

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia Paranoid

1. Definisi Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia merupakan gangguan neurobiological yang terjadi pada bagian otak secara presisten dan serius dengan munculnya gejala psikotik berupa delusi, halusinasi, gangguan *mood* dan gangguan pikiran yang mengakibatkan gangguan fungsi kepribadian, pikiran, ingatan dan persepsi, dan kerusakan pada fungsi utama kehidupan baik secara individu, keluarga maupun komunitas (Buckely and Foster, 2024; Fatani *et al.*, 2017; Dogra *et al.*, 2017; Miret *et al.*, 2016; Watmuff *et al.* 2016).

2. Etiologi

Etiologi dari skizofrenia belum diketahui secara pasti. Namun beberapa sumber menjelaskan adanya interaksi dari beberapa faktor. Interaksi beberapa faktor tersebut seperti genetika, lingkungan, ekonomi, masalah pada perkembangan selama kehamilan. Beberapa faktor lain seperti sosial berupa kemiskinan, isolasi sosial, diskriminasi, hilangnya identitas budaya, tempat tinggal yang buruk dan psikologi dalam bentuk tinggal pada lingkungan yang baru menyebabkan kejadian stres pada individu (Fatani *et al.*, 2018; Dogra *et al.*, 2017; Tandon, 2009; Van Os *et al.*, 2010; Watmuff *et al.*, 2016).

3. Tanda dan Gejala

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu:

a. Gejala Positif

Gejala positif merupakan gejala yang menyebabkan distorsi fungsi normal atau kelebihan. Gejalanya antara lain delusi yang bersifat somatik tentang keyakinan yang salah, grandiose yaitu keyakinan diri bahwa memiliki kekuatan atau kemampuan yang khusus dan paranoid. Halusinasi merupakan gangguan persepsi mayor yang terdiri dari beberapa jenis pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, taktil, dan pengecapan yang ditandai dengan pengalaman terjadi tanpa adanya rangsangan eksternal. Gangguan pikiran ditandai dengan ucapan yang kacau, pikiran dapat diblokir atau pikiran yang

telah dimasukkan, ditarik oleh pikiran orang lain (Buckley and Foster, 2014; Fatani et al., 2017; Hines and Marschall, 2012; Dogra et al., 2017; Miret et al., 2016; Owen et al., 2016; Watmuff et al., 2016).

b. Gejala Negatif

Gejala negatif yang muncul pada pasien skizofrenia, antara lain adalah penurunan beberapa perilaku, seperti anhedonia, alogia, avolition, afek datar, dan asosialitas. Gejala negatif dikaitkan dengan hasil fungsional yaitu secara konsisten terjadi penurunan fungsi pada individu dan dihubungkan dengan gangguan fungsi kerja, kegiatan rumah tangga, dan rekreasi (Fatani et al., 2017; Hines and Marschall, 2012; Dogra et al., 2017; Miret et al., 2016; Owen et al., 2016; Stoelting et al., 2012; Watmuff et al., 2016).

4. Kriteria Diagnosis

Kriteria Skizofrenia menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition (DSM-5), penjelasan untuk menegakkan diagnosis Skizofrenia harus memenuhi kriteria (Valle, 2020).

- a. Jika ada dua atau lebih gejala dibawah ini, dimana gejala ini muncul secara signifikan selama periode 1 bulan atau kurang jika dilakukan terapi yang berhasil dan sedikitnya satu dari gejala nomor 1, 2 atau 3. Waham, halusinasi, bicara yang kacau, perilaku katatonik atau aneh dan gejala negatif yaitu emosi yang hilang atau penarikan diri.
- b. Adanya gangguan secara fungsi satu lebih fungsi penting misalnya bekerja hubungan interpersonal atau perawatan diri.
- c. Gejalanya berlangsung persisten minimal 6 bulan. Periode ini harus mencakup sedikitnya 1 bulan dari gejala atau bias berkurang karena efek dari pengobatan yang dijumpai pada kriteria utama dan juga termasuk gejala prodromal atau sisa.
- d. Gangguan skizoafektif dan depresi atau bipolar dengan mengesampingkan psikotik, jika terdapat tidak ada gambaran depresi mayor atau episode manik pada fase aktif atau jika terjadi episode mood selama fase aktif yang menunjukkan gejala minimal atau sebagian besar pada fase aktif atau gejala sisa.

- e. Gangguan ini tidak diakibatkan dari efek psikologi penggunaan obat misalnya penyalahgunaan obat atau kondisi medis lain

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan utama dalam pengobatan skizofrenia adalah obat antipsikotik yang dapat mempengaruhi fungsi perilaku, emosi dan pikiran, dapat mengurangi gejala psikotik serta mencegah kekambuhan dan gangguan psikotik seperti kondisi depresi, mania dan delirium (Vallianatou, 2016; Kapplan and Saddock, 2010). Penggunaan klinik psikotropika dibedakan menjadi empat golongan yaitu antipsikosis (major tranquilizer, neuroleptic), anti ansietas (minor tranquilizer), antidepresan, dan antimania (mood stabilizer) (Kapplan and Saddock, 2010). Terdapat dua kelas utama pada obat antipsikotik berupa golongan tipikal, konvensional atau generasi pertama obat antipsikotik FGA dan obat antipsikotik atipikal atau generasi kedua SGA yang lebih baru. Adapun jenis obat antipsikotik tipikal dengan dopamine receptor antagonist terdiri dari obat Chlorpromazine, Trifluoperazine, Haloperidol, Flupentixol, Zuclopenthixol, Pipotiazine, Fluphenazine dan Sulpiride sementara jenis obat antipsikotik atipikal dengan serotonin receptor antagonist dopamine yang terdiri dari obat risperidone, olanzapine, quetiapine, amisulprid, clozapine, aripiprazole, paliperidone, asenapin dan lurasidon (Tandon, 2013; Vallianatou, 2016).

B. Isolasi Sosial

1. Definisi

Isolasi sosial adalah keadaan di mana seseorang mengalami penurunan atau bahkan tidak mampu berinteraksi dengan orang lain (damaiyanti, 2012), klien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang signifikan dengan orang lain (keliat, 2011). Selain itu, isolasi sosial juga merupakan kesepian yang dirasakan seseorang yang didorong oleh keberadaan orang lain sebagai pernyataan negatif atau mengancam (nadia, 2011).

2. Etiologi

Faktor predisposisi perkembangan dan sosial budaya mempengaruhi terjadinya gangguan ini. Kegagalan dapat menyebabkan orang tidak percaya diri, tidak percaya pada orang lain, ragu, pesimis, putus asa, tidak mampu merumuskan keinginan, dan merasa tertekan. Dalam keadaan ini, orang lebih suka berdiam diri menghindari orang lain dan kegiatan sehari-hari Menurut Direja (2011).

Faktor – faktor yang dapat memengaruhi isolasi sosial:

a. Aspek Pertumbuhan

Setiap tahap perkembangan individu harus memenuhi tugas-tugas tertentu untuk memastikan bahwa hubungan sosial tetap berjalan lancar. Jika tugas perkembangan ini diabaikan, fase-fase perkembangan sosial berikutnya dapat terhambat.

b. Komunikasi di Dalam Keluarga

Gangguan komunikasi dalam keluarga menjadi salah satu faktor yang mengganggu hubungan sosial. Misalnya, Ketika komunikasi tidak jelas dan saling bertentangan, saat seseorang menerima dua pesan yang bertolak belakang secara bersamaan, serta adanya ekspresi emosi yang kuat dalam setiap komunikasi.

c. Aspek Sosial Budaya

Salah satu faktor yang berkontribusi terhadap masalah dalam hubungan sosial adalah isolasi sosial. Isolasi sosial terjadi ketika anggota keluarga yang tidak produktif, seperti orang tua, mereka yang menderita penyakit kronis, atau penyandang cacat, dipisahkan dari interaksi sosial yang seharusnya.

d. Aspek Biologis

Aspek biologis juga berkontribusi terhadap munculnya masalah dalam interaksi sosial. Organ yang paling terlihat dipengaruhi adalah otak. Klien yang mengalami skizofrenia dan memiliki kesulitan dalam berinteraksi sosial menunjukkan adanya perubahan abnormal pada struktur otak mereka, termasuk atrofi otak dan perubahan pada ukuran serta bentuk sel di area limbik dan kortikal (Sutejo, 2017).

3. Patopsikologi Isolasi Sosial

Menurut Stuart dan Sundeen (2007) dalam Ernawah (2009), salah satu masalah yang berkaitan dengan interaksi sosial adalah perilaku menarik diri atau isolasi sosial perilaku ini muncul akibat perasaan rendah diri yang sering dialami oleh klien dengan latar belakang yang dipenuhi dengan masalah, tekanan, kekecewaan dan kecemasan.

Rasa tidak berharga ini membuat klien kesulitan untuk menjalin hubungan dengan orang lain. Sebagai hasilnya, klien cenderung mengalami kemunduran atau regresi, memperlihatkan penurunan dalam aktivitas serta kurang perhatian terhadap

penampilan dan kebersihan diri. Klien semakin terperangkap dalam perilaku dan pikiran masa lalu serta menunjukkan perilaku primitif, seperti pembicaraan yang mirip autisme dan perilaku yang tidak sesuai dengan kenyataan, yang pada akhirnya dapat berujung pada halusinasi (Ernawati, 2009).

4. Tanda dan Gejala Isolasi Sosial

Menurut penjelasan Yosep (2009), ada dua kategori yang dapat digunakan untuk mengenali tanda dan gejala klien yang mengalami isolasi sosial, yakni secara objektif dan subjektif. Berikut adalah tanda serta gejala klien yang mengalami isolasi

a. Gejala subjektif

- 1) Klien melaporkan Merasakan kesepian atau perasaan ditolak oleh orang lain.
- 2) Ketika berada di sekitar orang lain, klien merasa tidak nyaman.
- 3) Tanggapan yang diberikan klien secara verbal biasanya sangat sedikit dan singkat.
- 4) Klien mengungkapkan bahwa hubungan dengan orang-orang di sekitarnya tidak berarti
- 5) Klien merasakan kejenuhan dan sulit untuk mengisi waktu.
- 6) Klien mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi dan juga dalam mengambil keputusan.
- 7) Klien merasa tidak berharga.

b. Gejala objektif

- 1) Klien cenderung diam dan enggan untuk berbicara.
- 2) Klien tidak terlibat dalam berbagai aktivitas.
- 3) Klien menghabiskan waktunya di dalam kamar.
- 4) Klien lebih suka menyendiri daripada berinteraksi dengan orang-orang terdekat.
- 5) Klien terlihat sedih, dengan ekspresi wajah yang datar dan kurang emosional.
- 6) Klien memiliki sedikit kontak mata dengan orang lain.
- 7) Klien kurang menunjukkan sifat spontan.
- 8) Ada sikap apatis yang terlihat.

- 9) Ekspresi wajah klien tidak menunjukkan keceriaan.
- 10) Klien melakukan isolasi diri.
- 11) Klien kurang atau tidak memperhatikan lingkungan di sekitarnya.
- 12) Aktivitas klien mengalami penurunan. Perilaku ini umumnya muncul akibat rendahnya penilaian diri, yang kemudian dapat menimbulkan rasa malu untuk berinteraksi. Jika tidak ada intervensi, hal ini dapat berakibat pada perubahan dalam persepsi. Sensorik, termasuk halusinasi dan resiko bagi diri sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitar (Herman Ade, 2011).

5. Penatalaksanaan

SP I Pasien:

Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab isolasi social, membantu pasien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dan mengajarkan pasien berkenalan.

a. Fase Orientasi

"Assalamualaikum"

"Saya Ad, Saya senang dipanggil suster ajiyah, saya perawat di Ruang anggrek ini... yang akan merawat Ibu."

"Siapa nama Ibu? Senang dipanggil siapa?"

"Apa keluhan S hari ini?" Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang keluarga dan teman-teman S? Mau dimana kita bercakap-cakap? Bagaimana kalau di ruang tamu? Mau berapa lama, S? Bagaimana kalau 15 menit"

c. Fase Kerja

(Jika pasien baru)

"Siapa saja yang tinggal serumah? Siapa yang paling dekat dengan S? Siapa yang jarang bercakap-cakap dengan S? Apa yang membuat S jarang bercakap-cakap dengannya?"

(Jika pasien sudah lama dirawat)

"Apa yang S rasakan selama S dirawat disini? O... S merasa sendirian? Siapa saja yang S kenal di ruangan ini"

"Apa saja kegiatan yang biasa S lakukan dengan teman yang S kenal?"

"Apa yang menghambat S dalam berteman atau bercakap-cakap dengan pasien yang lain?"

"Menurut S apa saja keuntungannya kalau kita mempunyai teman? Wah benar, ada teman-teman yang bercakap-cakap. Apa lagi? (sampai pasien dapat menyebutkan beberapa) Nah kalau kerugiannya tidak mempunyai teman apa ya S? Ya, apa lagi? (sampai pasien dapat menyebutkan beberapa) Jadi ban-yak juga ruginya tidak punya teman ya. Kalau begitu inginkah S belajar bergaul dengan orang lain?"

"Bagus. Bagaimana kalau sekarang kita belajar berkenalan dengan orang lain"

"Begini loh S, untuk berkenalan dengan orang lain kita sebut-kan dulu nama kita dan nama panggilan yang kita suka asal kita dan hobi. Contoh: Nama saya S, senang sipanggil Su. Asal saya dari Bagdad, hobi bercocok tanam"

"Selanjutnya S menanyakan nama orang yang diajak berke nalan. Contohnya begini: Nama Ibu siapa? Senang dipanggil apa? Asal dari mana/hobinya apa?"

"Ayo S dicoba! Misalnya saya belum kenal dengan S. coba berkenalan dengan saya!"

"Ya bagus sekali! Coba sekali lagi, Bagus sekali"Setelah S berkenalan dengan orang tersebut S bias melan-Jutkan percakapan tentang hal-hal yang menyenangkan S bicarakan. Misalnya tentang cuaca, tentang hobi, tentang ke-Juarga, pekerjaan dan sebagainya."

d. Fase Terminasi

Bagaimana perasaan S setelah kita latihan berkenalan?"

"S tadi sudah mempraktekkan cara berkenalan dengan baik sekali"

"Selanjutnya S dapat mengingat-ingat apa yang kita pelajari tadi selama saya tidak ada. Sehingga S lebih siap untuk berkenalan dengan orang lain. S mau praktekkan ke pasien lain. Mau jam berapa mencobanya. Mari kita masukkan pada jadwal kegiatan harinya."

"Besok siang jam 10 saya akan dating kesini untuk mengajak S berkenalan dengan teman saya. Perawat D. Bagaimana, S mau kan?"

"Baiklah; sampai jumpa. Assalamu'alaikum"

SP II Pasien:

Mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama seorang perawat)

a. Fase Orientasi

"Assalamualaikum S!"

"Bagaimana perasaan S hari ini? Sudah diingat-ingat lagi pelajaran kita tentang berkenalan? Coba sebutkan lagi sambil bersalaman dengan suster!

<Bagus sekali. S masih ingat. Nah seperti janji saya, saya akan mengajak S mencoba berkenalan dengan teman saya perawat D. Tidak lama kok, sekitar 10 menit>

<Ayo kita temui perawat D disana>

a. Fase Kerja

(Bersama-sama S saudara mendekati perawat D)

<Selamat siang perawat D, ibu S ingin berkenalan dengan D>

<baiklah S, S bias berkenalan dengan perawat D seperti yang kita praktekan kemarin>

(pasien mendemonstrasikan cara berkenalan dengan perawat D. coba tanyakan tentang keluarga perawat D>

<Kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, S bias sudahi perkenalan ini. Lalu S bias buat janji bertemu lagi dengan perawat D, misalnya jam 1 siang nanti>

<Baiklah perawat D, karena S sudah selesai berkenalan, saya dan S akan kembali ke ruangan S. Selamat siang>

(Bersama-sama pasien saudara meninggalkan perawat D untuk melakukan terminasi dengan S di tempat lain)

c. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan S setelah berkenalan dengan perawat D

"S tampak bagus sekali saat berkenalan tadi"

"Pertahankan terus apa yang sudah S lakukan tadi. Jangan lupa untuk menanyakan topic lain supaya perkenalan berjalan lancar. Misalnya menanyakan keluarga, hobi, dan sebagainya. Bagaimana, mau coba dengan perawat lain. Mari kita masukkan pada jadwalnya. Mau berapa kali sehari? Bagaimana kalau 1 kali. Baik nanti S coba sendiri. Besok kita latihan lagi ya, mau jam berapa? Jam 10? Sampai besok."

SP III Pasien:

Melatih pasien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang kedua - seorang pasien)

a. Fase Orientasi

"Assalamu'alaikum S! Bagaimana perasaan S hari ini?"

"Apakah S bercakap-cakap dengan perawat D kemarin siang"

(jika jawaban pasien: ya, saudara bias lanjutkan komunikasi berikutnya dengan orang lain)

"Bagaimana perasaan S setelah bercakap-cakap dengan perawat D kemarin siang"

"Bagus sekali S menjadi senang karena punya teman lagi"

"Kalau begitu S ingin punya banyak teman lagi?"

"Bagaimana kalau sekarang kita berkenalan lagi dengan orang lain, yaitu pasien T"

"Seperti biasa kira-kira 10 menit"

"Mari kita temui dia di ruang makan"

b. Fase Kerja

(Bersama-sama S saudara mendekati pasien)

<Selamat siang, ini ada pasien saya yang ingin berkenalan>

<Baiklah S, S sekarang bias berkenalan: member salam, menyebutkan nama, nama panggilan, asal dan hobi dan menanyakan hal yang sama).>

<Ada lagi yang S ingin tanyakan kepada T>

<Kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, S bias sudahi perkenalan ini. Lalu S bias buat janji bertemu lagi, misalnya bertemu lagi jam 4 siang nanti>

(S membuat janji untuk bertemu kembali dengan T<Baiklah 1, karena S sudah selesai berkenalan, saya dan S akan kembali ke ruangan S. Selamat siang>

(Bersama-sama pasien saudara meninggalkan pasien T untuk melakukan terminasi dengan pasien S di tempat lain)

c. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan S setelah berkenalan dengan T"

"Dibandingkan kemarin siang, S tampak lebih baik saat berkenalan dengan T"

"Pertahankan apa yang sudah S lakukan tadi. Jangan lupa untuk bertemu kembali dengan T jam 4 siang nanti"

"Selanjutnya, bagaimana jika kegiatan berkenalan dan bercakap-cakap dengan orang lain kita tambahkan lagi dijadwal harian. Jadi satu hari S dapat berbincang-bincang sebanyak 3 kali, jam 10 siang, jam 1 siang dan jam 8 malam, S bias bertemu dengan perawat D dan tambah dengan pasien yang baru dikenal.

Selanjutnya S bisa berkenalan dengan orang lain lagi secara bertahap. Bagaimana S, setuju?"

"Baiklah, besok kita ketemu lagi untuk membicarakan pengalaman S. Pada jam yang sama dan tempat yang sama ya. Sampai besok. Assalamu'alaikum.

SP I Keluarga:

Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang masalah isolasi sosial, penyebab isolasi sosial, dan cara merawat pasien dengan isolasi sosial

a. Fase orientasi

"Assalamu'alaikum Pak"

"Perkenalkan saya perawat AJ, saya yang merawat, anak bapak, S, di ruang Mawar ini"

"Nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa?"

"Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Bagaimana keadaan anak S sekarang?"

"Bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang masalah anak Bapak dan cara perawatannya"

"Kita diskusi disini saja ya? Berapa lama Bapak punya waktu? Bagaimana kalau setengah jam?"

b. Fase Kerja

"Apa masalah Bapak/Ibu hadapi dalam merawat S? Apa yang sudah dilakukan?"

"Masalah yang dialami oleh anak S disebut Isolasi sosial. Ini adalah salah satu gejala penyakit yang juga dialami oleh pasien-pasien gangguan jiwa yang lain".

"Tanda-tandanya antara lain tidak mau bergaul dengan orang lain, mengurung diri, walaupun berbicara hanya sekedar dengan wajah menunduk"

"Biasanya masalah ini muncul karena memiliki pengalaman yang mengecewakan saat berhubungan dengan orang lain, seperti sering ditolak, tidak dihargai atau berpisah dengan orang-orang terdekat"

"Apabila masalah isolasi sosial ini tidak diatasi maka seseorang bisa mengalami halusinasi, yaitu mendengar suara-suara atau melihat bayangan yang sebetulnya tidak ada."

"Untuk menghadapi keadaan yang demikian Bapak dan anggota keluarga linya harus sabar menghadapi S. dan untuk merawat S, keluarga perlu melakukan beberapa hal. Pertama keluarga harus membina hubungan saling percaya dengan S yang caranya adalah bersikap peduli dengan S dan jangan ingkar janji. Kedua, keluarga perlu memberikan semangat dan dorongan kepada S untuk bisa melakukan

kegiatan bersama-sama dengan orang lain. Berilah pujian yang wajar dan jangan mencela kondisi pasien."

<Selanjutnya jangan biarkan S sendiri. Buat rencana atau jadwal bercakap-cakap dengan orang lain. Perbincangannya Juga lumayan lama. Bapak senang sekali melihat perkembangan kamu, Nak. Coba kamu bincang-bincang dengan saudara yang lain. Lalu bagaimana kalau kita mulai sekarang kamu sholat berjamaah. Kalau di rumah sakit ini kamu sholat dimana? Kalau nanti di rumah, kamu sholat bersama-sama keluarga atau dimusholah kampung. Bagaimana S, kamu mau coba kan, nak?"
"Nah coba sekarang Bapak peragakan cara komunikasi seperti yang saya contohkan"

"Bagus, pak. Bapak telah memperagakan dengan baik sekali

"Sampai sini ada yang ditanyakan Pak"

c. Fase Terminasi

"Baiklah waktunya sudah habis. Bagaimana perasaan Bapak setelah kita latihan tadi?"

"Coba Bapak ulangi lagi apa yang dimaksud dengan isolasi sosial dan tanda-tanda orang yang mengalami isolasi sosial"

"Selanjutnya bisa Bapak sebutkan kembali cara-cara merawat anak Bapak yang mengalami masalah isolasi sosial"

"Bagus sekali pak, Bapak bisa menyebutkan kembali cara-cara perawatan tersebut"

"Nanti kalau ketemu S coba Bpk/Ibu lakukan. Dan tolong ceritakan kepada semua keluarga agar mereka juga melakukan hal yang sama."

"Bagaimana kalau kita bertemu tiga hari lagi untuk latihan langsung kepada S?"

"Kita ketemu disini saja ya pak, pada jam yang sama"

"Assalamu'alaikum"

SP II Keluarga:

Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan masalah isolasi sosial langsung dihadapan pasien.

a. Fase Orientasi

Assalamu'alaikum Pak/Bu"

"Bagaimana perasaan Bpk/Ibu hari ini?"

"Bapak masih ingat latihan merawat anak Bapak seperti yang kita pelajari beberapa hari yang lalu?"

"Mari praktekkan langsung ke S! berapa lama waktu Bapak/Ibu baik kita akan coba 30 menit."

"Sekarang mari kita temui S"

b. Fase Kerja

"Assalamu'alaikum S. bagaimana perasaan S hari ini?"

"Bapak/Ibu S datang besok. Beri salam! Bagus. Tolong S tunjukkan jadwal kegiatannya!"

(Kemudian saudara berbincang kepada keluarga sebagai berikut)

"Nah Pak, sekarang Bapak bisa mempraktekkan apa yang sudah kita latih beberapa hari yang lalu"

(Saudara mengobservasi keluarga meninggalkan pasien untuk melakukan terminasi dengan keluarga)

d. Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita latihan tadi? Bapak/Ibu sudah bagus."

"Mulai sekarang Bapak sudah bisa melakukan cara merawat tadi kepada S"

Tiga hari lagi kita akan bertemu untuk mendiskusikan pengalaman Bapak melakukan cara merawat yang sudah kita pelajari. Waktu dan tempatnya sama seperti sekarang Pak"

Assalamu'alaikum"

SP III Keluarga:

Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

a. Fase Orientasi

"Assalamu'alaikum Pak/Bu"

"Karena besok S sudah boleh pulang, maka perlu kita bicarakan perawatan di rumah"

"Bagaimana kalau kita membicarakan jadwal S tersebut disini saja"

"Berapa lama kita bisa bicara? Bagaimana kalau 30 menit"

b. Fase Kerja

Bapak/Ibu, berikut adalah jadwal S selama berada di rumah sakit. Silakan diperiksa, apakah mungkin untuk melanjutkannya di rumah? Di rumah Bapak/Ibu, perawat akan digantikan. Mohon untuk meneruskan jadwal ini di rumah, termasuk rencana kegiatan dan jadwal minum obatnya.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait perilaku anak Bapak saat di rumah. Contohnya, jika S terus menerus enggan berinteraksi dengan orang lain, tidak mau minum obat, atau menunjukkan perilaku yang bisa membahayakan orang lain. Jika situasi ini muncul, segera hubungi perawat K di puskesmas Ps. Senin, yang merupakan puskesmas terdekat dari rumah Bapak. Nomor telepon puskesmasnya adalah (021)664xxxx.

Selanjutnya, perawat K tersebut akan memantau kemajuan S selama di rumah.

c. Fase Terminasi

Bagaimana, Pak/Bu? Apakah ada yang masih kurang jelas? Inilah jadwal kegiatan harian S untuk dibawa pulang. Ini juga adalah surat rujukan untuk perawat K di PKM Ps. Senin. Jangan lupa untuk kontrol ke PKM sebelum obatnya habis atau jika ada gejala yang muncul. Silakan lengkapi administrasinya!.

6. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Informasi pribadi klien mencakup nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, profesi, keadaan mental, etnisitas, alamat, nomor rekam medis, tempat perawatan, tanggal masuk rumah sakit, tanggal evaluasi, diagnosis medis, dan data orang yang bertanggung jawab, seperti nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien, dan alamat.

Alasan masuk

- 1) Apa yang membuat klien memilih untuk pergi ke rumah sakit jiwa?
- 2) Langkah apa yang sudah diambil oleh keluarga?
- 3) Apa hasil dari langkah-langkah tersebut?

b. Faktor yang berperan termasuk kehilangan, perpisahan, penolakan dari orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, frustrasi atau kegagalan yang berulang, tekanan dari teman sebaya, dan perubahan dalam struktur sosial. Pengalaman traumatis mendadak seperti operasi, kecelakaan, perceraian, putus sekolah, pemutusan hubungan kerja, atau rasa malu akibat kejadian tertentu

(seperti menjadi korban pemerkosaan, tuduhan korupsi, atau penangkapan mendadak) bisa juga berkontribusi. Perlakuan buruk dari orang lain dan perasaan rendah diri yang berkepanjangan juga berpengaruh.

- c. Pemeriksaan fisik mencakup semua system terkait dengan klien yang mengalami depresi berat. Pada pemeriksaan system integument, klien terlihat tidak terawat, dengan kulit yang lengket karena kurang perhatian terhadap perawatan diri, dan aspek seperti kondisi klien yang terganggu.
- d. Psikososial konsep diri
 - 1) Gambaran diri menggambarkan penolakan terhadap perubahan fisik dan ketidakmampuan untuk menerima kondisi baru. Penolakan tersebut menunjukkan sikap yang negatif terhadap tubuh serta kesulitan dalam memahami perubahan yang dialami. Ada penekanan yang berlebihan pada bagian tubuh yang hilang, ditambah dengan perasaan putus asa dan rasa takut.
 - 2) Ideal diri menunjukkan adanya harapan yang berlebihan dan kekecewaan akibat masalah kesehatan.
 - 3) Harga diri berkaitan dengan rasa malu, perasaan bersalah, gangguan dalam bersosialisasi, penurunan martabat, perilaku menyakiti diri, dan kurangnya rasa percaya diri.
 - 4) Penampilan merefleksikan perubahan atau hilangnya fungsi yang disebabkan oleh penyakit, penuaan, pemutusan pendidikan, atau pemutusan hubungan kerja.
 - 5) Identitas pribadi menunjukkan ketidakpastian terhadap pandangan diri, kesulitan dalam menentukan keinginan, dan kesulitan dalam mengambil keputusan.
 - 6) Hubungan sosial klien terpengaruh atau mengalami kesulitan saat berinteraksi dengan orang-orang terdekat serta kelompok dalam masyarakat.
 - 7) Aspek spiritual meliputi nilai dan keyakinan klien, pandangan serta sikap terhadap masalah kesehatan mental sesuai dengan norma dan agama yang dipegang, serta sudut pandang masyarakat mengenai gangguan mental.

Kegiatan spiritual dapat dilakukan secara individu atau dalam kelompok di rumah.

- 8) Status mental tergambar dari kurangnya kontak mata, kesulitan memulai pembicaraan, kecenderungan untuk menyendiri, serta ketidakmampuan berhubungan dengan orang lain, disertai dengan rasa putus asa dan rendah diri.
- 9) Persiapan kepulangan mencakup penilaian terhadap klien dan keluarganya tentang persiapan lingkungan yang diperlukan untuk menyambut kembalinya klien. Untuk mencegah kekambuhan, penting untuk memberi penjelasan kepada keluarga agar dapat mendukung proses pengobatan dengan baik.

e. Diagnosa Keperawatan

Menurut Sutejo (2017), diagnosis keperawatan ditetapkan atas dasar tanda dan gejala isolasi sosial yang terdeteksi. Jika hasil penilaian menunjukkan adanya tanda-tanda isolasi sosial, maka diagnosis keperawatan yang dapat diberikan adalah:

- 1) Isolasi sosial
- 2) Gangguan konsep diri: harga diri rendah
- 3) Risiko perubahan persepsi sensorik yang ditandai dengan halusinasi.

f. Intervensi

Setelah menentukan diagnosis keperawatan untuk klien yang mengalami isolasi sosial, langkah berikutnya adalah merancang tindakan keperawatan. Untuk membangun hubungan saling percaya dengan klien yang terasing, diperlukan waktu yang cukup. Perawat harus selalu mempertahankan sikap terapeutik yang konsisten.

g. Implementasi

Pelaksanaan intervensi perawatan dilakukan sesuai dengan rencana yang telah disusun. Sebelum menerapkan tindakan perawatan yang direncanakan, perawat perlu memastikan bahwa rencana tersebut tetap relevan dengan kondisi klien saat ini (damatyanti, 2012).

h. Evaluasi

Sesuai dengan Trimelia (2011), evaluasi harus berfokus pada perubahan perilaku klien setelah tindakan perawatan dilaksanakan. Evaluasi juga penting bagi keluarga, karena mereka merupakan sumber dukungan yang penting. Beberapa aspek yang perlu dievaluasi pada klien yang mengalami isolasi sosial mencakup:

- 1) Klien memahami alasan di balik isolasi sosial yang dialaminya.
- 2) Klien mengetahui manfaat dari berinteraksi dengan orang lain serta kerugian yang bisa muncul jika tidak berhubungan dengan orang lain.
- 3) Klien melakukan interaksi sosial terhadap: mulai dari klien- perawat, klien- perawat- klien lain, klien- kelompok, himpunan klien- keluarga.
- 4) Klien mampu mengekspresikan setelah berinteraksi dengan orang lain.
- 5) Klien bisa memberdayakan sistem dukung atau keluarganya untuk membantu hubungan sosial
- 6) Klien dapat mematuhi jadwal minum obat,

C. Konsep Kecemasan

1. Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah sebutan untuk was-was, khawatir, dan takut yang tidak jelas atau seolah-olah tidak ada kaitannya dengan apa pun yang sedang terjadi. Perasaan tidak nyaman atau khawatir yang samar disertai respon otonom (sumber seringkali tidak spesifik atau tidak diketahui individu); perasaan takut berasal dari antisipasi terhadap rumah. Ini adalah contoh kewaspadaan yang mendorong masyarakat untuk memiliki rumah dan memberdayakan mereka agar tidak menjadi korban kecelakaan (NANDA, 2018).

2. Tingkat Kecemasan

Dalam Agustiniingsih (2023), Stuart dan Laraia menggambarkan kecemasan sebagai beberapa tingkatan, yaitu sebagai berikut:

- a. Kecemasan ringan berkaitan dengan ketegangan kehidupan sehari-hari; hal itu menyebabkan orang menjadi lebih kesepian dan meningkatkan persepsi mereka. Dorongan semacam ini dapat menginspirasi pembelajaran dan mengarah pada

pertumbuhan dan kreativitas. Skor 7–14 Kecemasan Ringan. Respon dari kecemasan ringan yaitu:

- 1) Respon fisiologisnya meliputi seringnya tidur pendek, kemampuan menahan suara pendek, kerutan muka, dan getaran bibir. Otot ringan tegang pasien mengalami.
- 2) Responsivitas kognitif adalah kemampuan untuk memahami sesuatu dengan jelas, menerima informasi yang kompleks, bersikap bijaksana terhadap masalah, dan memecahkan masalah.
- 3) Respon terhadap nyeri dan emosi meliputi tidak adanya ketenangan, gemetar halus pada kaki, dan gejala meningitis.

b. Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk fokus pada aspek-aspek penting dan mengabaikan aspek-aspek lainnya. Kecemasan ini menyoroti persepsi individu. Orang-orang dalam situasi ini memiliki banyak perhatian selektif, tetapi jika mereka dibimbing untuk melakukannya, mereka dapat lebih fokus di banyak bidang. Kecemasan sedang Skor 15–27 Manifestasi yang muncul:

- 1) Respon fisik meliputi seringnya nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, diare atau konstipasi, dan ketidakmampuan untuk makan, menjual, atau berkerenga.
- 2) Respon kognitif meliputi memandang menyempit, rangsangan luas mampu diterima, dan memusatkan perhatian pada apa pun yang menarik perhatian dan mengasyikkan.
- 3) Susah tidur dan tidak aman, bicara banyak, lebih cepat, dan tanggap terhadap emosi dan perilaku.

c. Kecemasan secara signifikan mengurangi persepsi individu. Individu tetap fokus pada sesuatu yang spesifik dan akurat tanpa dipengaruhi oleh faktor-faktor lain. Tujuan dari setiap tindakan adalah untuk mengurangi ketegangan. Individu ini membutuhkan banyak ruang untuk berkonsentrasi pada area lain. 27–40 Skor Kecemasan Berat Manifestasi yang muncul adalah:

- 1) Respon fisik : napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkerengat dan sakit kepala, gangguan penglihatan, dan ketegangan

- 2) Respon kognitif: persepsi lapang sangat lambat dan tidak dapat menyelesaikan masalah.
 - 3) Respon emosional dan perilaku: verbalisasi cepat, perasaan meningkat, dan diambil dari hubungan interpersonal.
- d. Panik adalah orang yang tidak mampu melakukan apa pun dengan Arah, tidak mampu tampak ketakutan dan mengatakan mengalami teror, dan tidak mampu melakukan aktivitas apa pun. Kepanikan bersepsi menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional, kemampuan berinteraksi dengan orang lain, dengan kepribadian dan meningkatkan aktivitas motorik. Tingkat kecemasan tidak sesuai dengan kehidupan sehari-hari; jika terus berlanjut dalam jangka waktu yang lama, kelelahan dan kematian dapat terjadi.
- 1) Respon fisik meliputi sakit dada, telapak tangan, hipotensi, napas pendek, tercekik dan palpitasi, dan koordinasi motorik.
 - 2) Respon kognitif, yang mencakup persepsi yang sangat tidak menentu dan tidak dapat dianalisis secara logis.
 - 3) Respon emosional dan perilaku, yang meliputi kekacauan, kendali atau kendali diri, menarik diri dari hubungan interpersonal, berteriak-teriak, dan mengamuk dan marah-marah.

3. Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Jaya (2015), kecemasan ditandai dengan ketakutan yang tidak samar-samar atau menye-nangkan. Terdapat beberapa gejala otonomik, seperti nyeri kepala, berkeringat, hipertensi, kegelisahan, tremor, gang-guan lambung, diare, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gangguan pola tidur, dan gangguan lambung. Orang yang cemas juga bisa menjadi gelisah., yang ditandai dengan kurangnya kemampuan untuk membentuk posisi duduk atau lama. Gejala yang disebutkan di atas yang diekspresikan selama cenderung bervariasi dari orang ke orang.

4. Klasifikasi Tingkat Kecemasan

Menurut Jaya (2015), klasifikasi tingkat kecemasan adalah sebagai berikut:

- a. Kecemasan ringan Sebagai hasil dari aktivitas sehari-hari dan kecemasan yang ringan, orang-orang menjadi lebih rileks dan puas saat ini. Penglihatan, pendengaran, dan pemahaman lebih maju dari sebelumnya. Jenis kecemasan ini

dapat menginspirasi orang untuk belajar dan mengembangkan kreativitas mereka. Dengan kata lain, ini akan menyebabkan seseorang menjadi lembap, artinya dalam kecemasan yang akan terjadi, mereka akan mampu menangani situasi sulit, ingin tahu, mengurangi jumlah pertanyaan, dan sedikit tidur.

- b. Kecemasan sedang Perhatiannya hanya terfokus pada hal-hal yang nyata, seperti mengamati dan introspeksi, serta memahami orang lain. Mereka kesulitan memahami aspek aspek tersebut di atas, tetapi dapat juga digambarkan dengan gemetar, pernapasan dan detak jantung yang terus meningkat, konsentrasi, kesulitan beradaptasi dan menganalisis, serta perubahan secara umum atau tidak ada sama sekali.

5. Asuhan Keperawatan pada klien kecemasan

Kecemasan adalah suatu perasaan tidak nyaman atau ketakutan yang disertai dengan respon autonomik yang bersifat subjektif sebagai antisipasi terhadap bahaya yang akan datang (Stuart, 2016). Pada klien skizofrenia paranoid, kecemasan seringkali muncul akibat waham kejar, halusinasi ancaman, atau pengalaman psikotik lainnya yang membuat klien merasa tidak aman. Kecemasan pada skizofrenia perlu ditangani dengan pendekatan psikososial, salah satunya melalui terapi komunikasi terapeutik, untuk membantu klien mengungkapkan dan mengelola emosinya.

a. Pengkajian Keperawatan pada Klien Skizofrenia Paranoid

- 1) Identitas : Nama pasien, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, suku bangsa, tanggal masuk, no rekam medik, dan diagnosa.
- 2) Alasan masuk : Tanyakan pada pasien dan keluarganya alasan pasien di bawa ke rumah sakit. Biasanya pasien bercakap cakap dan gelisah
- 3) Faktor presipitasi : Kecemasan muncul karena halusinasi pendengaran dengan suara yang mengancam serta waham kejar. Klien merasa dikuntit oleh orang tidak dikenal.
- 4) Faktor predisposisi : Riwayat trauma masa kecil, kurangnya dukungan emosional dari keluarga, serta riwayat gangguan jiwa dalam keluarga.
- 5) Riwayat penyakit keluarga : pada pasien yang mengalami halusinasi bisa disebabkan oleh faktor keturunan.

- 6) Pemeriksaan fisik : dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, suhu, tekanan darah, nadi dan penampilan fisik
- 7) Psikososial atau konsep diri
 - a) Gambaran Diri Klien menyatakan merasa lemah dan tidak berdaya.
 - b) Identitas diri Tidak menunjukkan kebanggaan terhadap identitasnya, merasa kehilangan kendali.
 - c) Peran diri kaji hal peran dalam keluarga, biasanya pasien mengalami penurunan aktivitas
 - d) Ideal diri Ingin sembuh dan tidak merasa ketakutan terus-menerus.
 - e) Harga diri Mengkritik dirinya sendiri, merasa tidak berguna dan takut dicelakai.
- 8) Genogram : Kaji hubungan sosial pasien untuk mengetahui apakah pasien memiliki anggota keluarga atau orang terdekat yang bisa dijadikan tempat mengadu atau meminta dukungan emosional. Pada klien skizofrenia paranoid, sering kali pasien mengalami kecurigaan yang berlebihan terhadap orang lain, termasuk anggota keluarga, sehingga merasa berada dalam lingkungan yang mengancam. Keluarga juga sering kali mengalami kesulitan dalam memberikan pengarahan atau menjalin komunikasi yang efektif dengan pasien, akibat gejala psikotik seperti waham atau halusinasi yang menghambat interaksi sosial.
- 9) Status mental
 - a) Penampilan pasien
 - b) Pembicaraan
 - c) Aktivitas motorik tegang, lambat, gelisah dan terjadi penurunan interaksi
 - d) Alam perasaan biasanya pasien mengatakan tidak mampu dan pandangan hidup selalu pesimis
 - e) Afek pasien tampak tumpul, emosi kadang apatis, depresi atau sedih, dan cemas
 - f) Interaksi selama wawancara tidak kooperatif dan mudah tersinggung, kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara dan selalu curiga pada orang lain
 - g) Persepsi biasanya pasien mengalami halusinasi pendengaran, penglihatan yang mengancam

h) Proses pikir : arus pikir dan isi pikir biasanya saat observasi dan wawancara dengan pasien yang koheren, inkoheren, tangensial, flight of ideas, blocking. Isi pikir pasien merasa bersalah dan khawatir, mengukumi dan menolak diri sendiri, mengejek diri sendiri dan mengkritik diri sendiri.

10) Tingkat kesadaran biasanya pasien tampak bingung dan kacau gerak anggota tubuh yang berulang-ulang dan sikap canggung yang dipertahankan dalam jangka waktu yang lama, tingkat konsentrasi berkurang, mudah berganti ke objek lain. Kemampuan menilai pasien dapat mengambil keputusan dengan dibantu, bermakna pasien tidak mampu dalam mengambil keputusan.

b. Perumusan diagnosa keperawatan

Pada pasien yang mengalami kecemasan (SDKI) Menurut SDKI, 2017 Diagnosa keperawatan pada klien halusinasi pendengaran meliputi :

- 1) Gangguan Kecemasan (D.0010)
- 2) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0056)
- 3) Gangguan halusinasi pendengaran (D.0076)

c. Intervensi keperawatan

Pada pasien yang mengalami kecemasan (SLKI) Intervensi yang dapat dilakukan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan (SLKI 2018), ialah : Intervensi Pendukung: Terapi Komunikasi Terapeutik (I.05186) Definisi : Intervensi untuk membantu klien dalam mengekspresikan pikiran dan perasaannya secara efektif, membangun hubungan saling percaya antara klien dan perawat, serta mengurangi kecemasan melalui proses komunikasi yang tepat dan empatik. Observasi :

- 1) Identifikasi riwayat diagnostik menyeluruh (riwayat masuk RSJ, durasi penyakit, riwayat kambuh)
- 2) Identifikasi gejala kecemasan yang muncul (gelisah, ekspresi cemas, menghindari kontak mata, bicara sendiri)
- 3) Identifikasi faktor lingkungan, sosial, dan psikologis yang memicu kecemasan (konflik keluarga, stigma sosial, ketidaknyamanan di bangsal)
- 4) Monitor kemampuan komunikasi verbal klien saat berinteraksi dengan perawat atau orang lain
- 5) Identifikasi pola pikir klien yang mengarah pada kecemasan (pikiran curiga, perasaan tidak aman)

- 6) Identifikasi respons fisik akibat kecemasan (gemetar, keringat dingin, ketegangan otot)
- 7) Monitor respons emosi dan perilaku selama sesi komunikasi terapeutik
- 8) Monitor kemampuan klien dalam menyampaikan perasaan secara bertahap setelah sesi komunikasi Teraupetik :
 - a) Bangun hubungan saling percaya melalui kontak mata hangat, sentuhan verbal yang tenang, dan sikap non-menghakimi
 - b) Gunakan komunikasi sederhana, jelas, dan langsung
 - c) Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan dan pikirannya tanpa paksaan
 - d) Ajarkan klien teknik mengalihkan pikiran dari stimulus yang mencemaskan
 - e) Berikan umpan balik positif terhadap setiap usaha klien dalam berkomunikasi
 - f) Ajak klien berbicara dalam suasana tenang dan nyaman
- 7) Libatkan klien dalam percakapan ringan yang menyenangkan dan sesuai minat
- 8) Lakukan sesi komunikasi terapeutik secara rutin dan terstruktur Edukasi :
 - a) Edukasi klien tentang pentingnya komunikasi dalam mengurangi kecemasan
 - b) Ajarkan teknik relaksasi dasar (pernapasan dalam, relaksasi otot progresif)
 - c) Diskusikan cara mengenali dan mengelola gejala kecemasan secara mandiri
 - d) Edukasi keluarga tentang cara berkomunikasi efektif dan mendukung klien
 - e) Diskusikan bersama klien aktivitas yang dapat membantu menurunkan kecemasan
 - f) Latih klien dalam membedakan pikiran realistis dan tidak realistis
 - g) Latih keterampilan komunikasi sosial secara bertahap
 - h) Diskusikan manfaat keterlibatan klien dalam aktivitas kelompok atau terapi okupasi.

D. Terapy Relaksasi Napas Dalam

1. Definisi

Relaksasi napas dalam adalah terapi non-farmakologis yang telah terbukti efektif dalam berbagai konteks medis. Penelitian telah menunjukkan keampuannya dalam menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi, dengan penurunan yang signifikan pada tekanan sistolik dan diastolik (Hartanti et al., 2016). Teknik ini juga telah terbukti dapat mengurangi kecemasan pada pasien

hemodialisis, yang dibuktikan dengan penurunan skor pada Hamilton Rating Scale of Anxiety setelah intervensi (Puspitasari et al., 2018)

2. Manfaat Melatih Terapi Relaksasi Napas Dalam

Terapi relaksasi napas dalam adalah teknik sederhana namun memiliki banyak manfaat untuk kesehatan fisik, mental, dan emosional. Berikut adalah manfaat utamanya:

a. Manfaat fisik

1) Meningkatkan fungsi pernapasan

Latihan ini memperkuat otot-otot pernapasan, meningkatkan efisiensi paru-paru, dan memaksimalkan pertukaran oksigen dan karbon dioksida.

2) Menurunkan tekanan darah:

Relaksasi yang dihasilkan melalui napas dalam membantu menstabilkan tekanan darah dengan menurunkan aktivitas sistem saraf simpatik.

3) Mengurangi ketegangan otot:

Membantu melepaskan ketegangan pada otot-otot yang sering kaku akibat stres.

4) Memperlambat detak jantung:

latihan ini merangsang sistem saraf parasimpatik, yang membantu menenangkan jantung.

5) Meningkatkan kualitas tidur:

Dengan menenangkan pikiran dan tubuh, terapi ini efektif untuk membantu individu tidur lebih nyenyak.

b. Manfaat Psikologis

1) Mengurangi stres:

Latihan ini mengurangi kadar hormon kortisol yang berhubungan dengan stres, membantu seseorang merasa lebih rileks.

2) Mengurangi kecemasan dan depresi:

Teknik ini memberikan efek menenangkan, membantu menurunkan gejala gangguan kecemasan dan depresi.

3) Meningkatkan fokus dan konsentrasi:

Dengan meningkatkan aliran oksigen ke otak, napas dalam membantu seseorang berpikir lebih jernih.

- 4) Meningkatkan kesejahteraan emosional:
Terapi ini dapat membantu mengelola emosi dengan lebih baik dan menciptakan rasa damai batin.
- c. Manfaat Emosional dan Sosial
 - 1) Meningkatkan kesadaran diri:
Latihan ini mendorong individu untuk lebih sadar akan tubuh dan pikirannya.
 - 2) Mengontrol emosi:
Teknik ini membantu mengendalikan respons emosional yang berlebihan dalam situasi sulit.
 - 3) Meningkatkan hubungan interpersonal:
Dengan mengurangi stres dan meningkatkan keseimbangan emosional, seseorang dapat berinteraksi lebih positif dengan orang lain.
- d. Manfaat Spiritualitas dan Relaksasi Mendalam
 - 1) Meningkatkan meditasi:
Napas dalam sering digunakan dalam meditasi untuk membantu seseorang mencapai kondisi relaksasi yang mendalam.
 - 2) Mengembangkan rasa syukur dan kedamaian:
Latihan ini dapat menciptakan rasa harmoni dan ketenangan dalam kehidupan sehari-hari

3. Standar Operasional Prosedure Relaksasi Napas Dalam

- a. Defenisi
Merupakan tehnik napas dalam untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan (Sitorus, Egeria, Astuti dan Reni 2024)
- b. Tujuan
Memberikan rasa nyaman, Mengurangi rasa nyeri, mengurangi ketegangan otot, mengurangi kecemasan
- c. Indikasi
 - 1) Klien yang mengalami cemas
 - 2) Klien dengan Perasaan tegang, atau takut berlebihan
 - 3) Klien dengan napas cepat atau pendek (hiperventilasi)

- 4) Klien dengan denyut jantung meningkat (takikardia)
- d. Kontra indikasi
 - 1) Pasien dengan cedera toraks atau fraktur tulang rusuk yang dapat memperburuk nyeri saat bernapas dalam.
 - 2) Pasien dengan gangguan kesadaran yang tidak dapat mengikuti instruksi pernapasan
- e. Prosedur
 - 1) Mengucapkan salam kepada pasien
 - 2) Mengenali siapa pasien tersebut
 - 3) Memberikan penjelasan mengenai tujuan serta langkah- langkah dari prosedur relaksasi pernapasan dalam dan meminta persetujuan klien secara lisan
 - 4) Menciptakan sesuatu yang bebas dari gangguan dan percahayaan serta suhu ruangan yang nyaman.
 - 5) Menyediakan posisi yang nyaman, seperti duduk bersandar (Fowler) atau berbaring (Supinasi)
 - 6) Mendorong klien agar merasa rileks dan merasakan sensasi dari relaksasi
 - 7) Mengajak klien untuk berlatih teknik pernapasan dalam:
 - a) Menganjurkan untuk menutup mata dan benar-benar focus
 - b) Menganjurkan untuk menarik napas secara perlahan melalui hidung
 - c) Menganjurkan untuk mengeluarkan napas dengan mulut membentuk bulatan atau kerucut secara perlahan
 - d) Menunjukkan cara ini selama 6 detik, kemudian menahan napas selama 2 detik, dan selanjutnya membuang napas dari mulut dengan bibir membulat selama 6 detik. Latihan ini berlangsung selama 5-10 menit setiap sesi
 - e) Menganjurkan pasien untuk mengulanginya beberapa kali, dalam satu sesi selama 5-10 menit, dilakukan dua kali sehari selama tujuh hari berturut-turut.
- f. Sikap
 - 1) Menunjukkan sikap sopan dan ramah
 - 2) Menjaga privasi klien

g. Dokumentasi

- 1) Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan
- 2) Catat hasil tindakan