



# BUKU AJAR KEPERAWATAN PSIKIATRIK

(Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)

Heni Aguspita Dewi | Reni Hertini | Diana Arianti | Rajunitrigo | Resti Ikhda Syamsiah  
Ferdinan Sihombing | Alini | Welly | Endah Sari Purbaningsih | Yustina Kristianingsih  
Ida Ayu Putri Wulandari | Ade Sity Riyantina | Lia Novianty | Amelia Susanti  
Yunita Astriani Hardayati | Asep Aep Indarna | Sekani Niriayah | Stepanus Prihasto Septiawan

# BUKU AJAR KEPERAWATAN PSIKIATRIK

(Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)

Buku Ajar Keperawatan Psikiatrik ini disusun berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021. Buku ini membahas secara komprehensif mengenai bidang keperawatan psikiatrik, yang merupakan salah satu bidang penting dalam keperawatan yang memfokuskan pada perawatan kesehatan mental dan emosional.

Buku ini mencakup berbagai topik penting dalam keperawatan psikiatrik, seperti konsep dasar keperawatan psikiatrik, asuhan keperawatan pada berbagai gangguan mental, intervensi keperawatan psikiatrik, manajemen keperawatan pada klien psikiatrik, dan berbagai aspek lain yang relevan dengan keperawatan psikiatrik.

Dengan mengacu pada Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021, buku ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang mendalam kepada para mahasiswa keperawatan mengenai prinsip-prinsip dasar, teori, dan praktik-praktik terkini dalam keperawatan psikiatrik. Selain itu, buku ini juga dapat menjadi panduan yang baik bagi para praktisi keperawatan yang ingin memperdalam pengetahuan dan keterampilan mereka dalam merawat klien dengan gangguan mental.

Overall, buku ini merupakan sumber informasi yang sangat berguna bagi siapa saja yang tertarik dalam bidang keperawatan psikiatrik, baik sebagai mahasiswa, praktisi keperawatan, maupun para profesional kesehatan mental lainnya.



☎ 0858 5343 1992  
✉ eurekaediaaksara@gmail.com  
📍 Jl. Banjaran RT.20 RW.10  
Bojongsari - Purbalingga 53362



**BUKU AJAR**  
**KEPERAWATAN PSIKIATRIK**  
**(Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)**

Heni Aguspita Dewi  
Reni Hertini  
Diana Arianti  
Rajunitrigo  
Resti Ikhda Syamsiah  
Ferdinan Sihombing  
Alini  
Welly  
Endah Sari Purbaningsih  
Yustina Kristianingsih  
Ida Ayu Putri Wulandari  
Ade Sity Riyantina  
Lia Novianty  
Amelia Susanti  
Yunita Astriani Hardayati  
Asep Aep Indarna  
Sekani Niriyah  
Stepanus Prihasto Septiawan



**eureka**  
**media aksara**

**PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA**

**BUKU AJAR**  
**KEPERAWATAN PSIKIATRIK**

(Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)

- Penulis** : Heni Agusputa Dewi; Reni Hertini; Diana Arianti; Rajunitrigo; Resti Ikhda Syamsiah; Ferdinan Sihombing; Alini; Welly; Endah Sari Purbaningsih; Yustina Kristianingsih; Ida Ayu Putri Wulandari; Ade Sity Riyantina; Lia Novianty; Amelia Susanti; Yunita Astriani Hardayati; Asep Aep Indarna; Sekani Niriyah; Stepanus Prihasto Septiawan
- Editor** : Ferdinan Sihombing, S.Kep., Ners., M.Kep.
- Desain Sampul** : Ardyan Arya Hayuwaskita
- Tata Letak** : Meilita Anggie Nurlatifah
- ISBN** : 978-623-120-229-1
- No. HKI** : EC00202428404
- Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, JANUARI 2024**  
**ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH**  
**NO. 225/JTE/2021**

**Redaksi:**

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari  
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992  
Surel : eurekamediaaksara@gmail.com

Cetakan Pertama : 2024

**All right reserved**

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

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan hidayahNya, maka kita dapat menyusun dan menyelesaikan Buku Ajar Keperawatan Psikiatrik. Buku Ajar Keperawatan Psikiatrik membahas asuhan keperawatan pada klien yang mengalami masalah gangguan jiwa, asuhan keperawatan pada kelompok khusus, asuhan keperawatan pada anak berkebutuhan khusus, Konsep *recovery* dan manajemen pelayanan, serta penerapan terapi modalitas keperawatan.

Buku Ajar Keperawatan Psikiatrik telah disusun berdasarkan kurikulum AIPNI 2021, sehingga dapat membantu mempermudah mahasiswa dalam mempelajari keperawatan psikiatrik lanjutan dari keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial. Dengan adanya Buku Ajar Keperawatan Psikiatrik, diharapkan mahasiswa dapat lebih memahami masalah keperawatan jiwa dan dapat melakukan asuhan keperawatan dengan tepat sesuai dengan evidence base, sehingga mahasiswa menjadi kompeten. Penulis memohon maaf kepada semua pihak apabila terdapat kesalahan dalam penulisan. Semoga Buku Ajar Keperawatan Psikiatrik dapat menambah referensi dan bermanfaat bagi dosen maupun mahasiswa untuk menambah pengetahuan terkait dengan masalah keperawatan psikiatrik.

Tasikmalaya, 5 Januari 2024  
Mewakili seluruh penulis

Ns. Heni Aguspita Dewi, M.Kep

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>iv</b>
<b>BAB 1 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI HARGA DIRI RENDAH DAN ISOLASI SOSIAL .....</b>	<b>1</b>
A. Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Harga Diri Rendah .....	2
B. Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Isolasi Sosial .....	8
C. Rangkuman .....	12
D. Latihan Soal.....	13
<b>BAB 2 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI WAHAM DAN HALUSINASI.....</b>	<b>15</b>
A. Waham.....	15
B. Halusinasi.....	19
C. Rangkuman .....	23
D. Latihan Soal.....	24
<b>BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI DEFISIT PERAWATAN DIRI.....</b>	<b>26</b>
A. Konsep Defisit Perawatan Diri .....	26
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	31
C. Rangkuman .....	46
<b>BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN JIWA KLIEN DAN KELUARGA AKIBAT PENYAKIT KRONIS: HIV- AIDS .....</b>	<b>47</b>
A. Konsep Dasar Penyakit HIV-AIDS .....	48
B. Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien dengan HIV- AIDS.....	49
C. Asuhan Keperawatan Keluarga pada Klien Jiwa dengan Penyakit Kronis: HIV-AIDS .....	53
D. Latihan Soal.....	54
<b>BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS.....</b>	<b>56</b>
A. Pengertian Anak Berkebutuhan Khusus .....	56
B. Faktor Penyebab Anak Berkebutuhan Khusus .....	57

	C. Asuhan Keperawatan Pada Anak Berkebutuhan Khusus: Retardasi Mental.....	58
	D. Rangkuman.....	63
	E. Latihan Soal .....	63
<b>BAB 6</b>	<b>ASUHAN KEPERAWATAN PADA KORBAN PEMERKOSAAN.....</b>	<b>65</b>
	A. Pemerkosaan sebagai Tindakan Kekerasan.....	66
	B. Korban Pemerkosaan sebagai Pihak yang Dirugikan.....	67
	C. Analisis Terhadap Pelaku dan Perawatan Korban ...	67
	D. Rencana dan Manajemen Asuhan Keperawatan.....	68
	E. Prioritas Keperawatan .....	68
	F. Diagnosis Keperawatan.....	69
	G. Tujuan Keperawatan.....	69
	H. Intervensi dan Tindakan Keperawatan.....	70
	I. Rangkuman.....	71
	J. Latihan Soal .....	72
<b>BAB 7</b>	<b>ASUHAN KEPERAWATAN PADA KORBAN KDRT.....</b>	<b>74</b>
	A. Pengertian Perilaku Kekerasan Dalam Keluarga .....	74
	B. Faktor Penyebab Perilaku Kekerasan Dalam Keluarga .....	76
	C. Lingkup Kekerasan dalam Rumah Tangga .....	76
	D. Klasifikasi Kekerasan dalam Rumah tangga .....	76
	E. Bentuk Kekerasan dalam Rumah Tangga.....	76
	F. Karakteristik Kekerasan dalam Keluarga .....	77
	G. Strategi Pencegahan Kekerasan Dalam Rumah Tangga.....	81
	H. Rangkuman.....	82
	I. Latihan Soal .....	83
<b>BAB 8</b>	<b>ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK JALANAN.....</b>	<b>84</b>
	A. Pengertian Anak Jalanan .....	84
	B. Karakteristik Anak Jalanan.....	85
	C. Jenis Anak Jalanan.....	86
	D. Faktor Penyebab Anak Jalanan.....	87
	E. Masalah Anak Jalanan .....	88
	F. Rentang Respon.....	89

	G. Pohon Masalah.....	89
	H. Diagnosis .....	89
	I. Tindakan Keperawatan.....	89
	J. Rangkuman .....	91
	K. Latihan Soal.....	92
<b>BAB 9</b>	<b>KONSEP RECOVERY: KARAKTERISTIK RECOVERY, MODEL DAN SUPPORTIVE ENVIRONMENT.....</b>	<b>94</b>
	A. Latar Belakang .....	94
	B. Definisi.....	95
	C. Dimensi <i>Recovery</i> .....	95
	D. Karakteristik <i>Recovery</i> .....	97
	E. Model <i>Recovery</i> .....	100
	F. Rangkuman .....	107
	G. Latihan Soal.....	108
<b>BAB 10</b>	<b>MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN JIWA PROFESIONAL KLINIK .....</b>	<b>110</b>
	A. Pendahuluan .....	110
	B. Pengertian Manajemen.....	110
	C. Fungsi Manajemen.....	111
	D. Prinsip Manajemen.....	113
	E. Konsep Manajemen Keperawatan .....	114
	F. Rangkuman .....	119
	G. Latihan Soal.....	119
<b>BAB 11</b>	<b>MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN JIWA PROFESIONAL KOMUNITAS .....</b>	<b>121</b>
	A. Konsep Manajemen <i>Community Mental Health Nursing (CMHN)</i> .....	121
	B. Pengembangan Manajemen <i>Community Mental Health Nursing (CMHN)</i> .....	123
	C. Rangkuman .....	124
	D. Latihan Soal.....	124
<b>BAB 12</b>	<b>TERAPI MODALITAS : FARMAKOLOGI.....</b>	<b>126</b>
	A. Pengertian Terapi Modalitas.....	126
	B. Jenis-jenis Terapi Modalitas.....	126
	C. Pengertian Farmakologi .....	128
	D. Sejarah Farmakologi .....	130
	E. Cabang Ilmu.....	131

	F. Rangkuman.....	131
	G. Latihan Soal .....	132
<b>BAB 13</b>	<b>TERAPI SOMATIK DAN PSIKOFARMAKA.....</b>	<b>133</b>
	A. Terapi Somatik.....	134
	B. Terapi Psikofarmaka .....	138
	C. Rangkuman.....	141
	D. Latihan Soal .....	142
<b>BAB 14</b>	<b>TERAPI MODALITAS: TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK).....</b>	<b>143</b>
	A. Terapi Modalitas .....	144
	B. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) .....	144
	C. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi (TAK SP).....	146
	D. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori (TAK SS) .....	149
	E. Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) .....	151
	F. Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realita (TAK OR).....	153
	G. Rangkuman.....	155
	H. Latihan Soal .....	156
<b>BAB 15</b>	<b>TERAPI MODALITAS: TERAPI KELUARGA .....</b>	<b>158</b>
	A. Sejarah Terapi Keluarga.....	159
	B. Definisi Terapi Keluarga.....	160
	C. Jenis Terapi Keluarga.....	161
	D. Indikasi Terapi Keluarga .....	163
	E. Prinsip Terapi Keluarga.....	163
	F. Tahapan Terapi Keluarga .....	164
	G. Pelaksanaan Terapi Keluarga.....	171
	H. Peran Perawat.....	172
	I. Rangkuman.....	172
	J. Latihan Soal .....	173
<b>BAB 16</b>	<b>TERAPI MODALITAS: TERAPI OKUPASI DAN REHABILITASI .....</b>	<b>175</b>
	A. Terapi Modalitas .....	176
	B. Terapi Okupasi .....	176
	C. Terapi Rehabilitasi.....	179
	D. Rangkuman.....	181

	E. Latihan Soal.....	182
<b>BAB 17</b>	<b>ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KELOMPOK KHUSUS.....</b>	<b>184</b>
	A. Pengertian Consumer Learning .....	184
	B. Asuhan Keperawatan Geropsikiatri .....	187
	C. Asuhan Keperawatan Korban Pelecehan dan Kekerasan .....	188
	D. Asuhan Keperawatan Korban Bencana .....	190
	E. Asuhan Keperawatan Psikologis pada Klien dengan Penyakit Yang Mengancam Nyawa.....	191
	F. Rangkuman .....	193
	G. Latihan Soal.....	193
<b>BAB 18</b>	<b>ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN PENGGUNA NAPZA.....</b>	<b>195</b>
	A. Pengertian NAPZA.....	195
	B. Jenis Zat Adiktif .....	196
	C. Rentang Respons Gangguan Penggunaan Zat Adiktif.....	196
	D. Proses Terjadinya Masalah .....	197
	E. Tanda dan Gejala .....	198
	F. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Pengguna Napza.....	198
	G. Pohon Masalah.....	200
	H. Diagnosis Keperawatan .....	200
	I. Intervensi Keperawatan .....	200
	J. Evaluasi .....	202
	K. Rangkuman .....	202
	L. Latihan Soal.....	203
	<b>GLOSARIUM.....</b>	<b>205</b>
	<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>210</b>
	<b>TENTANG PENULIS.....</b>	<b>223</b>

# BAB

# 1

## ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI HARGA DIRI RENDAH DAN ISOLASI SOSIAL

Heni Aguspita Dewi

### Capaian Pembelajaran:

1. Mampu mengetahui dan memahami definisi harga diri rendah situasional dan harga diri rendah kronik, serta isolasi sosial.
2. Mampu mengetahui dan memahami tanda dan gejala harga diri rendah situasional dan harga diri rendah kronik, serta isolasi sosial.
3. Mampu mengetahui dan memahami penyebab harga diri rendah situasional dan harga diri rendah kronik, serta isolasi sosial.
4. Mampu mengetahui dan memahami strategi pelaksanaan tindakan keperawatan harga diri rendah dan isolasi sosial.
5. Mampu mengetahui dan memahami intervensi harga diri rendah dan isolasi sosial berdasarkan *evidence base*.

Kesehatan jiwa menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang ada di dunia termasuk Indonesia. Di Indonesia prevalensi masalah gangguan jiwa mencapai 1,8 per 1000 penduduk (Idaiani Sri dkk., 2019). Masalah gangguan jiwa merupakan tantangan tersendiri bagi tenaga kesehatan khususnya perawat jiwa. Untuk dapat menyelesaikan masalah gangguan jiwa khususnya di Indonesia perawat harus dapat memahami masalah yang muncul pada seorang individu, sehingga dapat melakukan asuhan keperawatan yang tepat pada individu yang mengalami masalah gangguan jiwa.

Pada pasien yang mengalami masalah psikiatrik atau gangguan jiwa berat. Salah satu gejala yang muncul adalah gejala negatif yaitu harga diri rendah yang dapat berisiko menarik diri dari lingkungan sosialnya. Dalam membuat asuhan keperawatan perawat telah memiliki acuan baik untuk penetapan diagnosis keperawatan, tujuana, serta rencana tinakan. Acuan yang digunakan adalah *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, *Nursing Outcome Classification (NIC)*, dan *Nursing Outcome Classification (NOC)*. Atau dapat menggunakan 3S Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standart Luaran keperawatan Indonesia (SLI), dan Standart Intervensi Keperawatan Indonesia) SIKI.

## **A. Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Harga Diri Rendah**

Harga diri rendah adalah perasaan negatif terhadap dirinya sendiri sehingga dapat mengalami rasa pesimis, kehilangan rasa percaya diri, dan merasa tidak berharga dalam kehidupannya (Atmojo & Purbaningrum, 2021). Harga diri rendah dibagi menjadi dua yaitu harga diri rendah situasional dan harga diri rendah kronik. Pada klien yang mengalami gangguan jiwa berat masalah keperawatan berhubungan dengan harga diri rendah kronik berisiko menarik diri dari lingkungan.

### **1. Harga Diri Rendah Situasional**

#### **a. Definisi Harga Diri Rendah Situasional**

Harga diri rendah situasional adalah evaluasi negatif terhadap diri seseorang yang berkembang sebagai respons dari kehilangan atau perubahan yang terjadi dalam diri seseorang yang sebelumnya mempunyai evaluasi diri positif (Herdman, T. H, 2018). Harga diri rendah situasional merupakan evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri atau kemampuan diri sebagai respon terhadap situasi yang dialami saat ini (PPNI, T. P, 2017). Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah situasional adalah perasaan negatif

yang dialami seorang individu terhadap dirinya sendiri berdasarkan evaluasi dari kondisi yang dialaminya saat ini.

**b. Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala harga diri rendah situasional yaitu mengungkapkan perasaan malu atau rasa bersalah, menjelek-jelekkkan diri sendiri, mengungkapkan hal negatif tentang diri (seperti ketidakberdayaan dan ketidakbergunaan), menyalahkan diri sendiri secara episodik terhadap permasalahan yang sebelumnya mempunyai evaluasi diri positif, sulit membuat suatu keputusan (Herdman, T. H, 2018).

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tanda dan gejala harga diri rendah situasional dibagi menjadi dua yaitu tanda mayor dan minor, dimana diangnosa keperawatan dapat diangkat jika minimal 80 persen kriteria gejala mayor ada pada klien.

**Tanda dan Gejala Mayor**

Data subjektif dari gejala dan tanda mayor harga diri rendah situasional yaitu menilai diri negatif (seperti tidak berguna, tidak tertolong), merasa malu/bersalah, merasa tidak mampu melakukan apapun, meremehkan kemampuan yang dimilikinya dalam mengatasi suatu masalah, merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif, melebihi, lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri, menolak penilaian positif yang berkaitan dengan penilaian diri. Data objektif yaitu tidak mau mencoba hal yang baru, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk (PPNI, T. P, 2017).

**Tanda dan Gejala Minor**

Data subjektif dari tanda dan gejala minor yaitu merasa sulit konsentrasi. Data objektif yaitu kontak mata kurang, lesu dan tidak bergairah, berbicara pelan dan lirih pasif, perilaku tidak asersif, mencari penguatan secara

berlebihan, bergantung pada pendapat orang lain, sulit membuat keputusan (PPNI, T. P, 2017).

### **Penyebab**

Penyebab masalah harga diri rendah situasional yaitu perubahan pada citra tubuh, perubahan peran sosial, ketidakadekuatan pemahaman, perilaku tidak konsisten dengan nilai, kegagalan hidup berulang, riwayat kehilangan, riwayat penolakan, transisi perkembangan (PPNI, T. P, 2017).

Kondisi klinis terkait dengan masalah harga diri rendah situasional yaitu cedera traumatis, pembedahan, kehamilan, kondisi baru terdiagnosis (seperti diabetes melitus), stroke, penyalahgunaan zat, demensia, pengalaman tidak menyenangkan (PPNI, T. P, 2017). Klien yang mengalami masalah harga diri rendah situasional jika dibiarkan saja akan berkembang menjadi masalah gangguan jiwa berat yaitu harga diri rendah kronik.

## **2. Harga Diri Rendah Kronis**

### **a. Definisi Harga Diri Rendah Kronis**

Harga diri rendah kronis adalah evaluasi diri atau perasaan negatif tentang diri sendiri atau kemampuan diri yang berlangsung lama (Herdman, T. H, 2018). Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus (PPNI, T. P, 2017). Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa **harga diri rendah kronis** adalah perasaan negatif terhadap diri yang dialami seseorang sebagai evaluasi dari penilaian dirinya terhadap diri maupun kemampuan yang dimilikinya yang berlangsung secara terus menerus dalam waktu yang lama.

## **b. Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah Kronik**

### **Tanda dan Gejala Mayor**

Data subjektif dari tanda dan gejala mayor harga diri rendah kronik yaitu menilai diri negatif (seperti tidak berguna, tidak tertolong), merasa malu/bersalah, merasa tidak mampu melakukan apapun, meremehkan kemampuan mengatasi masalah, merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif, melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri, menolak penilaian positif tentang diri sendiri. Data objektif harga diri rendah kronik yaitu enggan mencoba hal baru, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk (PPNI, T. P, 2017).

### **Tanda dan Gejala Minor**

Data subjektif dari tanda dan gejala minor harga diri rendah kronik yaitu merasa sulit konsentrasi, sulit tidur, mengungkapkan keputusan. Data objektif dari tanda dan gejala minor harga diri rendah kronik yaitu kontak mata kurang, lesu dan tidak bergairah, berbicara pelan dan lirih, pasif, perilaku tidak asertif, mencari penguatan secara berlebihan, bergantung pada pendapat orang lain, sulit membuat keputusan (PPNI, T. P, 2017).

Batasan karakteristik klien yang mengalami harga diri rendah kronis yaitu bergantung pada pendapat orang lain, ekspresi rasa bersalah, ekspresi rasa malu, enggan mencoba hal baru, kontak mata kurang, melebih lebihkan umpan balik negative tentang diri sendiri, menolak umpan balik positif tentang diri sendiri, meremehkan kemampuan mengatasi situasi, pasif, perilaku tidak asertif, secara berlebihan mencari cari penguatan, sering kali mencari penegasan (Herdman, T. H, 2018).

## **c. Penyebab Harga Diri Rendah Kronis**

Penyebab harga diri rendah kronis diantaranya gangguan psikiatri, terpapar situasi traumatis, kegagalan berulang, kurangnya pengakuan dari orang lain, ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan, koping tidak efektif terhadap kehilangan, penguatan negatif

berulang, ketidaksesuaian budaya, ketidaksesuaian spiritual, kurang kasih sayang, kurangnya dukungan dari kelompok, dan populasi yg berisiko. Hasil penelitian menunjukkan faktor yang berhubungan dengan kejadian harga diri rendah diantaranya adanya riwayat penganiayaan fisik, kehilangan orang terdekat, penolakan keluarga, dan kegagalan berulang (PPNI, T. P, 2017; (Herdman, T. H, 2018; Wijayati dkk al., 2020).

Kondisi terkait dengan masalah harga diri rendah kronik diantaranya adanya gangguan psikiatrik. Kondisi klinis yang terkait yaitu cedera traumatis, pembedahan, kehamilan, stroke, penyalahgunaan zat, demensia, penyakit kronis, pengalaman tidak menyenangkan. Populasi yang berisiko dengan kondisi harga diri rendah kronik adalah terpapar peristiwa traumatik, dan kegagalan berulang (PPNI, T. P, 2017; Herdman, T. H, 2018).

#### **d. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

Strategi tindakan pelaksanaan keperawatan pada klien dengan harga diri rendah kronik yaitu:

##### **Strategi Pelaksanaan untuk Klien**

Strategi Pelaksanaan 1 (SP 1) untuk Klien:

- 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
- 2) Membantu klien menilai kemampuan yang masih dapat dilakukan
- 3) Membantu klien menentukan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien
- 4) Melatih klien sesuai dengan kemampuan yang dipilih
- 5) Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan klien
- 6) Mengajukan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

Strategi Pelaksanaan 2 (SP 2) untuk Klien:

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- 2) Melatih kemampuan kedua

- 3) Mengajukan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

### **Strategi Pelaksanaan untuk Keluarga**

Strategi pelaksanaan 1 (SP 1) untuk Keluarga:

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami klien beserta proses terjadinya.

Strategi pelaksanaan 2 (SP 2) untuk Keluarga:

- 1) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien isolasi sosial
- 2) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien isolasi sosial

Strategi pelaksanaan 3 (SP 3) untuk Keluarga:

- 1) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat
- 2) Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang

### **e. Intervensi berdasarkan *evidence base***

#### **Latihan kemampuan positif**

Latihan kemampuan positif diantaranya merias diri, menjahit, aktivitas mencuci, menggambar dan *plant therapy* dapat meningkatkan dan mempertahankan kemampuan yang masih dimiliki oleh klien (Atmojo & Purbaningrum, 2021). Melatih kemampuan positif diantaranya dengan terapi kreasi seni menggambar dapat meningkatkan kemampuan klien dalam melakukan kegiatan (Mayestika & Hasmira, 2021). Perawat dapat mengembangkan kemampuan atau aspek positif yang dimiliki seorang individu dengan mengidentifikasi kemampuan individu yang sesuai kemampuan yang dimiliki klien. Dengan melatih kemampuan positif yang dimiliki oleh klien, maka dapat meningkatkan kepercayaan dirinya, sehingga dapat membantu klien dalam meningkatkan harga dirinya.

## **B. Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Isolasi Sosial**

### **1. Definisi Isolasi Sosial**

Isolasi sosial adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain dan sebagai suatu keadaan negatif atau mengancam (Herdman, T. H, 2018). Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), isolasi sosial adalah ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain (PPNI, T. P, 2017). Dari beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami masalah dalam melakukan interaksi sosial yang erat dan terbuka dengan orang lain.

### **2. Tanda dan Gejala Isolasi Sosial**

Tanda dan gejala isolasi sosial menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dibagi menjadi dua yaitu tanda dan gejala mayor dan minor. Tanda dan gejala mayor isolasi sosial dari data subjektif yaitu merasa ingin sendirian, merasa tidak aman di tempat umum. Data objektif yaitu menarik diri, Tidak berminat atau menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan.

Tanda dan gejala minor dari data subjektif isolasi sosial yaitu merasa berbeda dengan orang lain, merasa asyik dengan pikiran sendiri, merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas. Data objektif yaitu afek datar, afek sedih, riwayat ditolak, menunjukkan permusuhan, tidak mampu memenuhi harapan orang lain, kondisi difabel, tindakan tidak berarti, tidak ada kontak mata, perkembangan terlambat, tidak bergairah atau lesu (PPNI, T. P, 2017).

Batasan karakteristik masalah isolasi sosial adalah tidak ada sistem dukungan, kesendirian karena orang lain, ketidaksesuaian budaya, keinginan sendirian, kondisi difabel, perasaan berbeda dengan orang lain, afek datar, riwayat ditolak, bermusuhan, penyakit, menunjukkan permusuhan, ketidakmampuan memenuhi harapan orang lain, merasa tidak aman di tempat umum, tindakan tidak

berarti, anggota subkultur tertentu, tidak ada kontak mata, preokupasi dengan pikiran sendiri, tidak mempunyai tujuan, tindakan berulang, afek sedih, nilai tidak sesuai dengan norma budaya, menarik (Herdman, T. H, 2018).

### **3. Penyebab Isolasi Sosial**

Penyebab terjadinya isolasi sosial yaitu keterlambatan perkembangan, ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan, ketidaksesuain minat dengan tahap perkembangan, ketidaksesuain nilai- nilai dengan norma, ketidaksesuain perilaku sosial dengan norma, perubahan penampilan fisik, perubahna status mental, ketidakadekuatan sumber daya persinal seperti disfungsi terbuka, pengendalian diri buruk (PPNI, T. P, 2017).

Faktor yang berhubungan dengan masalah isolasi sosial yaitu minat tidak sesuai dengan perkembangan, kesulitan membina hubungan, ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan, sumber personal yang tidak adekuat, perilaku sosial tidak sesuai norma, nilai-nilai tidak sesuai dengan norma budaya (Herdman, T. H, 2018). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sosial budaya menjadi sala satu faktor terbanyak peyebab isolasi sosial diantaranya kepribadian tertutup, memiliki riwayat kehilangan, dan tidak memiliki pekerjaan (Sutejo, 2016)

Kondisi yang terkait dengan masalah isolasi sosial diantara kondisi klinis yang terkait dengan penyakit alzheimer, AIDS, tuberkulosis, kondisi yang menyebabkan gangguan mobilisasi, gangguan psikiatrik seperti depresi mayor dan schizopherenia. Kondisi lain yang terkait dengan masalah isolasi sosial yaitu gangguan kesehatan, perubahan penampilan fisik, perubahan kesejahteraan. Populasi berisiko dengan masalah isolasi sosial yaitu keterlambatan perkembangan (Herdman, T. H, 2018).

#### **4. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk masalah isolasi sosial yaitu:

##### **Strategi Pelaksanaan untuk Klien**

Strategi Pelaksanaan 1 (SP 1) untuk Klien

- a. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial
- b. Berdiskusi dengan klien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain
- c. Berdiskusi dengan klien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
- d. Mengajarkan kepada klien tentang cara berkenalan dengan satu orang
- e. Menganjurkan kepada klien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian

Strategi Pelaksanaan 2 (SP 2) untuk Klien

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b. Memberikan kesempatan kepada klien mempraktikkan cara berkenalan dengan satu orang
- c. Membantu klien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian

Strategi Pelaksanaan 3 (SP 3) untuk Klien

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b. Memberi kesempatan kepada klien berkenalan dengan dua orang atau lebih
- c. Menganjurkan kepada klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

##### **Strategi Pelaksanaan untuk Keluarga**

Strategi Pelaksanaan 1 (SP 1) untuk Keluarga:

- a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial beserta proses terjadinya
- c. Menjelaskan cara-cara merawat klien isolasi sosial

Strategi Pelaksanaan 2 (SP 2) untuk Keluarga:

- a. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien isolasi sosial
- b. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien isolasi sosial

Strategi Pelaksanaan 3 (SP 3) untuk Keluarga:

- a. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat
- b. Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang

## 5. **Intervensi berdasarkan *evidence base***

### **Terapi Okupasi**

Terapi Okupasi dapat digunakan untuk meningkatkan kemampuan sosial klien, terapi okupasi yang dapat diaplikasikan seperti terapi okupasi dengan kerajinan tangan, dengan terapi ini klien mampu meningkatkan kemampuan sosialnya sehingga dapat membantu klien dalam melakukan interaksi sosial (Sukmana & Wulandari, 2014)

### **Terapi Aktifitas Kelompok**

Terapi aktifitas kelompok mampu membantu klien dalam meningkatkan kemampuan interaksi. Hasil penelitian memunjukkan terapi aktifitas kelompok dapat meningkatkan kemampuan dalam komunikasi dan sosialisasi dengan orang lain (Sukaesti, 2018). Terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) dapat meningkatkan kemampuan interaksi sosial dan *Activity Daily Living* (ADL) (Sari & Maryatun, 2022).

### **Terapi *Social skills training***

Terapi *social skills training* melalui pendekatan teori *Behavioral System Model* pada klien isolasi sosial mampu meningkatkan keterampilan dalam berkomunikasi baik secara verbal maupun non verbal serta mampu meningkatkan kemampuan dalam melakukan interaksi pada individu lain disekitarnya (Sutejo, 2016). Terapi *social skills training* yang dilakukan pada klien dengan isolasi dapat

membantu dalam menurunkan tanda dan gejala kognitif afektif, fisiologis, perilaku, sosial pada klien dan dapat meningkatkan kemampuan klien dan keluarga (Sukaesti, 2018).

### C. Rangkuman

1. Harga diri rendah dibagi menjadi dua yaitu harga diri rendah kronik dan harga diri rendah situasional. Harga diri rendah situasional adalah perasaan negatif yang dialami seorang individu terhadap dirinya sendiri berdasarkan evaluasi dari kondisi yang dialaminya saat ini. Sedangkan, harga diri rendah kronis adalah perasaan negatif terhadap diri yang dialami seseorang sebagai evaluasi dari penilaian dirinya terhadap diri maupun kemampuan yang dimilikinya yang berlangsung secara terus menerus dalam waktu yang lama.
2. Isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami masalah dalam melakukan interaksi sosial yang erat dan terbuka dengan orang lain.
3. Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tanda dan gejala dari masalah keperawatan jiwa baik harga diri rendah maupun isolasi sosial dibagi menjadi dua yaitu tanda mayor dan minor, dimana diagnosis keperawatan dapat diangkat jika minimal 80 persen kriteria gejala mayor ada pada klien.
4. Asuhan keperawatan pada klien dengan masalah harga diri rendah maupun masalah isolasi sosial dapat menggunakan NANDA, NOC, NIC atau SDKI, SLI, SIKI. Penentuan masalah keperawatan dapat menggunakan NANDA atau SDKI sebagai acuan bagi perawat dalam menegakan diagnosis keperawatan. Penentuan tujuan dari diagnosis keperawatan yang telah diangkat perawat dapat mengacu pada NOC atau SLKI, selanjutnya untuk menentukan intervensi atau rencana tindakan perawat dapat mengacu pada NIC atau SIKI. Aplikasi dari rencana tindakan dapat disesuaikan dengan kondisi pasien. Perawat dapat mengimplementasikan rencana tindakan untuk menyelesaikan masalah

keperawatan sesuai dengan tujuan yang telah dibuat dan dilakukan evaluasi berdasarkan data pengkajian awal untuk melihat perkembangan dari masalah keperawatan apakah masalah telah selesai atau belum untuk selanjutnya ditindaklanjuti.

#### D. Latihan Soal

1. Seorang perempuan, usia 18 tahun dikunjungi oleh perawat puskesmas karena sudah 3 minggu mengurung diri di kamar dan menolak mandi. Hasil pengkajian pasien banyak diam, menyendiri, tidak mau berinteraksi, saat ditanya pasien hanya mengangguk dan menggelengkan kepala, tampak sedih, ekspresi datar, kontak mata kurang. Apa diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
  - A. Halusinasi
  - B. Isolasi sosial
  - C. Harga diri rendah
  - D. Defisit perawatan diri
  - E. Resiko perilaku kekerasan
2. Seorang laki-laki, usia 16 tahun dibawa oleh keluarga ke RSJ karena tidak mau sekolah mengurung diri di kamar sejak 2 minggu dan suka berbicara dan tertawa sendiri. Hasil pengkajian kontak mata kurang, menundukan kepala saat ditanya pasien hanya mengangguk dan menggelengkan kepala. Apakah tujuan tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
  - A. Pasien menunjukkan perilaku meningkatnya harga diri
  - B. Pasien tetap mampu berorientasi pada realita
  - C. Pasien mampu mengontrol halusinasinya
  - D. Pasien mampu menjaga kebersihan diri
  - E. Pasien mampu melakukan interaksi
3. Seorang perempuan usia 32 tahun di rawat di RSJ karena sudah 2 minggu mengurung diri di kamar. Hasil pengkajian pasien banyak diam, tidak mau bicara, menyendiri, tidak mau berinteraksi, tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal,

kontak mata kurang. Apa diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Halusinasi
  - B. Isolasi sosial
  - C. Harga diri rendah
  - D. Defisit perawatan diri
  - E. Resiko perilaku kekerasan
4. Seorang laki-laki usia 27 tahun, dikunjungi oleh perawat puskesmas karena mengurung diri di kamar sejak 3 minggu, menolak mandi dan suka bicara sendiri. Hasil pengkajian pengkajian kontak mata kurang, hanya mengangguk dan mengelengkan kepala saat ditanya. Keluarga mengatakan pasien diberhentikan dari pekerjaannya. Apakah tujuan tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Pasien menunjukkan perilaku meningkatnya harga diri
  - B. Pasien tetap mampu berorientasi pada realita
  - C. Pasien mampu mengontrol halusinasinya
  - D. Pasien mampu menjaga kebersihan diri
  - E. Pasien mampu melakukan interaksi
5. Seorang perempuan usia 33 tahun dirawat di RSUD dengan ca mammae. Hasil pengkajian pasien mengatakan malu untuk bertemu dengan orang lain, pasien tampak sedih, terlihat lebih banyak menunduk, kontak mata kurang. Pasien sudah mengalami pengobatan selama 3 tahun. Perawat telah mengali kemampuan positif klien. Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Latih merawat dirinya
  - B. Mendiskusikan kemampuan pasien
  - C. Latih cara melakukan aktifitas positif
  - D. Identifikasi harapan yang ada pada kehidupan pasien
  - E. Latih cara partisipasi aktif dalam aktifitas kelompok dan latih cara tindakan coping alternative

### **Kunci Jawaban**

1. B      2. E      3. B      4. E      5. C

# BAB 2 | ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI WAHAM DAN HALUSINASI

Reni Hertini

## Capaian Pembelajaran:

1. Mampu mengetahui dan memahami klien dengan waham dan halusinasi
2. Mampu melakukan simulasi asuhan keperawatan pada klien yang mengalami waham dan halusinasi

## A. Waham

### 1. Pengertian Waham

Waham menurut Stuart dan Sundeen tahun 1998 dalam buku Azizah, *et al.*, 2016 mengatakan suatu keyakinan yang salah secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realita normal. Jadi waham merupakan keyakinan seseorang berdasarkan pandangan realitis yang salah yang dipertahankan dan tidak dapat dirubah secara logis oleh orang lain, keyakinan ini berasal dari pemikiran klien yang sudah kehilangan kontrol.

### 2. Jenis Waham

#### a. Waham kebesaran

Menganggap nilai, kekuasaan, pengetahuan identitasnya terlalu tinggi. Contoh “saya adalah seorang pengusaha dengan jumlah pabrik yang banyak dan dimana-mana” (padahal seseorang tersebut hanya orang biasa yang tidak memiliki apa-apa)

b. Waham curiga/paranoid

Keyakinan klien yang berlebihan terhadap seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan, mencederai, mengancam, memata-matai. Contoh “suster-suster itu akan membunuh saya dan meracuni saya”

c. Waham agama

Memiliki keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan, diucapkan tetapi tidak sesuai dengan kenyataan. Contoh “saya adalah utusan Tuhan untuk menjadikan dunia lebih baik, jika mematuhi ajaran-ajaran saya maka semuanya akan masuk surga”

d. Waham somatic

Keyakinan klien akan tubuh atau fungsi tubuhnya sudah berubah/ruksak. Contoh “sepertinya saya terkena kanker, dalam tubuh saya kotoran semua, saya mulai membusuk”

e. Waham nihilistic

Meyakini dirinya sudah meninggal dunia atau tidak ada lagi. Contoh “sebenarnya saya sudah meninggal dunia ini hanya roh yang bergentayangan”

f. Waham dosa

Keyakinan klien terhadap dirinya selalu salah dan selalu berbuat dosa yang tidak bisa diampuni. Contoh “saya kotor dan hina, saya penuh dosa dan besok kalau meninggal pasti masuk neraka”

### 3. Proses Terjadinya Waham

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal seseorang, hal ini dapat meningkatkan stress dan anxietas yang berakhir dengan gangguan persepsi

2) Faktor sosial budaya

Seseorang dengan kesepian dan diasingkan menyebabkan timbulnya waham

- 3) Faktor psikologis  
Hubungan yang tidak harmonis, peran ganda atau bertentangan dapat menimbulkan anxietas dan berakhir dengan peningkatan terhadap kenyataan
  - 4) Faktor biologis  
Waham diyakini adanya atrofi otak, pembesaran ventrikel otak, dan perubahan sel kortikal dan limbik.
  - 5) Faktor genetik
- b. Faktor Presipitasi
- 1) Faktor sosial dan budaya  
Waham dapat dipicu karena adanya perpisahan dengan orang tua atau orang yang berarti, serta diasingkan dari kelompoknya.
  - 2) Faktor biokimia  
Dopamine, norepinephrin, dan zat halusinogen diduga menjadi penyebab waham seseorang
  - 3) Faktor psikologis  
Kecemasan yang memanjang dan terbatasnya kemampuan untuk mengatasi masalah.

#### 4. Fase-fase Waham

- a. Fase *lack of human need*  
Waham diawali dengan keterbatasan kebutuhan-kebutuhan klien secara fisik atau psikis, dari kesenjangan antara reality dengan self ideal yang sangat tinggi.
- b. Fase *lack of self esteem*  
Tidak adanya pengakuan dari lingkungan dan tingginya kesenjangan antara self ideal dengan kenyataan sedangkan standar lingkungan sudah melampaui kemampuannya.
- c. Fase *control internal dan external*  
Klien mencoba berpikir rasional bahwa apa yang ia yakini adalah kebohongan, menutupi kekurangan dan tidak sesuai dengan kenyataan. Tetapi menghadapi kenyataan adalah sesuatu yang berat bagi klien dan diterima oleh lingkungannya menjadi prioritas dalam

hidupnya karena kebutuhan tersebut tidak optimal terpenuhi dari sejak kecil.

d. Fase *environment support*

Ada beberapa orang yang mempercayai klien yang menyebabkan klien merasa didukung. Lama kelamaan kebohongan dianggap suatu kebenaran karena seringnya diulang-ulang. Dari sinilah mulai terjadinya kerusakan kontrol diri dan tidak ada lagi perasaan dosa saat berbohong.

e. Fase *comforting*

Klien merasa nyaman dengan keyakinan dan kebohongannya serta menganggap semua orang sama yaitu mempercayai dan mendukungnya. Keyakinan disini sering ditandai dengan halusinasi pada saat ini klien sering menyendiri dari lingkungannya.

f. Fase *improving*

Apabila tidak adanya konfrontasi dan upaya koreksi, setiap waktu keyakinan yang salah pada klien semakin meningkat. Tema waham selalu berkaitan dengan traumatic pada masa lalu, atau kebutuhan yang tidak terpenuhi. Waham bersifat menetap dan sulit untuk dikoreksi

## 5. Proses Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya agar klien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi,
- b. Tidak mendukung atau membantah klien, identifikasi kebutuhan klien, bicara konteks realita.
- c. Identifikasi potensi/kemampuan yang dimiliki klien, lalu pilih dan latih sesuai dengan kemampuan yang dimiliki
- d. Jelaskan pada klien tentang program pengobatannya (manfaat, dosis, jenis, efek samping dan cara minum obat yang benar)
- e. Libatkan dan diskusikan dengan keluarga tentang waham yang dialami klien, cara merawat klien dirumah.

- f. Rekomendasikan klien untuk mengikuti TAK (terapi aktivitas kelompok) *cognitive therapy, occupational therapy* (Fitria, 2011).

## **B. Halusinasi**

### **1. Pengertian Halusinasi**

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus/rangsangan dari luar (Stuart, 2016). Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering dialami oleh klien gangguan jiwa. Ini adalah respons persepsi yang paling tidak adaptif. Jika klien yang sehat mempunyai persepsi yang akurat dan mampu mengidentifikasi dan menafsirkan rangsangan berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera, maka klien dengan halusinasi dapat merasakan sensasi meskipun rangsangan tersebut tidak benar-benar ada (Hertini *et al.*, 2020).

### **2. Jenis Halusinasi**

#### **a. Pendengaran**

Mendengar suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Ditandai dengan data subjektif klien mendengar suara-suara, data objektifnya mengarahkan telinga ke sumber suara, bicara dan tertawa sendiri, mulut komat kamit, menutup telinga.

#### **b. Penglihatan**

Stimulus visual bentuk kilatan Cahaya, gambar, bayangan kompleks. Bayangan bias yang menyenangkan atau menakutkan. Ditandai dengan data subjektif: klien melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat bayangan yang menakutkan, data objektif: tatapan mata tajam, menunjuk kearah tertentu.

#### **c. Penciuman**

Mencium bau-bauan tertentu seperti bau darah, urine. Tipe halusinasi ini sering akibat dari klien dengan penderita demensia, stroke atau penyakit

serebrovaskular. Ditandai dengan data subjektif: Klien mengatakan sering mencium bau sesuatu seperti bau darah, bau mayat atau bau parfum, data objektif: ekspresi wajah klien seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung pada tempat tertentu.

d. Pengecapan

Merasa mengecap atau merasakan makanan tertentu ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan seperti sedang memakan sesuatu, mengunyah suatu makanan, dan rasa tertentu, data objektif: klien seperti mengecap, gerakan mengunyah, meludah bahkan muntah.

e. Perabaan

Mengalami ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas, ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan ada yang menggerayangi tubuhnya seperti ada tangan atau mahluk halus yang memegang, merasakan sesuatu dipermukaan kulit, merasakan seperti tersengat aliran listrik, data objektif: mengusap, menggaruk-garuk, meraba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerakkan badan.

f. Kinestetik

Merasakan fungsi tubuhnya, ditandai dengan data subjektif: klien mengatakan bahwa nadinya tidak berdenyut, tubuhnya serasa melayang di udara, aliran oksigen terasa sampai ke perut, data objektif: klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya (Yosep, Sutini, 2016)

### **3. Proses Terjadinya Halusinasi**

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

2) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi (*unwanted child*) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor biokimia

Beberapa zat kimia di otak seperti dopamine, neurotransmitter yang berlebihan dan masalah pada system reseptor dopamine dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam otak akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia dan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak.

4) Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggungjawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak yang sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor keluarga mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap penyakit skizofrenia.

b. Faktor Presipitasi

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

- 2) Stres lingkungan  
Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku
- 3) Sumber koping  
Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor (Azizah, *et al.*, 2016)

#### 4. Fase-fase Halusinasi

##### a. *Sleep disorder*

Fase awal sebelum seseorang mengalami halusinasi, klien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan. Masalah terasa menekan sedangkan *support system* kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Klien akhirnya mengalami kesulitan tidur yang berlangsung secara terus menerus dan terbiasa menghayal.

##### b. *Comforting*

Halusinasi diterima sebagai sesuatu yang alami, dalam tahap ini klien merasa nyaman dengan halusinasinya.

##### c. *Condemning*

Secara umum halusinasi sering terjadi pada klien, pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai tidak bisa mengontrol. Klien mulai menarik diri dari lingkungan dan menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan.

##### d. *Controlling*

Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan. Klien mencoba melawan suara-suara atau sensory lainnya yang abnormal, klien mulai merasakan kesepian pada saat halusinasinya berakhir, dari sinilah dimulai fase gangguan *psychotic*.

##### e. *Conquering*

Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. Pengalaman sensori terganggu, klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara

terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah dari halusinasinya. Terjadi selama minimal 4 jam atau seharian bila tidak diberikan komunikasi terapeutik, terjadi gangguan psikotik berat (Potter, Perry, 2013)

## **5. Proses Keperawatan**

- a. Pengkajian
  - 1) Membina hubungan saling percaya
  - 2) Mengkaji data subjektif dan objektif
  - 3) Mengkaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi
  - 4) Mengkaji respon terhadap halusinasi
  - 5) Mengkaji tahapan/fase halusinasi
- b. Diagnosis keperawatan
  - 1) Resiko tinggi perilaku kekerasan
  - 2) Perubahan sensori persepsi
  - 3) Isolasi social
  - 4) Harga diri rendah kronis.
- c. Tindakan keperawatan
  - 1) Membantu klien mengenal halusinasinya
  - 2) Melatih klien mengontrol halusinasinya bisa dengan cara menghardik, bercakap-cakap, dan beraktivitas secara terjadwal
  - 3) Melatih klien untuk menggunakan obat secara teratur
  - 4) Melibatkan keluarga dalam tindakan (Fitria, 2011)

## **C. Rangkuman**

Waham merupakan keyakinan seseorang berdasarkan pandangan realistik yang salah yang dipertahankan dan tidak dapat dirubah secara logis oleh orang lain, keyakinan ini berasal dari pemikiran klien yang sudah kehilangan kontrol.

Halusinasi merupakan respon persepsi paling maladaptive, jika klien yang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra, klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada.

#### D. Latihan Soal

1. Seorang perempuan 40 tahun di rawat di RSJ alasan masuk karena sering berbicara sendiri, memanggil anaknya yang sudah meninggal, mondar mandir berbicara sendiri, dan sudah 4 bulan putus obat. Pada saat pengkajian dengan perawat pasien terlihat kotor, berbicara sendiri, dan sulit untuk berinteraksi dengan orang lain, menunjuk kearah tertentu sambil berteriak memanggil anaknya. Apakah rencana tindakan asuhan keperawatan pada kasus tersebut?
  - A. Identifikasi tanda dan gejala serta penyebab halusinasi
  - B. Identifikasi tanda dan gejala serta penyebab isolasi sosial
  - C. Identifikasi tanda dan gejala serta penyebab perawatan diri
  - D. Identifikasi tanda dan gejala serta penyebab resiko bunuh diri
2. Seorang laki-laki, 35 tahun dirawat di RSJ sudah dua minggu karena memukul ibunya. Hasil pengkajian: Klien tampak kotor, tatapan mata tajam, sesekali klien berbicara sendiri, klien mengatakan bahwa ada seseorang yang mengatakan ibunya telah menjadi mata-mata. Apa diagnosis yang tepat pada kasus tersebut?
  - A. Waham curiga
  - B. Halusinasi dengar
  - C. Perilaku kekerasan
  - D. Defisit perawatan diri
3. Seorang laki-laki, 55 tahun dirawat di RSJ karena berperilaku aneh, dan terkadang marah-marah tanpa sebab. Keluarga tampak bingung karena klien selalu bercerita tentang perusahaan, yang sebetulnya tidak pernah dia miliki. Hasil pengkajian: pasien mengatakan dia adalah seorang bos dari perusahaan, yang saat ini sedang mengalami kerugian akibat dari Pandemi COVID-19. Perawat telah memberikan intervensi mengenalkan secara bertahap terhadap realita dan merencanakan akan melibatkan pasien dalam TAK. Apakah jenis TAK yang diberikan pada kasus tersebut?

- A. TAK sosialisasi
  - B. TAK orientasi realita
  - C. TAK stimulasi sensori
  - D. TAK stimulasi persepsi
4. Seorang perempuan, 55 tahun datang ke poli dalam rawat jalan, dia mengatakan bahwa tubuhnya terdapat virus COVID-19, setelah dilakukan pemeriksaan dan hasil laboratorium menyatakan bahwa pasien sehat dan tidak ada tanda gejala ke penyakit COVID-19. Akan tetapi pasien yakin dengan terus mengatakan bahwa saya sedang terserang virus dan sekarang sudah tidak bisa bernapas lagi karena paru-parunya merasa sudah ruksak. Pernyataan tersebut dikatakan berulang-ulang. Apakah jenis waham pada kasus tersebut?
- A. Waham curiga
  - B. Waham agama
  - C. Waham somatik
  - D. Waham nihilistic
5. Seorang laki-laki, usia 27 tahun datang ke RSJ diantar oleh keluarganya karena sudah 2 minggu tidak mau keluar kamar, dan mengamuk tanpa sebab. Hasil pengkajian: pasien tampak menyenderkan telinganya ke arah dinding kamar, mengatakan mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, dan menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya. Apa tujuan tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Pasien menunjukkan perilaku meningkatkan harga diri
  - B. Pasien mampu mengontrol perilaku marahnya
  - C. Pasien mampu melakukan kebersihan diri
  - D. Pasien mampu mengontrol halusinasinya

**Kunci Jawaban**

1. A   2. A   3. B   4. C   5. D

# BAB 3 | ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI DEFISIT PERAWATAN DIRI

**Diana Arianti**

Defisit perawatan diri merupakan masalah yang timbul pada klien gangguan jiwa (Laila & Pardede, 2022). Materi terdiri dari teori dan asuhan keperawatan. Pada teori akan membahas mengenai definisi, jenis-jenis perawatan diri, tanda dan gejala, etiologi, rentang respon kognitif dan mekanisme coping. Asuhan keperawatan deficit perawatan diri membahas mengenai pengkajian, diagnosis, intervensi (SAK dan SLKI, SIKI PPNI), implementasi dan evaluasi.

## **A. Konsep Defisit Perawatan Diri**

### **1. Definisi**

Defisit perawatan diri (DPD) adalah ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan kegiatan perawatan diri (PPNI T.S., 2017). Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), defisit perawatan diri adalah kondisi di mana seseorang mengalami kesulitan atau hambatan dalam melakukan perawatan diri sehari-hari seperti mandi, berpakaian, makan, dan BAB/BAK secara mandiri. Defisit perawatan diri dapat terjadi karena perubahan proses berpikir yang mengakibatkan berkurangnya kemampuan dalam melakukan aktivitas perawatan diri

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi dimana seseorang gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandiri dalam kehidupan sehari-

hari. Tidak ada hasrat klien harus sering mandi dan menghindari menyisir rambut atau mengotori pakaiannya, bau badan, bau mulut, dan penampilan tidak terawat. Definisi perawatan diri merupakan salah satu masalah yang terjadi pada klien gangguan jiwa (Sutejo, 2017).

Dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri merupakan keadaan ketidakmampuan seseorang merawat diri sendiri dengan baik dan tidak dapat menyelesaikan aktivitas Perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, dan mencuci tangan sebelum dan sesudahnya cuci tangan setelah makan dan menggunakan toileting.

## **2. Jenis-Jenis Defisit Perawatan Diri**

Menurut Sutejo (2019) perawatan diri dibagi menjadi empat jenis:

- a. Defisit perawatan diri : Mandi  
Tidak mau mandi teratur, baju kotor, bau badan, bau mulut, penampilan tidak terawat.
- b. Defisit perawatan diri: berpakaian dan merias wajah  
Kurangnya minat memilih pakaian yang pantas, tidak menyisir rambut atau mencukur kumis.
- c. Defisit perawatan diri: pada waktu makan.  
Susah makan, tidak mampu memindahkan makanan dari piring ke mulut, makan hanya beberapa suap dari piring 4.
- d. Defisit perawatan diri: Toilet  
Ketidakmampuan atau kurangnya toileting Keinginan untuk buang air besar atau buang air kecil tanpa bantuan keinginan.

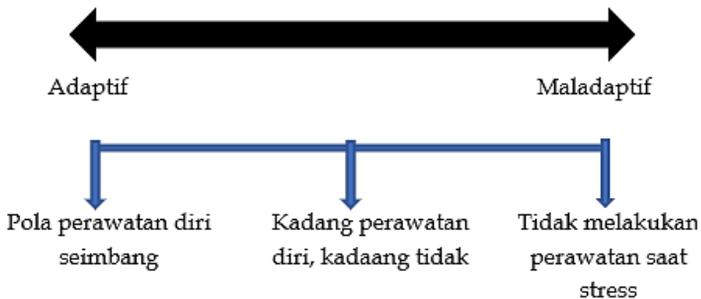
## **3. Etiologi**

- a. Faktor predisposisi (Nurhalimah, 2016).
  - 1) Biologis, disebabkan oleh penyakit fisik dan mental yang disebabkan oleh ketidakmampuan klien dalam merawat dirinya sendiri, dan oleh faktor genetik jika klien mempunyai anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa, jika dipicu.

- 2) Psikologis, faktor perkembangan memegang peranan yang sama pentingnya. Hal ini disebabkan karena keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu sehingga menghambat berkembangnya inisiatif individu. Klien yang mengalami defisit perawatan diri disebabkan oleh kurangnya keterampilan realitas, sehingga mengakibatkan klien tidak mampu merawat diri dan lingkungannya, termasuk perawatan diri.
  - 3) Sosial, dukungan sosial dan kondisi lingkungan yang menyebabkan berkurangnya kemampuan merawat diri.
- b. Faktor presipitasi yang menyebabkan defisit perawatan diri, seperti penurunan motivasi, gangguan kognitif/persepsi, kecemasan, kelelahan, dan kelemahan, mengakibatkan ketidakmampuan individu dalam melakukan perawatan diri.

#### 4. Rentang Respon Kognitif

Menurut Keliat (2014) rentang respon pada klien sebagai berikut:



Gambar 4. 1. Rentang respon kognitif

Keterangan:

##### a. Respon Adaptif

Pola perawatan diri seimbang, Ketika klien terpapar stresor dan dapat bertindak adaptif, maka pola perawatan diri mereka seimbang. Pola perawatan yang digunakan

klien kemudian diseimbangkan dan klien terus melakukan praktik perawatan diri.

b. Respon Psikososial

Kadang perawatan diri, kadang tidak, ketika klien mengalami stresor, klien mungkin tidak memperhatikan perawatannya sendiri.

c. Respon Maladaptif

Tidak melakukan perawatan saat stress, Klien mengatakan dia tidak menjaga dirinya sendiri dan tidak peduli.

## 5. Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri

Menurut Dermawan (2013) tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri antara lain:

a. Fisik

- 1) Bau badan, noda pada pakaian.
- 2) Rambut dan kulit kotor.
- 3) Kuku yang panjang dan kotor.
- 4) Gigi kotor disertai bau mulut.
- 5) Penampilan tidak rapi.

b. Psikologis

- 1) Malas dan kurang inisiatif.
- 2) Mundur dan isolasi diri.
- 3) Perasaan tidak berdaya, rendah diri, dan terhina.

c. Sosial

- 1) Kurangnya interaksi.
- 2) Kurangnya aktivitas.
- 3) Ketidakmampuan bertindak menurut norma.
- 4) Kebiasaan makan yang tidak teratur, buang air kecil dan besar sembarangan, tidak dapat menggosok gigi atau mandi sendiri.

Data paling umum mengenai defisit perawatan diri adalah:

a. Data subyektif

- 1) Klien merasa lemas.
- 2) Malas beraktivitas.
- 3) Perasaan tidak berdaya.

- b. Data obyektif
  - 1) Rambut kotor dan berantakan.
  - 2) Sprei dan pakaian kotor dan bau.
  - 3) Mulut dan gigiku bau.
  - 4) Kulit kusam dan kotor.
  - 5) Kuku yang panjang dan tidak terawat.

## 6. Mekanisme Koping

Stuart (2016) menunjukkan bahwa klien dalam tahap gangguan mental aktif menggunakan beberapa mekanisme pertahanan yang tidak berdasar untuk melindungi diri dari pengalaman menakutkan yang disebabkan oleh penyakitnya.

Mekanisme koping pada klien dengan defisit perawatan diri meliputi:

- a. Regresi, hindari stres, kecemasan, dan pengulangan perilaku seperti: Terkait dengan perilaku perkembangan anak atau masalah pemrosesan informasi dan upaya untuk mengulangi keadaan cemas (Dermawan, 2013).
- b. Denial (penyangkalan), melindungi diri dari kenyataan yang tidak menyenangkan dengan cara menolak menghadapinya, seringkali dicapai dengan melarikan diri, karena orang tersebut "sakit" atau melakukan aktivitas lain dan tidak berani menghadapi atau mengakui kenyataan yang menakutkan (Yusuf, 2015).
- c. Menarik diri, Reaksi yang ditunjukkan saat menarik diri dapat berupa reaksi fisik maupun psikis. Respon fisiknya adalah seseorang menjauh atau lari dari sumber stress, misalnya, menjauhi sumber infeksi dan gas beracun. Reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, isolasi diri, dan apatis, sering kali disertai gejala seperti: ketakutan dan permusuhan (Dermawan, 2013).
- d. Intelektualisasi, suatu bentuk isolasi emosi akibat tekanan batin dalam situasi yang menyakitkan, ditentukan, atau berubah (distorsi). Contoh: berduka atas meninggalnya orang terdekat dan berkata, "Ini nasibnya" atau "Dia sudah..." (Yusuf, 2015).

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Defisit perawatan diri pada klien gangguan jiwa karena perubahan pola pikir, ketidakmampuan menjaga kebersihan diri, makan, mandi, dan berhias diri, serta ketidakmampuan buang air besar dan kecil sendiri (Erlando, 2019).

#### **a. Identitas**

Terdiri dari nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk, alasan masuk, nomor rekam medis, anggota keluarga yang dapat dihubungi.

#### **b. Alasan Masuk**

Alasan klien atau anggota keluarga datang mengantara klien ke rumah sakit untuk di rawat. Biasanya permasalahan yang dialami klien adalah suka menyendiri, tidak mau banyak bicara dengan orang lain, ekspresi wajah gelap, penampilan acak-acakan, tidak menghargai diri sendiri dan mulai melecehkan orang lain.

#### **c. Faktor Predisposisi**

- 1) Klien biasanya pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.
- 2) Penyakit kronis yang membuat klien tidak mampu merawat dirinya sendiri.
- 3) Pengobatan sebelumnya tidak berhasil.
- 4) Harga diri rendah dan klien tidak termotivasi untuk mengurus dirinya sendiri.
- 5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan: perasaan ditolak, dihina, dianiaya, dan menyaksikan pelecehan.
- 6) Ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, pengalaman yang tidak menyenangkan, kegagalan yang dapat menimbulkan frustrasi.

#### **d. Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik biasanya meliputi tes tanda vital (TTV), pemeriksaan seluruh tubuh, atau pemeriksaan dari kepala

hingga ujung kaki, dan penampilan klien biasanya kotor dan acak-acakan.

**e. Psikososial**

**1) Genogram**

Menggambarkan klien yang anggota keluarganya menderita penyakit jiwa yang biasanya terlihat pada pola komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola pengasuhan.

**2) Konsep diri**

**a) Citra tubuh**

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

**b) Identitas diri**

Biasanya, sebelum klien menerima pengobatan, status atau jabatan klien, kepuasan klien terhadap status atau jabatannya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan, dan identitas klien menurutnya jenis kelamin atau posisi keunikan diperiksa.

**c) Peran diri**

Biasanya mencakup tugas atau peran klien dalam keluarga/ tempat kerja/ kelompok/ masyarakat, kemampuan klien dalam menjalankan fungsi atau perannya sendiri, perubahan yang terjadi pada saat klien sakit dan menerima pengobatan, dan bagaimana kliennya. Ini termasuk cara mengobatinya. Apa yang dirasakan akibat perubahan tersebut.

**d) Ideal diri**

Biasanya meliputi kondisi fisik klien yang ideal, kedudukan ideal, tugas, keluarga, pekerjaan, peran sekolah, keinginan klien mengenai lingkungan, dan keinginan klien mengenai penyakitnya.

e) **Harga diri**

Biasanya mengkaji hubungan klien dengan orang lain tergantung penyakitnya, dampaknya terhadap hubungan klien dengan orang lain, fungsi peran yang tidak sesuai harapan, dan penilaian klien terhadap cara orang lain memandang dan menilai dirinya.

f. **Hubungan Sosial**

Penderita biasanya mempunyai pergaulan yang sangat terganggu dan dijauhi oleh orang disekitarnya karena penampilannya yang kotor. Adanya hambatan dalam menghubungi orang lain dan tertarik berinteraksi dengan orang lain.

g. **Spritual**

1) **Nilai dan Keyakinan**

Biasanya nilai dan keyakinan klien mengenai agamanya terganggu karena tidak lagi memperdulikan dirinya sendiri.

2) **Ibadah keagamaan**

Ibadah keagamaan biasanya tidak dilakukan bila klien mengalami gangguan jiwa.

h. **Status Mental**

1) **Penampilan**

Penampilan klien biasanya sangat tidak rapi, tidak tahu cara berpakaian, dan memakai pakaian yang tidak pantas.

2) **Pembicaraan**

Klien biasanya berbicara lambat, gagap, sering berhenti, menyela, atau tidak tertarik dan tidak mampu memulai percakapan.

3) **Aktivitas Motorik**

Klien biasanya tampak lesu, gelisah, gemetar, dan kompulsif.

4) **Alam Perasaan**

Biasanya keadaan klien tampak sedih dan putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri, dan merasa terhina.

- 5) Afek  
Biasanya emosi klien tampak datar dan tumpul, emosi klien berubah-ubah menjadi kesepian, apatis, depresi/sedih, dan cemas.
- 6) Interaksi saat wawancara  
Reaksi klien saat wawancara biasanya tidak kooperatif, mudah tersinggung, acuh tak acuh, dan curiga, menunjukkan adanya sikap dan peran ketidakpercayaan terhadap pewawancara dan orang lain.
- 7) Persepsi  
Klien mengalami halusinasi pendengaran dan halusinasi taktil terkait ketakutan akan masalah kebersihan diri, sehingga membuat klien tidak mau membersihkan diri dan klien mengalami depersonalisasi.
- 8) Proses Berpikir  
Gaya berpikir klien biasanya egois, linglung, berputar-putar, dan kadang terputus-putus, pembicaraan berpindah dari satu topik ke topik lain, dan kadang pembicaraan berhenti tiba-tiba.

**i. Kebutuhan Klien Pulang**

- 1) Makan  
Klien kurang makan, mempunyai kebiasaan makan yang tidak teratur, dan tidak mampu menyiapkan atau membersihkan piring.
- 2) Pakaian  
Klien biasanya tidak mau berganti pakaian, tidak mampu memakai pakaian yang pantas, dan tidak mampu berpakaian modis.
- 3) Mandi  
Klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, cuci rambut, atau potong kuku, badan klien terlihat kusam, dan badan klien berbau tidak sedap bau busuk.

- 4) Buang Air Besar/Buang Air Besar  
Klien biasanya tidak buang air besar atau buang air besar di tempat tidur atau tempat lain, dan klien tidak dapat buang air besar atau membersihkan toilet sendiri setelah buang air besar.
- 5) Istirahat  
Istirahat klien biasanya terganggu dan tidak ada aktivitas setelah bangun tidur.
- 6) Minum Obat  
Klien yang meminum obat biasanya meminumnya secara tidak teratur.
- 7) Aktivitas di rumah  
Klien selalu merasa malas sehingga tidak mampu melakukan segala aktivitas di dalam dan di luar rumah.

**j. Mekanisme Koping**

- 1) Adaptif  
Klien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak dapat menyelesaikan permasalahan yang ada, klien selalu malas sehingga tidak dapat berolahraga.
- 2) Maladaptif  
Klien bereaksi sangat lambat atau kadang berlebihan, tidak mau bekerja sama sekali dan selalu menghindari orang lain.
- 3) Masalah psikososial dan lingkungan  
Klien biasanya mengalami masalah psikososial, misalnya cara menghadapi orang lain dan lingkungan. Hal ini biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan keluarga, rendahnya pendidikan, serta permasalahan kondisi sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.



### 3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan dalam asuhan keperawatan untuk klien didasari pada beberapa referensi. Perencanaan keperawatan jiwa berdasarkan standar asuhan keperawatan (SAK) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI).

#### a. Intervensi berdasarkan Standar Asuhan Keperawatan (SAK)

Menurut (Dermawan, 2013) Intervensi yang dilakukan dengan penerapan Strategi Pelaksanaan (SP) sebagai berikut:

- 1) Strategi pelaksanaan defisit perawatan diri pada klien
  - a) Strategi Pelaksanaan 1 klien (SP1)
    - (1) Identifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK.
    - (2) Jelaskan pentingnya kebersihan diri.
    - (3) Jelaskan cara merawat diri : Mandi (mengapa tidak mau mandi, seberapa sering mandi per hari, mandi
    - (4) Latih cara menjaga kebersihan diri : mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku.
    - (5) Masukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan mandi, sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu).
  - b) Strategi Pelaksanaan 2 klien (SP2)
    - (1) Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian.
    - (2) Jelaskan cara dan alat untuk berdandan.
    - (3) Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, rias muka untuk perempuan; sisiran, cukuran untuk pria.
    - (4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan
  - c) Strategi Pelaksanaan 3 klien (SP3)
    - (1) Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.

- (2) Jelaskan cara dan alat makan dan minum.
  - (3) Latih cara dan alat makan dan minum.
  - (4) Latih cara makan dan minum yang baik.
  - (5) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum yang baik.
- d) Strategi Pelaksanaan 4 klien (SP4)
- (1) Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian.
  - (2) Jelaskan cara buang air besar dan buang air kecil yang baik.
  - (3) Latih buang air besar dan buang air kecil yang baik.
  - (4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum serta buang air besar dan buang air kecil
- 2) Strategi Pelaksanaan Pada Keluarga
- a) Strategi Pelaksanaan 1 keluarga
- (1) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.
  - (2) Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya defisit perawatan diri (gunakan booklet).
  - (3) Jelaskan cara merawat defisit perawatan diri.
  - (4) Latih cara merawat : kebersihan diri.
  - (5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
- b) Strategi Pelaksanaan 2 keluarga
- (1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian.
  - (2) Bimbing keluarga membantu pasien berdandan.
  - (3) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.

- c) Strategi Pelaksanaan 3 keluarga
  - (1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.
  - (2) Bimbing keluarga membantu makan dan minum pasien.
  - (3) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian.
- d) Strategi Pelaksanaan 4 keluarga
  - (1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian.
  - (2) Bimbing keluarga merawat buang air besar dan buang air kecil pasien.
  - (3) Jelaskan follow up ke PKM, tanda kambuh, rujukan.

b. Intervensi berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sebagai berikut:

Tabel 4. 1. Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri

No	Diagnosis keperawatan	SLKI	SIKI
1	Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.	Perawatan diri meningkat (L.11103) Setelah keperawatan dilakukan tindakan selama...x 24 jam perawatan diri meningkatkan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat	<b>Dukungan diri (I.11348)</b>  <b>Observasi</b> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan  <b>Terapeutik</b> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis:

No	Diagnosis keperawatan	SLKI	SIKI
		3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat	suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <b>Edukasi</b> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
			<b>Dukungan perawatan diri: Mandi (I.11352)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (mis: rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Monitor integritas kulit

No	Diagnosis keperawatan	SLKI	SIKI
			<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan peralatan mandi (mis: sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)</li> <li>2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>3. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</li> <li>4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan</li> <li>5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri</li> <li>6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap Kesehatan</li> <li>2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu</li> </ol>
			<p><b>Dukungan perawatan diri: berpakaian (I.11350)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau</li> </ol>

No	Diagnosis keperawatan	SLKI	SIKI
			<p>2. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan</p> <p>3. Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu</p> <p>4. Fasilitasi berhias (mis: menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot)</p> <p>5. Jaga privasi selama berpakaian</p> <p>6. Tawarkan untuk laundry, jika perlu</p> <p>7. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu</p> <p>2. Ajarkan menggunakan pakaian, jika perlu</p>
			<p><b>Dukungan perawatan diri: berhias</b></p> <p>Dilakukan dengan “dukungan perawatan diri berpakaian”</p>
			<p><b>Dukungan perawatan diri: Makan/ minum (I.11351)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Identifikasi diet yang dianjurkan</p> <p>2. Monitor kemampuan menelan</p>

No	Diagnosis keperawatan	SLKI	SIKI
			<p>3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan</li> <li>2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum</li> <li>3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>4. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat</li> <li>5. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan</li> <li>6. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan</li> <li>7. Sediakan makanan dan minuman yang disukai</li> <li>8. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu</li> <li>9. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah</li> </ol>

No	Diagnosis keperawatan	SLKI	SIKI
			jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3)  <b>Kolaborasi</b> 1. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi

#### 4. Implementasi Keperawatan

Penerapan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan. Sebelum tindakan perawatan yang direncanakan dilaksanakan, perawatan harus memverifikasi apakah tindakan perawatan yang direncanakan tersebut masih diperlukan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien didokumentasikan (Prabowo, 2014).

#### 5. Evaluasi

Menurut Keliat (2014) evaluasi adalah proses berkelanjutan dalam mengevaluasi dampak intervensi keperawatan pada klien. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu evaluasi proses yang dilakukan setelah setiap tindakan keperawatan dan evaluasi hasil yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien terhadap tujuan yang ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai berikut:

- a. S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan dapat diukur dengan bertanya langsung kepada pasien.
- b. O: Respon obyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan. Hal ini dapat diukur dengan mengamati perilaku pasien selama prosedur.
- c. A: Data subjektif, menganalisis kembali data subjektif dan obyektif untuk mengetahui apakah permasalahan masih

ada, timbul permasalahan baru, atau data yang bertentangan dengan permasalahan yang sudah ada.

- d. P: Perencanaan atau perawatan lanjutan berdasarkan analisis respon pasien. Terdiri dari tindak lanjut pasien dan tindak lanjut perawat.

Rencana aksi lebih lanjut dapat berbentuk sebagai berikut:

- a. Jika permasalahan tidak berubah maka rencana dilanjutkan
- b. Jika masalah terus berlanjut, jika semua tindakan telah diambil dan hasilnya tidak memuaskan, maka rencana tersebut akan diubah.
- c. Apabila ditemukan masalah baru yang bertentangan dengan masalah yang sudah ada dan diagnosis yang lama batal, maka rencana itu batal
- d. Perencanaan dan diagnosis selesai ketika tujuan tercapai, dan tujuannya adalah untuk mempertahankan keadaan baru. Pasien dan keluarganya perlu diikutsertakan dalam pengkajian jika mereka ingin mengenali perubahan dan berusaha mempertahankan perubahan tersebut. Penguatan sangat penting dalam evaluasi untuk memperkuat perubahan positif. Pasien dan keluarga juga termotivasi untuk menguatkan diri (Prabowo, 2014).

## **6. Dokumentasi**

Dokumentasi pelaksanaan dan evaluasi tindakan keperawatan tidak boleh dianggap remeh oleh staf keperawatan atau mahasiswa keperawatan, dan disarankan menggunakan format yang sama dengan dokumentasi proses keperawatan di klinik rawat jalan, darurat, rehabilitasi (Direja & Ade, 2011).

Dokumentasi perawatan dilakukan pada setiap tahapan proses perawatan. Oleh karena itu dokumentasi asuhan keperawatan jiwa berupa dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Dermawan, 2013).

### C. Rangkuman

Defisit perawatan diri adalah kondisi ketika seseorang mengalami kesulitan atau hambatan dalam melakukan perawatan diri sehari-hari, seperti mandi, berpakaian, makan, minum, tidur, dan membersihkan diri. Diagnosis keperawatan defisit perawatan diri didefinisikan sebagai ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Diagnosis ini diberi kode D.0109, masuk dalam kategori perilaku, dan merupakan satu-satunya diagnosis pada subkategori kebersihan diri dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Penyebab defisit perawatan diri dapat bervariasi, seperti gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis dan/atau psikotik, dan penurunan motivasi/minat. Perawat harus memastikan bahwa tanda dan gejala seperti menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, dan minat melakukan perawatan diri kurang muncul pada pasien untuk dapat mengangkat diagnosis defisit perawatan diri.

# BAB

# 4

## ASUHAN KEPERAWATAN JIWA KLIEN DAN KELUARGA AKIBAT PENYAKIT KRONIS: HIV-AIDS

Rajunitrigo

### Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami konsep dasar penyakit HIV-AIDS
2. Mampu mengetahui dan menjelaskan asuhan keperawatan jiwa klien dengan HIV-AIDS
3. Mampu memahami asuhan keperawatan keluarga pada klien jiwa dengan penyakit kronis: HIV-AIDS

Infeksi oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan gangguan jiwa merupakan dua fenomena yang saling terkait secara kompleks dalam konteks kesehatan. Orang dengan HIV-AIDS (ODHA) rentan mengalami depresi sebagai dampak dari stres psikososial yang mungkin dialami setelah menerima diagnosis HIV. Sebaliknya, individu yang mengalami gangguan jiwa memiliki tingkat kerentanannya terhadap perilaku berisiko yang dapat menyebabkan penularan HIV. Gangguan jiwa yang disertai komorbiditas HIV dapat bersifat primer atau mungkin merupakan dampak kognitif atau gejala lain gangguan jiwa yang terkait dengan infeksi HIV pada sistem saraf pusat, infeksi oportunistik, atau efek dari terapi antiretroviral atau ARV (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

## **A. Konsep Dasar Penyakit HIV-AIDS**

### **1. Definisi**

HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dan dapat menyebabkan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS). Sedangkan AIDS adalah suatu kumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV dalam tubuh seseorang (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

### **2. Cara Penularan HIV**

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2013), terdapat tiga jalur utama penularan utama HIV yang dapat diidentifikasi, yaitu:

- a. Jalur trans-seksual melalui hubungan seksual.
- b. Jalur trans-horizontal melalui darah atau produk darah, seperti transfusi darah, penggunaan alat suntik, tusuk tato, tindik, dan lain-lain serta jalur transplantasi organ tubuh.
- c. Jalur trans-vertikal melalui plasenta selama kehamilan, dan melalui ASI sebagai jalur perinatal.

### **3. ODHA dengan Komorbiditas Gangguan Jiwa**

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2019), ODHA dengan komorbiditas gangguan jiwa sebagai berikut:

#### **a. Delirium**

Sebagian besar gejala delirium pada ODHA disebabkan oleh ketergantungan terhadap alkohol dan NAPZA, serta kerusakan otak akibat infeksi oportunistik atau langsung oleh HIV itu sendiri. Gejala delirium mencakup kebingungan, gangguan daya ingat, disorientasi, halusinasi/ilusi, gangguan kesadaran, gangguan perilaku, dan fluktuasi gangguan suasana perasaan dalam rentang waktu singkat.

#### **b. Demensia**

Demensia terkait HIV (*HAD-HIV associated dementia*) merupakan suatu gangguan neuropatologis yang ditandai dengan perlambatan psikomotorik, gangguan daya ingat, perhatian, bahasa, fungsi eksekutif dan apati

perilaku yang disebabkan oleh infeksi HIV pada substansi alba serta efek samping dari pemberian ARV.

c. Gangguan mood

Gangguan mood pada ODHA terkait dengan infeksi HIV, proses terapi HIV, dan respon terhadap diagnosis HIV. Beberapa jenis gangguan mood yang umum pada ODHA meliputi depresi dan gangguan bipolar.

d. Gangguan cemas

Respon kecemasan pada ODHA seringkali timbul dari kekhawatiran mendalam terkait kondisi kesehatan, ketidakpastian penyakit, sensasi rasa sakit yang dialami, serta ancaman terhadap kehidupan.

e. Gangguan psikotik

Gejala gangguan psikotik pada ODHA tidak berbeda secara signifikan dengan gejala yang terlihat pada populasi umum. Beberapa diantaranya melibatkan keberadaan waham, halusinasi, serta hambatan berat dalam dalam kemampuan untuk merawat diri, menjalankan tugas pekerjaan, menjaga hubungan sosial, dan memanfaatkan waktu luang.

## **B. Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien dengan HIV-AIDS**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahapan awal dari asuhan keperawatan. Adapun pengkajian jiwa pada klien dengan HIV-AIDS sebagai berikut (Boyd, 2018; Doenges dkk., 2000; Evans dkk., 2017; Townsend & Morgan, 2018):

a. Identitas klien

- Identifikasi nama lengkap, usia, jenis kelamin, dan status perkawinan.
- Identifikasi alamat dan informasi kontak.

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sebelumnya

- Identifikasi riwayat gangguan mental sebelumnya dan adanya percobaan bunuh diri.

- Identifikasi penggunaan obat-obatan psikiatri dan antiretroviral pada masa lalu.
  - Kaji riwayat penyalahgunaan NAPZA, khususnya golongan *opiate*, dan penggunaan steroid anabolik secara injeksi.
  - Kaji riwayat klien dalam program terapi dan rehabilitasi NAPZA.
- 2) Riwayat kesehatan keluarga
- Identifikasi gangguan mental yang mungkin ada di dalam keluarga.
  - Penilaian terhadap hubungan dan dinamika internal keluarga yang memengaruhi kondisi psikologis.
  - Identifikasi riwayat penyalahgunaan NAPZA di lingkungan keluarga.
- c. Pemeriksaan fisik
- 1) Pemeriksaan umum
- Pengukuran tanda vital: catat suhu tubuh, tekanan darah, denyut nadi, dan frekuensi pernafasan.
  - Timbang berat badan dan ukur indeks massa tubuh.
- 2) Pemeriksaan kepala, leher, mulut dan tenggorokan
- Identifikasi pembesaran kelenjar limfe, dan parotitis.
  - Identifikasi ensefalopati HIV, dan toksoplasmosis.
  - Identifikasi lesi pada rongga mulut, kandidiasis, jamur mulut, *oral hairy leukoplakia* dan disfagia.
- 3) Pemeriksaan sistem respirasi, dan gastrointestinal
- Identifikasi infeksi oportunistik, seperti: tuberkulosis, *pneumonia pneumocystis*.
  - Amati pola makan dan nutrisi serta identifikasi jenis asupan makanan, seperti: protein, mikronutrien, dll.
  - Identifikasi tanda-tanda gangguan pencernaan dan nyeri tekan pada daerah abdominal.

- 4) Pemeriksaan kulit dan genitourinari
  - Perhatikan kebersihan dan turgor kulit.
  - Identifikasi kerusakan kulit akibat penyalahgunaan NAPZA.
  - Identifikasi kelainan kulit dan gejala penyakit IMS.
  - Identifikasi frekuensi buang air kecil dan buang air besar, serta konsistensi tinja.
- d. Faktor predisposisi

Beberapa faktor predisposisi klien jiwa dengan HIV-AIDS sebagai berikut:

  - 1) Faktor genetik atau riwayat kecenderungan terhadap gangguan jiwa.
  - 2) Usia, riwayat penyakit atau cedera otak.
  - 3) Kebiasaan seksual sebelum infeksi HIV, riwayat pelecehan seksual, dan pengalaman traumatis.
  - 4) Tingkat pendidikan, pengalaman stigmatisasi atau diskriminasi sebelumnya, identitas seksual dan dukungan sosial.
- e. Mekanisme koping

Menurut Stuart (2012), mekanisme koping merupakan mekanisme pertahanan diri terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dalam diri sendiri maupun dari luar diri. Pada pengkajian keperawatan, perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien dalam menghadapi stressor, apakah dengan mekanisme koping adaptif atau maladaptif.

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Adapun diagnosis keperawatan jiwa pada klien dengan HIV-AIDS sebagai berikut (Tim Pokja SDKI PPNI, 2018a):

- a. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian, ditandai dengan merasa bingung, merasa khawatir, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, sulit tidur, dan takikardi.
- b. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan citra tubuh ditandai dengan menilai diri

negatif, merasa malu, merasa bersalah, penilaian negatif terhadap diri sendiri berlebihan, menolak penilaian positif tentang diri sendiri, berbicara pelan dan lirih, menolak interaksi dengan orang lain, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Dari dua diagnosis keperawatan diatas, maka intervensi keperawatannya sebagai berikut (Tim Pokja SDKI PPNI, 2018b):

- a. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian.

Tujuan:

setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka ansietas menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Orientasi membaik, pola tidur membaik, frekuensi nadi membaik.
- 2) Verbalisasi kebingungan menurun, dan perilaku gelisah menurun

Rencana keperawatan:

- 1) Kaji tanda dan gejala serta tingkat ansietas yang terjadi.
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.
- 3) Monitor tanda-tanda ansietas secara rutin.
- 4) Ciptakan suasana terapeutik dengan tujuan menumbuhkan kepercayaan.
- 5) Lakukan pendampingan terhadap klien untuk mengurangi tingkat kecemasan.
- 6) Pahami situasi yang memicu ansietas.
- 7) Berikan perhatian penuh saat mendengarkan.
- 8) Terapkan pendekatan yang tenang dan meyakinkan dalam interaksi.
- 9) Identifikasi situasi khusus yang memicu kecemasan.
- 10) Jelaskan secara rinci prosedur dan latih teknik relaksasi, termasuk sensasi yang mungkin dirasakan.
- 11) Latih kegiatan pengalihan (distraksi) sebagai strategi pengurangan kecemasan.

- 12) Sampaikan informasi faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan perkiraan prognosis.
  - 13) Pertimbangkan kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu.
- b. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan citra tubuh.
- Tujuan: setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka harga diri meningkat dengan kriteri hasil:
- 1) Penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat.
  - 2) Perasaan memiliki kelebihan dan kemampuan positif meningkat.
  - 3) Perasaan malu dan merasa marah menurun.

Rencana keperawatan:

- 1) Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri.
- 2) Monitor Tingkat harga diri setiap waktu sesuai kebutuhan.
- 3) Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri.
- 4) Diskusikan pengalaman untuk meningkatkan harga diri.
- 5) Berikan umpan balik positif atas peningkatan pencapaian tujuan.
- 6) Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri.
- 7) Anjurkan identifikasi kekuatan yang dimiliki.
- 8) Latihan pernyataan/ kemampuan positif.
- 9) Latih cara berfikir dan berperilaku positif.
- 10) Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan menangani situasi sulit.

### **C. Asuhan Keperawatan Keluarga pada Klien Jiwa dengan Penyakit Kronis: HIV-AIDS**

Keluarga merupakan bagian penting dalam perawatan klien jiwa dengan penyakit kronis, termasuk HIV-AIDS. Beberapa aspek dalam asuhan keperawatan keluarga dalam

perawatan klien jiwa dengan HIV-AIDS sebagai berikut (Boyd, 2017; Evans, 2016; Townsend & Morgan, 2018):

1. Perawatan klien di rumah

Keluarga dapat berperan sebagai pendukung klien dalam perawatan medis, mengingatkan jadwal minum obat, mendampingi ke dokter, dan memastikan konsistensi pengobatan ARV. Keluarga juga dapat mengawasi kemungkinan terjadinya sindrom inflamasi rekonstruksi imun (IRIS) atau toksisitas obat.

2. Promosi kesehatan dan pemberian dukungan sosial

Keluarga memegang peran penting dalam memberikan edukasi tentang HIV-AIDS, termasuk efek samping terapi ARV dan obat infeksi oportunistik. Keluarga juga dapat mendukung klien melawan stigmatisasi dengan melibatkan aspek psikososial dan spiritual, serta upaya meningkatkan harga diri klien. Selain itu, keluarga dapat ikut serta menggerakkan dukungan sosial, termasuk dukungan dari tetangga dan rekan sebaya.

3. Perencanaan masa depan

Keluarga dapat membantu klien dalam perencanaan masa depan, mencakup perencanaan perawatan jangka panjang, perencanaan keuangan, dan memberikan dukungan untuk merencanakan hidup dengan kualitas terbaik.

#### **D. Latihan Soal**

1. Apa yang dapat menjadi penyebab gejala delirium pada ODHA?
  - A. Ketergantungan terhadap alkohol dan NAPZA
  - B. Efek samping dari pemberian ARV
  - C. Infeksi HIV pada substansi alba
  - D. Kondisi Kesehatan yang tidak pasti
  - E. Gangguan psikotik
2. Apa yang menjadi fokus utama dalam pengkajian riwayat kesehatan keluarga pada klien dengan gangguan mental dan infeksi HIV?
  - A. Identifikasi nama lengkap, usia dan jenis kelamin keluarga

- B. Evaluasi kemungkinan penyalahgunaan NAPZA di lingkungan keluarga
  - C. Riwayat partisipasi keluarga dalam program rehabilitasi NAPZA
  - D. Kaji riwayat gangguan mental klien sebelumnya
  - E. Penilaian terhadap hubungan dan dinamika internal keluarga.
3. Apa yang termasuk dalam pemeriksaan fisik pada klien jiwa dengan HIV-AIDS terutama dalam pemeriksaan kulit dan genitourinary?
- A. Identifikasi ensefalopati HIV dan toksoplasmosis
  - B. Tinjau pola buang air kecil dan besar
  - C. Perhatikan kebersihan dan turgor kulit
  - D. Identifikasi pembesaran kelenjar limfe dan parotitis
  - E. Amati pola makan dan nutrisi.
4. Apa langkah yang tepat dalam rencana keperawatan untuk mengatasi ansietas pada klien jiwa dengan HIV-AIDS?
- A. Meminimalkan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
  - B. Menghindari memberikan informasi faktual mengenai diagnosis dan pengobatan
  - C. Mengurangi monitoring tanda-tanda ansietas secara rutin
  - D. Melakukan pendampingan terhadap klien untuk mengurangi tingkat kecemasan.
5. Apa peran keluarga dalam perawatan klien jiwa dengan HIV-AIDS, terutama dalam aspek pendampingan dan perawatan fisik?
- A. Menjauhi klien untuk menghindari stigmatisasi
  - B. Membatasi keterlibatan keluarga dalam Pengawasan Minum Obat (PMO)
  - C. Memastikan konsistensi pengobatan ARV
  - D. Menjaga jarak dari perencanaan masa depan klien
  - E. Menghindari dukungan sosial untuk mengurangi stress klien

**Kunci Jawaban**

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

# BAB 5

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS

Resti Ikhda Syamsiah

### Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan pengertian anak berkebutuhan khusus
2. Mampu menjelaskan faktor penyebab anak berkebutuhan khusus
3. Memahami asuhan keperawatan pada anak dengan kebutuhan khusus: retardasi mental

Setiap pasangan yang baru menikah menginginkan kehadiran anak di dalam keluarganya. Anak tersebut diharapkan oleh orang tua lahir dengan sempurna tanpa kekurangan dan dapat membanggakan orang tuanya. Setiap anak yang lahir akan memberikan kebahagiaan bagi orang tuanya, berbeda jika anak yang lahir mengalami kelainan, maka akan membutuhkan kesabaran dan penanganan khusus dalam merawatnya seperti anak dengan retardasi mental.

### A. Pengertian Anak Berkebutuhan Khusus

Anak Berkebutuhan Khusus merupakan anak yang memiliki keterbatasan di salah satu atau beberapa kemampuan baik itu fisik maupun psikologis. Anak dengan kebutuhan khusus adalah anak dengan karakteristik khusus yang berbeda pada anak umumnya yang memiliki perilaku yang berbeda jika dibandingkan dengan anak normal mulai dari perilaku, mental, emosi serta fisik (Paryono, Amir, 2023). Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang dalam pendidikan memerlukan

pelayanan yang spesifik, berbeda dengan anak pada umumnya. Anak berkebutuhan khusus ini mengalami hambatan dalam belajar dan perkembangan. Oleh sebab itu mereka memerlukan layanan pendidikan yang sesuai dengan kebutuhan belajar masing-masing anak (Fakhiratunnisa *et al.*, 2022).

## **B. Faktor Penyebab Anak Berkebutuhan Khusus**

Faktor penyebab anak berkebutuhan khusus dapat dibedakan menjadi prenatal, natal dan postnatal (Paryono, Amir, 2023).

### **1. Prenatal**

Pada masa dalam kandungan faktor genetik maupun faktor eksternal seperti perdarahan, jatuh, minum obat merupakan faktor pencetus terjadinya kelainan pada bayi. Beberapa faktor pencetus terjadinya anak berkebutuhan khusus diantaranya: a. Infeksi kehamilan, infeksi kehamilan biasanya diakibatkan oleh virus. b. Faktor genetik, penyebab gangguan genetik biasanya disebabkan oleh kelainan kromosom ataupun faktor keturunan. c. Usia ibu, Salah satu faktor kelainan pada anak disebabkan oleh usia ibu yang terlalu muda ketika hamil yaitu antara usia 12-15 tahun dan usia yang terlalu tua yaitu diatas 40 tahun. d. Keracunan, Keracunan pada saat hamil biasanya dikarenakan janin kekurangan vitamin, kelebihan zat besi/timbal, penggunaan obat kontrasepsi, percobaan abortus yang gagal yang memungkinkan bayi dapat lahir cacat. e. Penyakit infeksi, Penyakit infeksi seperti TBC, sipilis merupakan penyakit infeksi yang dapat membahayakan ibu dan bayi.

### **2. Natal**

Saat persalinan ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan anak berkebutuhan khusus diantaranya yaitu a. Proses kelahiran, Proses kelahiran seperti kelahiran lama, premature dapat menyebabkan bayi cacat. b. Kelahiran dengan alat bantu, Alat bantu kelahiran walaupun tidak semuanya dapat menyebabkan kecacatan pada bayi terutama kecacatan pada otak seperti penggunaan vakum pada saat

proses melahirkan. c. Kehamilan terlalu lama, kehamilan usia > 42 minggu dikhawatirkan membuat keadaan bayi di dalam rahim mengalami kelainan dan keracunan air ketuban.

### 3. Post natal

Berikut beberapa hal yang menyebabkan anak berkebutuhan khusus tersebut antara lain: a. Penyakit infeksi bakteri (TBC) dan virus, Setelah proses kelahiran, bayi dikhawatirkan terserang bakteri atau virus yang dapat menyebabkan penyakit tertentu dan menyebabkan kelainan pada anak secara fisik maupun mental. b. Kekurangan zat makanan (gizi, nutrisi), Kelainan yang akan dialami anak mencakup kelainan fisik, mental, bahkan perilaku. Karenanya gizi harus dipenuhi setelah anak lahir, baik dari ASI dan juga nutrisi makanannya.

## **C. Asuhan Keperawatan Pada Anak Berkebutuhan Khusus: Retardasi Mental**

### 1. Definisi Retardasi Mental

Retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap yang terutama ditandai oleh terjadinya kendala keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial. Anak Retardasi mental mengalami keterbatasan sosialisasi akibat tingkat kecerdasan yang rendah. Disebabkan juga karena kecenderungan mereka diisolasi (dijauhi) oleh lingkungannya. Anak sering tidak diakui secara penuh sebagai individu dan hal tersebut memengaruhi proses pembentukan pribadi. Anak akan berkembang dengan ketidakmampuan menyesuaikan diri terhadap tuntutan sekolah, keluarga, masyarakat, dan terhadap dirinya sendiri (Yusuf, Fitryasari, 2015).

## 2. Tanda Dan Gejala Retardasi Mental

Gejala anak retardasi mental, antara lain sebagai berikut (Yusuf, Fitryasari, 2015):

- a. Lamban dalam mempelajari hal baru, mempunyai kesulitan dalam mempelajari pengetahuan abstrak atau yang berkaitan, dan selalu cepat lupa apa yang dia pelajari tanpa latihan yang terus-menerus.
- b. Cacat fisik dan perkembangan gerak. Kebanyakan anak dengan retardasi mental berat mempunyai keterbatasan dalam gerak fisik, ada yang tidak dapat berjalan, tidak dapat berdiri, atau bangun tanpa bantuan. Mereka lambat dalam mengerjakan tugas - tugas yang sangat sederhana, sulit menjangkau sesuatu, dan mendongakkan kepala.
- c. Kurang dalam kemampuan menolong diri sendiri. Sebagian dari anak retardasi mental berat sangat sulit untuk mengurus diri sendiri, seperti berpakaian, makan, dan mengurus kebersihan diri.
- d. Tingkah laku dan interaksi yang tidak lazim. Anak tunagrahita ringan dapat bermain bersama dengan anak reguler, tetapi anak yang mempunyai retardasi mental berat tidak melakukan hal tersebut.
- e. Tingkah laku kurang wajar yang terus-menerus. Banyak anak retardasi mental berat bertingkah laku tanpa tujuan yang jelas. Kegiatan mereka seperti ritual, misalnya memutar-mutar jari di depan wajahnya dan melakukan hal-hal yang membahayakan diri sendiri, misalnya menggigit diri sendiri, membentur - benturkan kepala, dan lain lain.

## 3. Klasifikasi Retardasi Mental

Menurut penilaian program pendidikan, retardasi mental dapat diklasifikasikan sebagai berikut (Yusuf, Fitryasari, 2015):

- a. Tunagrahita mampu didik (*educable*)

Anak tunagrahita mampu didik adalah anak tunagrahita yang tidak mampu mengikuti pada program sekolah biasa, tetapi ia masih memiliki kemampuan yang dapat

dikembangkan melalui pendidikan walaupun hasilnya tidak maksimal. Anak diharapkan mampu untuk belajar membaca dan menulis pada tingkat SD tetapi dengan langkah yang lambat.

b. Tunagrahita mampu latih (*custodial*)

Merupakan anak tunagrahita yang hanya dapat dilatih untuk mengurus diri sendiri melalui aktivitas kehidupan sehari-hari, serta melakukan fungsi sosial kemasyarakatan menurut kemampuannya. Anak diharapkan mampu belajar hanya beberapa kata dan keterampilan berhitung yang sangat terbatas.

c. Tunagrahita mampu rawat (*trainable*)

Tunagrahita mampu rawat adalah tunagrahita yang memiliki kecerdasan sangat rendah sehingga ia tidak mampu mengurus diri sendiri atau sosialisasi. Oleh karenanya, mengurus kebutuhan diri sendiri sangat membutuhkan orang lain. Anak tunagrahita mampu rawat membutuhkan perawatan sepenuhnya sepanjang hidupnya, karena ia tidak mampu terus hidup tanpa bantuan orang lain.

4. Masalah Keperawatan

- a. Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan perubahan neurologis.
- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan stimulasi sensor yang kurang, menarik diri. (PPNI, 2017)

5. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan utama untuk masalah gangguan interaksi sosial yaitu modifikasi perilaku keterampilan sosial. Intervensi yang dapat dirumuskan yaitu promosi sosialisasi. Tindakan yang dilakukan pada intervensi promosi sosialisasi berdasarkan SIKI, antara lain (PPNI, 2018; Stuart, 2013; Townsend, 2014):

a. Observasi

- 1) Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain

- 2) Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain
- b. Terapeutik
- 1) Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan
  - 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, ke toko buku)
  - 5) Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain
  - 6) Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan
  - 7) Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri
  - 8) Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan
- c. Edukasi
- 1) Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
  - 2) Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan
  - 3) Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain
  - 4) Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain
  - 5) Anjurkan penggunaan alat bantu (mis: kacamata dan alat bantu dengar)
  - 6) Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus
  - 7) Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi
  - 8) Latih mengekspresikan marah dengan tepat

Intervensi utama untuk masalah gangguan komunikasi verbal yaitu promosi komunikasi defisit bicara. Tindakan yang dilakukan pada intervensi promosi

komunikasi: defisit bicara berdasarkan SIKI, antara lain (Berman, A., Snyder. S. & Fradsen, 2016; PPNI, 2018; Wilkinson, J.M., Treas, L. S., Barnett K & Smith, 2016):

a. Observasi

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- 2) Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa)
- 3) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
- 4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

b. Terapeutik

- 1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
- 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
- 3) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- 4) Ulangi apa yang disampaikan pasien
- 5) Berikan dukungan psikologis
- 6) Gunakan juru bicara, jika perlu

c. Edukasi

- 1) Anjurkan berbicara perlahan
- 2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

d. Kolaborasi

- e. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

#### **D. Rangkuman**

Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang memiliki beberapa keterbatasan baik di fisik maupun dipsikologis serta berbeda perilaku, mental dan emosi dengan anak pada umumnya sehingga memerlukan pendidikan dengan pelayanan spesifik. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan anak berkebutuhan khusus ada tiga macam yaitu faktor prenatal, natal dan postnatal. Retardasi mental adalah suatu keadaan yang ditandai oleh terjadinya kendala keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh. Masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan interaksi sosial dan gangguan komunikasi verbal. Intervensi yang dapat dilakukan seperti melakukan promosi sosialisasi dan promosi komunikasi: defisit bicara.

#### **E. Latihan Soal**

1. Berikut ini hal yang tepat terkait anak berkebutuhan khusus.....
  - A. Memiliki keterbatasan disemua kemampuan fisik dan psikologis
  - B. Karakteristik sama dengan anak pada umumnya
  - C. Mengalami hambatan dalam belajar dan perkembangan
  - D. Tidak memerlukan pendidikan yang spesifik
2. Faktor penyebab terjadinya anak berkebutuhan khusus kategori prenatal adalah.....
  - A. Proses kelahiran
  - B. Kelahiran dengan alat bantu
  - C. Kehamilan > 42 minggu
  - D. Infeksi kehamilan
3. Tanda dan gejala anak yang mengalami retardasi mental sebagai berikut, kecuali.....
  - A. Tingkah laku dan interaksi yang lazim
  - B. Cacat fisik dan perkembangan gerak
  - C. Lamban dalam mempelajari hal baru
  - D. Tingkah laku kurang wajar yang terus-menerus

4. Karakteristik anak retardasi mental yang diklasifikasikan ke dalam tunagrahita mampu latih adalah.....
  - A. Tidak mampu mengikuti program sekolah biasa
  - B. Hanya dapat dilatih untuk mengurus diri sendiri
  - C. Tidak mampu mengurus diri sendiri
  - D. Membutuhkan perawatan sepenuhnya sepanjang hidupnya
5. Intervensi yang tepat untuk mengatasi masalah gangguan interaksi sosial.....
  - A. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi
  - B. Identifikasi perilaku emosional dan fisik
  - C. Berikan dukungan psikologis
  - D. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan

**Kunci Jawaban**

1. C    2. D    3. A    4. B    5. A

# BAB 6 | ASUHAN KEPERAWATAN PADA KORBAN PEMERKOSAAN

Ferdinan Sihombing

## Capaian Pembelajaran

1. Memahami bahwa pemerkosaan adalah tindakan kekerasan yang dapat menimbulkan dampak psikologis dan emosional yang serius pada korban.
2. Mengetahui bahwa fokus perawatan pada korban pemerkosaan haruslah memerhatikan aspek psikologis, fisik, dan sosial, serta memberikan dukungan yang berkelanjutan dalam proses pemulihan mereka.
3. Memahami bahwa pemerkosaan bukan hanya merupakan tindakan kekerasan fisik semata, tetapi juga mencakup aspek psikologis yang mendalam dan dapat berdampak jangka panjang bagi korban.
4. Mengetahui bahwa analisis terhadap pelaku dan perawatan korban pemerkosaan haruslah berpusat pada kebutuhan korban, termasuk penanganan trauma, dukungan psikologis, pemulihan fisik, dan pencegahan dampak jangka panjang.
5. Memahami bahwa asuhan keperawatan pada korban pemerkosaan harus mencakup langkah-langkah untuk memastikan pengobatan yang efektif, penanganan trauma fisik dan emosional, serta mendukung proses pemulihan korban dengan berbagai tindakan yang sesuai dengan kebutuhan mereka.

Pemeriksaan adalah salah satu kejahatan yang menimbulkan dampak psikologis dan emosional yang serius pada korban (Sulistyaningsih & MA, 2015). Tidak terbantahkan bahwa pemeriksaan selalu dipandang sebagai tindakan kekerasan yang didasari oleh rasa ingin menguasai dan merusak, bukan didasari oleh rasa suka atau sayang (Roucaayrol, 2020). Pemeriksaan merupakan bentuk ekstrem dari kekerasan (violence) yang dapat menimbulkan dampak yang sangat traumatis pada korban. Kekerasan sendiri dapat bersifat multifaset, meliputi tidak hanya kekerasan fisik yang terlihat secara langsung, tetapi juga kekerasan mental, emosional, dan tindakan yang mengancam serta menakutkan bagi korban (Sumera, 2013).

Dalam kasus pemeriksaan, tindakan tersebut melibatkan penetrasi penis ke dalam vagina perempuan tanpa persetujuan atau kehendak mereka, seringkali disertai dengan pemaksaan baik secara fisik maupun mental yang mengabaikan keinginan dan hak korban (Sachs & Chapman, 2018). Dengan demikian, pemeriksaan bukan hanya merupakan tindakan kekerasan fisik semata, tetapi juga mencakup aspek psikologis yang mendalam dan dapat berdampak jangka panjang bagi korban.

#### **A. Pemeriksaan sebagai Tindakan Kekerasan**

Pelecehan seksual didefinisikan sebagai kontak atau perilaku seksual yang terjadi di luar kehendak orang tersebut. Ini adalah bentuk kekerasan seksual yang mencakup pemeriksaan (penetrasi vagina, anal, atau mulut tanpa persetujuan, yang dilakukan dengan paksaan atau ancaman kekerasan), ciuman paksa, meraba-raba, pelecehan seksual terhadap anak, atau seks yang difasilitasi obat-obatan (Sandhills Community College, n.d.).

Pemeriksaan tidak dapat dipandang sebagai tindakan yang dilakukan karena rasa suka atau sayang terhadap korban. Sebaliknya, pemeriksaan adalah bentuk kekerasan yang bertujuan untuk menguasai dan merusak korban. Penelitian dan pengalaman lapangan menunjukkan bahwa pemeriksaan seringkali dipicu oleh keinginan untuk menunjukkan kekuasaan

atau menyalurkan rasa frustrasi, bukan karena motif romantis atau kasih sayang (Fransch, C. J. P., 2016).

## **B. Korban Pemerkosaan sebagai Pihak yang Dirugikan**

Dalam konteks pemerkosaan, korban merupakan pihak yang mengalami dampak yang paling besar. Mereka menghadapi trauma psikologis yang serius dan memerlukan perawatan yang sensitif dan holistik. Fokus perawatan pada korban pemerkosaan haruslah memperhatikan aspek psikologis, fisik, dan sosial, serta memberikan dukungan yang berkelanjutan dalam proses pemulihan mereka.

Pemerkosaan sebagai kejahatan kekerasan menimbulkan dampak yang luar biasa pada korban. Keperawatan yang bersifat sensitif, menyeluruh, dan terinformasi berkontribusi besar dalam hal memastikan bahwa dampak ini mendukung kemampuan korban untuk mengatasinya (Gilmore & Evans, 1980).

## **C. Analisis Terhadap Pelaku dan Perawatan Korban**

Meskipun banyak analisis dilakukan untuk memahami motif di balik tindakan pemerkosaan, penting untuk tidak melupakan bahwa perhatian juga harus diberikan kepada korban. Perawatan yang diberikan kepada korban pemerkosaan haruslah berpusat pada kebutuhan mereka, termasuk penanganan trauma, dukungan psikologis, pemulihan fisik, dan pencegahan dampak jangka panjang dari kejadian traumatik tersebut (Ditzer *et al.*, 2023).

Asuhan keperawatan ditentukan oleh perspektif holistik terhadap korban. Pandangan ini mencakup perhatian pada kebutuhan emosional dan fisik yang mendesak, hingga aspek sosial dari penderitaan korban, hingga aspek hukum jangka pendek dan jangka panjang kekhawatirannya, dan kemungkinan rujukan korban ke narasumber keahlian di bidang ini dan dalam pencegahan fisik dan jangka panjang masalah psikologi. Semua faktor ini berkontribusi dalam jangka panjang

tujuan kembalinya korban ke keadaan sehat dan sejahtera (Hall, 1984).

#### **D. Rencana dan Manajemen Asuhan Keperawatan**

Rencana asuhan keperawatan pada klien yang mengalami kekerasan seksual harus mencakup membantu korban untuk mencari perhatian medis, mendorong verbalisasi penyerangan, memberi informasi kepada orang-orang terdekat dalam kehidupan korban, memberikan rasa aman, memberikan dukungan pada saat-saat stres tertentu, terutama selama penyelidikan polisi atau proses pengadilan, dan merencanakan kontak tindak lanjut dengan konselor krisis (Martin, 2023).

#### **E. Prioritas Keperawatan**

Berikut adalah prioritas keperawatan pada pasien kekerasan seksual merujuk kepada Paul Martin dalam tulisannya yang berjudul "Sexual Assault Nursing Care Plan" (Martin, 2023) :

Kesejahteraan dan keamanan fisik. Memastikan keselamatan dan kesejahteraan fisik pasien yang mengalami kekerasan seksual, termasuk memberikan perawatan medis dan menangani cedera.

Dukungan emosional dan perawatan berdasarkan informasi trauma. Menawarkan dukungan emosional yang penuh kasih dan menginformasikan trauma kepada para penyintas kekerasan seksual, menciptakan lingkungan yang aman untuk pengungkapan diri dan mendorong penyembuhan dan pemulihan.

Pengumpulan dan dokumentasi bukti forensik. Memfasilitasi pengumpulan dan dokumentasi bukti forensik dengan cara yang sensitif dan terhormat, menjaga bukti penting untuk kemungkinan proses hukum.

Penilaian risiko dan perencanaan keselamatan. Menilai dan mengatasi risiko kerugian lebih lanjut atau menjadi korban kembali, dan secara kolaboratif mengembangkan rencana keselamatan untuk meminimalkan insiden di masa depan.

Rujukan ke layanan dukungan. Menghubungkan para penyintas dengan layanan dukungan yang tepat, seperti konseling, hotline krisis, kelompok dukungan, dan advokasi hukum, untuk mengatasi kebutuhan psikologis, emosional, dan hukum mereka setelah mengalami kekerasan seksual.

#### **F. Diagnosis Keperawatan**

Setelah pengkajian menyeluruh, diagnosis keperawatan dirumuskan untuk secara khusus mengatasi tantangan yang terkait dengan kekerasan seksual berdasarkan penilaian klinis perawat dan pemahaman tentang kondisi kesehatan unik pasien. Meskipun diagnosis keperawatan berfungsi sebagai kerangka untuk mengatur asuhan, kegunaannya mungkin berbeda-beda dalam situasi klinis yang berbeda. Dalam keadaan klinis nyata, penting untuk dicatat bahwa penggunaan label diagnostik keperawatan tertentu mungkin tidak begitu menonjol atau umum digunakan seperti komponen lain dari rencana perawatan. Pada akhirnya, keahlian dan penilaian klinis perawatlah yang membentuk rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan unik setiap pasien, dengan memprioritaskan masalah dan prioritas kesehatan mereka (Martin, 2023).

#### **G. Tujuan Keperawatan**

Sasaran dan hasil yang diharapkan dapat mencakup:

Setelah mengalami pemerkosaan, korban akan mengalami serangkaian proses pemulihan yang berangsur-angsur. Pertama-tama, mereka akan merencanakan kembali kehidupan mereka dengan penuh harapan dan keyakinan baru. Proses ini tidaklah mudah, karena korban juga akan mengalami berbagai emosi yang kompleks, seperti kemarahan, rasa bersalah, ketakutan, depresi, dan harga diri yang rendah. Namun, dengan dukungan yang tepat, mereka akan mampu mengatasi berbagai perasaan tersebut. Selain itu, korban juga akan menyadari pentingnya untuk mengungkapkan dan mendiskusikan situasi yang menghina dan merendahkan

martabat mereka, serta mengakui hak-hak mereka dalam proses ini. Sebelum meninggalkan unit gawat darurat atau pusat krisis, korban akan membuat catatan mengenai reaksi fisik, emosional, dan sosial yang umum terjadi pasca kekerasan seksual. Mereka juga akan menjalani pemeriksaan fisik dan mendapatkan bantuan dari advokat korban pemerkosaan berbasis komunitas. Dalam proses pemulihan ini, korban juga akan diberikan akses terhadap informasi untuk mendapatkan bantuan hukum yang kompeten. Selain itu, mereka akan mulai mengungkapkan reaksi dan perasaan mereka terkait kejadian tersebut, serta membuat rencana jangka pendek untuk menangani kebutuhan situasional mereka. Dalam beberapa bulan setelah kejadian, korban akan melaporkan perbaikan pada gejala fisik dan penurunan kejelasan ingatan akan kejadian tersebut, yang menunjukkan adanya proses penyembuhan yang sedang berlangsung. Pada tahap ini, korban juga akan mendiskusikan kebutuhan akan konseling krisis lanjutan dan dukungan lainnya untuk memastikan bahwa mereka mendapatkan bantuan yang tepat dalam proses pemulihan mereka (Martin, 2023).

#### **H. Intervensi dan Tindakan Keperawatan**

Dalam penanganan korban pemerkosaan, beberapa langkah penting perlu diambil untuk memastikan pengobatan yang efektif dan pemulihan yang optimal. Masih merujuk kepada Paul Martin (2023) penanganan tersebut meliputi: Pertama, penilaian terhadap tanda dan gejala trauma fisik harus dilakukan dengan cermat, termasuk cedera yang umum terjadi pada bagian tubuh tertentu. Kemudian, pembuatan peta tubuh untuk mencatat ukuran, warna, dan lokasi cedera, serta pengambilan foto sebagai bukti medikolegal di masa mendatang, merupakan langkah penting dalam dokumentasi medis. Selain itu, data yang terkait dengan komunikasi, tes laboratorium, pengamatan fisik dan emosional, serta hasil pemeriksaan fisik dan pernyataan korban harus didokumentasikan dengan cermat karena dapat menjadi bukti hukum yang penting.

Selanjutnya, penting bagi perawat untuk membangun kepercayaan dan hubungan yang baik dengan korban, mengingat kondisi emosional yang rentan pada saat itu. Kerahasiaan harus dijaga dengan ketat, dan perawat harus mendekati korban dengan cara yang tidak menghakimi. Penggunaan bahasa yang tidak menghakimi juga penting, karena dapat membantu korban merasa lebih nyaman dalam mengungkapkan pengalaman mereka. Dorongan untuk korban untuk verbalisasi perasaan mereka juga dapat membantu dalam proses penyembuhan.

Selain itu, penting untuk memberikan informasi kepada korban tentang tanda dan gejala yang mungkin mereka alami dalam jangka panjang, seperti kecemasan, depresi, dan gangguan tidur, serta menjelaskan prosedur-prosedur yang akan dilakukan dengan cermat sebelum melakukannya untuk mengurangi kecemasan korban. Dorongan untuk mempertimbangkan pengobatan dan evaluasi penyakit menular seksual juga perlu disampaikan kepada korban, sertaantisipasi terhadap peresepan norgestrel (Ovral) sebagai profilaksis kehamilan.

Terakhir, mengatur tindak lanjut dukungan dari konseling krisis, terapi kelompok, terapi individu, pusat krisis pemerkosaan, dan kelompok dukungan juga merupakan bagian penting dalam proses pemulihan korban pemerkosaan. Dengan memperhatikan langkah-langkah ini, diharapkan dapat membantu korban dalam menghadapi proses pemulihan dan mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka (Martin, 2023).

## **I. Rangkuman**

Dalam konteks keperawatan korban pemerkosaan, penting untuk memahami bahwa pemerkosaan merupakan tindakan kekerasan yang dapat menyebabkan dampak psikologis dan emosional yang serius. Fokus perawatan haruslah holistik, mempertimbangkan aspek psikologis, fisik, dan sosial korban, serta memberikan dukungan yang

berkelanjutan dalam proses pemulihan mereka. Pemerksaan tidak hanya berdampak secara fisik, tetapi juga memiliki dampak psikologis yang mendalam dan memerlukan perawatan yang sensitif. Analisis terhadap pelaku dan perawatan korban haruslah berpusat pada kebutuhan korban, termasuk penanganan trauma, dukungan psikologis, pemulihan fisik, dan pencegahan dampak jangka panjang. Asuhan keperawatan pada korban pemerksaan mencakup langkah-langkah untuk memastikan pengobatan yang efektif, penanganan trauma fisik dan emosional, serta mendukung proses pemulihan korban dengan berbagai tindakan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Dengan pendekatan yang tepat, diharapkan korban pemerksaan dapat mendapatkan perawatan yang sesuai dan mendukung proses pemulihan mereka.

#### **J. Latihan Soal**

1. Apa yang dimaksud dengan pemerksaan?
  - A. Tindakan kekerasan yang melibatkan penetrasi penis ke dalam vagina perempuan tanpa persetujuan.
  - B. Kontak atau perilaku seksual yang terjadi dengan persetujuan.
  - C. Bentuk kekerasan yang tidak terkait dengan kontak fisik.
  - D. Tindakan romantis yang dilakukan dengan kasih sayang.
2. Apa yang dimaksud dengan trauma psikologis pada korban pemerksaan?
  - A. Dampak fisik yang terjadi setelah pemerksaan.
  - B. Dampak emosional dan psikologis yang serius setelah mengalami kejadian traumatik.
  - C. Reaksi alami yang tidak perlu diperhatikan.
  - D. Kondisi psikologis yang tidak berhubungan dengan pemerksaan.
3. Apa yang dimaksud dengan asuhan keperawatan pada korban pemerksaan?
  - A. Perawatan yang fokus pada aspek fisik korban.
  - B. Perawatan yang holistik, mempertimbangkan aspek fisik, psikologis, dan sosial korban.

- C. Perawatan yang hanya dilakukan oleh perawat.
  - D. Perawatan yang tidak memperhatikan kebutuhan korban.
4. Apa yang dimaksud dengan advokat korban pemerkosaan?
- A. Orang yang memberikan dukungan hukum dan sosial kepada korban pemerkosaan dalam proses hukum.
  - B. Orang yang melakukan pemerkosaan.
  - C. Orang yang memberikan perawatan medis kepada korban.
  - D. Orang yang tidak terlibat dalam kasus pemerkosaan.
5. Apa yang dimaksud dengan konseling krisis?
- A. Layanan konseling yang diberikan kepada individu yang mengalami krisis emosional atau psikologis untuk membantu mereka mengatasi masalah tersebut.
  - B. Konseling yang hanya dilakukan oleh dokter.
  - C. Konseling yang tidak efektif dalam mengatasi krisis.
  - D. Layanan konseling yang tidak diberikan kepada korban pemerkosaan.

Kunci Jawaban

1. A   2. B   3. B   4. A   5. A

# BAB

# 7

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA KORBAN KDRT

Alini

### Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan definisi kekerasan dalam rumah tangga
2. Mampu menjelaskan faktor penyebab terjadinya kekerasan dalam rumah tangga
3. Mampu menjelaskan lingkup kekerasan dalam rumah tangga
4. Mampu menjelaskan klasifikasi kekerasan dalam rumah tangga
5. Mampu menjelaskan bentuk kekerasan dalam rumah tangga
6. Mampu menjelaskan strategi pencegahan kekerasan dalam rumah tangga

### A. Pengertian Perilaku Kekerasan Dalam Keluarga

Perilaku kekerasan dalam keluarga lebih sering berbentuk kekerasan dalam keluarga atau rumah tangga (KDRT). Kekerasan dalam keluarga adalah serangkaian perilaku membahayakan yang terjadi dalam keluarga dan anggota keluarga lainnya. Kekerasan pada keluarga termasuk penganiayaan fisik dan emosional pada anak, penganiayaan di antara pasangan, pemerkosaan dalam perkawinan dan penganiayaan pada orang lanjut usia.

Berdasarkan UU Nomor 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga, kekerasan dalam rumah tangga adalah segala bentuk, baik kekerasan secara fisik, secara psikis, kekerasan seksual, maupun ekonomi yang pada intinya mengakibatkan penderitaan, baik penderitaan yang secara kemudian memberikan dampak korban

menjadi sangat trauma atau mengalami penderitaan secara psikis.

Kekerasan mungkin menjadi rahasia keluarga dan sering berlanjut pada generasi berikutnya. Beberapa pendapat menyatakan bahwa keluarga merupakan dasar dari belajar perilaku kekerasan dan juga mempertanyakan mengapa kelompok sosial yang seharusnya memberikan dukungan dan kasih sayang juga menjadi kelompok yang paling kejam terhadap orang di mana mereka berada. Perilaku-perilaku yang tidak dapat diterima oleh orang asing, teman kerja atau teman malah sering menjadi perilaku yang dapat ditoleransi dalam keluarga.

Kekerasan dan penganiayaan disebabkan interaksi dari kepribadian, demografis, biologis, situasional dan faktor sosial budaya. Banyak karakteristik unik keluarga sebagai sebuah kelompok sosial, menghabiskan waktu bersama, hubungan emosional, privasi dan saling mengenal dengan sangat baik satu sama lainnya yang dapat memicu terjadinya kedekatan dan kekerasan. Sebuah keluarga dapat menjadi saling menyayangi dan sumber dukungan namun juga dapat tempat timbulnya perilaku kasar.

Norma sosial terkadang digunakan untuk membenarkan kekerasan dalam mempertahankan sistem keluarga. Sebagai contoh, seorang suami menggunakan kekerasan dianggap sah jika istri melakukan perselingkuhan. Kebanyakan kaum pria percaya bahwa mereka memiliki hak patriarkhal untuk diharapkan menegakkan kepatuhan pada seluruh anggota keluarga dan mereka menilai bahwa perilaku kekerasan sebagai perilaku normal atau dapat diterima.

Sikap sejarah terhadap perempuan, anak-anak dan orang lanjut usia; diskriminasi ekonomi; respons sistem keadilan kriminal yang tidak dapat diandalkan dan keyakinan bahwa perempuan dan anak-anak adalah hak milik merupakan faktor-faktor sosial pemicu terjadinya kekerasan. Perubahan norma tentang privasi keluarga dan peran tindakan pemerintah

terhadap masalah keluarga juga berpengaruh terhadap definisi dan pengakuan kekerasan dalam keluarga.

## **B. Faktor Penyebab Perilaku Kekerasan Dalam Keluarga**

### **1. Biologi**

Perubahan sistem limbik otak dan neurotransmitter menyebabkan individu tidak mampu mengendalikan perilaku agresifnya.

### **2. Psikologi**

Kegagalan, frustrasi, ketidakpuasan, pernah jadi korban, saksi, atau pelaku kekerasan.

### **3. Sosial Budaya**

Adanya perilaku agresif yang dapat memenuhi kebutuhan akan cenderung diulang dalam cara penyelesaian masalah. Adanya penerimaan masyarakat atas perilaku kekerasan yang terjadi, tidak adanya pencegahan, dan kurang berperannya aspek hukum akan menyuburkan perilaku kekerasan dalam keluarga dan masyarakat.

## **C. Lingkup Kekerasan dalam Rumah Tangga**

1. Pertama: hubungan keturunan darah
2. Kedua: hubungan suami istri
3. Ketiga: Hubungan Bekerja di dalam keluarga

## **D. Klasifikasi Kekerasan dalam Rumah tangga**

1. Kekerasan antar orang dewasa
2. Kekerasan orang dewasa dengan anak
3. Kekerasan orang dewasa dengan lansia

## **E. Bentuk Kekerasan dalam Rumah Tangga**

1. **Secara fisik**, yaitu menampar, memukul, menjambak rambut, menendang, menyundut dengan rokok, melukai dengan senjata, dan sebagainya.
2. **Secara psikologis**, yaitu penghinaan, komentar- komentar yang merendahkan, melarang istri mengunjungi saudara

atau teman temannya, mengancam akan dikembalikan ke rumah orang tuanya, dan sebagainya.

3. **Secara seksual (*marital rape*)**, yaitu kekerasan dalam bentuk pemaksaan dan penuntutan hubungan seksual.
4. **Secara ekonomi**, yaitu tidak memberi nafkah istri, melarang istri bekerja atau membiarkan istri bekerja untuk dieksploitasi.

## F. Karakteristik Kekerasan dalam Keluarga

Faktor umum timbulnya kekerasan dalam keluarga mencakup transmisi perilaku multi generasi, isolasi sosial, penggunaan dan penyalahgunaan kekuasaan, dan efek alkohol serta penyalahgunaan obat.

1. **Transmisi Multi Generasi.** Transmisi multi generasi artinya perilaku kekerasan dalam keluarga sering diturunkan secara turun temurun melalui sebuah lingkaran kekerasan. Teori belajar sosial berhubungan dengan kekerasan mengungkapkan bahwa seorang anak belajar pola perilaku kekerasan dalam keluarga di mana orang tua melakukan tindakan kekerasan sebagai contoh peran.

Kekerasan dan korban merupakan perilaku yang dipelajari melalui pengalaman masa kanak-kanak. Anak belajar makna dan diterimanya perilaku kekerasan. Anak-anak yang menjadi saksi perilaku kekerasan di antara orang dewasa dalam rumah tangga atau mengalami tindakan kekerasan dari orang tua akan belajar perilaku agresif secara spesifik dan meyakini bahwa kekerasan merupakan cara yang diperbolehkan dalam menyelesaikan masalah. Pada saat mengalami kekecewaan atau marah sebagai seorang dewasa, individu tersebut akan menggunakan perilaku yang dipelajari dan berespons dengan kekerasan.

Pengalaman dianiaya saat masa anak-anak tidak berarti menentukan perilaku saat dewasa. Banyak orang yang mengalami penganiayaan dimasa anak-anak mampu menghindari perilaku kekerasan dalam membina hubungan dengan pasangan serta dengan anak-anaknya. Semakin muda usia seorang anak mengalami

kekerasan maka semakin lama durasi dan beratnya kejadian penganiayaan; berbagai pengalaman hidup yang berlawanan dijalannya akan membentuk dirinya menjadi orang tua yang bertindak kasar dan keras. Sebuah studi tentang penyintas dewasa yang mengalami penganiayaan seksual dimasa anak-anak menemukan bahwa banyak penyintas merasa bahwa mereka "meneruskan warisan keluarga" kepada anak-anaknya, di mana penyintas lainnya mencoba secara sadar untuk menolak warisan keluarga dan menciptakan warisan baru bagi kesejahteraan anak-anak mereka.

2. **Isolasi Sosial.** Isolasi sosial merupakan salah satu faktor penganiayaan pada anak, kekerasan pada pasangan dan penganiayaan pada orang lanjut usia. Isolasi sosial kemungkinan berkaitan dengan lokasi pedesaan, namun bahkan kejadian di daerah sub urban dan urban korban kekerasan dalam keluarga sering dibatasi interaksinya di luar rumah. Adanya pertentangan sosial maka berisiko ditemukannya perilaku kekerasan yang terjadi dalam rumah tangga. Terpaparnya informasi akan kekerasan dalam keluarga bisa mengakibatkan sanksi baik secara formal maupun informal dari anggota keluarga lainnya, tetangga, polisi atau sistem hukum; pelaku penganiaya sering berusaha menutupi perilakunya dengan membuat keluarga terisolasi dari lingkungan.
3. **Penggunaan dan Penyalahgunaan Kekuasaan.** Faktor umum lainnya dalam berbagai tindak kekerasan yang terjadi dalam keluarga karena penggunaan dan penyalahgunaan kekuasaan. Hampir seluruh bentuk kekerasan dalam keluarga, pelaku penganiayaan memiliki kekuasaan atau kontrol terhadap orang-orang yang dianiaya. Sebagai contoh, anak-anak yang mengalami penganiayaan seksual, pelaku biasanya lebih tua dari korban dan memiliki posisi otoritas terhadap anak tersebut. Isu mengenai kekuasaan menjadi faktor utama perilaku penganiayaan dan kekerasan yang terjadi pada pasangan. Dalam pernikahan, pelaku penganiayaan membenarkan

penggunaan kekerasan untuk hal hal yang dianggap sepele seperti misalnya, makanan yang belum siap disajikan atau tidak dapat membuat anak-anak tenang. Bagaimanapun, kontrol perilaku dan kekerasan sering berhubungan dengan kebutuhan salah satu pasangan terhadap dominasi total pada pasangannya. Sebagai contoh, penganiayaan istri sering di mulai atau meningkat pada saat seorang perempuan bersikap lebih mandiri dalam bekerja atau sedang sekolah. Kotak dibawah ini menjelaskan lima bentuk penganiayaan dalam hubungan pasangan yang menggambarkan perjuangan dalam rumah tangga untuk menunjukkan kekuasaan dan kontrol.

4. **Alkohol dan Penyalahgunaan Obat.** Penyintas kekerasan sering melaporkan bahwa pelaku mengkonsumsi zat-zat adiktif. Bagaimanapun, orang-orang yang melakukan penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan tidak selalu melakukan kekerasan dan orang-orang yang melakukan kekerasan tidak selalu intoksikasi. Sebaliknya, individu yang menggunakan alkohol atau intoksikasi obat, menjelaskan bahwa penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya dapat diterima secara sosial. Keluarga dan teman dapat berkontribusi terhadap efek alkohol dan obat-obatan, di mana dapat menurunkan tingkat bersalah, penggunaan alkohol dan obat-obatan juga dapat meningkatkan perilaku kekerasan dengan menurunkan ketakutan atau menghambat dan menurunkan sensitifitas dari perilaku.

Penelitian tentang perilaku agresif dan obat-obat terlarang ditemukan bahwa mariyuana dan heroin tidak memiliki korelasi dengan tindakan kekerasan. Sebaliknya, kokain, amphetamin, meskalin, angel dust (pensiklidin atau PCP), dan steroid memiliki hubungan dengan meningkatnya kasus kekerasan secara umum. Penggunaan obat-obatan yang berkaitan dengan pemerkosaan seperti flunitrazepam (Rohypnol) dan ekstasi (3,4-methylenedioxymethamphetamine), sangat jelas menempatkan orang-orang terutama perempuan muda

dalam kondisi bahaya karena eksploitasi seksual dan membahayakan fisik.

<b>Bentuk Kekerasan Dalam Hubungan Dengan Pasangan</b>	
<p><b>Pengertian</b> Kekerasan dalam rumah tangga merupakan pola perilaku kekerasan yang dilakukan salah satu pasangan untuk mendapatkan atau mempertahankan kekuasaan dan kontrol dari pasangannya. Kekerasan ini termasuk dalam perilaku mengintimidasi, memanipulasi, memperlakukan, mengisolasi, menakut-nakuti, meneror, memaksa, mengancam, menyalahkan, menyakiti, dan melukai.</p> <p><b>Kekerasan Fisik</b> <b>Setiap bentuk cedera fisik baik secara langsung maupun tidak langsung.</b> Hal ini termasuk memukul, menampar, mendorong, mencubit, menggigit, menarik rambut, dan lain-lain. Kekerasan secara fisik juga mencakup penolakan terhadap pemberian pelayanan medis dan sumber daya yang digunakan untuk memberikan pelayanan medis (seperti, obat-obatan, kursi roda) dan memaksa penggunaan alkohol atau narkoba</p> <p><b>Kekerasan Seksual</b> <b>Paksaan untuk melakukan kontak atau perilaku seksual tanpa persetujuan.</b> Hal ini termasuk perkosaan, kekerasan</p>	<p><b>Kekerasan Emosional</b> <b>Merendahkan harga diri seseorang.</b> Hal ini termasuk memberikan kritik, meremehkan kemampuan, atau merusak hubungan dengan anak-anaknya, keluarga, dan hubungannya dengan yang lain</p> <p><b>Kekerasan Ekonomi</b> <b>Mencoba untuk membuat seseorang merasa tergantung dan mempertahankan kontrol keseluruhan terhadap sumber keuangan.</b> Hal ini termasuk dalam pemotongan uang di sekolah maupun di kantor. Kecurangan dalam urusan bekerja, seperti menyembunyikan tentang urusan pekerjaan, menyembunyikan informasi tentang keuangan keluarga, menyembunyikan pengeluaran dan tagihan dari anggota keluarga yang lain</p> <p><b>Kekerasan Psikologis</b> <b>Menyebabkan rasa takut melalui intimidasi dan pemaksaan isolasi dari keluarga, teman, sekolah, dan kantor.</b> Hal ini termasuk dalam ancaman kekerasan fisik terhadap diri sendiri, pasangan, anak, atau keluarga atau teman-teman pasangan, menyakiti hewan peliharaan dan merusak harta benda, permainan pikiran, pemerasan, dan menuduh</p>

### Bentuk Kekerasan Dalam Hubungan Dengan Pasangan

pada bagian tubuh, memaksa melakukan seks setelah kekerasan fisik, atau memperlakukan pasangan dengan cara merendahkan seksual seperti menuduh pasangan berselingkuh.

Tindakan keperawatan untuk penyintas yang mengalami kekerasan dari pasangan:

1. Sendiri; sampaikan pada penyintas bahwa mereka tidak sendiri. Kekerasan oleh pasangan bisa terjadi pada orang lain, dan banyak bantuan yang tersedia
2. Percaya pada penyintas; mereka tidak disalahkan apa yang terjadi pada dirinya. Percaya pada mereka akan memperkuat mereka untuk mengambil langkah awal dalam melindungi dirinya sendiri
3. Kerahasiaan; membatasi akses keinformasi pribadi klien untuk dasar kebutuhan-data dasar
4. Dokumen tentang situasi yang terjadi
5. Mendidik penyintas; ajarkan tentang aspek legal dan sumber dukungan yang ada di masyarakat
6. Keselamatan merupakan prioritas tertinggi, terutama jika penyintas berencana untuk meninggalkan hubungan yang dijalaninya. Pastikan penyintas mempunyai rencana untuk keselamatan dirinya

### G. Strategi Pencegahan Kekerasan Dalam Rumah Tangga

Perawat mempunyai peranan penting dalam mencegah kekerasan dalam keluarga. Pencegahan ini dapat melalui pendidikan kesehatan pada masyarakat, mengidentifikasi faktor risiko kekerasan tersebut, dan mendeteksi kejadian aktual dari kekerasan dalam keluarga untuk melakukan tindakan dan mencegah kejadian serupa di masa yang akan datang.

### **1. Pendidik**

Institusi pendidikan dari jenjang SD sampai dengan SMA memiliki andil yang penting dalam usaha pencegahan terjadinya kekerasan dalam rumah tangga.

### **2. Penegak Hukum dan Keamanan**

Pemerintah bersama penegak hukum juga memiliki peran yang lebih kuat melalui UU No. 4 tahun 1979 tentang kesejahteraan Anak, bab II pasal 2 yang menyatakan “Anak berhak atas perlindungan terhadap dan perkembangan secara wajar.” Selain itu, UU No. 23 tahun 2004 tentang penghapusan kekerasan dalam rumah tangga. oleh karenanya, tidak ada alasan bagi siapapun untuk boleh melakukan kekerasan dalam rumah tangga.

### **3. Media Massa**

Media massa sebaiknya menampilkan berita kekerasan yang diimbangi dengan artikel pencegahan dan penanggulangan dampak kekerasan yang diterima korban jangka panjang atau pendek, sehingga masyarakat tidak menjadikan berita kekerasan sebagai inspirasi untuk melakukan kekerasan.

### **4. Pelayanan kesehatan**

- a. Prevensi primer, yaitu promosi orang tua dan keluarga sejahtera.
- b. Prevensi sekunder, yaitu diagnosis dan tindakan bagi keluarga yang stress.
- c. Prevensi tersier, yaitu edukasi ulang dan rehabilitasi keluarga.

## **H. Rangkuman**

Kekerasan keluarga merujuk pada serangkaian perilaku yang terjadi di antara anggota keluarga dan termasuk di dalamnya penganiayaan fisik, emosional dan seksual pada anak, kekerasan pada pasangan dan penganiayaan pada lanjut usia. Karakteristik kekerasan dalam keluarga termasuk di dalamnya transmisi multi generasi, isolasi, penggunaan dan penyalahgunaan kekuasaan serta penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol. Dampak kekerasan keluarga terhadap kesehatan

psikologis termasuk sikap menyalahkan diri, cara penyelesaian masalah yang buruk, ansietas, depresi dan harga diri rendah.

### **I. Latihan Soal**

1. Apa yang dimaksud dengan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT)?
  - A. Kekerasan yang terjadi di luar rumah.
  - B. Kekerasan yang terjadi di dalam rumah atau antara anggota keluarga.
  - C. Kekerasan yang terjadi di tempat kerja.
  - D. Kekerasan yang terjadi di institusi pendidikan.
2. Menurut UU Nomor 23 tahun 2004, kekerasan dalam rumah tangga meliputi hal-hal berikut, kecuali:
  - A. Kekerasan fisik.
  - B. Kekerasan ekonomi.
  - C. Kekerasan di tempat kerja.
  - D. Kekerasan seksual.
3. Faktor apa yang dapat memicu terjadinya kekerasan dalam keluarga?
  - A. Keterlibatan pihak ketiga.
  - B. Norma sosial yang membenarkan kekerasan.
  - C. Kondisi ekonomi yang stabil.
  - D. Pengawasan ketat dari pihak berwenang.
4. Apa yang dimaksud dengan kekerasan psikologis dalam rumah tangga?
  - A. Kekerasan yang menyebabkan cedera fisik.
  - B. Kekerasan yang terjadi di dalam rumah tangga.
  - C. Kekerasan yang merendahkan harga diri seseorang.
  - D. Kekerasan yang terjadi di tempat kerja.
5. Siapa yang memiliki peran penting dalam mencegah kekerasan dalam rumah tangga?
  - A. Media massa.
  - B. Pemerintah.
  - C. Pihak ketiga.
  - D. Semua jawaban benar.

### **Kunci Jawaban**

1. B 2. C 3. B 4. C 5. D

# BAB 8

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK JALANAN

Welly

### Capaian Pembelajaran

1. Mengetahui pengertian anak jalanan dan karakteristiknya
2. Mengetahui jenis-jenis anak jalanan
3. Mengetahui faktor-faktor penyebab anak jalanan
4. Mengetahui masalah-masalah yang dihadapi oleh anak jalanan
5. Mengetahui rentang respon yang dapat muncul pada anak jalanan

### A. Pengertian Anak Jalanan

Anak jalanan termasuk dalam kategori anak terlantar, Menurut Kementerian Sosial RI berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, “Anak terlantar adalah anak yang tidak terpenuhi kebutuhannya secara wajar, baik fisik, mental, spiritual, maupun sosial”. Pada realitas sehari-hari, kejahatan dan eksploitasi seksual terhadap anak sering terjadi. Anak jalanan merupakan kelompok yang paling rentan menjadi korban. Anak-anak yang seharusnya berada di lingkungan belajar, bermain dan berkembang justru mereka harus mengarungi kehidupan yang keras dan penuh berbagai bentuk eksploitasi (Nugroho, 2014).

UNICEF memberikan batasan tentang anak jalanan, yaitu *Street child are those who have abandoned their homes, school and immediate communities before they are sixteen years of age, and have drifted into a nomadic street life.* Berdasarkan hal tersebut, maka anak jalanan adalah anak-anak berumur di bawah 16 tahun yang

sudah melepaskan diri dari keluarga, sekolah dan lingkungan masyarakat terdekatnya, larut dalam kehidupan berpindah-pindah di jalan raya (Soedijar, 1998).

Hidup di jalanan merupakan salah satu usaha yang dilakukan oleh anak jalanan untuk mempertahankan hidupnya seperti bekerja dengan memasuki kegiatan ekonomi di jalan, seperti pedagang asongan, semir sepatu, pedagang koran, pengamen, mengelap kaca mobil, menyewakan payung di waktu hujan, dan sebagainya (Erwin, 2013).

Anak jalanan atau gelandangan adalah mereka yang tidak memiliki tempat tinggal tetap, yang secara yuridis tidak berdomisili secara otentik. Disamping itu mereka merupakan kelompok yang tidak memiliki pekerjaan tetap dan layak, menurut ukuran masyarakat pada umumnya dan sebagian besar dari mereka tidak mengenal nilai-nilai keluhuran (Sudarsono, 2012).

## **B. Karakteristik Anak Jalanan**

Dari temuan hasil penelitian Lembaga Pemberdayaan Masyarakat (LPM) (2008) dapat diidentifikasi karakteristik anak jalanan kota Semarang sebagai berikut:

1. Lebih banyak anak laki-laki (74,51%) daripada anak perempuan (25,49%)
2. Sebagian besar muslim (93,14%) sebagian kecil non muslim (6,86% beragama kristen)
3. Usia rata-rata 13 tahun, termuda 6 tahun tertua 21 tahun Sebagian besar lahir di wilayah kota Semarang (69,61%), 19,61% lahir diluar wilayah Semarang. Lainnya sebanyak 10,73% tidak dapat menjawab karena tidak tahu dimana dilahirkan
4. Profesi yang dijalani sebagian besar sebagai pengamen (60,78%) dan lainnya (39,21%) meliputi: pengemis, tukang parkir, jual media masa, membersihkan kereta api, pemulung, membanatu di RPSA.
5. Rata-rata di jalanan 6 jam/ hari
6. Rata-rata penghasilan Rp19.690,-/hari

7. Sebagian besar ke jalanan setiap hari(80,30%) sisanya 19,7% tidak setiaphari
8. Sebagian besar saat ini beralamat dikota Semarang (98,04%) dan sisanyadiluar kota semarang (1,96%)
9. Sebagian besar tidak bersekolah(60,79%) dan lainnya (39,21%)bersekolah, terdiri dari: TK (5%), SD(70%), SLTP (22,5%), dan SLTA (2,5%).
10. Lokasi sekolah sebagian besar di kotaSemarang (95%), sisanya (5%) diluarkota Semarang
11. Sumber biaya sekolah kebanyakan dariorang tua (57,5%), swasta dalam hal iniyayanan (30%), orang tua dan dirisendiri (7,5%), diri sendiri (2,5%) danpemerintah (2,5%)
12. Dari yang bersekolah, 72,5% pernahmendapatkan beasiswa dan 27,5%belum pernah mendapatkan beasiswa. Pihak swasta yang membiayai anakjalanan antara lain yayasan Setara,yayasan Sugiyo Pranoto dan YayasanTunas Harapan.

### C. Jenis Anak Jalanan

Sebagai bagian dari pekerja anak (child labour), anak jalanan sendiri sebenarnya bukanlah kelompok yang homogen. Menurut UNICEF (1986) yang dikutip oleh Lusk dalam *Journal of Sociology & Social Welfare* (1989:59)

1. *Children on the street*, yakni anak-anak yang mempunyai kegiatan ekonomi di jalan, namun masih mempunyai hubungan yang kuat dengan orang tua mereka. Sebagian penghasilan mereka di jalan diberikan kepada orang tuanya (Soedijar, 1984). Fungsi anak jalanan pada kategori ini adalah untuk membantu memperkuat penyangga ekonomi keluarganya .
2. *Children of the street*, yakni anak-anak yang berpartisipasi penuh di jalanan, baik secara sosial maupun ekonomi. Beberapa di antara mereka masih mempunyai hubungan dengan orang tuanya, tetapi frekuensi pertemuan mereka tidak menentu.
3. *Children from families of the street*, yakni anak-anak yang berasal dari keluarga yang hidup di jalanan. Walaupun anak-

anak ini mempunyai hubungan kekeluargaan yang cukup kuat, tetapi hidup mereka terombang-ambing dari satu tempat ke tempat yang lain dengan segala risikonya.

#### **D. Faktor Penyebab Anak Jalanan**

Menurut Walopka Y, dkk Tahun 2018 Dalam Jurnal Studi Pembangunan Interdisiplin faktor-faktor penyebab anak jalanan adalah sebagai berikut :

##### **a. Faktor Ekonomi**

Penurunan ekonomi merupakan faktor penting dalam konsentrasi kemiskinan. Hilangnya industri dan lapangan kerja, ditambah dengan buruknya kualitas perumahan, telah menghalangi daerah-daerah tersebut untuk menarik pekerja baru. Jika seorang anak merasa keluarganya tidak mampu membiayai pendidikannya, maka ia akan putus sekolah dan tidak bisa memasuki dunia kerja. Selain itu, krisis ekonomi dan penurunan pendapatan rumah tangga bagi mereka yang menafkahi keluarga dapat menyebabkan lebih banyak anak turun ke jalan.

##### **b. Faktor Keluarga**

Keluarga adalah lembaga utama yang bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan dasar anak-anak, termasuk memberikan keamanan, cinta, makanan, pakaian, tempat tinggal, kesehatan, pendidikan dan hiburan. Keluarga dianggap sebagai titik acuan untuk pembangunan norma anak-anak, untuk membentuk kepribadian mereka dan untuk arah mereka mengambil dalam hidup. Perceraian merupakan salah satu fakta yang terjadi pada setiap keluarga dengan alasan pendapatan keluarga pas-pasan atau standar. Menurut Willis, (2009:66), penyebab lain timbulnya keluarga yang broken home antara lain: perceraian menunjukkan suatu kenyataan dari kehidupan suami istri yang tidak lagi dijiwai oleh rasa kasih sayang, dasar-dasar perkawinan yang telah terbina bersama telah goyah dan tidak mampu menopang keutuhan kehidupan keluarga yang harmonis.

### **c. Faktor Lingkungan**

Hidup di jalan bukan pilihan namun keterpaksaan membuat anak-anak jalanan hidup di jalan. Menurut Benitez, (2011) mengatakan mereka akrab dengan lingkungan dan mendapatkan jaringan, berkenalan dengan teman-teman. Mereka semakin melihat jalan sebagai solusi yang layak. Setelah hidup di jalan anak-anak membentuk kelompok yang dikenal sebagai ranchadas (komunitas) yang memberikan perlindungan dan solidaritas. Mengatakan bahwa mereka tidur di taman atau trotoar menggunakan kasur tua dan selimut atau berbaring diatas tangga kereta bawah tanah.

### **E. Masalah Anak Jalanan**

Studi Nugraheni Novika dkk (2020) menemukan, bahwa masalah anak-anak jalanan cenderung rawan terjerumus dalam tindakan salah, tidak jarang pula anak-anak jalanan terlibat pada jenis pekerjaan berbau kriminal, mengompas, mencuri, bahkan menjadi bagian dari komplotan perampok. Dalam penelitian yang dilakukan Nugraheni Novika dkk (2020) masalah yang paling dominan dialami anak jalanan adalah pendidikan, intimidasi, terlibat tindakan kriminal, penyalahgunaan obat dan zat adiktif, kesehatan, resiko kerja, makanan, dan konflik dengan keluarga. Dalam banyak kasus, anak jalanan sering hidup dan berkembang di bawah tekanan dan stigma atau cap sebagai pengganggu ketertiban. Perilaku mereka sebenarnya merupakan konsekuensi logis dari stigma sosial dan keterasingan mereka dalam masyarakat. Tidak ada yang berpihak kepada mereka, justru perilaku mereka sebenarnya mencerminkan cara masyarakat memperlakukan mereka, serta harapan masyarakat terhadap perilaku mereka (Suyanto, 2010).

## F. Rentang Respon



### Respon Adaptif

- Berfikir logis
- Persepsi akurat
- Emosi konsisten dengan pengalaman
- Perilaku sesuai
- Berhubungan sosial

- Pemikiran sesekali
- Terdistrosi
- Ilusi
- Reaksi emosi berlebih dan tidak beraksi
- Perilaku aneh
- Penarikan tidak bisa berhubungan dengan sosial

### Respon Maladaptif

- Gangguan pemikiran
- Waham/halusinasi
- Kesulitan pengolahan
- Emosi
- Perilaku kacau dan isolasi sosial

## G. Pohon Masalah

- Effect*      ➡      Harga Diri Rendah, Isolasi Sosial, Halusinasi, Resiko Perilaku Kekerasan, dan Resiko Bunuh Diri
- Core Problem*      ➡      Defisit Perawatan Diri (Gangguan Pemeliharaan Kesehatan BAB/BAK, Mandi, Makan, dan Minum)
- Causa*      ➡      Faktor ekonomi, Faktor Keluarga & Faktor Lingkungan

## H. Diagnosis

1. Defisit Perawatan Diri
2. Resiko Perilaku Kekerasan

## I. Tindakan Keperawatan

Menurut Budi Anna Keliat dalam buku Asuhan Keperawatan Jiwa (2019) tindakan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal.

## 1. Resiko Perilaku Kekerasan

- a. **Pengertian** : Resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain adalah rentan melakukan perilaku yang menunjukkan dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional (NANDA-I, 2018). Perilaku kekerasan dapat berupa verbal, fisik, dan lingkungan.
- b. **Pengkajian**: Kaji tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, penyebab, kemampuan mengatasinya, dan akibatnya.
- c. **Diagnosis**: Jelaskan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan.
- d. **Tindakan keperawatan pada klien**
  - 1) Latih klien untuk melakukan relaksasi: Tarik napas dalam, pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan.
  - 2) Latih klien untuk bicara dengan baik: Mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik.
  - 3) Latih deeskalasi secara verbal maupun tertulis.
  - 4) Latih klien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut (sholat, berdoa, dan kegiatan ibadah yang lainnya).
  - 5) Latih klien path minum obat dengan cara 8 benar (benar nama klien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kedaluwarsa dan benar dokumentasi).
  - 6) Bantu klien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika klien mengalami kesulitan.
  - 7) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.
  - 8) Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.

Hasil penelitian Keliat, Azwar, Hamid, dan Bachtiar (2009) menyatakan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien dan edukasi keluarga meningkatkan kemampuan klien mengendalikan perilaku kekerasan dan lama rawat turun

menjadi 23 hari. Hasil penelitian Caturini, Keliat, Priyo, dan Susanti (2009) menemukan bahwa terapi musik menurunkan gejala perilaku kekerasan.

## 2. Defisit Perawatan Diri

- a. **Pengertian** : Defisit perawatan diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (SDKI, 2016). Defisit perawatan diri meliputi ketidak-mampuan dalam melakukan kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, eliminasi, dan lingkungan. Defisit perawatan diri: kebersihan diri adalah ketidak-mampuan melakukan pembersihan diri secara saksama dan mandiri. Defisit perawatan diri: berpakaian adalah ketidakmampuan untuk mengenakan atau melepas pakaian secara mandiri (NANDA-1, 2018). Defisit perawatan diri: makan dan minum adalah ketidakmampuan makan secara mandiri (NANDA-I 2018). Defisit perawatan diri: eliminasi adalah ketidakmampuan untuk melakukan secara mandiri tugas yang berkaitan dengan eliminasi fekal dan urine (NANDA-I 2018)
- b. **Pengkajian** : kaji tand adan gejala perawatan diri serta penyebabnya
- c. **Diagnosis** : penjelasan proses terjadinya masalah perawatan diri, kebersihan diri, berpakaian, makna dan minum, eliminasi BABdan BAK dan lingkungan
- d. **Tindakan Keperawatan pada klien**
  - 1) Melatih kebersihan diri : mandi, keramas, sikat gigi, berpakaian, berhias, dan gunting kuku
  - 2) Melatih makan dan minum
  - 3) Melatih BAB / BAK
  - 4) Melatih kebersihan dan kerapihan lingkungan rumah

## J. Rangkuman

Anak jalanan merupakan anak-anak yang tidak memiliki tempat tinggal tetap dan terpaksa hidup di jalanan karena berbagai faktor seperti ekonomi, keluarga, dan lingkungan.

Mereka seringkali menjadi korban eksploitasi dan kejahatan, menjalani kehidupan yang keras dan penuh tantangan. Jenis anak jalanan dapat dibedakan menjadi anak-anak yang masih memiliki hubungan dengan keluarga, yang berpartisipasi penuh di jalanan, dan yang berasal dari keluarga yang hidup di jalanan. Faktor-faktor seperti penurunan ekonomi, perceraian, dan lingkungan yang tidak mendukung dapat menjadi penyebab anak jalanan. Mereka mengalami berbagai masalah seperti masalah pendidikan, intimidasi, terlibat dalam tindakan kriminal, penyalahgunaan obat dan zat adiktif, kesehatan, resiko kerja, makanan, dan konflik dengan keluarga. Anak jalanan juga memiliki rentang respon yang beragam, mulai dari respon adaptif hingga maladaptif. Dengan memahami kondisi dan masalah yang dihadapi oleh anak jalanan, diharapkan dapat ditemukan solusi yang lebih baik untuk membantu mereka.

#### **K. Latihan Soal**

1. Apa yang dimaksud dengan anak jalanan menurut UNICEF?
  - A. Anak-anak yang tinggal di jalanan tanpa hubungan keluarga
  - B. Anak-anak yang telah meninggalkan rumah, sekolah, dan masyarakat sebelum usia enam belas tahun dan hidup nomaden di jalanan
  - C. Anak-anak yang berasal dari keluarga yang hidup di jalanan
  - D. Anak-anak yang berpartisipasi penuh dalam kehidupan jalanan
2. Faktor apa yang menjadi penyebab anak jalanan menurut Walopka Y, dkk?
  - A. Faktor Ekonomi, Keluarga, dan Lingkungan
  - B. Faktor Sosial, Psikologis, dan Lingkungan
  - C. Faktor Ekonomi, Sosial, dan Psikologis
  - D. Faktor Psikologis, Keluarga, dan Sosial
3. Apa yang dimaksud dengan Children on the street?
  - A. Anak-anak yang berpartisipasi penuh di jalanan, baik secara sosial maupun ekonomi

- B. Anak-anak yang mempunyai kegiatan ekonomi di jalan, namun masih mempunyai hubungan yang kuat dengan orang tua mereka
  - C. Anak-anak yang berasal dari keluarga yang hidup di jalanan
  - D. Anak-anak yang mempunyai hubungan kekeluargaan yang cukup kuat, tetapi hidup mereka terombang-ambing dari satu tempat ke tempat yang lain dengan segala risikonya
4. Apa yang menjadi masalah dominan yang dihadapi anak jalanan menurut Nugraheni Novika dkk?
- A. Masalah pendidikan
  - B. Intimidasi
  - C. Terlibat tindakan kriminal
  - D. Semua jawaban benar
5. Apa yang dimaksud dengan respon adaptif pada anak jalanan?
- A. Respon yang menunjukkan gangguan pemikiran
  - B. Respon yang menunjukkan perilaku kacau dan isolasi sosial
  - C. Respon yang menunjukkan perilaku sesuai dan berhubungan sosial
  - D. Respon yang menunjukkan gangguan pemikiran dan perilaku kacau

**Kunci Jawaban**

1. B   2. A   3. B   4. D   5.C

# BAB 9

## KONSEP *RECOVERY*: KARAKTERISTIK *RECOVERY*, MODEL DAN *SUPPORTIVE* *ENVIRONMENT*

Endah Sari Purbaningsih

### Capaian Pembelajaran

1. Mengetahui bahwa proses *recovery* dari gangguan jiwa bersifat sangat pribadi dan dapat melibatkan berbagai cara.
2. Memahami definisi *recovery* sebagai proses yang unik
3. Mengetahui bahwa proses *recovery* melibatkan 4 dimensi
4. Memahami bahwa *recovery* adalah perjalanan penyembuhan dan transformasi yang memungkinkan seseorang dengan masalah kesehatan mental untuk menjalani hidup yang bermakna
5. Mengetahui bahwa ada beberapa model *recovery* yang dapat digunakan

### A. Latar Belakang

Setiap individu yang menderita gangguan jiwa berat harus dapat diberikan *support* yang sesuai dan bersifat individu agar dapat pulih dari sakitnya dan dapat menjalani kehidupannya secara memuaskan dan produktif (Endah, 2019 dalam Stuart, 2009).

Proses *recovery* bersifat sangat pribadi dan terjadi melalui banyak cara. Termasuk didalamnya adalah pengobatan klinis, obat-obatan, pendekatan berbasis agama/keyakinan, dukungan sebaya, dukungan keluarga, perawatan diri, dan pendekatan lainnya. Seseorang yang menjalani *recovery* dapat ditandai dengan adanya pertumbuhan yang terus-menerus dan peningkatan kesehatan dan juga disertai dengan kemunduran. Karena ciri dari *recovery* adalah bersifat non linier, dimana suatu

saat klien penderita gangguan jiwa mengalami kemunduran, namun keesokan harinya klien dapat mengalami peningkatan secara berarti. (Bellack. 2006).

## B. Definisi

**Anthony (1993)** mendefinisikan *recovery* merupakan bentuk pemulihan yang sangat pribadi, proses unik untuk mengubah attitudes, nilai-nilai, perasaan, tujuan, keterampilan, dan/atau peran seseorang. Sedangkan **Bellack (2006)** menjelaskan bahwa *recovery* itu bervariasi yang dapat dilihat dari beberapa dimensi, dan merupakan suatu refleksi dari hasil akhir dalam mencapai keberfungsian dalam hidupnya, dan dapat bergantian dengan periode kambuh (*non linier*). **Endah (2019)** dalam **Stuart (2009)** mendefinisikan *Recovery* adalah proses dimana orang hidup, bekerja, belajar dan berpartisipasi penuh dalam komunitasnya. Pada sebagian orang/individu *recovery* adalah beberapa kemampuan untuk menjalani hidup yang tuntas dan produktif walaupun dengan keterbatasannya. Sedangkan untuk sebagian besar yang lain, *recovery* secara tidak langsung menyatakan pengurangan atau pulihnya dari suatu gejala. *Recovery* juga melibatkan keterkaitan atau hubungan interpersonal dan kerjasama masyarakat, yang mencakup hak, pribadi dan tanggung jawab atas keanggotaan didalam suatu masyarakat yang demokratis .

## C. Dimensi Recovery

Proses *recovery* meliputi 4 dimensi, diantaranya adalah :

### 1. Kesehatan (*Health*)

Pada orang yang menderita gangguan jiwa harus terbebas dari gangguan penyakit fisik, termasuk di dalamnya adalah kecanduan alkohol dan juga obat bius. Jika klien dengan gangguan jiwa ini mengalami penyakit fisik maka perlu dilakukan perawatan dan dipulihkan, karena orang dengan gangguan jiwa memiliki penyakit fisik akan dapat memperberat atau sulit dalam proses *recovery* dari gangguan jiwa yang dideritanya

## 2. Rumah/Tempat Tinggal (*Home*)

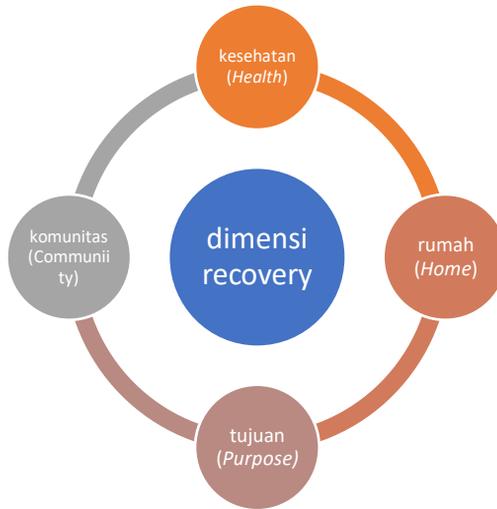
Tempat tinggal yang aman dan stabil sangat mendukung dalam proses *recovery*. Aman dan stabil adalah suatu keadaan yang bebas dari rasa khawatir akan terusir hingga mereka harus hidup sebagai orang jalanan atau gelandangan psikotik. Di Indonesia klien dengan gangguan jiwa tinggal bersama dengan orang tuanya, namun seringkali akhirnya menjadi masalah dan beban bagi anggota keluarga lainnya, dan akhirnya tidak mendapat dukungan yang optimal dalam proses *recovery* dan hidup mandiri.

## 3. Tujuan (*Purpose*)

Tujuan hidup yang dimaksud adalah suatu keinginan dalam menggapai sesuatu sebagai mesin dari suatu alat yaitu *recovery* melalui sebuah proses yang penuh dengan tantangan. Seorang klien dengan gangguan jiwa harus mempunyai aktivitas harian yang bermakna, seperti sekolah, suatu pekerjaan, pekerjaan kreatif, mandiri, berpenghasilan sehingga klien dapat ikut serta dalam kegiatan sosial. Aktivitas yang bermakna adalah bagian dari tujuan juga merupakan sebuah proses dalam *recovery*. Dapat dibayangkan jika seorang klien gangguan jiwa tidak memiliki aktivitas, maka mereka akan lebih sering duduk melamun tatapan mata kosong, keadaan ini dapat mempersulit dalam proses *recovery* dan kembali produktif di lingkungan masyarakat.

## 4. Komunitas (*Community*)

seorang klien gangguan jiwa harus memiliki jaringan yang luas baik persaudaraan maupun pertemanan yang ikut memberikan dukungan dan juga harapan, kehangatan dan rasa persaudaraan yang erat. Untuk itu dapat dilakukan di komunitas melalui beberapa kegiatan sosial yang ada di masyarakat, seperti pengajian, olah raga maupun kegiatan yang berhubungan dengan hoby



Gambar 9. 1. Dimensi *recovery*

#### D. Karakteristik *Recovery*

*Recovery* adalah *journey* atau perjalanan penyembuhan dan transformasi yang memungkinkan seseorang dengan masalah kesehatan mental untuk menjalani hidup yang berarti dalam komunitas yang dipilihnya sambil berusaha untuk mencapai potensial penuhnya.

Sepuluh karakteristik layanan berorientasi pemulihan yang efektif telah diidentifikasi:

##### 1. Pengarahan Diri (*Self Determination*):

Klien memimpin, mengendalikan, melakukan pilihan, dan menentukan jalur pemulihan mereka sendiri. dengan cara mengoptimalkan kemandirian, dengan cara mengendalikan sumber daya agar dapat mencapai kehidupan yang ditentukan sendiri. Secara definisi proses *recovery* harus *self directed* (dari diri sendiri) oleh orang yang bersangkutan yang menentukan tujuan hidup pribadi dan jalan menuju tujuan tersebut.

##### 2. Individual dan Berpusat pada Orang (*Individualized and person centered*):

Pada proses *recovery* ada beberapa jalur menuju pemulihan berdasarkan kebutuhan, preferensi, dan

pengalaman unik setiap orang. beberapa cara diantaranya berdasarkan atas kekuatan dan ketabahan seseorang dan juga berdasarkan kebutuhan individu, kesukaan atas pilihannya, pengalaman (termasuk pasca trauma), dan latar belakang budaya klien yang bersangkutan.

3. Pemberdayaan (*Empowerment*)

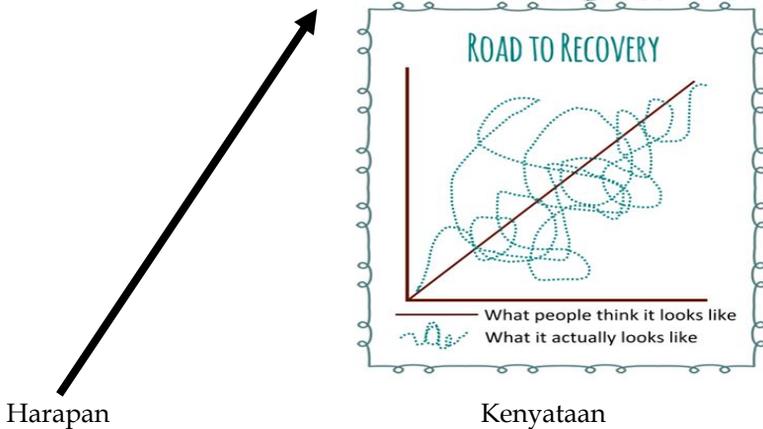
Klien memiliki wewenang untuk memilih dari pilihan yang beragam dan untuk berpartisipasi pada setiap keputusan termasuk alokasi sumber daya yang akan mempengaruhi hidupnya, dan klien pun dilakukan edukasi serta *support* dalam melakukan hal tersebut. Mereka memiliki kemampuan untuk bergabung dengan klien lain dan kemudian berbicara secara kolektif dan efektif tentang apa yang mereka butuhkan, mereka inginkan dan juga apa yang menjadi aspirasi mereka. Melalui pemberdayaan seseorang tersebut dapat menghasilkan kendali bagi nasibnya sendiri dan melalui pemberdayaan juga orang tersebut dapat mempengaruhi susunan organisasi dan sosial dalam hidupnya.

4. Holistik (*Holistic*):

Pemulihan bersifat dinamis dan melibatkan berbagai determinan, mencakup berbagai aspek kehidupan individu termasuk pikiran, tubuh, jiwa, situasi dan kondisi tempat tinggal dan komunitas.

5. Nonlinier:

*Recovery* bukan proses langkah demi langkah, akan tetapi proses yang berdasarkan pertumbuhan yang berkelanjutan, kadang langkah yang mundur, dan pembelajaran dari pengalaman. *Recovery* dimulai dari tahap kesadaran awal dimana seseorang mengenali bahwa perubahan yang positif mungkin dapat terjadi. Kesadaran ini memungkinkan orang tersebut untuk bergerak maju hingga betul-betul terlibat dalam proses *recovery*.



6. Berbasis Kekuatan (*Strengths Based*)

*Recovery* berfokus pada nilai yang berharga seperti kegembiraan, bakat, kemampuan dalam coping dan kelebihan-kelebihan yang berharga yang dimiliki dalam dirinya. Dengan membangun kekuatan-kekuatan tadi klien dengan gangguan jiwa dapat berperan serta dalam memulai hidup baru. (Sebagai contoh berperan sebagai partner, caregiver, sebagai kawan, siswa, pegawai) proses *recovery* itu bergerak maju melalui interaksi dengan orang lain dalam hubungan yang saling mendukung dan berdasarkan kepercayaan

7. Dukungan Sejawat (*Peer Support*)

Peran saling mendukung yang sangat berharga di mana konsumen saling menyemangati dalam pemulihan diakui dan dipromosikan. Saling *support* dalam berbagi pengetahuan dan *skill* yang berdasarkan pengalaman dan pembelajaran sosial, saling *support* itu memainkan peranan yang tak ternilai dalam *recovery*. Klien mendorong dan melibatkan klien lain dalam hal *recovery* dan saling menyediakan/memberikan antara satu dengan yang lainnya rasa saling memiliki, hubungan saling *support*, peran yang bernilai dan komunitas.

8. Rasa Hormat (*Respect*)

Komunitas, sistem, juga penerimaan dan apresiasi masyarakat terhadap klien termasuk melindungi hak - hak mereka dan menghilangkan diskriminasi dan stigma merupakan hal yang sangat krusial dalam mencapai *recovery*. Penerimaan diri dan memperoleh kembali rasa yakin dalam diri seseorang sangat vital. *Respect* memastikan keterlibatan dan partisipasi klien secara penuh di seluruh aspek kehidupannya.

9. Tanggung Jawab (*Responsibility*):

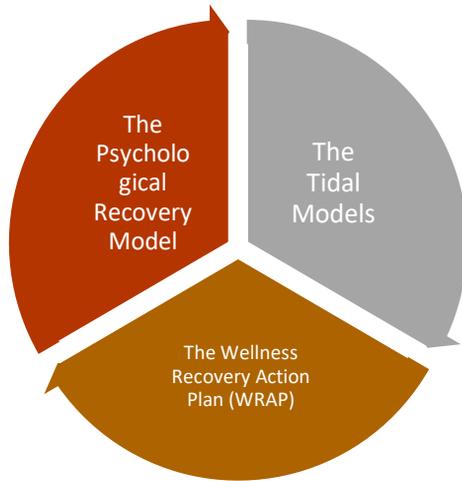
Klien mempunyai tanggung jawab pribadi atas diri mereka sendiri selama proses *recovery* nya. Mengambil langkah menuju tujuan akhir mereka bisa membutuhkan keteguhan hati yang kuat (kesungguhan). Klien harus berusaha untuk memahami dan berusaha untuk memberi arti pada pengalaman-pengalaman mereka, juga harus berusaha untuk mengidentifikasi strategi koping dan proses penyembuhan untuk menunjang meningkatkan kesehatan.

10. Harapan (*Hope*)

*Recovery* menyediakan pesan akan masa depan yang lebih baik yang penting dan memotivasi, bahwa orang dapat dan mampu mengatasi rintangan dan hambatan yang ada dihadapan mereka. Harapan merupakan sifat yang ada didalam diri, tetapi dapat dibantu perkembangannya oleh *peers* (teman sebaya), keluarga, teman, pemberi layanan dan sebagainya. Harapan merupakan katalis dalam proses *recovery*

**E. Model *Recovery***

*Recovery* merupakan sebuah proses, perjalanan (*journey*) yang memiliki sebuah visi dimana klien gangguan jiwa ingin dapat menjadi dan mencoba untuk menemukan cara agar dapat sampai kesana.



## 1. Tidal Model

Peneliti Beyhan Bag, 2019, menjelaskan bahwa Tidal model merupakan model *recovery* dalam sebuah promosi kesehatan mental yang dikembangkan oleh Phil Barker, Poppy Buchanan dan Barker pada tahun 1990-an. Model ini berfokus pada proses perubahan yang berkesinambungan, model ini juga berusaha dalam pemaknaan pengalaman masyarakat, menekankan pentingnya suara dan kebijaksanaan melalui kekuatan metafora air yang mendeskripsikan bagaimana orang - orang yang dalam kondisi kesulitan dapat terdampar secara emosional, fisik juga spiritual. Gambaran ini memperlihatkan pengalaman sehat dan sakit sebagai sebuah fenomena yang cair, bukan sebuah fenomena yang stabil. Juga kehidupan sebuah perjalanan yang dilakukan diatas lautan pengalaman.

Tidal model memiliki 10 (sepuluh) komitmen yang harus ditaati, antara lain :

- a. Hargai suaranya (*value the voice*), apa yang diceritakan oleh pasien sangat penting untuk dilakukan analisis oleh perawat, karena apa yang disampaikan oleh pasien tersebut bisa merupakan sebuah data.

- b. Hormati bahasanya (*respect the language*), hormati orang dalam menggunakan bahasanya, karena apa yang mereka ungkapkan lewat bahasa baik verbal atau non verbal merupakan sebuah ekspresi yang ditampilkan.
- c. Kembangkan rasa ingin tahu yang tulus (*Develop Genuine Curiosity*), dalam hal ini perawat aktif mendengarkan dan bertanya kepada pasien sebagai bentuk bahwa perawat merasa tertarik akan cerita dari pasien tersebut.
- d. Menjadi peserta magang/murid (*Become the apprentice*), dalam hal ini pasien berperan sebagai seorang ahli (ekspert) dalam bidangnya berdasarkan cerita dan pengalaman yang pasien peroleh selama ini. Dengan demikian perawat dapat mengumpulkan data sebagai langkah selanjutnya dalam menentukan terapi atau tindakan keperawatan lainnya yang tepat sesuai dengan kondisi pasien.
- e. Ungkapkan kebijaksanaan pribadi (*Reveal personal wisdom*). Dalam hal ini pasien merupakan sosok individu yang memiliki berbagai pengalaman dalam kehidupannya juga kebijaksanaan yang dimilikinya, namun kadangkala pasien gagal menggunakan sisi kebijakan juga sisi positif yang dia miliki. Tugas perawat adalah membantu memunculkan potensi yang dimiliki oleh pasien termasuk sisi kebijakan.
- f. Bersikaplah transparan (*Be transparent*). Transparan dalam hal ini adalah perawat dapat memberikan Tindakan juga terapi kepada pasien melalui komunikasi yang baik.
- g. Gunakan perangkat yang tersedia (*Use the available toolkit*)
- h. Susunlah langkah selanjutnya (*Craft the step beyond*). Dalam sebuah *recovery*, sebelumnya sudah menyusun berbagai macam langkah untuk penyelesaian masalah yang dituangkan dalam rencana asuhan keperawatan, rencana asuhan keperawatan ini ditetapkan dan disepakati Bersama dengan pasien.
- i. Berikan hadiah waktu (*give the gift time*). Perhatian yang diberikan kepada pasien dengan cara memberika waktu

dalam menemani pasien, diharapkan pasien dan perawat dapat Menyusun jadwal untuk menentukan berbagai macam kegiatan termasuk didalamnya menggali masalah yang dimiliki pasien.

- j. Ketahuilah bahwa perubahan itu konstan (*know that change is constant*). Perubahan akan selalu terjadi, untuk itu diharapkan pasien dan perawat mampu dalam beradaptasi atas adanya suatu perubahan, sehingga asuhan keperawatan dapat selalu terjadi sesuai dengan yang ditargetkan.

## 2. The Wellness Recovery Action Plan (WRAP)

C Crimmings (2013) dalam bukunya menyebutkan *Wellness Recovery Action Plan* (WRAP) merupakan program pemulihan yang terstruktur yang sudah dipergunakan secara internasional bagi siapa saja yang ingin menciptakan adanya perubahan fisik dalam hidup mereka. WRAP ini dikembangkan oleh Mary Ellen Copeland dan Jane Winterling pada tahun 1990an.

WRAP terdiri dari beberapa Langkah, antara lain:

### a. *Developing a Wellness toolbox*

Pertama dengan Menyusun strategi yang dianggap “dulu Langkah ini dinilai memiliki keberhasilan”, namun tidak dirasakan oleh orang tersebut. Misalkan dengan cara olah raga maupun aktifitas secara fisik yang lainnya, hadir dalam acara komunitas, menulis buku, dan sebagainya.

### b. *Daily maintenance list*

Langkah selanjutnya adalah 1) menterjemahkan kata juga makna “puas dan Bahagia” terjemahan ini harus berhubungan langsung dengan kondisi “sejahtera”. Langkah ke 2 adalah melaksanakan rencana kegiatan yang telah disusun (*wellness toolbox*) dalam kegiatan sehari hari

### c. *Trigger*

Tahapan ini pasien mencatat peristiwa yang berpengaruh atas terjadinya stress dan atau distress, contoh terlalu Lelah, pekerjaan yang sangat banyak, dan

sebagainya. Setelah itu lakukan koordinasi dengan Langkah pertama (*wellness toolbox* )

d. *Early warning signs*

Pada tahapan ini melakukan identifikasi atas adanya tanda awal terjadinya permasalahan. Tujuan dari *early warning* ini adalah pencegahan akan permasalahan yang lebih kompleks.

e. *Things are breaking down or getting worse*

Tahapan ini dengan kesadaran penuh pasien melakukan pencatatan atas reaksi/perilaku Ketika permasalahan tersebut ada. Missal, saat pasien merasakan adanya Hasrat untuk memakai sabu, reaksi yang muncul adalah perasaan gelisah, tidak bisa focus. Atas reaksi ini pasien membuat catatan seperti “gelisah, tidak bisa focus”.

Berdasarkan catatan tersebut pasien membuat rencana untuk Tindakan dalam menanggulangi permasalahan tersebut dengan cara olah raga, lari, tinju, dan sebagainya.

f. *Crisis planning*

Pada tahapan ini adalah penyusunan beberapa strategi jika “terjadi kondisi yang memburuk”. Seperti pasien tidak dapat mengontrol kondisinya (baik itu secara emosi, perilaku), tidak dapat mengambil keputusan yang terbaik untuk dirinya, dan atau tidak dapat menjaga dirinya sendiri dari kondisi aman.

3. *The Psychological recovery Model*

*Recovery* adalah suatu pilihan dan merupakan pilihan diantara mereka. Berdasarkan Andresen, Caputi & Oades (2006) terdapat empat kunci dalam proses *recovery* diantaranya adalah (1) mencari dan mempertahankan harapan, dengan kata lain klien harus memiliki rasa percaya diri dan optimis akan masa depan; (2) pembentukan kembali identitas, klien menemukan identitas baru dan tetap mempunyai arti akan diri secara positif; (3) menemukan makna hidup; dalam kondisi sakitnya, klien tetap dapat

terlibat dalam kehidupannya dan menemukan makna; (4) bertanggung jawab dalam proses *recovery*. Klien tetap dapat mengendalikan penyakit dan hidupnya.

Dalam studi kualitatif yang dilakukan oleh Andresen, Caputi & Oades (2006), terdapat 5 tahap dalam proses *recovery*, yaitu:

- a. *Moratorium*, dalam tahap ini ditandai dengan adanya penolakan, kebingungan, keputusasaan. Adanya keadaan yang gelap dan penderitaan yang tidak berkesudahan adalah tanda stadium ini. *moratorium* (hidup dihentikan).
  - Harapan: Harapan tampaknya sangat sulit untuk didefinisikan pada titik ini. Pasien mengalami banyak kesulitan untuk menemukan harapan dan terus berada dalam situasi yang berfokus pada masalah.
  - Tanggung jawab: Pasien tidak bertanggung jawab atas masalahnya. Pasien terus tertekan oleh masalahnya.
  - Identitas dan identitas: Pasien tampak tidak mengenal dirinya sendiri.
  - Tujuan dan tujuan hidup: Pasien tampak tidak yakin dengan tujuan hidupnya.
- b. *Awareness* (Kesadaran), merupakan sebuah harapan pertama dari kehidupan yang lebih baik dan sebuah kemungkinan yang besar dalam proses *recovery* yaitu berupa kesadaran diri yang berasal dari dalam diri sendiri atau dapat berasal dari orang lain (tenaga kesehatan)
  - Harapan. Pada fase ini ada ungkapan sebagai bentuk ekspresi dari harapan tersebut seperti “bahwa kehidupan ini masih terus berjalan; banyak hal – hal yang masih dapat dilakukan, beberapa hal yang menjadi sebuah trauma ternyata masih bisa diperbaik... dan sebagainya.
  - Responsibility/tanggung jawab. Merupakan adanya bentuk kesadaran yang timbul dari dalam dirinya untuk tetap bertahan hidup dan membenahi semua kehidupannya.

- c. *Preparation* (Persiapan), dimana klien memutuskan untuk mulai bekerja, rehabilitasi, terlibat dalam kelompok dan berinteraksi dengan orang lain.
- Harapan (*hope*), pada tahap ini harapan yang ada pada diri pasien sudah coba dituangkan dalam bentuk aplikasi dengan cara mencari secara aktif bentuk dukungan, informasi tentang *recovery* yang dapat membantunya.
  - Tanggung jawab (*responsibility*), pasien berupaya keras dalam mengontrol guna menuju pemulihannya.
  - *Self and identity*, pada saat ini pasien berupaya dalam menumbuhkan kekuatan dan menguatkan kemampuan menuju pemulihan.
  - *Meaning and purpose*, pada tahap ini pasien berusaha dalam menemukan tujuan hidup yang baru dengan support system yang memadai
- d. *Rebuilding* (membangun kembali), tahap ini merupakan sebuah kerja keras selama proses *recovery* berlangsung, dimana klien berusaha untuk menempa identitas positif mereka dengan tujuan dapat dihargai secara pribadi. Pada tahap ini klien bertanggung jawab dalam mengendalikan hidupnya, termasuk mengambil resiko bahwa klien suatu saat dalam proses *recovery* ini akan mengalami kemunduran.
- Harapan (*Hope*), pada tahap ini keberhasilan yang dicapai oleh pasien walaupun kecil, dijadikan sebagai semangat dan tumbuhnya harapan baru.
  - Tanggung jawab (*responsibility*) kemampuan pasien dalam mengendalikan juga mengontrol dirinya mulai dapat dipertanggungjawabkan, seperti beberapa Tindakan dalam Menyusun rencana maupun mengambil keputusan untuk dirinya sudah dapat ditentukan sendiri oleh pasien.
  - *Self and identity*, dengan segala tindakan yang sudah dipertanggungjawabkan secara mandiri menjadikan harga diri pasien meningkat.

- *Meaning and purpose*, dengan adanya harapan baru yang di aplikasikan secara realistis dan tanggung jawab pasien dapat mempengaruhi dalam Menyusun secara realistis akan tujuan hidup.
- e. *Growth* (Pertumbuhan), merupakan tahap akhir dalam proses *recovery*, dimana klien mungkin tidak terbebas dari dari gejala sepenuhnya, namun klien mengetahui bagaimana cara mengelola penyakit, sabar dan ulet ketika mengalami kemunduran, tetap beriman dan berpandangan positif, memiliki arti yang positif ketika klien mengalami kemunduran. Pada tahap ini ditandai dengan :
  - *Hope*, harapan mulai tubuh dan berkembang secara otomatis
  - *Responsibility*, pasien mulai bertanggung jawab penuh atas keputusan dan ataupun tindakan yang pasien lakukan.
  - *Self and identity*, pasien menunjukkan kepribadian yang sehat, mandiri dan mengembangkan secara mandiri nilai luhur yang terdapat pada diri.
  - *Meaning and purpose*, damai, tujuan hidup lebih baik dan bermakna bagi diri maupun orang lain.

## **F. Rangkuman**

Mengetahui bahwa proses *recovery* dari gangguan jiwa bersifat sangat pribadi dan dapat melibatkan berbagai cara, termasuk pengobatan klinis, obat-obatan, pendekatan berbasis agama/keyakinan, dukungan sebaya, dukungan keluarga, perawatan diri, dan pendekatan lainnya.

Memahami definisi *recovery* sebagai proses yang unik untuk mengubah sikap, nilai-nilai, perasaan, tujuan, keterampilan, dan/atau peran seseorang, serta menyadari bahwa proses ini bervariasi dan bisa bergantian dengan periode kambuh (non-linier).

Mengetahui bahwa proses *recovery* melibatkan 4 dimensi, yaitu kesehatan, tempat tinggal, tujuan hidup, dan komunitas, yang semuanya berkontribusi pada pemulihan individu yang menderita gangguan jiwa.

Memahami bahwa *recovery* adalah perjalanan penyembuhan dan transformasi yang memungkinkan seseorang dengan masalah kesehatan mental untuk menjalani hidup yang bermakna, dan bahwa layanan berorientasi pemulihan yang efektif memiliki 10 karakteristik, seperti pengarahan diri, pemberdayaan, dan holistik.

Mengetahui bahwa ada beberapa model *recovery* yang dapat digunakan, seperti Tidal Model, *Wellness Recovery Action Plan* (WRAP), dan *The Psychological Recovery Model*, yang masing-masing memiliki pendekatan dan langkah-langkah khusus dalam membantu individu dalam proses pemulihan dari gangguan jiwa.

#### **G. Latihan Soal**

1. Apa yang dimaksud dengan proses *recovery* dalam konteks gangguan jiwa?
  - A. Proses pengobatan medis untuk gangguan jiwa
  - B. Proses pemulihan yang unik bagi setiap individu untuk mengubah sikap, nilai-nilai, dan keterampilan
  - C. Proses pencarian identitas baru bagi individu yang mengalami gangguan jiwa
  - D. Proses perubahan yang bersifat linier bagi individu yang mengalami gangguan jiwa
2. Dimensi apa saja yang terlibat dalam proses *recovery* dari gangguan jiwa?
  - A. Kesehatan, tujuan hidup, dan komunitas
  - B. Kesehatan, tempat tinggal, tujuan hidup, dan komunitas
  - C. Kesehatan, tempat tinggal, dan komunitas
  - D. Tujuan hidup, tempat tinggal, dan komunitas

3. Apa yang dimaksud dengan pemberdayaan dalam konteks layanan berorientasi pemulihan yang efektif?
  - A. Memberikan obat-obatan kepada individu yang mengalami gangguan jiwa
  - B. Memberikan kebebasan kepada individu untuk memilih jalur pemulihan yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi mereka
  - C. Memberikan dukungan sebaya kepada individu yang mengalami gangguan jiwa
  - D. Memberikan perawatan diri kepada individu yang mengalami gangguan jiwa
4. Pertanyaan: Apa yang menjadi fokus dalam model Tidal Model untuk *recovery*?
  - A. Penggunaan terapi obat-obatan
  - B. Pemahaman terhadap penyebab gangguan jiwa
  - C. Pemberdayaan individu melalui penggunaan kekuatan metafora air
  - D. Pemulihan kesehatan fisik
5. Apa yang menjadi fokus dalam model WRAP untuk *recovery*?
  - A. Pengembangan toolbox untuk kesehatan mental
  - B. Penggunaan terapi psikologis
  - C. Penggunaan terapi obat-obatan
  - D. Pengembangan kekuatan metafora air

**Kunci Jawaban**

1. B   2. B   3. B   4. C   5. A

# BAB 10

## MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN JIWA PROFESIONAL KLINIK

Yustina Kristianingsih

### Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami pengertian manajemen
2. Mampu memahami fungsi manajemen
3. Mampu memahami prinsip manajemen
4. Mampu memahami manajemen keperawatan jiwa diklinik

### A. Pendahuluan

Perawat profesional dalam melaksanakan tugasnya memberikan pelayanan kepada klien perlu mempelajari juga tentang manajemen pelayanan. Manajemen pelayanan profesional di tatanan klinik baik layanan umum maupun psikiatrik konsep manajemen keperawatan ini wajib dikuasai dan senantiasa dikembangkan. Konsep manajemen keperawatan pada bab ini akan membahas tentang pelayanan keperawatan jiwa profesional klinik. Fokus pembahasan pelayanan keperawatan jiwa profesional diklinik ini meliputi pengertian manajemen, fungsi manajemen, prinsip manajemen, konsep manajemen keperawatan dan peran perawat sebagai manajer.

### B. Pengertian Manajemen

Manajemen menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai penggunaan sumber daya secara efektif untuk mencapai sasaran (Badan Pengembangan dan Pusat Bahasa, 2016). Mary Paker Follet mendefinisikan manajemen sebagai seni bekerja melalui orang lain. Dalam pengertian ini terkandung makna bahwa dalam manajer dalam mencapai

tujuan organisasinya dengan memberikan kepercayaan dan tugas kepada orang lain sesuai kompetensinya. W. Griffin mendefinisikan manajemen sebagai proses perencanaan, pengorganisasian, koordinasi dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai tujuan dengan efektif dan efisien. Efektif artinya mengerjakan sesuatu yang benar. Efisien artinya mengerjakan sesuatu dengan benar.

### C. Fungsi Manajemen

Fungsi manajemen telah dibahas oleh banyak ahli, salah satu yang paling terkenal adalah fungsi manajemen menurut George R. Terry, dimana fungsi manajemen ada 4 (empat) yakni: *Planning, Organizing, Actuating dan Controlling (POAC)*. Berikut akan dibahas masing-masing fungsi manajemen (Lapodi, 2023):

#### 1. *Planning*/perencanaan

Merupakan kegiatan menetapkan tujuan organisasi dan memilih cara terbaik untuk mencapai tujuan atau sasaran organisasi.

Kriteria perencanaan yang baik adalah (Suharyadi *et al.*, 2007):

##### a. *Spesific*

Perencanaan yang baik jika disusun secara spesifik, jelas menggambarkan kerangka kerja untuk mencapai tujuan yang spesifik.

##### b. *Measurable*

Tujuan yang baik juga harus measurable atau terukur. Menentukan indikator capaian untuk setiap perencanaan agar mudah dalam mengukur capaian.

##### c. *Achievable*

Perencanaan yang baik juga harus *achievable* atau dapat dicapai. Dalam menyusun perencanaan harus realistis dan juga mempertimbangkan sumber daya yang dimiliki agar tujuan dari perencanaan yang disusun dapat dicapai.

##### d. *Relevant*

Perencanaan yang baik juga harus *relevant* atau sesuai dengan visi, misi yang dimiliki organisasi. Perencanaan

yang disusun sebaiknya mencerminkan minimal satu misi dari organisasi.

e. *Timely*

Perencanaan juga harus memperhatikan waktu/*timely*. Perencanaan yang disusun sebaiknya memiliki tenggat waktu yang jelas dan realistis. Penting bahwa setiap anggota organisasi bekerja sesuai dengan waktu yang telah disusun agar pekerjaan tidak menumpuk di satu waktu.

2. *Organizing*/pengorganisasian

Merupakan kegiatan mengkoordinasikan sumber daya, tugas dan otoritas di antara anggota organisasi untuk mencapai tujuan. Pengorganisasian ini penting untuk mencapai tujuan dimulai dengan memahami perencanaan yang disusun kemudian menempatkan orang tepat pada posisi yang tepat. Pengorganisasian yang tepat akan mengoptimalkan fungsi setiap anggota dalam pekerjaannya dan meningkatkan kepuasan dalam bekerja yang akan berdampak baik dalam mencapai tujuan.

3. *Actuating*/pengarahan

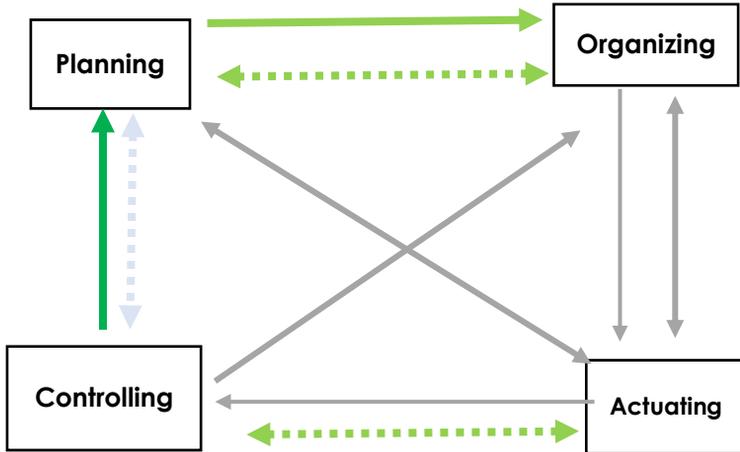
Merupakan kegiatan mengarahkan (*directing*), memengaruhi orang lain (*influencing*) dan memotivasi orang lain (*motivating*) untuk bekerja. Kegiatan pengarahan merupakan bagian paling menantang dalam fungsi manajemen karena harus berhadapan langsung antar pribadi. Seni dan keterampilan berkomunikasi yang baik akan sangat dibutuhkan dalam fungsi pengarahan. Penggunaan etika dan tata krama dengan bijaksana juga akan mempermudah seorang manajer dalam menjalankan fungsi pengarahan. Gaya kepemimpinan juga menjadi faktor yang menentukan dalam keberhasilan fungsi pengarahan.

4. *Controlling*/Pengendalian

Merupakan kegiatan yang bertujuan untuk melihat apakah kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan tujuan organisasi. Pengawasan merupakan bagian penting dalam fungsi manajemen dimana seorang manajer bisa

menemukan, mengoreksi aktivitas yang dilakukan apakah sudah sesuai dengan perencanaan atau belum. Temuan ketidaksesuaian atau adanya hambatan dalam proses pengendalian ini merupakan hal yang wajar agar bisa segera dilakukan penyusunan ulang perencanaan.

Berikut gambar dari siklus fungsi manajemen:



Gambar 10. 1. Fungsi Organisasi

Dalam praktiknya fungsi manajemen diatas hampir tidak bisa dilihat secara langsung apalagi pada organisasi yang sudah berjalan lama semua fungsi manajemen tersebut seperti berjalan simultan. Fungsi manajemen ini akan terus berlangsung selama suatu organisasi berjalan.

#### D. Prinsip Manajemen

Prinsip manajemen merupakan hal yang tak kalah penting untuk dipelajari. Berikut prinsip-prinsip manajemen menurut Henry Fayol (Siagian *et al.*, 2023):

1. Pembagian kerja
2. Wewenang dan tanggung jawab
3. Disiplin
4. Kesatuan perintah
5. Kesatuan arah
6. Mengutamakan kepentingan organisasi

7. Pembayaran upah yang adil
8. Sentralisasi
9. Hirarkis
10. Ketertiban (order)
11. Keadilan dan kejujuran
12. Stabilitas kondisi karyawan
13. Prakarsa/ inisiatif
14. Semangat kesatuan

#### **E. Konsep Manajemen Keperawatan**

Manajemen keperawatan merupakan seni dalam bidang keperawatan dengan bekerja melalui sumber daya keperawatan dengan menerapkan proses manajemen guna mencapai tujuan dan objektivitas asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan. Manajemen keperawatan merupakan kelompok dari perawat manajer yang mengatur organisasi dan usaha keperawatan dalam menjalankan profesinya. Proses manajemen keperawatan terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengawasan dalam bidang keperawatan.

Lingkup manajemen keperawatan di tatanan klinik meliputi manajemen pelayanan kesehatan dan manajemen asuhan keperawatan. Dalam praktiknya di rumah sakit manajemen pelayanan keperawatan dibagi menjadi tiga tingkatan: manajemen puncak (Direktur Keperawatan/ kepala bidang keperawatan), manajemen menengah (supervisor keperawatan) dan manajemen bawah (kepala ruang perawatan). Manajemen pelayanan keperawatan akan berhasil jika dipimpin oleh manajer keperawatan yang kompeten. Tugas manajer keperawatan adalah merencanakan, mengatur, mengarahkan dan mengawasi sumber daya agar berjalan efektif dan efisien (Setiadi, 2016).

Pelaksanaan manajemen keperawatan jiwa di klinik khususnya rumah sakit juga menerapkan fungsi manajemen: *Planning, Organizing, Actuating dan Controlling*. Berikut gambaran pelaksanaan manajemen keperawatan jiwa di klinik: rumah sakit sesuai fungsi manajemen (Keliat, 2010):

1. *Planning*/Perencanaan di ruang rawat inap

Perencanaan merupakan fungsi dasar dalam manajemen yang meliputi keseluruhan pemikiran/ide dan penentuan tujuan dan hal-hal yang akan dilaksanakan dalam mencapai tujuan yang ditetapkan. Perencanaan dalam manajemen keperawatan meliputi perencanaan jangka panjang, jangka menengah dan jangka pendek. Perencanaan jangka panjang disusun untuk jangka waktu 5-10 tahun yang merupakan rencana strategis dalam bidang keperawatan yang disusun oleh manajemen puncak keperawatan. Perencanaan menengah disusun untuk jangka waktu 1-5 tahun dan perencanaan jangka pendek disusun untuk jangka waktu jam sampai 1 tahun. Perencanaan dalam manajemen keperawatan dimulai dari merumuskan Visi, misi, filosofi, kebijakan, peraturan dan standar operasional prosedur.

Perencanaan jangka pendek meliputi rencana kegiatan harian, bulanan dan tahunan. Perencanaan di ruang rawat inap melibatkan seluruh anggota ruang rawat inap mulai dari perawat pelaksana, ketua tim dan kepala ruangan dengan fokus pelayanan keperawatan pada klien. Berikut beberapa contoh perencanaan jangka pendek: rencana harian di ruang rawat inap:

- a. Rencana harian perawat pelaksana
  - 1) Mengikuti timbang terima/interaksi
  - 2) Melakukan tindakan keperawatan pada pasien sesuai Strategi Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien kelolaan
  - 3) Memberikan obat dan mengobservasi efek sampingnya
  - 4) Mendokumentasikan tindakan
- b. Rencana harian ketua TIM
  - 1) Mengikuti timbang terima/operan
  - 2) Melakukan supervisi pada perawat pelaksana sesuai kondisi dan kebutuhan
  - 3) Memimpin terapi aktivitas kelompok

- 4) Memeriksa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan
- c. Rencana harian
  - 1) Memimpin timbangan terima/operan
  - 2) Memeriksa kelengkapan unsur manajemen keperawatan mulai M1-M5
  - 3) Melakukan interaksi dengan pasien yang memerlukan perhatian khusus
  - 4) Melakukan supervisi kepada ketua Tim/perawat pelaksana
  - 5) Menghadiri rapat koordinasi dengan unit lain
  - 6) Menentukan tingkat ketergantungan pasien

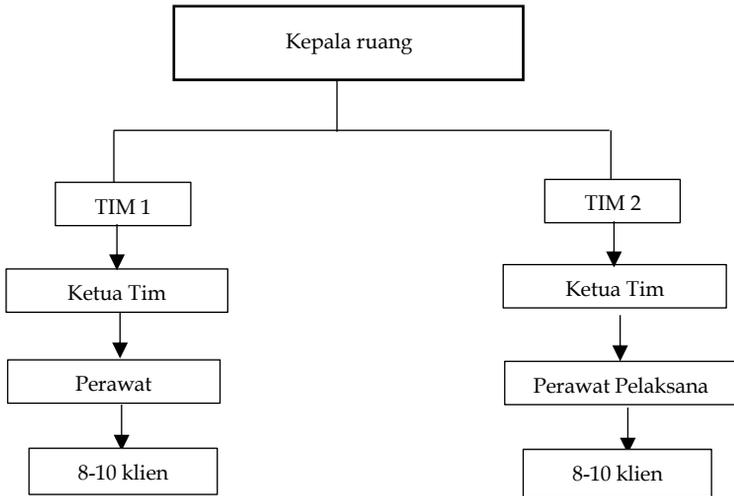
## 2. *Organizing*/pengorganisasian

Pengorganisasian merupakan kegiatan setelah perencanaan. Pengorganisasian merupakan kegiatan memobilisasi sumber daya manusia dan material untuk mencapai tujuan organisasi serta mengidentifikasi hubungan sumber daya manusia. Dalam manajemen keperawatan jiwa di klinik: rumah sakit pengorganisasian merupakan pengelompokan aktivitas melalui penugasan dalam bidang keperawatan, menentukan koordinasi baik vertikal maupun horizontal sesuai tanggung jawab untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan pada klien.

Pengorganisasian di ruang MPKP (Model Praktik Keperawatan profesional) salah satunya menggunakan MPKP tim primer. MPKP tim primer ini memiliki tiga komponen utama yakni ketenagaan keperawatan, metode pemberian asuhan keperawatan, dan dokumentasi keperawatan. Pada MPKP tim primer ini metode pemberian asuhan keperawatan merupakan kombinasi Metode Tim dan Metode Primer. Berikut contoh pengorganisasian MPKP tim primer:

a. Struktur Organisasi

Dalam MPKP tim primer komponennya adalah kepala ruangan, ketua tim dan perawat pelaksana. Setiap tim bertanggung jawab mengelola sejumlah pasien



Gambar 10. 2. Struktur organisasi MPKP tim primer

3. *Actuating*/Pengarahan

Pengarahan merupakan fase kerja dalam manajemen. Pengarahan dalam manajemen keperawatan jiwa di rumah sakit jiwa meliputi kegiatan memberikan motivasi, membina komunikasi, mengatasi konflik, bekerja tim dan melaksanakan kolaborasi dengan tim kesehatan lain. Pengarahan yang dilakukan oleh kepala ruangan secara efektif dapat meningkatkan dukungan kepada perawat pelaksana dan ketua tim untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan. Di ruang MPKP dapat dilakukan pemberian motivasi dengan cara:

- a. membudayakan doa bersama sebelum memulai dinas
- b. membudayakan pemberian *reinforcement* yang positif
- c. memanggil perawat pelaksana secara berkala untuk diskusi dan mengidentifikasi masalah serta membantu menyelesaikan masalah

- d. menerapkan jenjang karir dan kompetensi sesuai kebijakan rumah sakit
- e. menerapkan sistem *reward* yang adil sesuai kompetensi

Kegiatan memberikan motivasi sering kali dilakukan bersamaan dengan kegiatan kepemimpinan dan komunikasi. Penerapan komunikasi efektif di ruang MPKP dilaksanakan pada kegiatan timbang terima/operan, pre conference dan post conference.

#### 4. *Controlling*/Pengendalian

Pengendalian merupakan pemantauan, penyesuaian rencana, proses dan sumber daya dalam mencapai tujuan. Dalam fungsi pengarahan kinerja diukur sesuai dengan standar yang telah ditentukan untuk kemudian dilakukan tindakan guna melakukan koreksi ketidakcocokan antara standar dengan kinerja. Manajer keperawatan dalam menjalankan fungsi pengendalian ini harus memperhatikan prinsip berikut:

- a. pengawasan yang dilakukan harus dipahami oleh seluruh perawat di unitnya dan hasilnya mudah diukur
- b. standar kerja harus dijelaskan kepada semua perawat di unitnya
- c. kegiatan pengawasan ini merupakan bagian penting untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan.

Pada MPKP keperawatan jiwa pelaksanaan pengendalian juga dilaksanakan dalam bentuk pengukuran indikator:

- a. Indikator mutu pelayanan kesehatan
  - 1) Jumlah rata-rata penggunaan tempat tidur (*Bed Occupancy Rate/BOR*)
  - 2) Rata-rata lama rawat di rumah sakit (*Average Length of Stay/ALOS*)
  - 3) Perhitungan lama tempat tidur tidak terisi (*Turn Over Interval/TOI*)

- b. Indikator mutu rumah sakit jiwa
  - 1) Perhitungan angka pasien melarikan diri
  - 2) Perhitungan angka pegekangan/ restrain
  - 3) Perhitungan angka kejadian Kasus cedera
  - 4) Perhitungan angka kejadian Infeksi nosokomial
- c. Kondisi pasien
  - 1) Audit dokumentasi Asuhan Keperawatan
  - 2) Survei masalah baru
  - 3) Kepuasan pasien dan keluarga
  - 4) Penilaian kemampuan pasien dan keluarga
- d. Kondisi Sumber Daya Manusia
  - 1) Kepuasan tenaga kesehatan: perawat
  - 2) Penilaian kinerja perawat.

## F. Rangkuman

Manajemen merupakan seni dalam mencapai tujuan melalui orang lain. Manajemen secara umum meliputi fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian. Pelaksanaan manajemen beserta fungsinya juga diterapkan pada profesi keperawatan. Penerapan manajemen keperawatan di rumah sakit jiwa menggunakan pendekatan manajemen (*management approach*) di ruang MPKP sesuai fungsi manajemen: Perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian guna mencapai tujuan pelayanan keperawatan.

## G. Latihan Soal

1. Kepala ruangan mengadakan rapat dengan semua perawat di ruang melati untuk menyampaikan program baru yang telah disetujui dewan direksi yakni akan dilaksanakannya pendokumentasian secara komputerisasi. Kepala ruangan akan mengadakan pelatihan penyegaran penggunaan komputer bagi perawat.  
Apakah fungsi manajemen yang sedang dijalankan kepala ruangan diatas?
  - A. Pengorganisasian
  - B. Kepemimpinan

- C. Pengendalian
  - D. Perencanaan
2. Apakah contoh perencanaan jangka pendek perawat pelaksana?
    - A. Memberikan obat pada pasien
    - B. Menghadiri sosialisasi peraturan baru
    - C. Memimpin terapi aktivitas kelompok
    - D. Merujuk pasien untuk melakukan terapi okupasi
  3. Fungsi pengendalian dalam manajemen keperawatan dilakukan dengan penghitungan indikator. Apakah contoh indikator mutu rumah sakit jiwa?
    - A. Audit dokumentasi asuhan keperawatan
    - B. Perhitungan angka pengekangan
    - C. Perhitungan angka kematian
    - D. Perhitungan kepuasan pasien
  4. Berapakah jumlah pasien yang dapat dikelola dalam MPKP tim primer?
    - A. 1-4 pasien
    - B. 2-5 pasien
    - C. 4-6 pasien
    - D. 8-10 pasien
  5. Apakah cara yang dapat digunakan untuk memotivasi perawat pelaksana di ruang MPKP oleh seorang kepala ruangan?
    - A. Menjelaskan diskripsi pekerjaan
    - B. Membagi dinas sesuai ketentuan
    - C. Memberikan *reinforcement* positif
    - D. Memberikan kepercayaan dalam bekerja

### **Kunci Jawaban**

1. D    2. A    3. B    4. C    5. C

# BAB 11

## MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN JIWA PROFESIONAL KOMUNITAS

Ida Ayu Putri Wulandari

### Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami tentang manajemen *Community Mental Health Nursing* (CMHN)
2. Mampu mengaplikasikan manajemen *Community Mental Health Nursing* (CMHN)

Manajemen pelayanan keperawatan adalah suatu proses pelayanan yang dilakukan melalui kerja sama anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan, terapi keperawatan, dan bantuan kepada pasien dalam bentuk fungsi manajemen.

### A. Konsep Manajemen *Community Mental Health Nursing* (CMHN)

Manajemen merupakan kumpulan dari dua orang atau lebih yang saling bekerjasama untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Di dalam manajemen terjadi proses kegiatan seperti proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengawasan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Manajemen merupakan proses menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain (Gillies, 1996).

Manajemen keperawatan adalah penggunaan waktu yang efektif, karena manajemen adalah penggunaan waktu yang efektif, keberhasilan rencana perawat manajer klinis, yang mempunyai teori atau sistematis dari prinsip dan metode yang berkaitan pada institusi yang besar dan organisasi keperawatan di dalamnya, termasuk setiap unit. Teori ini meliputi pengetahuan

tentang misi dan tujuan dari institusi tetapi dapat memerlukan pengembangan atau perbaikan termasuk misi atau tujuan divisi keperawatan. Dari pernyataan pengertian yang jelas perawat manajer mengembangkan tujuan yang jelas dan realistis untuk pelayanan keperawatan (Swanburg, 2000).

Manajemen keperawatan adalah suatu tugas khusus yang harus dilaksanakan oleh pengelola keperawatan untuk merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan serta mengawasi sumber - sumber yang ada, baik sumber daya maupun dana sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang efektif baik kepada pasien, keluarga dan masyarakat. Proses Manajemen Keperawatan sejalan dengan proses keperawatan sebagai suatu metode pelaksanaan asuhan keperawatan secara professional, sehingga diharapkan keduanya saling menopang. Sebagaimana yang terjadi didalam proses keperawatan, di dalam Manajemen Keperawatan pun terdiri dari pengumpulan data, identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi hasil.

Manajemen pelayanan keperawatan yang berkualitas ini mestinya dimulai dari tatanan pelayanan kesehatan yang paling mudah dijangkau oleh masyarakat yaitu Puskesmas. Oleh karena itu diharapkan puskesmas mempunyai manajemen pelayanan kesehatan khususnya manajemen pelayanan keperawatan yang berkualitas dan professional. Salah satu program manajemen pelayanan keperawatan khususnya pelayanan keperawatan jiwa yang telah berhasil dikembangkan untuk manajemen pelayanan keperawatan di tingkat puskesmas adalah program *Community Mental Health Nursing* (CMHN). Program CMHN ini bertujuan untuk menciptakan dan atau membentuk "Desa/Kelurahan Peduli Sehat Jiwa".

Program CMHN bertujuan untuk memberikan pelayanan, konsultasi dan edukasi, informasi mengenai prinsip-prinsip kesehatan jiwa kepada para agen komunitas lainnya, menurunkan angka risiko terjadinya gangguan jiwa, dan meningkatkan penerimaan komunitas terhadap praktek kesehatan jiwa melalui edukasi (Stuart, 2016)

## **B. Pengembangan Manajemen Community Mental Health Nursing (CMHN)**

Konsep manajemen CMHN saat ini adalah pengembangan dari modul yang disusun dan telah dikembangkan oleh Keliat dan Akemat (2010) dimana terdapat 4 pilar, yaitu:

### **1. Pendekatan manajemen.**

Pendekatan manajemen yang diterapkan dalam bentuk fungsi manajemen yang terdiri dari: perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengarahan (*directing*), dan pengendalian (*controlling*).

### **2. Pemberdayaan Masyarakat.**

Pemberdayaan masyarakat berfokus kepada pemberdayaan kader kesehatan jiwa dan penghargaan bagi kader karena melalui manajemen SDM yang baik maka kader akan mendapatkan kompensasi berupa penghargaan (*compensatory reward*) sesuai dengan apa yang telah dikerjakan. Manajemen pemberdayaan masyarakat di desa siaga sehat jiwa berfokus kepada :

- a. Melakukan rekrutmen kader kesehatan jiwa.
- b. Melakukan proses seleksi kader kesehatan jiwa
- c. Melakukan proses orientasi kader kesehatan jiwa
- d. Melakukan penilaian kinerja dan pengembangan kader kesehatan jiwa.

### **3. Kemitraan Lintas Sektor dan Lintas Program.**

Kemitraan dalam pelayanan kesehatan di komunitas merupakan bentuk strategi kemitraan lintas program dan sektor yang terintegrasi atas prinsip kesetaraan, keterpaduan, kesepakatan dan keterbukaan. Bentuk pelaksanaan kemitraan berupa komunikasi yaitu berupa media tukar informasi yang diperlukan oleh semua sektor agar terjadi koordinasi dan kerjasama yang efektif dalam mencapai tujuan. Kemitraan dapat dilakukan di tingkat Kabupaten, Kecamatan dan tingkat Kelurahan.

4. Manajemen Kasus Kesehatan Jiwa di desa siaga sehat jiwa.

Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat CMHN bertanggung jawab memberikan asuhan keperawatan jiwa komunitas kepada kelompok keluarga sehat jiwa, risiko (masalah psikososial) dan kelompok keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Perawat CMHN dibantu oleh kader kesehatan jiwa. Perawat memberikan asuhan keperawatan pada klien yang masih memerlukan perawatan total (total care) dan perawatan parsial (parsial care) (Keliat, 2014).

Kader kesehatan jiwa bertanggung jawab untuk memantau perkembangan klien yang mandiri (*self care*). Pemberian asuhan keperawatan oleh perawat CMHN dibagi dalam pendekatan individual dengan menggunakan manajemen kasus, pendekatan kelompok dengan menggunakan pendidikan kesehatan, terapi aktifitas kelompok dan terapi rehabilitasi.

### C. Rangkuman

Manajemen pelayanan keperawatan khususnya pelayanan keperawatan jiwa telah dikembangkan dalam bentuk program *Community Mental Health Nursing* (CMHN). Terdapat 4 pilar dalam pelaksanaan CMHN, diantaranya pendekatan manajemen, pemberdayaan masyarakat, kemitraan lintas sektor dan lintas program, dan manajemen kasus kesehatan jiwa.

### D. Latihan Soal

1. Berikut yang termasuk dalam 4 pilar pelaksanaan CMHN, kecuali ...
  - A. Pendekatan manajemen
  - B. Pemberdayaan masyarakat
  - C. Kemitraan luar negara
  - D. Manajemen kasus kesehatan jiwa
2. Manakah yang termasuk kedalam fungsi manajemen ....
  - A. Pengadaan
  - B. Penguatan

- C. Pengorganisasian
  - D. Pemberdayaan
3. Pemberdayaan masyarakat di desa siaga sehat jiwa berfokus pada
- A. Penjajagan ke Kecamatan
  - B. Berkoordinasi dengan ketua RW
  - C. Rekrutmen kader kesehatan jiwa
  - D. Pelepasan kader kesehatan jiwa
4. Pelaksanaan CMHN lintas sektoral dilakukan kepada sektor....
- A. Kabupaten
  - B. Puskesmas
  - C. RW
  - D. Rumah sakit
5. Pelaksanaan CMHN lintas program dilakukan kepada sektor....
- A. Kecamatan
  - B. Kabupaten
  - C. Kelurahan
  - D. Puskesmas

**Kunci Jawaban**

1. C    2. C    3. B    4. A    5. D

# BAB 12

## TERAPI MODALITAS : FARMAKOLOGI

Ade Sity Riyantina

### Capaian Pembelajaran:

1. Mampu mengetahui dan memahami konsep Terapi Modalitas
2. Mampu mengetahui Farmakologi

### A. Pengertian Terapi Modalitas

Terapi modalitas adalah jenis terapi yang dilakukan untuk mengubah suatu perilaku maladaptif menjadi lebih adaptif. Terapi ini banyak dilakukan oleh pengidap gangguan mental dan para lansia.

Selain itu, Berlian dalam *Terapi Modalitas: Food Combining, Pengobatan Tradisional, dan Meditasi untuk Penderita Diabetes Melitus* mengungkapkan jika terapi modalitas juga bisa dilakukan oleh penderita diabetes melitus.

Terapi modalitas adalah suatu cara yang bisa dilakukan untuk membantu seseorang agar lebih mampu beradaptasi dan menghilangkan perilaku maladaptif. Terapi modalitas banyak ditujukan kepada seseorang yang mengalami gangguan mental, hingga para lansia.

Selain itu, terapi modalitas juga dikhususkan pada orang yang sedang dalam masa pemulihan mental, fisik, emosional.

### B. Jenis-jenis Terapi Modalitas

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, terapi modalitas memiliki beberapa jenis. Adapun jenis-jenis terapi modalitas adalah sebagai berikut

### 1. Terapi Berkebun

Salah satu jenis terapi modalitas adalah berkebun. Aktivitas ini bermanfaat untuk menjaga kesehatan mental dan fisik seseorang, khususnya lansia.

Di samping itu, berkebun juga bisa membuat suasana hati seseorang membaik, sehingga cara ini tergolong sebagai terapi yang cukup efektif

### 2. Terapi Rekreasi

Jenis terapi modalitas berikutnya adalah terapi rekreasi. Seperti namanya, terapi ini bisa dilakukan dengan mengajak teman atau saudara untuk pergi berlibur ke tempat wisata.

Terapi ini diperlukan untuk membantu meningkatkan rasa senang, melepas stres, hingga membangun interaksi sosial yang baik dengan orang lain.

### 3. Terapi Religius

Terapi religius termasuk salah satu jenis terapi modalitas yang bisa dijadikan alternatif untuk membantu menjaga kesehatan fisik dan mental setiap orang.

Melalui terapi ini, seseorang bisa membangun kembali semangat hidupnya, mencapai kedamaian, hingga ketenangan dalam hidup. Di samping itu, terapi ini juga mengajarkan setiap individu untuk mempraktikkan hal baik.

### 4. Terapi Perilaku Kognitif

Jenis terapi modalitas yang terakhir adalah terapi perilaku kognitif. Jenis terapi satu ini banyak digunakan oleh seorang terapis untuk membantu mengatasi masalah gangguan mental pasien.

Caranya bisa dilakukan dengan membangun konsentrasi dan meningkatkan fokus pasien, seperti lewat bermain kartu, catur, hingga *puzzle*.

Terapi Modalitas biasanya digunakan oleh fisioterapis untuk membantu pasien untuk mencapai tujuan terapi. Alat elektrofisika biasanya digunakan untuk menciptakan efek fisiologis. Modalitas elektroterapi ini telah menjadi bagian dari modalitas yang digunakan fisioterapi selama beberapa

dekade. Pilihan modalitas mana yang akan digunakan tergantung pada kondisi spesifik, kebutuhan dan tujuan pasien. Informasi lebih rinci tentang modalitas terapi ini adalah sebagai berikut:

- Stimulasi saraf listrik transkutan
- Arus interferensial
- Termoterapi
- Krioterapi
- USG

### C. Pengertian Farmakologi

Farmakologi atau ilmu khasiat obat adalah ilmu yang mempelajari pengetahuan obat dengan seluruh aspeknya, baik sifat kimiawi maupun fisiknya, kegiatan fisiologi, resorpsi, dan nasibnya dalam organisme hidup. Dan untuk menyelidiki semua interaksi antara obat dan tubuh manusia khususnya, serta penggunaannya pada pengobatan penyakit disebut farmakologi klinis. Ilmu khasiat obat ini mencakup beberapa bagian yaitu :

1. Farmakognosi, mempelajari pengetahuan dan pengenalan obat yang berasal dari tanaman dan zat – zat aktifnya, begitu pula yang berasal dari mineral dan hewan.

Pada zaman obat sintetis seperti sekarang ini, peranan ilmu farmakognosi sudah sangat berkurang. Namun pada dasawarsa terakhir peranannya sebagai sumber untuk obat – obat baru berdasarkan penggunaannya secara empiris telah menjadi semakin penting. Banyak phytoterapeutika baru telah mulai digunakan lagi (Yunani ; phyto = tanaman), misalnya tingtura echinaceae (penguat daya tangkis), ekstrak Ginkoa biloba (penguat memori), bawang putih (antikolesterol), tingtur hyperici (antidepresi) dan ekstrak feverfew (*Chrysantemum parthenium*) sebagai obat pencegah migrain.

2. Biofarmasi, meneliti pengaruh formulasi obat terhadap efek terapeutiknya. Dengan kata lain dalam bentuk sediaan apa obat harus dibuat agar menghasilkan efek yang optimal.

Ketersediaan hayati obat dalam tubuh untuk diresorpsi dan untuk melakukan efeknya juga dipelajari (farmaceutical dan biological availability). Begitu pula kesetaraan terapeutis dari sediaan yang mengandung zat aktif sama (therapeutic equivalence). Ilmu bagian ini mulai berkembang pada akhir tahun 1950an dan erat hubungannya dengan farmakokinetika.

3. Farmakokinetika, meneliti perjalanan obat mulai dari saat pemberiannya, bagaimana absorpsi dari usus, transpor dalam darah dan distribusinya ke tempat kerjanya dan jaringan lain. Begitu pula bagaimana perombakannya (biotransformasi) dan akhirnya ekskresinya oleh ginjal. Singkatnya farmakokinetika mempelajari segala sesuatu tindakan yang dilakukan oleh tubuh terhadap obat.
4. Farmakodinamika, mempelajari kegiatan obat terhadap organisme hidup terutama cara dan mekanisme kerjanya, reaksi fisiologi, serta efek terapi yang ditimbulkannya. Singkatnya farmakodinamika mencakup semua efek yang dilakukan oleh obat terhadap tubuh.
5. Toksikologi adalah pengetahuan tentang efek racun dari obat terhadap tubuh dan sebetulnya termasuk pula dalam kelompok farmakodinamika, karena efek terapi obat berhubungan erat dengan efek toksisnya.
6. Farmakoterapi mempelajari penggunaan obat untuk mengobati penyakit atau gejalanya. Penggunaan ini berdasarkan atas pengetahuan tentang hubungan antara khasiat obat dan sifat fisiologi atau mikrobiologinya di satu pihak dan penyakit di pihak lain. Adakalanya berdasarkan pula atas pengalaman yang lama (dasar empiris). Phytoterapi menggunakan zat - zat dari tanaman untuk mengobati penyakit.
7. Farmakope

Buku resmi yang ditetapkan hukum dan memuat standarisasi obat - obat penting serta persyaratannya akan identitas, kadar kemurnian, dan sebagainya, begitu pula metode analisis dan resep sediaan farmasi. Kebanyakan

negara memiliki farmakope nasionalnya dan obat - obat resmi yang dimuatnya merupakan obat dengan nilai terapi yang telah dibuktikan oleh pengalaman lama atau riset baru. Buku ini diharuskan tersedia pada setiap apotik.

#### D. Sejarah Farmakologi

##### 1. Farmakologi periode kuno

Farmakologi periode kuno dimulai sebelum tahun 1700, ditandai dengan adanya observasi empirik yang dilakukan manusia terhadap penggunaan obat. Sejarah ini tercatat dalam *Materia Medica* yang disusun oleh Dioscorides (Pedanius). Sebelum masa ini, catatan mengenai penggunaan obat-obatan juga ditemukan pada zaman Cina dan Mesir kuno. Beberapa ahli Farmakologi kuno antara lain sebagai berikut.

- Claudius Galen (129-200 sesudah masehi atau sebelum masehi)
- Theophrastus von Hohenheim (1493-1541 SM)
- Johann Jakob Wepfer (1620-1695 SM).<sup>[1]</sup>

##### 2. Farmakologi periode modern

Farmakologi modern dimulai abad 18 sampai dengan 19. Periode ini ditandai dengan penelitian tentang perkembangan obat, serta tempat dan cara kerja obat pada tingkat organ maupun jaringan. Tokoh-tokoh yang berperan dalam sejarah farmakologi modern adalah sebagai berikut.

- Rudolf Buchheim (1820-1879), merupakan pendiri fakultas farmasi pertama di dunia. Fakultas tersebut didirikan di Universitas Dorpat, Tartu, Estonia.
- Oswald Schmeideberg (1838-1921), salah satu dari penulis jurnal farmakologi pertama di dunia
- Bernhard Naunyn (1839-1925) bersama Oswald menulis jurnal farmakologi pertama di dunia
- John J. Abel (1857-1938), bapak farmasi Amerika Serikat, pendiri *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, yang sampai sekarang selalu menjadi acuan di dunia farmakologi.<sup>[5]</sup>

## E. Cabang Ilmu

1. *Ilmu Farmakokinetik*, adalah ilmu yang mempelajari tentang absorpsi, distribusi, metabolisme atau biotransformasi dan ekskresi obat (ADME). Secara singkat artinya pengaruh tubuh terhadap obat.
2. *Ilmu Farmakoterapi*, ilmu yang mempelajari penggunaan obat-obatan untuk menyembuhkan berbagai penyakit.
3. *Ilmu Farmakodinamik*, adalah ilmu yang mempelajari efek obat terhadap fungsi berbagai organ, cara kerja obat dan pengaruh obat terhadap reaksi biokimia serta struktur dan fungsi organ.
4. *Ilmu Toksikologi*, adalah ilmu yang mempelajari keracunan dan zat-zat yang menyebabkan keracunan.

## F. Rangkuman

Terapi modalitas adalah jenis terapi yang bertujuan mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif, umumnya digunakan oleh individu dengan gangguan mental dan lansia. Berlian dalam "Terapi Modalitas: Food Combining, Pengobatan Tradisional, dan Meditasi untuk Penderita Diabetes Melitus" menunjukkan bahwa terapi modalitas juga bermanfaat bagi penderita diabetes melitus. Terapi modalitas membantu individu beradaptasi dan mengatasi perilaku maladaptif, sering ditujukan pada individu dengan gangguan mental atau lansia. Jenis-jenis terapi modalitas meliputi berkebun, rekreasi, religius, dan perilaku kognitif. Terapi modalitas sering digunakan dalam fisioterapi dengan menggunakan alat elektrofisika seperti stimulasi saraf listrik transkutan, arus interferensial, dan termoterapi.

Farmakologi adalah ilmu yang mempelajari obat dalam segala aspeknya, termasuk sifat kimiawi, fisik, fisiologi, dan resorpsi dalam tubuh manusia. Cabang-cabang farmakologi meliputi farmakognosi, biofarmasi, farmakokinetika, farmakodinamika, toksikologi, dan farmakoterapi. Sejarah farmakologi dimulai dari periode kuno dengan observasi empiris penggunaan obat, dan berkembang menjadi

farmakologi modern pada abad ke-18 dan ke-19 dengan penelitian yang lebih mendalam tentang obat dan cara kerjanya.

### G. Latihan Soal

1. Terapi modalitas adalah
  - A. perilaku maladaptive
  - B. perilaku adaptif
  - C. perilaku menyimpang
  - D. perubahan perilaku dari maladaptive lebih adaptif
2. berikut jenis – jenis terapi modalitas
  - A. berkebun
  - B. rekreasi
  - C. religius
  - D. semua benar
3. farmakologi adalah
  - A. ilmu yang mempelajari tentang obat
  - B. ilmu yang mempelajari tentang hewan
  - C. ilmu yang mempelajari tentang tumbuhan
  - D. ilmu yang mempelajari tentang kesehatan
4. berikut ini cabang ilmu farmakologi adalah
  - A. farmakokinetik
  - B. farmakoterapi
  - C. toksikologi
  - D. semua benar
5. farmakoterapi adalah
  - A. ilmu yang mempelajari tentang penggunaan obat
  - B. ilmu tentang kesehatan
  - C. ilmu tentang organ tumbuhan
  - D. ilmu tentang anatomi

### Kunci Jawaban

1. D    2. D    3. A    4. D    5. A

# BAB 13 | TERAPI SOMATIK DAN PSIKOFARMAKA

Lia Novianty

## Capaian Pembelajaran

1. Memahami pengertian dan tujuan terapi somatik sebagai upaya kuratif untuk mengurangi keluhan fisik yang seringkali menjadi gejala sekunder dari stres, kecemasan, atau depresi.
2. Mengetahui berbagai bentuk/jenis terapi somatik, seperti penggunaan restrain, seklusi, fototerapi, dan ECT, beserta indikasi dan kontra indikasinya.
3. Memahami proses terapi fototerapi, termasuk waktu dan dosis yang berbeda-beda bagi setiap individu, serta efek samping yang mungkin timbul setelah dilakukan terapi.
4. Mengetahui pengertian dan jenis-jenis obat psikofarmaka, seperti obat anti-psikosis, anti-depresi, anti-mania, anti-ansietas, anti-insomnia, anti-obsesif kompulsif, dan anti-panik, serta indikasi penggunaannya.
5. Memahami bahwa penyalahgunaan obat psikofarmaka beresiko menyebabkan gangguan jiwa, sesuai dengan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III).

Upaya Kesehatan Jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Bentuk upaya kuratif pada individu dengan gangguan kesehatan jiwa dapat dilakukan dengan tindakan terapi seperti terapi somatik dan psikofarmakologi.

Berdasarkan hal tersebut di atas maka diperlukan pengetahuan dan pemahaman perawat dalam pemberian terapi somatik dan psikofarmaka. Pada buku ini akan dibahas terapi somatik dan terapi psikofarmaka pada individu yang mengalami gangguan jiwa.

## **A. Terapi Somatik**

### **1. Pengertian**

Terapi somatik merupakan terapi dengan tujuan menyembuhkan pasien dengan membantu memahami bagaimana pikiran, perasaan, dan perilaku mereka terhubung dengan pengalaman fisiologis mereka. Terapi somatik menempatkan apa yang terjadi pada tubuh sebagai tempat awal untuk mempelajari dan memahami seluruh pengalaman seseorang, menggunakan aktivitas yang berfokus pada sensasi tubuh dan menghubungkannya dengan pikiran dan perasaan yang dialami seseorang (Heller, 2012).

Terapi somatik adalah terapi untuk mengurangi keluhan somatik (fisik), yang biasanya merupakan gejala sekunder dari stres, kecemasan, atau depresi, dengan memberikan obat pada organ tubuh yang terkena. (Hawari, 2013).

Deskes RI menerangkan bahwa terapi somatik merupakan terapi yang diberikan kepada pasien yang mengalami gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik pasien, tetapi target utama adalah perilaku pasien (Prabowo, 2014).

### **2. Bentuk/Jenis Terapi Somatik**

Terapi somatik merupakan terapi yang berfokus pada tubuh pasien. Bentuk pengobatan ini meliputi pengekangan (restrain), pengasingan (seklusi), fototerapi, dan ECT (Riyadi & Purwanto, 2015)

## a. Restrain

### 1) Pengertian

Restrain adalah terapi dengan menggunakan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi gerakan/aktivitas fisik pasien. *Restrain* (dalam psikiatrik) biasanya mengacu pada penggunaan tali untuk menahan atau membatasi pergerakan anggota tubuh seseorang yang berperilaku tidak terkendali dengan tujuan untuk menjamin keselamatan fisik dan psikologis orang tersebut (Riyadi & Purwanto, 2015).

### 2) Indikasi

Restrain diberikan dengan indikasi pasien : perilaku amuk yang membahayakan diri dan orang lain, perilaku agitasi yang susah dikontrol dengan pengobatan, ancaman terhadap integritas fisik yang berhubungan dengan penolakan pasien untuk istirahat, makan, dan minum, permintaan pasien untuk pengendalian perilaku eksternal (Videbeck, 2016).

Indikasi menurut (PP RSJ Prof. HB. Saanin Padang, 2016) adalah:

- Pasien menunjukkan perilaku yang membahayakan dirinya sendiri atau orang lain.
- Tahanan pemerintah (yang legal/sah secara hukum) yang dirawat di rumah sakit.
- Pasien yang membutuhkan tata laksana emergensi (segera) berhubungan dengan kelangsungan hidup pasien.
- Pasien yang memerlukan pengawasan dan penjagaan ketat di ruangan yang aman.
- Restraint atau isolasi digunakan jika intervensi lainnya tidak berhasil /tidak efektif untuk melindungi pasien, staf, atau orang lain dari ancaman bahaya

## **b. Seklusi**

### 1) Pengertian

Seklusi merupakan bentuk terapi yang diberikan dengan cara meletakkan pasien dalam ruangan khusus (mengurung) (Wijaya, 2022).

### 2) Indikasi dan Kontra Indikasi

Indikasi dilakukan tindakan seklusi yaitu pasien yang membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan. Sedangkan kontra indikasinya adalah:

- Risiko tinggi bunuh diri
- Pasien dengan masalah sosial
- Pasien pada saat dilakukan observasi masalah medis
- Sebagai bentuk hukuman

(Riyadi & Purwanto, 2015)

## **c. Foto terapi**

### 1) Pengertian

Terapi ini diberikan dengan menyinari pasien dengan sinar terang (5 - 20 kali lebih terang dari sinar ruangan). Pasien diminta duduk dengan mata terbuka dan berjarak 1,5 meter, di depan pasien diletakkan lampu *flouresen spectrum* luas dengan ketinggian sejajar mata. Waktu dan dosis terapi ini berbeda-beda masing-masing individu. Beberapa pasien berespon jika terapi diberikan pagi hari, sementara pasien lain bereaksi kalau dilakukan terapi pada sore hari. Semakin sinar terang, semakin efektif terapi per unit waktu (Riyadi & Purwanto, 2015)

### 2) Proses terapi

Terapi ini berlangsung dalam waktu yang tidak lama namun cepat menimbulkan efek terapi. Sebagian besar pasien merasa sembuh setelah 3-5 hari, tetapi pasien dapat kambuh jika terapi dihentikan. Terapi ini menimbulkan 75% gejala depresi (Riyadi & Purwanto, 2015).

### 3) Efek samping

Efek samping yang terjadi setelah dilakukan terapi dapat berupa keluhan pusing, susah tidur, kelelahan, mual, mata kering, keluar sekresi dari hidung atau sinus dan rasa lelah dari mata (Riyadi & Purwanto, 2015).

## d. ECT

### 1) Pengertian

*Electroconvulsive therapy* (ECT) adalah suatu bentuk perawatan psikiatri yang melibatkan menginduksi kejang dengan menggunakan rangsangan listrik saat seseorang berada di bawah pengaruh bius (Leiknes *et al.*, 2012). ECT adalah pengobatan untuk memunculkan efek kejang secara artificial dengan aliran listrik melalui elektrode yang dipasang satu atau dua temples (Riyadi & Purwanto, 2015).

ECT merupakan salah satu jenis terapi fisik yang merupakan pilihan untuk indikasi terapi pada beberapa kasus gangguan psikiatri. Indikasi utama adalah depresi berat (Elvira *et al.*, 2021). ECT paling sering digunakan untuk kasus depresi yang resistan terhadap pengobatan dan beberapa kondisi kejiwaan lainnya termasuk gangguan bipolar dan psikosis, ECT pertama kali diperkenalkan pada tahun 1938 dan pada tahun 1941 digunakan oleh hampir separuh institusi kesehatan mental di Amerika Serikat (Cherry, 2023).

### 2) Indikasi

ECT sering digunakan ketika pasien kurang responsif terhadap pengobatan umum lainnya, seperti psikofarmaka dan psikoterapi. Beberapa indikasi diberikan ECT antara lain:

#### a) Gangguan Depresi Mayor

Indikasi yang paling sering untuk penggunaan ECT adalah gangguan depresif berat atau gangguan depresi mayor (Sadock *et al.*, 2015; Puri *et al.*, 2011).

ECT harus dipertimbangkan sebagai terapi pada pasien yang gagal dalam uji coba medikasi mengalami gejala yang parah atau psikotik, percobaan bunuh diri atau memiliki gejala agitasi. Sebagian klinisi yakin bahwa ECT menyebabkan sekurangnya derajat perbaikan klinis yang sama dengan terapi standar dengan obat antidepresan (Sadock *et al.*, 2015).

b) Mania

Indikasi yang paling sering untuk penggunaan ECT adalah gangguan depresif berat atau gangguan depresi mayor (Sadock *et al.*, 2015; Puri *et al.*, 2011). ECT sekurangnya sama dan kemungkinan lebih unggul dibandingkan lithium dalam terapi episode manik akut. Beberapa data menyatakan bahwa pemasangan elektrode bilateral selama ECT lebih efektif, dengan pemasangan unilateral pada terapi episode manik. Tetapi terapi farmakologis untuk episode manik adalah sangat efektif dalam jangka pendek dan untuk profilaksis sehingga pemakaian ECT untuk terapi episode manik biasanya terbatas pada situasi dengan kontraindikasi spesifik untuk semua pendekatan farmakologis (Sadock *et al.*, 2015).

c) Skizofrenia

ECT merupakan terapi yang efektif untuk gejala skizofrenia akut dan tidak untuk gejala skizofrenia kronis. Pasien skizofrenia dengan gejala afektif dianggap paling besar kemungkinannya berespons terhadap ECT (Sadock *et al.*, 2015).

## B. Terapi Psikofarmaka

Obat psikofarmaka disebut juga sebagai obat psikotropika, atau obat psikoaktif atau obat psikoterapeutik. Penggolongan obat ini didasarkan atas adanya kesamaan efek obat terhadap penurunan atau berkurangnya gejala. Kesamaan

dalam susunan kimiawi obat dan kesamaan dalam mekanisme kerja obat.

## 1. Pengertian

Obat psikofarmaka adalah obat yang bekerja pada susunan saraf pusat (SSP) dan mempunyai efek utama pada aktivitas mental dan perilaku (*mind and behavior altering drugs*), digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik (*psychotherapeutic medication*). Obat psikofarmaka, sebagai salah satu zat psikoaktif bila digunakan secara salah (*misuse*) atau disalahgunakan (*abuse*) beresiko menyebabkan gangguan jiwa. Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) penyalahgunaan obat psikoaktif digolongkan kedalam gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (Nurhalimah, 2016).

## 2. Jenis

### a. Obat anti-psikosis

Obat anti-psikosis merupakan sinonim dari *neuroleptics*, *major tranquilizer*, *ataractics*, *antipsychotics*, *antipsychotic drugs*, *neuroleptics*. Obat-obat anti-psikosis merupakan lawan dari (antagonis) dopamine yang bekerja menghambat reseptor dopamine. Sediaan obat anti-psikosis yang ada di Indonesia adalah chlorpromazine, haloperidol, perphenazine, fluphenazine, fluphenazine decanoate, levomepromazine, trifluoperazine, thioridazine, sulpiride, pinozide, risperidone (Nurhalimah, 2016).

### b. Obat anti-depresi

Obat anti-depresi sinonim dari *thymoleptic*, *psychic energizers*, *anti depressants*, *anti depresan*. Sediaan obat anti-depresi di Indonesia adalah amitriptyline, amoxapine, amineptine, clomipramine, imipramine, moclobemide, maprotiline, mianserin, opipramol, sertraline, trazodone, paroxetine, fluvoxamine, fluoxetine. Jenis obat anti-depresi adalah anti-depresi trisiklik, anti-depresi tetrasiklik, obat anti-depresi atipikal, selective serotonin

reuptake inhibitor (SSRI), dan inhibitor monoamine okside (MAOI) (Nurhalimah, 2016).

c. Obat anti-mania

Obat anti-mania merupakan sinonim dari *mood modulators, mood stabilizers, antimanics*. Sediaan obat anti-mania di Indonesia adalah litium carbonate, haloperidol, carbamazepine. Indikasi penggunaan obat ini adalah sindrom mania dengan tanda afek yang meningkat hampir setiap hari selama minimal satu minggu. Keadaan tersebut disertai minimal 4 gejala berikut: Peningkatan aktivitas, lebih banyak bicara dari biasanya, ide yang berpindah, harga diri yang meningkat tinggi, aktivitas tidur kurang, mudah teralih perhatian, keterlibatan berlebih dalam aktivitas. Hendaya dalam fungsi kehidupan sehari-hari, bermanifestasi dalam gejala seperti penurunan kemampuan bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin (Nurhalimah, 2016).

d. Obat anti-ansietas

Obat anti-ansietas merupakan sinonim *psycholeptics, minor transqualizers, anxiolytics, antianxiety drugs, ansiolitika*. Obat anti-ansietas terdiri atas golongan benzodiazepine dan nonbenzodiazepin. Sediaan obat anti-ansietas jenis benzodiazepine adalah diazepam, chlordiazepoxide, lorazepam, clobazam, bromazepam, oxasolam, clorazepate, alprazolam, prazepam. Sedangkan jenis non benzodiazepine adalah sulpiride dan buspirone (Nurhalimah, 2016).

e. Obat anti-insomnia

Obat anti-insomnia merupakan sinonim dari *hypnotics, somnifacient, hipnotika*. Sediaan obat anti-insomnia di Indonesia adalah nitrazepam, triazolam, estazolam, chloral hydrate (Nurhalimah, 2016).

f. Obat anti-obsesif kompulsif

Obat anti-obsesif kompulsif merupakan persamaan dari *drugs used in obsessivecompulsive disorders*. Sediaan obat anti-obsesif kompulsif di Indonesia adalah clomipramine,

fluvoxamine, sertraline, fluoxetine, paroxetine. Indikasi penggunaan obat ini adalah sindrom obsesif kompulsif. Diagnostik obsesif kompulsif dapat diketahui bila individu sedikitnya dua minggu dan hampir setiap hari mengalami gejala obsesif kompulsif, dan gejala tersebut merupakan sumber penderitaan (distress) atau mengganggu aktivitas sehari-hari (disability) (Nurhalimah, 2016).

g. Obat anti-panik

Obat anti-panik merupakan persamaan dari *drugs used in panic disorders*. Sediaan obat anti-panik di Indonesia adalah imipramine, clomipramine, alprazolam, moclobemide, sertraline, fluoxetine, paroxetine, fluvoxamine. Penggolongan obat anti-panik adalah obat anti-panik trisiklik (imipramine, clomipramine), obat anti-panik benzodiazepine (alprazolam) dan obat anti-panik RIMA/reversible inhibitors of monoamine oxidase-A (moclobemide) serta obat anti-panik SSRI (sertraline, fluoxetine, paroxetine, fluvoxamine) (Nurhalimah, 2016).

### C. Rangkuman

Terapi somatik merupakan terapi yang diberikan pada pasien gangguan jiwa dan memiliki tujuan untuk mengubah perilaku pasien yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik pasien.

Bentuk - bentuk terapi somatik meliputi: penggunaan restrain, seklusi, fototerapi, dan ECT, beserta indikasi dan kontra indikasinya

Obat psikofarmaka adalah obat yang bekerja pada susunan saraf pusat (SSP) dan mempunyai efek utama pada aktivitas mental dan perilaku (mind and behavior altering drugs), digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik (psychotherapeutic medication). Jenis-jenis obat psikofarmaka, seperti obat anti-psikosis, anti-depresi, anti-mania, anti-ansietas, anti-insomnia, anti-obsesif kompulsif, dan anti-panik.

#### D. Latihan Soal

1. Apa tujuan dari terapi somatik dalam konteks kesehatan jiwa?
  - A. Menyembuhkan gangguan kesehatan fisik
  - B. Mengurangi keluhan fisik yang seringkali menjadi gejala sekunder dari stres, kecemasan, atau depresi
  - C. Mengatasi gangguan jiwa dengan terapi fisik
  - D. Meningkatkan kesehatan mental
2. Apa yang dimaksud dengan "restrain" dalam konteks terapi somatik?
  - A. Terapi dengan menggunakan sinar terang pada pasien
  - B. Terapi dengan menghindari pasien dari interaksi sosial
  - C. Terapi dengan menggunakan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi gerakan/aktivitas fisik pasien
  - D. Terapi dengan memberikan obat pada organ tubuh yang terkena
3. Apa efek samping yang mungkin timbul setelah dilakukan terapi fototerapi?
  - A. Pusing dan susah tidur
  - B. Kehilangan nafsu makan dan kelelahan
  - C. Mata kering dan keluar sekresi dari hidung
  - D. Semua jawaban di atas benar
4. Apa indikasi penggunaan ECT (Electroconvulsive therapy)?
  - A. Gangguan Depresi Mayor
  - B. Mania
  - C. Skizofrenia
  - D. Semua jawaban di atas benar
5. Apa yang dimaksud dengan obat psikofarmaka?
  - A. Obat yang digunakan untuk mengatasi gangguan fisik
  - B. Obat yang bekerja pada susunan saraf pusat dan digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik
  - C. Obat yang berfungsi sebagai antioksidan
  - D. Obat yang digunakan untuk mengatasi gangguan tidur

#### Kunci Jawaban

1. B   2. C   3. D   4. D   5. B

# BAB 14 | TERAPI MODALITAS: TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK)

Amelia Susanti

## Capaian Pembelajaran

1. Memahami perkembangan keperawatan kesehatan jiwa di Indonesia dan dunia yang berkembang pesat sebagai prioritas penting dalam pelayanan kesehatan.
2. Memahami bahwa asuhan keperawatan jiwa harus bersifat holistik, mencakup masalah kesehatan mental, fisik, emosional, dan sosial klien.
3. Mengetahui bahwa terapi keperawatan dapat berupa terapi farmakologi dan non-farmakologi, dengan salah satu contohnya adalah terapi modalitas.
4. Memahami bahwa terapi modalitas bertujuan untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif, serta meningkatkan kesadaran perilaku yang salah pada klien.
5. Mengetahui bahwa Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) merupakan salah satu terapi modalitas yang melibatkan berbagai jenis sesi, seperti Stimulasi Persepsi, Stimulasi Sensori, dan Sosialisasi, dengan tujuan meningkatkan kemandirian dan fungsi psikologis klien.

Perkembangan keperawatan kesehatan jiwa di Indonesia dan dunia berkembang sangat pesat. Saat ini keperawatan kesehatan jiwa menjadi prioritas yang penting dalam pelayanan kesehatan. Pelaksanaan pelayanan kesehatan keperawatan jiwa diberikan dalam bentuk asuhan keperawatan jiwa. Asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan pada klien harus bersifat holistik. Salah satu asuhan keperawatan kesehatan jiwa yang diterapkan oleh perawat adalah

terapi keperawatan. Terapi keperawatan yang diberikan pada klien, keluarga, dan kelompok berupa terapi farmakologi dan non farmakologi. Salah satu terapi non farmakologi yang bisa diterapkan adalah terapi modalitas.

## **A. Terapi Modalitas**

### **1. Pengertian**

Terapi modalitas merupakan salah satu terapi yang diberikan pada klien dengan masalah gangguan mental dan lansia dengan tujuan mengubah perilaku mal adaptif menjadi adaptif. Terapi modalitas juga bisa diberikan pada klien yang sedang menjalani proses pemulihan masalah kesehatan mental, fisik, emosional, dan sosial.

### **2. Tujuan Terapi Modalitas**

Terapi modalitas bertujuan untuk:

- a. Mengurangi gejala gangguan mental.
- b. Meningkatkan kesadaran perilaku yang salah pada klien.
- c. Membantu dalam proses adaptasi.
- d. Meningkatkan kemandirian.
- e. Meningkatkan aktivitas.

### **3. Jenis-jenis Terapi Modalitas**

- a. Terapi Individual
- b. Terapi Kognitif
- c. Terapi Biologis
- d. Terapi Keluarga
- e. Terapi Perilaku
- f. Terapi Bermain
- g. Terapi Lingkungan
- h. Terapi Kelompok

## **B. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)**

### **1. Pengertian**

Kelompok adalah sekumpulan orang atau individu yang mempunyai hubungan satu dengan yang lainnya, yang saling ketergantungan, dan sama-sama memiliki norma yang sama. Terapi Aktivitas Kelompok merupakan salah satu

terapi modalitas keperawatan yang berfokus pada kelompok klien dengan masalah kesehatan yang sama.

2. Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok:
  - a. Meningkatkan identitas diri
  - b. Menyalurkan emosi secara konstruktif
  - c. Membentuk sosialisasi
  - d. Meningkatkan kemampuan menghadapi kenyataan
  - e. Meningkatkan fungsi psikologis
3. Komponen Terapi Aktivitas Kelompok:
  - a. Struktur kelompok
  - b. Besar Kelompok
  - c. Lamanya Sesi
  - d. Komunikasi
  - e. Peran Kelompok
  - f. Kekuatan Kelompok
  - g. Norma Kelompok
  - h. Kekohesifan
4. Tahapan Terapi Aktivitas Kelompok
  - a. Fase Prkelompok  
Tahapan prkelompok merupakan tahap awal sebelum individu dipertemukan dalam kelompok. Hal pertama yang harus disepakati pada saat memulai kelompok adalah menyepakati tujuan dari kelompok.
  - b. Fase Awal Kelompok  
Fase awal kelompok terdiri dari tiga tahapan, yaitu tahap orientasi atau forming, tahap konflik atau storming, dan tahap kohesif atau norming. Fase awal kelompok ini akan menimbulkan kecemasan pada masing-masing anggota kelompok, dikarenakan individu masuk kedalam kelompok baru, dan akan mendapatkan peran yang baru dalam kelompoknya.
  - c. Fase Kerja Kelompok  
Fase kerja kelompok ditandai dengan kelompok sudah menjadi tim.

d. Fase terminasi

Fase terminasi merupakan tahapan evaluasi terhadap kegiatan kelompok yang telah dilakukan.

5. Jenis Terapi Aktivitas Kelompok

- a. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi
- b. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori
- c. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sosialisasi
- d. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Orientasi Realita

### **C. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi (TAK SP)**

1. Pengertian

Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi merupakan terapi yang menggunakan aktivitas sebagai rangsangan dan menjadikannya pengalaman untuk didiskusikan dalam kelompok.

2. Tujuan

Tujuan Umum TAK SP adalah klien mampu menyelesaikan masalah terkait dengan rangsangan persepsi yang dirasakan.

Tujuan khusus TAK SP:

1. Klien mampu mempersepsikan rangsangan yang didapat secara tepat.
2. Klien mampu menyelesaikan masalah yang timbul akibat rangsangan yang dialami.
3. Indikasi

TAK SP diberikan pada klien dengan masalah: gangguan sensori persepsi, gangguan konsep diri (harga diri rendah), isolasi sosial, perilaku kekerasan, dan defisit perawatan diri.

4. Jenis TAK SP terdiri dari:

- a. TAK Stimulasi Persepsi Umum
  - 1) Sesi 1: Menonton Umum
  - 2) Sesi 2 : Membaca majalah/ koran/ artikel
  - 3) Sesi 3 : Melihat gambar

- b. TAK Stimulasi Persepsi Perilaku Kekerasan
  - 1) Sesi 1 : Mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
  - 2) Sesi 2 : Mencegah perilaku kekerasan secara fisik
  - 3) Sesi 3 : Mencegah perilaku kekerasan dengan cara verbal
  - 4) Sesi 4 : Mencegah perilaku kekerasan dengan cara spiritual
  - 5) Sesi 5 : Mencegah perilaku kekerasan dengan patuh minum obat.
- c. TAK Stimulasi Persepsi Halusinasi
  - 1) Sesi 1 : Mengetahui Halusinasi
  - 2) Sesi 2 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik
  - 3) Sesi 3 : Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan
  - 4) Sesi 4 : Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
  - 5) Sesi 5 : Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat
- d. TAK Stimulasi Persepsi Harga Diri Rendah
  - 1) Sesi 1 : Identifikasi hal positif pada diri
  - 2) Sesi 2 : Melatih hal positif pada diri
- e. TAK Stimulasi Persepsi Defisit Perawatan Diri
  - 1) Sesi 1 : Kebersihan diri
  - 2) Sesi 2 : Berdandan
  - 3) Sesi 3 : Tata cara makan dan minum
  - 4) Sesi 4 : Tata cara BAK/BAB
- 5. Pelaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi
  - a. Persiapan:
    - Memilih klien sesuai dengan indikasi: Halusinasi, Isolasi Sosial, Perilaku Kekerasan, Harga Diri Rendah, dan Defisit Perawatan Diri.
    - Membuat kontrak dengan kelompok sesuai dengan klien.
    - Mempersiapkan alat dan tempat pelaksanaan.
    - Metode : dinamika kelompok, diskusi, dan simulasi.

## b. Pelaksanaan

### 1) Fase Orientasi:

- Terapis memperkenalkan diri/ salam terapeutik.
- Evaluasi/validasi klien: menanyakan keadaan klien dan kelompok terapi.
- Kontrak : terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, lama kegiatan ( $\pm$  45 menit), dan tujuan kegiatan. Terapis juga menjelaskan aturan yang berlaku selama kegiatan berlangsung berupa: klien harus meminta izin kepada terapis terlebih dahulu jika ingin meninggalkan kelompok (seperti izin mau ke toilet) dan setiap klien harus mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

### 2) Fase Kerja:

- Terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan.
- Terapis menghidupkan musik atau media yang digunakan dalam kegiatan.
- Setiap peserta mendapatkan kesempatan yang sama selama kegiatan berlangsung.
- Terapis memberikan pujian pada keberhasilan yang dicapai oleh klien selama kegiatan.

### 3) Fase Terminasi:

- Evaluasi : pada tahap ini, terapis menanyakan perasaan klien dan kelompok setelah mengikuti kegiatan TAK dan memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
- Rencana tindak lanjut: terapis menganjurkan setiap anggota kelompok melatih kegiatan yang sudah dilakukan selama kegiatan TAK dalam kegiatan sehari-hari klien dan memasukkan dalam jadwal kegiatan harian klien.
- Kontrak yang akan datang: terapis bersama-sama dengan klien dalam kelompok menyepakati topik/tema kegiatan, waktu dan tempat kegiatan berikutnya.

- c. dan dokumentasi  
Evaluasi yang dilakukan berupa evaluasi proses kegiatan TAK, diantaranya kemampuan klien sesuai dengan tujuan dilaksanakannya TAK.

#### **D. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori (TAK SS)**

##### **1. Pengertian**

Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori (TAK SS) merupakan terapi kelompok yang menjadikan aktivitas sebagai stimulus pada sensori klien. Kegiatan TAK Stimulasi Sensori dilakukan sebagai upaya merangsang semua panca indera (sensoris) dari anggota kelompok terapi agar memberikan respon yang adekuat bagi kelompok.

##### **2. Tujuan**

Tujuan umum dilakukannya TAK SS ini adalah agar klien dan kelompok dapat memberikan reaksi yang sesuai terhadap rangsangan yang diberikan.

Tujuan khusus TAK SS:

- a. Klien mampu memberikan repons terhadap suara yang didengarkan.
- b. Klien mampu memberikan repons terhadap gambar yang dilihat.
- c. Klien mampu mengungkapkan ekspresi/perasaan melalui gambar.

##### **3. Indikasi**

TAK SS diberikan pada klien yang mengalami masalah isolasi sosial dan harga diri rendah.

##### **4. Jenis**

- a. Sesi 1 : Mendengar Musik
- b. Sesi 2 : Menggambar
- c. Sesi 3 : Menonton TV/Video

##### **5. Pelaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori**

###### **a. Persiapan**

- Memilih klien sesuai dengan indikasi: Isolasi Sosial dan Harga Diri Rendah yang disertai dengan kurang komunikasi verbal atau hiperaktif.

- Membuat kontrak dengan kelompok sesuai dengan klien.
  - Mempersiapkan alat dan tempat pelaksanaan.
  - Metode : dinamika kelompok, diskusi, dan sharing persepsi.
- b. Pelaksanaan
- 1) Fase Orientasi:
    - Terapis memperkenalkan diri/salam terapeutik.
    - Evaluasi/validasi klien: menanyakan keadaan klien dan kelompok terapi.
    - Kontrak : terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, lama kegiatan ( $\pm$  45 menit), dan tujuan kegiatan. Terapis juga menjelaskan aturan yang berlaku selama kegiatan berlangsung berupa: klien harus meminta izin kepada terapis terlebih dahulu jika ingin meninggalkan kelompok (seperti izin mau ke toilet) dan setiap klien harus mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.
  - 2) Fase Kerja:
    - Terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan.
    - Terapis menghidupkan musik atau media yang digunakan dalam kegiatan.
    - Setiap peserta mendapatkan kesempatan yang sama selama kegiatan berlangsung.
    - Terapis memberikan pujian pada keberhasilan yang dicapai oleh klien selama kegiatan.
  - 3) Fase Terminasi:
    - Evaluasi : pada tahap ini, terapis menanyakan perasaan klien dan kelompok setelah mengikuti kegiatan TAK dan memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
    - Rencana tindak lanjut: terapis menganjurkan setiap anggota kelompok melatih kegiatan yang sudah dilakukan selama kegiatan TAK dalam kegiatan sehari-hari klien dan memasukkan dalam jadwal kegiatan harian klien.

- Kontrak yang akan datang: terapis bersama-sama dengan klien dalam kelompok menyepakati topik/tema kegiatan, waktu dan tempat kegiatan berikutnya.
- c. Evaluasi  
Evaluasi yang dilakukan berupa evaluasi proses kegiatan TAK, diantaranya kemampuan klien sesuai dengan tujuan dilaksanakannya TAK.

## **E. Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS)**

### **1. Pengertian**

Terapi aktivitas kelompok (TAK) Sosialisasi merupakan terapi kelompok yang bertujuan memfasilitasi kemampuan sosialisasi klien yang memiliki hubungan sosial.

### **2. Tujuan**

TAKS secara umum bertujuan agar klien dapat meningkatkan hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap.

Tujuan khusus TAKS:

- a. Klien mampu memperkenalkan diri.
- b. Klien mampu berkenalan dengan anggota kelompok.
- c. Klien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok.
- d. Klien mampu menyampaikan dan membicarakan topik percakapan.
- e. Klien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi pada orang lain.
- f. Klien mampu bekerjasama dalam permainan sosialisasi kelompok.
- g. Klien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS yang telah dilakukan.

### **3. Indikasi**

TAKS diberikan pada klien yang mengalami gangguan hubungan sosial dengan kriteria:

- a. Klien mengalami gangguan isolasi sosial yang sudah mulai melakukan interaksi interpersonal.

- b. Klien mengalami kerusakan komunikasi verbal yang telah memberikan respons sesuai stimulus yang didapat.
4. Jenis
- a. Sesi 1 : kemampuan memperkenalkan diri.
  - b. Sesi 2 : kemampuan berkenalan.
  - c. Sesi 3 : kemampuan bercakap-cakap.
  - d. Sesi 4 : kemampuan bercakap-cakap topik tertentu.
  - e. Sesi 5 : kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi.
  - f. Sesi 6 : kemampuan bekerja sama.
  - g. Sesi 7 : evaluasi kemampuan sosialisasi.
5. Pelaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sosialisasi
- a. Persiapan
    - Memilih klien sesuai dengan indikasi: Isolasi Sosial.
    - Membuat kontrak dengan kelompok.
    - Mempersiapkan alat dan tempat pelaksanaan.
    - Metode : dinamika kelompok, diskusi, dan bermain peran
  - b. Pelaksanaan:
    - 1) Fase Orientasi:
      - Terapis memperkenalkan diri/salam terapeutik.
      - Evaluasi/validasi klien: menanyakan keadaan klien dan kelompok terapi.
      - Kontrak : terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, lama kegiatan ( $\pm$  45 menit), dan tujuan kegiatan. Terapis juga menjelaskan aturan yang berlaku selama kegiatan berlangsung berupa: klien harus meminta izin kepada terapis terlebih dahulu jika ingin meninggalkan kelompok (seperti izin mau ke toilet) dan setiap klien harus mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.
    - 2) Fase Kerja:
      - Terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan.
      - Terapis menghidupkan musik atau media yang digunakan dalam kegiatan.
      - Setiap peserta mendapatkan kesempatan yang sama selama kegiatan berlangsung.

- Terapis memberikan pujian pada keberhasilan yang dicapai oleh klien selama kegiatan.
- 3) Fase Terminasi:
- Evaluasi : pada tahap ini, terapis menanyakan perasaan klien dan kelompok setelah mengikuti kegiatan TAK dan memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
  - Rencana tindak lanjut: terapis menganjurkan setiap anggota kelompok melatih kegiatan yang sudah dilakukan selama kegiatan TAK dalam kegiatan sehari-hari klien dan memasukkan dalam jadwal kegiatan harian klien.
  - Kontrak yang akan datang: terapis bersama-sama dengan klien dalam kelompok menyepakati topik/tema kegiatan, waktu dan tempat kegiatan berikutnya.
- c. Evaluasi
- Evaluasi yang dilakukan berupa evaluasi proses kegiatan TAK, diantaranya kemampuan klien sesuai dengan tujuan dilaksanakannya TAK.

## **F. Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realita (TAK OR)**

### **1. Pengertian**

Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realita merupakan terapi kelompok yang bertujuan untuk mengorientasikan keadaan nyata kepada klien yang berkaitan dengan: diri sendiri, orang lain, lingkungan atau tempat, dan waktu.

### **2. Tujuan**

Tujuan umum TAK Orientasi Realita adalah klien mampu mengenali orang, tempat dan waktu sesuai dengan kenyataan.

Tujuan khusus TAK Orientasi Realita sebagai berikut:

- a. Klien mampu mengenal tempat ia berada dan pernah berada.
- b. Klien mampu mengenal waktu secara tepat.

c. Klien mampu mengenal diri sendiri dan orang-orang disekitar secara tepat.

3. Indikasi

TAK Orientasi Realita diberikan kepada klien dengan masalah halusinasi, demensia, kebingungan, tidak kenal dirinya, salah mengenal orang lain, salah mengenal tempat dan waktu.

4. Jenis

- a. Sesi 1 : Pengenalan orang.
- b. Sesi 2 : Pengenalan tempat.
- c. Sesi 3 : Pengenalan waktu.

5. Pelaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realita

a. Persiapan

- Memilih klien sesuai dengan indikasi: halusinasi, demensia, kebingungan, tidak kenal dirinya, salah mengenal orang lain, salah mengenal tempat dan waktu.
- Membuat kontrak dengan klien dalam kelompok.
- Mempersiapkan alat dan tempat pelaksanaan.
- Metode : dinamika kelompok, diskusi, dan tanya jawab. .

b. Pelaksanaan:

1) Fase Orientasi:

- Terapis memperkenalkan diri/salam terapeutik.
- Evaluasi/validasi klien: menanyakan keadaan klien dan kelompok terapi.
- Kontrak : terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, lama kegiatan ( $\pm$  45 menit), dan tujuan kegiatan. Terapis juga menjelaskan aturan yang berlaku selama kegiatan berlangsung berupa: klien harus meminta izin kepada terapis terlebih dahulu jika ingin meninggalkan kelompok (seperti izin mau ke toilet) dan setiap klien harus mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

2) Fase Kerja:

- Terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan.
- Terapis menghidupkan musik atau media yang digunakan dalam kegiatan.
- Setiap peserta mendapatkan kesempatan yang sama selama kegiatan berlangsung.
- Terapis memberikan pujian pada keberhasilan yang dicapai oleh klien selama kegiatan.

3) Fase Terminasi:

- Evaluasi : pada tahap ini, terapis menanyakan perasaan klien dan kelompok setelah mengikuti kegiatan TAK dan memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
- Rencana tindak lanjut: terapis menganjurkan setiap anggota kelompok melatih kegiatan yang sudah dilakukan selama kegiatan TAK dalam kegiatan sehari-hari klien dan memasukkan dalam jadwal kegiatan harian klien.
- Kontrak yang akan datang: terapis bersama-sama dengan klien dalam kelompok menyepakati topik/tema kegiatan, waktu dan tempat kegiatan berikutnya.

c. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan berupa evaluasi proses kegiatan TAK, diantaranya kemampuan klien sesuai dengan tujuan dilaksanakannya TAK.

## G. Rangkuman

Terapi Modalitas merupakan salah satu terapi keperawatan kesehatan jiwa yang bertujuan mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku yang adaptif. Terapi aktivitas kelompok menjadi salah satu bagian terapi kelompok yang dapat digunakan dalam terapi modalitas. Terapi aktivitas kelompok terdiri dari terapi aktivitas kelompok : sosialisasi, stimulasi persepsi, stimulasi sensori, dan orientasi realita.

## H. Latihan Soal

1. Apa tujuan umum dari Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori (TAK SS)?
  - A. Meningkatkan kesadaran diri
  - B. Mengurangi gejala gangguan mental
  - C. Memberikan reaksi yang sesuai terhadap rangsangan
  - D. Meningkatkan identitas diri
2. Apa jenis-jenis Terapi Modalitas yang diterapkan dalam keperawatan kesehatan jiwa?
  - A. Terapi Modalitas Farmakologi dan Terapi Modalitas Non Farmakologi
  - B. Terapi Modalitas Individual dan Terapi Modalitas Kelompok
  - C. Terapi Modalitas Biologis dan Terapi Modalitas Perilaku
  - D. Semua jawaban benar
3. Apa pengertian dari Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS)?
  - A. Terapi yang memperkenalkan anggota kelompok satu sama lain
  - B. Terapi yang meningkatkan kesadaran diri melalui aktivitas kelompok
  - C. Terapi yang bertujuan memfasilitasi kemampuan sosialisasi klien
  - D. Semua jawaban benar
4. Apa indikasi pemberian Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi (TAK SP)?
  - A. Gangguan sensori persepsi
  - B. Gangguan konsep diri (harga diri rendah)
  - C. Isolasi sosial
  - D. Semua jawaban benar
5. Apa yang dimaksud dengan Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realita (TAK OR)?
  - A. Terapi yang bertujuan untuk mengorientasikan keadaan nyata kepada klien
  - B. Terapi yang fokus pada pengenalan orang dan tempat
  - C. Terapi yang dilakukan dalam kelompok besar

D. Semua jawaban benar

**Kunci Jawaban**

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

# BAB 15

## TERAPI MODALITAS: TERAPI KELUARGA

Yunita Astriani Hardayati

### Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami Sejarah Terapi Keluarga
2. Mampu memahami Definisi Terapi Keluarga
3. Mampu memahami Jenis Terapi Keluarga
4. Mampu memahami Indikasi Terapi Keluarga
5. Mampu memahami Prinsip Pemberian Terapi Keluarga
6. Mampu memahami Tahapan Terapi Keluarga
7. Mampu memahami Pelaksanaan Terapi Keluarga
8. Mampu memahami Peran Perawat dalam Terapi Keluarga

Seiring dengan beralihnya lokus layanan utama dari rumah sakit ke komunitas, terdapat peningkatan kesadaran akan pentingnya keluarga dalam memikul tanggung jawab merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (ODGJ). Literatur menyebutkan tiga perempat ODGJ memiliki kontak berkelanjutan dengan keluarga, dimana 30-65% tinggal dengan keluarga. Keluarga seringkali ditempatkan pada posisi sebagai pengasuh/*caregiver* namun tidak terlatih dan tidak siap secara psikologis (Corrigan, 2008). Pada akhirnya pasien dengan masalah kesehatan jiwa terutama gangguan jiwa berat seperti skizofrenia seringkali sulit mendapatkan perawatan yang baik dari keluarga dirumah. Penelitian menunjukkan bahwa sekitar 48,5% keluarga yang merawat pasien skizofrenia kurang baik dalam melakukan perawatan (Khalim *et al*, 2023). Hal ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan keluarga terutama dalam membantu pasien mengendalikan gejala. Perilaku pasien yang sulit dipahami,

kelelahan, kesulitan keuangan karena tidak dapat bekerja dan harus mengurus dan mengeluarkan biaya finansial untuk perawatan pasien, serta stigma dari masyarakat, membuat keluarga atau *caregiver* pasien skizofrenia terpengaruh secara emosional, terutama kesehatan jiwa mereka (Withnell *et al*, 2012).

Keluarga dapat merasa kewalahan, stres, frustrasi, marah, tertekan, dan/atau cemas, mudah tersinggung, emosi yang menyakitkan, mendapat tekanan, ingin mengakhiri hidup, serta menunjukkan kualitas hidup yang buruk baik dari segi kesehatan fisik, emosional, dan jiwa (Dwidiyanti *et al.*, 2022). Keluarga yang merasakan beban dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia memiliki hubungan yang kuat dengan meningkatnya emosi yang terekspresikan atau *expressed emotion* (EE). Terapi keluarga merupakan salah satu terapi yang terbukti mampu menurunkan gejala EE ada keluarga yang merawat anggota keluarga dengan skizofrenia (Hardayati & Susanti, 2022). Tidak hanya itu terapi keluarga juga terbukti efektif diberikan pada keluarga yang mengalami berbagai masalah seperti kenakalan remaja, konflik dalam rumah tangga, perceraian, kehilangan dan lainnya. Bab ini akan membahas tentang konsep terapi keluarga meliputi definisi, jenis, indikasi, prinsip, dan pelaksanaan terapi keluarga.

## **A. Sejarah Terapi Keluarga**

Terapi keluarga dimulai pada awal tahun 1950an. Muncul secara bersamaan diberbagai negara, dan dalam berbagai bentuk, tradisi terapi, dan penelitian yang berbeda. Para pionir terapi keluarga memiliki pendapat yang sama bahwa permasalahan manusia pada dasarnya bersifat interpersonal, bukan intrapersonal, sehingga penyelesaiannya memerlukan pendekatan intervensi yang secara langsung menangani hubungan antar manusia. Pemahaman ini bertentangan dengan pandangan umum yang dianut para profesional kesehatan jiwa pada saat itu, yang berpendapat bahwa semua masalah perilaku pada dasarnya merupakan manifestasi dari gangguan individu sehingga memerlukan terapi yang berfokus pada individu. Pada

tahun 1950an dan 1960an, intervensi psikodinamik berpusat pada klien. Dalam kondisi yang relatif tidak bersahabat ini terapi keluarga berkembang.

Terapi keluarga muncul sebagai respons terhadap keterbatasan pendekatan terapi berbasis individual seperti kegagalan terapi individu dalam menyelesaikan masalah perkawinan dan konflik antara orang tua-anak, serta kekambuhan yang terjadi ketika pasien yang berhasil dirawat secara individu kembali ke keluarga mereka dan justru mengalami masalah dan ketidakmampuan keluarga memberikan perawatan di rumah. Terapi keluarga merupakan psikoterapi yang sangat fleksibel, dapat diterapkan pada berbagai bidang yang berfokus pada masalah anak-anak dan orang dewasa. Tujuan utama dari terapi keluarga adalah untuk memfasilitasi penyelesaian masalah yang muncul dan untuk mendorong perkembangan keluarga yang sehat dengan memusatkan perhatian terutama pada hubungan antara orang dengan orang tersebut anggota keluarga dan jaringan sosialnya yang bermasalah.

## **B. Definisi Terapi Keluarga**

Keluarga yaitu dua atau lebih individu yang bergantung satu sama lain untuk mendapatkan dukungan secara emosional, fisik dan ekonomi. Anggota keluarga mendefinisikan dirinya sendiri (Kaakinen, Hanson, & Denham, 2010). Terapi keluarga adalah jenis modalitas terapeutik yang fokus pengobatannya adalah pada keluarga sebagai satu kesatuan. Ini mewakili suatu bentuk intervensi di mana anggotanya sebuah keluarga dibantu untuk mengidentifikasi dan mengubah masalah, maladaptif, pola hubungan yang berulang dan merugikan diri sendiri (Goldenberg, Goldenberg, & Pelavin, 2011). Terapi keluarga juga didefinisikan sebagai terapi yang dirancang untuk membantu mengatasi masalah yang secara khusus memengaruhi kesehatan jiwa dan fungsi keluarga. Terapi keluarga dapat membantu setiap anggota keluarga membangun hubungan yang lebih kuat, meningkatkan komunikasi, dan mengelola konflik dalam sistem

keluarga dengan meningkatkan kemampuan anggota keluarga berinteraksi dan berhubungan satu sama lain, terapi keluarga dapat mendorong perubahan dalam hubungan dekat (Cherry, 2023). Terapi keluarga dapat membantu anggota keluarga lebih memahami dan mendukung satu sama lain sehingga dapat mengekspresikan dan mengeksplorasi pikiran dan emosi yang sulit, memahami pengalaman, pandangan, menghargai kebutuhan satu sama lain, membangun kekuatan keluarga, dan bekerja sama untuk membuat perubahan yang berguna dalam hubungan dan kehidupan mereka (AFT, 2023). Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa terapi keluarga merupakan psikoterapi yang diberikan pada keluarga yang bertujuan membantu anggota keluarga dapat lebih saling memahami dan mendukung satu sama lain untuk melewati situasi sulit.

### **C. Jenis Terapi Keluarga**

Terapi keluarga terdiri dari beberapa jenis. Setiap jenis terapi memiliki fungsi dan pendekatan tersendiri dalam menyelesaikan permasalahan yang terjadi pada keluarga. Berikut ini beberapa jenis terapi keluarga (Cherry, 2023):

1. Terapi sistem keluarga: jenis ini adalah pendekatan yang berfokus pada membantu orang memanfaatkan kekuatan hubungan mereka untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa.
2. Terapi keluarga fungsional: merupakan pengobatan jangka pendek yang sering digunakan untuk remaja yang mengalami masalah perilaku berisiko, kekerasan, atau penggunaan narkoba. Terapi ini membantu remaja dan keluarga mencari solusi sekaligus membangun kepercayaan dan rasa hormat terhadap setiap individu.
3. Terapi keluarga naratif: jenis ini mendorong anggota keluarga untuk menceritakan kisah mereka sendiri untuk memahami bagaimana pengalaman tersebut membentuk siapa mereka dan bagaimana mereka berhubungan dengan orang lain. Dengan menggunakan narasi ini, orang tersebut dapat mulai melihat masalah secara lebih obyektif

dibandingkan hanya melihat sesuatu melalui kacamata sempitnya sendiri.

4. Psikoedukasi: belum didefinisikan secara konsisten, namun sesuai dengan namanya, intervensi psikoedukasi mempunyai arti pendidikan dan psikoterapi. Komponen awalnya, intervensi ini diciptakan oleh para profesional kesehatan mental sebagai respons terhadap penelitian EE, dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan anggota keluarga dalam mengatasi penyakit kerabatnya dan dengan demikian menurunkan perilaku ekspresi emosi mereka. Perubahan perilaku ini diharapkan dapat mengurangi kemungkinan kambuhnya penyakit anggota keluarga yang sakit tersebut. Dua tujuan utama psikoedukasi yaitu memberikan informasi mengenai gangguan tersebut dan pengobatannya, dan mengajarkan strategi untuk mengatasi penyakit, yang mencakup keterampilan pemecahan masalah, pengembangan keterampilan koping dan komunikasi, dan manajemen krisis. Pada akhirnya, tujuan-tujuan ini mengarah pada tujuan meningkatkan kualitas hidup keluarga dan kerabat penyandang disabilitas psikiatri, meningkatkan fungsi keluarga sebagai satu kesatuan, dan mengurangi tekanan lingkungan keluarga.
5. Terapi keluarga suportif: Jenis terapi ini berfokus pada menciptakan lingkungan yang aman di mana anggota keluarga dapat secara terbuka berbagi apa yang mereka rasakan dan mendapatkan dukungan dari keluarga.
6. Beberapa terapis mungkin tetap menggunakan jenis terapi keluarga tertentu. Sebaliknya, pihak lain mungkin mengambil pendekatan yang lebih eklektik dan multimodal yang menggabungkan aspek berbagai jenis pengobatan untuk menyesuaikan dengan kebutuhan keluarga.

#### **D. Indikasi Terapi Keluarga**

Penelitian menunjukkan terapi keluarga dapat membantu anggota keluarga dengan berbagai masalah diseluruh siklus hidup keluarga mulai dari anak-anak, remaja, dewasa, hingga lanjut usia seperti (AFT, 2023; Stuart, 2023):

1. Masalah muncul dalam sistem seperti konflik perkawinan, konflik antar saudara, antar generasi, antara orang tua dan anak.
2. Berbagai jenis kesulitan dan konflik timbul antara klien dan anggota keluarga lainnya (masalah komunikasi, perceraian, perpisahan, kekerasan dalam rumah tangga)
3. Masalah perilaku/kesehatan jiwa pada anak atau remaja dan dewasa
4. Terapi individu pada salah satu anggota keluarga telah mengakibatkan perkembangan gejala pada anggota keluarga lainnya
5. Individu dalam tritmen yang tidak berespons terhadap psikoterapi individu terutama ada keluhan tentang anggota keluarga lainnya
6. Masalah pengasuhan, adopsi anak, dan kebutuhan anak yang diasuh
7. Peristiwa stres atau transisi besar dalam hidup
8. Dampak trauma (penyakit fisik, kematian, sekarat, dan kehilangan)
9. Penyalahgunaan narkoba dan alkohol

#### **E. Prinsip Terapi Keluarga**

Intervensi keluarga yang merawat atau berperan sebagai *caregiver* anggota keluarga dengan gangguan jiwa mendorong keluarga untuk terlibat dan berperan aktif dalam pengobatan dan pemulihan pasien sehingga pengetahuan dan keterampilan coping pasien dan keluarga baik. Berikut ini adalah prinsip pemberian terapi keluarga untuk *caregiver* pasien dengan gangguan jiwa (Corrigan *et al.*, 2008):

1. Pahami permasalahan unik anggota keluarga termasuk orang tua, pasangan, saudara kandung, keturunan, dan kepedulian orang lain: identifikasi dampak penyakit mental terhadap hubungan dan dinamika keluarga yang mungkin menempatkan anggota keluarga pada risiko psikologis dan fisik
2. Libatkan keluarga dalam proses pengobatan dan rehabilitasi
  - Dekati keluarga dengan toleransi, rasa hormat, dan kasih sayang
  - Akui kekuatan, keahlian, dan kontribusi mereka
  - Berkomunikasi secara efektif dengan keluarga
  - Undang dan fasilitasi ekspresi kekhawatiran, pertanyaan, dan kebutuhan keluarga
  - Menghargai keterlibatan keluarga dalam proses pengobatan dan rehabilitasi
  - Persiapkan dan libatkan keluarga untuk berpartisipasi secara aktif dalam pengobatan dan proses rehabilitasi
  - Berikan dukungan dan sumber daya yang diperlukan untuk keterlibatan keluarga misalnya transportasi
  - Mengembangkan strategi untuk menyelesaikan masalah yang berkaitan dengan kerahasiaan
3. Terapis harus memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memberikan intervensi dan dukungan keluarga

## **F. Tahapan Terapi Keluarga**

Tahapan terapi keluarga merupakan bagian penting yang harus dipahami oleh terapis. Pada setiap tahap, tugas-tugas utama harus diselesaikan dengan sebelum melanjutkan ketahap berikutnya. Tidak menyelesaikan tugas pada tahap tertentu sebelum melanjutkan ke tahap berikutnya dapat mengakibatkan kegagalan dalam proses konsultasi. Berikut ini adalah penjelasan mengenai tahap-tahap terapi keluarga dan tugas yang harus dilakukan pada setiap tahap (Carr, 2008):

## 1. Tahap 1 : Perencanaan

- a. *Merencanakan siapa yang akan diundang*: Terapis harus mencari tahu dari surat rujukan atau menghubungi siapa yang merujuk dan menentukan peran orang tersebut dalam masalah yang akan diselesaikan. Misalnya jika yang akan diselesaikan adalah masalah perilaku anak maka terapis akan mengundang anak dan orang tuanya untuk terlibat dalam sesi terapi. Dalam kasus yang kompleks dan melibatkan banyak pihak butuh analisis peran yang akurat sebelum memutuskan siapa yang akan diundang pada sesi terapi.
- b. *Merencanakan pertanyaan apa yang akan ditanyakan*: Terapis perlu merencanakan pertanyaan apa yang akan ditanyakan pada sesi pertama dan tergantung pada masalah yang diajukan dalam surat rujukan, hipotesis awal yang dimiliki terapis, atau tim terapi tentang kasus dan prosedur wawancara rutin untuk kasus tersebut. Terapis biasanya tidak memulai wawancara dengan pikiran terbuka tentang masalah yang ada, melainkan pertanyaan yang mengarah berdasarkan hipotesis tertentu yang didasarkan pada pengalaman menangani kasus serupa dan pengetahuan tentang literatur yang relevan. Hipotesis awal dapat dibangun dengan menggunakan ide-ide dari berbagai aliran terapi keluarga yang menjelaskan pola interaksi keluarga yang mempertahankan masalah tersebut.

## 2. Tahap 2 : Asesmen

Pada tahap kedua proses terapeutik terapi keluarga, ada tiga tugas utama diantaranya:

- a. *Kontrak untuk asesmen*: terapis dan klien mengklarifikasi harapan dan mencapai kesepakatan untuk bekerjasama. Tugas pertama adalah menjelaskan alur rujukan
- b. *Asesmen dan formulasi*: menguraikan apa saja yang tercakup dalam asesmen dan menawarkan kepada klien untuk menerima atau menolak untuk melakukan asesmen. Terapis menjelaskan cara pelaksanaan

wawancara, durasinya, dan peran tim (jika ada tim yang terlibat). Misalnya: “*Kami akan mengkaji permasalahan ini, bagaimana anda melihatnya; apa yang menurut anda menjadikannya lebih buruk atau lebih baik; siapa yang paling terkena dampaknya, bagaimana menurut anda hal ini dapat diselesaikan. Pertemuan ini biasanya membutuhkan waktu sekitar 2 jam*”.

Dalam pertemuan kontrak, penting untuk menjelaskan sifat sukarela dari asesmen tersebut dan batasan kerahasiaan. Biasanya isi sesi bersifat rahasia kecuali ada bukti bahwa salah satu anggota keluarga memiliki ancaman serius seperti ada bukti niat bunuh diri atau pelecehan terhadap anak, kerahasiaan dapat dilanggar. Pada anak dan remaja seringkali terjadi kesalahpahaman, seringkali mereka meyakini akan dimasukkan ke rumah sakit, ditempatkan dipusat rehabilitasi atau menjadi sasaran berbagai prosedur pemaksaan lainnya. Pada tahap kontrak sesi pertama hal ini kesalahpahaman perlu dijelaskan agar terapi dapat berjalan lancar.

- c. *Membangun kerjasama*: proses pengkajian juga berfungsi sebagai sarana membangun kerjasama antara terapis dengan anggota keluarga. Membangun kerjasama yang kuat sangat penting untuk mendapatkan hasil terapi yang efektif. Semua proses terapi harus mengikuti kontrak kerjasama untuk menghindari klien keluar dari proses terapi atau gagal mencapai kemajuan, kecuali hal yang berkaitan dengan keselamatan atau ancaman pada anggota keluarga yang membutuhkan perlindungan. Prinsip-prinsip etika praktik menunjukkan sejumlah pedoman yang harus diterapkan terapis dalam mengembangkan aliansi kerja diantaranya:
- Gaya komunikasi terapis yang hangat, empati, dan tulus
  - Pengkajian dilakukan dengan penuh hormat, dimana terapis berupaya mengungkapkan informasi baru tentang masalah dan mengundang keluarga untuk

mempertimbangkan implikasi masalah dari berbagai perspektif.

- Fokus pada kekuatan meningkatkan harapan dan memobilisasi klien untuk menggunakan sumberdaya yang ada pada keluarga untuk memecahkan masalah

### 3. Tahap 3 : Pengobatan/Terapi

- Menetapkan tujuan dan kontrak pengobatan/terapi:* Terapis menetapkan tujuan yang jelas dan realistis serta menguraikan rencana untuk mencapai tujuan tersebut. Tujuan yang jelas, realistis, dan divisualisasikan diterima oleh anggota keluarga dapat meningkatkan efektifitas program terapi.
- Partisipasi dalam perawatan:* Ketika tujuan terapeutik telah ditetapkan, dan kontrak untuk mencapai tujuan tersebut telah ditetapkan, maka pengobatan dapat dimulai. Perawatan mungkin melibatkan intervensi yang bertujuan untuk mengubah pola perilaku dalam mempertahankan masalah; intervensi yang berfokus pada pengembangan narasi dan sistem kepercayaan baru yang membuka kemungkinan penyelesaian masalah; dan intervensi yang berfokus pada faktor predisposisi historis, kontekstual atau konstitusional. Sebagai prinsip praktik yang luas, mungkin yang paling efisien adalah memulai dengan intervensi yang bertujuan mengubah pola perilaku yang mampu mengatasi masalah dan sistem kepercayaan yang mendasarinya. Sematkan hal ini, kecuali ada alasan kuat untuk meyakini bahwa intervensi tersebut tidak akan efektif karena pengaruh isu sejarah asal usul keluarga, faktor kontekstual yang lebih luas, atau kerentanan konstitusional. Hanya jika intervensi yang berfokus pada pola perilaku dan sistem kepercayaan yang mampu mempertahankan masalah tidak efektif, barulah efisien untuk beralih ke intervensi yang menargetkan faktor historis, kontekstual, atau konstitusional. Tentu saja, ada pengecualian terhadap aturan ini, namun ini

merupakan prinsip luas yang berguna untuk praktik terapi keluarga integratif.

- c. *Mengatasi masalah resistensi*: salah satu paradoks terapi keluarga adalah bahwa klien berusaha keras mencari bimbingan profesional tentang cara mengelola masalah mereka tetapi seringkali tidak mengikuti nasihat terapeutik yang akan membantu menyelesaikan masalah mereka. Resistensi dapat dihindari jika terapis berusaha menyesuaikan cara terapi dengan kesiapan klien untuk berubah. Resistensi dapat terjadi dalam berbagai cara. Resistensi dapat berupa klien tidak menyelesaikan tugas di antara sesi, tidak menghadiri sesi, atau menolak menghentikan proses terapi. Ini mungkin juga melibatkan tidak bekerja sama selama sesi terapi. Agar klien dapat mencapai kemajuan dalam penyelesaian kesulitannya, terapis harus mempunyai cara yang sistematis dalam menghadapi penolakan. Berikut adalah salah satu sistem untuk mengatasi masalah resistensi. Pertama, jelaskan perbedaan antara apa yang klien setuju untuk lakukan dan apa yang sebenarnya mereka lakukan. Kedua, tanyakan perbedaan antara situasi di mana klien berhasil menindaklanjuti tindakan yang disepakati dan situasi di mana klien tidak berhasil melakukan tindakan yang disepakati. Ketiga, tanyakan apa hambatan/tantangan mereka mencapai kemajuan. Keempat, tanyakan apakah hambatan ini dapat diatasi. Kelima, tanyakan tentang strategi untuk mengatasi hambatan tersebut. Keenam, tanyakan pro dan kontra dari tindakan tersebut. Ketujuh, menyusun dilema terapeutik yang menguraikan biaya mempertahankan status quo dan biaya untuk menghindari hambatan.

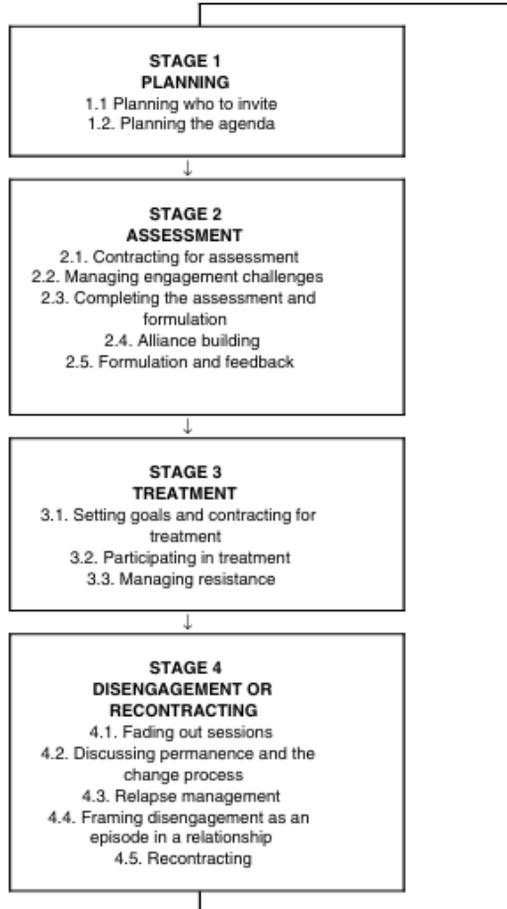
#### **4. Tahap 4 : Pelepasan/Kontraksi Kembali**

Pada tahap akhir terapi, tugas utama terapis adalah mengurangi frekuensi sesi; membantu keluarga memahami proses perubahan; memfasilitasi pengembangan rencana

manajemen kekambuhan; dan kesimpulan dari hubungan yang berlangsung.

- a. *Sesi memudar*: Proses pelepasan dimulai setelah perbaikan mulai terlihat. Terapis mengembangkan kepercayaan bahwa klien mampu mengelola masalah mereka tanpa bantuan profesional yang berkelanjutan dengan mengurangi frekuensi sesi/meningkatkan interval sesi terapi.
- b. *Mendiskusikan proses perubahan dan pembudayaan perubahan*: Evaluasi dilakukan untuk meninjau kembali apakah tujuan telah tercapai. Selanjutnya, terapis membantu keluarga membangun pemahaman tentang proses perubahan melalui program pengobatan dan perbaikan masalah secara bersamaan.
- c. *Manajemen kekambuhan*: Keluarga dibantu untuk memiliki pemahaman tentang jenis situasi yang memicu stress dan menyebabkan kekambuhan, gejala kekambuhan, dan cara mengatasinya
- d. *Membangkitkan pelepasan sebagai episode dalam suatu hubungan*: Pelepasan dikonstruksikan sebagai peristiwa episodik dan bukan sebagai akhir dari suatu hubungan. Hal ini sangat penting ketika bekerja dengan keluarga yang anggotanya mempunyai masalah kronis. Memberi klien cara untuk menafsirkan pelepasan sebagai akhir dari sebuah episode kontak dan bukan sebagai akhir dari suatu hubungan adalah cara yang berguna untuk menghindari timbulnya perasaan ditinggalkan. Tiga strategi dapat digunakan untuk mencapai hal ini. Pertama, penjadwalan rencana tindak lanjut. Kedua, keluarga diinformasikan dapat menghubungi terapis kapan pun mereka membutuhkannya tanpa harus kembali masuk daftar tunggu. Ketiga, kontak telepon membantu keluarga mengatasi kekambuhan. Dalam ketiga kasus tersebut, keluarga dapat melepaskan diri dari proses konsultasi rutin, namun pada saat yang sama tetap terhubung dengan sistem terapeutik.

- e. *Kontrak ulang*: dalam beberapa kasus, berakhirnya satu kontrak terapeutik akan segera memulai kontrak berikutnya. Misalnya, setelah suatu episode pengobatan untuk permasalahan yang berfokus pada anak, kontrak berikutnya mungkin berfokus pada kesulitan perkawinan, atau pekerjaan individu untuk orang dewasa dalam keluarga.



Gambar 15. 1. Tahapan Terapi Keluarga  
Sumber: (Carr, 2008)

## G. Pelaksanaan Terapi Keluarga

Pertemuan atau sesi dalam terapi keluarga tergantung pada kebutuhan dan permasalahan klien antara 6 hingga 8 sesi selama periode enam bulan. Setiap sesi berlangsung selama 50-90 menit. Keluarga dengan kesulitan yang lebih kompleks, mungkin memerlukan waktu atau sesi yang lebih lama untuk menemukan solusi yang sesuai bagi permasalahan mereka. Terapi keluarga bertujuan memberikan kesempatan kepada setiap klien untuk berkontribusi dalam diskusi. Terapis akan mendiskusikan terlebih dahulu bagaimana klien ingin bekerjasama. Teknik terapi yang diberikan disesuaikan dengan usia, kebutuhan, sumber daya, dan pilihan klien. Beberapa klien memilih berbicara bersama dengan seluruh anggota keluarga sejak awal terapis, namun sebagian lainnya memilih waktu individu dengan terapis keluarga sebelum memutuskan apa, dan bagaimana berbagi pemikiran dan perasaan klien dengan anggota keluarga lain. Terapi yang melibatkan klien anak dibawah umur, memerlukan persetujuan orang tua, namun bagi klien yang sudah mandiri dan dianggap cukup kompeten, terapis dapat menemui klien anak tanpa persetujuan orang tua

Terapi keluarga dapat dikerjakan secara individual atau dalam tim. Terkadang rekan kerja ini duduk di belakang cermin atau layar satu arah untuk menyaksikan terapis dan keluarga berbicara bersama dan kemudian berbagi refleksi dan mengeksplorasi kemungkinan. Terkadang, mungkin ada rekan kerja di ruangan itu yang mengamati prosesnya. Menjelang akhir sesi, mereka mungkin berbagi pemikiran dan refleksinya dengan klien dan terapis keluarga klien. Banyak keluarga mengatakan bahwa pendekatan 'tim' terhadap kesulitan yang kompleks ini sangat membantu. Saat ini, banyak terapis keluarga yang menawarkan terapi jarak jauh, melalui Zoom atau melalui konsultasi telepon.

Terapis keluarga akan berusaha semaksimal mungkin untuk melibatkan seluruh anggota keluarga, bahkan mereka yang enggan hadir. Namun, jika mereka tidak dapat melibatkan anggota keluarga tertentu, mereka akan bekerja dengan siapa

pun yang menghadiri sesi tersebut. Terapis keluarga meyakini bahwa perubahan pada salah satu bagian sistem akan mempengaruhi seluruh bagian sistem yang lain, sehingga jika seseorang mengalami pergeseran posisi, maka akan menyebabkan perubahan pada seluruh anggota keluarga lainnya (AFT, 2023).

## **H. Peran Perawat**

Perawat memiliki banyak kesempatan untuk meningkatkan hubungan keluarga yang sehat melalui psikoedukasi, penguatan, konseling suportif, dan rujukan untuk terapi dan dukungan. Pengetahuan, keterampilan, kreativitas, dan hubungan terapeutik perawat dan keluarga meningkatkan penyelesaian tindakan pada keluarga. Persiapan perawat ditingkat generalis dan spesialis dapat memberikan kontribusi terhadap pelaksanaan praktik berorientasi keluarga. Perawat harus mampu mengintegrasikan teori berbasis keluarga dengan tindakan pada keluarga dalam program klinis, memberikan dan mempromosikan intervensi keluarga berbasis bukti, dan advokasi untuk keluarga dan penggantian pihak ketiga untuk intervensi keluarga (Stuart, 2023).

## **I. Rangkuman**

Terapi keluarga merupakan psikoterapi yang diberikan pada keluarga yang bertujuan membantu anggota keluarga dapat lebih saling memahami dan mendukung satu sama lain untuk melewati situasi sulit. Terapi keluarga terdiri dari beberapa jenis. Setiap jenis terapi memiliki fungsi dan pendekatan tersendiri dalam menyelesaikan permasalahan yang terjadi pada keluarga. Penelitian menunjukkan terapi keluarga dapat membantu anggota keluarga dengan berbagai masalah diseluruh siklus hidup keluarga mulai dari anak-anak, remaja, dewasa, hingga lanjut usia. Tahapan terapi keluarga terdiri dari empat tahap diantaranya perencanaan, asesmen, terapi, dan pelepasan. Pertemuan atau sesi dalam terapi keluarga tergantung pada

kebutuhan dan permasalahan klien antara 6 hingga 8 sesi selama periode enam bulan. Setiap sesi berlangsung selama 50-90 menit. Keluarga dengan kesulitan yang lebih kompleks, mungkin memerlukan waktu atau sesi yang lebih lama untuk menemukan solusi yang sesuai bagi permasalahan mereka.

## J. Latihan Soal

1. Apa yang dimaksud dengan terapi keluarga?
  - A. Modalitas terapeutik yang fokus pengobatannya adalah pada keluarga sebagai satu kesatuan.
  - B. Pengobatan jangka pendek yang sering digunakan untuk anak dan remaja remaja.
  - C. Keduanya memiliki benar.
  - D. Keduanya tidak berhubungan.
2. Jenis terapi keluarga yang bertujuan memberikan informasi mengenai masalah kesehatan anggota keluarga dan pengobatannya, serta mengajarkan strategi untuk mengatasi masalah, pengembangan keterampilan koping dan komunikasi yaitu?
  - A. Terapi sistem keluarga
  - B. Terapi keluarga fungsional
  - C. Terapi keluarga naratif
  - D. Psikoedukasi keluarga.
3. Pengurangan dan sesi terapi didasarkan hasil penilaian terapis bahwa klien sudah mampu mandiri berada pada tahap?
  - A. Perencanaan
  - B. Asesmen
  - C. Terapi
  - D. Pelepasan
4. Berapa lama sesi terapi keluarga?
  - A. 4 hingga 6 sesi berlangsung 60-90 menit
  - B. 4 hingga 7 sesi berlangsung 60-90 menit
  - C. 4 hingga 6 sesi berlangsung 30-60 menit
  - D. Lama sesi dan durasi bergantung berat -ringannya

masalah

5. Terapis dan klien mengklarifikasi harapan dan mencapai kesekapatan untuk bekerjasama. Kegiatan ini berada pada tahap .... pada dalam pelaksanaan terapi keluarga?
- A. Perencanaan
  - B. Asesmen
  - C. Terapi
  - D. Pelepasan

Kunci Jawaban

1. A    2. D    3. D    4. D    5. B

# BAB 16 | TERAPI MODALITAS: TERAPI OKUPASI DAN REHABILITASI

Asep Aep Indrana

## Capaian Pembelajaran

1. Memahami perbedaan antara kebutuhan spiritual dan kebutuhan agama pada lansia serta dampaknya terhadap kesejahteraan fisik dan mental mereka.
2. Mengetahui pentingnya memenuhi kebutuhan spiritual lansia dalam merawat kesehatan mental dan fisik mereka.
3. Memahami dampak krisis spiritual pada lansia dan strategi untuk mengatasinya dalam konteks perawatan kesehatan.
4. Mengetahui gambaran umum tentang agama-agama utama yang ada di Indonesia dan bagaimana agama-agama ini memengaruhi kehidupan spiritual lansia.
5. Memahami pentingnya memahami kebutuhan spiritual lansia dalam merencanakan dan memberikan perawatan yang holistik dan berbasis bukti.

Salah satu gejala skizofrenia yang paling umum adalah ketidakmampuan penderita skizofrenia dalam bersosialisasi dan berinteraksi dengan baik dengan lingkungannya. Kurangnya kemampuan ini menyebabkan rendahnya kognisi sosial dan jika tidak ditangani dengan baik dapat meningkatkan angka kekambuhan. Oleh karena itu, berbagai intervensi sosial, termasuk Terapi Modalitas: Terapi okupasi dan Rehabilitasi, harus dilaksanakan untuk membantu memperkuat kognisi sosial.

## **A. Terapi Modalitas**

Terapi modalitas adalah terapi utama dalam keperawatan jiwa. Terapi ini diberikan dalam upaya mengubah perilaku pasien dan perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. (Kusumawati & Hartono, 2014)

Terapi modalitas adalah metode pengobatan utama dalam keperawatan psikiatri. Terapi ini digunakan untuk mengubah perilaku pasien dari perilaku maladaptif menjadi adaptif. (Eko, 2014)

## **B. Terapi Okupasi**

### **1. Definisi**

Terapi okupasi adalah suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu. (Nurillawaty Rahayu *et al.*, n.d., 2016) Terapi okupasi menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2014, Adalah Bentuk Pelayanan Kesehatan kepada pasien/klien dengan kelainan/kecacatan fisik dan/atau mental yang mempunyai gangguan pada kinerja okupasional, dengan menggunakan aktivitas bermakna (okupasi) untuk mengoptimalkan kemandirian individu pada area aktivitas kehidupan sehari-hari, produktivitas dan pemanfaatan waktu luang.

### **2. Tujuan**

Terapi okupasi berfokus pada mengidentifikasi dan mempertahankan atau meningkatkan kemampuan seseorang yang masih dapat digunakan, dengan tujuan memungkinkan orang tersebut menjadi mandiri dan mandiri dari bantuan orang lain. Terapi okupasi adalah terapan medis yang terarah bagi pasien fisik maupun mental dengan menggunakan aktivitas sebagai media terapi dalam rangka memulihkan kembali fungsi seseorang sehingga dia dapat mandiri semaksimal mungkin. Aktivitas tersebut adalah berbagai macam kegiatan yang direncanakan dan disesuaikan dengan tujuan terapi. Pasien yang dikirimkan untuk mendapatkan terapi okupasi adalah dengan maksud sebagai berikut.

- a. Terapi khusus untuk pasien mental atau jiwa:
  - 1) Menciptakan suatu kondisi tertentu sehingga pasien dapat mengembangkan kemampuannya untuk dapat berhubungan tanggapan orang lain dan masyarakat sekitarnya.
  - 2) Membantu dalam melampiaskan gerakan-gerakan emosi secara wajar dan produktif
  - 3) Membantu menemukan kemampuan kerja yang sesuai dengan bakat dan keadaannya
  - 4) Membantu dalam pengumpulan data guna menegakkan diagnosis dan penetapan terapi lainnya
- b. Mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan ruang gerak sendi, kekuatan otot, dan koordinasi gerakan.
- c. Mengajarkan Aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, berpakaian, belajar menggunakan fasilitas umum (telepon, televisi, dan lain-lain), baik dengan maupun tanpa alat bantu, mandi yang bersih, dan lain-lain
- d. Membantu pasien untuk menyesuaikan diri dengan pekerjaan rutin di rumahnya, dan memberi saran penyederhanaan (sifikasi) ruangan maupun letak alat-alat kebutuhan sehari-hari.
- e. Meningkatkan toleransi kerja, memelihara, dan meningkatkan kemampuan yang masih ada.
- f. Menyediakan berbagai macam kegiatan untuk dijadi oleh pasien sebagai langkah dalam pre-cocational training. Berdasarkan aktivitas ini akan dapat diketahui kemampuan mental dan fisik, kebiasaan kerja, sosialisasi, minat, potensi dan lainnya dari pasien dalam mengarahkannya pada pekerjaan yang tepat dalam latihan kerja.
- g. Membantu penderita untuk menerima kenyataan dan menggunakan waktu selama masa rawat dengan berguna.
- h. Mengarahkan minat dan hobi agar dapat digunakan setelah kembali ke keluarga. (Rindayati dkk., 2020)

### **3. Jenis aktifitas dalam terapi okupasi**

- a. Latihan gerak badan.
- b. Olahraga.
- c. Permainan.
- d. Menjahit.
- e. Kerajinan tangan.
- f. Kesehatan, kebersihan, dan kerapihan pribadi
- g. Pekerjaan sehari-hari (aktivitas kehidupan sehari-hari)
- h. Pekerjaan pre-vokasional
- i. Seni (tari, musik, lukis, drama, dan lain-lain)
- j. Rekreasi (tamasya, nonton bioskop/drama, pesta ulang tahun, dan lain-lain).
- k. Diskusi dengan topik tertentu (berita surat kabar, majalah, televisi, radio atau keadaan lingkungan)

### **4. Karakteristik terapi okupasi**

- a. Setiap gerakan harus mempunyai alasan dan tujuan terapi yang jelas. Jadi bukan hanya sekedar menyibukkan pasien
- b. Mempunyai arti tertentu bagi pasien, artinya dikenal oleh atau ada hubungannya dengan pasien
- c. Pasien harus mengerti tujuan mengerjakan kegiatan tersebut, dan apa kegunaannya terhadap upaya penyembuhan penyakitnya.
- d. Harus dapat melibatkan pasien secara aktif walaupun minimal
- e. Dapat mencegah lebih beratnya kecacatan atau kondisi pasien bahkan harus dapat meningkatkan atau setidaknya tidaknya memelihara kondisinya
- f. Harus dapat memberi dorongan agar si pasien mau berlatih lebih giat sehingga dapat Mandiri
- g. Harus sesuai dengan minat, atau setidaknya tidak dibenci olehnya.
- h. Harus dapat dimodifikasi untuk tujuan peningkatan atau Penyesuaian dengan kemampuan pasien

## **5. Indikasi Terapi Okupasi**

Menurut (Abdul Nasir dan Abdul Muhith, 2016) ada beberapa indikasi pada terapi okupasi yaitu:

- a. Seseorang yang kurang berfungsi dalam kehidupannya karena kesulitan-kesulitan yang dihadapi dalam pengintegrasian perkembangan psikososialnya.
- b. Kelainan tingkah laku yang terlihat dalam mengekspresikan perasaan atau kebutuhan yang primitif.
- c. Tingkah laku tidak wajar dalam mengekspresikan perasaan atau kebutuhan yang primitif.
- d. Ketidakmampuan menginterpretasikan rangsangan sehingga reaksinya terhadap rangsangan tersebut tidak wajar pula.
- e. Terhentinya seseorang dalam fase pertumbuhan tersebut atau seseorang yang mengalami kemunduran.
- f. Mereka yang lebih mudah mengekspresikan perasaannya melalui suatu aktivitas dari pada dengan percakapan.
- g. Mereka yang merasa lebih mudah mempelajari sesuatu dengan cara mempraktikkannya dari pada dengan membayangkan.
- h. Pasien cacat tubuh yang mengalami gangguan dalam kepribadiannya

## **C. Terapi Rehabilitasi**

### **1. Definisi**

Terapi Rehabilitasi adalah segala tindakan fisik, penyesuaian psikososial dan latihan vokasional sebagai usaha untuk memperoleh fungsi dan penyesuaian diri yang optimal serta mempersiapkan klien secara fisik, mental, social dan vokasional untuk suatu kehidupan penuh sesuai dengan kemampuannya. (Handajani & Setiawati, 2016)

Rehabilitasi adalah suatu proses yang memungkinkan individu untuk kembali pada tingkat fungsi setinggi mungkin. Biasanya bertujuan untuk mengembalikan pada tingkat fungsi yang sama atau lebih tinggi daripada tingkat fungsi ketika sebelum sakit. (Stuart, 2016)

## **2. Tujuan dari Rehabilitasi**

- a. Mengembalikan kemampuan individu setelah terjadinya gangguan kepada kondisi/tingkatan fungsi yang optimum
- b. Mencegah kecacatan yang lebih besar
- c. Memelihara kemampuan yang ada/dimiliki oleh pasien
- d. Membantu pasien untuk menggunakan kemampuannya untuk proses jangka panjang dimana memerlukan program dan sarana yang mencukupi, keberhasilan dari program rehabilitasi tergantung kepada besarnya motivasi belajar, pola hidup sebelum dan sesudah sakit dan dukungan dari orang-orang yang memiliki arti bagi pasien.

## **3. Fungsi Perawat Dalam Program Rehabilitasi:**

- a. Menjaga komplikasi dari akibat gangguan/penyakit diderita pasien
- b. Membatasi besarnya gangguan semaksimal mungkin
- c. Merencanakan dan melaksanakan program rehabilitasi

## **4. Jenis - Jenis Kegiatan Rehabilitasi**

- a. Terapi Okupasional Adalah ilmu dan seni yang berkaitan dengan memobilisasi partisipasi individu melalui kegiatan bermanfaat untuk memperbaiki masalah patologis dan dengan demikian memelihara dan meningkatkan kesehatan. Kegiatan di bangsal biasanya berupa kegiatan-kegiatan pada waktu luang dan kreasi seni untuk menilai kemampuan pasien dalam memenuhi kegiatan sehari-hari (*activities of daily living/ADL*). Selain itu diberikan juga kegiatan pendidikan latihan vokasional untuk bekal bekerja di masyarakat. Dengan terapi ini mendorong pasien untuk mengembangkan minat untuk mempertahankan keterampilan lama mempelajari keterampilan baru.
- b. Terapi Edukasional Tujuannya adalah membantu pasien untuk meningkatkan harga dirinya, tidak tertinggal pelajaran karena sedang dirawat dan juga dapat beradaptasi dengan program pengobatan.

- c. Rehabilitasi Vokasional Yaitu suatu proses dimana pasien dikaji, dilatih dan ditempatkan sesuai dengan pekerjaannya yang dapat membantunya mendapatkan kepuasan dan bermakna. Kegiatan ini didasari kepada kepercayaan bahwa dengan memberinya pekerjaan akan menghasilkan kreatifitas kepuasan dalam berhubungan sosial dengan orang lain,meningkatkan kebanggaan dalam menyelesaikan tugas dan harga diri. Sebelum mengikuti terapi ini biasanya pasien dilakukan test sikap ketrampilan, minat, kemudian diminta mengobservasi dan mencoba salah satu jenis pekerjaan yang diminati, kemudian dinilai kembali untuk diberikan terapi.
- d. Tahap-Tahap Rehabilitasi Pasien Gangguan Jiwa
  - 1) Tahap persiapan yaitu usaha mempersiapkan pasien dengan menjalankan kegiatan terapi okupasional, seleksi, evaluasi, dan latihan kerja dalam berbagai jenis pekerjaan
  - 2) Tahap penyaluran/penempatan merupakan usaha pemulangan pasien ke keluarga, tempat kerja atau masyarakat dan instansi lain yang berfungsi sebagai pengganti keluarga, disamping usaha resosialisasi.
  - 3) Tahap pengawasan merupakan tindakan lanjut setelah pasien di salurkan ke masyarakat, dengan mengadakan kunjungan rumah (visit home) kunjungan tempat kerja ( job visit ) dan menyelenggarakan perawatan lanjut (after care), untuk mengetahui perkembangan pasien, permasalahan yang dihadapi serta cara-cara pemecahannya.

#### **D. Rangkuman**

Terapi modalitas adalah terapi utama dalam keperawatan jiwa. Terapi ini diberikan dalam upaya mengubah perilaku pasien dan perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif.(Kusumawati & Hartono, 2014)

Terapi okupasi merupakan suatu ilmu dan seni untuk mengarahkan partisipasi seseorang dalam melaksanakan suatu tugas terpilih yang telah ditemukan, dengan maksud mempermudah belajar fungsi dan keahlian yang dibutuhkan dalam proses penyesuaian diri dengan lingkungan. (Kusumawati & Hartono, 2014)

Rehabilitasi adalah suatu proses yang memungkinkan individu untuk kembali pada tingkat fungsi setinggi mungkin. Biasanya bertujuan untuk mengembalikan pada tingkat fungsi yang sama atau lebih tinggi daripada tingkat fungsi ketika

#### **E. Latihan Soal**

1. Apa yang menjadi fokus utama dari Terapi Modalitas dalam keperawatan jiwa?
  - A. Mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif
  - B. Memberikan obat untuk gangguan jiwa
  - C. Melakukan terapi fisik untuk pasien jiwa
  - D. Memberikan edukasi kepada pasien tentang penyakit jiwa
2. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2014, apa tujuan dari Terapi Okupasi?
  - A. Untuk mendiagnosis penyakit jiwa
  - B. Untuk memberikan rehabilitasi fisik
  - C. Untuk mengoptimalkan kemandirian individu dalam aktivitas sehari-hari
  - D. Untuk memberikan pelatihan vokasional bagi pasien
3. Apa fungsi utama dari Terapi Rehabilitasi?
  - A. Untuk mencegah kecacatan
  - B. Untuk memberikan pelatihan vokasional
  - C. Untuk mengembalikan fungsi dan adaptasi yang optimal
  - D. Untuk meresepkan obat untuk gangguan jiwa
4. Aktivitas mana yang TIDAK termasuk dalam Terapi Okupasi?
  - A. Olahraga
  - B. Memasak
  - C. Membaca
  - D. Memberikan obat

5. Apa tujuan dari Rehabilitasi Vokasional?
- A. Untuk memberikan dukungan sosial
  - B. Untuk mengembalikan kesehatan fisik
  - C. Untuk meningkatkan keterampilan vokasional
  - D. Untuk melakukan kegiatan rekreasi

**Kunci Jawaban**

1. A    2. C    3. C    5. D    5. C

# BAB 17

## ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KELOMPOK KHUSUS

Sekani Niriyah

### Capaian Pembelajaran:

1. Mampu mengetahui asuhan keperawatan jiwa pada anak dan remaja
2. Mampu mengetahui asuhan keperawatan geropsikiatri
3. Mampu mengetahui asuhan keperawatan korban pelecehan dan kekerasan
4. Mampu mengetahui asuhan keperawatan korban bencana
5. Mampu mengetahui asuhan keperawatan psikologis pada klien dengan penyakit yang mengancam nyawa

Kesehatan mental dan psikososial merupakan aspek yang berkaitan dengan konsep stres dan adaptasi, spektrum kesehatan-sakit, tren dan isu-isu terkini dalam kesehatan mental, aspek hukum dan etika dalam konteks kesehatan mental, serta proses terjadinya gangguan mental dalam perspektif keperawatan jiwa. Beberapa kelompok khusus perlu menjadi perhatian terkait dengan Kesehatan jiwa agar dapat dilakukan pencegahan dan peningkatan Kesehatan jiwa.

### A. Pengertian Consumer Learning

Anak-anak merupakan penerus generasi bangsa, dan untuk itu, lingkungan di sekitar mereka, termasuk keluarga, sekolah, dan pemerintah, harus berperan aktif dalam menciptakan anak-anak yang memiliki kualitas baik dan menjaga kesehatan mereka, baik secara fisik maupun mental (Puspita, 2019). Kesejahteraan holistik seseorang sangat

tergantung pada kesehatan mental, dan orang tua memiliki peran krusial dalam memastikan kesehatan mental anak-anak mereka. Melalui pengasuhan yang penuh kasih, orang tua membantu membangun dasar yang kokoh bagi perkembangan keterampilan sosial dan emosional anak, yang sangat penting untuk kehidupan yang bahagia, sehat, dan sejahtera (UNICEF, 2023).

### **1. Faktor Penyebab**

Penyebab gangguan kesehatan mental melibatkan faktor genetik (bawaan) dan pengaruh lingkungan pada masa anak-anak, seperti pola asuh. Faktor-faktor ini dapat memicu dan memberikan kecenderungan terhadap perkembangan penyakit mental (GW Stuart, 2016). Selain itu, faktor-faktor penyebab anak memiliki gangguan Kesehatan mental dapat dilihat dari masa prenatal, saat kelahiran dan post natal. Infeksi yang terjadi pada fase tersebut dapat menyebabkan kerusakan pada system saraf yang mempengaruhi Kesehatan mental seseorang (Widyorini *et al.*, 2014).

### **2. Resilience**

Karakteristik dan pengalaman awal seorang anak, bersama dengan faktor pelindung dalam lingkungan sosial dan fisik, ikut berperan dalam membentuk ketahanan anak, yaitu kemampuan mereka untuk mengatasi tantangan. Anak-anak yang tangguh menunjukkan kontrol diri yang kuat, mengambil tanggung jawab sesuai usia, dan menerapkan disiplin pada diri sendiri (GW Stuart, 2016). Keluarga menjadi sumber koping utama bagi remaja yang memiliki masalah kesehatan mental, keluarga perlu memanfaatkan sumber koping yang ada dalam menghadapi stresor sehingga respon koping menjadi positif (Barimbing, 2020).

### **3. Masalah Kesehatan Jiwa**

Gangguan kejiwaan yang sering terjadi pada anak-anak melibatkan ADHD, depresi/gangguan bipolar, kecemasan, gangguan perilaku, dan autism (Stuart *et al.*,

2023). *Emotionally Disturbed Children* adalah kelompok anak-anak yang mengalami gangguan perkembangan emosional, yang menunjukkan ketegangan psikologis, kecemasan, neurosis, atau perilaku psikologis. Tingkat keparahan gangguan perilaku ini mempengaruhi pembagian kelompok menjadi tiga bagian, yakni Psikosis, yang merupakan jenis psikosis paling serius (Ula & Travelancya1, 2022). Selain itu, kesulitan belajar merupakan masalah Kesehatan jiwa pada anak dan remaja yang saat ini banyak ditemukan (Evi *et al.*, 2021). Respon maladaptive pada remaja menyebabkan remaja rentan terhadap usaha mencederai diri sendiri, risiko bunuh diri, kehamilan remaja, pergaulan bebas, penggunaan NAPZA, bipolar disorder dan depresi (GW Stuart, 2016).

#### **4. Kerangka Praktik Keperawatan Jiwa**

Intervensi keperawatan harus didasarkan pada pemenuhan kebutuhan perkembangan anak, bukan hanya pada kebutuhan orang tua, masyarakat, atau anak sesuai standar akademik. Kemampuan perkembangan anak seperti motorik, kognitif dan bahasa, emosional dan kepribadian, moral dan spiritual serta psikososial dapat dioptimalkan dengan terapi kelompok terapeutik (Yektiningsih *et al.*, 2021). Terdapat sembilan keterampilan esensial yang diperlukan oleh semua anak untuk menjadi orang dewasa yang kompeten, termasuk kemampuan membangun kedekatan dan hubungan saling percaya, mengatasi perpisahan dan membuat keputusan mandiri, bernegosiasi dan menyelesaikan konflik, mengelola frustrasi dan peristiwa yang tidak menyenangkan, merayakan perasaan positif, bekerja untuk kepuasan yang tertunda, bersantai dan bermain, pemrosesan kognitif melalui kata-kata, simbol, dan gambar, serta membangun adaptabilitas terhadap arah dan tujuan (GW Stuart, 2016).

## **B. Asuhan Keperawatan Geropsikiatri**

Penyakit mental bukanlah bagian yang pasti dari proses penuaan, meskipun banyak orang dewasa yang lebih tua mengalami kondisi kesehatan mental dan penggunaan zat, beberapa di antaranya mengalami penurunan kapasitas fungsional. Perawat yang merawat orang dewasa yang lebih tua dengan penyakit mental dihadapkan pada tantangan untuk menggabungkan keterampilan keperawatan psikiatri dengan pengetahuan tentang gangguan fisiologis, proses normal penuaan, serta pengaruh sosiokultural pada lansia dan keluarganya. Sebagai penyedia layanan primer, perawat geropsikiatri perlu memiliki keahlian dalam menilai status kognitif, afektif, fungsional, fisik, dan perilaku pasien, sekaligus memahami dinamika keluarga mereka (GW Stuart, 2016).

### **1. Ruang Lingkup Keperawatan Geropsikiatri**

Keperawatan geropsikiatri diartikan sebagai kemitraan kolaboratif dengan orang dewasa yang lebih tua, keluarga atau pengasuh lainnya, dan tim interdisipliner. Perawat geropsikiatri perlu memiliki pemahaman yang luas tentang perawatan somatik dan interaksi interpersonal, termasuk penggunaan yang aman dari obat psikotropika pada populasi lanjut usia. Dalam peran konsultan, perawat geropsikiatri memberikan bantuan kepada penyedia layanan kesehatan lainnya dalam menangani aspek perilaku, sosial, dan kognitif dalam perawatan pasien. Peran advokat pasien menjadi sangat krusial bagi perawat yang merawat lansia dengan penyakit mental, terutama ketika terdapat penyakit fisik yang menyertainya. Mengingat adanya stigma, perubahan kognitif, atau gejala masalah kesehatan akut atau kronis, lansia mungkin menghadapi kesulitan dalam menyuarakan keinginan atau kekhawatiran mereka secara efektif. Kepekaan menjadi hal yang sangat penting ketika berkomunikasi dengan keluarga individu yang mengalami gangguan jiwa berat, mengingat mereka mungkin telah menghadapi "tantangan pengasuhan" selama bertahun-tahun (Stuart *et al.*, 2023).

## **2. Masalah yang Terjadi pada Geropsikiatri**

Masalah yang sering ditemukan adalah depresi, kecemasan dan psikosis. Pemeriksaan status mental harus menjadi bagian integral dari penilaian geropsikiatri dengan alasan berikut (Stuart *et al.*, 2023) :

- a. Adanya peningkatan prevalensi demensia seiring bertambahnya usia
- b. Reversibilitas delirium dapat terjadi jika kondisinya diidentifikasi dan diobati
- c. Adanya keterkaitan yang erat antara gejala klinis kebingungan dan depresi
- d. Pasien dengan masalah kesehatan fisik seringkali menunjukkan gejala kebingungan.
- e. Pentingnya mengidentifikasi area spesifik kekuatan kognitif dan keterbatasan.

## **C. Asuhan Keperawatan Korban Pelecehan dan Kekerasan**

Perawat sering menghadapi penyintas kekerasan dan pelecehan dalam berbagai konteks. Pemilihan kata untuk menggambarkan individu yang mengalami kekerasan memiliki arti penting. Tradisionalnya, istilah "korban" sering digunakan, namun dalam konteks ini, istilah "penyintas" diterapkan untuk menekankan bahwa individu yang mengalami kekerasan memiliki kekuatan dan strategi penanganan yang dapat diintegrasikan dalam rencana perawatan (GW Stuart, 2016). Kekerasan seksual merujuk pada keterlibatan seorang anak dalam aktivitas seksual yang tidak sepenuhnya dipahaminya, dan oleh karena itu, persetujuan tidak dapat diberikan. Selain itu, anak tersebut belum siap secara perkembangan untuk terlibat dalam perilaku semacam itu, dan tindakan tersebut dapat melanggar hukum atau norma sosial yang mengaturnya (Handayani *et al.*, 2022).

### **1. Dimensi Kekerasan dalam Keluarga**

Keluarga yang kasar secara emosional, lingkungan yang dipenuhi kekerasan fisik dan seksual, serta pengalaman menyaksikan pemukulan oleh ibu, dapat memberikan

dampak negatif pada kesehatan mental seseorang, baik secara langsung maupun sebagai respons yang tertunda. Reaksi psikologis yang umum muncul melibatkan respons kognitif seperti menyalahkan diri sendiri dan kemampuan pemecahan masalah yang buruk, sementara respons emosional mencakup depresi, kecemasan, dan penurunan harga diri. Pada anak-anak, trauma akibat penganiayaan bahkan dapat menimbulkan gejala psikotik. Banyak orang dewasa yang mengalami pengalaman menyaksikan kekerasan dalam keluarga saat kecil, pribadi mengalami pelecehan pada masa kecil, atau selamat dari pelecehan dalam hubungan dewasa dapat menunjukkan kemampuan adaptasi yang luar biasa setelah mengalami trauma tersebut. Konsep ketangguhan (resiliensi), yang merujuk pada kemampuan penanganan yang berhasil meskipun dihadapkan pada situasi yang sulit atau mengancam, dapat memberikan perlindungan terhadap dampak psikologis yang serius (Stuart *et al.*, 2023).

## 2. Kekerasan Pada Anak

Dampak kekerasan yang terjadi pada anak (Stuart *et al.*, 2023):

- a. Bayi : gangguan pada ikatan emosional, disrupsi rutinitas, termasuk tidur dan makan, potensi risiko cedera fisik, masalah makan dan tidur dialami oleh 50% bayi, penurunan respons terhadap orang dewasa dan peningkatan tangisan.
- b. Prasekolah : perasaan ketidakamanan atau ketidakstabilan dalam dunia mereka, ekspresi berteriak, mudah tersinggung, perilaku bersembunyi, dan ciri-ciri ketakutan, banyak keluhan somatik dan perilaku regresif, perilaku kelekatan yang ditandai oleh merengek, menangis, dan perilaku melekat, peningkatan pemisahan diri dan kecemasan terhadap orang asing, gejala insomnia, somnambulisme, mimpi buruk, dan enuresis.
- c. Usia sekolah ; dorongan yang lebih besar untuk menggunakan kekerasan, menanggung tanggung jawab

atas kekerasan di rumah, rasa malu dan tertutup terkait rahasia keluarga, gangguan dan ketidakhadiran, emosional yang labil, dan tingkat kewaspadaan yang tinggi, rentang respons emosional yang terbatas, keluhan psikosomatis, perilaku tidak kooperatif, mencurigakan, dan penuh dengan kewaspadaan.

- d. Remaja : pengalaman perasaan marah, malu, dan perasaan dikhianati, skips sekolah, aktivitas seksual dini, penyalahgunaan zat, perilaku kenakalan, respons yang minim, ingatan yang terbatas tentang masa kecil, bersikap defensive, perhatian yang pendek.

### **3. Pemerksaan dan kekerasan Seksual**

Usia anak sekolah merupakan kondisi yang memiliki risiko dan rentan terhadap kekerasan seksual (Stuart *et al.*, 2023). Anak dibawah usia 18 tahun sangat rentan oleh tindakan kekerasan seksual dan rentan sebagai pelaku kekerasan seksual. Pendidikan kesehatan pada anak usia sekolah sangat berperan penting dalam merubah, memperbaiki dan mempertahankan perilaku Kesehatan (Handayani *et al.*, 2022). Penyintas perkosaan dan pelecehan seksual kesulitan dalam mempercayai orang lain serta selalu dibayangi oleh kekhawatiran dan ketakutan. Banyak pelaku pemerksaan dan kekerasan seksual berasal dari keluarga atau orang yang dikenal (Oktaviani & Azeharie, 2020).

### **D. Asuhan Keperawatan Korban Bencana**

Situasi krisis, seperti proses perceraian, perkembangannya cenderung berlangsung secara progresif seiring waktu dan membutuhkan waktu yang lebih lama. Sementara itu, krisis lainnya, seperti gempa bumi, terjadi mendadak dan tanpa peringatan sebelumnya. Setelah mengalami peristiwa bencana, tingkat kecemasan individu mulai meningkat, dan muncul tiga fase respons krisis (Stuart *et al.*, 2023):

1. Kecemasan akan mengaktifkan strategi-strategi yang biasa digunakan individu untuk mengatasi masalah. Jika

pendekatan ini tidak berhasil meredakan kecemasan, maka tingkat kecemasan akan terus meningkat karena upaya penanganan telah gagal.

2. Individu akan mencoba pendekatan baru atau mendefinisikan ulang ancaman sehingga strategi lama dapat diterapkan kembali. Pada tahap ini, penyelesaian masalah dapat tercapai. Tetapi, jika resolusi tidak terjadi, individu akan melanjutkan ke fase terakhir.
3. Jika tingkat kecemasan tetap tinggi atau mencapai tingkat panik, dapat mengakibatkan disorganisasi psikologis.

Kejadian bencana merupakan suatu kejadian yang terjadi secara mendadak, yang memberikan dampak pada berbagai aspek kehidupan. Pada akhir tahun 2019, dunia digemparkan dengan kejadian pandemi Covid-19, kejadian tersebut berdampak secara keseluruhan baik kepada individu yang terpapar, Masyarakat maupun tenaga Kesehatan yang menghadapinya. Tenaga Kesehatan berpeluang untuk mengalami PTSD bagi perawat di ruang isolasi Covid-19 dapat disebabkan oleh kekurangan jumlah staf, yang mengakibatkan perpanjangan jam kerja perawat, serta kurangnya dukungan dan kompensasi yang diberikan oleh organisasi (Tambunan & Banjarnahor, 2023). Tenaga Kesehatan memiliki risiko lebih besar mengalami kejadian gangguan stress packa trauma (PTSD) (Carmassi *et al.*, 2020). Pemerintah perlu menyusun tahapan tanggap bencana untuk mempersiapkan tenaga Kesehatan bila kejadian bencana tersebut kembali muncul (MHPSS Reference Group, 2020).

#### **E. Asuhan Keperawatan Psikologis pada Klien dengan Penyakit Yang Mengancam Nyawa**

Banyak penyakit atau kondisi kronis dapat mengancam kehidupan dan mempengaruhi kejiwaan. Penyakit-penyakit ini dapat memengaruhi berbagai kelompok pasien, termasuk pasien neonatal, pediatrik, remaja, dewasa, dan lansia. Komunikasi yang proaktif dan intensif dengan pasien, keluarga, dan pengasuh memiliki peran penting dalam memberdayakan

perencanaan perawatan, memberikan informasi untuk pengambilan keputusan, mengurangi beban keluarga, dan sangat menentukan kepuasan pasien serta keluarga terhadap perawatan. Salah satu intervensi yang paling terampil dan berharga yang dapat dilakukan oleh perawat saat merawat pasien dan keluarga adalah menggunakan kehadiran. Kehadiran terapeutik adalah istilah yang mencerminkan pengalaman yang menyembuhkan, penuh hormat, waspada, dan penuh kasih sayang saat terlibat dalam hubungan dengan sesama manusia dalam suasana hormat, empati, dan positif (Finfgeld-Connett, 2006). Kehadiran memiliki peran yang signifikan dalam menciptakan hubungan terapeutik, Kehadiran juga didefinisikan sebagai "bersama-sama" daripada "melakukan untuk" (Dettmore dan Gabriels, 2011). Penggunaan kehadiran terapeutik melibatkan fokus, intuisi, keterbukaan, mendengarkan dengan aktif, dan kenyamanan dengan keheningan (GW Stuart, 2016).

Penting bagi perawat untuk mengakui keluhan yang diajukan dan meresponsnya dengan kesabaran serta tanpa menunjukkan sikap defensif. Anggota keluarga cenderung merasa lebih tenang, puas, dan berada dalam kendali yang lebih baik ketika masalah yang mereka identifikasi ditanggapi dengan segera dan penuh hormat. Adapun cara-cara yang dapat dilakukan oleh perawat dalam menanggapi kekhawatiran pasien atau keluarga melibatkan beberapa langkah, seperti:

1. Mendengarkan tanpa interupsi atau membela diri, memberikan kesempatan kepada orang tersebut untuk menyampaikan keluhannya dan merasa dihormati serta lebih terkendali.
2. Menilai apakah ada tindakan konkret yang dapat diambil untuk menyelesaikan situasi tersebut dan berpikir secara kreatif dengan menggunakan sumber daya yang tersedia
3. Menyediakan apa yang diminta, jika memungkinkan, seperti mengundang ahli gizi untuk membahas preferensi makanan pasien

4. Menjelaskan proses pemberian obat dengan detail, memberikan saran kepada pasien untuk memberi waktu yang "normal" dalam rentang waktu tertentu antara permintaan dan pengiriman sebelum menggunakan lampu panggilan
5. Menyatakan penyesalan dengan tulus sehubungan dengan realitas situasi, misalnya, mengenai kebutuhan untuk tetap berpuasa untuk tes atau prosedur lain, meskipun merasa lapar atau haus
6. Menggunakan obat sesuai dengan petunjuk yang telah diberikan, menjelaskan kepada pasien mengenai jenis obat yang telah diatur, kapan dan bagaimana cara menggunakannya. Meminta tim perawatan untuk memberikan instruksi tertulis guna membantu mengelola gejala-gejala yang mengganggu

#### **F. Rangkuman**

Kelompok khusus merujuk kepada sekelompok masyarakat atau individu yang memerlukan bantuan, bimbingan, pelayanan Kesehatan dan asuhan keperawatan karena kondisi fisik, mental, sosial, budaya, dan ekonominya. Perlu pendampingan khusus pada keperawatan jiwa untuk mencegah penurunan derajat Kesehatan jiwa ataupun mempertahankan dan meningkatkan status Kesehatan jiwa..

#### **G. Latihan Soal**

1. Seorang Perempuan berusia 16 tahun memiliki bentuk tubuh yang tidak sempurna (achondroplasia), aktif mengikuti kegiatan dan termasuk siswa berprestasi. Orang tua sangat mendukung kegiatan yang diminati oleh klien dan lingkungan teman sebaya tidak membedakan kondisi yang dialami klien.  
Apakah yang berpengaruh pada klien sesuai dengan kasus diatas?
  - A. Sumber koping yang baik
  - B. *Resilience* yang baik

- C. Pola asuh yang baik
  - D. Fungsi psikologis yang baik
2. Apakah dampak yang terjadi pada anak usia sekolah yang mengalami kekerasan?
    - A. Perilaku regresif
    - B. Gangguan ikatan emosional
    - C. Rasa malu dan tertutup terkait rahasia keluarga
    - D. Perilaku kelekatan yang ditandai oleh merengek,
  3. Apakah alasan pemeriksaan status mental harus menjadi bagian integral dari penilaian geropsikiatri?
    - A. Adanya identifikasi area spesifik pada kognitif
    - B. Pentingnya memastikan keparahan tingkat demensia pada lansia
    - C. Pentingnya mengetahui gejala kebingungan efek penurunan kognitif
    - D. Adanya keterkaitan yang erat antara gejala klinis kebingungan dan depresi
  4. Langkah-langkah apa sajakah yang termasuk dalam proses perawatan ketika menghadapi klien dengan masalah penyakit mengancam nyawa?
    - A. Menyediakan waktu untuk berkomunikasi
    - B. Memperhatikan keluhan yang dirasakan
    - C. Menyelesaikan gejala yang muncul
    - D. Mendengarkan tanpa interupsi
  5. Berikut fase respon kripsi ketika individu menghadapi bencana, kecuali?
    - A. Distress psikologis
    - B. Disorganisasi psikologi
    - C. Kecemasan menghadapi situasi bencana
    - D. Membuat strategi baru bila penanganannya sebelumnya gagal

**Kunci Jawaban**

1. A   2. C   3. D   4. D   5. A

# BAB 18

## ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN PENGGUNA NAPZA

Stepanus Prihasto Septiawan

### Capaian Pembelajaran

1. Memahami pengertian NAPZA serta jenis-jenis narkotika, psikotropika, dan zat adiktif yang sering disalahgunakan.
2. Mengetahui rentang respons gangguan penggunaan zat adiktif dari tahap eksperimental hingga ketergantungan.
3. Memahami faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah kecanduan, termasuk faktor predisposisi dan presipitasi.
4. Mengetahui tanda dan gejala yang dapat ditimbulkan oleh konsumsi zat adiktif serta dampaknya pada kesehatan fisik, mental, dan sosial.
5. Memahami asuhan keperawatan jiwa yang diberikan pada klien pengguna NAPZA, termasuk pengkajian, diagnosis, intervensi, dan evaluasi.

### A. Pengertian NAPZA

Narkotika, psikotropika, dan zat adiktif atau yang disingkat NAPZA merupakan nama lain dari narkoba. *Narkotika* adalah bahan obat-obatan yang digunakan untuk susunan sistem syaraf pusat yang digunakan sebagai pereda rasa sakit. *Psikotropika* adalah obat-obatan yang digunakan untuk aktivitas mental dan perilaku. *Bahan adiktif* adalah bahan yang digunakan dan dapat menimbulkan ketagihan dan kecanduan. Pengguna atau pemakai setelah menggunakan narkoba dapat merasa senang, bersemangat, efek halusinasi, dan mempengaruhi suasana hati. Efek ini yang digunakan pemakai apabila ada

masalah rasa percaya diri, pelarian dari masalah, dan bersenang-senang.

## B. Jenis Zat Adiktif

Zat psikoaktif yang bersifat adiksi ada beberapa macam yang sering disalah gunakan yaitu (Iyus & Titin, 2014):

1. Golongan Opioida: Morfin, heroin (putaw), codein
2. Golongan Kanabis: Ganja (mariyuana)
3. Golongan Kokain: Serbuk kokain dan daun koka
4. Golongan Alkohol: Semua minuman yang mengandung Ethyl alcohol
5. Golongan Sedatif Hipnotik: Rohypnol, Magadon, Dumolid, Nipam
6. Golongan MDA (Methylene dioxy meth ampetahamine): Ampetamine Benzedrine, Dexedrine
7. Golongan Halusinogen: Kecubung, LSD
8. Golongan Solven dan inhalasia: Aica Aibon (Glue/lem), Thiner
9. Nikoten: Tembakau
10. Kafein: Kopi dan Teh

## C. Rentang Respons Gangguan Penggunaan Zat Adiktif

*Respon Adaptif*

*Respon Maladaptif*



Eksperim ental      Rekreasi onal      Situasio nal      Penyalahgu naan      Ketergantun gan

1. *Ekperimental* : Kondisi pada taraf awal karena rasa ingin tahu untuk mencari pengalaman dan hal baru
2. *Rekreasional* : Penggunaan yang dilakukan pada saat tertentu misalnya berkumpul pada suatu acara, dengan hanya rekreasi atau mencari hiburan
3. *Situasional* : Mempunyai tujuan tersendiri untuk kebutuhan dirinya seperti lari dari masalah, seperti halnya jika sedang stress dan frustrasi

4. *Penyalahgunaan*: Penggunaan secara patologis dan rutin digunakan yang mulai menimbulkan gangguan dari peran sosial, pendidikan dan perilaku
5. *Ketergantungan* : Telah menimbulkan ketergantungan secara fisik dan psikologis dengan penggunaan yang rutin serta adanya peningkatan jumlah dalam penggunaannya.

#### **D. Proses Terjadinya Masalah**

Menurut Farida & Yudi (2010) ada beberapa faktor terjadinya masalah kecanduan yaitu:

1. Faktor Predisposisi
  - a. Faktor biologis
    - 1) Keluarga: orang tua atau keluarga yang menggunakan napza
    - 2) Metabolic: perubahan metabolisme alkohol yang menyebabkan perubahan respon psikologis
    - 3) Infeksi pada otak: gejala sisa ensefalitis dan meningitis
  - b. Faktor psikologis
    - 1) Tipe kepribadian: dependen, ansietas dan depresi
    - 2) Harga diri rendah akibat pengalaman masa lalu
    - 3) Disfungsi keluarga: keluarga tidak harmonis, orang tua pengguna dan role model yang negative
  - c. Faktor sosial kultural
    - 1) Sikap masyarakat yang acuh pada pengguna zat
    - 2) Kebudayaan: penggunaan alkohol pada setiap acara adat
    - 3) Lingkungan: tempat kumuh, pada, diskotik dan tempat prostitusi
    - 4) Keyakinan pada agama yang kurang
2. Faktor Presipitasi
  - a. Kebutuhan pengakuan dari teman sebaya
  - b. Meyakini prinsip kesenangan seperti untuk merasa rileks, senang
  - c. Mengalami kehilangan sesuatu yang berarti dan dimiliki
  - d. Dampak kemajuan zaman dan teknologi

## **E. Tanda dan Gejala**

Tanda gejala yang dapat ditimbulkan mengkonsumsi narkoba adalah menurut Badan Narkotika Nasional (2019):

### **1. Dehidrasi**

Penyalahgunaan zat narkoba dapat mengganggu keseimbangan elektrolit dalam tubuh, sehingga tubuh kekurangan cairan yang dapat menimbulkan tanda dan gejala seperti halusinasi, perilaku marah dan agresif, rasa seperti sesak pada dada. Apabila dibiarkan maka akan merusak fungsi otak.

### **2. Halusinasi**

Gejala ini sering ditimbulkan dari zat narkoba seperti ganja, extacy, putaw dsb. Penggunaan dalam dosis yang berlebih akan menimbulkan muntah, takut berlebih dan perasaan cemas. Apabila digunakan dalam dosis berlebih dan jangka panjang akan mengakibatkan kecemasan yang berkepanjangan, rasa takut dan bahkan gangguan jiwa.

### **3. Menurunnya tingkat kesadaran**

Penggunaan yang berlebihan dan berkepanjangan akan memberikan efek pada tubuh terlalu rileks hingga turunnya kesadaran. Banyak kasus hingga tertidur lama dan tidak bangun, hal ini akan menyebabkan hilangnya daya ingat sehingga sulit mengenali lingkungan sekitar.

### **4. Gangguan kualitas hidup**

Orang yang mengkonsumsi zat narkoba akan mengganggu aktivitas dan kegiatannya sehari-hari. Pengguna juga akan bermasalah pada keuangan karena habis untuk membeli barang tersebut dan relasi dengan keluarga serta lingkungan juga akan terganggu karena cenderung pengguna lebih sering menyendiri.

## **F. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Pengguna Napza**

### **1. Pengkajian**

#### **a. Fisik**

Data secara fisik yang ditemukan pada pasien penggunaan NAPZA adalah: nyeri, gangguan pola tidur,

diare, konstipasi, menurunnya nafsu makan, menurunnya kebersihan diri, perilaku seks yang tidak normal, komplikasi pada jantung dan paru-paru. Sasaran yang akan dicapai adalah agar klien mampu teratur dalam pemenuhan kebutuhan hidupnya.

b. Emosional

Perasaan cemas berlebih, rasa takut jika ketahuan, kurang percaya diri. Sasaran yang ingin dicapai adalah untuk dapat mengontrol dan mengendalikan diri.

c. Sosial

Lingkungan sosial yang dekat dengan pengguna adalah pengguna lainnya juga yang berada dilingkungan klien. Sasaran yang akan dicapai adalah klien mampu bersosialisasi dengan keluarga dan orang lain disekitarnya.

d. Intelektual

Pikiran yang dialami klien adalah rasa ingin selalu memakai zat tersebut sehingga mengganggu aktivitas seperti sekolah atau bekerja. Sasaran yang akan dicapai adalah agar klien mampu meningkatkan daya pikir agar berpikir lebih positif.

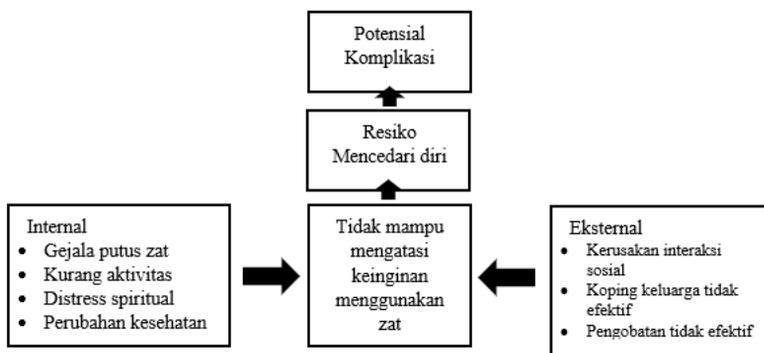
e. Spiritual

Kegiatan keagamaan berkurang sehingga nilai kebaikan ditinggalkan karena kebiasaan klien yang mengancam, tidak jujur bahkan mencuri. Sasarannya adalah agar klien mampu meningkatkan kegiatan keagamaan dan menerapkan nilai-nilai norma masyarakat yang baik.

f. Keluarga

Keluarga cemas akan kondisi klien, kurangnya komunikasi dengan keluarga, pola asuh tidak efektif dan kurangnya dukungan keluarga terhadap klien. Sasaran yang akan dicapai adalah keluarga mampu merawat klien dan mencegah terjadinya kekambuhan.

## G. Pohon Masalah



Gambar 18. 1

## H. Diagnosis Keperawatan

1. Resiko distress spiritual berhubungan dengan penyalahgunaan zat
2. Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakpercayaan terhadap kemampuan mengatasi masalah

## I. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan	
		Luaran	Intervensi
1	Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakpercayaan mengatasi masalah (SDKI, D.0096, Hal 210)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status koping meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan memenuhi peran sesuai</li> </ul>	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan</li> <li>2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki</li> <li>3. Identifikasi sumber daya untuk mencapai tujuan</li> </ol> <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan perubahan peran yang dialami</li> <li>2. Gunakan pendekatan tenang dan meyakinkan</li> <li>3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p>

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan	
		Luaran	Intervensi
		usia meningkat • Perilaku koping efektif meningkat • Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah membaik • Verbalisasi pengakuan masalah menurun • Verbalisasi kelemahan diri menurun • Perilaku asertif meningkat	1. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang sama 2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
2	Resiko distress spiritual berhubungan dengan penyalahgunaan zat (SDKI, D.0100, hal 218)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi distress spiritual dengan kriteria hasil : • Verbalisasi makna dan tujuan	<i>Terapeutik</i> 1. Sediakan lingkungan yang tenang untuk refleksi diri 2. Fasilitasi mengidentifikasi masalah spiritual 3. Fasilitasi mengidentifikasi hambatan dalam pengenalan diri 4. Fasilitasi mengeksplorasi keyakinan terkait pemulihan tubuh, pikiran dan jiwa 5. Fasilitasi hubungan persahabatan dengan orang lain dan pelayanan keagamaan

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan	
		Luaran	Intervensi
		hidup meningkat • Verbalisasi kepuasan terhadap makna hidup meningkat • Verbalisasi perasaan keberdayaan meningkat • Perilaku marah pada Tuhan menurun • Kemampuan beribadah membaik	<i>Edukasi</i> 1. Anjurkan membuat komitmen spiritual berdasarkan keyakinan dan nilai 2. Anjurkan berpartisipasi dalam kegiatan ibadah (hari raya, ritual) meditasi  <i>Kolaborasi</i> 1. Rujuk pada pemuka agama/ kelompok agama jika perlu 2. Rujuk pada kelompok pendukung, swabantu, atau program spiritual, jika perlu

## J. Evaluasi

Perawat mampu mengevaluasi klien dalam mengatasi keinginan menggunakan zat. Klien dapat merencanakan langkah untuk masa depannya dan keyakinan tidak menggunakan zat tersebut. Perilaku klien dapat ditunjukkan dengan menolak tawaran menggunakan kembali dan pergi dari tempat tersebut. Perawat juga mengevaluasi dari hubungan klien dengan keluarga sudah terbina saling percaya, komunikasi efektif untuk sama-sama mengatasi keinginan menggunakan zat narkoba.

## K. Rangkuman

Asuhan Keperawatan pada klien harus dilakukan secara menyeluruh dan holistic yang mencakup biopsikospiritual. Klien dengan NAPZA sangat rentan untuk kembali menggunakan zat narkoba, maka diperlukan upaya untuk

berhenti dari klien sendiri dan dukungan keluarga, dan lingkungan yang kondusif. Asuhan keperawatan dan diagnosis dapat ditentukan sesuai dengan keadaan klien sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada klien dan keluarga.

#### L. Latihan Soal

1. Apa yang dimaksud dengan NAPZA?
  - A. Narkotika, Psikotropika, Zat Adiktif
  - B. Narkoba, Psikotropika, Zat Asing
  - C. Narkotika, Psikologi, Zat Adiktif
  - D. Narkoba, Psikotropika, Zat Adiktif
2. Apa yang dimaksud dengan jenis zat adiktif golongan Alkohol?
  - A. Ganja
  - B. Semua minuman yang mengandung Ethyl alcohol
  - C. Morfin
  - D. Kecubung
3. Bagaimana rentang respons gangguan penggunaan zat adiktif dari tahap Situasional hingga Ketergantungan?
  - A. Situasional, Eksperimental, Ketergantungan, Rekreasional
  - B. Situasional, Rekreasional, Eksperimental, Ketergantungan
  - C. Rekreasional, Situasional, Eksperimental, Ketergantungan
  - D. Eksperimental, Situasional, Rekreasional, Ketergantungan
4. Apa yang menjadi faktor predisposisi terjadinya masalah kecanduan?
  - A. Infeksi pada otak
  - B. Sikap masyarakat yang acuh pada pengguna zat
  - C. Kebudayaan
  - D. Kecubung

5. Apa yang menjadi tanda dan gejala yang dapat ditimbulkan oleh konsumsi zat adiktif?
- A. Menurunnya tingkat kesadaran
  - B. Perilaku marah pada Tuhan
  - C. Gangguan kualitas hidup
  - b. Semua jawaban benar

**Kunci Jawaban**

1. A   2. B   3. B   4. A   5. D

## GLOSARIUM

### A

**Advocacy (Advokasi):** Upaya untuk membela atau memperjuangkan hak-hak individu yang mengalami gangguan jiwa dalam masyarakat dan sistem layanan kesehatan jiwa.

**Advokat korban pemerkosaan:** Seseorang yang memberikan dukungan hukum dan sosial kepada korban pemerkosaan dalam proses hukum.

**Anak Jalanan:** Anak-anak yang meninggalkan rumah, sekolah, dan masyarakat sebelum usia enam belas tahun dan hidup nomaden di jalanan.

**Anak Terlantar:** Anak yang tidak terpenuhi kebutuhannya secara wajar, baik fisik, mental, spiritual, maupun sosial.

**Asuhan keperawatan:** Perawatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, seperti perawat, untuk memenuhi kebutuhan kesehatan fisik dan psikologis pasien.

### B

**Berkebun (Gardening Therapy):** Jenis terapi modalitas yang melibatkan kegiatan berkebun untuk menjaga kesehatan mental dan fisik, terutama pada lansia.

**Biofarmasi (Biopharmaceutics):** Ilmu yang meneliti pengaruh formulasi obat terhadap efek terapeutiknya.

### C

**Children from Families of the Street:** Anak-anak yang berasal dari keluarga yang hidup di jalanan.

**Children of the Street:** Anak-anak yang berpartisipasi penuh di jalanan, baik secara sosial maupun ekonomi.

**Children on the Street:** Anak-anak yang mempunyai kegiatan ekonomi di jalan, namun masih mempunyai hubungan yang kuat dengan orang tua mereka.

**Cognitive therapy:** istilah yang lebih umum dari terapi kognitif dan merupakan salah satu bentuk dari psikoterapi. Terapi kognitif

bertujuan untuk melatih cara berpikir (fungsi) kognitif dan cara bertindak (perilaku).

## D

**Dokumentasi medis:** Proses mencatat informasi medis secara sistematis untuk keperluan pengobatan, penelitian, atau hukum.

**Dukungan berkelanjutan:** Dukungan yang diberikan secara terus-menerus dalam jangka waktu yang panjang untuk membantu pemulihan dan kesejahteraan korban.

## E

**Empowerment (Pemberdayaan):** Memberikan kebebasan kepada individu untuk memilih jalur pemulihan yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi mereka.

## F

**Farmakodinamika (Pharmacodynamics):** Ilmu yang mempelajari efek obat terhadap fungsi organisme, cara kerja obat, dan pengaruhnya terhadap reaksi biokimia serta struktur dan fungsi organ.

**Farmakognosi (Pharmacognosy):** Ilmu yang mempelajari obat-obatan yang berasal dari tanaman, mineral, atau hewan.

**Farmakokinetika (Pharmacokinetics):** Ilmu yang mempelajari perjalanan obat dalam tubuh, termasuk absorpsi, distribusi, metabolisme, dan ekskresi.

**Farmakologi (Pharmacology):** Ilmu yang mempelajari obat dalam segala aspeknya, termasuk sifat kimiawi, fisik, fisiologi, dan resorpsi dalam tubuh manusia.

**Farmakologi Kuno (Ancient Pharmacology):** Periode dalam sejarah farmakologi sebelum tahun 1700, ditandai dengan penggunaan obat berdasarkan observasi empiris.

**Farmakologi Modern (Modern Pharmacology):** Periode dalam sejarah farmakologi pada abad ke-18 dan ke-19, ditandai dengan penelitian lebih mendalam tentang obat dan cara kerjanya.

**Farmakope (Pharmacopoeia):** Buku resmi yang memuat standarisasi obat-obatan penting serta persyaratannya untuk

identitas, kadar kemurnian, metode analisis, dan resep sediaan farmasi.

**Farmakoterapi (Pharmacotherapy):** Ilmu yang mempelajari penggunaan obat-obatan untuk mengobati penyakit atau gejala.

**Farmakoterapi (Pharmacotherapy):** Ilmu yang mempelajari penggunaan obat untuk mengobati penyakit atau gejala.

## H

**Hope (Harapan):** Keyakinan bahwa pemulihan adalah mungkin dan bahwa ada harapan untuk masa depan yang lebih baik.

## K

**Kekerasan seksual:** Tindakan yang melibatkan kontak atau perilaku seksual yang terjadi di luar kehendak seseorang.

**Konseling krisis:** Layanan konseling yang diberikan kepada individu yang mengalami krisis emosional atau psikologis untuk membantu mereka mengatasi masalah tersebut.

**Korban pemerkosaan:** Orang yang mengalami pemerkosaan dan memerlukan perawatan dan dukungan khusus.

## M

**MPKP:** Model Praktik Keperawatan Profesional

## N

**Nihilistik:** tidak ada, tidak berarti, atau tidak ada gunanya.

## O

**Occupational therapy:** prosedur perawatan khusus yang dilakukan kepada seseorang yang mengalami masalah kesehatan tertentu, agar bisa mendapatkan harapan positif

## P

**Peer Support (Dukungan Sebaya):** Dukungan yang diberikan oleh individu yang memiliki pengalaman serupa dalam mengatasi gangguan jiwa.

**Pemerksaan:** Tindakan kekerasan yang melibatkan penetrasi penis ke dalam vagina perempuan tanpa persetujuan atau kehendak mereka.

**Person-Centered Planning (Perencanaan Berpusat pada Individu):** Pendekatan dalam perencanaan layanan yang menempatkan individu sebagai pusat dalam menentukan tujuan, kebutuhan, dan keinginan mereka sendiri.

**Profilaksis kehamilan:** Tindakan pencegahan kehamilan yang dilakukan setelah kemungkinan terpapar sperma, seperti dalam kasus pemerksaan.

**Psychotic:** kondisi yang menyebabkan penderitanya sulit membedakan kenyataan dan imajinasi.

## R

**Recovery (Pemulihan):** Proses yang unik bagi setiap individu yang mengalami gangguan jiwa untuk mengubah sikap, nilai-nilai, dan keterampilan.

**Resilience (Daya Tahan):** Kemampuan individu untuk pulih dari kesulitan atau trauma, dan mampu berkembang dengan positif meskipun mengalami stres.

## S

**Self ideal:** kondisi dimana seseorang ingin melihat dirinya seperti apa yang diinginkannya.

**Somatic :** kondisi yang terjadi ketika seseorang mengeluhkan gejala-gejala fisik namun tidak ditemukan adanya penyakit tertentu saat dilakukan pemeriksaan fisik maupun penunjang.

**Stigma (Stigma):** Label negatif atau stereotip yang melekat pada individu yang mengalami gangguan jiwa, yang dapat menghalangi proses pemulihan mereka.

**Street Child:** Anak-anak yang telah meninggalkan rumah, sekolah, dan masyarakat sebelum usia enam belas tahun dan hidup nomaden di jalanan.

**Sumber coping:** Pemecahan masalah dimana seseorang menggunakannya untuk mengelola kondisi stress.

## T

**Terapi Modalitas (Therapy Modalities):** Jenis terapi yang bertujuan mengubah perilaku maladaptif menjadi lebih adaptif, umumnya digunakan oleh individu dengan gangguan mental dan lansia.

**Terapi Perilaku Kognitif (Cognitive Behavioral Therapy):** Jenis terapi modalitas yang fokus pada perubahan pola pikir dan perilaku untuk mengatasi gangguan mental.

**Terapi Rekreasi (Recreational Therapy):** Terapi modalitas yang dilakukan melalui kegiatan rekreasi, seperti liburan ke tempat wisata, untuk meningkatkan kesehatan mental dan membangun interaksi sosial.

**Terapi Religius (Religious Therapy):** Jenis terapi modalitas yang memanfaatkan aspek religiusitas untuk membantu individu mencapai ketenangan dan membangun kembali semangat hidup.

**Tidal Model:** Model pemulihan yang berfokus pada pemberdayaan individu melalui penggunaan kekuatan metafora air.

**Tim Primer:** kombinasi metode tim dan metode primer

**Toksikologi (Toxicology):** Ilmu yang mempelajari efek racun dari obat atau zat-zat beracun terhadap tubuh.

**Toksikologi (Toxicology):** Ilmu yang mempelajari efek racun dari obat atau zat-zat beracun terhadap tubuh.

**Trauma psikologis:** Dampak emosional dan psikologis yang serius yang dialami seseorang setelah mengalami kejadian traumatik.

## W

**WRAP (Wellness Recovery Action Plan):** Pengembangan toolbox untuk kesehatan mental yang membantu individu dalam merencanakan strategi pemulihan pribadi.

## DAFTAR PUSTAKA

- A. Soedijar Z.A (1989). Penelitian Profil Anak Jalanan di DKI Jakarta. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Sosial Departemen Sosial Republik Indonesia.
- Abdul Nasir dan Abdul Muhith. (2016). Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa, Pengantar dan Teori. Salemba Medika.
- AFT. (2023). What is family therapy. Diakses melalui <https://www.aft.org.uk/page/whatisfamilytherapy>
- Alan. S. bellack, 2006. Scientific and Consumer Models of *recovery* in Schizophrenia : Concordance, Contrasts, and Implications. Schizophrenia Bulletin, Volume 32, Issue 3, July 2006, Pages 432-442, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj044>
- Anief, Moh (2018-07-11). Prinsip Umum dan Dasar Farmakologi. Yogyakarta: UGM PRESS. hlm. 6. ISBN 978-979-420-343-9. Diarsipkan dari versi asli tanggal 2023-07-18. Diakses tanggal 2020-11-30.
- Anna Keliat, Budi & Pasaribu, J. (2016). Prinsip dan Praktek Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart Edisi Indonesia (2nd ed.). Elsevier.
- Anthony A. W. 1993. *Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of Mental Health Service System in the 1990s*. Reprinted from Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993, 16(4), 11-23. <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/anthony1993c.pdf>
- Arya, R. (2023). Buku Ajar Jiwa S! Keperawatan. Jakarta: Mahakarya Citra Utama. [https://www.google.co.id/books/edition/Buku\\_Ajar\\_Jiwa\\_S1\\_Keperawatan/9QDDEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=buku+keperawatan+jiwa+defisit+perawatan+diri&pg=PA196&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Jiwa_S1_Keperawatan/9QDDEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=buku+keperawatan+jiwa+defisit+perawatan+diri&pg=PA196&printsec=frontcover)
- Atmojo, B. S. R., & Purbaningrum, M. A. (2021). *LITERATURE REVIEW: PENERAPAN LATIHAN KEMAMPUAN POSITIF TERHADAP PENINGKATAN HARGA DIRI RENDAH PADA KLIEN YANG MENGALAMI SKIZOFRENIA. 2.*

- Azizah, L. M., Zainuri, I., Akbar, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa (Teori dan Aplikasi Praktik Klinik). Indomedia Pustaka.
- Badan Pengembangan dan Pusat Bahasa. (2016). KBBI. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/>
- Barimbing, M. A. (2020). Koping Sebagai Faktor Protektif Resiliensi Keluarga Yang Memiliki Remaja Dengan Gangguan Jiwa (Pendekatan Teori Keperawatan "Resilience" Haase&Peterson). *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan*, 11(3), 17-24.
- Berman, A., Snyder. S. & Fradsen, G. (2016). *Kozie and Erb's Fundamentals of Nursing*. Pearson Education.
- Beyhan Bag (2019) Tidal Model in Mental Health and Psychiatric Nursing Practices. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in* doi: 10.18863/pgy.411672 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/739661>
- Boyd, M. A. (2018). *Psychiatric nursing: Contemporary Practice* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Budi Anna Keliat, dkk . 2019 . *Asuhan Keperawatan Jiwa* . Buku Kedokteran. EGC
- C. Crimmings. 2013. *A guide To Completing Your Wellness Recovery Action Plan (WRAP)*. St. Vincent's Mental Health Service Acute Inpatient Service. [https://healthsciences.unimelb.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/3391719/Guide-to-developing-a-WRAP-for-acute-inpatient-service-and-for-community-s ettings.pdf](https://healthsciences.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0006/3391719/Guide-to-developing-a-WRAP-for-acute-inpatient-service-and-for-community-settings.pdf)
- Carr, A. (2008). *Family Therapy: Concepts, Process and Practice: Second Edition*. In *Family Therapy: Concepts, Process and Practice: Second Edition* (Second). John Wiley & Sons, Ltd.
- Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., & Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 292(May), 113312. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>

- Cherry, K. (2023). Electroconvulsive Therapy (ECT): Definition, Types, Techniques, Efficacy. 27 November 2023. <https://www.verywellmind.com/electroconvulsive-therapy-2795172>
- Corrigan, P. W., Mueser, K., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). Principles and practice of psychiatric rehabilitation : an empirical approach. The Guilford Press.
- Dermawan, D. a. (2013). Konsep dan kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. . Yogyakarta: Gosyan Publisshing.
- Direja, & Ade , H. s. (2011). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa . Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ditzer, J., Wong, E. Y., Modi, R. N., Behnke, M., Gross, J. J., & Talmon, A. (2023). Child Maltreatment and Alexithymia: A Meta-Analytic Review. Psychological Bulletin. <https://doi.org/10.1037/bul0000391>
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2000). Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien (3 ed.). EGC.
- Dwidiyanti, M., Veronika, D., & Kaloeti, S. (2022). A systematic review : emotional impact as a family ' s experience caring for schizophrenic patients Tinjauan sistematis: dampak emosional sebagai pengalaman keluarga dalam merawat pasien skizofrenia.
- Eko, P. (2014). Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa. Nuha Medika.
- Elvira, Sylvia, D., & Gitayanti, H. (2021). Buku Ajar Psikiatri Edisi ke-3 Cetakan ke-3. Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Endah Sari Purbanningsih, 2019. Persepsi Klien, Keluarga, Tenaga Profesional dan Pengambil Kebijakan tentang *recovery* Pada Klien Skizofrenia di Kecamatan Harjamukti Kota Cirebon. Syntax Literate : Jurnal Ilmiah Indonesia p-ISSN: 2541-0849 e-ISSN : 2548-1398 Vol.4, No. 3 Maret 2019
- Erlando. (2019). Terapi Kognitif Perilaku Dan Defisit Perawatan Diri: Literatur. Arteri. Jurnal Ilmu Kesehatan, 1 (1) 94-100.

- Erwin. (2013). Karakteristik Anak Jalanan dan Bentuk Bentuk Kekerasan terhadap Anak Jalanan di Kota Padang Provinsi SUmatara barat. *Antropologi Indonesia* Vol. 34, No. 2, 176-189.
- Evans, K., Nizette, D., & O'Brien, A. (2017). *Psychiatric & mental health nursing* (4th ed.). Elsevier.
- Evi, E., Kaligis, F., Wiguna, T., & Kusumawardhani, A. A. A. A. (2021). Gangguan Memori Kerja pada Anak dengan Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas: Suatu Studi Komparatif. *Sari Pediatri*, 23(2), 88. <https://doi.org/10.14238/sp23.2.2021.88-94>
- Fakhiratunnisa, S. A., Pitaloka, A. A. P., & Ningrum, T. K. (2022). Konsep Dasar Anak Berkebutuhan Khusus. *Masaliq*, 2(1), 26-42. <https://doi.org/10.58578/masaliq.v2i1.83>
- Fitria , N. (2012). Prinsip dasar dan aplikasi penulisan laporan pendahuluan dan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (LP dan SP) untuk 7 diagnosis keperawatan jiwa berat. Jakarta: Salemba Medika.
- Fitria, N. (2011). Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP). Salemba Medika.
- Fransch, C. J. P. (2016). ... wood, carved by the knife of circumstance ...? Cape rapists and rape in South Africa, c. 1910-1980. [PhD-Thesis - Research external, graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam]. Vrije Universiteit.
- Gillies, D.A. (1996). *Nursing manajement : system approach*. Chigago : Lippincott Company
- Gilmore, B. S., & Evans, J. W. (1980). The Nursing Care of Rape Victims. In *The Rape Crisis Intervention Handbook*. [https://doi.org/10.1007/978-1-4684-3689-1\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-3689-1_4)
- Goldenberg, I., Goldenberg, H., Pelavin. (2011). Family therapy. Corsini RJ, Wedding DD, editors. *Current Psychotherapies*. 9th edition Brooks/Cole; Belmont, CA
- Hall, E. (1984). *The Rape Crisis Intervention Handbook: A Guide for Victim Care*. *Psychology of Women Quarterly*, 8(4). <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1984.tb00648.x>

- Handajani□, A., & Setiawati□□, Y. (t.t.). Tinjauan Kepustakaan REHABILITASI VOKASIONAL PADA PASIEN SKIZOFRENIA.
- Handayani, E., Laili, N., Hartono, D., Prasetyanto, D., & Hasina, S. N. (2022). Analisis Situasi (Fishbone) dalam Asuhan Keperawatan Komunitas Pada Anak Sekolah Dengan Masalah Risiko Kekerasan Seksual: Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan*, 14, 1001-1010.
- Hardayati, Y. A., & Susanti, H. (2022). Transformasi dan Integrasi Teknologi Dalam Pelayanan Keperawatan Jiwa Perkotaan. In *Prosiding Pertemuan Ilmiah IPKJI*
- Hawari, D. (2013). *Manajemen stres, cemas dan depresi* (Second edi). Badan Penerbit FKUI. <https://lontar.ui.ac.id/detail?id=20417348>
- Heller, M. C. (2012). *Body psychotherapy: History, concepts, and methods*. W. W. Norton & Company.
- Herdman, T. H (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. (Edisi 11). Jakarta: EGC
- Hertini, R., Iskandar, S., & Hernawaty, T. (2020). Efektivitas Intervensi Self-Management Terhadap Adherence To Recommended Regimen Pada Klien Skizofrenia Di Wilayah Puskesmas Purwadadi Kecamatan Purwadadi Kabupaten Ciamis. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-Ilmu Keperawatan, Analis Kesehatan Dan Farmasi*, 20(2), 209-222.
- <https://bnn.go.id/pengertian-narkoba-dan-bahaya-narkoba-bagikesehatan/>
- Idaiani Sri, Yunita, I., & Tjandrarini, D. H. (2019). Prevalensi Psikosis di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar The Prevalence of Psychosis in Indonesia based on Basic Health Research. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 3(1), 9-16.
- Iyus, Y, Sutini, T. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance mental health Nursing*. Jakarta: Refika Aditama
- K.S. Jacob. 2015. *Recovery Model of Mental Illness : a Complementart Approach to Psychiatric Care*. Volume 37, issue 2. Indian

- Journal of Psychology Medicine.  
<https://doi.org/10.4103/0253-7176.155605>
- Kaakinen, J.R, S.H Hanon, and S.A Denham. (2010). *Family Health Care Nursing, Theory Practice and Research 4th Edition: Chapter 1*. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Keliat, B. A. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa* (B. A. Keliat (ed.)). EGC.
- Keliat, B A. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. EGC, Jakarta.
- Keliat. (2014). *Proses Keperawatan Jiwa Edisi 1*. Jakarta: EGC.
- Keliat dan Akemat. (2015). *Keperawatan Jiwa : Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes RI. *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta; 2013.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.01.07/MENKES/90/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV, Pub. L. No. HK.01.07/MENKES/90/2019 (2019).
- Khalim, S., Noviyanti, A., Nabila, S., & Budiarto, E. (2023). Gambaran Kemampuan Keluarga dalam Merawat ODGJ di Rumah. *Prosiding University Research Colloquium*, 1622–1627. Retrieved from <http://repository.urecol.org/index.php/proceeding/article/view/2602>
- Kinner, S. A., Harvey, C., Hamilton, B., Brophy, L., Roper, C., McSherry, B., & Young, J. T. (2017). Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 535–544. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000585>
- Kusumawati, F., & Hartono, Y. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* (Kusumawati Farida & Hartono Yudi, Ed.). Salemba Medika.
- L. Kee, Heyce dan Evelyn R. Hayes (1993). *Farmakologi (Pendekatan Proses Keperawatan)*. Jakarta: EGC. hlm. 134. ISBN 978-979-448-324-4. Diarsipkan dari versi asli tanggal 2023-07-18. Diakses tanggal 2020-11-30

- Laila , V., & Pardede, J. (2022). Penerapan Terapi Generalis Pada Penderita Skizofrenia Dengan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Pusuk Buhi Rsj Prof. dr. Muhammad Ildrem: Studi Kasu.
- Lapodi, A. R. (2023). Buku Ajar Manajemen Strategik Rumah Sakit. Uwais Inspirasi Indonesia.
- Leiknes, K. A., Schweder, L. J., & Høie, B. (2012). Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy worldwide. *Brain and Behavior*, 2(3), 283–344. <https://doi.org/10.1002/brb3.37>
- LPPM , 2008 . “Studi Karakteristik Anak Jalanan Dalam Upaya Penyusunan Program Penanggulangannya”. Universitas Semarang. Dalam Riptek UMS Vol 1 No 2, Tahun 2008, hal 41-45. Semarang
- Lusk, Mark. W. 1984. Street Children Program in Latin America. *Journal of Sociology & Social Welfare*
- Martin, P. (2023, October 13). Sexual Assault Nursing Care Plan. <https://Nurseslabs.Com/>.
- Mayestika, P., & Hasmira, M. H. (2021). Terapi Kreasi Seni Menggambar Terhadap Kemampuan Melakukan Menggambar Bentuk pada Pasien Harga Diri Rendah. *Jurnal Perspektif*, 4(4), 519. <https://doi.org/10.24036/perspektif.v4i4.466>
- MHPSS Reference Group. (2020). Catatan Tentang Aspek Kesehatan Jiwa dan Psikososial Wabah Covid. Iasc, Feb, 1-20.
- Mundakir. (2021). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1. Surabaya: UMSurabaya Publishing.
- Noviani, Nita dan Vitri Nurilawati (Oktober 2017). Farmakologi (Bahan Ajar Keperawatan Gigi) (PDF). Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan. hlm. 4-6. Diarsipkan dari versi asli (PDF) tanggal 2020-11-23. Diakses tanggal 2020-11-30.
- Novika N, dkk (2020). “ The Problems Of Children Street In The Red Light Tabek Gadang Pekanbaru City”. *Jurnal Online Mahasiswa Universitas Riau*. Volume 7 Edisi 2 Juli - Desember 2020. Riau

- Nugroho, F. A. (2014). Realitas Anak Jalanan Di Kota Layak Anak . Skripsi ( Studi Kasus Anak Jalanan di Kota Surakarta). Universitas Sebelas Maret
- Nurillawaty Rahayu, A., Daulima, N. H., Yulia Wardhani, I., & Bani Saleh, S. (t.t.). PENGALAMAN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) PASKA PASUNG DALAM MELAKUKAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL.
- Nurhalimah. (2016). Keperawatan Jiwa (Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan). Pusdik SDM Kesehatan Kemenkes RI.162-170.
- Nuryati (Oktober 2017). Farmakologi: Bahan Ajar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (PDF). Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan. hlm. 1-2. Diarsipkan dari versi asli (PDF) tanggal 2020-11-23. Diakses tanggal 2020-11-30.
- Oktaviani, R., & Azeharie, S. S. (2020). Penyingkapan Diri Perempuan Penyintas Kekerasan Seksual. *Koneksi*, 4(1), 98. <https://doi.org/10.24912/kn.v4i1.6635>
- Paryono, Amir, L. (2023). Konsep Keperawatan Anak Berkebutuhan Khusus. In Paryono (Ed.), *ILMU DASAR KEPERAWATAN ANAK* (pertama). TAHTA MEDIA GROUP.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 Tahun 2013 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS, (2019).
- PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 76 TAHUN 2014. (t.t).
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing* edisi 7. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter & Perry (2013). *Fundamental of Nursing*. Mosby Elsevier
- PP RSJ Prof. HB. Saanin Padang. (2016). Panduan Pengaplikasian Restrain Dan Isolasi Pengasingan Terhadap Pasien. Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
- PPNI, T. P. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik ((cetakan III) 1 ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.

- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- Prabowo, E. (2014). Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Puri, B., Laking, P., & Treasaden, I. (2011). Buku Ajar Psikiatri (Edisi kedua) (H. Muttaqin & F. Dani (eds.)). Penerbit Buku Kedokteran: EGC.
- Puspita, S. M. (2019). SELING Jurnal Program Studi PGRA KEMAMPUAN MENGELOLA EMOSI SEBAGAI DASAR KESEHATAN MENTAL ANAK USIA DINI. Jurnal Program Studi, 5, 82-92.
- Putri, Nina Hertiwi (06 September 2020). "Pengertian Farmakologi dan Ruang Lingkup Keilmuannya". SehatQ. Diarsipkan dari versi asli tanggal 2020-09-28. Diakses tanggal 2020-11-30.
- Retta Andresen, Lindsay Oades, Peter Caputi. 2003. The Experience of *recovery* From Schizophrenia : towards and Empirically Validated Stage Model. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Vol. 37. Issue 5. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Rindayati, R., Nasir, A., & Astriani, Y. (2020). Gambaran Kejadian dan Tingkat Kecemasan pada Lanjut Usia. Jurnal Kesehatan Vokasional, 5(2), 95. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.53948>
- Riyadi, S., & Purwanto, T. (2015). Asuhan Keperawatan Jiwa. Graha Ilmu
- Roucaayrol, A. M. (2020). Rape and sexual violence used as weapon of war. Pensee, 2020-December(404).
- Sachs, C. J., & Chapman, J. (2018). Sexual Assault History and Physical. In StatPearls.
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruis, P. (2015). Electroconvulsive Therapy. Wolters Kluwers.
- Sari, Desi Purnama, & Maryatun, S. (2022). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi Terhadap Kemampuan Sosialisasi Klien Isolasi Sosial. *Jurnal Endurance*, 3(2), 292-301. <https://doi.org/10.22216/jen.v3i2.1222>
- Sandhills Community College. (n.d.). What is Sexual Assault? <https://www.sandhills.edu/>.

- Saswati dan Sutinah. (2018). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi terhadap Kemampuan Sosialisasi Klien Isolasi Sosial. *Jurnal Endurance* 3 (2):2929. <http://doi.org/10.22216/jen.v3i2.2492>
- Setiadi. (2016). *Manajemen & Kepemimpinan dalam Keperawatan*. Indomedia Pustaka.
- Siagian, M., Sunargo, Khoiri, M., Rustam, T. A., & Wasiman. (2023). *Pengantar Manajemen*. CV. Batam Publisher.
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2023). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Edisi Indonesia ke-2. Elsevier Ltd
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Mosby.
- Stuart, G. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart Buku 2 : Edisi Indonesia*. Singapore: Elseiver.
- Sukaesti, D. (2018). Social Skill Training in Social Insulation Clients. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 19-24.
- Sudarsono, Kenakalan Remaja Prevensi, Rehabilitasi, dan Resosialisasi (Jakarta: Rineka Cipta, 2016), Cet 6.
- Suharyadi, Nugroho, A., K, P. S., & Faturohman, M. (2007). *Kewirausahaan: Membangun Usaha Sukses Sejak Muda*. Salemba Empat.
- Sukmana, R., & Wulandari, N. (2014). Pengaruh Terapi Okupasi terhadap Kemampuan Sosial pada Klien Skizofrenia dengan Isolasi Sosial. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 1(2), 081-086. <https://doi.org/10.26699/jnk.v1i2.art.p081-086>
- Sulastri, D. (2023). *Buku Ajar Jiwa DIII Keperawatan*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama. [https://www.google.co.id/books/edition/Buku\\_Ajar\\_Jiwa\\_DIII\\_Keperawatan/WNrCEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=buku+keperawatan+jiwa+defisit+perawatan+diri&pg=PA41&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Jiwa_DIII_Keperawatan/WNrCEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=buku+keperawatan+jiwa+defisit+perawatan+diri&pg=PA41&printsec=frontcover)
- Sulistyaningsih, E., & MA, F. (2015). Dampak Sosial Psikologis Perkosaan. *Buletin Psikologi*, 10(1).

- Sumera, M. (2013). Perbuatan Kekerasan/Pelecehan Seksual Terhadap Perempuan. *Lex Et Societatis*, 1(2).
- Sutejo. (2016). Penerapan Terapi Social Skills Training Pada Klien Isolasi Sosial dengan Pendekatan Teori Dorothy E. Johnson Behavioral System Model di Kelurahan Balumbang Jaya Kecamatan Bogor Barat Kota Bogor. *NERS Jurnal Keperawatan*, 9(1), 18. <https://doi.org/10.25077/njk.9.1.18-24.2013>
- Sutejo. (2017). Konsep Dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa Dan Psikososial. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sutejo, N. (2019). Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Suyanto, Bagong. Masalah Sosial Anak, (Jakarta : Kencana, 2010), ed, ke-1
- Swanburg, Russel, C. (2000). Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Alih Bahasa: Suharyati Samba, Jakarta : EGC
- Tambunan, D. M., & Banjarnahor, S. (2023). Prevalensi Post-Traumatic Stress Disorder (Ptd) Di Antara Perawat Pasca Terkonfirmasi Covid-19 Di Provinsi Sumatera Utara. *Indonesian Trust Health Journal*, 6(1), 41-49. <https://doi.org/10.37104/ithj.v6i1.143>
- Tanjung, A., Susanti, A., Sari. (2017). Efektifitas Terapi Aktvitas Kelompok Stimulasi Persepsi terhadap kemampuan Mengontrol Halusinasi pada pasien Halusinasi. *Jurnal Ilmu Kesehatan*. <http://dx.doi.org/10.33757/jik.v1i1.24>
- Tim Admin (2019-03-13). "Farmakologi (Dasar-dasar dan Prinsip Umum)". BioFar.ID. Diarsipkan dari versi asli tanggal 2020-10-20. Diakses tanggal 2020-11-30.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2018a). Standar diagnosis keperawatan Indonesia: definisi dan indikator diagnostik.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2018b). Standar intervensi keperawatan Indonesia: definisi dan tindakan keperawatan.
- Townsend, M. (2014). *Psychiatric Nursing, Assessment, Care Plans, and Medications*. F. A. Davis Company.

- Townsend, & Morgan. (2018). Pocket guide to psychiatric nursing 10th edition (10th ed.). F.A. Davis Company.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2002 Tentang Perlindungan anak. Bagian 5, Pasal 59.
- Ula, I. S., & Travelancya1, T. (2022). Pendidikan Inklusif Untuk Anak Dengan Gangguan Emosi Dan Perilaku (Tunalaras) Inclusive Education for Children with Emotional and Behavioral Disorders (Tunalaras). *Absorbent Mind: Journal of Psychology and Child Development*, 2(1), 23–28. [https://ejournal.insuriponorogo.ac.id/index.php/absorbent\\_mind](https://ejournal.insuriponorogo.ac.id/index.php/absorbent_mind)
- UNICEF. (2023). Kesehatan Mental dan Kesejahteraan Hidup ; Mendukung kesejahteraan emosional dan sosial anak, orang tua, serta pengasuh. UNICEF Indonesia.
- UNICEF. (2016). The State of the World's Children 2016. In UNICEF, A fair chance for every child (pp. 1-184). New York: UNICEF
- Videbeck, S. L. (2016). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Penerbit Buku Kedokteran: EGC.
- Walopka , Yakobus 2018, “Faktor-Faktor Penyebab Anak Jalanan Di Kota Jayapura, Distrik Jayapura Selatan” . Universitas Kristen Satya Wacana. Diakses pada 21 Desember 2023 Pukul 10.30
- Widyorini, E., Harjanta, G., Roswita, M. Y., Sumijati, S., Eriyani, P., Primastuti, E., Hapsari, L. W., & Agustina, E. (2014). Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus. 160.
- Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., & Akhmad, A. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gangguan Jiwa. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 12(2), 224–235. <https://doi.org/10.36990/hijp.v12i2.234>
- Wijaya, Y. A. (2022). Pentingnya Nilai Dan Moral Bagi Profesi Perawat Dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa Dengan Tindakan Pengekangan / Restraint. Dinas Kesehatan Propinsi Bali. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.30003.30241>
- Wilkinson, J.M., Treas, L. S., Barnett K & Smith, M. H. (2016). *Fundamentals of Nursing*. F. A. Davis Company.
- Yektiningsih, E., Firdausi, N., & Yuliansari, P. (2021). Upaya Peningkatan Fase Perkembangan Industri Anak melalui

Terapi Kelompok Terapeutik pada Anak Usia Sekolah.  
*Journal of Community Engagement in Health*, 4(2), 275-279.  
<https://doi.org/10.30994/jceh.v4i2.237>

Yosep, I., Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Refika Aditama.

Yusuf, Fitryasari, N. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa* (F. Ganiajri (ed.)). Penerbit Salemba Medika.

## TENTANG PENULIS



**Ns. Heni Aguspita Dewi, S.Kep., M.Kep.** Lahir di Palembang, 18 Agustus 1983. Menempuh pendidikan di AKPER KESDAM II/SRIWIJAYA (2001-2004), Sarjana Keperawatan dan profesi ners (2010-2013) di Stikes Mitra Kencana Kota Tasikmalaya, melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan

Jiwa di Universitas Padjadjaran Bandung (2018-2020). Sebelumnya penulis pernah bekerja di RS dr. Bratanata Jambi (2004-2006), RS dr. Noesmir Baturaja (2006-2010). Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen tetap di Program Studi Profesi Ners Universitas Bhakti Kencana PSDKU Tasikmalaya.



**Reni Hertini, S.Kep., Ners., M.Kep.** Lahir di Ciamis, 25 April 1984. Penulis adalah seorang dosen dengan pendidikan terakhir Magister Keperawatan lulusan Universitas Padjadjaran Bandung dengan peminatan Keperawatan Jiwa (2018). Penulis aktif sebagai dosen tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh Ciamis. Pengalaman organisasi

penulis aktif di organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Provinsi Jawa Barat sebagai anggota di bidang pelayanan, serta aktif di DPD PPNI Kabupaten Ciamis.



**Diana Arianti** lahir di Kota Lhokseumawe (Aceh) 30 Januari 1984. Riwayat Pendidikan : Lulus SDN Inpres (1996), SMPN 1 Lhokseumawe (1999), SMAN 6 Padang (2002), S1 Keperawatan dan Profesi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang, lanjut Magister S2 Keperawatan di Universitas Andalas (2016). Sambil Menulis buku ini penulis mempunyai kesibukan lain sebagai dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang.



**Rajunitrigo**, lahir di Dumai pada 3 Juni 1984, kini menetap di Kota Pekanbaru. Dengan latar belakang pendidikan mulai dari SPK Pemerintah Provinsi Riau hingga meraih gelar sarjana keperawatan dan ners di Universitas Riau serta S2 Epidemiologi di FKM Universitas Indonesia, penulis melibatkan diri sebagai dosen ilmu keperawatan di Universitas Hang Tuah Pekanbaru sejak tahun 2022. Tidak hanya itu, sebagai pejabat fungsional epidemiolog kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi Riau sejak tahun 2012 - sekarang, penulis telah menjelajahi dunia kesehatan dengan beragam pengalaman. Karir dimulai sebagai praktisi perawat di RS Jiwa Tampan (2005 - 2012), dan terlibat dalam pengelolaan program HIV - AIDS di Dinas Kesehatan Provinsi Riau. Disamping itu, penulis juga memiliki pengalaman berbagai organisasi seperti PPNI Kota Pekanbaru, IPKJI Provinsi Riau, IPKKI Provinsi Riau dan PAEI Wilayah Riau.



**Resti Ikhda Syamsiah,**

Adalah penulis kelahiran Banyumas 28 Mei 1994, putri pertama dari Bapak Ketut Sudadiyo dan Ibu Siti Munawaroh. Penulis telah menyelesaikan studi S1 Keperawatan dan profesi Ners di Universitas Sriwijaya di Palembang tahun 2019, studi S2 keperawatan peminatan keperawatan jiwa di Universitas Brawijaya Malang tahun 2021. Penulis mulai menerapkan ilmu keperawatan yang telah didapat dengan menyalurkan kepada mahasiswanya di Universitas Al-Irsyad Cilacap sejak tahun 2022 sampai dengan sekarang. Dengan ketekunan, motivasi tinggi untuk terus belajar dan dengan ridho Allah SWT, penulis telah berhasil menyelesaikan *book chapter* ini. Semoga dengan penulisan *book chapter* ini dapat memberikan banyak manfaat dan kontribusi positif bagi dunia Kesehatan khususnya keperawatan.



**Ferdinan Sihombing,**

Penulis lahir di Belinyu Pulau Bangka pada 17 September 1971 dan sekarang menetap di Kota Bandung. Tahun 1990 – 1993 menempuh pendidikan di Akper Depkes RI Bandung, dilanjutkan pendidikan jenjang sarjana keperawatan dan ners di Universitas Padjadjaran tahun 2000 – 2003 serta S2 keperawatan di universitas yang sama tahun 2012 – 2015. Saat ini menjadi salah satu dosen di Universitas Santo Borromeus sejak 2009, setelah mutasi dari pelayanan di RS Santo Yusup Bandung yang keduanya adalah bagian dari Borromeus Group. Juga tercatat sebagai surveior penilai akreditasi rumah sakit di Lembaga Akreditasi Mutu – Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS). Pengalaman organisasi, saat ini aktif sebagai pengurus organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia yakni Ketua di DPK PPNI STIKes Santo Borromeus, Wakil Ketua DPD PPNI Kabupaten Bandung Barat, dan

anggota Bidang Diklat di DPW PPNI Jawa Barat. Belum lama mengakhiri kepengurusan di Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) Jawa Barat dan saat ini masih menjadi Wakil Ketua III di Ikatan Perawat Gerontik Indonesia (IPEGGERI) Jawa Barat. Menjadi penulis di tiga buku antologi dan 13 buku ajar keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui email [sihombingferdinan@gmail.com](mailto:sihombingferdinan@gmail.com)



Ns. ALINI, M. Kep, lahir di Kuok, 30 Agustus 1980. Pendidikan keperawatan dimulai dari Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Depkes RI Pekanbaru pada tahun 1996, menamatkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners di STIKes Dharma Husada Bandung pada tahun 2009, kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia pada tahun 2010. Sejak tahun 2009 sampai sekarang aktif sebagai dosen tetap di Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan tuanku Tambusai serta aktif pada organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Riau.



Ns. Welly, S. Kep, M. Kep, Lahir di Pesisir Selatan, 07 November 1989 adalah Dosen Keperawatan di STIKes Alifah Padang. Penulis memulai Pendidikan keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang tahun 2011 dan Penulis menyelesaikan Program Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Unand Padang tahun 2012. Pada tahun 2013 penulis melanjutkan Program Magister Keperawatan (S2) Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Andalas dan menyelesaikan pada Tahun 2015. Penulis

memulai karir menjadi Staff Pengajar pada tahun 2013- 2018 di Salah satu STIKes di Kota Padang, dan Sekarang penulis menjadi Staff Pengajar di STIKes ALifah Padang sejak Tahun 2019 dengan pengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa, Keperawatan Komunitas dan Keperawatan Keluarga. Penulis juga aktif untuk mengikuti Pelatihan dan Workshop Keperawatan. Serta Penulis juga merupakan anggota organisasi aktif Profesi IPKJI (Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia).



**Ns. Endah sari Purbaingsih, M.Kep** Lahir di Kota Cirebon pada tanggal 18 Februari 1977, sejak kecil hingga kini tinggal di Kota Cirebon. Menempuh Pendidikan sebelumnya di SPK Pemda Serang lulus tahun 1996. hingga akhirnya tahun 2000 melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan dan Program Profesi Ners di STIKes Cirebon, dan bekerja di STIKes Cirebon.

Dan pada tahun 2013 - 2015 melanjutkan Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Padjadjaran Bandung. Riwayat pekerjaan tahun 1996 - 2004 bekerja di RS Islam Siti Fatimah Cirebon, Tahun 2004 - 2005 Di Puskesmas Sindang Laut Cirebon, Tahun 2006 - 2008 di RS Putera Bahagia Kota Cirebon. Sejak tahun 2015 - saat ini bekerja sebagai dosen di Institut Teknologi dan Kesehatan (ITEKes) Mahardika



**Yustina Kristianingsih, M.Kep., Ners,** pengajar di STIKES Katolik St Vincentius A Paulo Surabaya yang merupakan alumni dari Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners Universitas Brawijaya Malang dan Magister Keperawatan Univeritas Airlangga Surabaya. Saat ini masih aktif

mengajar di Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Katolik St Vincentius A Paulo Surabaya.



**Ns. Ida Ayu Putri Wulandari,  
M.Kep.,Sp.Kep.J**

Penulis memiliki ketertarikan dengan ilmu keperawatan Jiwa sejak pendidikan S1 Keperawatan di STIKES BALI (saat ini sudah menjadi ITEKES BALI). Penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia pada

tahun 2016 dan melanjutkan ke jenjang Ners Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia di tahun 2018. Saat ini penulis aktif sebagai Dosen Keperawatan Jiwa di Institut Teknologi dan Kesehatan (ITEKES) Bali serta berperan aktif sebagai Pengurus Ikatan Perawatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Wilayah Bali.

Penulis memiliki ketertarikan dalam masalah kesehatan jiwa, baik yang bersifat ranah sehat, risiko, ataupun gangguan jiwa. Pada beberapa penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, penulis juga selalu mengangkat tema tentang kesehatan jiwa. Penulis memiliki harapan buku ini dapat memberikan gambaran tentang penatalaksanaan penanganan masalah kesehatan jiwa.

Email Penulis: pwulandari10@gmail.com



**Ade Sity Riyantina, S.Kep., Ners.,  
M.Kep.** Lahir di Ciamis Pada Tanggal 06 Juli 1996. Menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan (2018 ) dan Program Profesi Ners (2019 ) di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh Ciamis, S2 Keperawatan di Universitas Jenderal Achmad Yani

Cimahi dengan peminatan Keperawatan Jiwa (2021).

Penulis bekerja di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh Ciamis Bina Putera Banjar dari tahun 2018-2023. Penulis aktif sebagai tenaga kependidikan tetap fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh pada bulan Juli 2020. Motto hidup selesaikan apa yang sudah kamu mulai.



**Lia Novianty, S.Kep., Ners., M.Kep**

lahir pada tanggal 19 November 1982 di Ciamis Jawa Barat. Penulis menyelesaikan Pendidikan tahap Sarjana dan Pendidikan Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung. Pada tahun 2013, penulis melanjutkan Pendidikan ke jenjang Magister Keperawatan di

Universitas Padjadjaran Bandung dengan konsentrasi Ilmu Keperawatan Jiwa.

Penulis bekerja sebagai dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sukabumi. Dengan diterbitkannya buku ini, mudah-mudah dapat memberi manfaat bagi banyak orang.



**Ns. Amelia Susanti,  
S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.J**

Dosen Program Studi S1 Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Alifah Padang.

Penulis lahir di Padang Panjang, tanggal 29 Oktober 1985. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Alifah Padang tahun 2009,

Pendidikan Profesi Ners di STIKes Alifah Padang tahun 2010, dan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Indonesia tahun 2015 serta Program Spesialis Keperawatan Jiwa tahun 2016 di Universitas Indonesia. Saat ini penulis merupakan dosen tetap Prodi Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners STIKes Alifah Padang (2010 – sekarang).



**Ns. Yunita Astriani Hardayati, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.J** lahir di Jakarta pada tanggal 21 Mei 1988. Yunita menyelesaikan pendidikan terakhir Spesialis Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap program studi Sarjana Keperawatan di Sekolah Tinggi

Ilmu Kesehatan Sint Carolus. Selain tugas utamanya sebagai dosen, Yunita banyak terlibat sebagai narasumber dan fasilitator berbagai pelatihan yang diselenggarakan di tingkat lokal, Daerah/ Regional, hingga Nasional. Yunita juga aktif menulis buku. Akhir kata penulis berharap topik yang ditulis dalam buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca.



**Asep Aep Indarna, SPd., SKep., Ners., MPd.** lahir di Majalengka, 09 Desember 1977. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Ners di Fakultas Keperawatan STIKes Bhakti Kencana dan S2 di Fakultas Ilmu Pendidikan IKIP Siliwangi. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti

Kencana.



**Ns. Sekani Niriyah., M.Kep.** Lahir di Subang, 02 September 1987, Anak pertama dari 4 bersaudara. Menyelesaikan pendidikan: (1). Pendidikan S1 dan profesi Ners di STIKes Ahmad Yani - Cimahi. (2). Pendidikan S2 di Universitas Andalas. Sejak tahun 2014 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen

keperawatan dan saat ini penulis aktif mengajar di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners, Fakultas Kesehatan-Universitas Hang Tuah Pekanbaru. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya. Penulis dapat dihubungi melalui email [sekaniniriyah@htp.ac.id](mailto:sekaniniriyah@htp.ac.id)



**Stepanus Prihasto Septiawan.,  
S.Kep.,Ns.,M.Kep**

Lahir di Sumedang pada tanggal 23 September 1994. Sudah menyelesaikan studi Sarjana Keperawatan di Universitas Santo Borromeus tahun 2016 dan Program Profesi Ners di Universitas Santo Borromeus tahun 2017. Menyelesaikan Program Magister

Keperawatan di Universitas Padjadjaran pada tahun 2022. Tahun 2017 sampai saat ini bekerja sebagai tenaga pengajar di Universitas Santo Borromeus dan saat ini menjadi koordinator mata kuliah Keperawatan Jiwa. Email penulis [stepanusprihastos@gmail.com](mailto:stepanusprihastos@gmail.com)



REPUBLIK INDONESIA  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

## SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202428404, 30 Maret 2024

**Pencipta**  
Nama : **Heni Agusputa Dewi, Reni Hertini, S.Kep., Ners., M.Kep. dkk**  
Alamat : Perum Cisalak Gang Melati 1 No. 77 Kel. Sukamanah Kec. Cipedes Kota Tasikmalaya, Cipedes, Tasikmalaya, Jawa Barat, 46131  
Kewarganegaraan : Indonesia

**Pemegang Hak Cipta**  
Nama : **Heni Agusputa Dewi, Reni Hertini, S.Kep., Ners., M.Kep. dkk**  
Alamat : Perum Cisalak Gang Melati 1 No. 77 Kel. Sukamanah Kec. Cipedes Kota Tasikmalaya, Cipedes, Tasikmalaya, Jawa Barat, 46131  
Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Buku**  
Judul Ciptaan : **Buku Ajar Keperawatan Psikiatrik (Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)**  
Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 31 Januari 2024, di Purbalingga  
Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.  
Nomor pencatatan : 000603760

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.  
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL  
d.b.  
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Anggoro Dasananto  
NIP. 196412081991031002

Disclaimer:  
Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, Menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.