

BUNGA RAMPAI

KEPERAWATAN JIWA

Ivonne A.V. Gasper, S.Kep, Ns., M.Kep
Joice Mermey Laoh, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kep
Kristina, SST, S.Kep, Ns, MPH
Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
Asep Aep Indarna, SPd., SKep., Ners., MPd
Ns. Eva Kartika Hasibuan, M.Kep
Maria Terok, S.Pd, S.SiT, M.Kes
Ns. Maelia Unayah, S.Kep., M.Kep
Ns. Pratiwi Gasril, M.kep, Sp.Kep. K
Despita Pramesti, S.Kep.Ns.M.Kes
Ns. Alice Rosy, M.Kep
Ns. Fitry Erlin, M.Kep



BUNGA RAMPAI
KEPERAWATAN JiWA

Ivonne A.V. Gasper, S.Kep, Ns., M.Kep
Joice Mermey Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep
Kristina, SST, S.Kep, Ns, MPH
Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
Asep Aep Indarna, SPd., SKep., Ners., MPd
Ns. Eva Kartika Hasibuan, M.Kep
Maria Terok, S.Pd, S.SiT, M.Kes
Ns. Maelia Unayah,S.Kep.,M.Kep
Ns. Pratiwi Gasril, M.kep, Sp.Kep. K
Despita Pramesti, S.Kep.Ns.M.Kes
Ns. Alice Rosy, M.Kep
Ns.Fitry Erlin, M.Kep

**BUNGA RAMPAI
KEPERAWATAN JiWA**

Penulis:

Ivonne A.V. Gasper, S.Kep, Ns., M.Kep
Joice Mermly Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep
Kristina, SST, S.Kep, Ns, MPH
Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
Asep Aep Indarna, SPd., SKep., Ners., MPd
Ns. Eva Kartika Hasibuan, M.Kep
Maria Terok, S.Pd, S.SiT, M.Kes
Ns. Maelia Unayah,S.Kep.,M.Kep
Ns. Pratiwi Gasril, M.kep, Sp.Kep. K
Despita Pramesti, S.Kep.Ns.M.Kes
Ns. Alice Rosy, M.Kep
Ns.Fitry Erlin, M.Kep

ISBN :

978-623-8422-48-7

Editor Buku

Waode Syahrani Hajri, S.Kep, Ns, M.Kep
Rahmawati, S. Kep. Ns., M. Kes

Cetakan Pertama : 2023

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

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

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

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

KATA PENGANTAR

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

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

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

Kendari, 24 November 2023

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1 Konsep Dasar Keperawatan Jiwa.....	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Kesehatan Jiwa	1
C. Keperawatan Jiwa	6
BAB 2 Proses Keperawatan Jiwa	16
A. Pendahuluan.....	16
B. Konsep Proses Keperawatan Jiwa	16
BAB 3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Defisit Perawatan Diri	28
A. Pendahuluan.....	28
B. Defenisi.....	28
C. Lingkup Defisit Perawatan Diri.....	29
D. Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Gangguan Jiwa	29
E. Pengkajian Keperawatan	30
F. Diagnosis Keperawatan	30
G. Rencana Intervensi.....	30
H. Latih keluarga cara merawat pasien dengan defisit perawatan diri.	32
I. Evaluasi Kemampuan Pada Pasien Dan Keluarga Dalam Defisit Perawatan Diri	33
BAB 4 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi	36
A. Pendahuluan.....	36
B. Konsep Persepsi	36
C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Persepsi Sensori : Halusinasi.....	41

BAB 5	Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Perubahan Proses Pikir: Waham.....	47
	A. Pendahuluan.....	47
	B. Konsep Waham	47
BAB 6	Terapi Bermain	59
	A. Pendahuluan.....	59
	B. Konsep Terapi Bermain.....	60
BAB 7	Keperawatan Kesehatan Jiwa Masyarakat	70
	A. Pendahuluan.....	70
	B. Konsep Keperawatan Kesehatan Jiwa Masyarakat	70
BAB 8	Terapi Kejang Listrik (ECT)	80
	A. Pendahuluan.....	80
	B. Pengertian ECT.....	80
BAB 9	Terapi Aktivitas Kelompok.....	90
	A. Pendahuluan.....	90
	B. Konsep Terapi Aktivitas Kelompok	90
	C. Kerangka Teoritis Terapi Aktivitas Kelompok	91
	D. Tahap Perkembangan Kelompok	92
	E. Jenis Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)	94
	F. Pengorganisasian Terapi Aktivitas Kelompok	97
	G. Program Antisipasi Masalah Dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK).....	98
BAB 10	Terapi Lingkungan (Milleu Therapy).....	101
	A. Pendahuluan.....	101
	B. Konsep Terapi Lingkungan	101
	C. Jenis-Jenis Kegiatan Terapi Lingkungan.....	103
	D. Tujuan Terapi Lingkungan.....	105
	E. Karakteristik Terapi Lingkungan.....	106
	F. Peran Perawat dalam Terapi	107

G. Terapi Lingkungan Pada Kondisi Khusus	109
BAB 11_Terapi Perilaku (Modifikasi Perilaku)	112
A. Pendahuluan.....	112
B. Terapi perilaku	113
C. Prinsip Dasar Terapi Perilaku	116
D. Teknik Untuk Memodifikasi Perilaku Pasien	119
BAB 12_Terapi Kognitif.....	126
A. Pendahuluan.....	126
B. Tujuan terapi kongitif.....	126
C. Indikasi	127
D. Karakteristik pasien.....	127
E. Masalah keperawatan.....	128
F. Prinsip Pelaksanaan Terapi Kognitif.....	128
G. Pelaksanaan terapi kognitif	130
H. Waktu Pelaksanaan.....	131
I. Tempat Pelaksanaan.....	131

BAB 1

Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

Ivonne A.V. Gasper, S.Kep, Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Gangguan kesehatan jiwa terjadi di setiap negara. WHO menyatakan 10% beban penyakit global dengan gangguan mental, neurologis, dan penggunaan narkoba. Di Indonesia lebih dari 12 juta penduduk usia di atas 15 tahun mengalami gangguan mental emosional.

Masalah kesehatan jiwa secara global menuntut peran aktif perawat dalam layanan kesehatan jiwa, karena semua perawat memiliki peran dalam layanan kesehatan jiwa. Melalui layanan profesional keperawatan kesehatan jiwa dapat meningkatkan akses layanan kesehatan jiwa yang bukan hanya meningkatkan taraf hidup jutaan orang tetapi memberikan hasil positif bagi dunia (Steward, 2022).

B. Kesehatan Jiwa

1. Definisi Kesehatan Jiwa

Definisi kesehatan jiwa oleh beberapa sumber antara lain :

a. Menurut WHO

Menurut WHO, Kesehatan jiwa bukan hanya kondisi tidak mengalami gangguan jiwa tetapi memiliki berbagai karakteristik yang meliputi perawatan langsung, komunikasi, dan manajemen serta bersifat positif, menggambarkan keselarasan dan keseimbangan jiwa, yang mencerminkan kedewasaan kepribadian.

b. Menurut UU Kesehatan No.17 Tahun 2023

UU nomor 17 tahun 2023 adalah tentang kesehatan, dan di dalam pasal 74 (butir 1) disebutkan bahwa Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga ia dapat menyadari kemampuan sendiri, dapat menghadapi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Mengacu pada definisi ini, maka kesehatan jiwa adalah satu kesatuan utuh dari fisik (organobiologik), jiwa (psikologi), sosial (sosio-kultural), serta bukan semata-mata berfokus pada masalah penyakit tetapi pada kualitas hidup yang meliputi sejahtera dan produktif (Kemenkes, 2020).

c. Menurut Federasi Kesehatan Mental Dunia (*World Federation for Mental Health*)

Kesehatan jiwa adalah kondisi yang memungkinkan perkembangan optimal dari fisik, intelektual dan emosional selama hal ini sesuai dengan orang dan masyarakat (Ardiansyah, 2023).

d. Menurut Calista Roy

Menurut teori adaptasi Calista Roy kesehatan adalah tidak hanya terbebas dari kematian, penyakit, rasa tidak bahagia, dan stres, namun mengenal kemampuan individu untuk mengatasinya dengan cara yang kompeten. Dengan demikian seorang individu harus memiliki kemampuan untuk mengatasi masalah dan beradaptasi terhadap stimulus sehingga menghasilkan kondisi sehat jiwa (Gibson, 2020 dalam Nurlala, 2023).

2. Insidensi Masalah Kesehatan Jiwa

Masalah kesehatan jiwa terjadi di semua negara, dan secara global prevalensinya cukup tinggi. Sebelum pandemi COVID-19, diperkirakan 970 juta orang di dunia hidup dengan dengan gangguan mental, 82% diantaranya

berada di negara-negara miskin dan berkembang. Tahun 2019 terdapat 301 juta orang di dunia mengalami kecemasan, dan 280 juta orang mengalami depresi. Tahun 2020 prevalensinya meningkat secara signifikan akibat pandemi COVID-19. WHO juga menyebutkan pada tahun 2020 terdapat 1 diantara 8 orang di dunia mengalami gangguan jiwa, dan dari semua masalah kesehatan jiwa prevalensi tertinggi adalah depresi dan kecemasan (WHO, 2020). Kondisi yang sama juga terjadi di Indonesia. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, lebih dari 18 juta penduduk usia di atas 15 tahun mengalami gangguan mental emosional (GME), dan lebih dari 12 juta penduduk di atas 15 tahun mengalami depresi. Berdasarkan kelompok usia, prevalensi tertinggi GME adalah pada kelompok usia > 75 tahun sebesar 15,8% dan terendah pada kelompok usia 24–25 tahun. Sedangkan menurut jenis kelamin, perempuan lebih tinggi yaitu 12,1% (Kemenkes, 2022).

3. Determinan Kesehatan Jiwa

Kesehatan mental atau jiwa setiap orang sangat bergantung pada berbagai faktor, serta dipengaruhi oleh interaksi individu, keluarga, komunitas, dan faktor struktural yang sangat bervariasi.

a. Faktor Biologis Individu

Faktor biologis individu berhubungan dengan kebiasaan dan kemampuan individu untuk belajar menghadapi masalah atau emosi, realasi, aktivitas, serta tanggung jawab. Faktor biologis lain yang berhubungan dengan kesehatan mental adalah faktor kesehatan fisik, genetika, penggunaan narkoba oleh ibu, dan kekurangan oksigen saat lahir. Kekurangan oksigen pada bayi saat lahir sangat mempengaruhi kesehatan otak. Kesehatan otak merupakan penentu penting, karena struktur dan fungsi otak merupakan pelindung yang berdampak pada kesehatan mental. Bayi baru lahir berat badan rendah (BBLR) risiko mengalami gangguan perkembangan kognitif, bahasa, dan kesehatan mental.

b. Faktor Faktor Psikologis

Faktor psikologis menyebabkan seseorang rentan terhadap masalah kesehatan mental. Mental seseorang tergantung stressor dalam kehidupan seseorang yang dipengaruhi oleh keluarga, masyarakat, dan faktor struktural dalam lingkungan. Stressor pada ibu selama kehamilan merupakan faktor risiko masalah perilaku pada anak. Pelecehan pada anak, dan pengalaman buruk pada masa anak-anak meningkatkan risiko gangguan mental dan penyalahgunaan zat terlarang.

c. Faktor Keluarga dan Masyarakat

Keluarga dan masyarakat terdiri dari lingkungan hidup sekitar individu, termasuk kesempatan untuk terlibat dengan pasangan, keluarga, teman, atau kolega untuk memperoleh penghasilan, dan terlibat dalam aktivitas yang bermakna, keadaan sosial ekonomi dimana mereka menemukan diri mereka sendiri. Perilaku dan sikap orang tua sangat mempengaruhi kesehatan mental anak, terutama pada usia bayi sampai remaja. Pola asuh yang keras dan hukuman fisik akan melemahkan kesehatan mental anak, yaitu masalah perilaku. Penindasan juga merupakan faktor risiko utama gangguan kesehatan mental.

d. Faktor Struktural

Faktor struktural berhubungan dengan sosiokultural masyarakat, geopolitik, lingkungan hidup sekitar seperti infrastuktur, ketimpangan sosial dan kualitas lingkungan secara langsung membentuk kondisi kehidupan sehari-hari. Akses pelayanan dasar dan komoditas termasuk air, tempat tinggal, kesehatan, kebijakan ekonomi, kondisi sosial nasional, supremasi hukum, dan merupakan komponen penting bagi kesehatan mental. Selain itu keamanan dan keselamatan, keyakinan, nilai dan norma yang terkait dengan gender, ras, dan seksualitas, juga sangat berpengaruh terhadap kesehatan mental (Sri Nyumirah, 2023, WHO, 2022, RC, 2010).

4. Risiko Mengalami Masalah Kesehatan Jiwa

Masalah kesehatan jiwa dapat dialami oleh setiap individu, namun pada beberapa kondisi seseorang lebih berisiko mengalami masalah kesehatan mental. Beberapa faktor risiko antara lain: kemiskinan, sosial ekonomi dan ketidaksetaraan gender, mengalami kekerasan, tunawisma, narapidana, mengalami wabah penyakit, kurang olah raga, pola makan yang tidak sehat, obesitas, mengalami konflik, mengalami kerugian, disabilitas intelektual, polusi atau krisis lingkungan, perokok, penyalahgunaan zat, perilaku seksual berisiko tinggi, akses pelayanan yang buruk, dan kualitas infrastruktur yang buruk (WHO, 2020).

5. Ciri-Ciri Sehat Jiwa

Beberapa ciri sehat jiwa menurut beberapa pakar diuraikan antara lain sebagai berikut :

a. Yahoda

Menurut Yahoda, seseorang dikatakan sehat jiwa apabila memiliki beberapa ciri yaitu :

- 1) Memiliki sifat positif terhadap diri sendiri
- 2) Tumbuh, berkembang, dan beraktualisasi
- 3) Menyadari adanya integrasi dan hubungan antar masa lalu dan masa sekarang
- 4) Memiliki persepsi sesuai dengan kenyataan
- 5) Mampu menguasai lingkungan dan beradaptasi

b. WHO

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan beberapa kriteria sehat jiwa, yaitu :

- 1) Individu mampu menyelesaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk bainya
- 2) Memperoleh kepuasan dari hasil jerih paya usahanya
- 3) Merasa lebih puas memberi daripada menerima
- 4) Secara relatif bebas dari rasa tegang (stres), cemas, dan depresi
- 5) Mampu berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan
- 6) Mempunyai rasa kasih sayang

c. Maslow

Menurut Maslow individu yang sehat jiwa adalah individu yang memiliki ciri sebagai berikut :

- 1) Persepsi realitas yang akurat
- 2) Menerima diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
- 3) Spontan
- 4) Sederhana dan wajar (Sri, 2023).

C. Keperawatan Jiwa

1. Definisi Keperawatan Jiwa

Sumber, antara lain :

a. Menurut *American Nurses Association* (ANA)

Keperawatan jiwa adalah salah satu bidang khusus dalam praktik keperawatan yang berkomitmen meningkatkan kesehatan mental melalui tahapan pengkajian, penetapan diagnosis, Intervensi atau pengobatan terhadap masalah perilaku, gangguan mental, dan kondisi komorbiditas sepanjang rentang hidup melalui penerapan ilmu perilaku manusia serta menggunakan diri sendiri secara terapeutik dalam meningkatkan, mempertahankan, dan memulihkan kesehatan mental klien dan kesehatan mental masyarakat dimana klien berada. Hal ini dapat dimaknai bahwa perawat kesehatan jiwa memerlukan media atau alat dalam melakukan perawatan klien dengan masalah jiwa, dan alat tersebut selain ketrampilan teknik, alat-alat klinik , juga yang paling penting adalah menggunakan dirinya sendiri (*use self therapeutic*). Sebagai contoh : gerak tubuh, tatapan mata, bahasa, sentuhan, nada suara, dan sebagainya (Pratama, 2022 ; Videback, 2020 ; ANA, 2014).

b. Menurut *American Psychiatric Nursing Association* (APNA)

Keperawatan Jiwa atau keperawatan Psikiatri adalah praktik khusus keperawatan yang berkomitmen melakukan promosi kesehatan melalui penilaian atau pengkajian, diagnosis respons manusia terhadap gangguan kejiwaan (Videback, 2020).

c. Menurut Stuart Sundeen

Keperawatan jiwa atau keperawatan mental adalah proses personal dalam meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang berpengaruh pada fungsi integrasi baik individu, keluarga, kelompok, organisasi atau masyarakat (Pratama, 2022).

2. Perkembangan Keperawatan Jiwa

a. Perkembangan di Dunia

1) Masa Peradaban

Masa peradaban peradaban dalam keperawatan jiwa dimulai ini dimulai antara tahun 1770 sampai 1880. Pada masa ini dipercayai bahwa roh-roh adalah penyebab gangguan jiwa, dan mengusir roh-roh tersebut adalah cara mengobatinya. Di lain sisi, para luhur Yunani, Romawi, dan Arab percaya bahwa bahwa gangguan mental disebabkan tidak berfungsinya organ otak, sehingga untuk mengobatinya dilakukan pendekatan tindakan rileksasi, mencari ketenangan, melakukan rekreasi, meningkatkan asupan gizi, perawatan diri, dan melakukan aktivitas yang bermanfaat secara terjadwal.

Selama abad 7 SM Hippocrates menyebutkan bahwa gangguan mental disebabkan oleh oleh perubahan 4 zat atau hormon yang dapat menghasilkan panas, dingin, kering, dan kelembaban. Kemudian Aristoteles melengkapinya dengan hati, dan Galen dokter Yunani menyebutkan emosi atau rusak mental dihubungkan dengan kerusakan pada otak.

2) Masa Pertengahan

Klien yang mengalami masalah mental pada masa ini sudah diobati secara modern. Tindakan yang dilakukan adalah melakukan pendampingan, melakukan pengkajian, dan observasi, dan selanjutnya melakukan intervensi dengan melakukan komunikasi terapeutik.

3) Abad 18 - Abad 19

Intervensi yang dilakukan pada masa ini adalah mengacu pada masa pertengahan, yaitu perawat melakukan pendampingan dan melakukan rujukan ke rumah sakit jiwa pada kasus yang tidak dapat ditangani di rumah. Perawat juga dilatih untuk memberikan ketengan dan harapan untuk kesembuhan klien, dan melakukan kerjasama dengan pelayanan kesehatan.

4) Abad 20

Abad ke-20 ini terjadi kemajuan pesat dalam peningkatan pelayanan dasar keperawatan jiwa karena sudah terdapat lulusan keperawatan jiwa dari berbagai jenjang, yaitu pendidikan diploma, sarjana, pasca sarjana, doktoral, dan profesor. Keperawatan dilakukan berbasis komunitas dengan upaya preventif masalah kesehatan jiwa, dan pengembangan pusat mandiri, *day care*, dan pelayanan rawat inap maupun rawat jalan yang menggunakan pendekatan multidisiplin.

b. Perkembangan di Indonesia

1) Masa Penjajahan Belanda

Perawatan klien gangguan jiwa pada masa ini sangat dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi. Pada masa ini yang berperan adalah perawat pribumi yang disebut *Velpager* yang dibantu penjaga orang sakit yang disebut *Zieken Oppaser*. Pada masa kolonial Belanda sudah ada rumah sakit swasta yaitu Binen Hospital yang dibangun pada tahun 1799, ada juga RS di Jakarta, di Surabaya, dan di Semarang. Selain itu pada masa ini ada juga Dinas Kesehatan Tentara dan Dinas kesehatan Rakyat yang bertugas memelihara kesehatan staf dan kesehatan tentara Belanda. Meskipun pada masa penjajahan Belanda didirikan beberapa Rumah Sakit, tidak diikuti dengan perkembangan profesi keperawatan, karena

tujuan pembangunan RS hanya untuk kepentingan Tentara Belanda.

2) Masa Penjajahan Inggris

Raffles Gubernur Jenderal Inggris sangat memperhatikan kesehatan rakyat, Ia memiliki semboyan “Kesehatan adalah milik setiap manusia”. Oleh karena itu keperawatan jiwa pada masa penjajahan Inggris sangat diperhatikan. Upaya peningkatan kesehatan rakyat pribumi yang salah satunya adalah pemberian imunisasi pada semua masyarakat, merawat pasien di tahanan yang mengalami gangguan jiwa. Rumah sakit yang didirikan pada masa ini adalah RSCM, RS PG Cikini, RS ST.Carolus di Jakarta, di Bandung RS Boromeus, di Semarang RS Elizabeth, serta mulai banyak didirikan Sekolah Perawat.

3) Masa Penjajahan Jepang

Perkembangan keperawatan pada masa penjajahan Jepang mengalami kemunduran karena perawatan dilakukan oleh tenaga yang belum terampil dan terdidik. Pemerintah Jepang mengambil alih semua kepemimpinan rumah sakit, dan masyarakat banyak terjangkit penyakit menular namun persediaan pengobatan menurun.

4) Zaman Kemerdekaan

Kemerdekaan memberi banyak perubahan pada pelayanan kesehatan, termasuk keperawatan. Pada masa kemerdekaan banyak rumah sakit /klinik/balai pengobatan dibangun. Sekolah keperawatan pertama yang setara SMP pertama kali dibuka tahun 1952, kemudian tahun 1962 mulai dibangun Akademi Keperawatan milik pemerintah di Jakarta, dan tahun 1985 dibuka S1 Keperawatan yaitu Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) di Universitas Indonesia (FIK-UI) Jakarta, menyusul di Universitas

Gajah Mada (UGM) Yogyakarta, dan di Universitas Diponegoro Semarang (Sri, 2023; Wahyuni, 2022).

3. Falsafah Keperawatan Jiwa

Falsafah artinya gagasan, anggapan, sikap batin yang paling dasar yang dimiliki seseorang atau masyarakat, atau pandangan hidup. Berfalsafah artinya memikirkan dalam-dalam tentang sesuatu, mengungkapkan pemikiran-pemikiran yang dalam yang dijadikan sebagai pandangan hidup (KBBI). Mengacu pada pengertian falsafah, maka falsafah keperawatan dapat diartikan sebagai pandangan dasar tentang esensi keperawatan dan hakikat manusia sebagai makhluk biologi, psikologi, sosio-kultural dan spiritual yang merupakan kerangka dasar praktik keperawatan (Nur, 2018). Oleh sebab itu falsafah keperawatan jiwa adalah pandangan dasar tentang hakikat manusia sebagai makhluk biopsikososiokultural spiritual (makhluk holistik) dan esensi keperawatan yang menjadi kerangka dasar praktik keperawatan jiwa. Beberapa keyakinan yang menjadi dasar praktik keperawatan jiwa adalah :

- a. Setiap individu memiliki harkat dan martabat sehingga harus dihargai
- b. Setiap individu adalah makhluk holistik, utuh, saling berinteraksi dan berinteraksi satu sama lain dengan lingkungan
- c. Hubungan interpersonal dapat meningkatkan perubahan dan pertumbuhan individu ke arah lebih baik
- d. Tujuan individu adalah selaras antara tumbuh dan kembang, sehat fisik dan psikologis, memiliki otonomi serta dapat mewujudkan aktualisasi diri
- e. Setiap individu memiliki potensi tinggi untuk berubah
- f. Setiap individu memiliki kesamaan dalam kebutuhan dasar
- g. Setiap individu memiliki perilaku yang bermakna
- h. Perilaku individu terbentuk dari persepsi, perasaan, dan tindakan

- i. Setiap individu adalah unik dan memiliki mekanisme koping yang berbeda dan dipengaruhi oleh genetik, lingkungan, kondisi stres dan lingkungan yang tersedia
 - j. Kondisi sakit seseorang dapat menumbuhkembangkan psikologis seseorang
 - k. Setiap individu berhak menerima pelayanan Kesehatan yang sama
 - l. Setiap individu berhak dan berperan atas keputusan yang dibuatnya sendiri terkait kondisi kesehatannya
 - m. Kesehatan mental merupakan komponen sangat penting (critical) dalam pelayanan kesehatan
 - n. Tujuan ilmu keperawatan adalah meningkatkan kesejahteraan, memaksimalkan fungsi yang ada, dan meningkatkan aktualisasi diri klien (Wahyuni, 2022).
4. Peran dan Fungsi Perawat Kesehatan Jiwa Dalam Tingkat Pelayanan kesehatan Jiwa

Perawat kesehatan jiwa sebagai tenaga profesional keperawatan turut memiliki tanggung jawab dan berperan dalam memberikan pelayanan keperawatan sesuai kewenangan dan kompetensinya. Adapun peran perawat kesehatan jiwa adalah sebagai berikut :

- a. Peran dalam prevensi Primer
 - 1) Memberikan penyuluhan tentang prinsip-prinsip sehat jiwa
 - 2) Mengefektifkan perubahan dalam kondisi kehidupan, tingkat kemiskinan, dan pendidikan
 - 3) Memberikan pendidikan kesehatan
 - 4) Melakukan rujukan yang sesuai dengan sebelum gangguan jiwa terjadi
 - 5) Membantu klien di RSUD untuk menghindari masalah psikiatri di masa akan datang
 - 6) Bersama-sama keluarga memberi dukungan pada anggota keluarga dan meningkatkan fungsi kelompok
 - 7) Aktif dalam kegiatan masyarakat dan politik yang berkaitan dengan kesehatan jiwa.

- b. Peran dalam Prevensi Sekunder
 - 1) Melakukan skrining dan pelayanan evaluasi kesehatan jiwa
 - 2) Melakukan kunjungan rumah atau pelayanan penanganan di rumah
 - 3) Memberikan pelayanan kedaruratan psikiatri di RSU
 - 4) Menciptakan lingkungan yang terapeutik
 - 5) Melakukan supervisi klien yang mendapat pengobatan
 - 6) Memberikan pelayanan pencegahan bunuh diri
 - 7) Melakukan konsultasi
 - 8) Melaksanakan intervensi krisis
 - 9) Memberikan psikoterapi individu, keluarga, dan kelompok pada berbagai tingkat usia
 - 10) Memberikan intervensi pada komunitas dan organisasi yang telah teridentifikasi masalah yang dialaminya.
 - c. Peran / dalam Prevensi Tertier
 - 1) Melaksanakan latihan vokasional dan rehabilitasi
 - 2) Mengorganisasi *after care* untuk klien yang telah pulang dari fasilitas kesehatan jiwa untuk memudahkan transisi dari rumah sakit ke komunitas
 - 3) Memberikan pilihan *partial hospitalization* (perawatan rawat jalan) pada pasien.
5. Ruang Lingkup Praktik Keperawatan Jiwa

Salah satu bagian integral pelayanan kesehatan adalah praktik keperawatan. Praktik keperawatan dilakukan pada berbagai tatanan pelayanan atau fasilitas kesehatan yaitu di rumah sakit umum, rumah sakit khusus, puskesmas, polindes, dan praktik mandiri. Tatanan fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia diatur dalam Peraturan Pemerintah No.47 Tahun 2016 tentang fasilitas pelayanan kesehatan. Di dalam PP No,47 Tahun 2016 dijelaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan secara

preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Fasilitas pelayanan kesehatan terdiri atas tiga tingkatan, yaitu :

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan (faskes) tingkat pertama
Faskes ini bertujuan memberikan pelayanan kesehatan dasar. Faskes tingkat pertama ini adalah puskesmas.
- b. Fasilitas pelayanan kesehatan kedua.
Faskes tingkat kedua ini bertujuan memberikan pelayanan kesehatan spesialistik. Faskes tingkat kedua ini adalah rumah sakit
- c. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat ketiga
Faskes tingkat ketiga bertujuan memberikan pelayanan kesehatan sub spesialistik. Faskes tingkat tiga ini adalah rumah sakit - rumah sakit yang secara khusus melayani kasus atau bidang pelayanan spesifik seperti rumah sakit jiwa, rumah sakit jantung, dan sebagainya (Wuryaningsih, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association. (2014). *Psychiatric Mental Health Nursing*. 2nd Ed. Marylan : ANA
- Ardiansyah, R. et al. (2023). *Kesehatan mental*. Padang : PT Global Eksekutif Teknologi
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. Jakarta : Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2020. Rencana Aksi 2020 – 2024 Direktorat P2 Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza. Jakarta : Ditjen P2P
- Nur Aini. (2018). *Teori Model Keperawatan*. Malang : Universitas Muhammadiyah Malang
- Nurlela, L. et al. (2023). *Keperawatan Jiwa*. Jambi : PT Sonpedia Publishing Indonesia
- Pratama, A., & Senja, A. (2022). *Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Bumi Medika
- RC PSYCIH. (2010). *No Health Without Public Mental Health : The Case for Action*.
https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS04_2010.pdf
- Sri Nyumirah, et al. (2023). *Mental Health Nursing (Keperawatan Kesehatan Jiwa)*. Yogyakarta : Rizmedia Pustaka Indonesia
- Steward, D. et al. (2022). *The Global Mental Health Nursing Workforce : Time For to Prioritize and invest in Mental Health and Wellbeing*. Genewa : International Council of Nurse (ICN)
- Videbeck, S.L. (2020). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 8th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer
- Wahyuni, S. (2022). *Keperawatan Jiwa (Konsep Asuhan Keperawatan pada Diagnosa Keperawatan Jiwa)*. Cirebon : CV. Rumah Pustaka
- WHO. (2022). *World Mental World Report Transforming Mental Health for All*. Genewa : World Health Organization
- Wuryaningsih, E,W., & et al. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa I*. Jember : UPT Percetakan & Penerbitan Universitas Jember

BIODATA PENULIS



Ivonne, A. V, Gasper, S.Kep, Ns.,M.Kep. lahir di Ambon tanggal 14 Desember 1969. Penulis lulus pendidikan DIII Keperawatan di Ambon pada tahun 1992, Menyelesaikan Ners tahun 2007 di Universitas Hasanudin Makassar, dan S2 Magister Keperawatan Komunitas Di Universitas Indonesia tahun 2014. Saat ini Bekerja sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Maluku pada Prodi Keperawatan Tual.

BAB 2

Proses Keperawatan Jiwa

* Joice Mermy Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep.*

A. Pendahuluan

Proses keperawatan merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan pada pasien (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat) yang logis, sistematis, dinamis, dan teratur (Depkes, 1998; Keliat, 1999). Proses ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pelaksanaan proses keperawatan jiwa bersifat unik, karena sering kali pasien memperlihatkan gejala yang berbeda untuk kejadian yang sama, masalah pasien tidak dapat dilihat secara langsung, dan penyebabnya bervariasi. Pasien banyak yang mengalami kesulitan menceritakan permasalahan yang dihadapi, sehingga tidak jarang pasien menceritakan hal yang sama sekali berbeda dengan yang dialaminya. Perawat jiwa dituntut memiliki kejelian yang dalam saat melakukan asuhan keperawatan. Proses keperawatan jiwa dimulai dari pengkajian (termasuk analisis data dan pembuatan pohon masalah), perumusan diagnosis, pembuatan kriteria hasil, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Fortinash, 1995).

B. Konsep Proses Keperawatan Jiwa

1. Pengkajian

Pengkajian sebagai tahap awal proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri

(*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif (Stuart dan Sundeen, 2002) karena hal tersebut menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Oleh karenanya, dapat membantu pasien menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimilikinya. Stuart dan Sundeen (2002) menyebutkan bahwa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki pasien adalah aspek yang harus digali selama proses pengkajian.

Secara lebih terstruktur pengkajian kesehatan jiwa meliputi hal berikut.

- a. Identitas pasien
- b. Keluhan utama/alasan masuk
- c. Faktor predisposisi
- d. Aspek fisik/biologis
- e. Aspek psikososial
- f. Status mental
- g. Kebutuhan persiapan pulang
- h. Mekanisme coping
- i. Masalah psikososial dan lingkungan
- j. Pengetahuan
- k. Aspek medis

Data dikelompokkan menjadi data objektif dan data subjektif. Data objektif adalah data yang didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan secara langsung oleh perawat. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh pasien dan/atau keluarga sebagai hasil wawancara perawat.

Jenis data yang diperoleh dapat sebagai data primer bila didapat langsung oleh perawat, sedangkan data sekunder bila data didapat dari hasil pengkajian perawat yang lain atau catatan tim kesehatan lain.

Setelah data terkumpul dan didokumentasikan dalam format pengkajian kesehatan jiwa, maka seorang perawat harus mampu melakukan analisis data dan menetapkan suatu kesimpulan terhadap masalah yang dialami pasien. Kesimpulan itu mungkin adalah sebagai berikut.

- a. Tidak ada masalah tetapi ada kebutuhan.
 - 1) Pasien memerlukan pemeliharaan kesehatan dengan follow up secara periodik, karena tidak ada masalah serta pasien telah memiliki pengetahuan untukantisipasi masalah.
 - 2) Pasien memerlukan peningkatan kesehatan berupa upaya preventif dan promosi sebagai program antisipasi terhadap masalah.
- b. Ada masalah dengan kemungkinan
 - 1) Risiko terjadinya masalah, karena sudah ada faktor yang mungkin dapat menimbulkan masalah.
 - 2) Aktual terjadi masalah dengan disertai data pendukung.

Hasil kesimpulan tersebut kemudian dirumuskan menjadi masalah keperawatan. Dalam merumuskan masalah sebaiknya mengacu pada rumusan pada tabel di bawah ini.

Tabel 1. Rumusan Masalah Keperawatan

Pernyataan Diagnostik	Tujuan Keperawatan	Fokus Intervensi
Aktual	Perubahan dalam perilaku pasien (beralih ke arah resolusi diagnosis atau perbaikan status).	Mengurangi atau menghilangkan masalah.
Risiko tinggi	Pemeliharaan kondisi yang ada.	Mengurangi faktor-faktor risiko untuk mencegah terjadinya masalah aktual.
Mungkin	Tidak ditentukan kecuali masalah divalidasi.	Mengumpulkan data tambahan untuk menguatkan atau menetapkan tanda dan gejala atau faktor risiko.
Masalah kolaboratif	Tujuan keperawatan.	Menentukan awitan atau status masalah penatalaksanaan perubahan status.

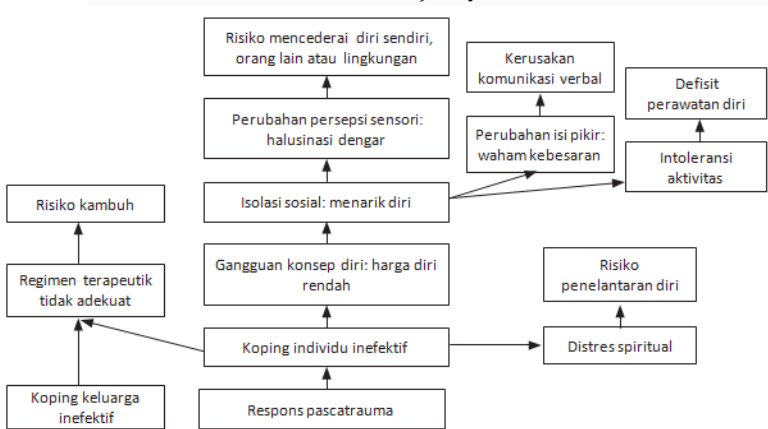
Sumber: Carpenito, 1997 dikutip oleh Keliati, 1999

Pasien biasanya memiliki lebih dari satu masalah keperawatan. Sejumlah masalah pasien akan saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah (FASID, 1983; INJF, 1996). Untuk membuat pohon masalah, minimal harus ada tiga masalah yang

berkedudukan sebagai penyebab (*causa*), masalah utama (*core problem*), dan akibat (*effect*). Meskipun demikian, sebaiknya pohon masalah merupakan sintesis dari semua masalah keperawatan yang ditemukan dari pasien.

Dengan demikian, pohon masalah merupakan seperangkat urutan peristiwa yang menggambarkan urutan kejadian masalah pada pasien sehingga dapat mencerminkan psikodinamika terjadinya gangguan jiwa.

- Masalah utama adalah prioritas masalah dari beberapa masalah yang ada pada pasien. Masalah utama bisa didapatkan dari alasan masuk atau keluhan utama saat itu (saat pengkajian).
- Penyebab adalah sal satu dari beberapa masalah yang merupakan penyebab masalah utama, masalah ini dapat pula disebabkan oleh salah satu masalah yang lain, demikian seterusnya.
- Akibat adalah salah satu dari beberapa akibat dari masalah utama. Efek ini dapat menyebabkan efek yang lain dan demikian selanjutnya.



Gambar 1. Contoh Pohon Masalah

Contoh pohon masalah ini menggambarkan proses terjadinya masalah risiko mencederai diri, orang lain, atau lingkungan. Pada penerapan di kasus nyata, semua daftar masalah yang ditemukan saat pengkajian

keperawatan harus diidentifikasi dan disusun berdasar urutan peristiwa sehingga menggambarkan psikodinamika yang komprehensif.

2. Diagnosis

Menurut Carpenito (1998), diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/ proses kehidupan.

Rumusan diagnosis yaitu **Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E)** dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah. Perumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Misalnya pada pohon masalah di atas, maka dapat dirumuskan diagnosis sebagai berikut.

- a. **Sebagai diagnosis utama**, yakni masalah utama menjadi etiologi, yaitu risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan berhubungan dengan halusinasi pendengaran.
- b. **Perubahan sensori persepsi**: halusinasi pendengaran berhubungan dengan menarik diri.
- c. **Isolasi sosial**: menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah kronis.

Pada rumusan diagnosis keperawatan yang menggunakan typology single diagnosis, maka rumusan diagnosis adalah menggunakan etiologi saja. Berdasarkan pohon masalah di atas maka rumusan diagnosis sebagai berikut.

- a. Perubahan sensori persepsi: halusinasi.
- b. Isolasi sosial: menarik diri.
- c. Gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis.

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri atas empat komponen, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan, dan rasional. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian masalah (P). Tujuan ini dapat dicapai jika tujuan khusus yang ditetapkan telah tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi (E). Tujuan ini merupakan rumusan kemampuan pasien yang

harus dicapai. Pada umumnya kemampuan ini terdiri atas tiga aspek, yaitu sebagai berikut (Stuart dan Sundeen, 2002).

- a. Kemampuan kognitif diperlukan untuk menyelesaikan etiologi dari diagnosis keperawatan.
- b. Kemampuan psikomotor diperlukan agar etiologi dapat selesai.
- c. Kemampuan afektif perlu dimiliki agar pasien percaya akan kemampuan menyelesaikan masalah.

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai setiap tujuan khusus. Sementara rasional adalah alasan ilmiah mengapa tindakan diberikan. Alasan ini bisa didapatkan dari literatur, hasil penelitian, dan pengalaman praktik. Rencana tindakan yang digunakan di tatanan kesehatan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia. Standar keperawatan Amerika menyatakan terdapat empat macam tindakan keperawatan, yaitu (1) asuhan mandiri, (2) kolaboratif, (3) pendidikan kesehatan, dan (4) observasi lanjutan.

Tindakan keperawatan harus menggambarkan tindakan keperawatan yang mandiri, serta kerja sama dengan pasien, keluarga, kelompok, dan kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa yang lain. Mengingat sulitnya membuat rencana tindakan pada pasien gangguan jiwa, disarankan membuat **Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan (LPSP)**, yang berisi tentang proses keperawatan dan strategi pelaksanaan tindakan yang direncanakan.

Proses keperawatan dimaksud dalam LPSP ini adalah uraian singkat tentang satu masalah yang ditemukan, terdiri atas data subjektif, objektif, penilaian (*assessment*), dan **perencanaan** (*planning*) (SOAP). Satu tindakan yang direncanakan dibuatkan **strategi pelaksanaan** (SP), yang terdiri atas fase orientasi, fase kerja, dan terminasi.

- a. **Fase orientasi** menggambarkan situasi pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan, kontrak waktu dan tujuan pertemuan yang diharapkan.

- b. **Fase kerja** berisi beberapa pertanyaan yang akan diajukan untuk pengkajian lanjut, pengkajian tambahan, penemuan masalah bersama, dan/atau penyelesaian tindakan.
- c. **Fase terminasi** merupakan saat untuk evaluasi tindakan yang telah dilakukan, menilai keberhasilan atau kegagalan, dan merencanakan untuk kontrak waktu pertemuan berikutnya.

Dengan menyusun LPSP, diharapkan tidak mengalami kesulitan saat wawancara atau melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien gangguan jiwa. Hal ini terjadi karena semua pertanyaan yang akan diajukan sudah dirancang, serta tujuan pertemuan dan program antisipasi telah dibuat jika tindakan atau wawancara tidak berhasil. Berikut salah satu contoh bentuk LPSP.

**LAPORAN PENDAHULUAN STRATEGI PELAKSANAAN
TINDAKAN KEPERAWATAN (SP 1)**

Senin, 15 September 2013

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien:

Bapak D mendengar suara-suara yang memaki-maki dirinya, ekspresi wajah tampak tegang, gelisah, dan mulut komat-kamit.

2. Diagnosis/Masalah Keperawatan: Gangguan sensori persepsi: halusinasi

3. Tujuan:

TUM : Klien tidak mencederai, diri, orang lain, dan lingkungan

Tuk 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya

Tuk 2 : Klien dapat mengenal halusinasinya

Tuk 3 : Klien dapat mengontrol halusinasi

4. Tindakan keperawatan.

- a. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :
- b. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya dan diskusikan dengan klien mengenai isi, waktu, frekuensi halusinasi, situasi yang menimbulkan halusinasi, hal yang dirasakan jika berhalusinasi, hal yang dilakukan untuk mengatasi, serta dampak yang dialaminya.
- c. Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi.
- d. Diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi.
- e. Bantu klien memilih satu cara yang sudah dianjurkan dan latih untuk mencobanya.

B. Strategi Pelaksanaan

Orientasi:

"Selamat pagi pak, nama saya Rizki, nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa?"

"Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Bagaimana dengan tidurnya semalam?"

"Tidak bisa tidur? Apa yang menyebabkan Bapak tidak bisa tidur?"

"Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang membuat bapak tidak bisa tidur? Di mana kita duduk? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit"

Kerja:

"Bapak D mendengar suara tanpa ada wujud? Apa yang dikatakan suara itu?"

"Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering Bapak D dengar suara? Berapa kali sehari Bapak D alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar?"

"Saya mengerti Bapak D mendengar suara itu tapi saya sendiri tidak mendengarnya". "Apa yang bapak D rasakan pada saat mendengar suara itu?" "Apa yang Bapak D lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?"

"Bapak D, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur."

"Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik".

"Caranya yaitu saat suara-suara itu muncul, langsung Bapak D bilang, 'Pergi saya tidak mau dengar, ... Saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu'. Begitu diulang-ulang sampai suara itu tak terdengar lagi. Coba bapak D peragakan! Nah begitu, ... bagus! "Coba lagi!" "Ya bagus Bapak D sudah bisa".

"Sekarang cara yang sudah Bapak bisa itu kita masukkan ke dalam jadwal yah Pak?"

"Jam berapa saja Bapak D mau latihan?" "Selain jam 11 jam berapa lagi?" "Yah jam 4 sore ya Pak, bagaimana kalau malam hari juga, karena Bapak D dengar suara itu malam hari, baiklah jam berapa saja Bapak D mau latihan untuk yang malam hari?" "Jam 9 malam yah Bapak D? Saya tulis disini Bapak D".

Terminasi

"Bagaimana perasaan Bapak D setelah latihan tadi? Bisa Bapak D ulang lagi cara apa saja yang bisa Bapak D lakukan untuk mengurangi suara-suara itu?" "Bagus sekali, Bapak D bisa peragakan kembali satu cara yang sudah kita praktikkan?" "Bagus ya Bapak D. Kalau Bapak lihat jadwal ini jam berapa saja Bapak D harus latihan?" "Bagus Bapak D, jadi nanti jangan lupa di jam itu Bapak D harus latihan ya!" "Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Jam berapa Bapak D? Bagaimana kalau satu jam lagi? Berapa lama kita akan bicara? Di mana tempatnya. Sampai ketemu nanti ya Pak, selamat pagi Bapak D?"

4. Implementasi Tindakan Keperawatan

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (here and now). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan.

Saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan terkait dengan standar tindakan yang telah ditentukan dan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ada dua macam, yaitu (1) evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan (2) evaluasi hasil atau sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut.

- a. **S** : respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- b. **O** : respons objektif pasien tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- c. **A** : analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.
- d. **P** : tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa hal sebagai berikut.

- a. Rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah).

- b. Rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil belum memuaskan).
- c. Rencana dibatalkan (jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada).

Rencana selesai jika tujuan sudah tercapai dan perlu mempertahankan keadaan baru.

DAFTAR PUSTAKA

- Ah. Yusuf, Rizky Fitriyasari PK, Hanik Endang Nihayati, Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, Penerbit Salemba Medika, 2015.
- Carpenito, L. J., 1998, Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Edisi 6, Alih Bahasa: Yasmin Asih, EGC, Jakarta*
- Depkes, RI., 1999, Kumpulan Materi Perkuliahan Kesehatan Psikiatri.
- Keliat, B. A., 1998, Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta : EGC

BIODATA PENULIS



Joice Mermey Laoh, S.Pd., S.Kep.,Ners., M.Kep., Lahir pada tanggal 17 Januari 1972 dari pasangan Noch Laoh dan Lely Kalalo. Istri dari Rudolf Boyke Purba.,SKM.,M.Kes. Lahir di Tomohon, 17 Januari 1972. Sekolah Dasar GMIM Tambelang tamat 1984 dan SMP Negeri Tambelang tamat tahun 1987. Pada Tahun 1994 saya kembali di Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Utara dan mengikuti test Diploma 3 Keperawatan yang diselenggarakan oleh DEPKES akhirnya LULUS sehingga bisa mengikuti Pendidikan AKPER DEPKES Tidung Ujung Pandang tamat tahun 1999 bersama AKTA 3 dari Universitas Negeri Makasar tahun 1999. Saya Mengikuti S1 Pendidikan di Universitas Negeri Manado (UNIMA) lulus tahun 2003, dan melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Sam Ratulangi Manado (UNSRAT) Lulus tahun 2007, dilanjutkan dengan Profesi Ners lulus tahun 2008. Melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Padjadjaran Bandung (UNPAD) dan Lulus Tahun 2011. Bekerja sebagai Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2004- sampai sekarang.

BAB 3

Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Defisit Perawatan Diri

Kristina, SST, S.Kep. Ns, MPH

A. Pendahuluan

Pasien gangguan jiwa dengan defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (hygiene), berpakaian / berhias, makan dan BAB / BAK (toileting).

Sedangkan perawatan diri suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Defisit perawatan diri kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting).

Perlunya perawat memberikan Asuhan keperawatan pada pasien dengan tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis, kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya. Dapat disimpulkan bahwa Defisit Perawatan Diri (Personal Hygiene) adalah kurangnya kebersihan dan kesehatan diri pada seseorang.

B. Defenisi

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. Depisit keperawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas

keperawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, toileting) (Herdman,T.H, 2012).

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan pasien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat.

C. Lingkup Defisit Perawatan Diri

1. Kebersihan diri

Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

2. Berdandan atau berhias

Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.

3. Makan

Mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.

4. Toileting

Ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan.

D. Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Gangguan Jiwa

Kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri tampak dari

ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan toileting (buang air besar (BAB) atau buang air kecil (BAK)) secara mandiri.

E. Pengkajian Keperawatan

Untuk mengetahui apakah pasien mengalami masalah kurang perawatan diri maka tanda dan gejala dapat diperoleh melalui observasi pada pasien yaitu sebagai berikut.

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Defisit Perawatan Diri.

1. Gangguan kebersihan diri ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, serta kuku panjang dan kotor.
2. Ketidakmampuan berhias/berdandan ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, serta pada pasien wanita tidak berdandan.
3. Ketidakmampuan makan secara mandiri ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
4. Ketidakmampuan BAB atau BAK secara mandiri ditandai dengan BAB atau BAK tidak pada tempatnya, serta tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK.

F. Diagnosis Keperawatan

Defisit perawatan diri kebersihan diri, makan, berdandan, dan BAK/BAB.

G. Rencana Intervensi

Tindakan Keperawatan untuk Pasien

1. Tujuan
 - a. Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.
 - b. Pasien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik.
 - c. Pasien mampu melakukan makan dengan baik.
 - d. Pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri.

2. Tindakan keperawatan
 - a. Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri.
Untuk melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri, Anda dapat melakukan tahapan tindakan berikut:
 - 1) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri.
 - 2) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri.
 - 3) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri.
 - 4) Melatih pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.
 - b. Melatih pasien berdandan/berhias.
Perawat dapat melatih pasien berdandan. Untuk pasien laki-laki tentu harus dibedakan dengan wanita.
 - 1) Untuk pasien laki-laki latihan meliputi:
 - a) Berpakaian,
 - b) Menyisir rambut,
 - c) Bercukur.
 - 2) Untuk pasien wanita, latihannya meliputi:
 - a) Berpakaian,
 - b) Menyisir rambut,
 - c) Berhias.
 - c. Melatih pasien makan secara mandiri.
Untuk melatih makan pasien, Perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut.
 - 1) Menjelaskan cara mempersiapkan makan.
 - 2) Menjelaskan cara makan yang tertib.
 - 3) Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan.
 - 4) Praktik makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.
 - d. Pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri.
Perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut:
 - 1) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai.
 - 2) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK.

- 3) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK.

Tindakan Keperawatan pada Keluarga:

- 1) Tujuan

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kurang perawatan diri.

- 2) Tindakan keperawatan

Untuk memantau kemampuan pasien dalam melakukan cara perawatan diri yang baik, maka Anda harus melakukan tindakan kepada keluarga agar keluarga dapat meneruskan melatih pasien dan mendukung agar kemampuan pasien dalam perawatan dirinya meningkat. Tindakan yang dapat Anda lakukan antara lain sebagai berikut:

- a) Diskusikan dengan keluarga tentang masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- b) Jelaskan pentingnya perawatan diri untuk mengurangi stigma.
- c) Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien.
- d) Anjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat diri pasien dan membantu mengingatkan pasien dalam merawat diri (sesuai jadwal yang telah disepakati).
- e) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam merawat diri.

H. Latih keluarga cara merawat pasien dengan defisit perawatan diri.

Keluarga diharapkan dapat merawat pasien defisit perawatan diri di rumah dan menjadi system pendukung yang efektif bagi pasien.

Tujuan Keluarga Mampu merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri

I. Evaluasi Kemampuan Pada Pasien Dan Keluarga Dalam Defisit Perawatan Diri

1. Pasien dapat menyebutkan hal berikut.
 - a. Penyebab tidak merawat diri.
 - b. Manfaat menjaga perawatan diri.
 - c. Tanda-tanda bersih dan rapi.
 - d. Gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan.
2. Keberhasilan Pasien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri dalam hal berikut:
 - a. Klien mampu melakukan Kebersihan diri mandi, mencuci rambut, mengosok gigi dan mengunting kuku dengan benar dan bersih
 - b. Menganti pakaian dengan pakaian bersih
 - c. Membereskan pakaian kotor
 - d. Berdandan dengan benar
 - e. Mempersiapkan makanan
 - f. Mengambil makanan dan minuman dengan rapi
 - g. Menggunakan alat makan dan minum dengan benar
 - h. BAB/BAK pada tempatnya
 - i. BAB dan BAK dengan bersih
3. Evaluasi Keluarga memberikan dukungan dalam melakukan perawatan diri.
 - a. Keluarga menyediakan fasilitas untuk perawatan diri yang dibutuhkan pasien
 - b. Keluarga ikut merawat dan membimbing serta mendampingi pasien dalam perawatan diri: Kebersihan diri berdandan, makan dan minum.
 - c. Follow up ke pelyanan kesehatan, mengenal tanda kambuh dan rujukan

DAFTAR PUSTAKA

- Keliat, B.A., Akemat, Helena, N.C.D., dan Nurhaeni, H. 2007. Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course). Jakarta: EGC.
- Nurhalimah, 2018, Modul Ajar Konsep Keperawatan Jiwa, Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia, (AIPViKI), Trimaya,C.M.
- Maramis, W.F. 2010. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Airlangga University Press: Surabaya.
- Stuart dan Laraia. 2005. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition. St.Louis: Mosby.
- Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Suliswati, dkk. 2004. Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC.

BIODATA PENULIS



Kristina, SST, S.Kep, Ns, MPH, lahir di Ulak Jermun (Palembang), pada tanggal 08 November 1975. Menyelesaikan pendidikan Perawat pendidik di USU, S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Prima Indonesia Tahun 2013 dan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Gadjra Mada Yogyakarta. Tahun 2008 Sampai saat ini penulis sebagai Dosen tetap Keperawatan di Universitas Haji Sumatera Utara.

BAB 4

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi

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

A. Pendahuluan

Halusinasi adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan pengalaman subjektif seseorang terhadap perubahan persepsi sensorinya akibat persepsi inderanya, seperti perubahan penglihatan, pendengaran, sentuhan dan penciuman.

Gangguan halusinasi apabila tidak dicegah dan tidak melakukan pengobatan, maka akan ada tanda dan gejala seperti, ketidakmampuan mencapai tujuan, keluhan kelemahan, pikiran buruk, hysteria, tindakan kekerasan dan ketakutan berlebihan. Oleh karena itu, perlu dilakukannya pencegahan dan cara mengatasi komplikasi halusinasi.

B. Konsep Persepsi

1. Pengertian Persepsi

Persepsi adalah tanggapan indera terhadap rangsangan yang datang dari luar, rangsangan tsb dapat berupa rangsangan penglihatan, penciuman, pendengaran, pengecap dan perabaan.

Interpretasi (tafsir) terhadap rangsangan yang datang dari luar itu dapat mengalami gangguan sehingga terjadilah salah tafsir (*miss-interpretation*). Salah tafsir tersebut terjadi antara lain karena adanya keadaan afek yang luar biasa, seperti marah, takut, *excited* (tercengang), sedih dan nafsu yang memuncak sehingga terjadi gangguan atau perubahan persepsi.

2. Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah isyarat manusia untuk membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dan eksternal (dunia luar). Tidak ada rangsangan atau objek yang nyata, individu membuat persepsi atau ide tentang lingkungannya.

Perubahan persepsi terjadi ketika seseorang menggunakan panca inderanya tidak dengan rangsangan dari luar atau mengalami halusinasi yang muncul secara spontan maka terjadi persepsi yang salah atau persepsinya berubah.

3. Faktor Penyebab Halusinasi

a. Faktor Predisposisi

1) Perkembangan

Jika tugas perkembangan pasien terganggu, seperti kurangnya keharmonisan dalam keluarga, dari kecil tidak dibiasakan mandiri, mudah marah/frustasi, dan kehilangan kepercayaan diri. Jika tugas perkembangan pasien terhambat dan hubungan interpersonal terputus, individu akan cemas dan terganggu dalam hubungan sosial.

2) Sosiologis

Individu yang ditolak oleh lingkungan sejak dini, anak menjadi terpojok dan merasa sendirian.

3) Biokimia

Ada riwayat penggunaan narkoba, psikotropika, atau zat adiktif lainnya (NAPZA), atau gangguan jiwa (herediter). Ada 2 jenis stres yaitu :

a) Stres yang berlebihan : stimulasi halusinogen

b) Stres berkepanjangan : neurotransmitter aktif

4) Psikologis

Kepribadian yang lemah dan kurang bertanggung jawab menyebabkan anak mudah stres

5) Genetik dan pola asuh

Jika memiliki anak dengan kondisi sehat apabila dirawat oleh individu schizofrenia makan anak tersebut menjadi schizofrenia.

b. Faktor Presipitasi

1) Dimensi Spiritual

Individu yang mengalami halusinasi mulai merasa hidupnya hampa. Tampaknya rutinitas yang dilakukan tidak memiliki arti. Klien kemudian jarang melakukan aktivitas ibadah atau spiritual. Misalnya, Irama merasa terganggu saat melakukan kegiatan dipagi hari karena ia terbiasa tidur terlalu lama dan bangun pada waktu yang tepat di siang hari. Saat dia terbangun, dia merasa hampa dan bingung untuk melakukan kegiatan apa dalam hidup.

2) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik, seperti :

- a) Kelelahan
- b) Menggunakan obat-obatan
- c) Intoksikasi alkohol
- d) Demam delirium
- e) Insomnia yang lama

3) Dimensi Emosional

Dimensi emosional yaitu kecemasan yg berlebihan terhadap problem yg tidak dpt diatasi merupakan pencetus halusinasi. Halusinasi terdiri dari perintah atau hal-hal yang menakutkan. Individu tidak akan lagi melawan perintah hingga situasi klien mengatasi ketakutan tersebut.

4) Dimensi Sosial

Contoh dimensi sosial yaitu individu akan mengalami gangguan interaksi sosial pada fase awal dan *comforting*. Individu merasa kehidupan sosial pada alam nyata merupakan sesuatu yg membahayakan sehingga pasien asyik dengan halusinasinya. Seolah-olah halusinasinya merupakan tempat pemenuhan kebutuhan sosial, kontrol diri dan harga diri yg tidak ditemukan di dunia nyata.

5) Dimensi Intelektual

Secara umum, halusinasi adalah upaya ego untuk melawan impuls yang menekan, tetapi akhirnya akan mengambil seluruh perhatian klien dan seringkali mengontrol perilakunya. Klien mungkin mengalami penurunan ego.

4. Tahapan Halusinasi

Ada lima (4) tahap halusinasi yaitu *comforting*, *condemning*, *controlling*, *conquering*.

- a. *Comforting*
- b. *Condemning*
- c. *Controlling*
- d. *Conquering*

Tabel 1 Tahapan Halusinasi

Level	Karakteristik	Perilaku Klien
<p>Tahap I (Comforting)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan. • Tingkat ansietas sedang <p>Memberi rasa nyaman.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika kecemasan dikontrol) • Mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah dan ketakutan <p>Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menggerakkan bibir tanpa suara. • Tersenyum/tertawa sendiri • Penggerakan mata yang cepat • Diam dan berkonsentrasi • Respon verbal yang lambat.
<p>Tahap II /Anxietas Berat (Condemning)</p> <p>Menyalahkan; tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menarik diri dari orang lain. • Pengalaman sensori menakutkan • Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan SSO, tanda-tanda ansietas peningkatan denyut jantung, pernafasan, dan tekanan darah. • Rentang perhatian menyempit

	<ul style="list-style-type: none"> • Mulai merasa kehilangan kontrol Non Psikotik 	<ul style="list-style-type: none"> • Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita. • Konsentrasi dengan pengalaman sensori
<p>Tahap III (Controlling) Mengontrol tingkat kecemasan berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya. • Isi halusinasi menjadi atraktif • Kesepian bila pengalaman sensori berakhir. Psikotik 	<ul style="list-style-type: none"> • Perintah halusinasi ditaati. • Sulit berhubungan dengan orang lain. • Rentang perhatian hanya beberapa detik / menit. • Gejala fisika ansietas berat berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti perintah.
<p>Tahap IV (Conquering / Panik) Menguasai tingkat kecemasan panik secara umum diatur dan dipengaruhi oleh waham.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari (jika tidak diinvensi) • Pengalaman sensori menjadi ancaman Psikotik 	<ul style="list-style-type: none"> • Potensial tinggi untuk bunuh diri atau membunuh. • Perilaku panik • Tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks • Tindakan kekerasan agi-tasi, menarik diri atau katatun. • Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

5. Jenis-Jenis Halusinasi

a. Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran yaitu ketika seseorang mendengar suara atau kebisingan, biasanya suara

orang. Suara-suara ini harus kurang jelas sampai ada kata-kata yang jelas yang berkaitan dengan klien, atau bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Ketika klien mendengar instruksi untuk melakukan sesuatu, pikiran mereka dapat berbahaya.

b. Halusinasi Penglihatan

Stimulus visual yang disebut halusinasi penglihatan dapat berupa kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun, atau bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan dapat menyenangkan atau menakutkan, sama seperti melihat monster.

c. Halusinasi Penciuman

Halusinasi penciuman adalah ketika seseorang mencium bau tertentu, seperti darah, urine, dan feses, yang biasanya adalah bau yang tidak menyenangkan. Stroke, tumor, kejang, atau dimensi sering menyebabkan halusinasi penciuman.

d. Halusinasi Pengecapan

Halusinasi pengecapan dengan merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

e. Halusinasi Perabaan

Halusinasi perabaan adalah ketika seseorang merasakan sakit atau ketidaknyamanan tanpa alasan yang jelas. rasa listrik yang tersetrum dari tanah, benda mati, atau orang lain.

**C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Persepsi Sensori :
Halusinasi**

Pasien halusinasi merasakan adanya stimulus yang sebetulnya tidak ada. Perilaku yang diamati dari pasien yang mengalami halusiansi pendengaran adalah mereka mengatn mendengarkan suara meskipun tidak ada stimulus suara atau orang lain di sekitar mereka yang berbicara. Pada halusinasi, pasien melihat orang atau sesuatu yang menakutkan, meskipun tidak ada apapu di sekitarnya. Pada halusinas, pasien mengatakan bahwa mereka membaui bau tertentu, meskipun

orang lain tidak merasakannya. Dalam halusinasi pengecapan, pasien mengatakan bahwa mereka makan atau minum sesuatu yang tidak menyenangkan. Pasien yang mengalami halusinasi perabaan mengalami perasaan bahwa ada binatang atau sesuatu yang merayap di tubuhnya atau di permukaan kulitnya.

Berikut asuhan keperawatan gangguan sensori seperti halusinasi.

1. Pengkajian

Tahap pengkajian yaitu data dikumpulkan sebagai bagian dari proses penelitian; ini mencakup data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Untuk penelitian kesehatan jiwa, data ini dapat dikategorikan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, evaluasi stresor, sumber coping, dan kemampuan coping klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Tahap kedua yaitu menetapkan diagnosis keperawatan dengan mengetahui gejala dan tanda gangguan sensor persepsi. Hal ini termasuk penemuan halusinasi.

Tabel 2 Tanda dan Gejala Halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Obyektif	Data Subyektif
Halusinasi Dengar	<ul style="list-style-type: none"> • Bicara atau tertawa sendiri • Marah-marah tanpa sebab • Menyedengkan telinga ke arah tertentu • Menutup telinga 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendengar suara-suara atau kegaduhan. • Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap. • Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

Halusinasi Penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> • Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu • Ketakutan dengan pada sesuatu yang tidak jelas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster
Halusinasi Penghidu	<ul style="list-style-type: none"> • Mengisap-isap seperti sedang membaui bau-bauan tertentu. • Menutup hidung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Membau bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi Pengecapan	<ul style="list-style-type: none"> • Sering meludah • Muntah 	<ul style="list-style-type: none"> • Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
Halusinasi Perabaan	<ul style="list-style-type: none"> • Menggaruk-garuk permukaan kulit 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengatakan ada serangga di permukaan kulit • Merasa seperti tersengat listrik

3. Perencanaan

Perencanaan asuhan keperawatan halusinasi dengan tujuan:

- Pasien mengenali halusinasinya
- Pasien dapat mengontrol halusinasi
- Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan dalam asuhan keperawatan pada pasien persepsi sensori, seperti halusinasi, yaitu :

- Membina hubungan yang saling percaya
- Membantu klien dengan mengenal halusinasinya
- Latih klien mengontrol halusinasi
- Fasilitasi klien menggunakan obat

5. Evaluasi

Untuk pasien:

- a. Percaya pada perawat
- b. Menyadari halusinasinya
- c. Mampu mengontrol halusinasi

Untuk Keluarga:

- a. Menjelaskan masalah halusinasi
- b. Memperagakan cara merawat
- c. Menjelaskan cara merawat
- d. Menjelaskan fasilitas kesehatan
- e. Melaporkan keberhasilan merawat

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurkhan, R. N., & Maulana, M. A. (2022). Psikoreligius Terhadap Perubahan Persepsi Sensorik Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rsud Arjawinangun Kabupaten Cirebon. *Jurnal Education and Development*, 10(1), 251-253.
- Atmojo, B. S. R & Fatimah, W. (2023). Mengontrol Gangguan Persepsi Sensori Dengan Aktivitas Yang terjadwal. *JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 11(1), 11-18.
- Atmojo, B. S. R., & Rohayati. (2022). Literature Review: Penerapan Teknik Menghardik Pada Klien Yang Mengalami Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi. *Nursing Science Journal (NSJ)*, 3(1), 43-56.
- Danu, A. (2021). Literature Review Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori ; Halusinasi Pendengaran Dengan Menggunakan Terapi Kognitif. *Sentani Nursing Journal*, 22, 32-45.
- Erita, Hununwidiastuti, S., & Leniwita, H. (2019). Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Jiwa. In *Universitas Kristen Indonesia*.http://repository.uki.ac.id/2703/1/BMPKEPE_RAWATANJIWA.pdf
- Prabawati, L. (2019). Gambaran Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia Di Wisma Sadewarumah Sakit Jiwa Grhasia. *Karya Tulis Ilmiah*, 1(1), 1-113.[http://repository.akperkyjogja.ac.id/id/eprint/87%0Ahttp://repository.akperkyjogja.ac.id/87/1/KTI%28LILIK PRABAWATI 2216061%29.pdf](http://repository.akperkyjogja.ac.id/id/eprint/87%0Ahttp://repository.akperkyjogja.ac.id/87/1/KTI%28LILIK%20PRABAWATI%202216061%29.pdf)

BIODATA PENULIS



Ns. Usraleli, S.Kep., M. Kep lahir di Tanjung Baringin, 25 Juli 1974. Menyelesaikan pendidikan Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Andalas Padang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau.

BAB 5

Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Perubahan Proses Pikir: Waham

* Asep Aep Indarna, SPd., SKep., Ners., MPd. *

A. Pendahuluan

Waham merupakan salah satu gejala positif dari gangguan jiwa atau yang biasa disebut dengan skizofrenia (Videbeck, 2018). Seseorang dengan waham sering kali mondar mandir, perasangka curiga, bercerita dengan nada suara tinggi, menganggap bahwa dirinya mempunyai jabatan tinggi, dan individu meyakini memiliki kebesaran atau kekuasaan yang tinggi.

Waham sering ditemukan pada gangguan jiwa berat, dan beberapa bentuk waham tertentu sering ditemukan pada penderita skizofrenia. Semakin akut psikosisnya, semakin sering kita mengalami delusi disorganisasi dan delusi yang tidak sistematis.

B. Konsep Waham

1. Pengertian Waham

Waham adalah suatu keyakinan seseorang yang berdasarkan penilaian realitas yang salah, keyakinan yang tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya, ketidakmampuan merespon stimulus internal dan eksternal melalui proses interaksi atau informasi secara akurat (Yosep, 2016). Waham adalah keyakinan atau persepsi salah yang tidak dapat diubah meskipun ada bukti yang menyangkalnya (Fauziah et al., 2021). Gangguan proses berpikir: waham mengacu pada suatu kondisi di mana seseorang menunjukkan satu atau lebih fantasi aneh selama setidaknya satu bulan. Waham adalah keyakinan

salah yang dipegang atau dipertahankan tetapi tidak sesuai dengan kenyataan (Sutejo, 2018).

2. Faktor penyebab waham

Faktor penyebab waham menurut Sutejo (2018) adalah:

a. Faktor predisposisi (*Predisposing factor*)

Faktor predisposisi terdiri dari tiga faktor, yaitu faktor biologis, faktor psikologis, dan faktor sosial budaya.

b. Faktor biologis

Berbagai zat non-psikiatrik dan kondisi medis dapat menyebabkan waham, sehingga menunjukkan bahwa faktor biologis tertentu dapat menyebabkan waham. Pasien yang wahamnya disebabkan oleh penyakit saraf dan tidak memiliki disabilitas intelektual cenderung mengalami waham kompleks yang serupa dengan pasien dengan gangguan waham. Terjadinya gangguan wahammungkin merupakan respons normal terhadap pengalaman yang tidak biasa di lingkungan, sistem saraf tepi, atau sistem saraf pusat. Oleh karena itu, jika pasien mengalami pengalaman sensorik palsu, seperti perasaan diawasi (mendengar langkah kaki), pelanggan mungkin percaya bahwa dirinya sebenarnya sedang diawasi.

c. Faktor psikodinamik

Banyak pasien dengan gangguan waham mengalami isolasi sosial dan pencapaian hidup yang tidak sesuai harapan. Teori psikodinamik spesifik mengenai etiologi dan perjalanan gejala waham melibatkan asumsi tentang orang yang hipersensitif dan mekanisme spesifik ego, pembentukan reaksi, proyeksi dan penolakan.

3. Mekanisme defense

Penderita gangguan waham menggunakan mekanisme pertahanan berupa proyeksi, penolakan, dan pembentukan reaksi. Pembentukan respon digunakan klien

sebagai pertahanan terhadap agresi, kebutuhan ketergantungan dan perasaan kasih sayang serta transformasi kebutuhan ketergantungan menjadi non-ketergantungan yang persisten. Untuk menghindari kesadaran akan kenyataan yang tampaknya menyakitkan, klien menggunakan mekanisme penolakan (Sadock, 2015)

4. Tanda dan Gejala

Gejala gangguan waham menurut Sutejo (2018) dibagi menjadi beberapa kategori yaitu kognitif, afektif, perilaku dan hubungan sosial serta gejala fisik.

a. Gejala kognitif waham :

- 1) Tidak mampu membedakan realita dan fantasi
- 2) Keyakinan yang kuat terhadap keyakinan palsu
- 3) Mengalami kesulitan dalam berpikir realita
- 4) Tidak mampu dalam mengambil keputusan

b. Gejala afektif waham :

- 1) Situasi yang tidak sesuai dengan kenyataan
- 2) Afek tumpul (*blunted affect*)

c. Gejala perilaku dan hubungan social :

- 1) Hipersensitifitas
- 2) Depresi
- 3) Ragu-ragu
- 4) Hubungan interpersonal dengan orang lain bersifat dangkal
- 5) Mengancam secara verbal
- 6) Aktivitas tidak tepat
- 7) Impulsive
- 8) Curiga
- 9) Pola pikir stereotip

d. Gejala fisik :

- 1) Kebersihan diri kurang
- 2) Muka pucat
- 3) Sering menu
- 4) Turunnya berat badan dan nafsu makan
- 5) Sulit tidur

5. Tipe-tipe waham menurut (Yosep, 2016)

- a. Waham kebesaran. Meyakini bahwa ia memiliki suatu kebesaran atau kekuasaan khusus. Keyakinan

- diucapkan secara berulang-ulang, tetapi tidak sesuai dengan realita.
- b. Waham persekusi. Meyakini bahwa ada seseorang atau suatu kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya, diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
 - c. Waham agama. Memiliki keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan, diucapkan berulang kali namun tidak sesuai dengan kenyataan.
 - d. Waham somatik. Meyakini bahwa tubuh klien atau bagian tubuhnya terganggu, diucapkan berulang kali namun tidak sesuai dengan kenyataan.
 - e. Waham nihilistik. Meyakini bahwa dirinya sudah tidak ada didunia atau sudah meninggal, diucapkan berulang kali namun tidak sesuai dengan kenyataan
6. Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Waham
- a. Pengkajian Keperawatan
Menurut Dermawan (2013) faktor yang perlu dikaji yaitu :
 - 1) Faktor predisposisi
 - a) Genetik : diturunkan
 - b) Neurobiologis : adanya gangguan pada korteks pre frontal dan konteks limbik
 - c) Neurotransmitter: abnormalities pada dopamine, serotonin, dan glutamate
 - d) Virus : paparan virus influenza pada trimester III
 - e) Psikologi : ibu pencemas, terlalu melindungi, ayah tidak peduli
 - 2) Faktor presipitasi
 - a) Proses pengolahan informasi yang berlebihan
 - b) Mekanisme penghantaran listrik yang abnormal
 - c) Adanya gejala pemicu Setiap melakukan pengkajian, tulis tempat klien dirawat dan tanggal dirawat, isi pengkajiannya meliputi :
 - (1) Identitas klien Perawat yang merawat klien melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang nama klien,

- panggilan klien, nama perawata, tujuan, waktu pertemuan, topik pembicaraan.
- (2) Keluhan utama/alasan masuk. Tanyakan pada keluarga/klien yang menyebabkan klien dan keluarga datang ke rumah sakit, yang telah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah dan perkembangan yang dicapai.
 - (3) Riwayat penyakit sekarang. Tanyakan pada keluarga/klien, apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu, pernah melakukan, mengalami, penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal. Dapat dilakukan pengkajian pada keluarga faktor yang mungkin mengakibatkan terjadinya gangguan: 1) Psikologis Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon psikologis dari klien. 2) Biologis. Gangguan perkembangan dan fungsi otak atau SSP, pertumbuhan dan perkembangan individu pada prenatal, neonates dan anak-anak. 3) Sosial budaya, seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (peperangan, kerusuhan, kerawanan), kehidupan yang terisolasi serta stress yang menumpuk.
 - (4) Aspek fisik/biologis Mengukur dan mengobservasi tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan. Ukur tinggi badan dan berat badan, jika perlu kaji fungsi organ jika ada keluhan.
 - (5) Aspek psikologis
 - (a) Membuat genogram yang memuat paling sedikit tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga, masalah yang terkait dengan

komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh.

(b) Konsep diri:

- Citra tubuh : mengenai persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian yang disukai dan tidak disukai.
- Identitas diri : status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya dan kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.
- Peran : tugas yang diemban dalam keluarga/kelompok dan masyarakat dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas tersebut.
- Ideal diri : harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas, lingkungan dan penyakitnya.
- Harga diri : hubungan klien dengan orang lain, penilaian dan penghargaan orang lain terhadap dirinya, biasanya terjadi pengungkapan kekecewaan terhadap dirinya sebagai wujud harga diri rendah.

(c) Hubungan sosial dengan orang lain yang terdekat dalam kehidupan, kelompok yang diikuti dalam masyarakat.

(d) Spiritual, mengenai nilai dan keyakinan dan kegiatan ibadah.

(6) Status mental

Nilai penampilan klien rapi atau tidak, amati pembicaraan klien, aktivitas motoric klien, alam perasaan klien (sedih,takut, khawatir), afek klien, interaksi selama wawancara, persepsi klien, proses pikir, isi pikir tingkat kesadaran, memori, tingkat

konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian dan daya tilik diri.

- (7) Kebutuhan persiapan pulang
 - (a) Kemampuan makan klien, kemampuan menyiapkan dan membersihkan alat makan.
 - (b) Klien mampu BAB dan BAK, menggunakan dan membersihkan WC serta membersihkan dan merapikan pakaian.
 - (c) Mandi klien dengan cara berpakaian, observasi kebersihan tubuh klien.
 - (d) Istirahat dan tidur klien, aktivitas didalam dan diluar rumah.
 - (e) Pantau penggunaan obat dan tanyakan reaksi yang dirasakan setelah minum obat.
- (8) Masalah psikologi dan lingkungan Data dari keluarga atau klien mengenai masalah yang dimiliki klien
- (9) Pengetahuan Data didapatkan melalui wawancara dengan klien kemudian tiap bagian yang dimiliki klien disimpulkan dalam masalah
- (10) Aspek medis Terapi yang diterima oleh klien : ECT, terapi antara lain seperti terapi psikomotor, terapi tingkah laku, terapi keluarga, terapi spiritual, terapi okupasi, terapi lingkungan. Rehabilitasi sebagai suatu refungsionalisasi dan perkembangan klien supaya dapat melaksanakan sosialisasi secara wajar dalam kehidupan bermasyarakat.

b. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan SDKI (2017), diagnosis yang diberikan adalah gangguan proses berpikir: waham. Tanda-tanda gejala utama yang muncul adalah data subjektif yang mengungkapkan muatan waham,

sedangkan data obyektif menunjukkan bahwa perilaku sesuai dengan muatan waham, isi pikiran tidak sesuai dengan kenyataan, bahkan isi tuturannya sulit untuk dipahami.

Tanda-tanda gejala sekunder pada data subyektif adalah perasaan sulit konsentrasi, perasaan cemas, sedangkan pada data obyektif berupa rasa curiga yang berlebihan, kewaspadaan yang berlebihan, berbicara berlebihan, sikap menentang atau bermusuhan, ketegangan wajah, perubahan pola tidur, ketidakmampuan untuk berbicara. mengambil keputusan. Ide beralih, produktivitas menurun, ketidakmampuan mengurus diri sendiri, penarikan diri.

c. Intervensi keperawatan

Dalam intervensi keperawatan, perawat menentukan berdasarkan hasil pengumpulan data dan mengembangkan diagnosis keperawatan yang memandu penciptaan tujuan dan asuhan keperawatan untuk mencegah, meminimalkan, atau menghilangkan masalah masalah kesehatan pasien Rencana asuhan keperawatan adalah bagaimana perawat merencanakan kegiatan keperawatan agar terlaksana pada pasien secara efektif dan efisien. Rencana asuhan keperawatan adalah suatu instruksi tertulis yang menguraikan secara akurat rencana tindakan yang akan dilakukan pada klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan (Sutejo, 2018).

Tabel 1 Intervensi keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi
Gangguan proses pikir : Waham	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama ...x... jam diharapkan status orientasi membaik dengan kriteria hasil : (L.09090)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi waham dari sedang (3) menjadi cukup menurun (4) 2. Perilaku waham dari sedang (3) menjadi cukup menurun (4) 3. Perilaku sesuai realita dari sedang (3) menjadi cukup membaik (4) 4. Isi pikir dari sedang (3) menjadi cukup membaik (4) 5. Pembicaraan dari sedang (3) menjadi cukup membaik (4) 	<p>Manajemen waham (I.09295)</p> <p>Tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor waham yang isinya membahayakan diri sendiri, oranglain dan lingkungan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Bina hubungan interpersonal saling percaya 3. Hindari perdebatan tentang sesuatu yang keliru, nyatakan keraguan sesuai fakta 4. Hindari memperkuat gagasan waham 5. Sediakan lingkungan aman dan nyaman <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan mengungkapkan dan memvalidasi waham (uji realitas) dengan orang yang dipercaya 7. Jelaskan tentang waham serta penyakit terkait Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian obat
		<p>Orientasi realita (I.09297)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi 2. Monitor perubahan orientasi

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor perubahan kognitif dan perilaku <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Perkenalkan nama sebelum memulai interaksi 5. Orientasikan orang, tempat, dan waktu 6. Hadirkan realita 7. Libatkan dalam terapi kelompok realita <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan perawatan diri secara mandiri
--	--	---

d. Implementasi keperawatan

Dalam mengimplementasikan rencana asuhan, perawat kesehatan jiwa menggunakan kisaran tindakan yang dirancang untuk mencegah penyakit fisik dan jiwa dan meningkatkan, mempertahankan, serta mengembalikan kesehatan jiwa dan fisik. Tindakan harus berfokus pada berbagai tritmen psikososial dan biologis serta melibatkan klien, keluarga, dan pelaku rawat jika memungkinkan (Stuart, 2016).

e. Evaluasi keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses dinamis yang melibatkan perubahan pada status kesehatan klien sepanjang waktu, meningkatnya kebutuhan data, berbagai diagnosis, dan modifikasi rencana asuhan keperawatan (Stuart, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Dermawan, R. , & Rusdi. (2013). Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Gosyen Publishing.
- Fauziah, J., Kesumawati, F., Bina, A. K., & Jakarta, I. (2021). Terapi Kognitif Perilaku Dapat Menurunkan Kecemasan Sosial Pada Pasien Waham : Literature Review. In Jurnal Borneo Cendekia (Vol. 5, Issue 1).
- Sadock, B. , S. V. , R. P. (2015). Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11th ed.). Lippincott Wolters Kluwer.
- SDKI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Dewan Pengurus PPNI.
- Stuart, G. W. (2016). Keperawatan Kesehatan Jiwa. EGC.
- Sutejo (2018). Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial. In pustaka baru.
- Videbeck, S. L. (2018). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. EGC.
- Yosep, H. Iyus. , T. S. (2016). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. PT Refika Aditama.

BIODATA PENULIS



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

BAB 6

Terapi Bermain

Ns. Eva Kartika Hasibuan, M.Kep

A. Pendahuluan

Perkembangan dan tumbuh kembang anak-anak tidak bisa lepas dari bermain, aktivitas yang dilakukan anak dalam bermain juga mencakup pembelajaran dan kesenangan bagi anak. Dalam bermain anak tidak hanya melompat, berlari, tetapi juga mereka menggunakan pikiran, prasaan dan emosi. Anak akan menjadi bermasalah jika harus dirawat di rumah sakit yang akan mengakibatkan anak mengalami hospitalisasi (Safriani and F. Kurniawan, 2018).

Penerapan terapi bermain dapat dilakukan dengan menggunakan terapi bermain: mewarnai gambar. Salah satu cara yang efektif untuk menurunkan tingkat stress pada anak dan penting untuk kesehatan mental serta emosional anak adalah dengan terapi bermain: mewarnai gambar. Anak yang dirawat di rumah sakit dengan diberikan terapi bermain dapat memberi perasaan senang, serta dapat membantu anak mengekspresikan perasaan, pikiran cemas, takut, sedih, tegang, maupun nyeri (E. A. Rahmawati, 2020).

Dampak hospitalisasi pada anak yaitu dengan terhambatnya tumbuh kembang anak, Karena pada masa ini anak masih berada dalam masa golden age atau usia keemasan, dimasa inilah anak akan mengalami tahap perkembangan dengan begitu anak akan maksimal memberikan stimulus yang bagus bagi lingkungan sekitar dan keluarga, perkembangan ini akan terhambat ketika anak mengalami kecemasan hopitalisasi maka perlu dilakukan terapi bermain (Amalia, D. Oktaria, and

O. Oktafani, 2018). Pada anak yang sakit bermain salah satu terapi yang baik, karena dengan bermain anak bisa mengatasi perasaan tidak menyenangkan yang di rasakan namun harus tetap memperhatikan kondisi anak. Pada saat bermain anak tidak hanya mengeluarkan tenaga secara fisik namun juga menggunakan emosi, perasaan dan pikiran maka secara otomatis kecemasan akan berkurang (H. Saputro, I. Fazrin, S. Surya, and M. Husada, 2017). Kompetensi perawat perlu ditingkatkan dalam rangka mengoptimalkan pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat melalui pelatihan, pembinaan melalui tim yang ditugaskan, dan berkolaborasi dengan teman sebaya (S. Suprpto, T. C. Mulat, and N. S. N. Lalla, 2021).

B. Konsep Terapi Bermain

1. Pengertian

Menurut Landreth (2001) dalam Zellawati Permainan anak merupakan simbolisasi verbalisasi, maka bermain dijadikan sebagai terapi untuk membantu anak mengatasi masalah yang dihadapinya. Terapi bermain dapat dilakukan baik dalam dan luar ruangan. Untuk perawatan yang berlangsung di kamar harus dipersiapkan dengan baik, terutama peralatan bermain.

Terapi bermain digunakan karena premis yang mendasari para anak-anak untuk berkomunikasi lebih baik melalui bermain daripada melalui ekspresi verbal. Melalui bermain perawat dapat melihat keadaan perkembangan anak, keadaan emosi, dan hioptesis diagnostic serta melakukan intervensi untuk mengatasi permasalahan anak.

Bermain adalah salah satu aspek penting dari kehidupan anak dan salah satu alat paling efektif mengatasi stres anak. Karena hospitalisasi menimbulkan krisis dalam kehidupan anak, dan sering disertai stress berlebihan, maka anak-anak perlu bermain untuk mengeluarkan rasa takut dan cemas yang mereka alami sebagai alat koping dalam menghadapi stress (Wong, et, al 2008).

2. Fungsi Bermain di Rumah Sakit

Adapun fungsi bermain yaitu:

- a. Untuk kesehatan mental, emosional dan kesejahteraan social anak
- b. Meminimalkan munculnya masalah perkembangan anak
- c. Memberikan pengalihan dan relaksasi
- d. Memberikan manfaat kognitif dari aktifitas seni, yaitu memudahkan anak dalam mengungkapkan pikiran dan perasaan mereka melalui seni
- e. Bagi anak-anak yang mengalami deformitas fisik atau berbeda dari teman seusianya dapat menemukan kelompok sebaya
- f. Memberikan rasa nyaman kepada anak dengan rasa takut yang dialaminya
- g. Membuat anak untuk merasa dicintai, dirawat dan diperlakukan dengan hormat sesuai masalah mereka masing-masing

3. Prinsip Bermain

Prinsip terapi bermain adalah sebagai berikut:

- a. Kembangkan hubungan yang hangat dengan anak-anak
- b. Merefleksikan perasaan anak yang terpancar melalui permainan yang mencerminkan emosi anak saat bermain
- c. Percaya bahwa anak dapat memecahkan masalah
- d. Jelaskan perilaku anak

Menurut Supartini (2004) terapi bermain yang dilaksanakan di Rumah Sakit tetap harus memperhatikan kondisi kesehatan anak, antara lain:

- a. Permainan tidak bertentangan dengan pengobatan yang sedang dijalankan anak. Apabila anak harus tirah baring, harus dipilih permainan yang dapat dilakukan di tempat tidur. Anak tidak boleh diajak bermain dengan kelompoknya di tempat bermain khusus yang ada di ruang rawat
- b. Permainan yang tidak membutuhkan banyak energi, singkat dan sederhana. Pilih jenis permainan yang

tidak melelahkan anak, menggunakan alat permainan yang ada pada anak atau yang tersedia di ruangan.

- c. Permainan harus memperhatikan keamanan dan kenyamanan. Anak kecil perlu rasa nyaman dan yakin terhadap benda-benda yang dikenalnya, seperti boneka yang dipeluk anak untuk memberi rasa nyaman dan dibawa ke tempat tidur di malam hari.
 - d. Melibatkan orangtua, karena perawat hanya sebagai fasilitator, orangtua harus terlibat secara aktif mendampingi dari awal permainan sampai mengevaluasi hasil permainan.
4. Indikasi Terapi Bermain

Terapi bermain diindikasikan untuk anak-anak depresi, kecemasan atau pelecehan. Terapi bermain juga direkomendasikan untuk klien dewasa yang mengalami gangguan stress pasca trauma, gangguan identitas disosiatif dan klien yang pernah mengalami pelecehan.

5. Teknik Bermain di Rumah Sakit

Teknik bermain untuk anak yang dirawat di rumah sakit adalah menyediakan alat mainan yang merangsang anak bermain dan memberikan waktu yang cukup pada anak untuk bermain dan menghindari interupsi dengan apa yang dilakukan anak.

Peningkatan pengendalian anak yang meliputi mempertahankan kemandirian dan konsep perawatan diri dapat menjadi salah satu hal yang menguntungkan. Meskipun perawatan diri terbatas pada usia dan kondisi fisik pada anak, kebanyakan anak di atas usia bayi dapat melakukan aktifitas dengan sedikit atau tanpa bantuan. Pendekatan lain mencakup memilih makanan dan minuman serta pakaian Bersama-sama menyusun waktu dan melanjutkan aktifitas sekolah.

Meningkatkan kebebasan bergerak juga diperlukan, karena anak-anak yang lebih muda bereaksi paling kuat terhadap segala bentuk restriksi fisik atau imobilisasi. Meskipun imobilisasi medis diperlukan untuk beberapa intervensi seperti mempertahankan jalur IV, tetapi

sebahagian besar restriksi fisik dapat dicegah jika perawat mendapatkan kerjasama dari anak. Pemberitahuan kepada anak hak-haknya pada saat di hospitalisasi meningkatkan pemahaman yang lebih banyak dan dapat mengurangi perasaan tidak berdaya yang biasanya mereka rasakan.

6. Macam-macam Pendekatan Terapi Bermain

La Bauve, dkk (2001), macam-macam model dalam terapi bermain yaitu:

- a. Model Adlerian, merupakan perpanjangan dari psikologi individu Adler, bersama dengan alas an filosofis bahwa kehidupan social itu perlu, tindakan adalah tujuan, hidup itu subyektif, dan hidup itu khusus dan kreatif. Model ini digunakan untuk anak-anak yang tidak berinteraksi social dan tidak percaya apada gaya hidup mereka.
- b. Model Terapi Client-Centered, merupakan model terapi yang berpusat pada kilen. Teori yang mendasarinya adalah teori Rogers, yang menyatakan bahwa motivasi intrinsic seorang anak mendorong pertumbuhan dan aktualisasi diri. Terapi beramin dengan pendekatan non directive yang berpusat pada klien (indirect child-centered therapy) cocok untuk anak yang mengalami ketidaksesuaian antara peristiwa kehidupan dan dirinya.

7. Alat Mainan yang sesuai dengan usia dan kondisi anak

Alat mainan untuk kondisi sakit ringan membutuhkan perawatan dan pengobatan yang minimal. Sedangkan untuk anak dalam kondisi sakit berat tidak diberikan aktifitas bermain karena anak berada dalam status psikologis dan tanda vital yang belum normal, anak gelisah, mengamuk serta membutuhkan perawatan yang intensif.

Pada usia bayi, saat anak mengalami sakit ringan, alat mainan seperti:

- a. Balok dengan warna yang bervariasi
- b. Buku bergambar
- c. Cangkir atau sendok
- d. Kotak music
- e. Boneka yang berbunyi

Sedangkan saat anak sakit sedang mainan yang diberikan berupa:

- a. Kotak music
- b. Sesuatu mainan yang sering digiring-giring anak
- c. Boneka yang berbunyi

Untuk anak usia toddler saat mengalami sakit ringan, alat mainan yang dapat didorong dan ditarik, balok-balok, mainan bermusik, alat rumah tangga, telepon mainan, buku gambar, kertas, crayon dan manik-manik besar. Sedangkan untuk mengalami sakit sedang mainan nya berupa mainan bermusik, alat rumah tangga, telepon mainan, buku bergambar dan manik-manik besar.

Pada usia pra sekolah, jika mengalami sakit ringan, alat mainan yang dapat diberikan berupa boneka-bonekaan, mobil-mobilan, buku gambar, teka-teki, menyusun potongan gambar, kertas untuk melipat-lipat, crayon, alat mainan bermusik dan majalah anak-anak. Sedangkan bagi yang mengalami sakit sedang, mainan yang dapat diberikan berupa boneka-bonekaan, mobil-mobilan, buku bergambar, dan alat mainan music.

Pada usia sekolah, anak sudah mulai melakukan imajinasi. Maka alat mainan yang dapat diberikan berupa permainan teka-teki, buku bacaan, alat untuk menggambar, alat music seperti harmonica. Sedangkan pada usia remaja, anak mulai mencurahkan kreatifitas yang dimilikinya, maka alat mainan yang dapat diberikan dapat berupa permainan catur, alat untuk menggambar seperti cat air, kanvas, kertas, majalah anak-anak atau remaja dan buku cerita.

8. Memilih Alat Mainan

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam memilih mainan bagi anak-anak yang dirawat di rumah sakit, antara lain:

- a. Pilihlah alat mainan yang aman
- b. Hindari alat mainan yang tajam

- c. Hindari alat mainan yang mengeluarkan suara keras dan yang terlalu kecil, terutama anak umur di bawah 3 tahun
 - d. Ajarkan anak cara menggunakan alat yang bisa membuat injury seperti gunting, pisau dan jarum
 - e. Sediakan tempat untuk menyimpan alat mainan anak-anak
 - f. Pilihlah alat mainan yang membuat anak tidak jatuh
9. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pelaksanaan Terapi Bermain di Rumah Sakit
- a. Pengetahuan

Semakin tinggi tingkat pengetahuan perawat tentang aktifitas bermain pada anak, maka akan semakin optimal pula perawat dalam melaksanakan tindakan yang diberikannya.
 - b. Sikap

Diantara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap perawat yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi serta faktor emosi dalam diri individu. Suatu sikap yang positif belum terwujud dalam suatu tindakan.
 - c. Faktor pendukung

Untuk terwujudnya sikap perawat agar menjadi tindakan diperlukan faktor pendukung di rumah sakit, seperti tersedianya sarana atau fasilitas antara lain, ruangan bermain yang diatur sedemikian rupa, sehingga memungkinkan untuk dilaksanakan aktifitas bermain pada anak, alat-alat bermain yang sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan anak.
 - d. Faktor Pendorong

Perawat memerlukan faktor pendorong untuk melaksanakan tindakannya yang berasal dari sikap atasannya, apakah atasannya memberikan dorongan terhadap tindakan yang telah dilakukannya, misal memberi reward, insentif, atau nilai angka kredit, pengaruh teman, adanya dorongan atau ajakan dari perawat lain akan memberikan dorongan kepada

perawat untuk melakukan terapi bermain secara Bersama-sama atau bergantian.

10. Prosedur Bermain

Bermain dalam prosedur rumah sakit juga dapat dilakukan dengan cara penerapan pemahaman anak dengan memberikan ilmu pengetahuan. Tutorial khusus yang diterima anak dapat membantu mereka meningkatkan pelajarannya dan berkonsentrasi pada objek-objek yang sulit, misalnya dengan mengajarkan anak system tubuh yang melibatkan masalah kedokteran. Contoh lain dengan menjelaskan nutrisi secara umum dan alasan menggunakan diet, serta mendiskusikan tentang pengobatan anak.

Aktifitas bermain pada anak yang bisa diterapkan pada prosedur khusus adalah dengan menggunakan cangkir obat yang kecil dan didekorasi, memberikan minuman yang dicampur pewarna minuman dengan menggunakan sedotan yang menarik. Hal ini memberikan arti pentingnya intake cairan bagi anak. Untuk melatih pernafasan anak, perawat dapat memberikan balon untuk ditiup atau mengajarkan anak untuk membuat gelembung air.

DAFTAR PUSTAKA

- Apriliyanto, W. T. Astuti, and L. Nurhayati, "Literature Review: Penerapan Terapi Bermain Puzzle terhadap Kecemasan pada Anak Prasekolah akibat Hospitalisasi," *J. Keperawatan Karya Bhakti*, vol. 7, no. 2, pp. 72-84, Jul. 2021, doi: 10.56186/jkkb.96.
- Amalia, D. Oktaria, and O. Oktafani, "Pengaruh Terapi Bermain terhadap Kecemasan Anak Usia Prasekolah selama Masa Hospitalisasi," *J. Major.*, vol. 7, no. 2, pp. 219-225, 2018, [Online]. Available: <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1880>
- A. R. Kartika, B. D. Winarsih, and S. Hartini, "The Influence of Play Therapy With Coloring The Picture Toward The Anxiety At Preschool Children During Hospitalization," *Menara J. Heal. Sci.*, vol. 1, no. 2 SE-Articles
- E. A. Rahmawati, "Terapi Musik Baby Shark Mampu Menurunkan Kecemasan pada Anak Usia Prasekolah," *J. Telenursing*, vol. 2, no. 1, pp. 1-10, May 2020, doi: 10.31539/joting.v2i1.1098.
- S. Ekasaputri and A. Arniyanti, "Efektivitas Terapi Audio Visual (Film Kartun) Terhadap Kecemasan Pada Anak Usia Prasekolah," *J. Ilm. Kesehatan Sandi Husada*, vol. 11, no. 1, pp. 57-63, Jun. 2022, doi: 10.35816/jiskh.v11i1.699.
- H. Saputro, I. Fazrin, S. Surya, and M. Husada, "Penurunan tingkat kecemasan anak akibat hospitalisasi dengan penerapan terapi bermain," *J. Konseling Indones.*, vol. 3, no. 1, pp. 9-12, 2017, doi: <https://doi.org/10.21067/jki.v3i1.1972>.
- H. J. Dolok Saribu, W. Pujiati, and E. Abdullah, "Penerapan Atraumatic Care dengan Kecemasan Anak Pra-Sekolah Saat Proses Hospitalisasi," *J. Ilm. Kesehatan Sandi Husada*, vol. 10, no. 2, pp. 656-663, Dec. 2021, doi: 10.35816/jiskh.v10i2.653.
- Muhammad Suhron, 2017, *Asuhan Keperawatan Jiwa Konsep Self Esteem*, Jakarta: Mitra Wacana Media

- Safriani and F. Kurniawan, "Hubungan Peran Keluarga dengan Kecemasan Akibat Hospitalisasi pada Anak Prasekolah," *Golden Age J. Pendidik. Anak usia dini*, vol. 2, no. 1, Jun. 2018, doi: 10.29313/ga.v2i1.3858.
- S. Suprpto, T. C. Mulat, and N. S. N. Lalla, "Nurse competence in implementing public health care," *Int. J. Public Heal. Sci.*, vol. 10, no. 2, p. 428, Jun. 2021, doi: 10.11591/ijphs.v10i2.20711.

BIODATA PENULIS



Ns. Eva Kartika Hasibuan, M.Kep lahir di Mulio Rejo, pada 01 Januari 1986. Menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Mutiara Medan dan S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan di Universitas Sari Mutiara Indonesia

BAB 7

Keperawatan Kesehatan Jiwa Masyarakat

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

A. Pendahuluan

Keperawatan kesehatan jiwa masyarakat merupakan proses interpersonal untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa masyarakat agar individu yang sehat akan tetap sehat, individu yang berisiko tidak mengalami gangguan jiwa dan individu yang mengalami gangguan jiwa mendapatkan pelayanan yang tepat sehingga dapat mandiri dan produktif di masyarakat (Livana PH et al., 2018).

Keperawatan kesehatan jiwa masyarakat terus menyesuaikan dan mengikuti paradigma kesehatan Indonesia yang berfokus pada upaya peningkatan (Promosi) dan pencegahan penyakit (Preventif) sambil menjalankan upaya pengobatan (Kuratif) dan rehabilitasi (Rehabilitatif) bagi masyarakat yang mengalami masalah psikososial dan atau gangguan jiwa, dengan memberdayakan potensi yang ada di masyarakat secara optimal agar masyarakat lebih mandiri dalam menjaga kesehatannya. Peran institusi dan tenaga kesehatan serta kader dalam upaya pelayanan keperawatan kesehatan jiwa berbasis masyarakat sangat dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan seperti kunjungan rumah, pelaporan kasus, rujukan kasus, dan pencatatan serta pelaporan perkembangan pasien (Edi, Suwarsih & Syahfitri, 2016).

B. Konsep Keperawatan Kesehatan Jiwa Masyarakat

1. Pengertian keperawatan kesehatan jiwa masyarakat

Keperawatan kesehatan jiwa masyarakat atau *Community Mental Health Nursing (CMHN)* atau Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (KKJK) merupakan suatu

upaya pelayanan keperawatan yang bersifat holistic, komprehensif dan paripurna untuk mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa, berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stres dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan, bertujuan agar pasien yang tidak tertangani di masyarakat akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik. CMHN merupakan program sekaligus salah satu strategi pelatihan yang diberikan pada petugas kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya sebagai upaya membantu masyarakat menyelesaikan masalah kesehatan jiwa (Keliat B.A, dkk, 2014)

2. Pembentukan program CMHN

Program CMHN ini terbentuk karena banyaknya konflik berkepanjangan yang dialami masyarakat Aceh sebagai dampak bencana tsunami dan gempa bumi tahun 2004 silam. Berbagai masalah psikososial yang dialami masyarakat berupa ketakutan, kehilangan, trauma paska bencana, bahkan terjadi gangguan jiwa yang lebih berat berupa depresi, perilaku kekerasan atau gangguan jiwa lainnya. Berbagai permasalahan dan gangguan tersebut dibutuhkan penanganan yang cepat, tepat dan akurat. Berdasarkan kondisi tersebut dibentuklah sarana pelayanan keperawatan jiwa yang disebut Badan Pelayanan Keperawatan Jiwa (BPKJ) atau Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (KKJK) sebagai salah satu strategi untuk memberikan pelayanan keperawatan kesehatan jiwa kepada masyarakat dalam rangka mengatasi berbagai permasalahan kesehatan.

3. Program CMHN atau KKJK

Program CMHN menurut Keliat B.A, dkk (2014) adalah membentuk desa siaga sehat jiwa. Berbagai macam program kegiatan yang dilakukan adalah

- a. Pendidikan kesehatan jiwa untuk masyarakat sehat
- b. Pendidikan kesehatan jiwa untuk resiko masalah psikososial

- c. Resiko jiwa untuk mengalami gangguan jiwa
- d. Terapi aktivitas bagi pasien gangguan jiwa mandiri
- e. Rehabilitasi bagi pasien gangguan jiwa mandiri

Program desa siaga sehat jiwa dimaksudkan untuk mempersiapkan warganya memiliki sumber daya dan kemampuan untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa secara mandiri. Tujuan dari program desa siaga sehat jiwa secara umum adalah mewujudkan masyarakat desa yang sehat, peduli, dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan jiwa di wilayahnya. Secara khusus bertujuan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya kesehatan jiwa, meningkatkan kemampuan masyarakat menolong dirinya, meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat risiko dan bahaya kesehatan jiwa, dan meningkatkan dukungan dan peran aktif *stakeholders* serta meningkatkan masyarakat melaksanakan perilaku sehat jiwa (Livana PH,dkk, 2018).

4. Tujuan CMHN atau KKJK

Tujuan CMHN dalam memberikan asuhan Keperawatan pada keluarga pasien yang mengalami gangguan jiwa secara umum adalah meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan kesehatan jiwa bagi masyarakat sehingga tercapai kesehatan jiwa masyarakat secara optimal. Sedangkan tujuan khusus adalah :

- a. Menjelaskan keperawatan kesehatan jiwa komunitas
- b. Menerapkan komunikasi terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa
- c. Menjelaskan peran dan fungsi perawat kesehatan jiwa dalam memberikan pelayanan keperawatan
- d. Bekerjasama dengan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan keperawatan sesuai peran dan fungsinya
- e. Menerapkan konsep pengorganisasian masyarakat dalam memberikan pelayanan keperawatan jiwa
- f. Memberikan asuhan keperawatan pada anak dan remaja dengan depresi dan perilaku kekerasan

- g. Memberikan asuhan keperawatan pada usia dewasa dengan masalah harga diri rendah, perilaku kekerasan, resiko bunuh diri, isolasi diri, halusinasi, waham dan defisit perawatan diri
 - h. Memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan depresi dan demensia
 - i. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa komunitas (Keliat B.A et al., 2014).
5. Sasaran CMHN atau KKJK

Sasaran utama program CMHN sesuai kesehatan jiwa adalah masyarakat. Ditinjau dari aspek kesehatan sasaran kelompok masyarakat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Masyarakat umum, ditujukan masyarakat sehat dan tidak dalam keadaan resiko sakit. Kelompok ini berada dalam berbagai variasi demografis seperti usia, jenis kelamin, ras, status social dan ekonomi.
 - b. Masyarakat dalam kelompok resiko yaitu masyarakat yang berada dalam situasi dan lingkungan yang kemungkinan mengalami gangguan relative tinggi. Kelompok ini dapat dibedakan atas lingkungan ekologis, status demografi, dan factor psikologis.
 - c. Masyarakat yang mengalami gangguan yaitu keompok masyarakat yang sedang terganggu jiwanya yang berada dalam keluarga, masyarakat, kelompok, dan rumah sakit.
 - d. Masyarakat yang mengalami kecacatan, ditujukan pada kelompok masyarakat yang mengalami hendaya dan kecacatan agar dapat berfungsi optimal dan normal di masyarakat (Lilik Ma'rifatul Azizah, 2016).
6. Ruang Lingkup CMHN atau KKJK

Ruang lingkup CMHN mengacu pada upaya kesehatan jiwa yang ditujukan untuk memelihara dan promosi kesehatan jiwa individu dan masyarakat, serta prevensi dan perawatan terhadap penyakit dan kerusakan jiwa, meliputi :

- a. Promosi kesehatan jiwa, yaitu berbagai usaha untuk meningkatkan kesehatan jiwa yang bisa ditingkatkan sampai batas optimal.
- b. Prevensi Primer, merupakan usaha untuk mencegah timbulnya gangguan jiwa agar tidak terjadi gangguan dan sakit mental.
- c. Prevensi sekunder, merupakan usaha untuk menemukan kasus dini dan penyembuhan secara tepat klien gangguan jiwa untuk mengurangi durasi gangguan dan mencegah jangan sampai terjadi cacat
- d. Prevensi tertier, merupakan usaha rehabilitasi yang dapat dilakukan terhadap orang yang mengalami gangguan jiwa untuk mencegah disabilitas atau ketidakmampuan, jangan sampai mengalami kecacatan yang menetap (Lilik Ma'rifatul Azizah, 2016).

Berbagai upaya tersebut dilakukan oleh tenaga kesehatan dan memanfaatkan pemberdayaan masyarakat seperti tokoh masyarakat dan kader kesehatan melalui kegiatan yang dapat meningkatkan kesadaran dan kepedulian masyarakat terhadap permasalahan kesehatan jiwa. Menurut Hanifah & Afridah (2018) bahwa dengan adanya kader kesehatan jiwa dapat memberikan nilai positif kepada pelayanan kesehatan jiwa

7. Peran kader dalam program CMHN

Penyelenggaraan program kesehatan jiwa berbasis masyarakat membutuhkan peran kader kesehatan jiwa sebagai partisipan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, dan rehabilitatif bagi orang gangguan jiwa (Clarke, M., Dick, J., & Lewin, S., 2008 yang dikutip Alviananda Zahra Amalia, 2016). Kader tidak berperan dalam pelayanan yang diselenggarakan oleh rumah sakit maupun puskesmas (Tania, M., Suryani, & Hernawaty, T., 2018). Menurut Sahrana (2018), kader kesehatan jiwa adalah seseorang yang bekerja secara sukarela dan dipilih oleh masyarakat untuk memberikan layanan kesehatan bekerjasama dengan petugas kesehatan

berperan memelihara dan mempertahankan kesehatan jiwa masyarakat serta menumbuhkan kesadaran dan kepedulian baik kepada keluarga dengan penderita maupun masyarakat (Isnawati, I., & Yunita, R., 2019). Menurut Permatasari, P., & Setiawati, M (2021) bahwa pelayanan kesehatan jiwa dengan pendekatan masyarakat melalui kader kesehatan dapat meningkatkan kesadaran kesehatan jiwa masyarakat karena kader dapat menjangkau keluarga dengan ODGJ, orang sehat, orang dengan resiko, maupun masyarakat luas yang belum pernah dikunjungi petugas kesehatan. Menurut Keliat (2011) dalam Isnawati, I., & Yunita, R (2019) pada tingkat primer kader melakukan kegiatan pendataan status kesehatan jiwa keluarga, mengadakan penyuluhan kesehatan jiwa kepada masyarakat, dan mengajak masyarakat untuk datang posyandu kesehatan jiwa. Kegiatan kader diawasi oleh petugas promosi kesehatan dari puskesmas setempat. Peran kader pada tingkat sekunder ikut serta dalam penyelenggaraan kegiatan deteksi dini dengan mengunjungi rumah tangga dengan ODGJ untuk membantu pencatatan kasus kemudian melaporkan atau merujuknya kepada puskesmas untuk diagnosis (Keliat, 2011; Hothasian, J., Suryawati, C., & Fatmasari, E., 2019). Pencatatan dan pelaporan mencakup informasi kemampuan klien mengatasi masalahnya, keterlibatan keluarga merawat dan pemantauan perkembangan pasien (Isnawati, I., & Yunita, R., 2019). Peran kader melakukan kunjungan dan pendataan penemuan kasus baru ODGJ dan melakukan sosialisasi posyandu kesehatan jiwa dengan kerjasama lintas sektor untuk meningkatkan kepekaan masyarakat terhadap gejala ODGJ dan bagaimana cara penatalaksanaannya. Peran kader dalam pelayanan tingkat tersier atau rehabilitasi adalah memberikan motivasi kepada keluarga maupun penderita untuk mengingatkan agar rutin mengkonsumsi obat-obatan (Keliat, 2011). Kader juga membantu petugas RSJ dalam mengumpulkan

penderita ODGJ beserta keluarganya mengikuti kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan rehabilitasi serta mendampingi perawat CMHN (Iswanti, D. I., Lestari, S. P., & Hapsari, R., 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Alviananda Zahra Amalia. (2016). Upaya Peningkatan Pelayanan Kesehatan Jiwa berbasis Masyarakat Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa. <https://www.researchgate.net/publication/361391081>
- Hanifah, A.N. & Afridah, W., (2018). Upaya Mengoptimalkan Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat di Kelurahan Wonokromo Surabaya. In Proceeding National Seminar Germas.
- Isnawati, I.A. & Yunita, R., (2019). Konsep Pembentukan Kader Kesehatan Jiwa di Masyarakat. Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia
- Iswanti, D. I., Lestari, S. P., & Hapsari, R., (2018). Peran Kader Kesehatan Jiwa dalam Melakukan Penanganan Gangguan Jiwa. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*
- Keliat B.A. Akemat, Novy Helena, Heni Nurhaeni (2014). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. EGC, Jakarta
- Nurhalimah (2016). Modul Keperawatan Kesehatan Jiwa. Cetakan Pertama, Kemenkes RI, Jakarta
- Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktek Klinik. Edisi Pertama, Indomedia Pustaka, Yogyakarta.
- Livana PH, Sih Ayuwatini, Yulia Ardiyanti, Ulfa Suryani. (2018). Gambaran Kesehatan Jiwa Masyarakat. *Jurnal Keperawatan Vol.6 No.1 ISSN 2338-2090 FIKKes Universitas Muhammadiyah Semarang bekerjasama dengan PPNI Jawa Tengah.*
- Nurhalimah (2016). Modul Keperawatan Kesehatan Jiwa. Cetakan Pertama, Kemenkes RI, Jakarta
- Sahriana. (2018). Peran Kader Kesehatan Jiwa dalam Program Kesehatan Jiwa komunitas di Masyarakat. Diakses tanggal 14 Juni 2022

Tania, M (2018). Peran Kader Kesehatan dalam Mendukung Proses Recovery pada ODGJ: Literature Review. In Prosiding Seminar Nasional dan Penelitian Kesehatan 2018

BIODATA PENULIS



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

BAB 8

Terapi Kejang Listrik (ECT)

Ns. Maelia Unayah,S.Kep.,M.Kep

A. Pendahuluan

Electroconvulsive Therapy (ECT) atau Terapi Kejang Listrik merupakan terapi yang termasuk penatalaksanaan dalam gangguan psikiatri. *Electroconvulsive Therapy* (ECT) sudah lama dikenal sebagai terapi dalam bidang psikiatri. *Electro convulsive Therapy* (ECT) atau terapi kejang listrik adalah suatu intervensi non farmakologi penting yang efektif dalam pengobatan pasien dengan gangguan neuro psikiatrik tertentu yang berat (Sadock BJ, Sadock VA, 2015).

Dalam sejarah pengobatan pada penderita gangguan jiwa yang paling awal adalah: "Terapi Kejang Listrik" (*Electroconvulsive Therapy*), terapi yang lebih awal dari pada psikofarmaka. Dengan kemajuan zaman dan berkembangannya penelitian-penelitian yang canggih, khususnya dalam ilmu kedokteran jiwa, maka ditemukan obat untuk penderita gangguan jiwa (Sadock BJ, Sadock VA, 2015).

B. Pengertian ECT

Electroconvulsive Therapy (ECT) merupakan salah satu jenis terapi fisik yang merupakan pilihan untuk indikasi terapi pada beberapa kasus gangguan psikiatri. Indikasi utama adalah depresi berat (Kurniawan, 2019).

ECT (*Electroconvulsive Therapy*) merupakan perawatan untuk gangguan psikiatri dengan menggunakan aliran listrik singkat melewati otak pasien yang berada dalam pengaruh anestesi dengan menggunakan alat khusus. *Terapi Elektroconvulsive* (ECT) adalah terapi yang aman dan efektif untuk pasien dengan gangguan depresi berat, episode manik,

dan gangguan mental serius lainnya (Sadock BJ, Sadock VA, 2015).

Electroconvulsive Therapy (ECT) merupakan prosedur medis yang dilakukan oleh dokter dimana pasien diberikan anestesi umum dan relaksasi otot. Ketika efeknya telah bekerja, otak pasien distimulasi dengan suatu rangkaian dan dikontrol dengan electrode yang dipasang di kepala pasien. Stimulus ini menyebabkan bangkitan kejang di otak sampai 2 menit. Karena penggunaan anestesi dan relaksasi otot sehingga badan pasien tidak ikut terangsang dan tidak merasa nyeri.

1. Indikasi pada ECT

a. Gangguan Depresi Mayor

Indikasi yang paling sering untuk penggunaan ECT adalah gangguan depresif berat atau gangguan depresi mayor. ECT harus dipertimbangkan sebagai terapi pada pasien yang gagal dalam uji coba medikasi, mengalami gejala yang parah atau psikotik, mencoba bunuh diri atau membunuh dengan mendadak, atau memiliki gejala agitasi atau stupor yang jelas. Sebagian klinisi yakin bahwa ECT menyebabkan sekurangnya derajat perbaikan klinis yang sama dengan terapi standar dengan obat antidepressan (Agustina, 2018).

ECT efektif untuk gangguan depresi berat dengan gangguan bipolar. Depresi delusional atau psikotik telah lama dianggap cukup responsif terhadap ECT, tetapi penelitian terakhir telah menyatakan bahwa episode depresi berat dengan ciri psikotik tidak lebih responsif terhadap ECT dibandingkan gangguan depresi nonpsikotik. Namun, karena episode depresi berat dengan gejala psikotik adalah berespon buruk terhadap farmakologi anti depressan saja, ECT harus sering dipertimbangkan sebagai terapi lini pertama untuk pasien dengan gangguan-gangguan depresi berat dengan ciri melankolik (seperti gejala parah yang jelas, retardasi psikomotor, terbangun dini hari, variasi diurnal, penurunan nafsu makan dan berat badan, dan

agitasi, diperkirakan lebih mungkin berespon terhadap ECT (Agustina, 2018).

b. Mania (Gangguan Bipolar manik)

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 (Agustina, 2018).

Pengobatan pilihan bagi mania adalah obat menstabilkan mood ditambah obat antipsikotik. ECT dapat dipertimbangkan untuk mania parah terkait dengan:

- 1) Kelelahan fisik yang mengancam jiwa
- 2) Resistensi pengobatan (yaitu mania yang tidak menanggapi pengobatan pilihan).

Pilihan pasien dan pengalaman perawatan medis sebelumnya tidak efektif atau tak tertahankan, atau pemulihan sebelumnya dengan ECT, yang relevan.

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.

Pemberian ECT pada pasien skizofrenia diberikan bila terdapat:

- 1) Gejala-gejala positif dengan onset yang akut.
- 2) Katatonia
- 3) Riwayat ECT dengan hasil yang baik.

2. Kontraindikasi

ECT tidak memiliki kontraindikasi absolut, hanya situasi di mana seorang pasien pada peningkatan risiko dan memiliki peningkatan kebutuhan pemantauan ketat. Kehamilan bukan merupakan kontraindikasi untuk ECT, dan pemantauan janin umumnya dianggap tidak perlu kecuali kehamilan risiko tinggi atau rumit.

Pasien dengan lesi sistem saraf pusat berada pada peningkatan risiko untuk edema dan herniasi otak setelah ECT. Jika lesi kecil, pengobatan pra dengan dexamethasone (Decadron) diberikan, dan hipertensi dikendalikan selama kejang dan risiko komplikasi serius diminimalkan untuk pasien ini. Pasien yang mengalami peningkatan tekanan intraserebral atau berisiko untuk perdarahan otak (misalnya, orang-orang dengan penyakit serebrovaskular dan aneurisma) berada pada risiko selama ECT karena peningkatan sawar darah otak selama kejang (Nandinanti et al., 2015).

Risiko ini dapat dikurangi, meskipun tidak dihilangkan, oleh kontrol tekanan darah pasien selama perawatan. Pasien dengan infark miokard adalah kelompok berisiko tinggi lain, meskipun risikonya sangat berkurang 2 minggu setelah infark miokard dan lebih jauh berkurang 3 bulan setelah infark itu. Pasien dengan hipertensi harus distabilkan pada obat antihipertensi mereka sebelum ECT diberikan. Propranolol (Inderal) dan sublingual nitroglicerine juga dapat digunakan untuk melindungi pasien tersebut selama pengobatan.

3. Persiapan Pasien

Sebelum ECT dilakukan pasien perlu dipersiapkan dengan cermat meliputi :

- a. Pemeriksaan fisik dan kondisi pasien (jantung, paru-paru, tulang dan otak)
- b. Pasien harus puasa minimal 6 jam sebelum ECT dilakukan

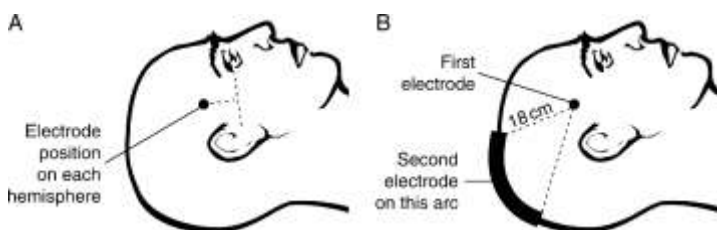
- c. Persiapkan pasien agar tidak takut dengan pengalihan perhatian, atau dengan pemberian premedikasi
 - d. Perhiasan, jepit rambut atau gigi palsu perlu dilepas terlebih dahulu
 - e. Bantuan perawat untuk mencegah terjadinya luksasi/fraktur saat terjadi kejang.
4. Persiapan Alat
- a. Mesin ECT lengkap
 - b. Kasa basah untuk pelapis elektrode
 - c. Tabung dan masker oksigen
 - d. Penghisap lendir
 - e. Obat-obat : coramine, adrenalin
 - f. Karet pengganjal gigi agar lidah tidak tergigit
 - g. Tempat tidur datar dengan alas papan
5. Pelaksanaan
- a. Pasien tidur terlentang tanpa bantal dengan pakaian longgar
 - b. Bantalan gigi dipasang
 - c. Perawat memegang rahang bawah/kepala, bahu, pinggul dan lutut
 - d. Dokter memeberikan aliran listrik melalui 2 elektrode yang ditempelkan dipelipis. Akan terjadi kejang tonik terlebih dahulu diikuti kejang klonik dan kemudian akan terjadi fase apneu beberapa saat sebelum akhirnya bernafas kembali seperti biasa. Fase apneu ini sangat penting diperhatikan tidak boleh terlalu lama.
6. Pengawasan pasca ECT
- a. Penting dilakukan pengawasan karena pasien biasanya masih belum sadar penuh.
 - b. Kondisi vital kembali seperti semula, biasanya pasien tertidur. Kadang-kadang dapat juga pasien menjadi gelisah dan bergerak tidak menentu seperti delirium. Pada fase ini sangat perlu diawasi sampai kesadaran pulih kembali.
 - c. Setelah sadar, pasien biasanya bingung dan mengalami disorientasi bahkan amnesia. Perlu distimulasi dengan

cara mengajak berkomunikasi, membantu memulihkan orientasi dan ingatan secara bertahap. Berikan suasana tenang dan nyaman.

7. Penempatan Elektrode

a. ECT Bilateral

Posisi untuk elektroda pada ECT bilateral diilustrasikan pada Gambar 2 (A). Pusat elektroda harus 4 cm di atas, dan tegak lurus, titik tengah dari garis antara sudut lateral mata dan meatus auditori eksternal. Satu elektroda diletakkan untuk setiap sisi kepala, dan posisi ini disebut sebagai ECT temporal. (Beberapa penulis menyebut ECT frontotemporal.) Ini merupakan posisi yang direkomendasikan untuk elektroda ECT bilateral karena ini telah menjadi posisi standar dan tidak dapat diasumsikan bahwa temuan penelitian terbaru dapat diekstrapolasi untuk posisi lainnya di ECT bilateral. Ada eksperimen lain untuk posisi elektroda di ECT bilateral yaitu ECT frontal, di mana jarak elektroda hanya sekitar 5 cm (2 inci) dan masing-masing sekitar 5 cm di atas jembatan hidung. Sebuah modifikasi lebih baru di mana elektroda diterapkan lebih lanjut selain telah diteliti karena para peneliti menyarankan bahwa berkhasiat sebagai ECT bilateral tradisional, tetapi dengan risiko yang lebih rendah dari efek samping kognitif. *Inggris ECT Review Group* (2003) tidak menemukan perbedaan yang signifikan antara ECT tradisional dan ECT bilateral baik dalam kemanjuran klinis atau efek samping kognitif.



Gambar 1. Posisi elektroda temporal (A) atau posisi temporoparietal / Elia's positioning (B)

b. ECT Unilateral

Posisi Elia, di mana salah satu elektroda dalam posisi yang sama seperti dalam ECT bilateral tradisional dan lainnya diaplikasikan di atas permukaan parietal dari kulit kepala. Posisi yang tepat pada busur parietal tidak penting, tujuan adalah untuk memaksimalkan jarak antara elektroda untuk mengurangi arus listrik dan untuk memilih situs di mana busur elektroda dapat diterapkan dengan tegas dan datar terhadap kulit kepala. ECT unilateral biasanya diaplikasikan di atas belahan non-dominan, yang merupakan sisi kanan kepala di kebanyakan orang. Ini adalah posisi yang dianjurkan dalam ECT unilateral karena ini telah menjadi standar, dan tidak dapat diasumsikan bahwa temuan penelitian terbaru dapat diekstrapolasi untuk posisi lainnya.

Telah ditulis bahwa ECT unilateral adalah pengobatan yang lebih sulit untuk dilakukan. Hal ini terjadi jika dokter yang menanganinya dibiarkan sendirian. Posisi tradisional elektroda di ECT unilateral diilustrasikan pada gambar 1 (B). Posisi ini biasanya disebut sebagai kepala temporoparietal atau d'ient's head. ECT unilateral dapat lebih efektif bila dilihat sebagai tanggung jawab bersama dari tim klinik ECT. Beberapa dokter anestesi secara rutin meminta pasien untuk mengaktifkan ke sisi kiri sebelum induksi

anestesi. Bantuan perawat atau anggota staf anestesi sangat penting untuk melakukan tugas memutar kepala pasien.

8. Stimulus Listrik dan Kejang

Stimulus listrik harus cukup kuat untuk mencapai ambang kejang (tingkat intensitas yang dibutuhkan untuk menghasilkan kejang). Stimulus listrik diberikan dalam siklus, dan setiap siklus berisi gelombang positif dan gelombang negatif. Ambang kejang dan lamanya sangat bervariasi diantara pasien dan kemungkinan sukar untuk ditentukan. Tujuannya ialah untuk mencapai kejang anatar 25-60 detik dengan menggunakan jumlah energi listrik terkecil. Sejumlah peralatan ECT memungkinkan penentuan energi stimulus sebenarnya, dan nilai ini harus dipertahankan serendah mungkin. Kejang yang lebih besar dari 60 detik sering menunjukkan bahwa stimulus adalah ambang supra dan harus dikurangi pada saat pengobatan berikutnya (Duthie et al., 2015).

Jika tidak terjadi kejang, stimulasi harus segera diikuti dengan stimulasi berulang pada intensitas stimulus yang lebih tinggi. Pada kejang yang berlangsung kurang dari 25 detik, stimulus harus diulang sekali lagi. Jika hal ini menghasilkan suatu kejang yang pendek, maka intensitas stimulus harus ditingkatkan, dan harus diberikan stimulus ketiga. Jika stimulasi gagal untuk menimbulkan kejang yang adekuat, maka saat pengobatan harus diakhiri (Duthie et al., 2015).

Karena keadaan refrakter terhadap kejang berikut yang terjadi setelah kejang, maka harus dibiarkan berlalu interval 60 hingga 90 detik sebelum mengulangi stimulasi, selama waktu ini pasien harus diventilasi dengan oksigen (Duthie et al., 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, M. (2018). Terapi Elektrokonvulsif (ECT) Pemberian Terapi Elektrokonvulsif (ECT) Terhadap Peningkatan Fungsi Kognitif Klien Gangguan Jiwa. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 8(03), 443-449. <https://doi.org/10.33221/jiiki.v8i03.127>
- Duthie, A. C., Perrin, J. S., Bennett, D. M., Currie, J., & Reid, I. C. (2015). Anticonvulsant Mechanisms of Electroconvulsive Therapy and Relation to Therapeutic Efficacy. *Journal of ECT*, 31(3), 173-178. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000210>
- Kurniawan, D. (2019). Electroconvulsive Therapy (ECT) dan Kajian Etik Keperawatan: Restrain Dalam Tinjauan Hukum Di Keperawatan Jiwa. *Research Gate, January*, 1-50.4.
- Nandinanti, I. N., Yaunin, Y., & Nurhajjah, S. (2015). Efek Electro Convulsive Therapy (ECT) terhadap Daya Ingat Pasien Skizofrenia di RSJ Prof. HB. Sa'anin Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(3), 883-888. <https://doi.org/10.25077/jka.v4i3.381>
- Sadock BJ, Sadock VA, R. P. (2015). *Elektroconvulsive Therapy Philadelphia: Wolters Kluwer:982 - 8.*

BIODATA PENULIS



Ns. Maelia Unayah, S.Kep., M.Kep lahir di Pemalang, pada 04 Januari 1995 Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Ngudi Ngaluyo dan S2 di Fakultas kedokteran Program studi ilmu keperawatan Universitas Diponegoro. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan STIKes Widya Dharma Husada Tangerang.

BAB 9

Terapi Aktivitas Kelompok

Ns. Pratiwi Gasril, M.kep, Sp.Kep. K

A. Pendahuluan

Kelompok adalah kumpulan individu yang mempunyai hubungan satu dengan yang lain, saling bergantung, serta mempunyai norma yang sama (Stuart dan Sundeen,1991). Dalam buku (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2015) Penggunaan kelompok dalam praktik keperawatan jiwa memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, pengobatan atau terapi dalam pemulihan kesehatan jiwa, salah satunya dengan terapi aktivitas kelompok (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2015).

Terapi Aktiftas Kelompok adalah terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulus bagi klien dengan gangguan interpersonal yang dipimpin atau diarahkan oleh seorang terapis atau petugas kesehatan jiwa yang telah terlatih (Trinurmi, 2021).

B. Konsep Terapi Aktivitas Kelompok

1. Pengertian Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada sekelompok klien yang mempunyai masalah keperawatan yang sama, didalam kelompok ini terjadi dinamika interaksi yang saling bergantung, saling membutuhkan dan menjadi laboratorium tempat klien berlatih perilaku baru yang adaptif untuk memperbaiki perilaku lama yang maladaptif (Ellina, 2007).

2. Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok
 - a. Tujuan Umum
 - 1) Meningkatkan kemampuan uji realitas melalui komunikasi dan umpan balik dengan orang lain
 - 2) Melakukan sosialisasi
 - 3) Meningkatkan kesadaran terhadap hubungan reaksi emosi dengan tindakan defensif
 - 4) Membangkitkan motivasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif
 - 5) Mempelajari cara baru dalam mengatasi masalah
 - b. Tujuan Khusus
 - 1) Tujuan Khusus Terapeutik
 - a) Meningkatkan identitas diri
 - b) Menyalurkan emosi secara konstruktif
 - c) Meningkatkan keterampilan hubungan interpersonal dan sosial
 - 2) Tujuan Rehabilitas
 - a) Meningkatkan keterampilan ekspresi diri
 - b) Meningkatkan keterampilan sosial
 - c) Meningkatkan kemampuan empati
 - d) Meningkatkan kemampuan dan pengetahuan pemecahan masalah (Unggul, 2016).

C. Kerangka Teoritis Terapi Aktivitas Kelompok

1. Model Focal Conflict

Menurut Whitakers dan Lieberman, terapi kelompok lebih berfokus pada kelompok daripada individu. Prinsipnya adalah terapi kelompok ini dikembangkan berdasarkan konflik yang tidak disadari. Pengalaman kelompok secara berkesinambungan muncul, yang kemudian konflik dikonfrontir untuk pemecahan masalah. Tugas terapis membantu anggota kelompok memahami konflik dan mencapai penyelesaian konflik (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2015).

2. Model Komunikasi

Model komunikasi menggunakan prinsip komunikasi dan komunikasi terapeutik. Diasumsikan bahwa disfungsi atau komunikasi tidak efektif dalam

kelompok akan menyebabkan ketidakpuasan anggota kelompok, umpan balik tidak adekuat, dan kohesi atau keterpaduan kelompok menurun.

3. Model Interpersonal

Sullivan mengemukakan bahwa semua tingkah laku (pikiran, perasaan, dan tindakan) digambarkan melalui hubungan interpersonal. Contohnya, interaksi dalam kelompok dapat dipandang sebagai proses sebab akibat, yang perasaan dan tingkah laku satu anggota merupakan akibat dari tingkah laku anggota lain. Pada teori ini terapis bekerja dengan individu dan kelompok. Anggota kelompok belajar dari interaksi antaranggota dan terapis. Melalui proses ini, kesalahan persepsi dapat dikoreksi dan perilaku sosial yang efektif dipelajari. Perasaan cemas dan kesepian merupakan sasaran untuk mengidentifikasi dan mengubah perilaku.

4. Model Psikodrama

Model ini memotivasi anggota kelompok untuk berakting sesuai dengan peristiwa yang baru terjadi atau peristiwa yang lalu. Anggota memainkan peran sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami. Contoh, pasien memerankan ayahnya yang dominan atau keras. Psikodrama ini dilakukan secara spontan dan memberi kesempatan pada anggota untuk berakting di luar situasi spesifik yang pernah terjadi.

D. Tahap Perkembangan Kelompok

Kelompok mempunyai kapasitas untuk tumbuh dan berkembang. Pemimpin yang akan mengembangkan kelompok akan melalui empat fase atau tahap, yaitu fase prakelompok, fase awal kelompok, fase kerja kelompok, dan fase terminasi kelompok.

1. Fase Prakelompok

Hal penting yang harus diperhatikan saat mulai membangun kelompok adalah merumuskan tujuan kelompok. Tercapai atau tidaknya suatu tujuan sangat dipengaruhi oleh perilaku pemimpin kelompok. Pemimpin

kelompok harus melakukan persiapan dengan Penyusunan Proposal.

2. Fase Awal Kelompok

Fase ini ditandai dengan ansietas karena masuk kelompok yang baru dan peran yang baru. Yalom (1995) dalam Stuart dan Laraia (2005) membagi fase ini menjadi tiga fase lagi, yaitu fase orientasi, konflik, dan kohesif.

a. Tahap orientasi

Pada tahap ini pimpinan kelompok lebih aktif dalam memberi pengarahan. Pemimpin mengorientasikan anggota pada tugas utama dan melakukan kontrak yang terdiri atas tujuan, kerahasiaan, waktu pertemuan, struktur, dan aturan komunikasi (hanya satu orang bicara pada satu saat). Norma perilaku dan rasa memiliki atau kohesif antara anggota kelompok diupayakan terbentuk fase orientasi.

b. Tahap konflik

Peran dependen dan independen terjadi pada tahap ini. Sebagian pemimpin ingin sebagai pengambil keputusan, serta ada pula yang hanya mengarahkan dan anggota nantinya yang akan memutuskan. Selain itu, ada pula anggota yang netral dan hanya membantu penyelesaian konflik peran yang terjadi. Perasaan bermusuhan yang ditampilkan baik antaranggota kelompok maupun antara anggota dan pimpinan dapat terjadi pada tahap ini.

c. Tahap kohesif

Setelah melalui tahap konflik, anggota kelompok akan merasakan ikatan yang kuat satu sama lain. Perasaan positif akan semakin saling diungkapkan. Anggota merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih intim dengan anggota yang lain. Pemimpin tetap berupaya memberdayakan kemampuan anggota kelompok dalam penyelesaian masalah. Pada akhirnya, anggota kelompok akan belajar bahwa perbedaan tidak

perlu ditakutkan. Semua persamaan dan perbedaan tetap dapat mewujudkan tujuan menjadi suatu realitas.

3. Fase kerja kelompok

Fase ini kelompok sudah menjadi sebuah tim yang stabil dan realistis. Bekerja keras tetapi tetap menyenangkan dan menjadi suatu tantangan bagi anggota dan pemimpin kelompok. Tugas pimpinan kelompok pada fase ini membantu kelompok mencapai tujuan dan mengurangi dampak dari hal-hal yang dapat menurunkan produktivitas kelompok. Pemimpin akan bertindak sebagai konsultan. Beberapa anggota akan sangat akrab, berlomba mendapatkan perhatian pemimpin kelompok, tidak ada lagi kerahasiaan, dan keinginan untuk berubah. Hal inilah yang harus diperhatikan oleh pimpinan kelompok agar segera melakukan strukturalisasi.

4. Fase terminasi kelompok

Terminasi dapat sementara atau permanen. Terminasi dapat pula terjadi karena anggota kelompok atau pimpinan keluar dari kelompok. Pada fase ini dilakukan evaluasi yang difokuskan pada pencapaian kelompok dan individu. Terminasi yang sukses ditandai oleh perasaan puas dan pengalaman kelompok dapat digunakan secara individual pada kehidupan sehari-hari.

E. Jenis Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

1. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulus Sensori

Aktivitas digunakan untuk memberikan stimulasi pada sensori pasien. Kemudian diobservasi reaksi sensori pasien berupa ekspresi emosi/perasaan melalui gerakan tubuh, ekspresi muka, dan ucapan. Biasanya pasien yang tidak mau berkomunikasi secara verbal akan terangsang sensoris emosi dan perasaannya melalui aktivitas tertentu. Aktivitas tersebut berupa:

- a. TAK stimulasi sensori suara, misalnya mendengar musik,
- b. TAK stimulasi sensori menggambar,
- c. TAK stimulasi sensori menonton TV/video.

2. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas

Pasien diorientasikan pada kenyataan yang ada di sekitar pasien yaitu diri sendiri, orang lain yang ada di sekeliling pasien atau orang yang dekat dengan pasien, serta lingkungan yang pernah mempunyai hubungan dengan pasien pada saat ini dan masa yang lalu. Aktivasinya adalah sebagai berikut.

- a. Sesi I : pengenalan orang
- b. Sesi II : pengenalan tempat
- c. Sesi III : pengenalan waktu

3. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Sosialisasi

Pasien dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada di sekitar pasien. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal, kelompok, dan massa. Aktivitas yang diberikan antara lain sebagai berikut:

- a. Sesi I : menyebutkan jati diri.
- b. Sesi II : mengenali jati diri anggota kelompok.
- c. Sesi III : bercakap-cakap dengan anggota kelompok.
- d. Sesi IV : menyampaikan dan membicarakan topik percakapan.
- e. Sesi V : menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi dengan orang lain.
- f. Sesi VI : bekerja sama dalam permainan sosialisasi kelompok.
- g. Sesi VII : menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAK sosialisasi yang telah dilakukan.

4. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulus Persepsi

Pasien dilatih untuk mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan persepsi pasien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dalam proses ini diharapkan respons pasien terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif. Aktivitas yang diberikan antara lain sebagai berikut.

- a. Sesi I : menonton TV
- b. Sesi II : membaca majalah/koran/artikel

- c. Sesi III : gambar
 - d. Sesi IV :
 - 1) Mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
 - 2) Mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan fisik.
 - 3) Mencegah perilaku kekerasan melalui interaksi asertif.
 - 4) Mencegah perilaku kekerasan melalui kepatuhan minum obat.
 - 5) Mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan ibadah
5. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulus Peningkatan Harga Diri
- Pasien dilatih untuk mengidentifikasi hal-hal positif pada diri sehingga mampu menghargai diri sendiri. Kemampuan pasien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dalam proses ini, pasien diharapkan mampu merumuskan suatu tujuan hidup yang realistis. Aktivitas yang diberikan adalah sebagai berikut.
- a. Sesi I : identifikasi hal positif diri.
 - b. Sesi II : menghargai hal positif orang lain.
 - c. Sesi III : menetapkan tujuan hidup yang realistis.
6. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulus Persepsi Mengontrol Halusinasi
- Pasien dilatih untuk dapat mengenal halusinasi yang dialaminya dan dilatih cara mengontrol halusinasi. Kemampuan persepsi pasien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dalam proses ini, respons pasien terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan diharapkan menjadi adaptif. Aktivitas yang diberikan yaitu sebagai berikut.
- a. Sesi I : mengenal halusinasi
 - b. Sesi II : mengontrol halusinasi dengan menghardik
 - c. Sesi III : mengontrol halusinasi dengan menyusun jadwal kegiatan
 - d. Sesi IV : mengontrol halusinasi dengan minum obat yang benar
 - e. Sesi V : mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap

F. Pengorganisasian Terapi Aktivitas Kelompok

1. Pemimpin Kelompok (Leader)

Tugas pemimpin kelompok adalah sebagai berikut.

- a. Menyusun rencana aktivitas kelompok (proposal).
- b. Mengarahkan kelompok dalam mencapai tujuan.
- c. Memfasilitasi setiap anggota untuk mengekspresikan perasaan, mengajukan pendapat, dan memberikan umpan balik.
- d. Sebagai “role model”.
- e. Memotivasi setiap anggota untuk mengemukakan pendapat dan memberikan umpan balik.

2. Pembantu Pemimpin Kelompok (Co-Leader)

Tugasnya adalah membantu pemimpin dalam mengorganisir anggota kelompok.

3. Fasilitator

Tugasnya adalah sebagai berikut.

- a. Membantu pemimpin memfasilitasi anggota untuk berperan aktif dan memotivasi anggota.
- b. Memfokuskan kegiatan.
- c. Membantu mengoordinasi anggota kelompok.

4. Observer

Tugas observer antara lain sebagai berikut.

- a. Mengobservasi semua respons pasien.
- b. Mencatat semua proses yang terjadi dan semua perubahan perilaku pasien.
- c. Memberikan umpan balik pada kelompok.

Perawat dapat bertugas sebagai pimpinan, pembantu pimpinan, fasilitator, dan observer. Namun untuk kelompok yang telah melakukan aktivitas secara teratur, pasien yang sudah kooperatif dan stabil dapat berperan sebagai pembantu pimpinan, fasilitator, observer bahkan sebagai pimpinan. Perawat sebagai terapis perlu mengarahkan.

Jumlah anggota kelompok berkisar antara 7 sampai 10 orang sedangkan lamanya aktivitas 45 sampai 60 menit. Sebelum memulai terapi, aktivitas kelompok perlu menyusun proposal sebagai pedoman pelaksanaan terapi aktivitas kelompok.

G. Program Antisipasi Masalah Dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Masalah yang mungkin timbul dalam TAK antara lain sebagai berikut.

1. Adanya subkelompok.
2. Keterbukaan yang kurang.
3. Resistansi baik individu maupun kelompok.
4. Adanya anggota kelompok yang drop out.
5. Penambahan anggota baru.

Cara mengatasi masalah ini bergantung pada jenis kelompok terapis, kontrak, dan kerangka teori yang mendasari terapi aktivitas tersebut. Program antisipasi masalah merupakan intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengantisipasi keadaan yang bersifat gawat darurat dalam terapi yang dapat memengaruhi proses pelaksanaan TAK. Misalnya, pasien meninggalkan permainan, maka intervensi yang diberikan panggil nama pasien, serta tanyakan alasan meninggalkan tempat dan beri penjelasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ellina, A. D. (2007). Pengaruh terapi aktivitas kelompok (tak) stimulus persepsi sesi 1-3 terhadap kemampuan memutus halusinasi pada klien skizofrenia di rumah sakit jiwa menur surabaya.
- Trinurmi, S. (2021). Teknik Terapi Kelompok (Group Theraphy). *Al Irsyad Al-Nafs*, 8(1), 22-34. https://journal3.uin-alauddin.ac.id/index.php/Al-Irsyad_Al-Nafs/article/view/22050
- Unggul, universitas esa. (2016). *modul keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok*. 1-23.
- Yusuf, A.H, F., & R & Nihayati, H. . (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1-366. <https://doi.org/ISBN 978>

BIODATA PENULIS



Ns. Pratiwi Gasril, M.Kep., Sp.Kep.K lahir di Pekanbaru, pada 24 Februari 1987. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Muhammadiyah Jakarta untuk Spesialis Keperawatan, Universitas Andalas untuk Manajemen Keperawatan (M.Kep) dan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta untuk S1 dan ners. Wanita yang kerap disapa tiwi ini adalah anak dari pasangan Gasril (alm) (ayah) dan Sucionik (ibu). Pratiwi Gasril Juga merupakan dosen tetap di Universitas Muhammadiyah Riau sejak tahun 2017.

BAB 10

Terapi Lingkungan (Milleu Therapy)

Despita Pramesti, S.Kep.Ns.M.Kes

A. Pendahuluan

Perawatan klien di rumah sakit pada rentang waktu yang lama mengakibatkan klien mengalami penurunan kemampuan berpikir dan bertindak secara mandiri dan kehilangan hubungan dengan dunia luar. Oleh karena itu diperlukan pengembangan layanan keperawatan psikiatrik salah satunya dengan penerapan terapi lingkungan di rumah sakit (Purwanto, 2015).

Hasil penelitian Bloom menyatakan bahwa 60 % faktor yang menentukan status kesehatan seseorang adalah kondisi lingkungannya, karena lingkungan tersebut akan memberikan dampak yang baik pada kondisi fisik maupun kondisi psikologis seseorang (Iyus, 2011)

B. Konsep Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan berasal dari bahasa perancis yang berarti perencanaan ilmiah dari lingkungan untuk tujuan yang bersifat terapeutik (mendukung kesembuhan), menurut dari beberapa ahli tentang konsep terapi lingkungan :

1. Murray:

Lingkungan didefinisikan dengan berbagai pandangan, lingkungan merujuk pada keadaan fisik, psikologis, dan sosial diluar batas sistem, atau Masyarakat dimana sistem itu berada. Lingkungan eksternal juga mencakup: stimulus, oobjek dan orang lain secara pribadi. Lingkungan diartikan secara fisik dan psikologi termasuk Masyarakat. Lingkungan secura umum akan berkaitan erat dengan tujuan keperawatan karena menyangkut status

kesehatan seseorang yang tidak dapat dipisahkan dari kondisi lingkungannya (Yosep & Sutini, 2019).

2. Nightingale :

Berfokus pada lingkungan, dimana yang dimaksud adalah lingkungan fisik (ventilasi, cahaya, kebersihan, diet, kebisingan) Lingkungan fisik yang sehat diperlukan untuk memenuhi perawatan dan menjadi salah satu penunjang dalam pemeliharaan kesehatan. Nightingale mendefinisikan dan menjelaskan konsep ventilasi, cahaya, kebersihan, diet dan kebisingan sebagai berikut :

- a. Ventilasi yang baik bagi pasien tampaknya menjadi perhatian terbesar Nightingale. Penekanan Nightingale pada ventilasi yang baik menunjukkan bahwa ia mengenali lingkungan sebagai sumber penyakit sekaligus sebagai sumber pemulihan. Perawat diperintahkan untuk menata lingkungan dengan mempertahankan ventilasi dan kehangatan pasien menggunakan pemanasan yang baik, membuka jendela dan memposisikan pasien di dalam ruangan yang tidak lembab.
- b. Cahaya dalam teori Nightingale mengidentifikasi sinar matahari langsung memiliki efek nyata bagi tubuh untuk mencapai efek menguntungkan dari sinar matahari, para perawat diinstruksikan untuk menggerakkan dan memposisikan pasien untuk mengekspos mereka terhadap sinar matahari.
- c. Kebersihan adalah konsep penting lainnya dari teori lingkungan Nightingale. Nightingale mencatat bahwa lingkungan yang kotor (lantai, dinding, seprai, dan kapet) adalah sumber infeksi dari bahan organik yang dikandungnya. Bahkan lingkungan berventilasi baik, kehadiran bahan organik dapat menciptakan area kotor. Oleh karena itu, penanganan dan pembuangan kotoran tubuh dan limbah yang tepat diperlukan untuk mencegah kontaminasi lingkungan. Nightingale menganjurkan pasien menjaga kebersihan tubuh

dengan mandi setiap hari dan mengharuskan perawat menjaga kebersihan setiap hari, mencuci tangan, mengganti baju dan linen.

- d. Diet dalam teori Nightingale, para perawat diinstruksikan untuk tidak hanya menilai asupan makanan, tetapi juga jadwal makan dan efeknya pada pasien. Nightingale percaya bahwa pasien dengan penyakit kronis bisa kekurangan asupan makanan yang tidak disengaja, dan perawat diharapkan bisa memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan baik.
 - e. Kebisingan menurut Nightingale berpendapat perawat perlu menilai kebutuhan terhadap ketenangan dan mempertahankannya. Kebisingan diciptakan oleh kegiatan fisik di daerah sekitar kamar pasien dan harus dihindari karena dapat mengganggu pasien (Alligood, 2021) dalam (Pramesti, 2023).
3. Maxwell Jones :

"The therapeutic community" yang dikenalkan oleh Maxwell Jones yang digunakan dalam lingkungan rumah sakit serta fasilitas kesehatan lain. Dalam pelaksanaannya harus melibatkan *team work* (dokter ahli jiwa, psikolog, perawat jiwa dan ahli sanitasi lingkungan) dengan tujuan mengoptimalkan proses penyembuhan pasien. Teknis pelaksanaannya berupa *planning* penataan lingkungan fisik dan prediksi dampak psikologisnya dimana tim tersebut duduk Bersama berdasarkan disiplin ilmunya masing-masing guna menghasilkan situasi kondisi rumah sakit ideal (Iyus, 2011).

C. Jenis-Jenis Kegiatan Terapi Lingkungan

1. Terapi rekreasi

Terapi yang menggunakan salah satu kegiatan yang dilakukan pada waktu luang, dengan tujuan pasien melakukan kegiatan secara konstruktif dan menyenangkan serta mengembangkan kemampuan hubungan sosial. Misalnya untuk remaja yang membutuhkan banyak energi seperti basket, berenang, dan lain-lain, sedangkan untuk

orang tua tidak mengeluarkan banyak tenaga seperti main kartu, karambol, dan sebagainya (Yosep & Sutini, 2019).

2. Terapi kreasi seni

Perawat dalam terapi ini sebagai leader atau bekerja sama dengan orang lain yang ahli dalam bidangnya karena sesuai dengan bakat dan minat, diantaranya adalah:

a. *Dance therapy*/menari

Terapi yang menggunakan bentuk ekspresi non verbal dengan menggunakan gerakan tubuh dimana mengkomunikasikan tentang perasaan-perasaan dan kebutuhan-kebutuhan. Kegiatan dapat disesuaikan dengan kultur dan dimana pasien berasal serta rumah sakit itu berada.

b. Terapi musik

Terapi yang dilakukan melalui musik untuk mengekspresikan perasaan-perasaannya seperti marah, sedih, kesepian. Pelaksanaan terapi ini dapat dilakukan secara individual maupun berkelompok.

c. Terapi menggambar/melukis

Menggambar atau melukis memberikan kesempatan pasien untuk mengekspresikan tentang apa yang sedang terjadi dengan dirinya. Terapi ini juga dapat menurunkan ketegangan dan memusatkan pikiran pada kegiatan.

d. Literatur/biblio therapy

Terapi dengan membaca seperti novel, majalah, buku-buku, dan kemudian mendiskusikan diantara pasien tentang pendapat-pendapatnya terhadap topik yang dibaca (Yosep & Sutini, 2019).

3. *Pet therapy*

Terapi untuk menstimulus respon pasien yang tidak mampu berhubungan atau berinteraksi dengan orang lain (kebiasaan menyendiri), yaitu dengan menggunakan objek binatang untuk bermain (Kusumawati & Hartono, 2010).

4. *Plant therapy*

Terapi yang mengajarkan pasien untuk memelihara segala sesuatu/mahluk hidup dengan memelihara tanaman/tumbuhan mulai dari menanam, memelihara serta memetikanya (Kusumawati & Hartono, 2010) Pengalaman ini mengajarkan pasien untuk memelihara mahluk hidup dengan kasih sayang dan berhasil diluar dirinya (Yosep & Sutini, 2019). *Plant therapy* dinilai mampu menurunkan tingkat stress ataupun depresi yang dialami oleh individu. Aktivitas berkebun membantu individu lebih dapat merasakan emosi dan *moods* yang lebih positif setelah melakukan aktivitas tersebut. Individu menjadi merasa lebih tenang tingkat stress yang dialami menjadi lebih berkurang daripada sebelum menerapkan terapi tersebut. *Plant therapy* ini juga sering diterapkan pada lansia maupun individu dengan kasus harga diri rendah, dengan menanam tanaman, membuat individu merasakan rasa tanggung jawab dan dapat meningkatkan harga diri serta menjadi lebih percaya diri. Mengetahui mereka bertanggung jawab untuk memelihara dan merawat tumbuhan hidup membuat individu merasa lebih produktif dan merasa termotivasi. Sehingga membuat individu merasa tenang dan menjadi lebih terbuka. Tidak hanya itu, *plant therapy* juga merupakan salah satu terapi yang diterapkan pada anak-anak yang berkebutuhan khusus atau anak-anak yang mengalami gangguan atensi untuk melatih mereka agar menjadi lebih fokus pada sesuatu. Terapi ini dapat menurunkan gejala gangguan atensi pada anak secara signifikan dibandingkan dengan terapi lainnya (Efendi & Purbasari, 2021).

D. Tujuan Terapi Lingkungan

Pemindahan klien dan lingkungan yang terapeutik akan memberikan kesempatan untuk istirahat dan memulihkan diri, memberikan waktu untuk berfokus pada pengembangan dalam hal kekuatan dan kesempatan belajar (Schultz dan Videback, 1998) dalam (Purwanto, 2015).

Tujuan terapi lingkungan diharapkan dapat membantu individu untuk mengembangkan harga diri, mengembangkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, membantu belajar mempercayai orang lain, dan mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat (Yosep & Sutini, 2019). Menurut cit stuart& Sundeen (1995) terapi lingkungan juga bertujuan untuk membatasi gangguan dan perilaku maladaptif dan mengajarkan ketrampilan psikososial (Purwanto, 2015).

E. Karakteristik Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan menurut Jack cir Barry (1998) dalam (Purwanto, 2015) menyebutkan beberapa karakteristik sebagai berikut:

1. Setiap interaksi merupakan suatu kesempatan untuk intervensi terapeutik.
2. Klien memikul tanggung jawab terhadap tingkah laku mereka sendiri.
3. Pemecahan masalah dicapai dengan diskusi, negosiasi dan consensus daripada hanya dengan menggunakan beberapa gambaran dari para ahli.
4. Komunikasi terbuka dan langsung antar staf dan klien.
5. Klien mendukung untuk berpartisipasi aktif dalam penanganan mereka sendiri dan dalam membuat keputusan di unit tempat mereka dirawat.
6. Unit tetap sering melakukan komjunikasi dan kontak dengan komunitas, keluarga serta jaringan sosial.
7. Dalam upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik ada 5 aspek yang perlu diperhatikan yaitu:
 - a) Aspek fisik

Menciptakan lingkungan fisik yang aman dan nyaman. Gedung yang permanen, mudah dijangkau, lengkap dengan kamar tidur, ruang tamu, ruang makan, kamar mandi dan WC. Struktur dan tatanan dalam gedung di rancang sesuai dengan kondisi dan jenis penyakit serta tingkat perkembangan klien. Misalnya: ruang perawatan anakdidesain dengan

gambar-gambar kartun/idola anak-anak yang berbeda dengan ruang dewasa.

b) Aspek intelektual

Tingkat intelektual dapat ditentukan melalui kejelasan stimulus dari lingkungan dan sikap perawat. Misalkan lingkungan dengan warna biru dan hijau memberikan stimulus ketenangan dan keteduhan. Perawat harus memberikan stimulus eksternal yang positif sehingga kesadaran diri klien menjadi luas dan klien dapat menerima kondisinya.

c) Aspek sosial

Dalam aspek ini perawat mengembangkan pola interaksi yang positif, hubungan psikososial yang menyenangkan dan menguatkan ego klien. Oleh karena itu perawat perlu penggunaan teknik komunikasi yang tepat sehingga perawat dapat menciptakan aspek ini.

d) Aspek Emosional

Perawat harus menciptakan iklim emosional yang positif dengan menunjukkan sikap yang tulus, jujur atau dapat dipercaya, bersikap spontan dalam memenuhi kebutuhan klien, empati, peka terhadap perasaan dan kebutuhan klien.

e) Aspek spiritual

Aspek ini ditujukan untuk memaksimalkan manfaat dari pengalaman, pengobatan dan perasaan damai bagi klien, sehingga perlu disediakan sarana ibadah seperti kitab suci dan ahli agama (Purwanto, 2015).

F. Peran Perawat dalam Terapi

Peranan perawat dalam menyelenggarakan terapi lingkungan adalah:

1. Pencipta lingkungan yang aman dan nyaman:

- a. Perawat menciptakan dan mempertahankan iklim/suasana yang akrab, menyenangkan saling

menghargai diantara sesama perawat, petugas kesehatan, dan pasien.

- b. Perawat menciptakan suasana yang aman dari benda-benda atau keadaan yang menimbulkan terjadinya kecelakaan/luka terhadap pasien atau perawat.
 - c. Menciptakan suasana yang nyaman, yaitu mengatur tatanan ruangan dimana memungkinkan pasien betah seperti kondisi rumah sendiri (home sweet home) serta pasien dapat menjalankan kegiatan sehari-hari sesuai dengan kebutuhannya. Misalnya bangsal yang ditata memiliki ruang tamu.
 - d. Pasien diminta untuk berpartisipasi melakukan kegiatan bagi dirinya dan orang lain seperti biasa dilakukan di rumahnya. Misalnya mencuci piring dan pakaian, membereskan kamar, dan sebagainya.
2. Penyelenggara proses sosialisasi:
- a. Membantu pasien untuk belajar berinteraksi dengan orang lain mempercayai orang lain, memuaskan bagi dirinya dan orang lain, sehingga meningkatkan harga diri dan berguna bagi orang lain, sehingga meningkatkan harga diri dan berguna bagi orang lain.
 - b. Mendorong pasien untuk berkomunikasi tentang ide-ide, perasaan-perasaannya dan perilakunya secara terbuka sesuai dengan aturan didalam kegiatan-kegiatan tertentu.
 - c. Melalui sosialisasi pasien belajar tentang kegiatan-kegiatan atau kemampuan yang baru, dan dapat dilakukannya sesuai dengan kemampuan dan minatnya pada waktu-waktu yang luang.
3. Sebagai teknis perawatan
- Selama proses terapi lingkungan fungsi perawat adalah memberikan/memenuhi kebutuhan dari pasien, memberikan obat-obatan yang telah ditetapkan, mengamati efek obat dan perilaku-perilaku yang menonjol/ menyimpang serta mengidentifikasi masalah-masalah yang timbul dalam terapi tersebut.

4. Sebagai leader atau pengelola dalam pelaksanaan terapi lingkungan perawat harus mampu mengelola sehingga tercipta lingkungan terapeutik yang mendukung penyembuhan dan memberikan dampak baik secara fisik maupun secara psikologis kepada pasien.

G. Terapi Lingkungan Pada Kondisi Khusus

1. Pada pasien harga diri rendah, depresi dan bunuh diri memiliki syarat lingkungan fisik : ruangan aman, nyaman terhindar dari alat-alat yang dapat digunakan untuk mencederai diri atau orang lain, lemari dalam keadaan terkunci, berada pada lantai satu, ruangan mudah dipantau perawat/petugas, tata ruangan menarik dengan menempel poster, warna dinding cerah, ada ruang baca, terdapat musik dan TV.
2. Pada pasien amuk memiliki syarat fisik: ruangan aman, mendapatkan cahaya cukup, satu kamar untuk satu orang, jendela dari besi terkunci, terdapat protocol pengikatan dan pengasingan secara aman, serta pelepasannya (Kusumawati & Hartono, 2010).

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. (2021). *Nursing Theorists and Their Work* (10th ed). St. Louis, MO: Elsevier.
- Efendi, A. Z., & Purbasari, I. (2021). Plant Therapy sebagai Upaya Menjaga Kesehatan Mental di Masa Pandemi. *Buletin Pemberdayaan Masyarakat Dan Desa*, 1(1), 27-31. <https://doi.org/10.21107/bpmd.v1i1.12022>
- Iyus, Y. (2011). *Keperawatan Jiwa*. PT Refika Aditama.
- Kusumawati, F., & Hartono, Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Salemba Medika.
- Pramesti, D. (2023). *Bunga Rampai Home Care*. PT Media Pustaka Indo.
- Purwanto, T. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Pustaka Pelajar.
- Yosep, I., & Sutini, T. (2019). *Buku Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Health Nursing*. PT Refika Aditama.

BIODATA PENULIS



Despita Pramesti, S.Kep.Ns. M.Kes lahir di Yogyakarta, pada 7 Juni 1986. tercatat sebagai lulusan S1 Keperawatan dan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah (STIKes 'Aisyiyah) Yogyakarta dan S2 Magister Kedokteran Keluarga minat pendidikan profesi kesehatan Universitas Sebelas Maret (UNS) Surakarta. Penulis saat ini menjadi Dosen di Universitas Alma Ata.

BAB 11

Terapi Perilaku (Modifikasi Perilaku)

Ns. Alice Rosy, M.Kep

A. Pendahuluan

Perilaku adalah setiap bentuk aksi, pergerakan atau respons individu yang dapat diamati, dicatat dan diukur. Perilaku adalah apa yang diamati, bukan kesimpulan atau interpretasi yang diambil dari hasil pengamatan (Stuart Gail W, 2023).

Perilaku akan dianggap sebagai hal yang maladaptif saat perilaku tersebut dirasa kurang tepat, mengganggu fungsi adaptif, atau suatu perilaku tidak dapat diterima oleh budaya setempat karena bertentangan dengan norma yang berlaku (Hartanto, Hendrawati and Sugiyorini, 2021). Terapi dengan pendekatan perilaku adalah suatu terapi yang dapat membuat seseorang berperilaku sesuai dengan proses belajar yang telah dilaluinya saat dia berinteraksi dengan lingkungan yang mendukung (Ruswadi, 2021). Terapi perilaku didasarkan pada keyakinan bahwa perilaku dipelajari, dengan demikian perilaku yang tidak diinginkan atau maladaptive dapat diubah menjadi perilaku yang diinginkan atau adaptif (Gani, 2023)

Asumsi dasar yang dapat menyatakan bahwa terdapat masalah pembelajaran yang tidak adekuat dan perilaku tersebut dapat dibenahi dengan pembelajaran yang tepat. Prinsip terapi perilaku yang masih dianut hingga saat ini berdasarkan dua ilmuwan besar yaitu pengondisian klasik (classical conditioning) oleh Pavlov (1927) dan pengondisian operant (operant conditioning) oleh Skinner (1938) (Yusuf, Fitryasari PK and Nihayati, 2015).

B. Terapi perilaku

1. Defenisi

Terapi perilaku adalah penerapan aneka ragam teknik dan prosedur yang berakar pada berbagai teori tentang belajar. Terapi ini menyertakan penerapan yang sistematis prinsip-prinsip belajar pada perubahan tingkah laku kearah cara-cara yang adaptif (Corey, 2011 dalam Alang, 2020). Penekatan perilaku didasari oleh tingkah laku manusia, dimana proses pematangan tingkah laku didapatkan dari proses kematangan dan belajar.

2. Tujuan Pemberian Terapi Perilaku

Tujuan pemberian terapi perilaku adalah untuk merubah perilaku maladaftif menjadi adaftif dan membantu klien membuang respon-respon lama yang merusak diri dan mempelajari respon-respon baru yang lebih sehat

3. Kriteria Terapis

Kriteria terapis dalam terapi perilaku adalah Semua profesi di bidang kesehatan yang memiliki legalitas dalam melakukan terapi kognitif dapat melaksanakan terapi ini, seperti medis (khususnya psikiater), psikolog dan perawat spesialis keperawatan jiwa.

4. Macam-macam Terapi Perilaku

Macam-macam terapi perilaku menurut Gerald Core antara lain penguatan positif, kartu berharga (token economy), desensititasi sistematis, asertif, aversi, shapping, teknik relaksasi, teknik flooding. reinforcement technique, modelling, cognitive restructuring, self-management, behavioral rehearsal, kontrak, pekerjaan rumah. extinction, punishment, satitation, dan time-out (Nurlela *et al.*, 2023).

- a. Penguatan positif: memberikan penguatan yang positif kepada klien ketika tingkah laku yang diinginkan ditampilkan setelah pemeberian terapi. Penguatan positif yang bertujuan agar tingkah laku yang diinginkan cenderung akan diulang, meningkat dan menetap dimasa yang akan datang.

- b. Kartu berharga (Token Economy): pemberian reinforcement melalui dengan token bertujuan untuk mengembangkan perilaku adaptif. Ketika tingkah laku yang diinginkan telah cenderung menetap, pemberian token dikurangi secara bertahap.
- c. Desensititasi Sistematis: digunakan untuk menghapus rasa cemas dan tingkah laku yang diperkuat secara negatif, dengan disertakan pemunculan tingkah laku yang hendak dihapus.
- d. Asertif: Tujuannya agar klien belajar bertingkah laku asertif. Teknik ini klien dapat belajar untuk membedakan tingkah laku agresif, pasif dan asertif
- e. Aversi: untuk meredakan gangguan perilaku yang spesifik sehingga tingkah laku sesuai yang dengan diinginkan, maka stimulanya adalah berupa hukuman-hukuman.
- f. Shapping: untuk membentuk tingkah laku yang sebelumnya belum ditampilkan dengan memberikan reinforcement secara sistematis dan setiap kali tingkah laku ditampilkan.
- g. Relaksasi: relaksasi membantu konseling mengurangi ketegangan fisik dan mental dengan dengan latihan pelepasan otot-otot dan pembayangan situasi yang menyenangkan saat pelepasan otot-otot sehingga tercapai kondisi yang baik.
- h. Flooding: membantu klien mengatasi kecemasan dan ketakutan terhadap sesuatu hal dengan cara menghadapkan klien tersebut dengan situasi yang menimbulkan kecemasan tersebut secara berulang-ulang.
- i. Reinforcement technique: membantu klien meningkatkan perilaku yang dikehendaki dengan cara memberikan penguatan terhadap perilaku tersebut.
- j. Modelling: mengubah tingkah laku yang lama dengan meniru tingkah laku klien menggunakan model.

- k. Cognitive restructuring: menekankan pengubahan pola pikiran, penalaran, dan sikap klien yang tidak rasional menjadi rasional dan logis.
- l. Self management: prosedur dimana individu mengatur perilakunya sendiri melalui pantauan diri, kendali diri dan ganjar diri.
- m. Behavioral rehearsal: bertujuan agar klien belajar keterampilan antar pribadi yang efektif atau perilaku yang layak.
- n. Kontrak: bertujuan mengatur kondisi sehingga klien menampilkan tingkah laku yang diinginkan berdasarkan kontrak antara konseling dan konselor.
- o. Pekerjaan rumah: memberikan tugas atau aktivitas yang dirancang agar dilakukan konseling seperti mencoba perilaku baru, meniru perilaku tertentu atau membaca bahan bacaan yang relevan dengan masalah yang dihadapinya
- p. Extinction (penghapusan); menghentikan reinforcement pada tingkah laku yang sebelumnya diberi reinforcement.
- q. Punishment (hukuman); intervensi operant-conditioning yang digunakan konselor untuk mengurangi tingkah laku yang tidak diinginkan.
- r. Satiation (penjenuhan); membuat diri jenuh terhadap suatu tingkah laku, sehingga tidak lagi bersedia melakukannya.
- s. Time-out: untuk menyisihkan peluang individu untuk mendapatkan penguatan positif

Terapi perilaku merupakan salah satu jenis dari terapi modalitas yaitu bentuk terapi non farmakologis yang bertujuan merubah perilaku maladaptif klien menjadi adaptif dan untuk meningkatkan serta mempertahankan hubungan klien untuk kelangsungan hidup dan interaksi dengan masyarakat dengan harapan klien dapat bekerja, mempertahankan kontak dengan lingkungan sekitar seperti keluarga, teman dan sosial support lainnya (Nasir &

Muhith, 2011). Peran perawat dalam dalam pemberian terapi ini adalah sebagai terapis, perawat diharapkan memiliki berbagai kompetensi yang tepat terkait berbagai jenis terapi modalitas sehingga tujuan dari pemberian terapi tercapai secara optimal. Pelaksanaan terapi modalitas dapat dilakukan secara berkelompok maupun individu dengan memodifikasi lingkungan yang mendukung perawatan klien (Lalla et al., 2022).

C. Prinsip Dasar Terapi Perilaku

1. Pengkondisian Klasik (*Classical Conditioning*)

Pengkondisian klasik (*classical conditioning*) adalah suatu proses belajar yang dikenalkan oleh Pavlov pada tahun 1927. Peristiwa pengondisian klasik merupakan dasar dari bentuk belajar yang sangat sederhana. Karena itu, banyak ahli kejiwaan menganggap teori Pavlov sebagai titik permulaan yang tepat untuk penyelidikan belajar. Lalu, peristiwa pengondisian juga banyak terdapat pada diri manusia, misalnya kita dapat menjadi terkondisi terhadap gambar makanan dalam berbagai iklan yang menampilkan makanan malam dengan steak yang lezat. Gambar ini dapat memicu respons air liur meskipun kita tidak lapar. Seperti percobaan yang dilakukan oleh Pavlov berkesimpulan bahwa sangat penting mengondisikan stimulus agar terjadi respons. Jadi, mengontrol stimulus itu jauh lebih penting daripada mengontrol respons. Sebab, respons akan sangat tergantung pada pemberian dan pengontrolan stimulus. Sebaliknya, pengontrolan respons akan hilang bila pengontrolan stimulus diabaikan. Percobaan yang dilakukan Pavlov dengan melakukan percobaan terhadap seekor anjing, dimana anjing akan mengeluarkan air liurnya saat mulai memakan makanan yang diberikan (respons yang tidak dikondisikan-unconditioned response). Kemudian anjing ini akan berliur kembali saat melihat ada makanan yang dihidangkan, padahal ia belum mulai memakannya (respons yang dikondisikan-conditioned response). Hal tersebut terjadi

karena anjing sudah pernah belajar bahwa makanan yang dilihat itu dapat merangsang kelenjar air liurnya saat dimakan. Lalu pada kesempatan lainnya dilakukan percobaan dengan dihadirkan bunyi bel kepada anjing tersebut dan tidak menimbulkan respons apa-apa (anjing tidak mengeluarkan liur). Selanjutnya, dihadirkan bunyi bel bersamaan dengan makanan, hal itu ternyata membuat anjing berliur (respons yang dikondisikan-*conditioned response*). Di waktu yang lain, dihadirkan bunyi bel tanpa menghadirkan makanan dan anjing tersebut mengeluarkan air liur (respons yang dikondisikan-*conditioned response*) (Anwar, 2017).

Dari percobaan tersebut disimpulkan oleh Pavlov bahwa makhluk hidup dapat belajar merespons untuk berperilaku tertentu bila dihadirkan pada suatu kondisi tertentu. Dalam teori ini, pengondisian klasik (*classical conditioning*) berfokus pada respons perilaku yang dihadirkan oleh suatu objek atau kejadian tertentu pada stimulus (Jaarvis, 2019).

Pavlov percaya bahwa semua tingkah laku manusia merupakan hasil dari conditioning sebagaimana perilaku anjing yang telah penulis contohkan sebelumnya. Maksudnya, tingkah laku manusia terjadi dan terbentuk dari hasil latihan-latihan atau kebiasaan-kebiasaan dalam merespons stimulus yang ia alami dalam kehidupan. Menurut Pavlov, proses belajar yang digambarkan terdiri atas pembentukan asosiasi antara stimulus dan respons reflektif (Anwar, 2017).

2. Pengkondisian Operan (*Operant Conditioning*)

Pengkondisian operant (*operant conditioning*) dikenalkan oleh ilmuwan yang bernama Skinner pada tahun 1938. Skinner menyatakan bahwa hubungan antara stimulus dan respons dapat diperkuat dan dilemahkan oleh konsekuensi dari respons tersebut.

Teori Skinner termasuk teori belajar yang berusia paling muda, namun sangat berpengaruh di kalangan para ahli psikologi belajar masa kini. Menurut Skinner, perilaku adalah perbuatan yang dilakukan seseorang pada situasi tertentu. Perilaku ini dapat terjadi karena dua pengaruh, yaitu pengaruh yang mendahuluinya dan pengaruh yang mengikutinya.

Sistem pembentukan perilaku yang ditawarkan oleh Skinner didasarkan pada cara kerja yang menentukan (*operant conditioning*). Ia berpendapat sebagai berikut:

- a. Perilaku yang diikuti oleh stimulus-stimulus penggugah (penguat) cenderung akan dilakukan kembali pada masa-masa selanjutnya
- b. Perilaku yang tidak lagi diikuti oleh stimulus-stimulus penguat cenderung memperkecil kemungkinan untuk dilakukan lagi pada masa-masa mendatang.

Seperti halnya Pavlov, Skinner juga memfokuskan teorinya pada hubungan stimulus dan respons. Walaupun demikian, Skinner memiliki perbedaan tentang perilaku. Ia merumuskan dua perincian sebagai berikut:

- a. Respondent behavior (perilaku responden), merupakan perilaku yang ditimbulkan oleh suatu stimulus yang dikenali. Contohnya ialah semua gerak refleks.
- b. Operant behavior (perilaku operan), merupakan perilaku yang to Settings to actreats tidak diakibatkan oleh stimulus yang dikenal, tetapi dilakukan.

Pengondisian operant (*operant conditioning*) merupakan modifikasi perilaku yang dipertajam atau ditingkatkan frekuensi terjadinya melalui pemberian penguatan (*reinforcement*) (Murray dan Wilson, 1983). Sementara menurut Reynold (dikutip oleh Stuart dan Sundeen, 1987), pengondisian operant (*operant conditioning*) mengacu pada frekuensi terjadinya suatu perilaku dimodifikasi oleh berbagai konsekuensinya. Secara operasional dapat digambarkan sebagai berikut :

- a. Stimulus adalah kejadian yang ada di lingkungan yang dapat memengaruhi perilaku individu dalam menghasilkan respons.
- b. Stimulus yang diikuti oleh perilaku atau respons disebut stimulus memperkuat (reinforcing stimulus).
- c. Pada saat reinforcing stimulus ini mendapatkan dukungan yang baik dari lingkungan maka kemungkinan perilaku tersebut untuk berulang, yang disebut penguatan positif (positive reinforcement).
- d. Bila reinforcing stimulus ini tidak mendapatkan tanggapan lingkungan, maka kemungkinan perilaku tersebut tidak akan berulang, yang disebut penguatan negatif (negative reinforcement).
- e. Bila reinforcing stimulus ini mendapatkan tanggapan yang tidak menyenangkan dari lingkungan, maka kemungkinan perilaku tersebut tidak akan berulang, yang disebut stimulus permusuhan (aversive stimulus).

D. Teknik Untuk Memodifikasi Perilaku Pasien

Berikut ini adalah beberapa teknik untuk memodifikasi perilaku pasien (Yusuf, Fitryasari PK and Nihayati, 2015) :

1. Pembentukan (*Shaping*)

Dalam membentuk perilaku seseorang, penguatan diberikan untuk meningkatkan pencapaian respons yang diinginkan. Banyak pakar yang telah menggunakan teknik *shaping* ini untuk mengajarkan kemampuan berbicara pada anak-anak yang memiliki keterbelakangan mental parah dengan memberikan hadiah pada suara yang mereka keluarkan. Kemudian, secara berkala menuntut suara yang kian menyerupai kata-kata dari pendidiknya. Contoh lainnya adalah saat melatih seorang siswa yang tidak mau berbicara, seorang guru harus memberikan penguatan kepada siswa tersebut secara bertahap, yaitu saat siswa mau melihat gerakan bibir guru, lalu saat siswa mau menirukan suara seperti yang disuarakan oleh gurunya, setelah itu saat murid mau berbicara sesuai yang diucapkan oleh gurunya, sampai pada akhirnya guru hanya memberikan penguatan

hanya bila siswa tersebut mengucapkan kata yang diharapkan dengan benar.

2. Pemodelan (*Modelling*)

Pemodelan memiliki arti mempelajari suatu perilaku dengan menirukan perilaku orang lain. Model akan lebih suka untuk ditiru apabila dirasa memiliki nilai preatise. berpengaruh, atau menggunakan gerakan fisik yang atraktif, serta yang paling utama saat perilaku itu mendapatkan banyak penguatan (Bandura, 1969), Peniruan bisa terjadi di mana saja, kapan saja, dan oleh siapa saja, termasuk dapat dilakukan oleh seorang pasien kepada terapisnya. Hal ini dapat dimanfaatkan untuk memodifikasi perilaku pasien, Caranya pasien diminta untuk melihat sesuatu melalui televisi. lalu pasien diminta untuk melakukan hal yang sama dengan yang dilihatnya, lalu pasien diberi penguatan bila mampu melakukannya dengan baik

3. Prinsip Premarck (*Premarck Principle*)

Teknik ini menyatakan bahwa respons yang sering terjadi (R) dapat dibuat menjadi sebuah penguatan positif untuk respons yang lebih jarang untuk dilakukan (R) atau kata lain R, dapat dijadikan sebagai hadiah bila R, telah dilakukan Contohnya, Silfy seorang gadis berusia 13 tahun, jarang sekali mengerjakan pekerjaan rumahnya, karena ia lebih memilih menelepon temannya. Oleh karenanya, digunakan Prinsip Premarck. Silfy dizinkan menelepon temannya bila pekerjaan rumahnya telah selesai dikerjakan

4. Penghilangan (*Extinction*)

Teknik ini merupakan prosedur yang biasa digunakan oleh pemberi penguatan untuk menghilangkan perilaku. Penghilangan berjalan lebih lambat daripada penguatan dalam memodifikasi perilaku. Contohnya, seorang anak temper tantrum ibunya mengatakan berhenti pada anak tersebut, tetapi anak tersebut malah menjatuhkan diri lalu berguling- guling. Ibunya lalu memutuskan untuk tidak lagi memberikan perhatian pada

perilaku tersebut. Pada tantrum berikutnya, ibu tetap melakukan hal tersebut. Meskipun pada awal tantrum tersebut menjadi meningkat, karena ibunya tetap tidak memberikan respons secara kontinu, maka perilaku tantrum tersebut secara bertahap menurun.

5. Perjanjian Kontingensi (*Contingency Contracting*)

Perubahan perilaku yang diinginkan dinyatakan secara tertulis. Dalam kontrak tertulis secara spesifik perubahan perilaku tertentu dan penguatan yang akan diberikan saat terjadi perubahan perilaku. Di samping itu, konsekuensi negatif yang akan diberlakukan dicantumkan dalam kontrak tersebut (Sundel dan Sundel, 2005).

6. Token Ekonomi (*Token Economy*)

Hampir serupa dengan perjanjian kontingensi, penguatan diberikan untuk setiap perilaku yang diinginkan dalam bentuk token (semacam tanda khusus). Misalnya untuk membantu membeli makanan diberi 2 token, untuk pergi ke perpustakaan diberi 5 token, dan seterusnya. Token tersebut dapat dikumpulkan dalam jumlah yang banyak untuk ditukarkan dengan penghargaan yang lebih diinginkan.

7. *Time Out*

Mikulas mengatakan hal ini merupakan prosedur hukuman dalam periode waktu tertentu yang selama waktu tersebut pemberian penguatan tidak sesuai Contohnya, seorang anak yang melalaikan/tidak mengerjakan pekerjaan rumah, anak tersebut disuruh oleh gurunya berdiri di depan kelas selama 15 menit.

8. Penghambatan Resiprok (*Reciprocal Inhibition*)

Disebut juga kebalikan dari pengondisian Penghambatan resiprok menghilangkan perilaku dengan mengenalkan perilaku lain yang lebih adaptif. Contohnya, mengenalkan teknik relaksasi kepada individu dengan masalah fobia. Relaksasi diperagakan saat ansietas datang sehingga individu dapat mengatur ansietas saat stimulus rasa takutnya datang.

9. Kepekaan Terbuka (*Overt Sensitization*)

Merupakan jenis dari terapi aversion yang menghasilkan konsekuensi yang tidak menyenangkan untuk perilaku yang tidak diinginkan. Misalnya disulfiram (antabuse) adalah obat yang diberikan kepada individu yang ingin berhenti minum alkohol. Bila seseorang mengonsumsi alkohol, maka ia sedang menjalani terapi antabuse maka ia akan merasa mual, muntah, sesak napas, dada berdebar-debar, dan sakit kepala. Efek dari alkohol yang dianggap menyenangkan tidak didapatkan. Hal itu merupakan hukuman agar ia tidak lagi melakukan perilaku yang maladaptif (minum alkohol). Pengkondisian Operan (*Operant Conditioning*).

10. Kepekaan Terselubung (*Covert Sensitization*)

Suatu teknik dengan membayangkan sesuatu yang menghasilkan gejala yang tidak menyenangkan. Teknik ini berada di bawah kontrol pasien dan dapat digunakan kapan saja diinginkan individu membayangkan untuk memvisualisasikan mual. Hal ini paling efektif bila dipasangkan dengan relaksasi. Keuntungan utamanya adalah individu tidak perlu menunjukkan perilaku yang diinginkan tetapi cukup dengan membayangkannya (Sundel dan Sundel, 2005).

11. Desensitisasi Sistematis (*Systematic Desensitization*)

Suatu teknik untuk membantu individu mengatasi rasa takutnya pada suatu stimulus fobia, disebut sistematis karena adanya hierarki aktivitas yang membuat cemas (Apriani and Arni, 2022).

Teknik desensitisasi sistematis termasuk teknik spesifik dengan pendekatan behavioristik yang menekankan bahwa semua perilaku neurotic adalah bentuk ekspresi dari kecemasan.

12. Dibanjiri (*Flooding*)

Teknik ini disebut juga terapi implosif. Teknik ini juga digunakan untuk desensitisasi individu terhadap stimulus fobia. Individu dibanjiri (*flooding*) terus-menerus

untu membayangkan stimulus fobia sampai tidak lagi merasa cemas (Sundel dan Sund 2005) Flooding akan lebih cepat memperlihatkan efek dibandingkan desensitis sistenatis.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, C. (2017) Buku Terlengkap Teori-Teori Pendidikan Klasik Hingga Kontemporer. IRCiSoD.
- Apriani, N.M. and Arni, A.R. (2022) 'Pengaruh Terapi Desensitisasi Sistematis terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien HDR di Poli Jiwa RSUD Lamaddukeleng Kabupaten Wajo', *Jurnal Ilmiah Mappadising*, 4(2), pp. 72–83.
- Gani, A. (2023). *Keperawatan Jiwa*. Penerbit Adab.
- Hartanto, A.E., Hendrawati, G.W. and Sugiyorini, E. (2021) 'Pengembangan Strategi Pelaksanaan Masyarakat Terhadap Penurunan Stigma Masyarakat Pada Pasien Gangguan Jiwa', *Indonesian Journal for Health Sciences*, 5(1), pp. 63–68.
- Jaarvis, M. (2019) *Teori-teori psikologi: Pendekatan modern untuk memahami perilaku, perasaan, dan pikiran manusia*. Nusamedia.
- Nurlela, L. et al. (2023) *Keperawatan Jiwa*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=dezDEAAAQBAJ>.
- Ruswadi, I. (2021). *Keperawatan Jiwa Panduan Praktis Untuk Mahasiswa Keperawatan*. Penerbit Adab.
- Stuart Gail W (2023) *Prinsip dan Praktik : Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Edisi Indo. Edited by A.K. Budi. Elsevier.
- Yusuf, A.H., Fitriyasari PK, R. and Nihayati, H.E. (2015) 'Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa'. Salemba empat.

BIODATA PENULIS



Ns. Alice Rosy, M. Kep lahir di Riau, pada 4 Februari 1978. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Andalas. Sampai saat ini penulis adalah sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau.

BAB 12

Terapi Kognitif

Ns.Fitry Erlin, M.Kep

A. Pendahuluan

Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan dilakukan secara teratur, yang memberikan dasar berpikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya, mampu mengatasi perasaan negatifnya, serta mampu memecahkan masalah tersebut (Yusuf, 2015).

Terapi kognitif merupakan suatu bentuk terapi yang dapat melatih pasien untuk mengubah cara berfikir yang negatif karena mengalami kekecewaan, kegagalan dan ketidakberdayaan sehingga pasien dapat menjadi lebih baik dan dapat kembali produktif (Keliat, 2014).

B. Tujuan terapi kognitif

1. Mengubah pikiran-pikiran tidak logis dan negatif menjadi pikiran yang positif, obyektif, dan masuk akal (rasional).
2. Mengubah pikiran negatif menjadi positif, mengetahui penyebab perasaan negatif yang dirasakan, membantu mengendalikan diri dan pencegahan serta pertumbuhan pribadi (Burn, 1980).
3. Membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal (Copel, 2007).
4. Mengubah kepercayaan (anggapan) tidak logis, penalaran salah, dan pernyataan negatif yang mendasari permasalahan perilaku (Stuart & Laraia, 2005).

5. Meningkatkan aktifitas sehingga menurunkan aktifitas yang tidak diinginkan.
6. Meningkatkan keterampilan sosial.

C. Indikasi

Terapi kognitif dilakukan dengan indikasi pasien yang mengalami permasalahan dalam cara berfikir seperti mengkritik diri sendiri atau orang lain, penurunan produktivitas, perilaku destruktif tertuju pada orang lain atau diri sendiri, gangguan dalam berhubungan, perasaan tidak mampu, rasa bersalah, mudah tersinggung atau marah yang berlebihan, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, ketegangan peran yang dirasakan, pandangan hidup yang bertentangan, penolakan terhadap kemampuan personal, pengurungan diri/menarik diri secara sosial dan realitas, penyalahgunaan zat serta khawatir yang berlebihan.

D. Karakteristik pasien

Pasien yang dapat diberikan terapi kognitif mempunyai karakteristik perilaku adalah:

1. Mengkritik diri sendiri atau orang lain,
2. Penurunan produktivitas,
3. Perilaku destruktif tertuju pada orang lain atau diri sendiri,
4. Gangguan dalam berhubungan,
5. Rasa diri penting yang berlebihan,
6. Perasaan tidak mampu,
7. Rasa bersalah,
8. Mudah tersinggung atau marah yang berlebihan,
9. Perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri,
10. Ketegangan peran yang dirasakan,
11. Pandangan hidup yang bertentangan,
12. Penolakan terhadap kemampuan personal,
13. Pengurungan diri/menarik diri secara sosial,
14. Penyalahgunaan zat,
15. Menarik diri dari realitas
16. Khawatir.

Menurut Yusuf (2015) karakteristik pasien yang dilakukan terapi kognitif adalah:

1. Menarik diri
2. Penurunan motivasi
3. Defisit keperawatan
4. Harga diri rendah
5. Menyatakan ide bunuh diri
6. Komunikasi inkoheran dan ide/topik yang berpindah-pindah
7. Delusi, halusinasi terkontrol, tidak ada manik depresi, tidak mendapat ECT.

E. Masalah keperawatan

1. Resiko bunuh diri
2. Isolasi sosial
3. Harga diri rendah
4. Defisit keperawatan diri

F. Prinsip Pelaksanaan Terapi Kognitif

Menurut Townsend (2009), prinsip pelaksanaan terapi kognitif adalah:

1. Terapi kognitif berdasarkan pada proses pembentukan kembali pola pikir pasien yang terganggu. Untuk itu, terapis harus mengidentifikasi terlebih dahulu adanya kelainan bentuk pikir (*distorsi kognitif*) pada pasien.
2. Terapi kognitif membutuhkan hubungan terapeutik perawat-pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dan pasien harus sudah terbina sebelum terapi ini dilakukan. Terapis (perawat) harus dapat bersikap hangat, empati, *caring*, dan menghormati martabat (harga diri) pasien.
3. Terapi kognitif menekankan pada tehnik kolaborasi dan partisipasi aktif pasiennya. Perawat sebagai terapis mendorong pasien untuk terlibat aktif dalam setiap sesi (pertemuan), sehingga pasien selalu membuat tugas-tugas yang diberikan di akhir setiap sesi untuk dikerjakan di rumah.
4. Terapi kognitif merupakan terapi yang berorientasi pada tujuan penyelesaian masalah pasien. Di awal pertemuan, terapis harus mengidentifikasi masalah-masalah yang dihadapi pasiennya. Kemudian bersama-sama menetapkan

tujuan dan hasil yang diharapkan dalam terapi. Proses diskusi dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapi pasien dibutuhkan saat pasien mulai dapat mengenal *distorsi kognitif* dan memperbaiki pola pikirnya.

5. Terapi kognitif menekankan kondisi realita yang ada pada pasien. Penyelesaian masalah yang dihadapi pasien berdasarkan kondisi yang nyata saat terapi dilakukan.
6. Terapi kognitif merupakan suatu pendekatan terapi yang bersifat *edukatif* dengan tujuan mengajarkan pasien untuk dapat menolong dirinya sendiri dan mencegah terjadinya kondisi berulang.
7. Terapi kognitif merupakan suatu bentuk terapi yang terprogram waktu dengan baik (*Time Limited Program*). Proses pelaksanaan terapi dapat berjalan beberapa minggu sampai bulan. Beberapa pasien kadang-kadang menghendaki pertemuan ulang.
8. Program terapi kognitif harus terstruktur dengan baik untuk setiap sesi dalam pertemuannya. Setiap sesi harus meliputi evaluasi kondisi pasien di setiap pertemuan, review hasil pertemuan sebelumnya, mengevaluasi tugas pasien yang harus dilakukan pada pertemuan sebelumnya, mendiskusikan topik pertemuan saat ini, merencanakan tugas yang akan dilakukan pasien dan membuat ringkasan hasil pertemuan. Hal ini dapat membuat waktu pelaksanaan terapi menjadi efektif.
9. Terapi kognitif bertujuan mengajarkan pasien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya. Hal ini dilakukan dengan membantu pasien untuk dapat mengenal setiap pikiran negatif dan mengganti dengan pikiran yang positif yang sesuai dengan kondisi yang nyata pada pasien.
10. Terapi kognitif menggunakan berbagai bentuk atau tehnik untuk merubah cara berfikir, perasaan dan perilaku pasien. Berbagai tehnik dapat digunakan dalam proses pemberian terapi kognitif dalam upaya untuk memodifikasi cara berfikir

pasien yang salah yang dapat mempengaruhi timbulnya perilaku maladaptif.

G. Pelaksanaan terapi kognitif

Kegiatan terapi kognitif yang dikembangkan mengacu kepada modul yang telah dikembangkan oleh Kristyaningsih (2009) yang dimodifikasi dari modul Terapi Kognitif yang telah direkomendasikan dalam Workshop Keperawatan Jiwa, FIK-UI pada tahun 2008 lalu yang meliputi 9 sesi dan dilaksanakan dalam 4 kali pertemuan. Pemberian terapi kognitif ini diharapkan klien dapat merubah pikiran-pikiran negatifnya, mampu beradaptasi dan produktif sesuai dengan kondisi kesehatannya dengan meningkatkan kepercayaan dirinya. Kegiatan yang dilakukan masing-masing sesi adalah:

1. **Sesi Pertama:** *Identifikasi pikiran otomatis*, yaitu dengan mengidentifikasi seluruh pikiran otomatis negatif, berdiskusi untuk 1 pikiran otomatis yang dipilih, memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama dan membuat catatan harian.
2. **Sesi Kedua:** *Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif*, yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri dalam sesi 1 (memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif 1), mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1.
3. **Sesi Ketiga:** *Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif)*, yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri sesi kedua di rumah, mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1 - 2, mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan diskusikan manfaat dan perasaan setelah pasien mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi).

4. **Sesi Keempat** : *Support system*, yaitu melibatkan keluarga untuk dapat membantu pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

H. Waktu Pelaksanaan

Waktu pelaksanaan terapi kognitif untuk kelompok intervensi di setiap pertemuan dibuat berdasarkan kesepakatan antara terapis dengan pasien. Pasien diberikan alternatif pilihan waktu. Intervensi terapi kognitif yang terdiri dari 4 sesi ini dilakukan dalam 4 kali pertemuan/kunjungan. Dalam proses pemberian terapi kognitif, terapis mengamati kemampuan pasien dalam pembuatan catatan harian secara mandiri melalui buku catatan harian pasien. Terapis juga mencatat hasil evaluasi pelaksanaan terapi pada buku raport pasien yang dipegang terapis.

I. Tempat Pelaksanaan

Pelaksanaan pemberian terapi kognitif ini disesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien dengan mengutamakan privasi pasien. Mungkin dapat menggunakan ruangan khusus (tertutup) dan/atau ruangan yang tenang/tidak bising sehingga proses pelaksanaan terapi dapat berjalan lancar tanpa adanya gangguan dari lingkungan sekitar dan privasi pasien terjaga.

DAFTAR PUSTAKA

- Burns, D.D. (1988). *Terapi Kognitif : pendekatan baru bagi penanganan depresi*. Jakarta : Erlangga.
- Copel, L.C. (2007). *Kesehatan Jiwa & Psikiatri, Pedoman Klinis Perawat (Psychiatric and Mental Health Care: Nurse's Clinical Guide)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan kedua). Alihbahasa : Akemat. Jakarta : EGC.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th ed.). St. Louis : Mosby Year B.
- Keliat, B.A. (2014). *Buku Saku Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa*. Fakultas Keperawatan. Universitas Indonesia.
- Townsend, M.C (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice. Eighth Edition*. Philadelphia: F.A Davis Company 1915 Arch Street.
- Yusuf, dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika. Jagakarsa. Jakarta Selatan.

BIODATA PENULIS



Ns. Fitry Erlin, M.Kep lahir di Tanjung Pinang, pada 1 Mei 1973. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Andalas peminatan keperawatan jiwa pada tahun 2015. Wanita yang kerap disapa Fitry ini adalah anak dari pasangan H.A.Gaffar Elsuheri B.A (ayah) dan Rosmaniar (ibu). Fitry Erlin dalam mewujudkan tridharma perguruan tinggi sebagai dosen profesional aktif sebagai peneliti dibidang Keperawatan Jiwa. Penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi, Kemenristek DIKTI pada tahun 2016 dan 2017 dan beberapa penelitian baik secara nasional maupun international. Selain meneliti, Fitry Erlin juga aktif dalam melakukan pengabdian masyarakat dan menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara Indonesia. Selanjutnya pada tahun 2021 Penulis menjadi Dosen Pembimbing Lapangan Angkatan I Program MBKM.



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

ISBN 978-623-8422-48-7

