024).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi

Halusinasi dapat mempengaruhi perilaku pasien, menyebabkan tindakan kekerasan baik pada diri sendiri, orang lain atau lingkungan. Oleh sebab itu, dibutuhkan penanganan yang tepat agar pasien dapat mengontrol halusinasinya.

1. Konsep Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi

a. Pengertian

Dibawah ini terdapat beberapa pengertian halusinasi:

- 1) Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori dimana seseorang merasakan sensasi palsu tanpa adanya stimulus, dapat berupa penghidu, perabaan, pengecap, penglihatan atau suara (Defrilianda et al., 2024).

- 2) Halusinasi merupakan gangguan persepsi yang terjadi ketika seseorang mengalami stimulus palsu atau sebuah tanggapan dari pancaindra tanpa adanya rangsangan eksternal (Sutejo, 2019).

b. Jenis-Jenis Halusinasi

Halusinasi terdiri dari beberapa jenis, dengan karakteristik tertentu (Yoseph & Sutini., 2016; Keliat et al., 2025; Fitria., 2009) , diantaranya :

- 1) Halusinasi pendengaran

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara tertentu, biasanya pasien mendengar suara orang yang mengajaknya bercakap-cakap atau memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang berbahaya.

- 2) Halusinasi penglihatan

Stimulus visual dalam beragam bentuk seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambaran kartun atau panorama yang luas dan kompleks, atau bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.

- 3) Halusinasi penghidu

Gangguan stimulus pada penghidu, yang di tandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau yang menjijikan seperti darah, urin, atau fases, kadang-kadang terhidu bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan demensia.

- 4) Halusinasi peraba

Gangguan stimulus yang di tandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contohnya merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

- 5) Halusinasi pengecap

Gangguan stimulus yang di tandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan.

- 6) Halusinasi Viseral

Gangguan stimulus yang ditandai dengan munculnya perasaan tertentu timbul dari dalam tubuhnya.

7) Halusinasi sinestetik

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

c. Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Tim Pokja SDKI (2017), tanda gejala halusinasi pendengaran dibagi menjadi tanda gejala mayor dan tanda gejala minor:

Tabel 1. Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan Gejala Mayor	Tanda dan Gejala Minor
Subjektif: ▪ Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan ▪ Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecapan	Subjektif: ▪ Menyatakan kesal
Objektif: ▪ Distorsi sensori ▪ Respon tidak sesuai ▪ Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu	Objektif: ▪ Menyendiri ▪ Melamun ▪ Konsentrasi buruk ▪ Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi ▪ Curiga ▪ Mendengar satu arah ▪ Mondar-mandir ▪ Bicara sendiri

d. Proses Terjadinya Halusinasi

Menurut Yoseph & Sutini (2016), terdapat beberapa faktor penyebab terjadinya halusinasi:

1) Predisposisi

a) Faktor Perkembangan

Hambatan dalam tugas perkembangan dan hubungan interpersonal menyebabkan individu mudah mengalami stress dan kecemasan.

b) Faktor Sosiokultural

Penolakan oleh lingkungan menyebabkan individu merasa disingkirkan dan kesepian.

c) Faktor Biokimia

Tubuh akan mengeluarkan zat yang bersifat halusinogenik neurokimia (buffofenon dan dimethytranferase) ketika tubuh mengalami stress berlebihan.

d) Faktor Psikologis

Peran ganda yang bertentangan dan hubungan interpersonal yang tidak harmonis dapat menyebabkan stress, kecemasan hingga gangguan orientasi realitas.

e) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa genetik dan pola asuh berpengaruh terhadap kejadian skizofrenia.

2) Presipitasi

a) Perilaku

Respon individu terhadap halusinasi dapat berupa rasa gelisah, bingung, takut, curiga, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan, berperilaku yang merusak diri dan tidak dapat membedakan nyata dan tidak nyata.

e. Fase-Fase Halusinasi

Yoseph & Sutini (2016) membagi fase halusinasi dalam 5 fase, yaitu:

Tabel 2. Fase Halusinasi

<i>Stage I: Sleep Disorder</i>	Fase awal sebelum munculnya halusinasi. Akumulasi stressor
------------------------------------	--

	menyebabkan munculnya keinginan individu untuk menghindari lingkungan. Selain itu, stressor ini menyebabkan individu mengalami kesulitan tidur terus-menerus sehingga sering menghayal yang dianggap sebagai pemecahan masalah.
<i>Stage II: Comforting Moderate Level of Anxiety</i>	Pada tahap ini individu cenderung merasa nyaman dengan halusinasinya. Individu mengalami berbagai emosi berkelanjutan seperti ansietas, kesepian, perasaan bersalah, dan ketakutan. Individu mencoba mengendalikan emosi-emosi yang muncul agar pengalaman pikiran dan sensorinya juga dapat dikendalikan.
<i>Stage III Condemning Severe level of Anxiety</i>	Pengalaman sensori individu lebih sering muncul dan mengalami bias, individu merasa tidak mampu mengendalikannya dan mulai menjada jarak dengan objek yang dipersepsikannya, selain itu individu mulai menarik diri dari orang lain dalam waktu yang cukup lama
<i>Stage IV Controlling Severe Level of Anxiety</i>	Fase ini dikenal sebagai fase gangguan psikotik. Pada fase ini fungsi sensori individu tidak relevan dengan kenyataan. Individu mencoba melawan halusinasi yang datang, namun individu akan merasa kesepian jika halusinasi berakhir.
<i>Stage V</i>	Pada fase ini individu telah mengalami gangguan dalam menilai kenyataan.

<i>Conquering Panic Level of Anxiety</i>	Terjadi gangguan psikotik berat. Pengalaman sensori mungkin menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah.
--	--

f. Mekanisme Koping

Pada halusinasi terdapat mekanisme koping, mekanisme koping adalah suatu usaha langsung dalam manajemen stress. Menurut Yusuf et al (2015), mekanisme koping yang sering digunakan pada halusinasi sebagai berikut :

1) Regresi

mundur ke tingkat perkembangan yang lebih rendah, dengan respon yang kurang matang dan biasanya dengan aspirasi yang kurang. Contoh: anak yang mempunyai adik lagi. Perilaku kakaknya yang menjadi isap jempol atau ngompol untuk menarik perhatian.

2) Proyeksi

menyalahkan orang lain mengenai kesulitannya sendiri atau melemparkan kepada orang lain keinginannya yang tidak baik.

3) Menarik diri

sulit mempercayai orang lain dan asik dengan stimulus internal.

g. Penatalaksanaan Halusinasi

Individu yang mengalami halusinasi harus segera memperoleh pengobatan yang tepat. Menurut Muhith (2015), dibawah ini adalah beberapa penatalaksanaan halusinasi:

1) Penatalaksanaan Medis

obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti psikosis (Haloperidol, Chlorpromazine, Trihexipenidyl).

2) Terapi Somatik

dengan melakukan tindakan dalam bentuk perlakuan fisik dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi adaptif. Beberapa terapi somatik antara lain: restrain, seklusi, dan terapi kejang

3) Terapi Aktivitas Kelompok

Tujuan terapi ini adalah suatu upaya untuk memfasilitasi psikoterapis terhadap sejumlah klien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal antar anggota

4) Terapi Okupasi

Suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu yang telah ditetapkan. Terapi ini berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada seseorang pemeliharaan dan peningkatan yang bertujuan untuk membentuk seseorang agar mandiri, tidak bergantung pada pertolongan orang lain.

5) Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan atau "*Milieu Therapy*" adalah suatu manipulasi ilmiah yang bertujuan untuk menghasilkan perubahan pada perilaku pasien dan untuk mengembangkan keterampilan emosional dan sosial.

2. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi

Pasien halusinasi biasanya merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, atau lainnya tanpa stimulus nyata.

a. Pengkajian

Menurut Keliat et al (2015), data penting yang perlu dikaji adalah sebagai berikut:

- 1) Jenis dan isi halusinasi. Data ini dapat diperoleh melalui observasi perilaku pasien dan wawancara dengan pasien.
- 2) Waktu, frekuensi dan situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi

3) Respon terhadap halusinasi.

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi tersebut muncul. Apakah pasien masih bisa mengontrol stimulus halusinasinya atau sudah tidak berdaya terhadap halusinasinya.

b. Diagnosa

Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan data subjektif dan objektif yang ditemukan pada pasien halusinasi. Dalam SDKI DPP PPNI (2016), rumusan diagnosa keperawatan dengan halusinasi yaitu : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi.

c. Perencanaan

Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018), luaran yang diharapkan :

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan persepsi sensori membaik.

2) Kriteria Hasil

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
1	Verbalisasi mendengar bisikan				
	1	2	3	4	5
2	Verbalisasi melihat bayangan				
	1	2	3	4	5
3	Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman				
	1	2	3	4	5
4	Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan				
	1	2	3	4	5
5	Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecap				
	1	2	3	4	5
6	Distorsi sensori				

	1	2	3	4	5
7	Perilaku halusinasi				
	1	2	3	4	5

3) Perencanaan Manajemen Halusinasi

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), perencanaan keperawatan pada halusinasi:

a) Observasi

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

b) Terapeutik

- Pertahankan lingkungan yang aman.
- Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis.limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)

c) Edukasi

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

d) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan ansietas, jika perlu.

4) Implementasi

Menurut Keliat et al (2014), implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien pada saat ini (*here and now*). Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

5) Evaluasi

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien. Keliat et al (2014), evaluasi dokumentasi dengan format SOAP:

a) S (Data Subjektif)

Perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan, dan dikemukakan klien.

b) O (Data Objektif)

Perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

c) A (Analisis)

Penilaian dari kedua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah berkembang kearah perbaikan atau kemunduran.

d) P (Rencana)

Rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Defrilianda, M., Kurnia Putri, D., Pradessetia, R., & Akbar, A. (2024). Analisis Asuhan Keperawatan pada Pasien Halusinasi Pendengaran dengan Penerapan Terapi Menghardik dan Berdzikir terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi. *Indonesian Journal of Nursing Research*, 7(1). <http://jurnal.unw.ac.id/ijnr>
- Direja, A. H. S., (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Fitria, N. (2009). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Keliat, B. A., Akemat., Daulima, N. H. C. (2015). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A., & Akemat. (2014). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Muhit. (2015). *Pendidikan Kesehatan Jiwa: Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Rosiana, Jumaini, & Hasneli, Y. (2018). Efektivitas Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Penurunan Skor Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Online Mahasiswa (JOM) Bidang Ilmu Keperawatan*, 214–221. <https://ejournal.medistra.ac.id/index.php/JKF/article/view/527/233>
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Wardani, S., Martina, & Alfandi, R. (2024). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Halusinasi Pendengaran : Studi Kasus. *JIM FKep*, 8(1), 119-127.
- Yosep, H.Iyus., Titin Sutini. (2026). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bandung: PT Refika Aditama.
- Yusuf, A. H., Fitriyasari, R., & Nihayati. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.

BIODATA PENULIS



Tri Ayu Yuniyanti, S.Kep., Ns., M.Kep lahir di Ambon, 8 Juni 1979. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di Poltekkes Makassar, S1 di PSIK FK Universitas Hasanuddin dan S2 di PSMIK FK Universitas Hasanuddin. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 9

Asuhan Keperawatan pada Gangguan Penggunaan Isolasi Sosial

Ns. Afniwati, S.Kep., M.Kes.

A. Pendahuluan

Sebagai makhluk sosial manusia memiliki kebutuhan akan dihargai, dicintai, dimengerti, dan diterima oleh lingkungannya. Kebutuhan ini akan terpenuhi manakala manusia melakukan sosialisasi dengan lingkungannya.

Seseorang harus memiliki hubungan interpersonal yang sehat, menjalin kedekatan dengan orang lain sambil menjaga identitas diri secara terpisah untuk menemukan kepuasan dalam hidup. Sosialisasi membuat manusia menjalin hubungan yang memberi pengaruh timbal balik bagi dirinya maupun orang lain dalam pemenuhan kebutuhan dan mempertahankan kehidupannya. Tidak semua orang mampu menjalin interaksi sosial dengan baik, ada beberapa orang mengalami gangguan dalam sosialisasi.

Pasien isolasi sosial mengalami hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain, sehingga pasien memerlukan bantuan dari tenaga kesehatan khususnya perawat agar mampu melakukan sosialisasi yang pada akhirnya kebutuhan pasien sebagai makhluk sosial terpenuhi.

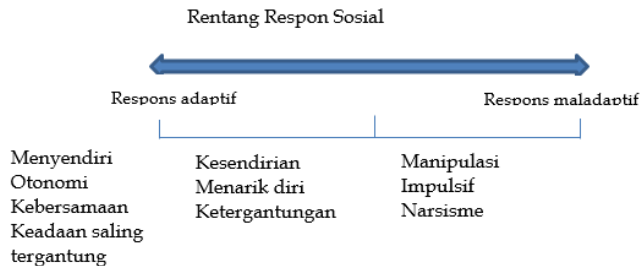
B. Asuhan Keperawatan pada Gangguan Penggunaan Isolasi Sosial

1. Konsep dasar isolasi sosial
 - a. Pengertian isolasi sosial.
 - 1) Kesendirian yang dirasakan oleh seseorang dan dianggap sebagai sesuatu kondisi yang disebabkan oleh orang lain, serta dianggap sebagai kondisi yang negatif atau mengancam dirinya (Twonsend, 2011).

- 2) Isolasi sosial adalah keadaan di mana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Sukaesti, 2019).

b. Rentang respon isolasi sosial

Hubungan antara manusia mengembangkan keseimbangan perilaku saling ketergantungan seperti tertera pada gambar dibawah ini.



Gambar 1 Rentang respons sosial

Semua orang akan bertanggung jawab untuk mengendalikan perilaku mereka saat menerima bantuan dan dukungan yang diperlukan.

Seorang dengan tingkat kemandirian akan membangun hubungan yang kuat dengan orang lain, dimana hal ini sangat penting untuk maturitas pengembangan kepribadian. Kondisi ini tergambar pada rentang respon adaptif yang meliputi kemampuan dalam toleransi kesendirian, otonomi, kebersamaan dan saling ketergantungan.

Pada titik tengah rantang respon, seseorang mengalami kesepian, penarikan diri dan ketergantungan. Rentang akhir ada di rentang respon maladaptif mencakup manipulasi, impulsive dan narsisme.

Dalam kondisi maladaptif ini seseorang sering memiliki riwayat hubungan yang bermasalah dalam keluarga, di tempat kerja, dan di arena sosial.

c. Proses terjadinya isolasi sosial

Stuart manjabarkan proses terjadinya isolasi sosial melalui konsep stress adaptasi yang meliputi stressor faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor biologis

Faktor biologis umumnya berhubungan dengan factor herediter dimana adanya riwayat anggota mengalami gangguan jiwa, riwayat penyakit atau trauma kepala, riwayat penyalahgunaan napza. Selain itu terjadinya kepribadian antisosial tampaknya berkolerasi dengan kerusakan struktur dan fungsi otak, yang dapat deteksi melalui pemeriksaan CT scan dan MRI.

b) Faktor psikologis

Pada pasien yang mengalami isolasi sosial, terdapat pengalaman negatif terhadap gambaran diri, peran yang tidak jelas atau terlalu berat, kegagalan dalam mencapai harapan atau cita-cita, krisis identitas, serta kurangnya penghargaan dari diri sendiri maupun lingkungan sekitar, yang bisa menyebabkan kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain, dan akhirnya memperberat masalah isolasi sosial.

Selain itu faktor kegagalan dalam menjalankan tugas perkembangan yang mengakibatkan individu tidak percaya diri, tidak percaya orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap hubungan dengan orang lain, menghindari dari orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan dan merasa tertekan.

Kondisi tersebut menyebabkan ketidak inginan berkomunikasi dengan orang lain, lebih senang berdiam diri, menghindari dari orang lain dan aktivitas harian terabaikan.

c) Faktor sosial budaya

Pasien yang mengalami isolasi sosial biasanya berasal dari latar belakang sosial ekonomi yang rendah, memiliki riwayat penolakan dari lingkungan sejak masa anak-anak, penyakit kronis, kecacatan.

2) Faktor Presipitasi

Faktor-faktor yang bisa menyebabkan seseorang mengalami isolasi sosial meliputi riwayat penyakit infeksi, penyakit yang berlangsung lama, kekerasan dalam keluarga, kesulitan-kesulitan dalam hidup, kondisi kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dari keluarga atau masyarakat yang sering tidak cocok dengan kebutuhan pasien, serta adanya konflik di antara masyarakat.

d. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang terdapat pada pasien isoasi sosial meliputi subjektif dan objektif.

1) Subjektif

- a) Mengungkapkan perasaan kesendirian
- b) Merasa tidak aman di tempat umum
- c) Merasa berbeda dengan orang lain
- d) Merasa asyik dengan pikiran sendiri
- e) Merasa tidak punya tujuan yang jelas

2) Objektif

- a) Pasien menarik diri,
- b) Pasien tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan
- c) Afek datar dan dangkal
- d) Perasaan ditolak
- e) Kontak mata kurang
- f) Tidak bergairah/lesu.

2. Proses Keperawatan

a. Pengkajian

Hal-hal yang dikaji meliputi faktor predisposisi diantaranya faktor perkembangan meliputi terpenuhi atau tidak terpenuhinya tugas perkembangan, seseorang dengan ketidakmampuan dalam memenuhi tugas perkembangan menjadi faktor pencetus terjadinya isolasi sosial. Faktor biologis berhubungan dengan kelainan pada struktur otak, faktor keturunan, Riwayat penyakit atau trauma kepala dan riwayat pengguna NAPZA.

Faktor sosial budaya berkaitan dengan norma di masyarakat yang tidak mendukung kelompok orang yang tidak produktif seperti lansia, penderita penyakit kronis, orang cacat.

Faktor presipitasi dikaji berhubungan dengan penyakit infeksi, penyakit yang berlangsung lama, kekerasan dalam keluarga, kesulitan-kesulitan dalam hidup, kondisi kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dari keluarga atau masyarakat yang sering tidak cocok dengan kebutuhan pasien, serta adanya konflik di antara masyarakat. Pengkajian pada pasien isolasi sosial dapat dilakukan melalui wawancara dan observasi.

Sumber coping yang perlu dikaji mencakup keterlibatan dalam hubungan baik di dalam keluarga maupun dengan teman, serta penggunaan kreativitas untuk mengungkapkan stres interpersonal seperti melalui kesenian, musik, atau tulisan.

Mekanisme pertahanan yang sering digunakan oleh pasien dengan isolasi sosial meliputi regresi, represi, dan isolasi.

Berikut ini pertanyaan yang bisa ditanyakan kepada pasien maupun keluarga meliputi ; siapa orang yang paling berarti bagi pasien, bagaimana peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat, apa yang menjadi hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Hasil observasi pada pasien isolasi sosial meliputi : Pasien banyak diam, tidak mau bicara, menyendiri, tidak mau berinteraksi dengan orang lain termasuk orang terdekat,

ekspresi datar dan dangkal, tampak sedih, kontak mata kurang bahkan tidak mau menatap lawan bicara.



b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah : Isolasi Sosial

c. Intervensi

Tindakan keperawatan pada pasien isolasi sosial.

- 1) Tindakan keperawatan untuk pasien
 - a) Tujuan tindakan keperawatan :
 - (1) Pasien mampu membina hubungan saling percaya
 - (2) Pasien mampu menyadari isolasi sosial yang dialaminya
 - (3) Berinteraksi bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya
 - (4) Berkomunikasi saat melakukan kegiatan-kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial.
 - b) Tindakan keperawatan :

Membina hubungan saling percaya dengan cara

 - (1) Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien

- (2) Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai dan tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien
- (3) Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
- (4) Buat kontrak asuhan: apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana
- (5) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
- (6) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien
- (7) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan

Membantu pasien menyadari perilaku isolasi sosial

- (1) Tanyakan pendapat pasien tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain
- (2) Tanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain
- (3) Diskusikan keuntungan bila pasien memiliki banyak teman dan bergaul akrab dengan mereka
- (4) Diskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain
- (5) Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap Kesehatan fisik pasien

Melatih pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap

- (1) Jelaskan kepada pasien berinteraksi dengan orang lain
- (2) Berikan contoh cara berbicara dengan orang lain
- (3) Beri kesempatan pasien mempraktekkan cara berinteraksi dengan orang lain yang dilakukan di hadapan perawat
- (4) Bantu pasien berinteraksi dengan satu orang teman/anggota keluarga
- (5) Bila pasien sudah menunjukkan kemajuan, tingkat jumlah interaksi dengan dua, tiga, empat orang dan seterusnya
- (6) Latih pasien bercakap-cakap dengan anggota keluarga saat melakukan kegiatan harian

(7) Latih pasien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sosial seperti ; berbelanja dan lain-lain

d. Evaluasi

- 1) Pasien mampu membina hubungan saling percaya
- 2) Pasien mampu menyadari isolasi sosial yang dialaminya
- 3) Beriteraksi bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya
- 4) Berkomunikasi saat melakukan kegiatan-kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- Fitria. 2019. Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Advance Mental Health Nursing). Bandung: Refika Aditama
- Keliat, B.A., dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN - Basic Course)*. Jakarta: EGC
- Muhith A., (2015), Pendidikan Keperawatan Jiwa ; Teori dan Aplikasi, Yogyakarta, Penerbit Andi
- Prabowo, E. 2014. Konsep Dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa. Nuha Medika
- Stuart, G.W &Laraia, M.T (2009). Principles and practice of psychiatric nursing. (8th edition). St Louis: Mosby.
- Townsend C. Mary, 2015, Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing Care Plans and Psychotropic Medications, F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Yosep, Iyus. (2009). Keperawatan Jiwa. Edisi Revisi. Bandung: Penerbit PT. Refika Aditama.
- Yusuf, Ahmad., Fitriyasari, Rizki & Nihayati, Hanik, Endang. (2014). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

BIODATA PENULIS



Afniwati, S.Kep., Ns., M.Kes lahir di Medan pada 10 Oktober 1966.

Menyelesaikan pendidikan profesi ners di Fakultas Keperawatan USU, dan S2 Ilmu Perilaku USU. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan.

BAB 10

Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Cemas

* Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep *

A. Pendahuluan

Gangguan cemas merupakan salah satu bentuk gangguan psikologis yang paling umum ditemukan dalam praktik keperawatan, baik di rumah sakit maupun di komunitas. Kondisi ini ditandai oleh perasaan takut yang berlebihan, tidak rasional, serta gejala fisiologis seperti jantung berdebar, napas cepat, dan berkeringat (Wulandari et al., 2023). Dalam konteks keperawatan, gangguan cemas bukan hanya menjadi beban psikologis bagi klien, tetapi juga memengaruhi keterlibatan pasien dalam proses pengobatan dan penyembuhan.

Prevalensi gangguan kecemasan secara global sangat tinggi. Menurut data WHO, sekitar 264 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan kecemasan. Di Indonesia sendiri, gangguan cemas menjadi salah satu masalah kejiwaan yang sering dijumpai pada pasien rawat inap maupun rawat jalan (Ruswadi, 2021).

B. Pemenuhan Kebutuhan Spiritual

1. Pengertian dan Klasifikasi Gangguan Cemas

Gangguan cemas merupakan bentuk gangguan kejiwaan yang ditandai dengan kecemasan berlebihan yang sulit dikendalikan dan menetap dalam waktu yang cukup lama, sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari, hubungan sosial, dan fungsi okupasional klien. Secara umum, kecemasan adalah suatu perasaan subjektif berupa kekhawatiran atau ketakutan akan kejadian yang belum atau tidak diketahui secara pasti. Berbeda dengan rasa takut yang memiliki objek nyata, kecemasan lebih bersifat imajinatif dan sering kali tidak memiliki dasar realitas yang kuat (Stuart, 2016).

Menurut American Psychiatric Association dalam Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisi ke-5 (DSM-5), gangguan cemas termasuk dalam kelompok gangguan mental yang ditandai oleh ketakutan atau kecemasan berlebihan serta gangguan perilaku yang menyertainya. DSM-5 mengelompokkan gangguan cemas ke dalam beberapa subtipa utama berdasarkan gejala dominan dan konteks terjadinya, antara lain:

a. Gangguan Kecemasan Umum (*Generalized Anxiety Disorder - GAD*)

Gangguan ini ditandai dengan kekhawatiran yang berlangsung terus-menerus dan berlebihan terhadap berbagai aspek kehidupan sehari-hari, seperti kesehatan, pekerjaan, hubungan, atau kondisi keuangan. Kecemasan berlangsung selama minimal enam bulan dan sulit dikendalikan. Gejala fisik yang sering muncul antara lain kelelahan, tegang otot, gangguan tidur, dan sulit konsentrasi (Wulandari et al., 2023).

b. Fobia Spesifik (*Specific Phobia*)

Fobia spesifik adalah ketakutan irasional dan intens terhadap objek atau situasi tertentu yang sebenarnya tidak berbahaya, seperti ketinggian, darah, hewan tertentu, atau ruang sempit. Paparan terhadap objek atau situasi tersebut hampir selalu memicu respon cemas yang ekstrem, dan klien biasanya akan menghindari pemicu tersebut secara konsisten (Stuart, 2016).

c. Gangguan Panik (*Panic Disorder*)

Gangguan panik dicirikan oleh serangan panik berulang yang muncul secara tiba-tiba, ditandai dengan gejala fisik seperti palpitasi (jantung berdebar), nyeri dada, sesak napas, mual, dan rasa seakan-akan akan mati atau kehilangan kontrol. Serangan ini biasanya berlangsung selama beberapa menit hingga

satu jam. Klien dengan gangguan panik sering mengalami kekhawatiran yang menetap akan terjadinya serangan panik berikutnya, yang dapat menyebabkan penghindaran terhadap situasi tertentu (Ruswadi, 2021).

- d. Gangguan Kecemasan Sosial (*Social Anxiety Disorder*)
Jenis gangguan ini melibatkan rasa takut berlebihan terhadap penilaian atau evaluasi negatif oleh orang lain dalam situasi sosial atau performatif, seperti berbicara di depan umum, makan di depan orang lain, atau interaksi dengan orang yang tidak dikenal. Akibatnya, klien akan mengalami kecemasan parah yang dapat menyebabkan isolasi sosial dan gangguan fungsi interpersonal yang signifikan (Agustina & Istiani, 2021).
- e. Gangguan Kecemasan karena Kondisi Medis Umum
Gangguan ini terjadi ketika gejala kecemasan merupakan akibat langsung dari kondisi medis tertentu, seperti hipertiroidisme, aritmia jantung, atau efek samping obat-obatan. Dalam kasus ini, penting bagi perawat dan tim medis untuk melakukan evaluasi medis menyeluruh guna memastikan bahwa kecemasan bukanlah gejala primer, melainkan akibat dari penyakit somatik lainnya (Azwardi & Mulyadi, 2022).

Selain itu, DSM-5 juga mencantumkan beberapa gangguan lain yang berkaitan dengan kecemasan, seperti separation anxiety disorder dan selective mutism, yang lebih sering terjadi pada anak-anak, namun juga dapat berlanjut hingga dewasa. Setiap klasifikasi gangguan cemas memiliki pendekatan terapeutik dan strategi keperawatan yang berbeda, bergantung pada penyebab, tingkat keparahan, dan respon klien terhadap stresor.

Secara klinis, penting bagi perawat untuk memahami perbedaan klasifikasi ini karena pendekatan intervensi keperawatan sangat ditentukan oleh jenis gangguan kecemasan yang dialami klien. Misalnya, klien dengan gangguan panik lebih membutuhkan intervensi manajemen krisis dan edukasi tentang pemicu serangan, sedangkan pada klien dengan fobia spesifik, teknik terapi desensitisasi sistematis bisa lebih relevan digunakan.

Pemahaman mendalam terhadap berbagai jenis gangguan cemas menjadi fondasi utama dalam menyusun intervensi yang tepat sasaran, efektif, dan empatik. Perawat harus mampu mengidentifikasi jenis kecemasan yang dialami klien serta memahami respon emosional dan perilaku yang khas pada setiap kategori gangguan cemas tersebut

2. Tanda dan Gejala Gangguan Cemas

Tanda dan gejala gangguan cemas merupakan manifestasi klinis dari respons stres yang berlebihan terhadap persepsi ancaman yang belum tentu nyata atau logis. Respons ini bersifat menyeluruh dan melibatkan sistem biologis, kognitif, dan perilaku klien. Gejala kecemasan sangat bervariasi antara individu satu dengan yang lain, tergantung dari keparahan, durasi gangguan, dan konteks pemicu kecemasan.

Secara umum, gejala gangguan cemas dapat diklasifikasikan ke dalam tiga kategori utama, yaitu gejala fisiologis, gejala kognitif, dan gejala perilaku. Ketiga komponen ini sering muncul secara bersamaan, dan pemahaman yang mendalam terhadap masing-masing kategori sangat penting untuk penatalaksanaan keperawatan yang efektif.

a. Gejala Fisiologis

Gejala fisiologis merupakan respons tubuh terhadap aktivasi sistem saraf simpatik akibat stres atau

ancaman. Gejala ini sering kali menjadi tanda pertama yang dirasakan klien dan bisa sangat mengganggu fungsi tubuh normal. Di antaranya meliputi:

- 1) Palpitasi atau jantung berdebar
- 2) Sesak napas atau napas terasa pendek
- 3) Tremor (gemetar pada tangan atau bagian tubuh lainnya)
- 4) Keringat dingin
- 5) Nyeri dada ringan
- 6) Gangguan tidur
- 7) Gangguan pencernaan seperti mual atau diare

Menurut Supriyanti dan Ambarwati (2020), gejala fisiologis ini menjadi sangat signifikan pada pasien-pasien dengan penyakit komorbid, seperti asma bronkial, di mana peningkatan kecemasan dapat memperburuk gejala asma secara langsung. Dalam kasus tersebut, pengelolaan kecemasan yang efektif bukan hanya berdampak pada kondisi psikologis pasien, tetapi juga sangat menentukan stabilitas penyakit fisik yang mendasarinya.

b. Gejala Kognitif

Gejala kognitif berkaitan dengan cara individu memproses informasi, menilai situasi, dan merespons lingkungan. Pada gangguan cemas, terdapat distorsi berpikir yang menyebabkan klien:

- 1) Mengalami pikiran negatif berulang (ruminasi)
- 2) Memiliki kekhawatiran berlebihan terhadap hal-hal kecil
- 3) Sering membayangkan kemungkinan terburuk (catastrophic thinking)
- 4) Mengalami gangguan konsentrasi dan kesulitan fokus
- 5) Rasa was-was konstan bahkan saat tidak ada ancaman yang jelas

Pikiran yang terdistorsi ini menyebabkan lingkaran setan psikologis di mana kecemasan yang tidak

ditangani menyebabkan penurunan fungsi kognitif, dan penurunan tersebut memperburuk kecemasan.

c. Gejala Perilaku

Gejala perilaku merupakan ekspresi nyata dari kecemasan yang dapat diamati secara langsung. Perilaku ini biasanya bertujuan untuk menghindari situasi yang dianggap mengancam, tetapi dalam jangka panjang justru memperkuat rasa cemas. Gejala ini meliputi:

- 1) Menarik diri secara sosial (menghindari interaksi atau aktivitas kelompok)
- 2) Gelisah berlebihan (seperti berjalan bolak-balik, menggigit kuku)
- 3) Mudah marah atau mengalami ledakan emosi
- 4) Ketergantungan pada orang lain atau benda tertentu untuk merasa aman
- 5) Hiperwaspada, yakni perilaku waspada berlebihan terhadap lingkungan sekitar

Menurut Stuart (2016), manifestasi perilaku ini bisa sangat membatasi fungsi sosial pasien dan menjadi hambatan dalam rehabilitasi psikososial. Oleh karena itu, pendekatan terapi yang menggabungkan teknik kognitif dan perilaku sangat dianjurkan dalam praktik keperawatan.

3. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan fondasi bagi keseluruhan tahapan asuhan keperawatan. Pada klien dengan gangguan cemas, pengkajian harus dilakukan secara menyeluruh, tidak hanya berfokus pada gejala yang tampak, tetapi juga melibatkan aspek psikologis, fisiologis, sosial, dan spiritual. Tujuan utama dari pengkajian adalah mengidentifikasi masalah utama, mengenali faktor pencetus kecemasan,

serta memahami respon klien terhadap stresor yang dialaminya.

a. Komponen Pengkajian Gangguan Cemas

Pengkajian gangguan cemas umumnya dibagi menjadi dua kelompok besar: data subjektif dan data objektif.

a. Data Subjektif

Data subjektif adalah informasi yang diperoleh berdasarkan pernyataan langsung dari klien mengenai perasaannya, pikiran, atau pengalaman yang bersifat internal. Pada kasus gangguan cemas, data subjektif yang sering ditemukan meliputi:

- 1) Perasaan takut tanpa sebab yang jelas
- 2) Keluhan “jantung berdebar” atau “napas terasa berat”
- 3) Keluhan sulit tidur dan mimpi buruk
- 4) Pikiran negatif yang berulang seperti: “Saya akan gagal”, “Saya tidak aman”
- 5) Kekhawatiran berlebihan terhadap situasi biasa (misalnya pekerjaan, kesehatan keluarga)
- 6) Keluhan fisik yang tidak dapat dijelaskan secara medis, seperti mual atau nyeri otot

Menurut Muke (2022), pasien sering kali tidak menyadari bahwa keluhan fisik yang mereka alami berasal dari kecemasan. Oleh karena itu, kemampuan perawat untuk menggali data subjektif dengan empati dan komunikasi terapeutik sangat krusial.

b. Data Objektif

Data objektif adalah data yang diperoleh melalui observasi langsung oleh perawat, pemeriksaan fisik, maupun pemeriksaan penunjang. Tanda-tanda objektif gangguan cemas yang dapat ditemukan, antara lain:

- 1) Tremor atau tangan gemetar
- 2) Perubahan pola pernapasan (napas cepat dan dangkal)
- 3) Takikardia (denyut jantung cepat)

- 4) Keringat berlebih meskipun tidak sedang beraktivitas fisik
- 5) Tegangnya ekspresi wajah, gugup, dan gelisah
- 6) Perubahan pola tidur dan makan
- 7) Gangguan fungsi sosial (klien enggan berbicara atau berinteraksi)

Penilaian juga dapat mencakup skala kecemasan seperti *Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)* atau *Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)* untuk mengukur tingkat keparahan kecemasan secara kuantitatif.

b. Pendekatan Model Teori Keperawatan: Health Care System Betty Neuman

Untuk melakukan pengkajian yang lebih terarah dan menyeluruh, perawat dapat menggunakan model teori keperawatan. Salah satu yang relevan untuk kasus gangguan cemas adalah Model Sistem Perawatan Kesehatan Betty Neuman.

Model ini menekankan bahwa manusia adalah sistem terbuka yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan eksternal dan internal. Neuman membagi stresor ke dalam tiga jenis:

- a. Stresor Intra-personal: misalnya pikiran negatif, harga diri rendah, trauma masa lalu.
- b. Stresor Inter-personal: konflik dalam hubungan sosial, ekspektasi dari keluarga atau pasangan.
- c. Stresor Ekstra-personal: kondisi ekonomi, pekerjaan, lingkungan sosial atau budaya.

Model ini juga mengenalkan konsep *lines of defense* (garis pertahanan) dan *lines of resistance* (garis perlawanan) yang membantu perawat dalam menganalisis sejauh mana klien mampu mempertahankan keseimbangannya terhadap stresor yang ada.

Dengan menggunakan model Neuman, perawat tidak hanya menilai gejala tetapi juga memahami konteks

yang menyertai kecemasan tersebut. Ini menjadikan pengkajian lebih komprehensif dan menjadi dasar kuat untuk menyusun intervensi keperawatan yang sesuai.

4. Diagnosa Keperawatan

Setelah data terkumpul dan dianalisis, perawat akan merumuskan diagnosa keperawatan yang relevan.

Beberapa diagnosa keperawatan yang umum muncul pada klien dengan gangguan cemas antara lain:

- a. Kecemasan berhubungan dengan ketidakpastian kondisi kesehatan.
- b. Ketidakmampuan mengatasi stres.
- c. Gangguan pola tidur.
- d. Risiko perilaku kekerasan (diri/orang lain) akibat gangguan emosi (Sugiyanto & Nurfitriyani, 2022).

5. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan harus berpusat pada klien dan bersifat kolaboratif, melibatkan klien dan keluarga dalam penetapan tujuan dan pemilihan intervensi. Tujuan asuhan keperawatan umumnya meliputi penurunan tingkat cemas klien, peningkatan mekanisme koping yang adaptif, peningkatan fungsi sosial dan pekerjaan, serta peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan.

Perencanaan harus bersifat individual dan berbasis pada tingkat kecemasan klien. Fokus utamanya mencakup:

- 1) Menurunkan tingkat kecemasan.
- 2) Meningkatkan koping positif.
- 3) Meningkatkan partisipasi klien dalam pengobatan.

Menurut Khairani et al. (2023), salah satu intervensi yang efektif adalah terapi relaksasi Benson dan teknik distraksi.

6. Implelementasi dan Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dapat diterapkan meliputi:

- a. Terapi relaksasi (*deep breathing*, *meditasi*, dan *Benson technique*)
- b. Psikoedukasi tentang mekanisme stres dan kecemasan

- c. Terapi kognitif-perilaku (CBT): Mengganti pikiran negatif dengan yang lebih realistis (Agustina & Istiani, 2021)
 - d. Teknik distraksi: Musik, aktivitas menggambar atau membaca
 - e. Pendekatan spiritual: Membaca doa atau zikir bagi pasien Muslim (Azwaldi & Muliyadi, 2022)
7. Evaluasi Keperawatan
- Evaluasi adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan, di mana perawat menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan. Ini dilakukan dengan membandingkan respons klien terhadap tujuan yang telah ditetapkan. Pertanyaan evaluatif meliputi: Apakah tingkat cemas klien menurun? Apakah klien menunjukkan peningkatan dalam penggunaan mekanisme koping yang adaptif? Apakah klien mampu berpartisipasi dalam aktivitas sosial dan pekerjaan secara lebih efektif? (Stuart, 2021). Evaluasi harus berkelanjutan dan dapat mengarah pada modifikasi rencana asuhan jika tujuan tidak tercapai atau jika muncul masalah baru. Umpan balik dari klien dan keluarga sangat berharga dalam proses evaluasi ini.
- Evaluasi dilakukan secara terus-menerus terhadap:
- a. Penurunan tingkat kecemasan klien.
 - b. Klien mampu mengidentifikasi dan mengontrol stresor.
 - c. Klien dapat menjalani aktivitas harian tanpa gangguan emosional yang berat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, M., & Istiani, H. G. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Kecemasan pada Orang Dewasa Menerapkan CBT*. Journal of Nursing and Education Practice.
- Anggraeni, E. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Klien yang Mengalami Cemas di Masa Pandemi COVID-19*. STIKES Majapahit.
- Arieta, D. P. (2024). *Asuhan Keperawatan Menggunakan Thought Stopping Therapy*. Scholar Unand.
- Azwaldi, A., & Mulyadi, M. (2022). *Implementasi Keperawatan Pasien Kanker dengan Masalah Kecemasan*. Jurnal Poltekkes Palembang.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020 (11th ed.)*. Thieme.
- Khairani, A. I., et al. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dispepsia dengan Pemberian Terapi Relaksasi Benson*. Jurnal Sentri.
- Muke, W. (2022). *Model Health Care Sistem Betty Neuman pada Asuhan Keperawatan Gangguan Cemas*. Poltekkes Kupang.
- Ruswadi, I. (2021). *Keperawatan Jiwa: Panduan Praktis untuk Mahasiswa Keperawatan*. Google Books.
- Supriyanti, E., & Ambarwati, P. (2020). *Relaksasi Otot Progresif Untuk Menurunkan Kecemasan Pada Pasien Asma Bronchial*. Jurnal D3 Perawatan UWH Surabaya.
- Wulandari, I. A. P., Rahayuni, I. G. A. R., & Putra, I. P. G. Y. S. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Google Books.
- Sugiyanto, E. P., & Nurfitriyani, E. (2022). *Penerapan Relaksasi Otot Progresif untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan pada Remaja*. Jurnal D3 Perawatan UWH.
- Stuart, G. W. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed.)*. Elsevier Health Sciences.

BIODATA PENULISs



Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
lahir di Tapanuli Selatan, pada
25 Juli 1974. Saat ini penulis
sebagai Dosen dan Ketua
Prodi Sarjana Terapan
Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Riau.

BAB 11 | **Perilaku Kekerasan dalam Rumah Tangga pada Keluarga**

Asmawati G.. SKM.. M.Kes

A. Pendahuluan

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan isu sosial yang sangat serius dan menyentuh berbagai aspek kehidupan keluarga. Masalah ini tidak terbatas pada tindakan fisik semata, tetapi juga mencakup kekerasan secara emosional, seksual, ekonomi, hingga pengabaian terhadap anggota keluarga. Dalam banyak kasus, KDRT kerap tersembunyi karena dianggap sebagai urusan pribadi yang tidak boleh dicampuri oleh orang lain, terutama dalam masyarakat yang masih menjunjung tinggi sistem patriarki (World Health Organization [WHO], 2021).

Di Indonesia, definisi KDRT secara hukum tercantum dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga. Undang-undang ini menyatakan bahwa kekerasan dalam rumah tangga adalah setiap tindakan yang menimbulkan penderitaan, baik secara fisik, seksual, psikologis, maupun penelantaran, termasuk ancaman dan pemaksaan, yang terjadi dalam lingkup keluarga (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, 2004). Ini menegaskan bahwa KDRT bukan hanya persoalan keluarga semata, tetapi juga merupakan pelanggaran hukum.

Dampak dari kekerasan dalam rumah tangga sangat luas, terutama bagi korban dan anak-anak yang tinggal di lingkungan tersebut. Anak-anak yang menyaksikan atau mengalami kekerasan di rumah memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan emosional, kecemasan, perilaku menyimpang, dan

trauma jangka panjang. Mereka bahkan berpotensi mengulangi pola kekerasan yang sama ketika dewasa (Evans, Davies, & DiLillo, 2008). Karena itu, penanganan KDRT tidak bisa dilakukan secara parsial, melainkan harus melibatkan kerja sama berbagai pihak: keluarga, tenaga kesehatan, aparat hukum, dan komunitas sosial.

Secara global, WHO mencatat bahwa sekitar sepertiga perempuan di dunia pernah mengalami kekerasan fisik atau seksual dari pasangannya. Angka ini menunjukkan bahwa KDRT adalah masalah yang sangat umum dan tidak mengenal batas wilayah atau status sosial (WHO, 2021). Di Indonesia sendiri, laporan tahunan dari Komnas Perempuan menunjukkan peningkatan jumlah kasus kekerasan setiap tahun. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun sudah ada payung hukum, pelaksanaan perlindungan terhadap korban belum maksimal (Komnas Perempuan, 2023).

Dengan memahami secara mendalam bentuk, penyebab, dan dampak dari KDRT, kita dapat bersama-sama merancang langkah-langkah pencegahan dan penanganan yang lebih efektif. Bab ini akan membahas tentang; Konsep dasar perilaku Kesehatan, Pengertian KDRT, Lingkup dan Peran keluarga, Faktor Penyebab KDRT, Dampak KDRT, Strategi penanganan dan pencegahan KDRT, Kesimpulan dan Rekomendasi dalam rangka pemulihan bagi korban KDRT.

B. Perilaku kekerasan dalam Rumah Tangga pada keluarga

1. Konsep dasar perilaku kekerasan
 - a. Pengertian perilaku kekerasan dalam perspektif psikologi dan sosiologi.
 - 1) Dalam perspektif psikologi, perilaku kekerasan dipandang sebagai hasil dari dorongan internal dan respons emosional yang tidak terkendali, seperti kemarahan, frustrasi, atau gangguan kepribadian. Kekerasan bisa muncul akibat pengalaman traumatis, pola asuh yang keras, atau kurangnya kemampuan individu dalam mengelola stres dan konflik secara sehat. Psikologi melihat

kekerasan sebagai gejala dari ketidakseimbangan emosional atau mental dalam diri pelaku (Baron & Richardson, 1994).

- 2) Sementara itu, dalam perspektif **sosiologi**, kekerasan dilihat sebagai produk dari struktur sosial dan norma budaya yang mendukung dominasi dan ketimpangan kekuasaan. Kekerasan bisa dianggap sebagai alat untuk mempertahankan kontrol dalam hubungan sosial, termasuk dalam keluarga. Faktor-faktor seperti kemiskinan, patriarki, tekanan sosial, dan ketimpangan gender sering kali menjadi pemicu kekerasan menurut pendekatan sosiologis (Giddens, 2006).
- b. Ciri-ciri perilaku kekerasan
 - 1) Sikap Dominatif dan Kontrol Berlebihan
Pelaku kekerasan cenderung menunjukkan sikap ingin menguasai atau mengontrol pasangan atau anggota keluarga lain. Ia kerap memutuskan segala hal sendiri, membatasi kebebasan, dan tidak menghargai otonomi orang lain (Walker, 1979).
 - 2) Ledakan Emosi yang Tidak Terkendali
Orang dengan kecenderungan kekerasan sering kali mengalami kesulitan dalam mengelola emosi, terutama saat marah. Ia mudah tersulut oleh hal kecil dan merespons dengan ancaman, bentakan, atau kekerasan fisik (Baron & Richardson, 1994).
 - 3) Penggunaan Ancaman atau Intimidasi
Ancaman dapat berupa verbal ("kalau kamu begini, saya akan...") maupun simbolik (menunjukkan senjata, merusak barang). Tujuannya adalah menciptakan ketakutan agar korban patuh (Feldman, 2001).
 - 4) Merendahkan atau Menghina Korban
Perilaku kekerasan juga ditandai dengan hinaan, makian, cemoohan, atau sikap meremehkan secara berulang. Ini termasuk kekerasan verbal dan

psikologis yang bisa mengikis harga diri korban (Walker, 1979).

- 5) Menyalahkan Korban atas Kekerasan yang Terjadi
Pelaku cenderung tidak mau bertanggung jawab dan justru menyalahkan korban atas tindakannya. Misalnya, mengatakan bahwa kekerasan terjadi karena “korban tidak patuh” atau “memancing emosi” (Bandura, 1973).
 - 6) Isolasi Sosial terhadap Korban
Pelaku berusaha menjauhkan korban dari keluarga, teman, atau lingkungan sosialnya agar korban menjadi tergantung sepenuhnya secara emosional atau finansial (Walby, 2004).
 - 7) Siklus Kekerasan yang Berulang
Ciri khas lain adalah adanya pola yang berulang: ketegangan meningkat → kekerasan terjadi → penyesalan → janji berubah → kembali ke kekerasan. Ini dikenal sebagai *cycle of violence* (Walker, 1979)
- c. Faktor yang memicu seseorang berperilaku kasar (psikologis, biologis, lingkungan)
- 1) Faktor Psikologis
Dari perspektif psikologis, kekerasan dapat dipicu oleh kondisi mental dan emosional seseorang. Individu yang mengalami gangguan kontrol emosi, stres berat, depresi, atau memiliki riwayat trauma masa kecil, lebih rentan menunjukkan perilaku agresif. Ketidakmampuan dalam mengelola kemarahan dan frustrasi menjadi pemicu utama tindakan kekerasan, baik verbal maupun fisik (Baron & Richardson, 1994).
Selain itu, kepribadian antisosial, rendahnya empati, dan pengalaman kekerasan masa lalu juga berkontribusi terhadap kecenderungan seseorang untuk menggunakan kekerasan sebagai cara menyelesaikan konflik. Beberapa individu

menggunakan kekerasan untuk mempertahankan dominasi atau menutupi rasa tidak aman yang mendalam (Feldman, 2001).

2) Faktor Biologis

Dari sisi biologis, penelitian menunjukkan bahwa unsur neurofisiologis dapat berperan dalam munculnya perilaku kekerasan. Ketidakseimbangan hormon seperti testosteron yang tinggi atau rendahnya serotonin dalam otak dikaitkan dengan peningkatan agresivitas (Geen, 2001). Selain itu, kerusakan pada bagian otak tertentu seperti amigdala dan korteks prefrontal — yang berperan dalam pengaturan emosi dan pengambilan keputusan — juga dapat menghambat kemampuan seseorang untuk mengendalikan dorongan kekerasan (Davidson, Putnam, & Larson, 2000).

Kondisi medis atau kelainan neurologis seperti trauma otak, epilepsi temporal, atau gangguan bipolar juga dapat meningkatkan risiko perilaku agresif pada individu tertentu.

3) Faktor Lingkungan

Lingkungan sosial dan budaya memiliki pengaruh besar dalam membentuk perilaku kekerasan. Individu yang tumbuh di lingkungan yang penuh konflik, kekerasan domestik, atau kurang kasih sayang cenderung meniru pola interaksi tersebut. Menurut teori pembelajaran sosial Bandura (1973), anak-anak yang menyaksikan kekerasan di rumah berisiko tinggi menjadi pelaku atau korban kekerasan di masa depan karena mereka belajar dari apa yang mereka lihat dan alami. Selain itu, norma budaya yang patriarkal, tekanan ekonomi, pengangguran, kemiskinan, dan kecanduan zat adiktif (alkohol, narkoba) turut berkontribusi

dalam memicu perilaku kekerasan. Dalam masyarakat yang menormalisasi kekerasan sebagai cara menyelesaikan konflik, individu lebih mudah menggunakan kekerasan tanpa rasa bersalah (Gelles & Straus, 1988).

- d. Pola perilaku kekerasan: siklus kekerasan dalam hubungan.

Kekerasan dalam rumah tangga tidak terjadi secara acak atau satu kali saja, melainkan sering kali mengikuti pola berulang yang dikenal sebagai siklus kekerasan (*cycle of violence*). Pola ini pertama kali dikembangkan oleh psikolog Lenore E. Walker berdasarkan hasil wawancaranya dengan ratusan perempuan korban kekerasan domestik. Ia menemukan bahwa kekerasan dalam hubungan cenderung mengikuti tiga fase utama yang membentuk siklus berulang: fase ketegangan meningkat, fase ledakan kekerasan, dan fase bulan madu atau rekonsiliasi (Walker, 1979).

- 1) Fase Ketegangan Meningkat (Tension Building Phase)

Fase ini ditandai dengan meningkatnya stres dan ketegangan dalam hubungan. Pelaku mulai menunjukkan tanda-tanda iritabilitas, mudah tersinggung, mengontrol perilaku pasangan, atau menyalahkan pasangan atas hal-hal kecil. Korban biasanya akan berusaha menenangkan pelaku atau menghindari konflik demi meredakan situasi. Namun, dalam fase ini, rasa takut mulai tumbuh dalam diri korban karena ketegangan yang terus meningkat namun belum memuncak menjadi kekerasan fisik (Walker, 1979).

- 2) Fase Ledakan Kekerasan (Acute Battering Incident)

Pada fase kedua ini, ketegangan yang menumpuk akhirnya meledak dalam bentuk kekerasan fisik,

verbal, seksual, atau psikologis. Serangan bisa berlangsung beberapa menit hingga berjam-jam. Ini merupakan fase paling berbahaya dalam siklus karena bisa menyebabkan luka fisik serius atau bahkan kematian. Pada saat ini, korban berada dalam posisi sangat rentan dan sering merasa tidak berdaya untuk melawan atau melarikan diri (Walker, 1979).

3) Fase Bulan Madu atau Rekonsiliasi (Honeymoon Phase)

Setelah kekerasan terjadi, pelaku biasanya menunjukkan penyesalan yang mendalam. Ia mungkin meminta maaf, menangis, bersikap romantis, atau berjanji akan berubah. Dalam fase ini, korban sering kali memaafkan dan berharap pelaku akan benar-benar berubah, terutama jika disertai dengan janji tidak mengulangi perbuatan tersebut. Namun, kenyataannya, tanpa intervensi nyata, siklus ini akan kembali terulang (Walker, 1984). Penyesalan dan harapan ini membuat korban terjebak dalam lingkaran kekerasan yang sulit diputus.

Catatan; Penting untuk diperhatikan jika siklus ini datangnya secara berulang.

Siklus kekerasan ini dapat terjadi berulang kali selama bertahun-tahun, dan pada setiap siklus baru, fase kekerasan bisa menjadi semakin parah. Fase “bulan madu” cenderung semakin singkat atau bahkan hilang sama sekali, digantikan oleh kekerasan yang terus menerus. Siklus ini menyebabkan korban mengalami trauma psikologis, ketergantungan emosional, dan merasa tidak mampu keluar dari hubungan yang merusak (Walker, 1984).

Model ini penting dipahami karena menjelaskan mengapa banyak korban kekerasan dalam rumah tangga tetap bertahan dalam hubungan tersebut. Mereka seringkali tidak hanya mengalami ketakutan, tetapi juga harapan yang tidak realistis bahwa pelaku akan berubah. Pemahaman tentang siklus ini dapat membantu profesional kesehatan, sosial, maupun hukum dalam merancang intervensi yang lebih tepat untuk memutus rantai kekerasan.

2. Pengertian Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)
 - a. Definisi KDRT menurut hukum Indonesia (UU No. 23 Tahun 2004)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga menjelaskan bahwa kekerasan dalam rumah tangga mencakup segala bentuk tindakan yang menyebabkan penderitaan atau kesengsaraan, baik secara fisik, seksual, psikologis, maupun akibat penelantaran dalam lingkungan rumah tangga. Tindakan ini dapat berupa perlakuan langsung, ancaman, paksaan, maupun pembatasan kebebasan yang dilakukan secara melawan hukum oleh seseorang terhadap anggota keluarganya sendiri.
 - b. Perbedaan antara konflik rumah tangga biasa dan KDRT
 - 1) Konflik Rumah Tangga

Dalam kehidupan berkeluarga, konflik adalah hal yang wajar terjadi karena adanya perbedaan pendapat, kebutuhan, dan harapan antara anggota keluarga. Konflik rumah tangga biasa umumnya bersifat timbal balik dan dapat diselesaikan melalui komunikasi dua arah, saling kompromi, serta tidak menimbulkan ancaman fisik atau emosional yang mendalam. Konflik seperti ini merupakan bagian

dari dinamika hubungan yang sehat jika direspons dengan cara yang konstruktif (Johnson & Ferraro, 2000).

2) Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT)

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) terjadi ketika ada pola dominasi dan kontrol yang dilakukan secara sengaja oleh satu pihak terhadap pihak lain dalam rumah tangga. KDRT bukan sekadar pertengkaran, melainkan bentuk penindasan yang berulang, seringkali disertai ancaman, pemaksaan, bahkan tindakan fisik, seksual, dan psikologis yang merugikan korban. Dalam KDRT, hubungan kekuasaan sangat timpang dan korban tidak memiliki posisi yang setara untuk membela diri atau menyuarakan kehendaknya (Walby, 2004).

c. Bentuk-bentuk KDRT

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga, terdapat empat bentuk utama KDRT, yaitu kekerasan fisik, psikis, seksual, dan penelantaran rumah tangga. Berikut penjelasannya:

1) Kekerasan Fisik

Kekerasan fisik adalah tindakan menyakiti tubuh orang lain, seperti memukul, menendang, menampar, mencekik, membakar, atau melukai dengan benda tajam. Tindakan ini biasanya menimbulkan luka, memar, cacat, atau bahkan kematian.

2) Kekerasan Psikis (Psikologis)

Kekerasan psikis meliputi perbuatan yang menimbulkan rasa takut, tekanan mental, penghinaan, atau merendahkan martabat korban. Contohnya termasuk membentak, mencaci maki,

mempermalukan, mengancam, atau mengisolasi korban dari lingkungan sosial.

3) Kekerasan Seksual

Kekerasan seksual adalah pemaksaan hubungan seksual tanpa persetujuan korban, termasuk pemerkosaan dalam perkawinan (*marital rape*), pemaksaan praktik seksual yang menyimpang, atau eksploitasi seksual lainnya. Dalam banyak kasus, korban tidak berani melapor karena merasa takut atau malu.

4) Penelantaran Rumah Tangga

Penelantaran dalam rumah tangga terjadi ketika seseorang yang memiliki kewajiban tidak memenuhi kebutuhan dasar anggota keluarganya, meskipun sebenarnya memiliki kemampuan untuk melakukannya. Bentuk penelantaran ini bisa berupa tidak memberi makanan yang cukup, tidak mengobati anggota keluarga yang sakit, membiarkan anak tanpa akses pendidikan, atau tidak menyediakan tempat tinggal yang layak. Penelantaran termasuk salah satu bentuk kekerasan dalam rumah tangga sebagaimana diatur dalam Pasal 9 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan KDRT.

3. Lingkup dan Peran Keluarga

a. Pengertian keluarga dan fungsinya dalam Masyarakat

1) Pengertian keluarga

Keluarga adalah unit sosial dasar yang terdiri dari individu yang terhubung melalui hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, dan biasanya tinggal dalam satu rumah tangga. Keluarga menjadi tempat pertama seseorang berinteraksi dan belajar nilai-nilai dasar kehidupan, seperti kasih sayang, kepercayaan, dan norma sosial. Dalam kehidupan sehari-hari, keluarga berperan sebagai lingkungan

awal yang membentuk kepribadian dan perilaku anggotanya (Saptandari, 2009).

Keluarga juga dapat dipahami sebagai institusi sosial yang terbentuk secara alami dalam proses kehidupan manusia. Ia memiliki peranan vital dalam menjaga kelangsungan hidup masyarakat melalui pengasuhan, pendidikan, dan perlindungan anggotanya. Keluarga bukan hanya struktur biologis, tetapi juga tempat terjadinya pembentukan identitas sosial individu dalam masyarakat (Koentjaraningrat, 2002).

2) Fungsi keluarga dalam Masyarakat

Secara umum, keluarga memiliki beberapa fungsi pokok dalam kehidupan sosial. Fungsi pertama adalah fungsi biologis, yaitu melanjutkan keturunan dan menjaga kesehatan anggota keluarga. Fungsi kedua adalah fungsi edukatif, di mana keluarga menjadi lembaga pendidikan pertama yang menanamkan nilai moral, etika, dan kebiasaan baik kepada anak (Soekanto, 2010).

Fungsi ketiga adalah fungsi ekonomi, yaitu keluarga berperan dalam pemenuhan kebutuhan dasar anggotanya seperti sandang, pangan, dan papan. Di samping itu, keluarga juga menjalankan fungsi perlindungan, yakni memberikan rasa aman, perhatian, dan dukungan emosional, terutama ketika ada anggota keluarga yang mengalami masalah atau tekanan hidup (Hurlock, 1999)

Terakhir, keluarga juga menjalankan fungsi sosialisasi, yaitu mengenalkan anggota keluarga terhadap nilai, norma, dan aturan yang berlaku di masyarakat luas. Dengan kata lain, keluarga membekali anak untuk menjadi bagian dari komunitas sosial yang lebih besar dan bertanggung

jawab terhadap lingkungannya (Parsons & Bales, 1955).

- b. Peran keluarga sebagai lingkungan perlindungan atau sumber kekerasan

Keluarga idealnya menjadi tempat pertama dan utama yang memberikan perlindungan fisik, emosional, dan sosial bagi setiap anggotanya. Dalam lingkungan keluarga yang sehat, individu memperoleh rasa aman, kasih sayang, dukungan moral, serta penguatan nilai-nilai positif. Perlindungan ini sangat penting dalam membentuk kepribadian yang stabil dan kemampuan bersosialisasi di masyarakat. Keluarga yang menjalankan fungsi perlindungannya dengan baik akan membantu mencegah munculnya perilaku menyimpang dan melindungi anggota yang rentan seperti anak dan perempuan dari berbagai bentuk kekerasan dan eksploitasi (Ministry of Women's Empowerment and Child Protection RI, 2016).

Namun dalam kenyataannya, keluarga juga dapat menjadi sumber kekerasan, terutama jika relasi antar anggota keluarga didominasi oleh ketimpangan kekuasaan, pola komunikasi yang buruk, atau pengaruh budaya patriarki yang kuat. Dalam konteks seperti ini, rumah yang seharusnya menjadi tempat perlindungan justru menjadi ruang tersembunyi bagi kekerasan fisik, psikis, seksual, dan ekonomi. Anak-anak yang tumbuh dalam keluarga yang penuh konflik dan kekerasan berisiko tinggi mengalami trauma dan meniru perilaku kekerasan tersebut di masa dewasa. Kekerasan dalam rumah tangga sering kali tidak terlihat karena terjadi di ruang privat, namun dampaknya bisa sangat luas dan merusak (UNICEF, 2019).

- c. Keluarga sebagai tempat pertama pembentukan perilaku sosial

Keluarga berperan sebagai lingkungan pertama di mana anak belajar mengenali dirinya dan berinteraksi dengan orang lain. Dalam keluarga, anak mulai memahami nilai-nilai sosial seperti empati, kerja sama, tanggung jawab, dan penghargaan terhadap norma. Proses ini disebut dengan **sosialisasi primer**, yaitu tahap awal pembentukan kepribadian dan perilaku sosial individu sebelum ia mengenal dunia luar. Hubungan yang hangat, konsisten, dan suportif dalam keluarga sangat menentukan bagaimana anak akan bersikap di masyarakat kelak (Hurlock, 2002).

- d. Ketimpangan relasi kuasa dalam keluarga (gender, ekonomi, budaya)

Ketimpangan relasi kuasa dalam keluarga terjadi ketika satu pihak biasanya laki-laki sebagai kepala keluarga memiliki kontrol yang dominan atas keputusan rumah tangga, sementara pihak lainnya, terutama perempuan, berada dalam posisi yang tidak setara. Ketimpangan ini sering diperkuat oleh norma budaya patriarki yang menempatkan laki-laki sebagai pemimpin dan pencari nafkah utama, sementara perempuan diharapkan tunduk dan hanya berperan di ranah domestik. Dalam kondisi seperti ini, keputusan ekonomi dan sosial lebih banyak ditentukan oleh pihak yang memiliki kuasa, sehingga berpotensi menimbulkan kekerasan, penindasan, atau pengabaian terhadap hak anggota keluarga lain (Walby, 1990).

- 4. Faktor Penyebab Kekerasan dalam Rumah Tangga
 - a. Faktor individu (kepribadian, stres, trauma masa lalu, kecanduan)
 - b. Faktor sosial budaya (patriarki, norma, adat)
 - c. Faktor ekonomi (kemiskinan, pengangguran, ketergantungan finansial)

- d. Faktor pendidikan dan komunikasi dalam rumah tangga
- e. Faktor eksternal (tekanan lingkungan, media)
- 5. Dampak Kekerasan dalam Rumah Tangga
 - a. Bagi Korban

Anak yang menyaksikan atau menjadi korban langsung KDRT sangat rentan mengalami gangguan emosi, gangguan perilaku, dan kesulitan belajar. Anak-anak tersebut bisa tumbuh dengan ketakutan, rasa tidak aman, dan risiko meniru kekerasan sebagai pola interaksi saat dewasa. Dalam banyak kasus, KDRT juga merusak ikatan emosional antara anak dan orang tuanya (UNICEF, 2017).
 - b. Bagi Anak

Pelaku KDRT yang tidak mendapatkan intervensi atau rehabilitasi cenderung mengulang perilaku kekerasannya. Selain itu, mereka dapat menghadapi konsekuensi hukum, kehilangan hubungan sosial dan pekerjaan, serta isolasi dari lingkungan. Dalam jangka panjang, pelaku juga bisa mengalami gangguan psikologis seperti kemarahan kronis dan ketidakmampuan mengelola emosi secara sehat (Gelles & Straus, 1988).
 - c. Bagi Pelaku

Pelaku KDRT yang tidak mendapatkan intervensi atau rehabilitasi cenderung mengulang perilaku kekerasannya. Selain itu, mereka dapat menghadapi konsekuensi hukum, kehilangan hubungan sosial dan pekerjaan, serta isolasi dari lingkungan. Dalam jangka panjang, pelaku juga bisa mengalami gangguan psikologis seperti kemarahan kronis dan ketidakmampuan mengelola emosi secara sehat (Gelles & Straus, 1988).

- d. Bagi Keluarga dan Masyarakat
KDRT tidak hanya menghancurkan dinamika keluarga, tetapi juga melemahkan struktur sosial masyarakat. Lingkungan yang dipenuhi kekerasan domestik cenderung menghasilkan generasi yang mengalami luka batin dan tidak mampu membentuk hubungan sosial yang sehat. Selain itu, beban sosial dan ekonomi juga meningkat akibat biaya medis, hukum, dan dampak produktivitas yang menurun di masyarakat (WHO, 2021).
- 6. Strategi Penanganan dan Pencegahan KDRT
 - a. Pendekatan Individu; Konseling dan rehabilitasi psikologis bagi korban, Rehabilitasi bagi pelaku kekerasan, Pemberdayaan korban secara ekonomi dan sosial.
 - b. Pendekatan Keluarga; Edukasi komunikasi sehat dalam keluarga, Keterlibatan pasangan dalam pengambilan Keputusan, Pembentukan keluarga yang adil dan setara
 - c. Pendekatan Sosial dan Komunitas; Kampanye publik dan edukasi Masyarakat, Pelatihan kader/relawan perlindungan perempuan dan anak, Peran lembaga sosial dan agama.
 - d. Pendekatan Hukum dan Kebijakan; Perlindungan hukum bagi korban (UU PKDRT, UU TPKS), Akses ke layanan aduan dan pendampingan hukum, Penegakan hukum terhadap pelaku, Pembentukan rumah aman (shelter) dan layanan krisis
- 7. Kesimpulan dan Rekomendasi
 - a. Pentingnya kesadaran, pendidikan, dan hukum dalam mencegah KDRT
 - b. Rekomendasi untuk tenaga kesehatan, pendidik, dan pembuat kebijakan
 - c. Arah masa depan: membangun keluarga sehat dan bebas kekerasan

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, R. M., & Fitria, N. (2017). *Hukum Perlindungan Perempuan dan Anak dari Kekerasan dalam Rumah Tangga*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baron, R. A., & Richardson, D. R. (1994). *Human aggression* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- BBC News. (2022, June 1). *Johnny Depp wins US defamation case against ex-wife Amber Heard*. Retrieved from <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-61668780>
- CNN Indonesia. (2022, September 29). *Kronologi dugaan KDRT Lesti Kejora oleh Rizky Billar hingga ke ranah hukum*. Retrieved from <https://www.cnnindonesia.com>
- Evans, S. E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.005>
- Feldman, R. S. (2001). *Understanding psychology* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5th ed.). Pearson.
- Gelles, R. J., & Straus, M. A. (1988). *Intimate violence*. New York: Simon & Schuster.
- Giddens, A. (2006). *Sociology* (5th ed.). Cambridge: Polity Press.
- Hurlock, E. B. (1999). *Psikologi perkembangan: Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan* (Edisi 5). Jakarta: Erlangga.
- Johnson, M. P., & Ferraro, K. J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 948-963. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00948.x>
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. (2004). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga*.

- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. (2016). *Pedoman Penanganan Kekerasan Dalam Rumah Tangga*. Jakarta: KemenPPPA.
- Koentjaraningrat. (2002). *Pengantar ilmu antropologi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan. (2020). *Catatan Tahunan Komnas Perempuan*. Jakarta: Komnas Perempuan.
- Komnas Perempuan. (2023). *Catatan Tahunan Kekerasan terhadap Perempuan*. Jakarta: Komnas Perempuan.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2004). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga*. Jakarta: Sekretariat Negara. Retrieved from <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/40582/uu-no-23-tahun-2004>
- Saptandari, P. (2009). *Kekerasan dalam rumah tangga: Telaah sosial dan budaya*. Malang: Universitas Negeri Malang Press.
- Soekanto, S. (2010). *Sosiologi: Suatu pengantar*. Jakarta: RajaGrafindo Persada
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2017). *The impact of domestic violence on children: A literature review*. New York: UNICEF.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2019). *A family is a place to feel safe: Ending violence at home*. New York: UNICEF.
- UN Women. (2019). *The psychological impact of domestic violence*. New York: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women.
- UN Women. (2019). *Understanding domestic violence: Definitions and dynamics*. New York: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women.
- Walby, S. (2004). *The cost of domestic violence*. Women and Equality Unit, Department of Trade and Industry, UK Government.
- Walby, S. (1990). *Theorizing patriarchy*. Oxford: Basil Blackwell.
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.

- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer Publishing Company.
- World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. Geneva: WHO

BIODATA PENULIS



Asmawati G., SKM., M.Kes lahir di Mehalaan, pada 29 November 1963. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku UNHAS dan S2 di Pascasarjana UNHAS. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Makassar.

BAB 12

Terapi Modalitas Dalam Keperawatan Jiwa

Ns.Pingkan Christy Timbuleng.S.Kep.M.Kep

A. Pendahuluan

Kesehatan jiwa merupakan kondisi mental seperti hidup harmonis dan produktif dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia, kemampuan menghadapi stresor kehidupan dengan wajar, mampu bekerja dengan produktif dan mencukupi kebutuhan hidupnya sendiri, serta bertindak di dalam lingkungan sosial, (Yosep,2016). World Health Organization (WHO) tahun 2016 menyatakan 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa 10% orang dewasa, (Kementerian Kesehatan; 2018); Menurut Charlson et. al, 2019 angka ini akan berkembang mencapai 25% dari total penduduk dunia.

Gangguan mental menurut WHO (2022) merupakan dalam kognisi, peraturan emosi, atau tingkah laku individu, dan termasuk penurunan bidang fungsi yang penting. Penyebab masalah gangguan jiwa yang pasti belum diketahui namun ada beberapa factor penting yang mempengaruhi timbulnya gangguan jiwa yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi dan presifitasi ini meliputi faktor biologi meliputi genetik, penyakit fisik, faktor psikologis seperti kepribadian, pengalaman masa lalu yang menyakitkan, faktor sosial budaya yaitu pendidikan, pekerjaan, status ekonomi dan lain-lain.

Gejala yang muncul pada klien yang mangalami schizophrenia berupa delusi yang terus-menerus, halusinasi,

pemikiran tidak teratur, perilaku sangat tidak terorganisir, atau agitasi ekstrem. Sehingga dengan adanya gejala tersebut dapat menimbulkan menarik diri dari masyarakat, penurunan kinerja penarikan diri dari masyarakat, penurunan kinerja social, penurunan kualitas kerja karena hilangnya minat dan tujuan (WHO, 2022).Salah satu yang dapat dilakukan untuk mengatasinya yaitu dengan melakukan terapi modalitas.

B. Terapi Modalitas

1. Pengertian

Terapi modalitas adalah terapi yang dilakukan pada klien gangguan jiwa dengan melakukan berbagai pendekatan penanganan.Terapi ini juga didefinisikan sebagai suatu pendekatan penanganan klien dengan berbagai gangguan yang bertujuan untuk mengubah perilaku klien gangguan jiwa dengan perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif.

Perawat memiliki peran penting dalam merancang program keperawatan secara kompresif.Pilihan pengobatan yang paling tepat pada setiap klien bersifat individual dan merupakan gambaran dari rencana pengobatan.Koordinasi dalam melakukan perawatan merupakan tanggung jawab utama perawat yang bersama-sama klien dalam membina hubungan teraupetik sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan.

2. Jenis-Jenis Terapi Modalitas

a. Terapi Individual

Terapi individual dikenal juga sebagai psikoterapi atau konseling adalah proses kolaborasi antara pemberi terapi dengan klien yang bertujuan untuk memfasilitasi perubahan juga meningkatkan kualitas hidup.Terapi individual dapat membantu seseorang dalam menghadapi hambatan yang mengganggu kesehatan emosional dan mental juga dapat meningkatkan perasaan positif.

Ada berbagai jenis terapi dan pendekatan psikologis untuk memahami dan membantu terapis dapat menggunakan pendekatan pengobatan tunggal atau menggabungkan beberapa.

1) Terapi Perilaku

a) Terapi perilaku kognitif

Kognitif adalah kemampuan berpikir dan memberikan rasional, termasuk mengingat, menilai, persepsi dan memperhatikan. Kognitif terdiri dari tahapan pengetahuan, pemahaman, penerapan, analisis, sintesis, dan penilaian. Terapi kognitif merupakan salah satu bentuk konseling yang bertujuan membantu klien agar lebih sehat, memperoleh pengalaman yang memuaskan dan dapat memenuhi gaya hidup dengan cara modifikasi pola pikir dan perilaku tertentu. Tujuan terapi kognitif meningkatkan aktivitas yang diharapkan (*increasing activity*), menurunkan perilaku yang tidak dikehendaki (*reducing unwanted behavior*), meningkatkan rekreasi (*increasing pleasure*), meningkatkan dan memberi kesempatan dalam kemampuan sosial (*enchancing social skill*).

Terapi perilaku kognitif (*cognitive behavioral therapy/CBT*) adalah bentuk perawatan jangka pendek dan terfokus pada masalah yang membantu orang melihat hubungan antara keyakinan, pikiran, dan perasaan dan perilaku serta tindakan selanjutnya. Terapi ini memperlakukan individu sebagai agen yang berpikir aktif dan berinteraksi dengan dunianya.

Terapi perilaku kognitif didasarkan pada keyakinan bahwa persepsi seseorang tentang

kejadian itu sendiri menentukan bagaimana perasaan dan tindakannya. Gerak tubuh seseorang saat berbicara dengan terapis perilaku kognitif percaya bahwa menyesuaikan pikiran kita, kita dapat langsung mempengaruhi emosi dan perilaku. Proses penyesuaian ini disebut restrukturisasi kognitif. Aaron T. Beck, psikiater yang dianggap secara luas sebagai bapak terapi kognitif, percaya bahwa pola pikir seseorang dapat terbentuk pada masa kanak-kanak dan kesalahan kognitif tertentu dapat menyebabkan asumsi depresi atau disfungsi.

Terapi perilaku kognitif menggabungkan banyak alat teraupetik yang berbeda untuk membantu orang dalam terapi mengevaluasi pola emosional. Terapis perilaku kognitif dapat menggunakan teknik umum seperti jurnal, relaksasi, dan latihan social, fisik, dan pemikiran untuk membuat seseorang menyadari pola emosional dan tingkah laku. Pemberian terapi perilaku kognitif ini biasanya dilakukan dalam 16 sesi dan berlangsung dalam satu jam. Klien yang dalam perawatan belajar ketrampilan mengatasi masalah dan menangani masalah dengan baik, mengembangkan kepercayaan dan perilaku positif. Terapi kognitif dapat membantu seseorang dalam mengembangkan pola dan perilaku berpikir yang lebih positif.

Perawat jiwa memiliki peran penting dalam berbagai terapi kognitif baik sebagai leader, fasilitator, evaluator dan motivator. Terapi kognitif dapat bermanfaat secara efektif terhadap berbagai masalah klinik, meliputi: kecemasan (*anxiety*), gangguan afek (*affective*),

schizophrenia, ketergantungan zat (*substance abuse*), gangguan kepribadian (*personality disorder*).

b) Sistem desensitasi

Sistem desensitasi dikembangkan dengan prinsip penghambat timbal balik respon neurotik. Jika suatu respon tidak cocok dengan kecemasan dapat menimbulkan pada waktu bersamaan dengan rangsangan yang membangkitkan kecemasan, maka kecemasan akan berkurang. Tujuan sistem desensitasi sistemis adalah memutus hubungan terkondisi tersebut dan menghubungkan situasi takut dengan stimulus yang menyenangkan. Sistem desensitasi perawat mengajarkan pada klien bagaimana cara relaks terlebih dahulu. Klien diajari untuk mengganti respon ketakutan terhadap fobia dengan teknik relaksasi. Klien diajarkan teknik rekasasi dan pernapasan, setelah itu terapis akan mengeksplor ketakutan klien.

c) Terapi aversi

Teknik aversi (menghindar) merupakan terapi berlandaskan prinsip dimana perilaku dibentuk untuk menghindari konsekuensi yang tidak menyenangkan. Terapi aversi digunakan untuk mengatasi masalah seperti penyalahgunaan narkoba dan alkoholisme. Terapis mengajari klien untuk mengasosiasikan stimulus yang diinginkan namun tidak sehat dengan stimulus yang tidak menyenangkan. Misalnya, seorang terapis mengajari klien mengasosiasikan alkohol dan narkoba dengan ingatan yang tidak menyenangkan.

2) Terapi Bermain

Terapi bermain merupakan bentuk terapi yang terutama ditujukan pada anak. Terapi ini seorang terapis mendorong anak untuk mengeksplorasi peristiwa yang terjadi yang berpengaruh pada keadaan saat ini, dengan cara dan kecepatan pilihan anak melalui bahasa dan permainan. Terapi bermain dapat membantu anak untuk berkomunikasi, mengeksplorasi pikiran dan emosi yang tertekan, mengatasi trauma yang belum terselesaikan dan mengalami pertumbuhan pribadi secara luas sebagai perawatan kesehatan mental yang penting, efektif, dan tepat perkembangan.

Bermain dianggap sangat penting bagi perkembangan kesehatan anak yang pernah mengalami trauma atau stress. Sesi bermain dapat berlangsung 30-45 menit dapat dilakukan hanya pada satu anak maupun berkelompok. Saat melakukan perawatan, terapis ,menciptakan lingkungan yang nyaman dan aman dimana anak diperbolehkan bermain dengan sedikit batasan. Ruang konseling difungsikan sebagai ruang bermain dilengkapi dengan pilihan mainan khusus bertujuan untuk mendorong anak mengekspresikan perasaannya dan perilaku yang sehat. Mainan yang digunakan dalam terapi termasuk kotak pasir dengan patung miniature, boneka binatang, boneka manusia, bahan seni, perlengkapan olahraga, dan permainan dalam ruangan lainnya. Dapat juga menggabungkan penggunaan alat dan teknik misalnya tanah liat, musik, tarian dan gerakan, drama atau permainan peran.

Terapi bermain juga bisa digunakan untuk menyelesaikan atau mengobati masalah pada orang dewasa atau remaja. Bermain telah dipakai untuk

mengoptimalkan pembelajaran, meningkatkan hubungan juga meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Terapi bermain yang dapat dilakukan seperti gerakan (permainan tubuh), permainan pasir, permainan alam, permainan kreatif, mendongeng dan berlatih fokal. Manfaat adalah permainan dapat memberikan lingkungan yang aman dan nyaman sehingga dapat mendorong orang dewasa untuk mendekati masalah yang lebih serius.

Terapi bermain dapat digunakan untuk mengobati demensia, tekanan *posttraumatic*, obsesi dan kompulsi, ADHD (*attention deficit hyperactivity*), gangguan kecemasan, depresi, dan lain-lain. Terapis dapat menggunakan beberapa panduan dan praktik umum dalam mendorong manfaat terbesar bagi orang yang merawat. Terapis akan menekankan pada promosi kesehatan mental dan psikososial, menjelaskan rencana perawatan kepada yang menerima perawatan atau penanggung jawab.

b. Terapi lingkungan (*Mileu Therapy*)

Mileu Therapy berasal dari Bahasa Prancis yang berarti "tengah", dalam Bahasa Inggris *Mileu* berarti lingkungan oleh karena itu disebut Terapi Lingkungan. Pengertian lainnya adalah tindakan penyembuhan pasien melalui modifikasi unsur-unsur yang ada pada lingkungan dan berpengaruh positif terhadap fisik dan psikis individu serta mendukung proses penyembuhan. Terapi lingkungan adalah bentuk terapi yaitu menata lingkungan agar terjadi perubahan perilaku maladaptif menjadi adaptif.

Terapi lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di lingkungan yang diciptakan untuk pengobatan fisik termasuk sosial. Pada saat pemberian terapi lingkungan perawat memberikan kesempatan,

dukungan, pengertian agar klien dapat berkembang menjadi pribadi yang bertanggung jawab. Perawat juga mendorong komunikasi dan pengambilan keputusan, meningkatkan harga diri, belajar ketrampilan juga perilaku yang baru.

Tujuan terapi lingkungan yang pertama, membekali pasien kemampuan untuk kembali ke masyarakat dan dapat menjalankan kehidupan fisik dan emosional seoptimal mungkin. Kedua, membatasi gangguan dan perilaku maladaptif, mengajarkan ketrampilan psikososial dengan cara orientasi yaitu pencapaian tingkat orientasi dan kesadaran terhadap realita yang lebih baik.

Untuk mencapai tujuan maka lingkungan harus bersifat terapeutik yaitu mendorong proses penyembuhan dan memiliki karakteristik. Karakteristik lingkungan pasien merasa akrab dengan lingkungan yang diharapkan, pasien merasa senang dan tidak merasa takut dengan lingkungannya, kebutuhan-kebutuhan fisik pasien mudah dipenuhi, lingkungan rumah sakit atau tempat terapi yang bersih, lingkungan menciptakan rasa aman dari terjadinya luka impuls-impuls pasien, personal dari lingkungan rumah sakit menghargai pasien sebagai individu yang memiliki hak dan kebutuhan pendapat serta menerima perilaku pasien sebagai respon adanya stress, lingkungan dapat mengurangi pembatasan-pembatasan atau larangan dan memberikan kesempatan kepada pasien untuk menentukan pilihannya dan membentuk perilaku baru.

Bentuk lingkungan dapat berupa lingkungan fisik dan psikososial. Lingkungan fisik merupakan aspek terapi lingkungan meliputi semua gambaran yang konkrit yang merupakan bagian eksternal kehidupan rumah sakit. Lingkungan psikososial merupakan lingkungan yang kondusif yaitu fleksibel dan dinamis

yang memungkinkan pasien dapat berhubungan dengan orang lain dan dapat mengambil keputusan serta toleransi terhadap tekanan eksternal.

Komponen fungsional terapi lingkungan ada empat yaitu *containment*, *support*, struktur, *involment*, *validation*. *Containment* berfungsi mendukung kesehatan fisik dan merubah perilaku berkuasa. *Support* berfungsi membantu pasien merasa aman dan nyaman serta mengurangi kecemasan. Struktur berfungsi mendorong perilaku maladaptif menjadi adaptif dengan tujuan meningkatkan tanggung jawab terhadap perilaku dan konsekuensinya serta meningkatkan keterlibatan pasien terhadap aktifitas yang terstruktur. *Involment* mendorong pasien untuk dapat bekerjasama dan konfrontasi untuk meningkatkan keterlibatan sosial. *Validation* berfungsi membantu pasien mengembangkan kapasitas kedekatan yang lebih besar dan menyatu identitasnya.

Peran perawat dalam terapi lingkungan yaitu pencipta lingkungan aman dan nyaman, penyelenggara proses sosialisasi, sebagai teknis perawatan, sebagai *leader* atau pengelola. Jenis terapi yang dapat dilakukan terapi rekreasi, terapi kreasi seni, *pettherapy*, *planttherapy*.

c. Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah menghadirkan anggota keluarga yang lain dalam proses konseling dengan keyakinan bahwa klien sedang dikonseling mempengaruhi dan dipengaruhi oleh anggota keluarga lainnya. Tujuan terapi keluarga diantaranya menurunkan konflik kecemasan keluarga, meningkatkan kesadaran keluarga terhadap peran masing-masing anggota keluarga, meningkatkan kemampuan penanganan terhadap krisis, mengembangkan hubungan peran yang sesuai, membantu keluarga menghadapi tekanan dari

dalam maupun dari luar anggota keluarga,meningkatkan kesehatan jiwa keluarga sesuai dengan tingkat perkembangan keluarga.

Terapi sistem keluarga didasarkan pada teori sistem keluarga Murray Bowen,yang menyatakan bahwa individu tidak dapat dipisahkan dari jaringan hubungan mereka.Pendekatan sistem keluarga termasuk dalam kategori structural,strategis atau intergenerasional.Model structural dikembangkan oleh Minuchin dimana keluarga adalah suatu sistem sosisokultural terbuka sebagai sarana dalam memenuhi kebutuhan adaptasi, terapi meliputi hubungan keluarga untuk saling menerima perbedaan dan saling memahami karakter dapat dilakukan melalui kegiatan bermain peran.Terapi keluarga strategis dikembangkan oleh Jay Harley antara lain mengkaji proses dan fungsi keluarga,seperti pola komunikasi dan pemecahan masalah dengan mengevaluasi perilaku keluarga di luar sesi terapi.Terapi keluarga antargenerasi mengakui perubahan generasi pada perilaku multigenerasi seperti manajemen kecemasan dapat membantu orang melihat bagaimana masalah saat ini berakar pada generasi sebelumnya,Bowen merancang pendekatan pada terapi keluarga menggunakan dalam perawatan individu dan pasangan beserta keluarga.

Terapi sistem keluarga telah digunakan untuk mengobati banyak masalah kesehatan mental dan perilaku.Terapis keluarga adalah membedakan antara fungsi keluarga yang adaptif dan maladaptif secara tepat dapat mengidentifikasi target gejala untuk tindakan pada keluarga. Perawat memiliki banyak kesempatan untuk mendorong hubungan keluarga yang sehat melalui psikoedukasi, penguatan kekuatan,konseling suportif dan rujukan untuk terapi serta dukungan.

d. Terapi kelompok

Terapi kelompok digunakan untuk memelihara dan memperbaiki fungsi personal dan sosial para anggota kelompok dalam berbagai tujuan korektif, tujuan preventif, tujuan pertumbuhan social norma, tujuan peningkatan personal dan tujuan peningkatan partisipasi dan tanggung jawab masyarakat. Terapi kelompok adalah jenis terapi psikologis yang dilakukan sekelompok orang, bukan antara professional kesehatan mental secara individu.

Sesi terapi kelompok bervariasi, pada dasarnya adalah sekelompok kecil pasien yang bertemu secara regular untuk mendiskusikan perasaan dan masalah mereka dalam memberikan dukungan bersama. Terapis bertindak sebagai moderator dan menyarankan tema atau topik untuk diskusi kelompok. Jenis terapi kelompok dapat berupa kelompok teraupetik, terapi kelompok, terapi aktivitas kelompok. Kelompok teraupetik bertujuan mencegah masalah kesehatan, mendidik, mengembangkan potensi, meningkatkan kualitas kelompok dengan anggota saling bantu. Terapi kelompok membuat sadar diri, meningkatkan hubungan interpersonal dan membuat perubahan.

Terapi aktivitas kelompok dapat berupa sosialisasi dalam kelompok yang dilakukan secara bertahap, dapat berupa hobi. Bagian terapi kelompok para anggota mencoba mengubah cara lama berperilaku dan berpihak pada cara baru lebih produktif. Seperti pada terapi individual, terapi kelompok dapat memberi manfaat bagi orang-orang dengan kondisi seperti kegelisahan, panik, depresi, masalah keluarga, kecanduan dan lain-lain. Anggota kelompok berjumlah 5-10 orang dan dapat dilakukan seminggu sekali.

DAFTAR PUSTAKA

- H.Iyus Yosep. Dkk (2014). Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing.Bandung.Refika Aditama
- Lilik Ma'rifatul Azizah., Imam Zainuri.,Amar Akbar. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa.Yogyakarta.Indomedia Pustaka
- Echa Effendy Siswanto Amir. dkk (2024).Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa:Teori dan Aplikasinya.Tahta Media
- Sutejo. Keperawatan Kesehatan Jiwa.Yogyakarta.Pustaka Baru Press
- Ratna Widhiastuti., Firman Hidayat.,Dwi Budi Prastiani.,Susi Muryani.(2021). Pelatihan Terapi Modalitas Orang Dengan Gangguan Jiwa.JABI: Jurnal Abdimas Bhakti Indonesia
- WHO. 2022. Mental Disorder.[https:// www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ mental-disorders](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders)
- Yosep, I. (2016). Buku Ajar keperawatan Jiwa. Bandung: Refika Aditama.

BIODATA PENULIS



Ns. Pingkan Christy Timbuleng.
S.Kep. M.Kep Lahir di Tomohon
25 Oktober 1983. Ia menyelesaikan
S1 Keperawatan di Universitas
Katolik De La Salle Manado pada
tahun 2007 dan melanjutkan
Profesi Ners di kampus yang sama.
Pada tahun 2020 melanjutkan
pendidikan Program Magister
dengan Peminatan *Nursing*
Education di Universitas
Muhammadiyah Yogyakarta.
Penulis saat ini aktif sebagai dosen
pengajar di Stikes Bethesda
Tomohon.

BAB 13

Terapi Aktivitas Kelompok

Pritta Yunitasari, S.Kep., Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Definisi teoritis terapi aktivitas kelompok (TAK) menurut Irvin D. Yalom adalah suatu bentuk terapi kelompok di mana kegiatan atau aktivitas fisik digunakan sebagai sarana untuk mencapai tujuan terapeutik. Tujuannya adalah untuk membantu individu dalam kelompok mengembangkan keterampilan sosial, meningkatkan kepercayaan diri, mengurangi stres atau cemas, memperbaiki kesehatan mental dan emosional, serta membantu pemulihan. Pada terapi ini, terapis akan menggunakan pendekatan yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik klien serta kelompok yang sedang diatasi.

Menurut Psikiater Amerika, Irvin D. Yalom bahwa terapi aktivitas kelompok adalah pendekatan terapeutik yang melibatkan interaksi antara individu dalam kelompok yang dipimpin oleh seorang ahli psikologi atau terapis. Pendekatan ini didasarkan pada prinsip bahwa interaksi sosial dalam konteks kelompok dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis dan memfasilitasi perubahan positif. Dalam terapi aktivitas kelompok, ahli psikologi menggunakan berbagai teknik dan strategi untuk membantu anggota kelompok mengidentifikasi dan mengatasi masalah pribadi mereka. Aktivitas kelompok dapat meliputi diskusi terstruktur, permainan peran, latihan sosial, kolaborasi proyek, dan aktivitas kreatif lainnya. Ahli psikologi bertindak sebagai fasilitator, mengarahkan dialog kelompok, memberikan umpan balik konstruktif, dan memfasilitasi pembelajaran dan pertumbuhan pribadi.

B. Manfaat dari terapi aktivitas kelompok

1. **Meningkatkan Kemampuan Menguji Realitas (Reality Testing):**
Melalui interaksi dan umpan balik dalam kelompok, individu belajar untuk membedakan antara realitas dan fantasi, serta mengelola persepsi mereka dengan lebih efektif.
2. **Meningkatkan Kemampuan Sosialisasi:**
TAK memberikan kesempatan bagi individu untuk berlatih keterampilan sosial, membangun hubungan interpersonal, dan mengurangi isolasi sosial.
3. **Meningkatkan Keterampilan Komunikasi:**
Interaksi dalam kelompok membantu individu belajar berkomunikasi secara efektif, mengekspresikan diri, dan memahami orang lain.
4. **Meningkatkan Kesadaran Diri:**
Melalui umpan balik dan pengalaman dalam kelompok, individu dapat lebih memahami diri mereka sendiri, termasuk emosi, pikiran, dan perilaku mereka.
5. **Mengembangkan Keterampilan Pemecahan Masalah:**
Kelompok dapat menjadi wadah untuk belajar memecahkan masalah bersama, berbagi pengalaman, dan mencari solusi atas berbagai tantangan.
6. **Meningkatkan Harga Diri:**
Partisipasi dalam kegiatan kelompok yang sukses dapat meningkatkan rasa percaya diri dan harga diri individu.
7. **Mendukung Proses Rehabilitasi:**
TAK membantu individu dalam proses pemulihan dari gangguan jiwa, mempercepat pemulihan, dan mempersiapkan mereka untuk kembali ke masyarakat.
8. **Membantu Mengelola Emosi:**
Kelompok dapat menjadi tempat yang aman untuk mengekspresikan emosi, belajar mengelola emosi negatif, dan mengembangkan strategi koping yang sehat.

9. Meningkatkan Motivasi:

Partisipasi dalam kelompok dapat membangkitkan motivasi individu untuk terlibat dalam kegiatan positif dan mencapai tujuan mereka

C. Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok

1. Mengembangkan stimulasi dan kognitif dengan tipe *bibliotherapy* berupa aktivitas seperti menggunakan artikel, puisi, sajak, buku, surat kabar untuk merangsang dan mengembangkan hubungan dengan orang lain.
2. Mengembangkan stimulasi sensoris dengan tipe musik, seni dan menari berupa aktivitas seperti menyediakan kegiatan, mengekspresikan perasaan. Dengan tipe relaksasi berupa aktivitas seperti belajar teknik relaksasi dengan cara napas dalam, relaksasi otot dan imajinasi
3. Mengembangkan orientasi realitas dengan tipe kelompok orientasi realitas dan kelompok validasi berupa aktivitas yang berfokus pada orientasi waktu, tempat dan orang, benar atau salah dapat membantu memenuhi kebutuhan.
4. Mengembangkan sosialisasi dengan tipe kelompok remotivasi dengan aktivitas mengorientasikan klien yang menarik diri dan regresi. Sedangkan tipe lain yaitu tipe kelompok mengingatkan berupa aktivitas yang berfokus untuk mengingatkan sebagai upaya menetapkan arti positif (Purwaningsih, 2012).

D. Macam-macam Terapi Aktivitas Kelompok

Menurut Purwaningsih (2012) terdapat beberapa macam terapi aktivitas kelompok diantaranya :

1. Terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif / persepsi
Klien dilatih mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif/ persepsi adalah terapi yang bertujuan untuk membantu klien yang mengalami kemunduran orientasi, menstimulasi persepsi dalam upaya memotivasi proses berpikir dan afektif serta mengurangi perilaku maladaptif. Tujuan :
 - a. Meningkatkan kemampuan orientasi realita
 - b. Meningkatkan kemampuan memusatkan perhatian

- c. Meningkatkan kemampuan intelektual
- d. Mengemukakan pendapat dan menerima pendapat orang lain

Mengemukakan perasaannya Karakteristik :

- a. Klien dengan gangguan persepsi yang berhubungan dengan nilai- nilai
- b. Menarik diri dari realitas
- c. Inisiasi atau ide-ide negative

2. Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori

Aktivitas digunakan untuk memberikan stimulasi pada sensasi klien, kemudian di observasi reaksi sensori klien berupa ekspresi emosi atau perasaan melalui gerakan tubuh, ekspresi muka dan ucapan kelompok untuk menstimulasi sensori pada Klien yang mengalami kemunduran fungsi sensoris. Teknik yang digunakan meliputi fasilitasi penggunaan panca indera dan kemampuan mengekspresikan stimulus baik dari internal maupun eksternal. Tujuan :

- a. Meningkatkan kemampuan sensori
- b. Meningkatkan upaya memusatkan perhatian
- c. Meningkatkan kesegaran jasmani
- d. Mengekspresikan perasaan.

3. Terapi aktivitas kelompok orientasi realitas

Klien di orientasikan pada kenyataan yang ada disekitar klien yaitu diri sendiri, orang lain yang ada disekeliling klien atau orang yang dekat dengan klien, lingkungan yang pernah mempunyai hubungan dengan klien dan waktu saat ini dan yang lalu. Terapi aktivitas kelompok orientasi realitas adalah pendekatan untuk mengorientasikan klien terhadap situasi nyata (realitas). Umumnya dilaksanakan pada kelompok yang mengalami gangguan orientasi terhadap orang, waktu dan tempat. Teknik yang digunakan meliputi inspirasi represif, interaksi bebas maupun secara didaktik. Tujuan :

- a. Klien mampu mengidentifikasi stimulus internal (pikiran, perasaan, sensori somatik) dan stimulus eksternal (iklim, bunyi, situasi alam sekitar)
- b. Klien dapat membedakan antara lamunan dan kenyataan
- c. Pembicaraan Klien sesuai realitas

- d. Klien mampu mengenali diri sendiri
 - e. Klien mampu mengenal orang lain, waktu dan tempat
4. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi

Klien dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar klien. Kegiatan sosialisasi adalah terapi untuk meningkatkan kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial maupun berperan dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimaksudkan memfasilitasi psikoterapis untuk :

- a. Memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal
- b. Memberi tanggapan terhadap orang lain
- c. Mengekspresikan ide dan tukar persepsi
- d. Menerima stimulus eksternal yang berasal dari lingkungan.

Tujuan umum :

Mampu meningkatkan hubungan interpersonal antar anggota kelompok, berkomunikasi, saling memperhatikan, memberi tanggapan terhadap orang lain, mengekspresikan ide serta menerima stimulus eksternal.

Tujuan khusus :

- a. Klien mampu menyebutkan identitasnya
- b. Menyebutkan identitas anggota kelompok
- c. Berespon terhadap anggota kelompok
- d. Mengikuti aturan main.

Mengemukakan pendapat dan perasaannya Karakteristik :

- a. Klien kurang berminat atau tidak ada inisiatif untuk mengikuti kegiatan ruangan
- b. Klien menarik diri, kontak sosial kurang
- c. Klien dengan harga diri rendah
- d. Klien curiga, gelisah, takut dan cemas
- e. Tidak ada inisiatif memulai pembicaraan, menjawab seperlunya, jawaban sesuai pertanyaan

DAFTAR PUSTAKA

- Purwaningsih, W dan Ina Karlina. 2012. Asuhan Keperawatan Jiwa. Cetakan II. Yogyakarta : Nuha Medika.*
- Budi Anna Keliat. Akemat Pawirowiyono, S.Kp. M Kes. 2022. *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok Edisi 2.* Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy.* Basic Books.

BIODATA PENULIS



Ns. Pritta Yunitasari, S.Kep., Ns., M.Kep lahir di Sleman, pada 09 Juni 1987. Menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Sampai saat ini sebagai Dosen di Jurusan keperawatan Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta.

Email:

prittayunitasari@gmail.com

BAB 14

Terapi Kognitif

* Ns. Rusherina S.Pd, S.Kep, M.Kes *

A. Pendahuluan

Terapi kognitif adalah bentuk psikoterapi yang berfokus pada pengidentifikasian dan restrukturisasi pola pikir negatif yang memengaruhi emosi dan perilaku seseorang. Pendekatan ini didasarkan pada asumsi bahwa pikiran, perasaan, dan perilaku saling berinteraksi, dan bahwa mengubah cara berpikir seseorang dapat menghasilkan perubahan emosional dan perilaku yang positif (Lin et al., 2025).

Dalam konteks keperawatan jiwa, terapi kognitif menjadi salah satu intervensi yang dapat diterapkan langsung oleh perawat jiwa yang terlatih, baik dalam format individual maupun kelompok. Perawat jiwa tidak hanya berperan sebagai penyedia asuhan fisik, tetapi juga sebagai fasilitator psikososial yang membantu klien mengenali, mengevaluasi, dan memodifikasi pikiran disfungsional terutama pada klien dengan depresi, gangguan kecemasan, atau gejala psikotik ringan (Pratiwi, 2024).

B. Konsep Terapi Kognitif

1. Definisi Terapi Kognitif

Terapi kognitif adalah suatu pendekatan psikoterapi yang berfokus pada identifikasi dan restrukturisasi pikiran negatif atau tidak realistis yang dapat memengaruhi emosi dan perilaku individu. Prinsip dasar terapi ini adalah bahwa **pikiran, perasaan, dan perilaku saling terkait**, sehingga perubahan dalam satu aspek dapat memengaruhi aspek lainnya secara positif (Alexander 2025).

Tujuan utama terapi kognitif adalah membantu individu mengenali pikiran yang tidak realistis,

mengujinya, dan menggantinya dengan pikiran yang lebih rasional dan konstruktif. Dalam konteks keperawatan jiwa, terapi kognitif membantu klien untuk:

- Mengembangkan *self-awareness*
- Mengelola stres dan kecemasan
- Mengubah pola pikir negatif menjadi positif (Yusuf & Fitryasari, 2018).

2. Indikasi dan Kontraindikasi

a. Indikasi

Terapi kognitif (termasuk *Cognitive Behavioral Therapy*/CBT) merupakan salah satu pendekatan psikoterapi yang paling banyak diteliti dan diaplikasikan dalam praktik keperawatan jiwa. Sejumlah studi menunjukkan efektivitas terapi ini dalam mengurangi gejala berbagai gangguan mental, baik ringan maupun berat.

Berikut beberapa kondisi psikiatri yang secara ilmiah dan klinis terindikasi untuk terapi kognitif:

1) Depresi berat dan ringan

Terapi kognitif terbukti sangat efektif dalam mengatasi depresi dengan membantu pasien mengenali pola pikir negatif, seperti generalisasi berlebihan, labeling, dan pikiran otomatis disfungsional, serta menggantinya dengan pemikiran yang lebih rasional dan adaptif.

2) Gangguan Kecemasan Umum (Generalized Anxiety Disorder/GAD)

Penderita GAD sering kali terjebak dalam kekhawatiran yang terus-menerus. Terapi kognitif mengajarkan klien untuk mengevaluasi keakuratan kekhawatiran mereka dan mengembangkan pola pikir yang lebih realistis.

3) Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

CBT sangat efektif dalam membantu pasien PTSD memproses ulang pengalaman traumatis dan

memodifikasi keyakinan yang menyimpang akibat trauma, seperti "Saya tidak aman di mana pun."

4) Gangguan Obsesif-Kompulsif (OCD)

CBT dapat mengurangi obsesi dan kompulsi melalui teknik seperti exposure and response prevention (ERP), yang mengajarkan klien untuk menahan respons kompulsif terhadap pikiran obsesif.

5) Gangguan Panik

Pasien gangguan panik mendapat manfaat dari CBT dengan mempelajari bahwa serangan panik bukanlah tanda kematian atau kegilaan, melainkan respons tubuh yang bisa dikendalikan.

6) Skizofrenia (dalam kondisi stabil)

Pada klien dengan skizofrenia stabil (non-akut), terapi kognitif digunakan untuk mengatasi gangguan kognitif residu, meningkatkan fungsi sosial, serta membantu klien menginterpretasikan realitas secara lebih akurat. Terapi ini tidak menggantikan pengobatan farmakologis, namun mendukung manajemen gejala seperti delusi ringan dan anhedonia (Lusk et al., 2018).

b. Kontraindikasi

Meski terapi kognitif efektif pada berbagai kondisi, terdapat sejumlah kontraindikasi relatif, yaitu situasi di mana terapi ini tidak disarankan sebagai pendekatan utama, atau perlu modifikasi substansial dan kehati-hatian klinis. Di antaranya:

1) Gangguan Psikotik Aktif Berat

Dalam fase psikotik akut (misalnya delusi yang mengancam atau halusinasi parah), klien sering kali tidak mampu membedakan realitas dengan khayalan, sehingga sulit mengikuti proses eksplorasi pikiran yang rasional. CBT pada skizofrenia hanya dianjurkan bila klien sudah stabil dan mampu berpikir logis.

2) Gangguan Intelektual Berat

CBT sangat mengandalkan kemampuan kognitif seperti abstraksi, introspeksi, dan bahasa. Pada klien dengan keterbelakangan mental berat, kemampuan tersebut tidak memadai untuk mengikuti proses terapi.

3) Ketidakmampuan Menjalin Komunikasi Verbal

Karena CBT bersifat dialogis, klien yang tidak mampu berkomunikasi secara verbal – akibat gangguan neurologis, trauma, atau hambatan bahasa berat – akan kesulitan dalam menjalani terapi ini.

4) Resistensi Terhadap Introspeksi

CBT mensyaratkan klien untuk mau dan mampu mengevaluasi pikiran dan perasaannya secara terbuka. Jika klien menolak membuka diri, tidak kooperatif, atau defensif terhadap proses refleksi, efektivitas terapi akan rendah dan dapat meningkatkan frustrasi baik pada klien maupun terapis (Hidayati, 2018).

3. Prinsip-Prinsip Terapi Kognitif

Terapi kognitif atau *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT) merupakan pendekatan psikoterapi terstruktur yang berfokus pada proses berpikir individu. Prinsip utama dalam terapi ini adalah bahwa cara seseorang berpikir memengaruhi perasaannya dan perilakunya, dan dengan mengubah pola pikir negatif, maka emosi dan tindakan yang lebih sehat dapat dicapai (Wahyuni et al., 2020).

a. Terstruktur dan Berorientasi Tujuan

CBT dijalankan secara terstruktur dengan tujuan yang jelas, biasanya ditetapkan bersama antara terapis (atau perawat jiwa) dan klien sejak awal sesi. Setiap pertemuan difokuskan pada satu topik atau masalah tertentu yang sedang dihadapi klien, dan diarahkan untuk menemukan solusi yang praktis dan aplikatif.

Contoh: Dalam satu sesi, fokus terapi bisa pada “pikiran tidak berharga” yang dirasakan klien, dan sesi akan berisi evaluasi serta restrukturisasi terhadap pikiran tersebut.

b. Kolaboratif dan Aktif

Hubungan antara klien dan terapis bersifat kolaboratif. Klien tidak diposisikan sebagai penerima pasif, melainkan sebagai mitra aktif dalam proses terapi. Peran perawat jiwa di sini sangat penting untuk membangun kepercayaan, komunikasi terbuka, dan keaktifan klien dalam mengidentifikasi serta mengevaluasi pikirannya.

c. Berbasis Masalah Saat Ini (Present-focused)

CBT tidak terlalu fokus pada masa lalu, melainkan berorientasi pada masalah saat ini dan bagaimana cara mengatasinya. Meskipun pengalaman masa lalu dapat menjadi latar belakang, terapi lebih diarahkan pada solusi untuk pikiran dan perilaku saat ini yang maladaptif.

d. Mengidentifikasi dan Mengubah Pikiran Otomatis

Salah satu prinsip kunci adalah membantu klien mengidentifikasi pikiran otomatis negatif, yaitu pikiran cepat yang muncul secara spontan dalam merespons situasi tertentu. Pikiran-pikiran ini seringkali irasional dan mengganggu fungsi emosional.

Perawat membantu klien untuk:

- 1) Mengenali pikiran tersebut.
- 2) Menantanginya dengan bukti objektif.
- 3) Menggantinya dengan pikiran yang lebih seimbang dan realistis.

e. Pemantauan Mandiri dan Tugas Rumah

CBT menekankan pentingnya pemantauan mandiri oleh klien, seperti pencatatan pikiran harian, serta pemberian tugas rumah (homework) di luar sesi terapi.

Tugas ini bertujuan untuk menerapkan keterampilan yang dipelajari dalam kehidupan nyata.

Contoh tugas: Mencatat pikiran negatif saat merasa cemas, lalu menuliskan alternatif pikiran yang lebih positif berdasarkan diskusi dalam sesi..

4. Langkah-Langkah Pelaksanaan Terapi Kognitif

Menurut Beda (2018), pelaksanaan terapi kognitif mencakup:

1) Pengkajian Awal

- Mengidentifikasi masalah utama dan pikiran otomatis negatif (automatic thoughts).
- Penggunaan instrumen seperti Beck Depression Inventory (BDI) atau Cognitive Distortion Scales.

2) Formulasi Masalah

Menggunakan model ABC:

- A (Activating Event): Peristiwa pemicu,
- B (Belief): Keyakinan atau pikiran tentang peristiwa tersebut,
- C (Consequence): Respons emosional atau perilaku.

3) Intervensi

- Mengajarkan klien mengidentifikasi pikiran disfungsi,
- Melatih menggantinya dengan pikiran rasional melalui reframing dan behavioral experiment,
- Penguatan melalui latihan rumah dan monitoring.

4) Evaluasi dan Terminasi

- Evaluasi perbaikan gejala emosional dan perubahan kognitif,
- Penutupan terapi secara bertahap dengan pembekalan relapse prevention.

5. Peran Perawat dalam Terapi Kognitif

Perawat jiwa memainkan peran penting dalam keberhasilan implementasi terapi kognitif, baik dalam setting individual maupun kelompok. Dengan pelatihan dan pemahaman yang tepat, perawat mampu menjadi fasilitator utama dalam membantu klien memahami dan mengubah pola pikir

negatif yang maladaptif. Peran ini tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga melibatkan hubungan terapeutik yang kuat, sensitivitas budaya, dan pendekatan berbasis empati. Berikut adalah peran utama perawat dalam pendekatan kognitif:

a. Membangun Hubungan Terapeutik dengan Empati dan Komunikasi Efektif

Hubungan terapeutik adalah dasar utama dalam semua bentuk intervensi psikologis, termasuk terapi kognitif. Perawat perlu membangun kepercayaan melalui:

- Pendekatan empatik: Mampu merasakan dan memahami emosi klien tanpa menghakimi.
- Komunikasi aktif dan reflektif: Menggunakan teknik seperti parafrase, klarifikasi, dan validasi untuk memperkuat rasa dihargai pada diri klien.

b. Mengedukasi Klien tentang Hubungan Pikiran-Emosi-Perilaku

Perawat bertindak sebagai pendidik dalam terapi kognitif. Klien perlu memahami bahwa:

- Pikiran memengaruhi perasaan.
- Perasaan memengaruhi perilaku.
- Mengubah pikiran otomatis negatif dapat memperbaiki keseimbangan emosional dan perilaku sehari-hari.
- Edukasi ini bisa diberikan secara langsung saat sesi atau melalui media seperti lembar edukasi, grafik kognitif, atau diskusi kelompok kecil.

c. Membantu Klien Mengevaluasi Pikiran Otomatis Negatif dengan Pendekatan Sokratis

Perawat menggunakan teknik Socratic questioning atau pertanyaan sokratis untuk membantu klien:

- Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif.
- Menguji validitas pikiran tersebut berdasarkan bukti nyata.
- Mengembangkan alternatif pikiran yang lebih adaptif dan rasional.

Contoh: Seorang klien yang mengatakan “Saya tidak berguna” bisa dipandu dengan pertanyaan seperti, “Apa yang menjadi bukti bahwa kamu tidak berguna? Pernahkah kamu melakukan sesuatu yang bermanfaat bagi orang lain?”

d. Menerapkan Intervensi Kelompok: Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Perawat juga dapat memfasilitasi terapi kognitif dalam bentuk terapi aktivitas kelompok (TAK). Dalam intervensi kelompok, klien belajar dari pengalaman satu sama lain, berlatih keterampilan sosial, dan berbagi strategi koping secara kolektif.

Visagie et al. (2020) menunjukkan bahwa klien yang mengikuti sesi CBT kelompok yang difasilitasi oleh perawat mengalami peningkatan signifikan dalam pengendalian emosi dan ekspresi diri, terutama pada pasien gangguan suasana hati.

Contoh TAK berbasis kognitif:

- Latihan berpikir positif
- Permainan simulasi menantang pikiran negatif
- Diskusi kelompok untuk mengevaluasi asumsi disfungsional

5. Menyesuaikan Teknik Kognitif dengan Budaya Lokal dan Kesiapan Klien

Intervensi kognitif tidak dapat dilakukan secara seragam. Perawat harus mempertimbangkan:

- a. Nilai dan norma budaya lokal yang mungkin memengaruhi persepsi klien terhadap masalah psikologis.
- b. Kesiapan dan kapasitas kognitif klien, misalnya apakah klien memiliki cukup kemampuan verbal, tingkat pendidikan, atau keterbukaan terhadap proses terapi.

Hidayati (2024) menekankan bahwa keberhasilan teknik kognitif sangat dipengaruhi oleh konteks sosial dan budaya. Misalnya, dalam budaya kolektivistik seperti Indonesia, pemikiran negatif sering kali terkait dengan peran sosial dalam keluarga dan masyarakat, bukan hanya persepsi pribadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alexander, C. M. (2025). *Mindfulness as a Buffer Against Death Anxiety: Implications for End-of-Life Care*. Portland State University Honors Theses.
<https://pdxscholar.library.pdx.edu/honorstheses/1687/>
- Beda, N. S. (2018). *Pengaruh cognitive thought stopping therapy terhadap tingkat depresi dan kemampuan mengontrol pikiran negatif pada klien gangguan jiwa* (Skripsi, Universitas Airlangga).
<https://repository.unair.ac.id/78570/>
- Hidayati, H. E. (2024). *Pengaruh terapi aktivitas kelompok latihan asertif terhadap ekspresi kemarahan pada klien dengan riwayat perilaku agresif* (Skripsi, Universitas Airlangga).
<https://repository.unair.ac.id/131462/>
- Hidayati, R. T. (2018). *Pengaruh terapi kognitif dan perilaku terhadap peningkatan kemampuan perawatan diri pada klien skizofrenia* (Skripsi, Universitas Airlangga).
<https://repository.unair.ac.id/77619/>
- Lusk, P., Hart Abney, B. G., McCall, M. M., & Ramesh, K. S. (2018). A successful model for clinical training in child/adolescent cognitive behavior therapy for graduate psychiatric advanced practice nursing students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(6), 476–486.
<https://doi.org/10.1177/1078390317723989>
- Lin, C., Hu, M., Xu, J. et al. (2025). The role of idioms in reducing depression in university students: a study on group cognitive behavioral therapy. *BMC Psychol* 13, 618
<https://doi.org/10.1186/s40359-025-02924-5>
- Pratiwi, A. S. (2024). *Pengaruh terapi thought stopping terhadap kontrol halusinasi pada pasien skizofrenia*. *Jurnal Kesehatan Afinitas*, 6(9) : 46-61
- Visagie, H. M. P., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2020). Lived experiences of psychiatric patients with mood disorders who attended group therapy facilitated by professional psychiatric nurses. *Curationis*, 43(1), a2114.
<https://doi.org/10.4102/curationis.v43i1.2114>
- Yoshinaga, N., Nosaki, A., Hayashi, Y., & Ando, K. (2015). Cognitive behavioral therapy in psychiatric nursing in Japan. *Nursing*

- Research and Practice, 2015, Article ID 529107.
<https://doi.org/10.1155/2015/529107>
- Yusuf, A., & Fitryasari, R. (2018). Pengembangan model holistic dalam keperawatan pasien gangguan jiwa (Skripsi, Universitas Airlangga).
<https://repository.unair.ac.id/114944/>
- Wahyuni, S. E., Daulay, W., & Nasution, M. L. N. (2020). Cognitive Behaviour Therapy. Medan : USU Press

BIODATA PENULIS



Ns. Rusherina, S.Pd, S.Kep, M.Kes merupakan seorang perawat tamatan akademi keperawatan Padang lulus tahun 1987. Mengabdikan diri di Rumah Sakit Umum Pusat Bukittinggi selama 5 tahun. Pada tahun 1992 mutasi menjadi guru perawat di Sekolah Perawat Kesehatan Pekanbaru. Penulis melanjutkan pendidikan di Universitas Riau mengambil pendidikan Bimbingan dan Konseling lulus pada tahun 2006. Pada tahun 2008, penulis melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kesehatan Kerja di Universitas Sumatera Utara lulus tahun 2010, untuk mewujudkan karir dosen profesional. Saat ini penulis mengajar di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau.

BAB 15

Terapi Perilaku

Maria Terok, S.Pd., S.SiT., M.Kes

A. Pendahuluan

Terapi perilaku dalam keperawatan jiwa tergolong dalam terapi modalitas keperawatan. Terapi modalitas ini merupakan pendekatan yang digunakan seorang perawat untuk mengubah perilaku maladaptif seseorang menjadi perilaku yang adaptif dan meningkatkan potensi yang dimiliki. Terapi modalitas dalam keperawatan jiwa sangat beragam seperti terapi individu, terapi keluarga, terapi bermain, terapi lingkungan, terapi aktifitas kelompok, terapi kognitif dan terapi perilaku. Terapi modalitas dapat dilakukan secara individu maupun kelompok atau dengan memodifikasi lingkungan dengan cara mengubah seluruh lingkungan menjadi lingkungan yang terapeutik untuk individu, sehingga memberikan kesempatan bagi mereka untuk belajar dan mengubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi (Nurhalimah, 2016). Terapi perilaku menggunakan prinsip-prinsip belajar untuk mengurangi atau mengeliminasi perilaku maladaptif. Terapi perilaku didasarkan pada teori-teori perilaku dan kognitif sosial yang menjelaskan perilaku belajar dan kepribadian (Asrul Haq Alang, 2020).

B. Konsep Terapi Perilaku

1. Pengertian terapi perilaku (*Behaviour*)

Menurut pandangan behavioral, kepribadian manusia pada hakikatnya adalah tingkah laku. Perilaku dibentuk berdasarkan hasil dari segenap pengalamannya berupa interaksi individu dengan lingkungan sekitarnya. Terapi

perilaku (*behaviour*) adalah penerapan beberapa teknik dan prosedur yang berakar pada berbagai teori belajar. Penerapan teknis dan prosedur dilakukan secara sistematis menggunakan berbagai prinsip belajar untuk perubahan tingkah laku ke arah cara-cara yang lebih adaptif. Pendekatan ini telah memberikan dampak yang berguna baik di bidang klinis maupun pendidikan (Gerald Corey, 2011 dalam Asrul Haq Alang, 2020). Menurut Martin dan Pear, terapi perilaku adalah intervensi yang menerapkan prinsip dan teknik belajar secara sistematis untuk mengubah perilaku individu dalam upaya meningkatkan fungsi kehidupan sehari-hari (Asrul Haq Alang, 2020). Terapi perilaku merupakan suatu teknik terapi yang bertujuan untuk menghilangkan perilaku yang tidak dapat diterima secara sosial dan membangun perilaku baru yang dapat diterima dan bermanfaat bagi orang lain (Sini, 2012 dalam Anggun O.K,dkk, 2014)

2. Tujuan terapi perilaku

Tujuan diberikan terapi perilaku pada seseorang menurut pandangan beberapa ahli dalam Asrul Haq Alang, (2020) adalah ;

- a. Memperoleh tingkah laku baru, menghapuskan tingkah laku yang maladaptif, serta memperkuat dan mempertahankan tingkah laku yang diinginkan (Gerald Corey, 2011)
- b. Mencapai kehidupan tanpa mengalami perilaku simptomatik, yaitu kehidupan tanpa mengalami kesulitan atau hambatan perilaku yang dapat membuat ketidakpuasan dalam jangka panjang atau mengalami konflik dengan kehidupan sosial (Latipun,2008)
- c. Membantu klien membuang berbagai respons lama yang merusak diri dan mempelajari respons baru yang lebih sehat (Sofyan S. Willi, 2009)

3. Dimensi perilaku dan asumsi dasar pendekatan terapi perilaku manusia

Manusia memiliki satu atau lebih dimensi perilaku yang dapat diukur meliputi:

- a. Frekuensi, yang mengacu pada seberapa sering suatu perilaku muncul.
- b. Durasi, seberapa lama suatu perilaku berlangsung.
- c. Intensi, yang merujuk pada seberapa kuat suatu perilaku muncul.
- d. Latensi, seberapa lama rentang waktu antara terjadinya stimulus dan respons perilaku yang muncul.

Beberapa asumsi yang mendasari pendekatan terapi perilaku yaitu:

- a. Memiliki konsentrasi pada proses perilaku.
- b. Menekankan dimensi waktu *here and now*.
- c. Manusia berada dalam perilaku maladaptif.
- d. Proses belajar merupakan cara efektif untuk mengubah perilaku maladaptif.
- e. Melakukan penetapan tujuan pengubahan perilaku.
- f. Menekankan nilai secara empiris dan didukung dengan berbagai teknik dan metode (Sigit Sanyata,, 2012)

4. Indikasi terapi perilaku :

Terapi perilaku adalah pendekatan untuk psikoterapi yang menggunakan teori belajar untuk menyembuhkan psikopatologi, seperti depresi, phobia, gagap, perilaku kompulsif dan anxiety disorder dengan memakai teknik yang didesain menguatkan kembali perilaku yang diinginkan dan menghilangkan perilaku yang tidak diinginkan. (M.Sattu Alang, 2017)

5. Berbagai macam ciri terapi perilaku

Terapi perilaku memiliki berbagai macam ciri seperti yang dijelaskan Gerald Corey, (2011) meliputi :

- a. Pemusatan perhatian ditujukan pada tingkah laku yang tampak dan spesifik.
- b. Kecermatan dan pengukuran dari tujuan treatment.

- c. Perumusan prosedur treatment yang spesifik sesuai dengan masalah.
- d. Penafsiran objektif atas hasil terapi, bahwa terapi tingkah laku merupakan suatu pendekatan induktif yang berlandaskan metode eksperimental pada proses terapeutik.

6. Teknik terapi perilaku (Behaviour)

Terapi perilaku menggunakan berbagai prinsip belajar untuk mengurangi atau mengeliminasi perilaku maladaptif. Terapi perilaku berusaha menyingkirkan beberapa gejala perilaku dan bukan membantu individu untuk memperoleh pemahaman tentang masalah mereka. Terapis perilaku banyak menggunakan pembelajaran berdasarkan observasi, berbagai faktor kognitif dan instruksi oleh diri sendiri dalam usaha untuk membantu orang dengan permasalahannya. Teknik-teknik pengkondisian klasik dan pengkondisian operan digunakan dalam terapi perilaku ini. Dua teknik utama dalam terapi yang didasarkan dalam pengkondisian klasik adalah desensitisasi sistematis dan pengkondisian aversif. Desensitisasi sistematis, kecemasan diatasi dengan membuat individu mengasosiasikan relaksasi mendalam dengan situasi yang menimbulkan kecemasan yang semakin meningkat. Sebuah bentuk dari desensitisasi adalah *flooding*. Sedangkan dalam pengkondisian aversif, pemasangan antara perilaku yang tidak diharapkan dengan stimulus aversif diulangi sedemikian rupa untuk mengurangi penguat perilaku yang tidak diharapkan. Pendekatan pengkondisian operan, analisis mendalam terhadap lingkungan individu dilakukan untuk menentukan faktor-faktor mana yang perlu diubah. Modifikasi perilaku adalah penerapan pengkondisian operan untuk mengubah perilaku. Tujuan umumnya adalah untuk menggantikan perilaku maladaptif yang tidak dapat diterima dengan perilaku yang adaptif dan dapat diterima. Contoh, sebuah token ekonomi adalah sistem modifikasi perilaku dimana perilaku diperkuat dengan token yang kemudian dapat ditukarkan dengan hadiah yang diharapkan (Laura King, 2012).

Macam-macam Teknik Terapi Perilaku (*Behaviour*) menurut Gerald Corey antara lain:

- a. Penguatan positif dengan memberikan penguatan yang menyenangkan setelah tingkah laku yang diinginkan ditampilkan, bertujuan agar tingkah laku yang diinginkan cenderung akan diulang, meningkat dan menetap dimasa yang akan datang.
- b. Kartu berharga (*Token Economy*) bertujuan untuk mengembangkan perilaku adaptif melalui pemberian *reinforcement* dengan *token*. Bilamana tingkah laku yang diinginkan cenderung menetap, pemberian *token* dikurangi secara bertahap.
- c. Desensititasi sistematis digunakan untuk menghapus rasa cemas dan tingkah laku yang diperkuat secara negatif, dengan disertakan pemunculan tingkah laku yang hendak dihapus. Klien diarahkan untuk menampilkan suatu respons yang tidak konsisten dengan kecemasan.
- d. Asertif merupakan teknik dimana klien dapat belajar untuk membedakan tingkah laku agresif, pasif dan asertif. Tujuannya agar klien belajar bertingkah laku asertif.
- e. Aversi; teknik ini untuk meredakan gangguan perilaku yang spesifik agar tingkah laku sesuai yang diinginkan, maka stimulannya adalah berupa berbagai manam hukuman.
- f. *Shapping*, tujuannya untuk membentuk tingkah laku yang sebelumnya belum ditampilkan dengan memberikan *reinforcement* secara sistematis dan setiap kali tingkah laku ditampilkan.
- g. Teknik relaksasi, tujuannya untuk membantu konseling mengurangi ketegangan fisik dan mental dengan dengan latihan pelepasan otot-otot dan pembayangan situasi yang menyenangkan saat pelepasan otot-otot sehingga tercapai kondisi yang baik.
- h. Teknik *flooding* tujuannya untuk membantu klien mengatasi kecemasan dan ketakutan terhadap sesuatu hal dengan cara menghadapkan klien tersebut dengan situasi yang menimbulkan kecemasan tersebut secara berulang-ulang.
- i. *Reinforcement technique*, tujuannya untuk membantu klien meningkatkan perilaku yang dikehendaki dengan cara memberikan penguatan terhadap perilaku tersebut.

- j. *Modelling*, tujuannya untuk mengubah tingkah laku yang lama dengan meniru tingkah laku klien menggunakan model.
 - k. *Cognitive restructuring*, tujuannya untuk menekankan perubahan pola pikiran, penalaran, dan sikap klien yang tidak rasional menjadi rasional dan logis.
 - l. *Self management*, tujuannya untuk prosedur dimana individu mengatur perilakunya sendiri melalui pantauan diri, kendali diri dan ganjar diri.
 - m. *Behavioral rehearsal*, tujuannya agar klien belajar keterampilan antarpribadi yang efektif atau perilaku yang layak.
 - n. Kontrak, Tujuannya untuk mengatur kondisi sehingga klien menampilkan tingkah laku yang diinginkan berdasarkan kontrak antara konseling dan konselor.
 - o. Pekerjaan rumah, tujuannya yaitu untuk memberikan tugas atau aktivitas yang dirancang agar dilakukan konseling seperti mencoba perilaku baru, meniru perilaku tertentu atau membaca bahan bacaan yang relevan dengan masalah yang dihadapinya.
 - p. *Extinction* (penghapusan), tujuannya untuk menghentikan reinforcement pada tingkah laku yang sebelumnya diberi reinforcement.
 - q. *Punishment* (hukuman), merupakan intervensi *operant-conditioning* yang digunakan konselor untuk mengurangi tingkah laku yang tidak diinginkan.
 - r. *Satiation* (penjenuhan), yaitu membuat diri jenuh terhadap suatu tingkah laku, sehingga tidak lagi bersedia melakukannya.
 - s. *Time-out*. tujuannya untuk menyisihkan peluang individu untuk mendapatkan penguatan positif.
7. Tahapan pelaksanaan terapi perilaku
- a. Melakukan asesmen bertujuan untuk menentukan apa yang akan dilakukan konseling pada saat ini.
 - b. Menetapkan tujuan (*Goal Setting*) konselor dan konseli menentukan tujuan konseling sesuai dengan kesepakatan bersama berdasarkan informasi yang telah disusun dan dianalisis.

- c. Implementasi teknik dilakukan setelah tujuan konseling dirumuskan, konselor dan konseli menentukan strategi belajar yang terbaik untuk membantu konseli mencapai perubahan ingkah laku yang diinginkan.
- d. Evaluasi dan pengakhiran terapi merupakan proses yang berkesinambungan. Evaluasi dibuat atas dasar apa yang konseli perbuat. Tingkah laku konseli digunakan sebagai dasar untuk mengevaluasi efektivitas konselor dan efektivitas tertentu dari teknik yang digunakan.
- e. Feedback memberikan dan menganalisis umpan balik untuk memperbaiki dan meningkatkan proses konseling (Gantina Kumalasari, Eka Wahyuni dan Karsih, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- A. King, Laura, (2012), *Psikologi Umum Sebuah Pandangan Apresiatif*, Jakarta: Salemba Humanika,.
- Anggun Octavia K., dkk, (2014) Jurnal Efek Terapi perilaku dengan metode Applied Analysis terhadap kemandirian anak Autis. Surakarta
- Asrul Haq Alang, (2020), Jurnal Bimbingan Penyuluhan Islam Volume 7, Nomor 1 Mei 2020 : 32-41.
- Gantina Kumalasari, Eka Wahyuni dan Karsih, (2011). Teori dan Teknik Konseling, h. 177-180.
- Geral Corey. (2011), Teori &Praktek Konseling & Psikoterapi, Jakarta: PT. Indeks, h.196.
- M.Sattu Alang, Agama dan Kesehatan Mental, (Makassar: Universitas Alauddin Press, 2017), h. 1
- Nurhalimah, (2017) *Modul Keperawatan Jiwa*, Jakarta. Cetakan I
- Sigit Sanyata, Teori dan Pendekatan Behavioristik Dalam Konseling, (Jurnal Paradigma No. 14 Th. VII, Juli 2012).

BIODATA PENULIS



Maria Terok, S.Pd, S.SiT, M.Kes lahir di Lemoh, pada tanggal 25 Maret 1968. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Manado, Diploma IV Keperawatan Jiwa di PSIK Universitas Hasanudin Makassar dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga di Surabaya. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado..

BAB 16

Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Jiwa

Ns. Maykel A. Kiling, SPd, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Gangguan jiwa merupakan masalah kesehatan global yang signifikan, mempengaruhi jutaan individu di seluruh dunia dan menyebabkan penderitaan yang besar, baik bagi pasien maupun keluarga mereka (World Health Organization [WHO], 2022). Perawatan pasien dengan gangguan jiwa memerlukan pendekatan holistik yang tidak hanya berfokus pada intervensi farmakologis, tetapi juga pada aspek psikososial dan interpersonal. Dalam konteks ini, komunikasi terapeutik memegang peranan sentral sebagai fondasi dalam membangun hubungan yang bermakna dan efektif antara tenaga kesehatan, khususnya perawat, dengan pasien.

Komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai interaksi yang terencana, bertujuan, dan berpusat pada pasien, yang dirancang untuk mempromosikan penyembuhan, pertumbuhan, dan kesejahteraan pasien (Stuart, 2013). Bagi pasien dengan gangguan jiwa, seringkali terdapat hambatan dalam komunikasi akibat gejala penyakit seperti halusinasi, delusi, gangguan proses pikir, atau penarikan diri. Hambatan-hambatan ini dapat mempersulit perawat dalam memahami kebutuhan pasien, membangun kepercayaan, dan menyampaikan intervensi yang efektif. Oleh karena itu, penguasaan keterampilan komunikasi terapeutik menjadi krusial bagi perawat psikiatri untuk memberikan asuhan yang berkualitas.

Bab ini akan mengkaji secara mendalam peran dan aplikasi komunikasi terapeutik pada pasien dengan gangguan jiwa. Dimulai dengan pemahaman dasar tentang konsep komunikasi terapeutik, bab ini akan mengeksplorasi prinsip-prinsip utama, teknik-teknik yang efektif, serta tantangan yang mungkin dihadapi perawat dalam praktiknya. Pentingnya empati, mendengarkan aktif, validasi perasaan, dan penggunaan bahasa yang tidak menghakimi akan ditekankan sebagai komponen esensial. Lebih lanjut, akan membahas dampak positif komunikasi terapeutik terhadap luaran pasien, termasuk peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan, pengurangan agresi, peningkatan harga diri, dan fasilitasi pemulihan. Dengan pemahaman yang komprehensif tentang materi ini, diharapkan tenaga kesehatan dapat mengembangkan kompetensi dalam komunikasi terapeutik, sehingga mampu menciptakan lingkungan perawatan yang suportif, aman, dan memfasilitasi perjalanan pemulihan pasien gangguan jiwa

B. Komunikasi Terapeutik

1. Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah proses interaktif yang disengaja dan terencana antara perawat dan pasien, di mana perawat secara sadar menggunakan dirinya (termasuk kepribadian, nilai, dan keterampilan interpersonal) sebagai instrumen untuk membantu pasien mencapai pertumbuhan pribadi, perubahan perilaku positif, dan penyembuhan. (Videbeck, 2018) Dalam keperawatan jiwa, ini berarti perawat bertindak sebagai jembatan yang menghubungkan pasien dengan realitas, harapan, dan potensi diri mereka. (Halter, 2018)

2. Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik

Empat konsep utama yang sering disebut sebagai inti dari komunikasi terapeutik adalah:

- a. Empati: Kemampuan perawat untuk secara akurat memahami dan merasakan pengalaman, perasaan, dan perspektif pasien seolah-olah itu adalah pengalaman sendiri, tanpa kehilangan batasan diri perawat. Ini adalah kemampuan untuk "berjalan di sepatu orang lain."

- b. **Penerimaan Tanpa Syarat (Unconditional Positive Regard):** Perawat menerima pasien sepenuhnya sebagai individu, dengan segala kekurangan, perilaku, dan perasaan mereka, tanpa menghakimi, mengkritik, atau memberikan prasangka. Ini adalah penerimaan terhadap nilai intrinsik pasien sebagai manusia. **Kongruensi (Keaslian/Genuineness):** Perawat mampu menjadi diri sendiri yang otentik dan transparan dalam interaksi terapeutik. Ini berarti ada kesesuaian antara apa yang dirasakan, dipikirkan, dan dikomunikasikan oleh perawat, sehingga perawat hadir secara jujur.
- c. **Mendengarkan Aktif (Active Listening):** Perawat mendengarkan dengan penuh perhatian dan berupaya memahami pesan yang disampaikan pasien, baik secara verbal maupun non-verbal, kemudian memberikan umpan balik yang menunjukkan bahwa pesan tersebut telah diterima dan dipahami. (Chapman, 2017)

3. Tahapan Komunikasi Terapeutik

a. Fase Orientasi (Perkenalan)

Fase orientasi adalah tahap awal interaksi langsung antara perawat dan pasien. Tujuan utamanya adalah membangun rapport (hubungan) dan kepercayaan, serta menetapkan kontrak terapeutik yang jelas. Ini adalah masa di mana perawat dan pasien mulai mengenal satu sama lain dalam konteks profesional. (Peplau, 1952)

Tugas Perawat:

- 1) **Perkenalan Diri:** Mengidentifikasi diri (nama, peran, tujuan datang). (Stuart, 2017)
- 2) **Membangun Kepercayaan:**
 - Sikap tulus, hangat, dan terbuka.
 - Menggunakan nama pasien.
 - Menciptakan suasana yang nyaman dan tidak mengancam.
 - Menunjukkan empati dan mendengarkan aktif.
 - Menjaga kerahasiaan informasi pasien. (Videbeck, 2018)

- 3) Menetapkan Kontrak Terapeutik: Mendiskusikan dan menyepakati hal-hal berikut:
 - Tujuan Interaksi: Apa yang diharapkan dari interaksi ini (misalnya, "Saya di sini untuk mendiskusikan apa yang membuat Anda cemas hari ini").
 - Peran Perawat dan Pasien: Menjelaskan apa yang akan dilakukan perawat dan apa yang diharapkan dari pasien.
 - Waktu dan Durasi: Menjelaskan berapa lama interaksi akan berlangsung dan kapan interaksi berikutnya akan terjadi (misalnya, "Kita punya waktu sekitar 15 menit").
 - Tempat Interaksi: Menjelaskan di mana interaksi akan berlangsung.
 - Kerahasiaan: Menjelaskan batasan kerahasiaan.
 - Kondisi Terminasi: Menjelaskan kapan dan bagaimana hubungan akan berakhir. (Halter, 2018)
- 4) Mengidentifikasi Masalah Awal: Meskipun eksplorasi mendalam dilakukan di fase kerja, perawat mulai bertanya tentang perasaan atau kekhawatiran utama pasien. (Stuart, 2017)

Fase Kerja

Fase kerja adalah inti dari proses terapeutik. Pada fase ini, perawat dan pasien secara kolaboratif mengeksplorasi masalah pasien secara mendalam, mengembangkan wawasan baru, dan berupaya mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam kontrak. Ini adalah fase di mana perubahan dan pertumbuhan terapeutik yang signifikan terjadi. (Stuart, 2017)

Tugas Perawat:

- 1) Mengeksplorasi Masalah Pasien: Menggunakan teknik komunikasi terapeutik (mendengarkan aktif, pertanyaan terbuka, klarifikasi, refleksi, fokus) untuk membantu pasien mengidentifikasi, menganalisis, dan memahami masalah mereka. (Videbeck, 2018)
- 2) Mendorong Ekspresi Perasaan: Memberikan kesempatan bagi pasien untuk mengekspresikan

emosi, termasuk yang sulit seperti kemarahan, kesedihan, atau ketakutan. (Halter, 2018)

- 3) Mengidentifikasi dan Mengatasi Resistensi: Mengakui dan bekerja dengan resistensi pasien (keengganan untuk berubah, menyangkal masalah) secara terapeutik. (Stuart, 2017)
- 4) Mengajarkan Keterampilan Koping Baru: Membantu pasien mengembangkan strategi yang lebih sehat untuk mengatasi stres, kecemasan, atau pemicu masalah mereka. (Videbeck, 2018)
- 5) Menghadapi Perilaku Maladaptif: Mengkonfrontasi perilaku yang tidak sehat secara konstruktif dan membantu pasien menemukan alternatif. (Halter, 2018)
- 6) Memberikan Informasi dan Pendidikan Kesehatan: Memberikan penjelasan tentang penyakit, pengobatan, atau strategi manajemen diri. (Stuart, 2017)
- 7) Menetapkan Tujuan Realistis: Bekerja sama dengan pasien untuk menetapkan tujuan yang dapat dicapai dan mengukur kemajuan. (Videbeck, 2018)
- 8) Mempertahankan Batasan Profesional: Menjaga fokus pada tujuan terapeutik dan menghindari hubungan pribadi yang tidak sehat. (Halter, 2018)

Fase Terminasi

Fase terminasi adalah tahap terakhir dari hubungan terapeutik. Ini adalah fase yang direncanakan dan bertujuan untuk mengakhiri hubungan secara profesional dan positif, serta mempersiapkan pasien untuk melanjutkan kemajuan mereka secara mandiri atau dengan dukungan lain. (Stuart, 2017)

Tugas Perawat :

- 1) Mengevaluasi Pencapaian Tujuan: Bersama pasien, meninjau kembali tujuan yang telah ditetapkan di awal dan menilai sejauh mana tujuan tersebut telah tercapai. (Videbeck, 2018)
- 2) Mengidentifikasi Perasaan Terhadap Terminasi: Mengizinkan pasien (dan perawat) untuk mengekspresikan perasaan tentang berakhirnya

hubungan (misalnya, kesedihan, kecemasan, kelegaan, kebanggaan). Ini penting karena terminasi bisa memicu perasaan kehilangan, terutama bagi pasien yang memiliki masalah perpisahan. (Halter, 2018)

- 3) Merencanakan Tindak Lanjut: Mendiskusikan langkah-langkah selanjutnya yang akan diambil pasien setelah hubungan berakhir, seperti rujukan ke layanan lain, kelompok dukungan, atau strategi manajemen diri. (Stuart, 2017)
- 4) Meningkatkan Kemandirian Pasien: Menguatkan pasien bahwa mereka memiliki keterampilan dan sumber daya untuk mengatasi tantangan di masa depan. (Videbeck, 2018)
- 5) Perpisahan: Mengakhiri hubungan secara profesional dan empatik. (Halter, 2018)

4. Teknik -Teknik Komunikasi Terapeutik

Teknik Verbal

Teknik verbal melibatkan penggunaan kata-kata untuk menyampaikan dan menerima pesan secara efektif. (Videbeck, 2018)

Mendengarkan Aktif

Memberikan perhatian penuh dan tidak terbagi kepada pasien, tidak hanya mendengar kata-kata yang diucapkan tetapi juga mencoba memahami makna di baliknya, perasaan, dan pesan non-verbal yang menyertai. (Chapman, 2017)

Pertanyaan Terbuka dan Tertutup

Pertanyaan Terbuka: Pertanyaan yang tidak bisa dijawab dengan "ya" atau "tidak," mendorong pasien untuk memberikan jawaban yang panjang, rinci, dan mengeksplorasi pikiran serta perasaan mereka. (Stuart, 2017)

Pertanyaan Tertutup: Pertanyaan yang menghasilkan jawaban singkat, seringkali "ya" atau "tidak," atau fakta spesifik. Digunakan untuk mendapatkan informasi konkret atau klarifikasi cepat. (Videbeck, 2018)

Refleksi

Teknik di mana perawat memantulkan kembali perasaan atau isi perkataan pasien untuk menunjukkan pemahaman dan mendorong pasien untuk mengeksplorasi lebih lanjut. Ada dua jenis utama:

- 1) Refleksi Perasaan: Memantulkan emosi yang diungkapkan atau tersirat.
- 2) Refleksi Isi: Mengulang inti dari apa yang dikatakan pasien. (Stuart, 2017)

Klarifikasi

Upaya perawat untuk memastikan pemahaman yang akurat terhadap pesan pasien yang mungkin samar, ambigu, atau tidak jelas. (Videbeck, 2018)

Parafrase

Mengulang kembali pesan pasien dengan kata-kata perawat sendiri untuk menunjukkan bahwa perawat telah mendengarkan dan memahami inti dari pesan tersebut, serta untuk mendapatkan konfirmasi dari pasien. (Stuart, 2017)

Fokus

Teknik yang digunakan untuk mengarahkan percakapan pada satu topik atau gagasan yang relevan dan penting, terutama jika pasien cenderung melompat dari satu topik ke topik lain atau menghindari isu inti. (Videbeck, 2018)

Memfasilitasi

Teknik untuk mendorong pasien agar terus berbicara, mengeksplorasi pikiran dan perasaan mereka, dan merasa nyaman dalam berbagi. (Stuart, 2017)

Konfrontasi (secara terapeutik)

Teknik yang digunakan dengan hati-hati untuk menunjukkan kepada pasien adanya kesenjangan, inkonsistensi, atau kontradiksi antara perkataan (verbal) dan perilaku (non-verbal) mereka, atau antara apa yang mereka katakan di waktu yang berbeda. Tujuannya bukan untuk menyerang, melainkan untuk meningkatkan kesadaran diri pasien. (Stuart, 2017)

Teknik Non Verbal

Komunikasi non-verbal seringkali menyampaikan pesan yang lebih kuat daripada kata-kata. Perawat harus sadar akan isyarat non-verbal mereka sendiri dan mampu membaca isyarat non-verbal dari pasien, dan menerima pesan secara efektif. (Videbeck, 2018)

a. Kontak Mata

Penggunaan tatapan mata untuk menunjukkan perhatian, minat, dan kehadiran perawat dalam interaksi.

b. Sikap Tubuh dan Postur

Posisi tubuh perawat yang mengkomunikasikan keterbukaan, penerimaan, dan ketertarikan pada apa yang dikatakan pasien.

c. Ekspresi Wajah

Gerakan otot wajah yang mencerminkan emosi perawat dan menunjukkan respons yang sesuai terhadap apa yang dikatakan pasien.

d. Jarak Interpersonal (Proksemik)

Penggunaan ruang pribadi antara perawat dan pasien yang dapat memengaruhi kenyamanan dan keamanan dalam interaksi.

e. Sentuhan Terapeutik (jika sesuai)

Penggunaan sentuhan fisik secara profesional dan etis untuk memberikan dukungan, kenyamanan, atau menunjukkan kepedulian. Ini adalah teknik yang harus digunakan dengan sangat hati-hati dan dengan persetujuan pasien.

f. Nada dan Kecepatan Bicara

Kualitas suara perawat, termasuk volume, intonasi, dan kecepatan, yang dapat memengaruhi cara pesan diterima oleh pasien. (Stuart, 2017)

5. Hambatan Dalam Komunikasi Terapeutik

a. Kurangnya Empati:

Ketidakmampuan atau kesulitan perawat untuk memahami dan merasakan perspektif serta emosi pasien. Perawat mungkin hanya bersimpati (merasa kasihan) tanpa benar-benar mencoba menempatkan diri pada posisi pasien. (Stuart, 2017)

b. Prasangka dan Stigma

Perawat memiliki pandangan negatif, stereotip, atau penilaian buruk terhadap pasien berdasarkan diagnosis (misalnya, "pasien skizofrenia selalu agresif"), latar belakang sosial, budaya, atau perilaku tertentu. (Stuart, 2017)

c. Kurangnya Ketrampilan Komunikasi

Ketidakmampuan perawat untuk menerapkan teknik komunikasi terapeutik yang efektif (misalnya, tidak bisa mendengarkan aktif, hanya mengajukan pertanyaan tertutup, atau tidak bisa memparafrase dengan benar). (Stuart, 2017)

d. Kecemasan Perawat

Perawat merasa cemas atau tidak nyaman saat berinteraksi dengan pasien, terutama jika pasien menunjukkan perilaku yang menantang (agresi, halusinasi) atau topik yang sensitif. (Stuart, 2017)

C. Penutup

Komunikasi terapeutik bukanlah sekadar bagian tambahan dari perawatan keperawatan jiwa; ia adalah jantung dan jiwa dari seluruh proses penyembuhan. Dalam konteks kesehatan mental, di mana pasien seringkali bergulat dengan distorsi realitas, kesulitan berekspresi, dan hambatan interpersonal, kemampuan perawat untuk berkomunikasi secara terapeutik menjadi faktor penentu keberhasilan asuhan.

Komunikasi terapeutik adalah seni dan ilmu yang memungkinkan perawat untuk menghubungkan diri dengan pasien di tingkat manusiawi yang paling dalam, memecahkan hambatan yang diciptakan oleh penyakit, dan membimbing mereka menuju jalan pemulihan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association (ANA). (2010). *Nursing: Scope and Standards of Practice* (2nd ed.). American Nurses Publishing.
- American Nurses Association (ANA). (2015). *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements*. American Nurses Publishing.
- Chapman, L. A. (2017). *Communication Skills in Nursing: A Guide for Practice*. SAGE Publications.
- Halter, M. J. (2018). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric-Mental Health Nursing: A Clinical Approach* (8th ed.). Elsevier.
- Jurnal Keperawatan Klinis. (2021). Contoh referensi jurnal hipotetis untuk teknologi.
- Jurnal Keperawatan Psikiatri. (2020). Contoh referensi jurnal hipotetis untuk teknologi.
- Pardede, J. A. (2017). *Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan*. Penerbit Salemba Medika.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing*. G. P. Putnam's Sons.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Stuart, G. W. (2017). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.). Elsevier Mosby.
- Videbeck, S. L. (2018). *Psychiatric-Mental Health Nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Mental Health Report*. (Contoh referensi laporan organisasi hipotetis).

BIODATA PENULIS



Maykel A. Kiling, SPd, S.Kep, Ns, M.Kep. lahir di Langowan, pada 19 April 1975. Menyelesaikan pendidikan Diploma III di Akademi Keperawatan Dep.Kes. Manado, S1 Pendidikan Universitas Negeri Manado, S1 PS. Ilmu Kerawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hassanudin Makassar, Dan S2 Keperawatan Pasca Sarjana Universitas Padjadjaran Bandung. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Poltekkes Kemenkes Manado Penulis aktif dalam organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

