BAB II
TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Dasar Penyakit Kecemasan

1. Definisi Kecemasan

Kecemasan (*anxiety*) merupakan respons emosional terhadap ancaman yang dirasakan, baik nyata maupun tidak nyata, yang ditandai oleh perasaan khawatir, takut, tegang, dan ketidaknyamanan. Kecemasan berbeda dengan rasa takut (*fear*), karena takut memiliki objek yang jelas, sedangkan kecemasan sering kali muncul akibat ancaman yang tidak spesifik atau tidak diketahui sumbernya. Kecemasan Adalah pengalaman subjektif individu yang sering bermanifestasi dalam perilaku yang disfungsional yang didefinisikan sebagai perasaan kesulitan dan tertekan dalam menghadapi peristiwa yang tidak diketahui secara pasti (Wenny & Indriani, 2023).

Menurut Gail W. Stuart dalam *Stuart's Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*, kecemasan merupakan respons normal terhadap stres yang dapat bersifat adaptif maupun maladaptif tergantung pada intensitas dan kemampuan individu dalam mengelolanya. Pada tingkat ringan, kecemasan dapat meningkatkan kewaspadaan dan kemampuan pemecahan masalah, sedangkan pada tingkat berat dapat mengganggu fungsi kognitif, perilaku, dan persepsi (Stuart, 2023).

Berdasarkan stimulus atau sumber kecemasan menurut Stuart yang mengangkat sebuah teori psikoanalitik dijelaskan bahwa kecemasan terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego, ketika id sebagai stimulus atau dorongan kemudian superego sebagai respon yang mencerminkan hati nurani.

2. Rentang Respon Kecemasan



Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan (Anipah dkk., 2024).

Keterangan :

a. Kecemasan Ringan, terjadi karena adanya tekanan dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan tingkat ini memberikan sensasi adanya hal yang berbeda dan memerlukan perhatian khusus . Pada tingkat ini seseorang akan waspada dan terjadi peningkatan lapang persepsi . Hal tersebut terjadi karena adanya stimulasi sensoris yang meningkatkan dan membantu seseorang untuk memfokuskan perhatian untuk belajar, menyelesaikan masalah, berpikir, bertindak, merasakan, dan menjaga dirinya. Kecemasan tingkat ini dapat memotivasi seseorang untuk belajar dan menghasilkan kreativitas serta membuat perubahan atau berkomitmen dalam melakukan aktivitas dalam rangka mencapai tujuannya.
b. Kecemasan Sedang, merupakan perasaan yang mengganggu, karena adanya hal yang salah sehingga menjadi gugup dan gelisah. Seseorang dengan kecemasan tingkat ini hanya fokus terhadap masalah atau hal penting saja dan terjadi penyempitan lapang persepsi . Perhatian menjadi lebih selektif tetapi dapat melakukannya jika diarahkan. Mereka memblokir area tertentu namun masih dapat memproses informasi, menyelesaikan masalah, dan mempelajari hal baru dengan bantuan orang lain. Orang dengan kecemasan sedang sulit berkonsentrasi secara mandiri dan mudah teralihkan perhatiannya.
c. Kecemasan Berat, ditandai dengan penurunan lapang persepsi secara signifikan. Seseorang dengan kecemasan berat cenderung fokus pada detil spesifik dan tidak memikirkan hal lain. Semua perilaku diarahkan utuk mengurangi kecemasan dan memerlukan banyak panduan untuk berfokus pada area lain
d. Panik, melibatkan hilangnya kendali (kontrol diri), kehilangan perhatian, kebingungan, ketakutan, terror, serta ketidakmampuan melakukan sesuatu meski dengan arahan. Panik dapat menyebabkan disorganisasi kepribadian dan dapat mengancam jiwa, peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan berinterkasi dengan orang lain, distorsi persepsi dan hilangnya pemikiran rasional.

3. Etiologi Kecemasan

Proses terjadinya kecemasan dijelaskan melalui psikodinamika keperawatan menurut model stress adaptasi stuart. Faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya kecemasan adalah factor biologi, psikologi dan sosial budaya (Stuart, 2023).

a. Biologis

Faktor biologis berkaitan dengan kondisi fisik dan fungsi otak, terutama gangguan pada neurotransmiter seperti GABA, norepinefrin, dan serotonin yang berperan dalam mengatur respons kecemasan. Selain itu, faktor genetik atau riwayat keluarga dengan gangguan kecemasan, kondisi kesehatan fisik, status nutrisi, serta sensitivitas biologis juga dapat meningkatkan risiko terjadinya ansietas.

b. Psikologis

Faktor psikologis meliputi tipe kepribadian, tingkat kematangan, pengalaman traumatis, gangguan konsep diri, pola asuh, serta pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan. Faktor-faktor tersebut dapat memengaruhi cara individu menghadapi stres sehingga meningkatkan risiko munculnya ansietas.

c. Sosial Budaya

Faktor sosial budaya meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, agama, keyakinan, serta hubungan sosial. Lingkungan keluarga yang kurang harmonis dan lingkungan sosial yang kurang mendukung juga dapat menjadi faktor yang memicu terjadinya ansietas.

4. Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan yang timbul secara umum (Mulyadi & Kholida, 2021) adalah:

a. Tanda Fisik

1) Kecemasan ringan

a) Gemetaran, renjatan, rasa goyang
b) Ketegangan otot
c) Napas pendek, hiperventilasi
d) Kelelahan

2) Kecemasan sedang
    a) Sering kaget
    b) Hiperaktif
    c) Memiliki wajah yang merah dan pucat
3) Kecemasan berat
    a) Takikardi
    b) Nafas pendek dan hiperventilasi
    c) Berpeluh
    d) Terasa dingin di tangan
4) Panik
    a) Diare
    b) Mulut kering (*xerostomia*)
    c) Sering kecing, parastesia (kesemutan pada tangan dan kaki)
    d) Kesulitan menelan

b. Gejala Psikologis
    1) Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung.
    2) Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut
    3) Sulit konsentrasi, terlalu berhati-hati
    4) Takut sendirian, takut pada orang banyak
    5) Gangguan pola tidur, mimpi mimpi yang menegangkan
    6) Gangguan daya ingat dan konsentrasi
    7) Rasa mengganjal di tenggorokan
    8) Perut mual

5. Faktor Penyebab Kecemasan

Menurut (Suroiyya & Habsy, 2024), terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan seseorang, yaitu:

a. Pengalaman negatif pada masa lalu, hal ini dapat terjadi pada seseorang yang belum mampu berdamai dengan masa lalu dan dikhawatirkan dapat terulang kembali dimasa depan.
b. Pikiran yang tidak irasional, fikiran yang tidak masuk akal atau tidak sewajarnya serta terkesan berlebihan

6. Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan yang dialami oleh individu terbagi menjadi 4 (Mulyadi & Kholida, 2021) yaitu, diantaranya :

a. Kecemasan Ringan

   Ini biasanya disertai dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, yang membuat remaja lebih waspada dan meningkatkan persepsinya. Ketakutan dapat memicu belajar, pertumbuhan, dan kreativitas.

b. Kecemasan Sedang

   Pada titik ini, perhatian terhadap masalah berkurang. Individu lebih memprioritaskan hal-hal penting daripada hal lain.

c. Kecemasan Berat

   Lapangan persepsi menyempit dan bervokus pada hal- hal kecil. Akibatnya, mereka tidak dapat memecahkan masalah dan mengalami gangguan fungsional.

d. Panik

   Terpengarah, ketakutan, dan teror adalah tanda panik pada tingkat kecemasan. Seseorang yang panik tidak mampu mekukan sesuatu bahkan dengan pengarahan karena kehilangan kendali. Peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan kemampuan untuk berpikir rasional adalah semua efek dari penyakit panik. Tingkat kecemasan ini tidak masuk akal, dan jika berlangsung lama, dapat menyebabkan kelelahan yang parah atau bahkan kematian.

7. Dampak Kecemasan

Menurut (Mulyadi & Kholida, 2021) dampak kecemasan ada beberapa simtom diantaranya yaitu:

a. Simtom suasana hati adalah Individu yang mengalami kecemasan mengalami perasaan akan adanya hukuman dan ancaman malapetaka dari sumber yang tidak diketahui. Mereka juga tidak bisa tidur, yang menyebabkan mereka menjadi mudah marah.

b. Simtom kognitif adalah kecemasan dapat menyebabkan kekhawatiran dan keprihatinan tentang hal-hal yang tidak menyenangkan yang dapat terjadi. Ini membuat mereka tidak memperhatikan masalah yang ada, yang

menyebabkan mereka sering tidak bekerja atau belajar secara efektif, dan akhirnya akan menjadi lebih cemas.

c. Simtom motor adalah Orang yang mengalami kecemasan sering mengalami gelisah, gugup, aktivitas motorik menjadi tidak jelas dan tidak memiliki tujuan, seperti mengetuk kaki, dan sangat terkejut dengan suara yang muncul secara tiba-tiba. Simtom motor menunjukkan rangsangan kognitif yang tinggi dan upaya untuk melindungi diri dari segala sesuatu yang tampak mengancam.

8. Penatalaksanaan Kecemasan

Penatalaksanaan ansietas dapat dilakukan melalui pendekatan farmakologis dan non-farmakologis (Anipah dkk., 2024).

a. Penatalaksanaan Farmakologis

Penatalaksanaan farmakologis bertujuan mengurangi gejala ansietas dengan pemberian obat antiansietas, seperti golongan benzodiazepin. Obat ini umumnya digunakan dalam jangka pendek karena penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan toleransi dan ketergantungan. Selain itu, obat nonbenzodiazepin, seperti buspiron dan beberapa jenis antidepresan, juga dapat digunakan sesuai indikasi dan kondisi pasien.

b. Penatalaksanaan Non-farmakologis

Penatalaksanaan nonfarmakologis merupakan terapi pendamping yang bertujuan membantu individu mengendalikan ansietas tanpa menggunakan obat. Beberapa bentuk terapi nonfarmakologis meliputi:

1) Distraksi

Distraksi merupakan teknik mengalihkan perhatian individu dari sumber kecemasan ke aktivitas yang lebih positif sehingga intensitas ansietas berkurang. Bentuk distraksi dapat berupa aktivitas menyenangkan, dukungan spiritual, maupun aktivitas kreatif. Salah satu bentuk distraksi yang efektif adalah Terapi Seni Mandala (Mandala Art Therapy). Melalui kegiatan mewarnai pola mandala yang terstruktur dan berulang, perhatian pasien dialihkan dari pikiran yang menimbulkan kecemasan ke proses mewarnai. Aktivitas ini membantu meningkatkan konsentrasi, memberikan efek relaksasi, menurunkan ketegangan, serta membantu pasien merasa lebih tenang.

2) Terapi Relaksasi

Terapi relaksasi bertujuan mengurangi ketegangan fisik dan psikologis akibat ansietas. Bentuk terapi relaksasi meliputi latihan napas dalam, meditasi, relaksasi imajinasi dan visualisasi, serta relaksasi otot progresif. Terapi Seni Mandala juga memiliki efek relaksasi karena aktivitas mewarnai dilakukan secara fokus dan berulang, sehingga dapat membantu menenangkan pikiran, mengurangi stres, dan menurunkan tingkat ansietas.

9. Pengukuran Tingkat Kecemasan

a. HARS *(Hamilton Anxiety Rating Scale)*

Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Skala HARS *(Hamilton Anxiety Rating Scale)* dalam penilaian kecemasan terdiri dan 14 item, meliputi :

1) Perasaan ansietas: cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
2) Ketegangan: merasa tegang, lesu, tak bisa istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah.
3) Ketakutan: pada gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, pada kerumunan orang banyak.
4) Gangguan tidur: sukar masuk tidur, terbangun malam hari, tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi-mimpi, mimpi buruk.
5) Gangguan kecerdasan: sukar konsentrasi, daya ingat buruk.
6) Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
7) Gejala somatik: sakit dan nyeri di otot-otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
8) Gejala sensorik: penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk.
9) Gejala kardiovaskuler: takikardi, berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan, detak jantung menghilang (berhenti).

10) Gejala respiratori: rasa tertekan atau sempit di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas, napas pendek/sesak.
11) Gejala gastrointestinal: sulit menelan, perut melilit, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, rasa penuh/kembung, mual, muntah, BAB lembek, kehilangan berat badan konstipasi.
12) Gejala urogenital: sering buang air kecil, tidak dapat menahan air seni, amenorrhea, menorhagia.
13) Gejala otonom: mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing atau sakit kepala, bulu-bulu berdiri.
14) Tingkah laku pada wawancara: gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut kening, muka tegang, tonus otot meningkat, napas pendek dan cepat

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

0 = Jika tidak ditemukan gejala atau keluhan
1 = Gejala ringan (jika ditemukan minimal 1 dari gejala/keluhan yang ada).
2 = Gejala sedang (jika ditemukan 50% dari gejala/keluhan yang ada sesuai dengan indikator).
3 = Gejala berat (jika ditemukan lebih dari 50% dari keseluruhan gejala/keluhan yang ada).

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

1) Skor kurang dari 14 = Tidak ada kecemasan
2) Skor 14-20 = Kecemasan ringan
3) Skor 21-27 = Kecemasan sedang
4) Skor 28-41 = Kecemasan berat

B. Konsep Teori Inovasi Penerapan Terapi Mandala

1. Definisi Terapi Mandala

Terapi mandala merupakan salah satu bentuk *art therapy* (terapi seni) yang menggunakan aktivitas menggambar, mewarnai, atau menciptakan pola mandala sebagai media ekspresi diri, relaksasi, dan peningkatan kesehatan mental. Kata mandala berasal dari bahasa Sanskerta yang berarti "lingkaran"

dan melambangkan keseimbangan, kesatuan, serta harmoni antara pikiran dan emosi (Lakaseru dkk, 2025).

Menurut kajian sistematis terbaru, terapi mandala bekerja melalui mekanisme peningkatan fokus perhatian, *mindfulness*, regulasi emosi, dan pengurangan stres psikologis. Aktivitas mewarnai pola geometris yang terstruktur membantu individu mengalihkan perhatian dari pikiran negatif dan stimulus internal yang mengganggu (Zhang dkk, 2024). Dalam keperawatan jiwa, terapi mandala termasuk terapi non-farmakologis yang relatif mudah diterapkan, murah, aman, dan dapat digunakan sebagai terapi pendamping bersama pengobatan antipsikotik.

2. Manfaat Terapi Mandala

Menurut (Zhang et al., 2025), terdapat beberapa manfaat dari penerapn terapi mandala, yaitu:

a. Menurunkan tingkat kecemasan.
b. Mengurangi stres psikologis.
c. Meningkatkan kesejahteraan psikologis.
d. Meningkatkan harapan *(hope)* dan ketahanan psikologis *(resilience)*.
e. Membantu mengurangi gejala depresi.
f. Meningkatkan kualitas hidup pasien.

3. Mekanisme Terapi Mandala

Pasien yang mengalami halusinasi pendengaran umumnya mengalami gangguan dalam memusatkan perhatian, kecemasan, stres, dan kesulitan membedakan stimulus internal dengan stimulus eksternal. Saat pasien terfokus pada suara halusinasi, perhatian terhadap lingkungan nyata menjadi berkurang (Hidayah & Untari, 2024). Secara umum mekanisme kerja terapi mandala berupa:

a. Distraksi Kognitif

   Saat pasien menggambar atau mewarnai mandala, fokus perhatian dialihkan dari stimulus internal (halusinasi) ke aktivitas visual dan motorik yang nyata. Proses ini membantu mengurangi dominasi suara halusinasi.

b. Regulasi Emosi

Aktivitas mandala menghasilkan efek relaksasi yang dapat menurunkan kecemasan, ketegangan, dan stres. Penurunan kecemasan sangat penting karena kecemasan diketahui menjadi faktor yang memperberat frekuensi halusinasi.

c. Peningkatan Konsentrasi dan *Mindfulness*

Terapi mandala memiliki pola simetris yang membutuhkan perhatian berkelanjutan. Aktivitas tersebut meningkatkan kemampuan pasien untuk tetap berada pada kondisi "saat ini" (*present moment awareness*), sehingga mengurangi fokus pada pengalaman halusinasi

d. Ekspresi Diri

Melalui warna dan gambar, pasien dapat mengekspresikan emosi yang sulit diungkapkan secara verbal. Hal ini membantu mengurangi tekanan psikologis yang sering menjadi pemicu kekambuhan gejala psikotik (Latifah dkk., 2025).

4. Indikasi dan Kontraindikasi Terapi Mandala

Terdapat beberapa indikasi pada terapi mandala menurut (Hidayah & Untari, 2024) yaitu:

a. Mengalami halusinasi pendengaran
b. Mengalami kecemasan ringan–sedang
c. Masih kooperatif
d. Stabil secara fisik dan psikis
e. Memiliki gangguan fokus dan ekspresi emosi

Beberapa kontraindikasi dalam penerapan terapi mandala yaitu pasien dengan:

a. Agitasi berat
b. Risiko perilaku kekerasan tinggi yang tidak terkontrol
c. Gangguan kesadaran berat
d. Kondisi psikotik akut yang sangat tidak kooperatif

5. SOP Terapi Seni Mandala

a. Pengertian

Terapi seni mandala adalah terapi nonfarmakologis yang menggunakan kegiatan mewarnai atau menggambar pola mandala sebagai

media ekspresi diri untuk membantu pasien menyalurkan perasaan, meningkatkan konsentrasi, memberikan efek relaksasi, menurunkan tingkat kecemasan, serta membantu mengalihkan perhatian dari halusinasi pendengaran.

b. Tujuan
   1) Menurunkan tingkat kecemasan pasien dengan halusinasi pendengaran.
   2) Meningkatkan relaksasi dan ketenangan pasien.
   3) Membantu pasien mengalihkan perhatian dari halusinasi yang dialami.
   4) Meningkatkan kemampuan konsentrasi dan fokus pasien.
   5) Membantu pasien mengekspresikan perasaan secara positif.

c. *Setting*
   1) Mempersiapkan lingkungan yang nyaman dan tenang
   2) Mempersiapkan alat dan bahan yang digunakan
   3) Terapis dapat dilakukan secara individual.

d. Alat/Bahan
   1) Lembar pola mandala atau kertas gambar A4.
   2) Pensil warna, spidol *acrylic.*
   3) Meja dan kursi yang nyaman.
   4) Lembar kuesioner.

e. Metode

   Terapi aktivitas individu atau kelompok melalui kegiatan mewarnai pola mandala yang dipandu oleh perawat dengan pendekatan terapeutik.

f. Langkah Kegiatan

   Persiapan Klien:
   1) Memilih klien yang sesuai dengan indikasi
   2) Membuat kontrak dengan klien
   3) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

   Orientasi :

   Salam terapeutik
   1) Mengucapkan salam terapeutik dari terapis kepada klien
   2) Klien dan terapis menggunakan papan nama

Evaluasi/Validasi

1) Menanyakan perasaan klien saat ini
2) Menanyakan apakah klien sudah mandi, makan dan minum obat.
3) Tanyakan apakah kegiatan aktivitas menggambar sudah dilakukan.

Kontrak

1) Menjelaskan tujuan kegiatan terapi seni mandala : mewarnai pola mandala untuk mengurangi tanda dan gejala halusinasi.
2) Menjelaskan aturan main selama proses terapi seni mandala : mewarnai pola mandala,lama kegiatan 30 menit dan setiap pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir.

g. Tahap Kerja

1) Melakukan *pre-test* dan *post-test* selama 6 hari dengan menggunakan lembar kuesioner HARS *(Hamilton Anxiety Rating Scale)*.
2) Persiapkan alat dan bahan seperti lembar pola mandala, spidol acrylic/pensil warna.
3) Membagikan alat dan bahan untuk mewarnai ke klien.
4) Siapkan klien untuk memilih posisi yang nyaman
5) Menjelaskan pola mandala dan pewarnaannya
6) Memotivasi klien untuk tetap mau mewarnai pola mandala
7) Terapis memberikan pujian kepada klien setelah klien selesai mewarnai

h. Terminasi

1) Menanyakan perasaan klien setelah melakukan tindakan, terapis memberikan pujian pada klien.
2) Melakukan rencana tindak lanjut : terapis menuliskan kegiatan mewarnai mandala pada tindakan harian klien.
3) Melakukan kontrak pertemuan berikutnya.
4) Menyepakati tindakan terapi mewarnai seni mandala yang akan datang
5) Menyepakati waktu dan tempat
6) Berpamitan dan mengucapkan salam.

i. Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pada catatan proses keperawatan setiap klien.

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan awal dalam proses asuhan keperawatan, dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien agar dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan Kesehatan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pada tahap ini ada beberapa faktor yang perlu di eksplorasi baik pada klien sendiri maupun keluarga berkenan dengan kasus halusinasi yang meliputi:

a. Identitas klien :

   Melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat pasien usia pasien dan NO RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

b. Alasan masuk

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

c. Riwayat penyakit sekarang dan faktor presipitasi

   Menanyakan bagaimana pasien bisa mengalami gangguan jiwa. Faktor yang memperberat kejadian seperti putus pengobatan.

d. Faktor predisposisi

   Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan.

e. Pemeriksaan Fisik

   Memeriksa TTV, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluahan fisik yang dirasakan klien.

f. Pengkajian Psikososial

1) Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh

2) Konsep Diri

a) Citra Diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

b) Identitas Diri

Status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan kliensebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya.

c) Peran Diri

Tugas atau peran klien dalam keluarga atau pekerjaan atau kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan klien akibat perubhan tersebut.

d) Ideal Diri

Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

e) Harga Diri

Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada klien dalam berhubungan dengan orang lain, harapan, identitas diri tidak sesuai harapan, fungsi peran tidak sesuai harapan, ideal diri tidak sesuai harapan, penilaian klien terhadap pandangan atau penghargaan orang lain.

f) Hubungan Sosial

Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup klien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran

serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

g) Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah atau menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

g. Status Mental

1) Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tida seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik atau berpakaian terhadap status psikologi klien.

2) Pembicaraan

Amati pembicaraan klien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti atau bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu menyelesaikan masalah.

3) Aktivitas motorik

Klien dengan ansietas tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Mondar mandir, memainkan jari, menggoyangkan kaki.

4) Afek

Pada klien ansietas Tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebih, eforia, tegang dan takut.

5) Interaksi selama wawancara

Kooperatif (berespon dengan baik tergadap pewawancara), tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan), mudah tersinggung, bermushan (kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah), kontak kurang (tidak mau menatap lawan bicara), curiga (menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain).

6) Persepsi sensori

Kaji apakah terdapat gangguan persepsi seperti halusinasi atau ilusi.

7) Proses Pikir
   a) Bentuk pikir: Otistik, Dereistik, *Non realistik*
   b) Arus Pikir: Sirkumtansial, Tangensial, Kehilangan asosiasi, Bloking, Perseferasi, Perbigerasi
   c) Isi Pikir: Obsesi, Phobia, Hipokondria, Depersonalisasi, Ide yang terkait, pikiran magis, waham.
8) Tingkat kesadaran

   Pada Klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis (acuh tak acuh).
9) Memori

   Gangguan mengingat jangka panjang: tidak dapat mengingat kejadian lebih dari 1 bulan, gangguan mengingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian dalam minggu terakhir, gangguan mengingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi, dan Konfabulasi: pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.
10) Tingkat konsentrasi

   Pada klien dengan ansietas tidak dapat berkonsentasi dan mudah teralihkan, serta sulit menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja dibicarakan dirinya/orang lain dan sulit mempertahankan perhatian.
11) Daya Tilik

   Pada klien dengan ansietas perlu dikaji kemampuan dalam mengenali dan memahami kondisi kecemasan yang dialaminya, mengetahui faktor pencetus kecemasan, serta menyadari dampak kecemasan terhadap aktivitas sehari-hari. Selain itu, dikaji kesediaan klien untuk menerima kondisi yang dialami, mencari pertolongan, serta mengikuti pengobatan dan terapi yang dianjurkan.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual/potensial. Diagnosis keperawatan merupakan dasar

dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosis keperawatan untuk menuliskan masalah/*problem* pasien atau perubahan status kesehatan pasien (PPNI, 2017). Berdasarkan SDKI (2017). Ada beberapa diagnosis keperawatan yang sering ditemukan pada pasien dengan halusinasi yaitu:

a. Ansietas berhubungan dengan stressor psikologis (D.0080).
b. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan halusinasi pendengaran (D.0085).
c. Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi pendengaran (D.0146).
d. Isolasi sosial berhubungan dengan ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan (D.0121).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan yang menentukan tujuan, metode, waktu, dan pelaku tindakan keperawatan. Sementara itu, tindakan keperawatan adalah aktivitas spesifik yang dilakukan oleh perawat untuk melaksanakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia Tim POKJA SLKI DPP PPNI (PPNI, 2019) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Tim Pokja SLKI DPP (PPNI, 2018).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	SLKI	SIKI
1.	**Ansietas (D.0080)**	**Tingkat Ansietas (L.09093)** Setelah dilakukan Tindakan 4 x 30 menit, diharapkan tingkat ansietas membaik dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kekhawatiran menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Ketegangan menurun 4. Sulit konsentrasi menurun 5. Rasa takut menurun	**Reduksi Ansietas (I.09314)** **Observasi :** 1. Identifikasi tingkat ansietas. 2. Identifikasi situasi yang memicu kecemasan. 3. Monitor tanda-tanda ansietas (gelisah, tegang, sulit fokus). **Terapeutik :** 1. Ciptakan suasana tenang dan nyaman.

		Frekuensi nadi dan pernafasan membaik	2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3. Dengarkan keluhan pasien secara empatik. 4. Berikan kesempatan mengungkapkan perasaan. 5. Latih teknik relaksasi napas dalam. 6. Ajarkan teknik distraksi saat muncul kecemasan. 7. Anjurkan melakukan aktivitas yang disukai, seperti menggambar atau mewarnai mandala **Edukasi :** 1. Jelaskan tentang kecemasan dan penyebabnya. 2. Ajarkan cara mengenali tanda-tanda kecemasan. 3. Ajarkan strategi mengontrol kecemasan secara mandiri. 4. Libatkan keluarga dalam memberikan dukungan. **Kolaborasi :** Kolaborasi pemberian obat antiansietas sesuai program terapi medis.
2.	**Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)**	**Persepsi Sensori (L.09083)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 30 menit, diharapkan gangguan persepsi sensori menurun dan teratasi dengan kriteria hasil:	**Manajemen Halusinasi (I.09288)** **Observasi :** 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan Tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan

		1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Perilaku halusinasi menurun 3. Frekuensi halusinasi menurun. 4. Mampu mengenali halusinasi. 5. Mampu mengontrol halusinasi. 6. Respons sesuai stimulus nyata membaik. 7. Kecemasan menurun.	3. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) **Terapeutik :** 1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien. 2. Pertahankan lingkungan yang aman bagi pasien dan orang lain. 3. Diskusikan perasaan dan respon yang berkaitan dengan halusinasi. 4. Hindari memperdebatkan isi halusinasi pasien. 5. Fokuskan pembicaraan pada realitas. 6. Berikan aktivitas terstruktur sesuai kemampuan pasien. 7. Dampingi pasien ketika halusinasi muncul. 8. Anjurkan pasien melakukan aktivitas yang dapat mengalihkan perhatian dari halusinasi. **Edukasi :** 1. Anjurkan monitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi.

			Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antianssietas sesuai program terapi. 2. Kolaborasi dengan dokter dan tim kesehatan jiwa dalam evaluasi perkembangan pasien.
3.	**Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)**	**Kontrol Diri (L.09076)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 30 menit, diharapkan resiko perilaku kekerasan menurun dan teratasi dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 6. Perilaku agresif/amuk menurun 7. Suara keras menurun 8. Bicara ketus menurun	**Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)** **Observasi :** 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali) 2. Identifikasi faktor pencetus kemarahan. 3. Kaji isi halusinasi, terutama yang bersifat memerintah. 4. Pantau tanda-tanda peningkatan agresivitas. 5. Identifikasi riwayat perilaku kekerasan. 6. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung **Terapeutik :** 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin **Edukasi :** 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih mengurangi kemarahan secara verbal

			dan non verbal (mis. teknik relaksasi napas dalam, bercerita) 3. Ajarkan cara mengungkapkan marah secara konstruktif. 4. Latih aktivitas fisik untuk menyalurkan energi, seperti memukul bantal sesuai prosedur terapeutik yang berlaku.
4.	**Isolasi Sosial (D.0121)**	**Keterlibatan Sosial (L.13116)** Setelah dilakukan tindakan selama 4 x 30 menit, diharapkan isolasi sosial membaik dengan kriteria hasil : 1. Minat interaksi sosial meningkat. 2. Minat terhadap aktivitas meningkat 3. Verbalisasi isolasi menurun 4. Kontak mata membaik 5. Mampu memulai percakapan. 6. Perilaku menarik diri menurun 7. Mampu berpartisipasi dalam aktivitas kelompok. 8. Perasaan kesepian, murung/sedih menurun. 9. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun 10. Kemampuan komunikasi meningkat.	**Promosi Sosialisasi (I.13498)** **Observasi:** 1. Identifikasi penyebab isolasi sosial. 2. Identifikasi kemampuan interaksi dengan orang lain 3. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain **Terapeutik :** 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 4. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis. Jalan-jalan) 5. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 6. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan

			Edukasi : 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan pasien mengikuti kegiatan kelompok. 4. Libatkan pasien dalam aktivitas kelompok 5. Jelaskan manfaat memiliki hubungan sosial. 6. Ajarkan keterampilan komunikasi sederhana.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat guna pelaksanaan implementasi ini harus berorientasi pada kebutuhan pasien, mempertimbangkan berbagai faktor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan keperawatan, serta menggunakan strategi tindakan dan komunikasi yang sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menentukan efektivitas rencana keperawatan yang telah dilaksanakan.

Terdapat dua jenis evaluasi :

Jenis Evaluasi :

a. Evaluasi Proses (Formatif) : Mengevaluasi proses keperawatan yang telah dilakukan, termasuk aktivitas yang telah dilakukan dan hasilnya. Metode evaluasi ini meliputi pengumpulan data, analisis rencana asuhan keperawatan, observasi, wawancara, dan pengisian form evaluasi.

b. Evaluasi Hasil (Sumatif) : Mengevaluasi hasil akhir tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien, termasuk perubahan status kesehatan

atau status lainnya setelah intervensi keperawatan. Evaluasi keperawatan membantu perawat untuk menentukan apakah rencana keperawatan yang telah dilakukan efektif dan sesuai dengan kebutuhan klien.