



ASUHAN KEPERAWATAN JIWA II

PENULIS :

M.Khalid Fredy

Saputra

Ady Purwoto

Restu Iriani

Aminuddin

Sumarmi

Taty Hernawaty

ISBN 978-623-198-280-3



9

786231

982803

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA II

**M.Khalid Fredy Saputra
Ady Purwoto
Restu Iriani
Aminuddin
Sumarmi
Taty Hernawaty**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA II

Penulis :

M.Khalid Fredy Saputra
Ady Purwoto
Restu Iriani
Aminuddin
Sumarmi
Taty Hernawaty

ISBN : 978-623-198-280-3

Editor : Dr. Neila Sulung, N.S. S.Pd., M.Kes.

Ilda Melisa, A.Md. Keb.

Penyunting: Mila Sari, M.Si.

Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, SPd.

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat
Website : www.globaleksekuatifteknologi.co.id
Email : globaleksekuatifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Mei 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayahNya, maka Penulisan Buku dengan judul Asuhan Keperawatan Jiwa II. Buku ini membahas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan harga diri rendah kronis, asuhan keperawatan pada korban trafficking, narapidana, anak jalanan, asuhan keperawatan pada klien dengan resiko bunuh diri, asuhan keperawatan isolasi sosial, asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi, konsep recovery dan supportive environment dalam perawatan klien gangguan jiwa.

Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan literatur yang mudah dipahami.

Padang, Mei 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
BAB 1 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH KRONIS	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Definisi.....	3
1.3 Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah Kronis.....	6
1.3.1 Tanda Mayor	6
1.3.2 Minor.....	7
1.4 Proses Terjadinya Harga Diri Rendah Kronis	7
1.5 Tahap Pengkajian Data.....	8
1.6 Analisa Data.....	9
1.7 Masalah Keperawatan.....	10
1.8 Intervensi Keperawatan.....	10
1.9 Tahap Impelementasi	11
1.10 Tahap Evaluasi	12
DAFTAR PUSTAKA.....	13
BAB 2 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KORBAN TRAFFICKING, NARAPIDANA, ANAK JALANAN	17
2.1 Pendahuluan.....	17
2.2 Asuhan Keperawatan Trafficking.....	18
2.2.1 Trafficking atau perdagangan pada seseorang.....	18
2.2.2 Bentuk-bentuk Trafficking	19
2.2.3 Modus Trafficking	19
2.2.4 Cara Mengatasi Trafficking.....	20
2.3 Asuhan Keperawatan Narapidana.....	22
2.3.1 Pengertian Narapidana	22
2.3.2 Jenis-jenis Narapidana.....	22
2.3.3 Upaya Mengatasi Tindakan Pidana	26
2.4 Asuhan Keperawatan Anak Jalanan.....	27
2.4.1 Pengertian Anak Jalanan	27
2.4.2 Faktor Latar Belakang Anak Jalanan	27
2.4.3 Upaya Mengatasi Anak Jalanan.....	28
DAFTAR PUSTAKA.....	29
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN RESIKO BUNUH DIRI	31
3.1 Pendahuluan.....	31
3.2 Pengertian Bunuh Diri.....	32
3.3 Faktor Penyebab Bunuh Diri	33
3.4 Faktor Resiko Bunuh Diri	34
3.5 Ciri-ciri Orang berisiko Bunuh Diri.....	35

3.6 Cara Mengatasi Resiko Tindakan Bunuh Diri	38
DAFTAR PUSTAKA.....	40
BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN ISOLASI SOSIAL.....	41
4.1 Konsep Dasar Isolasi Sosial	41
4.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	57
DAFTAR PUSTAKA.....	62
BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN	
HALUSINASI	65
5.1 Pengertian Halusinasi	65
5.2 Jenis Halusinasi	65
5.2.1 Halusinasi pendengaran (<i>auditory</i>).....	65
5.2.2 Halusinasi visual (<i>visual</i>).....	66
5.2.3 Halusinasi pengecapan (<i>gustatory</i>).....	66
5.2.4 Halusinasi penciuman.....	67
5.2.5 Halusinasi taktil (<i>taktil</i>).....	67
5.2.6 Halusinasi sinestesia.....	67
5.4 Etiologi Halusinasi.....	68
5.4.1 Faktor Predisposisi	68
5.4.2 faktor Presipitasi.....	70
5.6 Rentang Respon	73
5.7 Mekanisme Koping.....	73
5.8 Pokok Masalah/ Diagnosa Keperawatan.....	74
5.9 Diagnosa Keperawatan.....	75
DAFTAR PUSTAKA.....	76
BAB 6 KONSEP RECOVERY DAN SUPPORTIVE ENVIRONMENT	
DALAM PERAWATAN KLIEN GANGGUAN JIWA.....	77
6.1 Pendahuluan	77
6.2 Konsep Recovery	78
6.2.1 Peran Perawat.....	79
6.2.2 Karakteristik <i>Recovery</i>	79
6.2.3 Model Recovery pada Keperawatan Jiwa.....	81
6.3 <i>Supportive Environment</i>	86
6.3.1 Jenis-Jenis Kegiatan <i>Supportive Environment</i>	86
6.3.2 Dampak Karakteristik Lingkungan pada Kesehatan Mental	87
DAFTAR PUSTAKA.....	89
BIODATA PENULIS	

BAB 1

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH KRONIS

Oleh M.Khalid Fredy Saputra

1.1 Pendahuluan

Secara pengertiannya bahwa kesehatan jiwa merupakan situasi maupun kondisi sehat yang kaitannya dengan sehat sosial, sehat kondisi psikologi ataupun sehat kondisi emisionalnya, hal ini dapat terlihat bagaimana seseorang itu berhubungan atau berinteraksi dengan sesama nya, (Purwasih and Susilowati, 2016). Seseorang yang sering kali mendapatkan tekanan emosional, stress tinggi, depresi, akan mempunyai potensi besar mengalami gangguan jiwa, (Rahayu, Mustikasari and Daulima, 2019). Gangguan jiwa berarti seseorang yang mengalami suatu gangguan mental ataupun kondisi psikologisnya yang dapat terjadi karena factor dari lingkungan maupun dari diri nya sendiri, (Nasriati, 2011). Data dari (Rikesdas, 2018) menunjukkan bahwasannya permasalahan kesehatan jiwa di indonesia mengalami sebuah peningkatan dari tahun 2013 yang awalnya sekitar 1,7 mil dan meningkat pada tahun 2018 menjadi 7,0 per mil. Gangguan jiwa yang sering muncul dan timbul di masyarakat adalah skizofrenia (Puspita and Erawati, 2020). Skizofrenia sendiri ialah salah satu gangguan jiwa yang memiliki tanda gejala terjadinya ketidakmampuan atau menurunnya komunikasi seseorang,

tidak dapat untuk berfikir rasional, serta mengalami kesulitan dalam beraktivitas sehari – hari, (Sari, Mayasari and Graharti, 2019). Gejala skizofrenia sendiri berupa halusinasi dan delusi, dapat pula meliputi gangguan dalam hubungan sosial, hilangnya minat atau munculnya ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari - hari (Rahayu, Mustikasari and Daulima, 2019). Bagi penyandang skizofrenia dengan harga diri rendah kronis sering kali mengalami kekambuhan sehingga dalam hal ini sangat penting untuk memberikan terapi jangka panjang yakni memberikan asuhan keperawatan jiwa untuk dapat melakukan pengontrolan sikap perilaku hilangnya rasa percaya diri dari penderita harga diri rendah kronis dengan memberikan intervensi yang berfokus dalam pembinaan hubungan untuk saling percaya, memberikan kegiatan sesuai dengan kemampuan pasien, meningkatkan kontak dengan sesama nya, mendorong pasien untuk dapat mengungkapkan pikiran dan perasaan serta membantu melihat prestasi, kemampuan dan harapan – harapan yang ada pada pasien, (Puspita and Erawati, 2020). Harga diri rendah kronik sendiri ialah perasaan tidak berharga, merasa tidak berarti, serta merasa rendah diri dalam jangka panjang akibat dari evaluasi yang negative pada diri sendiri ataupun merasa tidak mempunyai kemampuan diri, (Muhith, 2015). Harga diri rendah kronis ialah salah satu masalah keperawatan skizofrenia, karena harga diri rendah ini kaitannya dengan gejala negative yang terjadi dari skizofrenia, (Pardede and Laia, 2020). Harga diri ialah sebagai suatu penilaian diri pada hasil yang dicapai dengan melakukan analisis terhadap seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri frekuensi dalam meraih suatu tujuan, (Zuraida, 2018). Harga diri rendah juga disebut sebagai suatu perasaan negatif pada dirinya sendiri sehingga menimbulkan hilangnya rasa percaya diri, pesimis, dan pasien merasa tidak berharga di dalam kehidupan sehari - hari

(Atmojo and Purbaningrum, 2021). Pada pasien dengan harga diri rendah kronis terdapat tanda mayor dan tanda minor yang terjadi. Tanda dan gejala mayor meliputi berjalan dengan menunduk, memiliki presepsi dan penilaian negative pada diri sendiri, mempunyai perasaan bahwa dirinya tidak berguna, muncul pemikiran bahwa dirinya tidak mempunyai kelebihan apapun. Tanda minor yang terlihat yaitu kontak mata kurang, bicara sangat pelan dan lirih, sering terlihat lesu dan tidak bergairah, sulit untuk berkonsentrasi, dan sering mengalami sulit tidur, (PPNI, 2016). Untuk dampak dari gangguan harga diri rendah kronis sendiri jika tidak secara cepat di tangani akan berakibat pada gangguan interaksi sosial, misalnya sering menarik diri, mengalami perubahan penampilan peran, mudah putus asa, timbul perilaku kekerasan yang dapat beresiko menyelaiki diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar, (Keliat, Panjaitan and Helena, 2006).

1.2 Definisi

Harga diri rendah sendiri ialah sebuah perasaan negatif terhadap dirinya sendiri dan penyebab terjadinya kehilangan rasa percaya diri, merasa pesimis, dan juga merasa bahwa dirinya tidak berharga di kehidupannya, (Atmojo and Purbaningrum, 2021). Harga diri rendah ialah suatu capain penilaian pribadi terhadap seberapa jauh individu memenuhi diri perilakunya, apabila individu tersebut mengalami suatu kegagalan, merasa tidak dicintai, atau tidak diterima dilingkungan sekita nya maka harga diri rendah pun bisa di alami (Yusuf, Fitryasari and Nihayati, 2015). Harga diri rendah merupakan suatu perasaan negative pada dirinya sendiri yang bisa menyebabkan hilangnya rasa percaya diri dan merasa bahwa hidupnya tidak berguna, (Dermawan, 2013). Harga diri rendah merupakan perasaan negatif dengan hilangnya rasa

percaya diri, rasa tidak berharga, merasa tidak berguna, merasa tidak ada harapan dan putus asa (Purwasih and Susilowati, 2016). Harga diri rendah juga sebagai perasaan tidak berharga, tidak berarti, merasa rendah diri, yang menjadikan evaluasi negatif pada kemampuan diri (Keliat, 2011).

Harga diri rendah kronis juga ialah perasaan yang ada pada individu dan menganggap bahwa dirinya tidak berharga dan tidak berarti di dalam kehidupan yang di jalani nya (Irawati, Daulima and Wardhani, 2019). Harga diri rendah kronik adalah evaluasi diri maupun perasaan negatif tentang dirinya sendiri atau kemampuan dirinya yang sudah berlangsung kurun waktu minimal tiga bulan (Yani *et al.*, 2022). Harga diri rendah kronis ini ialah salah satu masalah keperawatan dengan skizofrenia, (Pardede and Laia, 2020). Harga diri rendah digambarkan sebagai suatu perasaan negatif pada diri sendiri, harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional (trauma) atau kronis (negatif self evaluasi yang sudah berlangsung lama), dan dapat di ekspresikan secara langsung maupun tidak langsung (nyata atau tidak nyata) (Syahfitri, 2018).

1.3 Faktor Penyebab Harga Diri Rendah Kronis

Faktor yang dapat menjadi pengaruh terhadap harga diri rendah kronis yakni meliputi faktor Predisposisi dan faktor Presipitasi yaitu (Diana Putri, 2020):

Faktor predisposisi ini dapat dibagi sebagai berikut, (Kemenkes RI, 2018):

1. Faktor Biologis

Faktor ini meliputi adanya faktor hereditas anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, riwayat penyakit atau trauma kepala.

2. Faktor psikologis

Bagi pasien dengan masalah harga diri rendah, bisa di temukan bahwa adanya pengalaman masa lalunya yang tidak menyenangkan, seperti adanya penolakan dan harapan orang tua yang tidak realistis, pernah mengalami sebuah kegagalan berulang, kurang memiliki tanggung jawab, memiliki ketergantungan pada orang lain, penilaian negatif terhadap gambaran diri sendiri, krisis identitas, peran yang mengalami gangguan, ideal diri yang tidak realitis, dan pengaruh penilaian internal individu.

3. Faktor sosial budaya

Dalam hal ini meliputi penilaian negatif dari lingkungan terhadap pasien yang dalam hal ini dapat mempengaruhi penilaian pasien, sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak, dan tingkat pendidikan rendah.

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah kronis biasanya akibat dari pasien yang kehilangan bagian tubuh, adanya sebuah perubahan penampilan dari bentuk tubuh, kegagalan atau produktifitas yang menurun. Secara umum gangguan konsep diri harga diri rendah ini bisa dialami secara situasional atau kronik. Secara situasional, contohnya karena trauma yang muncul tiba-tiba, sedangkan kronik biasanya dirasakan pasien saat sebelum sakit ataupun sebelum dirawat pasien sudah mempunyai pikiran negatif (Yosep, 2010).

(Kemenkes RI, 2018), faktor presipitasi harga diri rendah antara lain:

1. Trauma: misalnya kejadian penganiayaan seksual serta psikologis ataupun karena menyaksikan peristiwa yang dapat mengancam kehidupan

2. Ketegangan peran: berhubungan dengan peranan ataupun posisi yang diharapkan dan individu itu mengalaminya sebagai frustrasi
3. Transisi peran perkembangan: perubahan normative yang berhubungan dengan pertumbuhan
4. Transisi peran situasi: terjadi dengan penambahan atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran ataupun kematian
5. Transisi peran sehat-sakit: sebagai akibat pergeseran dari keadaan sehat dan keadaan sakit. Transisi ini dapat dicetuskan oleh terjadinya kehilangan bagian tubuh; berubahnya ukuran, berubah bentuk, penampilan maupun fungsi tubuh; perubahan fisik yang kaitannya dengan tumbuh kembang normal; prosedur medis dan juga keperawatan.

1.3 Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah Kronis

Manifestasi klinis yang dapat timbul pada pasien dengan permasalahan harga diri rendah kronis, (Yani *et al.*, 2022) antara lain :

1.3.1 Tanda Mayor

Subjektif

1. Menilai diri dengan negatif/mengkritik diri
2. Merasa tidak berarti/tidak berharga
3. Merasa malu/minder
4. Merasa tidak mampu melakukan apapun
5. Meremehkan kemampuan yang dimiliki
6. Merasa tidak memiliki kelebihan

Objektif

1. Berjalan menunduk
2. Postur tubuh menunduk
3. Kontak mata kurang
4. Lesu dan tidak bergairah
5. Berbicara pelan dan lirih
6. Ekspresi muka datar
7. Pasif

1.3.2 Minor**Subjektif**

1. Merasa sulit konsentrasi
2. Mengatakan sulit tidur
3. Mengungkapkan keputusan
4. Enggan mencoba hal baru
5. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri
6. Berlebihan dalam menilai negatif mengenai diri sendiri

Objektif

1. Bergantung pada pendapat orang lain
2. Sulit membuat keputusan
3. Sering kali mencari penegasan
4. Menghindari orang lain
5. Suka dengan kesendirian

1.4 Proses Terjadinya Harga Diri Rendah Kronis

Mengenai Harga Diri Rendah hal ini dapat terjadi akibat dari harga diri rendah situasional yang tidak kunjung terselesaikan atau tidak ada umpan balik yang positif dari lingkungan terhadap perilaku pasien sebelumnya. Hal – hal negatif dari sekitar lingkungan juga mempunyai peran

terjadinya sebuah gangguan harga diri rendah kronis. Awalnya pasien di hadapi dengan stressor (krisis) serta berupaya dalam menyelesaikannya akan tetapi tidak tuntas. Dalam ketidaktuntasan ini akan memunculkan evaluasi diri bahwa individu itu merasa dirinya tidak mampu ataupun tidak dapat menjalankan peran fungsinya. Evaluasi diri yang bersifat negatif yakni perasaan gagal ataupun merasa tidak mampu ialah gangguan harga diri rendah situasional yang akan berlanjut menjadi harga diri rendah kronis akibat tidak adanya respon positif dari lingkungan sekitar pada pasien (Safitri, 2020). Harga diri yang rendah yang dialami seseorang selama lebih dari 3 bulan ialah harga diri rendah situasional. Jika harga diri rendah yang dialami lebih dari 6 bulan ialah harga diri rendah kronik yang harus segera mendapatkan tindak lanjut (Widodo and Kep, 2017).

1.5 Tahap Pengkajian Data

Tahap pengkajian merupakan tahap pengumpulan data dari berbagai sumber, yakni dari pasien, keluarga serta tenaga kesehatan. Komunikasi dengan keluarga dan pendekatan yang dilakukan kepada pasien melalui komunikasi teraupetik yang lebih terbuka akan menolong pasien dalam memecahkan perasaannya serta melakukan observasi kepada pasien (Pardede and Hasibuan, 2019). Adapun upaya tersebut yaitu:

1. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada pasien agar lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan.
2. Melakukan pengkajian pasien dengan wawancara
3. Melakukan pengkajian dengan bertanya kepada keluarga pasien

1.6 Analisa Data

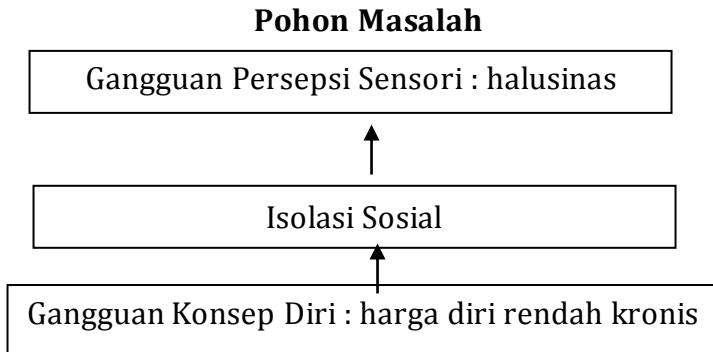
Analisis data ialah sebuah metode yang dilakukan oleh seorang perawat untuk mengkaitkan data yang di dapatkan dari pasien serta menghubungkan data yang di dapat dengan konsep teori dan prinsip yang relevan keperawatan untuk dapat membuat kesimpulan dalam penentuan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien. Data yang biasa di temukan pada pasien dengan masalah harga diri rendah kronis ialah sebagai berikut:

Tabel 1.1. Identifikasi Data

No	Identifikasi Data	Masalah Keperawatan
1	DS : - Pasien mengatakan merasa minder dan malu karena tidak bisa melakukan apapun dalam hidupnya. - Pasien mengatakan merasa tidak dihargai dan klien merasa tidak berguna - Pasien mengatakan hidupnya tidak berguna - Pasien juga mengatakan tidak mampu dan merasa malu untuk mengatakan sesuatu DO : - Pasien tampak sedih - suara Pasien menjadi pelan saat wawancara - kontak mata kurang - Pasien merasa murung dan sedih - Pasien hanya sebatas menjawab pertanyaan lalu diam - pasien tidak berinisiatif berinteraksi dengan orang lain	Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis

1.7 Masalah Keperawatan

Gangguan konsep diri : Harga diri rendah kronis



Prioritas Diagnosa Keperawatan

Gangguan konsep diri : Harga diri rendah kronis

1.8 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau sebuah perencanaan dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah dilakukannya pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan ini dilakukan penyusunan rencana tindakan keperawatan sesuai dengan pohon masalah keperawatan yang terjadi, dalam hal ini, yaitu : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis.

Diagnosa Keperawatan	Intervensi
Gangguan konsep diri : harga diri rendah	Sp 1: Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien Sp 2: 1. Menilai kemampuan yang dapat digunakan oleh pasien 2. Menetapkan/memilih kegiatan sesuai kemampuan pasien 3. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih satu Sp 3: Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih dua Sp 4: Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih tiga

1.9 Tahap Impelementasi

Tahap implementasi ini merupakan tahap untuk mengatasi permasalahan keperawatan pasien, dalam hal ini melakukan implementasi tindakan pasien dengan diagnosa keperawatan Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis. Pada diagnosa keperawatan Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis dilakukan strategi pertemuan yaitu melakukan atau mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki oleh pasien, menilai kemampuan yang bisa digunakan, menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan “melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih satu (1)”, melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dpilih dua (2), dan melatih

kegiatan sesuai kemampuan yang di pilih tiga (3) (Pardede, Keliat and Yulia, 2015).

1.10 Tahap Evaluasi

Menurut (Putri *et al.*, 2022) pada tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan ialah:

1. Pasien mempercayai perawat sebagai terapis
2. Pasien bisa mengidentifikasi atas kemampuan dan aspek positif yang pasien miliki
3. Pasien dapat menilai kemampuan yang bisa digunakan
4. Pasien dapat menetapkan ataupun memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan “melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih satu (1)”.
5. Pasien bisa melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dpilih dua (2).
6. Pasien bisa melatih kegiatan sesuai kemampuan yang di pilih tiga (3).

DAFTAR PUSTAKA

- Atmojo, B.S.R. and Purbaningrum, M.A. (2021) 'Literature Review: Penerapan Latihan Kemampuan Positif Terhadap Peningkatan Harga Diri Rendah Pada Klien Yang Mengalami Skizofrenia Dengan Gangguan Konsep Diri Harga Diri Rendah', *Nursing Science Journal (NSJ)*, 2(1), pp. 55-62.
- Dermawan, D. (2013) 'Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa', *Yogyakarta: Gosyen Publishing* [Preprint].
- Diana Putri, K. (2020) 'Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Harga Diri Rendah Kronis Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Arif Zainudin Surakarta'. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Irawati, K., Daulima, N.H.C. and Wardhani, I.Y. (2019) 'Manajemen Kasus Pada Klien Harga Diri Rendah Kronis Dengan Pendekatan Teori Caring', *Jurnal Keperawatan*, 11(2), pp. 125-134.
- Keliat, B.A. (2011) 'Keperawatan kesehatan jiwa komunitas', *Jakarta: Egc* [Preprint].
- Keliat, B.A., Panjaitan, R.U. and Helena, N. (2006) 'Proses keperawatan kesehatan jiwa', *Cetakan I, EGC, Jakarta* [Preprint].
- Muhith, A. (2015) *Pendidikan keperawatan jiwa: Teori dan aplikasi*. Penerbit Andi.
- Nasriati, R. (2011) 'Kesehatan Jiwa Remaja', *Jurnal Florence*, 2(4), pp. 88-100.
- Pardede, J.A. and Hasibuan, E.K. (2019) 'Dukungan caregiver dengan frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia', *Idea Nursing Journal*, 10(2).

- Pardede, J.A., Keliat, B.A. and Yulia, I. (2015) 'Kepatuhan dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkatkan Setelah Diberikan Acceptance And Commitment Therapy dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(3), pp. 157–166.
- Pardede, J.A. and Laia, B. (2020) 'Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy', *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3), pp. 291–300.
- PPNI (2016) 'Standar diagnosis keperawatan Indonesia', *Jakarta: PPNI* [Preprint].
- Purwasih, R. and Susilowati, Y. (2016) 'Penatalaksanaan Pasien Gangguan Jiwa Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Di Ruang Gathotkoko Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Semarang', *Jurnal Profesi Keperawatan (JPK)*, 3(2).
- Puspita, I.W. and Erawati, E. (2020) 'Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien Skizofrenia dengan Risiko Bunuh Diri', *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(2), p. 211. doi:10.26714/jkj.8.2.2020.211-216.
- Putri, S.T. *et al.* (2022) *Metodologi Riset Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Rahayu, S., Mustikasari, M. and Daulima, N.H.. (2019) 'Perubahan Tanda Gejala dan Kemampuan Pasien Harga Diri Rendah Kronis Setelah Latihan Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga', *Journal Educational of Nursing(Jen)*, 2(1), pp. 39–51. doi:10.37430/jen.v2i1.10.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI.

- Safitri, A. (2020) 'Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Keluarga Penderita Skizofrenia Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Kronis'. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Sari, D.D., Mayasari, D. and Graharti, R. (2019) 'Skizofrenia Paranoid pada Laki-laki Usia 45 Tahun dengan Penatalaksanaan Holistik Kedokteran Keluarga', *Majority*, 8(2), pp. 7–13.
- Syahfitri, M. (2018) 'Psychosocial Nursing Care Management With Situational Low Self-Esteem Problems'.
- Widodo, A.W. and Kep, A. (2017) 'Upaya Meningkatkan Harga Diri Dengan Kegiatan Positif Pada Pasien Harga Diri Rendah'. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Yani, A.L. *et al.* (2022) *Pengantar Keperawatan Jiwa*. Yayasan Kita Menulis.
- Yosep, I. (2010) 'Buku Ajar Keperawatan: Kesehatan Jiwa'. Yogyakarta: PT Refika Aditama.
- Yusuf, A., Fitryasari, R. and Nihayati, H.E. (2015) 'Buku Ajar keperawatan Kesehatan Jiwa. jakarta: Salemba Medika'.
- Zuraida, Z. (2018) 'Konsep Diri Penderita Skizofrenia Setelah Rehabilitasi', *Jurnal Psikologi Kognisi*, 1(2), pp. 110–124.

BAB 2

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KORBAN TRAFFICKING, NARAPIDANA, ANAK JALANAN

Oleh Ady Purwoto

2.1 Pendahuluan

Trafficking merupakan sebuah istilah yang sudah melekat pada masyarakat di Indonesia dengan pandangan bahwa adanya salah satu negara yang dikenal dengan keramahatahannya tetapi tidak secara adil menegakkan hukum-hukum terhadap perilaku pidana di dalamnya hal tersebut menjadi sebuah pandangan yang terjadi seperti di Indonesia adanya perdagangan manusia dengan tindakan di mana seseorang atau sekelompok di dalamnya mengeksploitasi seseorang dalam berperikemanusiaan serta bertingkah dengan dijual atau dipidanakan dan dirampas hak asasinya karena faktor ingin memiliki tersebut ataupun ada dendam lain yang tersembunyi dari sekelompok tersebut.

Sudah banyak kasus di Indonesia yang timbul karena adanya korban Trafficking ataupun narapidana serta anak jalanan yang masih menimbulkan keresahan di masyarakat hal tersebut dilihat adanya korban-korban yang sudah melaporkan kepada pihak berwajib atas pokok permasalahannya mereka terima seperti pengeksploitasian seseorang dalam bekerja yang tidak digaji ataupun pembunuhan serta perampasan barang berharga yang mereka miliki oleh anak-anak jalanan hal tersebut sebenarnya harus segera diatasi oleh para penegak hukum yang ada di Indonesia karena apabila hal tersebut

dibiarkan akan bisa menyebabkan pokok permasalahan yang akan berpengaruh di negeri ini dan juga menyebabkan beberapa dampak seperti hilangnya hak asasi seseorang sampai dengan tidak berperikemanusiaan dan melanggar hak asasi manusia dalam hal tersebut Setiap orang sebenarnya memiliki sebuah perspektif dalam hak asasi manusia tersebut dalam bertingkah dan bertindak tetapi sesuai dengan aturan yang berlaku.

Indonesia sebenarnya sudah memiliki perangkat hukum yang sangat baik hal tersebut dilihat dari adanya beberapa penegak hukum yang sudah memiliki sebuah institusi penegak dengan peranan dan arti yang sangat penting. Tetapi dilihat dari sektor yang terjadi masih belum adanya sistem penegakan hukum yang baik di Indonesia Hal tersebut terjadi karena adanya lemahnya Indonesia dalam sistem menegakkan hukum pada tindak pidana baik *Trafficking* sampai dengan ketidak pidana narapidana hal tersebut terjadi karena pemerintah belum terlalu detail memperhatikan dan memberikan sebuah upaya terhadap pihak kepolisian yang dinilai sebagai penegak hukum di negara ini pada tindakan pidana.

2.2 Asuhan Keperawatan Trafficking

2.2.1 Trafficking atau perdagangan pada seseorang



Perdagangan pada seseorang atau perdagangan manusia merupakan sebuah tindakan yang terjadi sangat kompleks baik nasional maupun internasional dengan cara memperjualbelikan

seseorang untuk mencapai kesenangan dari seseorang tersebut atau kelompok dengan merampas hak asasi manusia yang dimilikinya dan juga normatif pada tingkah laku dari seseorang yang ditimbulkan untuk membalaskan perilaku tidak menyenangkan kepada musuh mereka. Sudah banyak berbagai upaya dilakukan dalam mencegah terjadinya praktik perdagangan manusia hal tersebut dilakukan dengan adanya pemberlakuan undang-undang dan juga hukum tentang tindak pidana perdagangan manusia tetapi saat ini masih banyaknya perdagangan yang berlangsung di Indonesia khususnya pada anak-anak hal tersebut terjadi karena adanya beberapa isu dan juga eksploitasi yang dilakukan seperti para tenaga kerja dan juga pornografi terhadap anak.

2.2.2 Bentuk-bentuk Trafficking

Trafficking memiliki beberapa bentuk-bentuk antara lain sebagai berikut :

- a. Eksploitasi seksual pada tindakan prostitusi
- b. Eksploitasi non komersial
- c. Pembantu rumah tangga
- d. Adanya timbul karena jeratan hutang-hutang yang dimiliki
- e. memaksa seseorang untuk mendonorkan organ tubuhnya kepada keluarga atau masyarakat dari si pemaksa.
- f. Tindakan penggunaan barang haram
- g. Kekerasan yang terjadi dalam lingkungan baik keluarga maupun masyarakat.

2.2.3 Modus Trafficking

Ada beberapa modus yang digunakan untuk Trafficking pada korban-korban yang mengalaminya hal tersebut seperti pada beberapa modus berikut ini :

a. Tawaran Kerja

Biasanya Trafficking ini terjadi dengan modus memberikan tawaran pekerjaan dengan gaji yang tinggi tetapi dengan pekerjaan yang sangat mudah hal tersebut banyak terjadi di luar negeri biasanya di Indonesia masih sangat minim di atasnya tetapi kebanyakan para tenaga kerja Indonesia mengalami Trafficking tersebut karena ingin bekerja dengan penghasilan yang tinggi di luar negeri tetapi tidak mengetahui apakah hal tersebut merupakan jenis-jenis modus Trafficking dari seseorang atau sekelompok untuk menjual mereka kepada bus-bus yang mereka miliki yang akan dijual dan digunakan sebagai pelacur ataupun pemuas seks.

b. Obat bius

Obat bius tersebut kebanyakan digunakan sebagai alat untuk melaksanakan hal-hal Trafficking dengan pemberian obat bius pada sapu tangan ataupun tisu serta pada wewangian yang sangat sering digunakan oleh para korbannya Hal tersebut dilakukan oleh para pelaku dengan memberikan obat bius pada salah satu sapu tangan ataupun tisu yang menandainya digunakan untuk membekap para korbannya agar tidak terlihat dan langsung pingsan.

2.2.4 Cara Mengatasi Trafficking

Ada beberapa cara yang dilakukan untuk mengatasi Trafficking yang saat ini masih timbul di dalam masyarakat antara lain sebagai berikut :

1) Pengetahuan

Untuk mengatasi Trafficking tersebut dapat dilakukan dengan pengetahuan yang mereka pahami seperti dilakukannya sebuah penyuluhan ataupun pemberian sosialisasi baik kepada masyarakat maupun kepada

pemerintahan serta seluruh warga negara yang ada di Indonesia Hal tersebut diberikan pengetahuan Karena untuk pencegahan terjadinya Trafficking tersebut perlu sebuah pendekatan karena apabila masyarakat tidak mengetahui akan menyebabkan sebuah bahaya yang nantinya bisa mengincar mereka sendiri.

2) Berbagi informasi dengan sesama masyarakat

Dengan adanya informasi yang kita ketahui tentang Trafficking tersebut kita harus memberikan sebuah informasi tersebut kepada khalayak umum agar mereka mengetahui bagaimana cara-cara pencegahan untuk mengatasi tindakan tersebut yang masih dirasakan di masyarakat khususnya yang terjadi di kota-kota besar, dengan adanya tindakan tersebut kita sebagai seseorang yang paham akan tindakan tersebut harus memberikan sebuah informasi baik melalui sosial media sampai dengan informasi penyuluhan yang digunakan langsung dan bertatap muka kepada masyarakat, kenapa hal tersebut dijadikan sebagai sumber informasi yang sangat penting kepada masyarakat karena apabila orang tersebut tidak mengetahui sebuah permasalahan dengan adanya Trafficking tersebut maka orang tersebut tidak akan mengetahui bagaimana hal-hal dan dapat dampak yang ditimbulkan dari tindakan yang merugikan tersebut.

3) Memiliki sebuah peran aktif dalam pencegahan tindakan Trafficking

Setelah kita mengetahui informasi-informasi tentang pencegahan tersebut kita juga harus memiliki sebuah peran aktif dalam mencegah tindakan Trafficking tersebut seperti halnya dengan melakukan upaya hal-hal kasus yang sangat berbahaya di lingkungan dengan melaporkan kepada pihak berwajib agar segera diatasi sebenarnya dalam pelaporan

kepada pihak berwajib tersebut tidak akan menimbulkan masalah kepada sang pelapor apabila memang data-data Yang dilaporkan sudah sesuai fakta sehingga dalam pelaporan tersebut kita harus mengetahui tindakan untuk pencegahan terjadinya Trafficking tersebut yang timbul di masyarakat sebelum pelaporan tersebut dilakukan kita harus mengetahui tentang data-data dan hal-hal penting lainnya yang bersifat nyata dan konkret terhadap pokok permasalahan yang akan kita laporkan kepada pihak berwajib.

2.3 Asuhan Keperawatan Narapidana

2.3.1 Pengertian Narapidana

Narapidana merupakan sebuah subjek hukum yang dipidana atau kurungan sel karena ada perilaku yang melanggar aturan dan merugikan korban. Seperti yang diatur pada UU Nomor 12 Tahun 1995 di mana narapidana tersebut akan menjalani hukumannya karena telah menghilangkan nyawa seseorang ataupun mengakibatkan kerugian yang sangat besar baik psikis maupun harta benda yang dimiliki oleh seseorang karena tindakan melawan hukum baik bersifat terpaksa maupun tidak yang digunakan untuk kepentingan pribadi guna membalaskan dendam atau merampas hak-hak milik orang lain.

2.3.2 Jenis-jenis Narapidana

Narapidana memiliki dua jenis yaitu jenis pembinaan kepegawaian dan jenis pembinaan mandiri dimana jenis pembinaan kepegawaian tersebut merupakan jenis yang diperuntukkan dari para pegawai kepada narapidana dengan memberikan pelatihan atau penyuluhan secara serentak dan

bersifat sebagai bahan pengetahuan. Sedangkan pembinaan kemandirian merupakan pembinaan yang dilakukan dari lapas ataupun penjara kepada para narapidana untuk mandiri terhadap hal-hal yang ada di sekitar seperti mencuci baju dan lain sebagainya Hal tersebut diberikan oleh para pegawai lapas kepada narapidana karena dengan adanya kemandirian tersebut nantinya setelah narapidana terbebaskan di masyarakat akan bisa berbaur dengan lingkungan dan juga bisa menerima serta memahami pola dan perilaku yang ada di lingkungan sekitarnya setelah mereka keluar dari lapas. Berikut beberapa jenis narapidana :

a) Pembinaan beragama

Pembinaan beragama atau kerohanian memiliki sebuah tujuan di mana para narapidana tersebut akan selalu mengingat Tuhan Yang Maha Esa dan selalu bertawakal kepadanya serta bisa menjadi pribadi yang paham akan agama dan mampu menerima segala rintangan baik cobaan yang diberikan oleh Tuhannya dengan hati yang tangguh dan ikhlas serta selalu berpasrah kepada sang maha pencipta. Pembinaan keagamaan tersebut biasanya yang dilakukan di lapas seperti membaca Alquran atau mendengarkan tausiah-tausiah tentang keislaman dalam kehidupan sehari-hari dengan rasa saling bersyukur ataupun menerima segala nikmat yang sudah diberikan oleh Tuhan Yang maha esa dengan kajian-kajian yang dilakukan setiap hari Jumat.

b) Pembinaan tentang berbangsa dan bernegara

Dalam pembinaan kali ini narapidana diharapkan mampu menjadi generasi yang paham akan bangsa dan negara dengan aturan yang berlaku sehingga setelah keluar dari lapas tersebut mereka tidak akan mengulangi kembali kejahatan-kejahatan yang mereka lakukan dengan

pelanggaran meninggalkan keluarga serta melanggar tentang aturan-aturan yang berlaku sesuai hukum dan merugikan banyak pihak selain itu dalam pembinaan ini sistem berbangsa dan bernegara yang harus diterapkan dalam generasi para narapidana tersebut bisa menjadikan sebuah bekal di masa mendatang Apabila mereka setelah lepas dari lapas ini bisa menjadi generasi yang paham akan bangsa dan negara sehingga bisa bermasyarakat dengan baik dan tidak menimbulkan sebuah permasalahan nanti dihadapkannya. Kegiatan berbangsa dan bernegara dalam pembinaan kali ini dapat dilakukan dengan cara upacara setiap hari Senin ataupun upacara memperingati hari kemerdekaan Republik Indonesia dengan rangkaian upacara bendera sampai dengan pembacaan remisi bagi narapidana yang berperilaku baik dan selalu aktif dalam kegiatan.

c) Pembinaan terhadap kecerdasan

Pembinaan terhadap intelektual atau kecerdasan tersebut di mana petugas atau lapas tersebut memfasilitasi para narapidana dengan kegiatan pembinaannya dilakukan seperti penyetaraan pada dunia pendidikan Apabila ada narapidana yang ingin mengikuti program penyetaraan SD maupun SMP dengan baik maka bisa dilakukan di dalam lapas dengan didatangkan para dinas pendidikan dengan didampingi oleh para pegawai lafaz dimana hal tersebut bisa digunakan sebagai bahan untuk bekal nantinya setelah keluar dari lapas digunakan untuk melamar pekerjaan atau mendirikan usaha serta penambahan pengetahuan dan juga pemberantasan terhadap buta huruf karena apabila saat ini masih banyak masyarakat yang buta huruf akan menyebabkan tindakan-tindakan pelanggaran yang semakin tinggi sehingga para narapidana tersebut harus diberikan pemahaman tentang pengetahuan sehingga dari

pengetahuan-pengetahuan yang dilakukan tersebut oleh dinas pendidikan yang bekerja sama dengan para ahli bisa mencegah terjadinya buta huruf yang ada di masyarakat.

d) Pembinaan terhadap hukum

Pembinaan ini dilakukan dengan cara memberikan pemahaman tentang aturan-aturan yang mereka langgar dan juga hal-hal yang harus mereka jauhi agar tidak menimbulkan pelanggaran terhadap hukum-hukum yang berlaku di Indonesia serta pemberian sebuah pengetahuan terhadap pasal-pasal serta tuntutan dan juga denda yang harus mereka bayar apabila melakukan pelanggaran tersebut. Sehingga para narapidana tersebut akan memahami Bagaimana pentingnya sebuah hukum dalam negara untuk ditegakkan dan dihormati agar tidak melakukan sebuah pelanggaran yang mana nantinya bisa merugikan dirinya dan juga masyarakat yang ada di sekitarnya dengan hal tersebut maka para petinggi hukum di negeri ini memberikan sebuah rangkaian tentang kesadaran hukum yang mana meratakan semua hak dan kewajiban yang dimiliki baik narapidana maupun masyarakat yang ada di Indonesia tetapi tetap memperhatikan pada aturan-aturan yang berlaku sesuai pada UUD 1945.

e) Pembinaan kemandirian

Pembinaan kemandirian tersebut merupakan sebuah bekal yang dilatih oleh para petugas lapas sesuai pada aturan-aturan yang sudah ada di hukum dan aturan lapas di mana pembinaan kemandirian tersebut dilakukan di dalam nafas dengan pendampingan pemberian keterampilan serta pengolahan terhadap hal-hal yang bisa mereka manfaatkan guna untuk menghasilkan sebuah nilai untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari mereka. Pembinaan kemandirian ini

dilakukan agar mereka memiliki sebuah kreativitas yang tinggi seperti pengolahan dari barang-barang bekas ataupun kerajinan yang mereka lakukan sesuai dengan minat dan juga bakat yang mereka miliki dari hal tersebut para petugas dan juga dinas terkait serta para petinggi hukum bekerja sama dengan para ahli di bidangnya untuk memahami tentang bakat-bakat yang dimiliki oleh para narapidana sehingga nantinya dari situ mereka dapat menghasilkan sebuah karya yang memiliki nilai jual tinggi.

2.3.3 Upaya Mengatasi Tindakan Pidana

Ada beberapa upaya yang dilakukan untuk mengatasi tindakan pidana agar tidak timbul upaya tersebut dapat dilakukan dengan cara menitikberatkan pada sifat-sifat kejahatan di mana kesejarahan tersebut bisa bersifat represif maupun non represif dimana kedua hal tersebut sebenarnya juga merupakan tindakan pidana tetapi tidak semua tindakan pidana bisa diselesaikan dengan cara persidangan ada juga tindakan pidana yang diselesaikan dengan cara kekeluargaan.

Selain upaya selanjutnya adalah menanggulangi kegiatan kejahatan yang timbul di masyarakat hal tersebut dengan adanya penerapan sanksi pidana dan juga kurungan penjara sesuai pada aturan KUHP yang berlaku dengan peraturan perundang-undangan yang sudah disahkan secara resmi oleh MPR dan dilaksanakan sesuai pada tugas dan fungsinya. Dalam hal itu penanggulangan dapat menggunakan hukum pidana dengan syarat hukum-hukum tersebut harus sesuai dengan fakta dan bukti yang akurat sehingga untuk mengatasi tindakan pidana tersebut masyarakat akan lebih mudah terarah selain itu penanggulangan dengan pemberian sosialisasi dan informasi penyebaran tentang pentingnya mengatasi tidak pidana yang menimbulkan kerugian baik diri sendiri dan juga korban.

2.4 Asuhan Keperawatan Anak Jalanan

2.4.1 Pengertian Anak Jalanan

Anak jalanan merupakan sebuah istilah yang sudah berkembang di masyarakat sejak lama anak jalanan tersebut melaksanakan kegiatan baik dari perekonomian ataupun kegiatan sehari-hari dengan di jalan.

2.4.2 Faktor Latar Belakang Anak Jalanan

Ada beberapa faktor yang melatarbelakangi anak jalanan tersebut harus turun menjadi anak-anak yang melakukan kegiatan di jalan sebenarnya mereka dahulu merupakan anak yang memiliki keluarga dan tempat tinggal tetapi karena ada beberapa faktor yang terjadi seperti kemiskinan, kepribadian dan juga pengaruh dari luar menyebabkan anak-anak tersebut melakukan segala kegiatannya di jalanan. Sudah banyak kasus-kasus yang timbul karena anak jalanan hal tersebut menjadikan sebuah pengamatan dan juga perlunya pengawasan yang tepat terhadap anak-anak jalanan tersebut karena sudah banyak masyarakat yang dirugikan oleh anak-anak jalanan tersebut karena mereka melakukan kekerasan dan juga perampasan hak milik orang lain saat di jalan selain itu mereka juga suka mencuri dan melakukan tindakan-tindakan melanggar hukum untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari mereka. Kebanyakan dari anak jalanan tersebut sesuai pada fakta di lapangan mereka berasal dari keluarga yang miskin tetapi mungkin Faktor lainnya adanya percekocokan antara keluarga di dalamnya ataupun adanya sebuah salah pergaulan yang menyebabkan anak tersebut harus menjadi seorang anak jalanan yang mana bisa merugikan orang lain. Sebenarnya tidak semua anak jalanan merugikan orang lain ada juga anak jalanan yang baik dan selalu menolong tetapi sesuai fakta data di lapangan masih banyaknya anak-anak jalanan yang melakukan tindakan kekerasan

merugikan orang lain hal tersebut harus segera diatasi oleh para penegak hukum dan aparat yang ada di negeri ini seperti dengan pembinaan dan juga pemberian sosialisasi dalam penyuluhan terhadap anak jalanan tersebut agar tidak mengganggu ketenteraman dan kenyamanan masyarakat yang ada di dalamnya.

2.4.3 Upaya Mengatasi Anak Jalanan

Upaya dalam mengatasi permasalahan pada anak jalanan tersebut dapat diatasi dengan beberapa cara seperti halnya saat ini pemerintah sudah menyiapkan sebuah program yang disebut dengan program kesejahteraan sosial anak yang diperuntukkan kepada anak-anak di seluruh Indonesia. Hal tersebut sebenarnya didirikan oleh pemerintah untuk mengatasi anak-anak jalanan agar mereka bisa menjadi seorang generasi yang mampu dan bisa bersaing dengan globalisasi dan juga menjadi generasi yang paham akan pengetahuan dan berbangsa dan bernegara.

Program tersebut dilaksanakan pemerintah dengan sistem mengayomi dan memberikan sebuah penyuluhan atau pengetahuan terhadap anak jalanan agar permasalahan yang mereka alami segera diatasi dan mereka bisa kembali lagi bersama keluarga mereka agar menjadi pribadi yang baik dan tidak menimbulkan keresahan di masyarakat nantinya setelah mereka kembali bergabung di dalam masyarakat. Karena sebelumnya anak jalanan tersebut selalu berorientasi pada diri mereka dan kelompok mereka setelah mereka diberikan pemahaman dan pengetahuan serta pengayoman dan pengawasan masalah yang mereka alami mereka harus bisa menjadi seorang yang paham akan berbangsa dan bernegara serta memahami aturan-aturan yang berlaku agar tidak menimbulkan sebuah tindakan yang merugikan diri mereka di masa mendatang.

DAFTAR PUSTAKA

- Berutu, R, Berdikta, B. (2020). *Konsep Dasar Perencanaan Keperawatan Dalam Melakukan Asuhan Keperawatan*. Asuhan Keperawatan, 1–9.
- Bramantyo, RY, & Suwadi, S. (2019). *PERDAGANGAN MANUSIA DI INDONESIA SEBAGAI SEBUAH MASALAH PENEGAKAN HUKUM*. Jurnal Ilmu Sosial Dan Administrasi Negara, vol. 3 (2).
- Pratama, AB (2021). *PEMBINAAN NARAPIDANA LANJUT USIA PADA LEMBAGA PEMASYARAKATAN KELAS IIB PURWAKARTA*. NUSANTARA, Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial.
- Aswar, AKAS, & Yasin, HM (2021). *Peranan Lembaga Pemasyarakatan dalam Melakukan Pembinaan terhadap Narapidana Lanjut Usia*, Al-Ishlah Jurnal Ilmiah Hukum, vol 24 (1), hlm.104–125.
- Gumanti, L., Permana, I., & Sutarjo, M. (2020). *IMPLEMENTASI PROGRAM KEBIJAKAN PEMBINAAN ANAK JALANAN DI DINAS SOSIAL KABUPATEN CIREBON*, Jurnal Ilmiah Publika, Vol. 8 (1).

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN RESIKO BUNUH DIRI

Oleh Restu Iriani

3.1 Pendahuluan

Bunuh diri merupakan sebuah tindakan yang disengaja untuk menyebabkan kematian diri sendiri hal tersebut terjadi karena adanya sebuah keputusan atau gangguan jiwa seperti depresi atau bipolar serta ketergantungan terhadap penyalahgunaan obat-obat terlarang hal tersebut sebenarnya di dunia sudah terjadi hampir 1000 tindakan bunuh diri dalam sehari.

Seperti halnya yang terjadi di Inggris di mana hal tersebut terjadi hampir 3000 orang meninggal karena tindakan bunuh diri selain itu ada juga di Amerika yang mendapatkan sebuah laporan selama 1 tahun sebanyak 25.000 tindakan bunuh diri hal tersebut merupakan sebuah faktor dengan rasio tindakan yang setiap tahunnya mengalami peningkatan secara signifikan hal tersebut terjadi pada usia remaja sekitar usia 17 sampai dengan 28 tahun.

Faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi tindakan bunuh diri baik wanita maupun laki-laki adalah faktor terhadap ekonomi selain itu ada juga faktor terhadap penggunaan zat-zat psikoaktif yang sangat berlebihan sehingga menyebabkan kematian mungkin mereka memilih jalan tersebut untuk menyelamatkan diri mereka atau diselamatkan oleh orang lain hal tersebut sebenarnya sudah terjadi di mana fenomena-fenomena tersebutlah yang harus segera diatasi baik di

Indonesia maupun di dunia karena hal tersebut merupakan sebuah tindakan yang mana dapat merugikan diri mereka sendiri sehingga berdasarkan fenomena tersebut para perawat harus siap menghadapi dan membantupara klien terhadap risiko bunuh diri serta memberikan sebuah motivasi untuk semangat hidup mereka di saat adanya tindakan-tindakan tersebut.

3.2 Pengertian Bunuh Diri

Risiko bunuh diri merupakan resiko yang menciderai diri mereka sendiri dengan mengancam kehidupan mereka hal tersebut terjadi karena mungkin kedaulatan mereka dalam terapi atau merupakan sebuah perilaku untuk mengakhiri hidup mereka di mana perilaku tindakan bunuh diri tersebut terjadi karena tingkat terjadinya tinggi serta berkepanjangan di mana individu tersebut gagal untuk melakukan mekanisme perasaan ataupun perasaan-perasaan marah sehingga bunuh diri tersebut menurut mereka merupakan sebuah tindakan yang dibenarkan.

Sebenarnya bunuh diri tersebut terjadi karena adanya sebuah tekanan yang datang melebihi batas kemampuan seseorang dalam mengendalikan tekanan dalam diri mereka baik emosi maupun rasa bersalah mereka sehingga dapat menyebabkan perubahan kondisi kesehatan jiwa mereka selain itu ada juga faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya bunuh diri seperti tekanan stres dan masalah kesehatan jiwa yang menciptakan rasa putus asa di mana hal tersebut terjadi karena sebuah depresi.

depresi sendiri merupakan sebuah kondisi di mana berkaitan pada masalah bunuh diri yang mana tidak terdiagnosis atau terobati sehingga depresi tersebut timbul seperti masalah kerjamasan atau penyalahgunaan zat-zat berbahaya yang tidak

ada penanganan secara aktif sehingga menimbulkan risiko tindakan bunuh diri di mana hal tersebut kebanyakan orang yang aktif menjaga kesehatan jiwa mereka namun belum mampu terus menjalani kehidupan mereka seiring dengan permasalahan dan juga coba yang datang menghantui mereka.

3.3 Faktor Penyebab Bunuh Diri

Ada beberapa faktor yang terjadi karena merupakan sifat-sifat dari tindakan bunuh diri tersebut dimana faktor tersebut merupakan gabungan dari berbagai faktor baik faktor biologis maupun faktor penyebab tunggal lainnya berikut adalah beberapa faktor penyebab bunuh diri :

1. Faktor biologis

Faktor biologis tersebut merupakan sebuah faktor dimana melibatkan tubuh manusia dalam berinteraksi dan bereaksi atas kondisi fisiologis baik biokimia maupun genetik hal tersebut terjadi karena adanya daya pikiran atau imajinasi serta halusinasi dari seseorang yang terjadi karena kecemasan berlebihan ataupun rasa marah dan ketakutannya berlebihan sehingga menyebabkan faktor-faktor biologi secara alam bawah sadar mempengaruhi seseorang untuk melakukan tindakan tersebut.

2. Faktor psikologis

Faktor psikologis tersebut merupakan sebuah faktor dimana saling berkaitan terhadap fokus pada kesadaran dan pikiran seseorang serta kondisi jiwa dan perasaan di mana rasa percaya diri mereka akan hilang karena adanya beberapa faktor sehingga menyebabkan mereka melakukan tindakan bunuh diri faktor psikologis tersebut merupakan hal utama yang berpengaruh terhadap tindakan bunuh diri tersebut sehingga faktor psikologislah yang harus segera

ditangani Apabila terjadi tindakan bunuh diri yang menyebabkan kerugian mereka sendiri di mana mereka memiliki rasa kecemasan dan kurangnya rasa percaya diri dalam diri mereka untuk mengatasi permasalahan yang ada yang sedang mereka diterima.

3. Faktor sosial

Faktor sosial merupakan sebuah faktor yang terkait dengan adanya lingkungan yang saling berinteraksi antara individu dengan kelompok serta menimbulkan sebuah hubungan sosial baik politik ekonomi maupun budaya yang saling mempengaruhi biasanya faktor sosial tersebut timbul dan merupakan sebuah penyebab bunuh diri karena adanya kesalahpahaman dan juga penerimaan seseorang dalam memahami interaksi antara individu satu dengan lainnya di dalam lingkungan sosial tersebut hal tersebut terjadi mungkin adanya salah satu kejadian atau permasalahan sehingga menyebabkan seseorang tersebut mengalami tindakan untuk melakukan bunuh diri yang merasa jiwa mereka terancam.

3.4 Faktor Resiko Bunuh Diri

Ada beberapa faktor risiko yang timbul karena adanya tindakan bunuh diri tersebut sehingga faktor-faktor tersebutlah yang memicu tindakan seseorang melakukan bunuh diri.

a. Gangguan mental

Gangguanmental merupakan sebuah penyakit kejiwaan yang mengganggu psikis seseorang sehingga seseorang tersebut bertindak secara berhalusinasi ataupun menyebabkan suatu tindakan karena faktor dari stres yang berlebihan serta turunan.

b. Penggunaan obat-obatan terlarang

penggunaan obat-obatan terlarang seperti narkoba ataupun penggunaan alkohol yang berlebihan menyebabkan seseorang berhalusinasi sehingga apabila seseorang tersebut berhalusinasi bisa menyebabkan seseorang tersebut memiliki sebuah ide atau perencanaan untuk bunuh diri serta percobaan perencanaan bunuh diri tersebut terjadi karena mereka menganggap dengan halusinasi tersebut mereka melakukan sebuah tindakan bunuh diri bisa menyebabkan jiwa mereka tenang dan tidak mengalami permasalahan nantinya.

c. Trauma

Trauma merupakan sebuah respon emosional terhadap tubuh seseorang dari suatu peristiwa yang mengerikan yang terjadi di masa terdahulu hal tersebut biasanya seperti kecelakaan atau pemerkosaan serta bencana alam sehingga respon terhadap peristiwa yang membahayakan fisik atau emosional tersebut akan muncul Setiap kejadian yang dia lihat dalam jangka panjang.

3.5 Ciri-ciri Orang berisiko Bunuh Diri

Ciri-ciri orang berisiko bunuh diri dapat dilihat dengan beberapa ciri sebagai berikut:

a) Tidak mempunyai harapan

Seseorang yang tidak mempunyai sebuah harapan tersebut biasanya kecenderungan memiliki sebuah perasaan negatif terhadap kondisi yang mereka jalani dan tidak mempunyai sebuah harapan lagi yang akan terjadi di masa mendatang.

b) Perasaan sedih dan moody yang ekstrem

Emangnya perasaan sedih atau mau dianya ekstrem tersebut seperti perubahan suasana hati membuat suasana

senang dan merasakan sedih yang mendalam pada esok harinya sehingga tindakan tersebut merupakan sebuah kesedihan dalam waktu yang cukup panjang yang bisa menimbulkan stres dan depresi.

c) Gangguan Tidur

biasanya jadi-jadi seseorang yang berkecenderungan atau beresiko untuk melakukan tindakan bunuh diri seperti gangguan tidur yang berkepanjangan mereka akan mengalami gangguan tidur yang berkepanjangan yaitu tidak bisa tidur setiap malam mereka hanya memikirkan tentang perasaan dan permasalahan yang sedang mereka hadapi sehingga bisa beresiko untuk melakukan tindakan bunuh diri.

d) Perubahan pada kepribadian dan perilaku

Perubahan tersebut biasanya cenderung terjadi seperti seseorang lebih cenderung melamun dan tidak banyak bicara maka yang lebih sedikit serta lebih tertarik terhadap hal-hal kematian atau kekerasan sehingga kondisi tersebutlah yang menyebabkan menjadi sebuah perhatian khusus yang harus segera di atasi.

e) Perasaan terisolasi

Perasaan terisolasi tersebut timbul karena tidak adanya interaksi antara keluarga atau teman terhadap beliau sehingga beliau lebih menarik diri untuk kehidupan sosial dan ingin sendiri sehingga hal tersebutlah yang memicu kehilangan ketertarikan pada hal yang disenangi terdahulu.

f) Perilaku menyakiti diri sendiri

biasanya jari-jari seseorang yang beresiko untuk melakukan tindakan bunuh diri tersebut melakukan sebuah perilaku yang menyakiti diri mereka sendiri seperti

meminum alkohol dengan kadar overdosis atau meminum obat-obatan terlarang yang menyebabkan gangguan pada organ vital mereka.

- g) Pikiran ingin mengakhiri hidup atau bunuh diri
pikiran tersebut biasanya muncul karena mereka terganggu atau merasa keamanan mereka mulai terganggu sehingga mereka memiliki sebuah pemikiran tersebut dengan kata seandainya mereka mati atau seandainya mereka tidak ada di dunia ini.

Selain itu ada juga sebuah ciri-ciri seseorang yang beresiko sangat tinggi terhadap bunuh diri hal tersebut terjadi karena beberapa faktor dan juga ciri-ciri seperti dibawah ini :

- 1) Sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya
- 2) Memiliki perasaan putus asa dan terisolasi dari kehidupan sosial
- 3) Mengalami peristiwa yang penuh dengan tekanan seperti kehilangan seseorang atau akibat masalah keuangan dan stres yang berlebihan
- 4) memiliki masalah terhadap penyalahgunaan obat-obatan terlarang seperti alkohol yang dapat memperburuk pikiran sehingga mereka berhalusinasi untuk melakukan tindakan bunuh diri.
- 5) Mengidap gangguan jiwa seperti depresi berat atau gangguan bipolar serta stress pasca trauma yang bisa menyebabkan seseorang melakukan tindakan bunuh diri nantinya.
- 6) memiliki riwayat keluarga dengan gangguan penyakit mental seperti penyalahgunaan zat atau bunuh diri dan kekerasan baik fisik maupun psikologis.
- 7) Memiliki penyakit medis yang sulit disembuhkan

- 8) Memiliki masalah orientasi terhadap seksual seperti key atau transgender sehingga di dalam keluarga dan lingkungan mereka tidak bisa bersahabat.

3.6 Cara Mengatasi Resiko Tindakan Bunuh Diri

Berikut beberapa cara untuk mengatasi risiko tindakan bunuh diri :

1. Psikoterapi

Tindakan terapi terhadap perilaku kognitif atau perilaku dialektis sehingga terapi mengenai permasalahan tersebut akan digunakan dengan cara mengendalikan perasaan seseorang yang ingin bunuh diri.

2. Penggunaan obat-obatan

Penggunaan obat-obatan ini seperti halnya dengan penggunaan obat-obatan anti depresi atau anti psikotik untuk meredakan gejala gangguan mental yang dialami oleh seseorang tersebut sehingga tidak menimbulkan tindakan bunuh diri.

3. Penanganan terhadap kecanduan

Penanganan terhadap kecanduan tersebut biasanya seperti penanganan terhadap kecanduan alkohol atau obat-obatan terlarang seperti napsu Hal tersebut dilakukan dengan cara detoksifikasi atau pengeluaran racun dalam tubuh serta rehabilitasi dan juga konseling secara berkelompok.

4. Dukungan dan bimbingan keluarga

Dukungan dan bimbingan keluarga tersebut sangat diperlukan untuk pasien yang mengalami permasalahan terhadap gangguan jiwa Karena untuk memahami situasi pasien tersebut dapat digunakan dengan sebuah dukungan

dan bimbingan dari keluarga terhadap permasalahan dari pasien.

5. Beristirahat dan tidur yang cukup

Seseorang penderita gangguan mental tersebut harus memiliki kondisi istirahat yang cukup dan tidur yang cukup karena Apabila seseorang tersebut memiliki istirahat yang kurang dari yang kurang maka penyakit gangguan mental tersebut akan mengalami halusinasi yang tinggi

6. Berolahraga secara rutin

Dengan berolahraga secara rutin seseorang tersebut akan menjadikan diri mereka lebih sehat dan kecenderungan lebih rendah terhadap gangguan mental

7. Menghindari konsumsi minuman beralkohol

8. Tidak menggunakan obat-obatan tanpa berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter.

DAFTAR PUSTAKA

- Mandasari, L., & Tobing, DL (2020). Tingkat depresi dengan ide bunuh diri pada remaja. *Jurnal Pembangunan Kesehatan Indonesia*, 2 (1), 1–7. Diambil dari <https://ijhd.upnvj.ac.id/index.php/ijhd/article/view/33>
- Aulia, N., Yulastri, Y., & Sasmita, H. (2019). Analisis Hubungan Faktor Risiko Bunuh Diri dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja. *Jurnal Keperawatan*, 11 (4), 307–314. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v11i4.534>
- Putri, KF, & Tobing, DL (2020). Tingkat Ketahanan dengan Ide Bunuh Diri Pada Remaja. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 10 (01), 1–6. <https://doi.org/10.33221/jiiki.v10i01.392>
- Purbaningsih, ES (2019). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DEPRESI DAN RESIKO BUNUH DIRI. *Jurnal Ilmiah Indonesia* , 4 (8), 60–68.

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN

ISOLASI SOSIAL

Oleh Aminuddin

4.1 Konsep Dasar Isolasi Sosial

1. Pengertian

Isolasi sosial merupakan gangguan hubungan dimana individu menghindari berkomunikasi dengan orang lain dan lingkungan sebagai mekanisme pertahanan terhadap sesuatu yang mengancam dirinya (Dalami, 2009).

Isolasi sosial adalah ketiadaan atau kurangnya kontak dan interaksi yang objektif antara seseorang dan jaringan sosial (Gardner I, Brooke E, Ozanne E, 1999)

Isolasi sosial berbeda dari "sendirian", yang mungkin melibatkan terpisah kehilangan diri yang positif karena pilihan (Jarvis et al., 2021).

Isolasi sosial internal diukur melalui tingkat kepuasan, rasa memiliki, kepercayaan dan self-efficacy (Jarvis et al., 2021). Isolasi sosial diukur dengan menggunakan social network index (Siegmund et al., 2021),

Isolasi sosial adalah kesepian, dan kualitas hidup (Sayin Kasar & Karaman, 2021) Isolasi sosial biasanya mengacu pada kesendirian yang tidak diinginkan dan

tidak sehat. Isolasi sosial adalah kurangnya hubungan sosial atau jarang nya kontak sosial (Alcaraz et al., 2019).

2. Penyebab isolasi sosial

a. Ketidakpercayaan

Ketidakpercayaan terhadap orang lain atau politisi karena pengalaman buruk dimasa lalu dapat menyebabkan isolasi sosial. Orang mungkin tidak lagi mau masuk ke dalam sistem sosial karena mereka tidak mempercayai siapa pun lagi. Misalnya, beberapa orang mungkin sangat marah dengan politisi karena mereka merasa tidak cukup didukung atau mungkin menderita masalah keuangan akibat keputusan politik di masa lalu. Selain itu, beberapa orang mungkin telah diabaikan oleh anggota keluarga atau teman dan karenanya tidak mempercayai semua orang di sekitar mereka sekarang.

b. Frustrasi

Penyebab lain dari isolasi sosial mungkin adalah frustrasi. Jika orang frustrasi dan tidak merasa bahwa mereka adalah anggota komunitas yang berharga, mereka mungkin mengasingkan diri karena merasa lebih baik tanpa kontak sosial. Orang mungkin juga tidak berdaya untuk membangun hubungan yang baru karena frustrasi karena mereka tidak melihat perspektif yang realistis untuk melakukannya.

c. Kurang percaya diri

Beberapa orang mungkin juga merasa tidak berharga dan tidak cukup menghargai diri mereka sendiri. Ini dapat diterjemahkan ke dalam tingkat kepercayaan diri yang rendah yang pada gilirannya dapat menyebabkan isolasi sosial. Orang-orang ini mungkin berpikir bahwa tidak ada yang mau berteman dengan mereka karena mereka menganggap mereka memiliki karakteristik atau

penampilan visual tertentu yang menjijikkan bagi orang lain.

d. Masalah mental

Masalah mental dapat menjadi penyebab signifikan isolasi sosial. Orang yang menderita kondisi kesehatan mental mungkin tidak dapat berpartisipasi dalam masyarakat kita karena mereka dapat mengembangkan skizofrenia atau penyakit lain yang menghalangi mereka untuk menjadi anggota masyarakat yang aktif. Bergantung pada tingkat keparahan masalah mental, orang mungkin juga memerlukan dukungan dari psikolog untuk mengurangi masalah ini yang pada gilirannya dapat menakuti orang lain untuk menghadapinya karena stigma sosial.

e. Masalah kesehatan fisik

Kondisi kesehatan fisik juga dapat mencegah orang untuk berpartisipasi aktif dalam masyarakat kita. Jika orang menderita sakit kronis atau masalah kesehatan lain yang membuat mereka sulit untuk berjalan atau melakukan tugas sehari-hari yang umum, juga akan sulit untuk bertemu orang baru dan terhubung dengan orang lain karena orang ini mungkin sering tidak dapat pergi dari rumah mereka.

f. Penyakit

Ada beberapa penyakit yang dapat menyebabkan isolasi sosial. Misalnya, jika orang menderita HIV, orang lain, terutama dalam hal mencari pasangan, kemungkinan besar akan menolak karena mereka juga takut tertular penyakit tersebut. Selain itu, beberapa orang masih belum menyadari bahwa HIV tidak dapat ditularkan melalui tindakan kehidupan sehari-hari dan karena itu

mungkin menahan diri untuk berteman dengan orang yang positif HIV.

g. Kelelahan

Beberapa orang mungkin juga bosan hidup dan hanya ingin tinggal sendirian di rumah mereka. Mereka mungkin merasa bahwa dunia tempat mereka tinggal saat ini tidak menawarkan banyak hal bagi mereka dan karena itu menahan diri untuk tidak menjadi anggota masyarakat yang aktif. Kelelahan juga dapat disebabkan oleh penyakit tertentu, yang jika tidak diobati, dapat menyebabkan masalah kesehatan mental dan fisik lebih lanjut di masa depan.

h. Kebakaran

Burnout dapat menjadi penyebab lain dari isolasi sosial. Dalam masyarakat kita saat ini, orang sering dibanjiri begitu banyak informasi sehingga otak mereka tidak dapat lagi memproses informasi ini. Kelebihan informasi ini dapat menyebabkan tingkat stres yang berlebihan, yang pada akhirnya dapat menyebabkan kelelahan. Jika orang kelelahan, mereka mungkin tidak mau lagi berpartisipasi dalam masyarakat karena mereka menderita masalah mental terkait kelelahan dan seringkali hanya ingin melepaskan diri dan tetap sendiri.

i. Bullying

Jika orang menjadi korban intimidasi ketika mereka masih kecil, orang-orang ini mungkin juga menderita isolasi sosial di tahap selanjutnya dalam hidup mereka karena mereka takut diintimidasi di masa depan. Mereka mungkin juga tidak mempercayai orang lain karena pengalaman masa lalu mereka yang buruk dan lebih suka menyendiri daripada terlibat dalam kegiatan sosial.

j. Tunawisma

Tunaswisma dapat menyebabkan seseorang menjadi terisolasi secara sosial karena banyak orang di masyarakat kita tidak mau berurusan dengan Seseorang lagi. Selain itu, seseorang mungkin merasa tidak berharga atau mengembangkan kebencian batin terhadap masyarakat, yang juga menghalangi Seseorang untuk terlibat dalam acara sosial. Selain itu, ketika Seseorang menderita tunawisma, Seseorang mungkin tidak punya uang dan prioritas Seseorang mungkin terletak pada hal yang berbeda daripada mencari teman.

k. Kemiskinan

Kemiskinan juga dapat menyebabkan pengucilan sosial. Misalnya, jika anak-anak dari keluarga miskin tidak dapat berpartisipasi dalam ekskursi sekolah karena kemiskinan, mereka mungkin diintimidasi di sekolah dan kehilangan beberapa teman karena hal itu. Selain itu, kemiskinan juga dapat menyebabkan eksklusi sosial dalam kehidupan dewasa. Jika Seseorang tidak punya uang untuk terlibat dalam klub olahraga atau acara tertentu, kemungkinan kecil Seseorang bertemu orang baru yang mungkin menjadi teman Seseorang di masa depan.

l. Kurang menghargai masyarakat

Beberapa orang sama sekali tidak menghormati masyarakat kita karena mereka tidak memiliki nilai yang sama. Misalnya, orang yang membenci perang dan berdemonstrasi untuk perdamaian mungkin tidak mau hidup dalam budaya yang mempromosikan perang setiap hari. Karenanya, orang-orang ini tidak akan menghormati masyarakat kita dan mungkin menahan diri untuk tidak membangun hubungan sosial karena itu.

m. Gaya hidup alternatif yang distigmatisasi

Meskipun masyarakat kita mengaku toleran dan terbuka terhadap segala hal, kenyataannya kelompok kecil masyarakat yang memiliki gaya hidup alternatif masih terstigmatisasi dan seringkali dikucilkan dari masyarakat kita. Dengan demikian, orang-orang ini dapat hidup dalam komunitas kecil mereka sendiri dan mungkin tidak memiliki terlalu banyak kontak sosial di luarnya. Orang-orang ini mungkin juga takut akan serangan dari orang-orang di luar komunitas mereka yang sama sekali tidak menghargai gaya hidup mereka dan karena itu menahan diri untuk tidak membangun koneksi tambahan.

n. Kehilangan anggota keluarga atau teman

Jika Seseorang kehilangan orang yang paling dekat, Seseorang mungkin tidak dapat mengatasi kehilangan ini secara emosional dan karena itu dapat menyebabkan depresi atau masalah mental lainnya yang dapat mencegah Seseorang membangun hubungan sosial. Seseorang juga dapat kehilangan koneksi yang ada karena Seseorang mungkin tidak dapat menangani kondisi mental Seseorang dan dengan demikian dapat mengisolasi diri Seseorang sendiri.

o. Pengangguran

Karena pekerjaan adalah bagian besar dari kehidupan banyak orang, banyak hubungan dan interaksi sosial dibuat di tempat kerja. Jadi, jika Seseorang menganggur, kemungkinan besar Seseorang menderita karena kurangnya hubungan sosial karena Seseorang tidak dapat terhubung dengan rekan kerja.

p. Penuaan

Saat Seseorang bertambah tua, kemungkinan isolasi sosial meningkat secara substansial karena beberapa teman Seseorang mungkin sudah meninggal. Selain itu, jika Seseorang bertambah tua, peluang Seseorang untuk masalah kesehatan mental atau fisik meningkat, yang dapat diterjemahkan dalam isolasi sosial karena Seseorang mungkin tidak dapat lagi bergabung dengan klub olahraga atau acara lain karena kondisi kesehatan saaseorang yang buruk (Courtin E, 2017)

3. Tanda dan gejala

Menurut Mukhrisah, 2014 dalam Murtiksari (2002), tanda dan gejala klien isolasi social, yaitu;

- a. Kurang spontan
- b. Apatis terhadap lingkungan
- c. Ekspresi wajah kurang
- d. Afek tumpul
- e. Tidak merawat diri
- f. Komunikasi verbal menurun
- g. Klien tidak bercakap-cakap dengan pasien lain dan perawat
- h. Menyendiri
- i. Memisahkan diri dengan pasien yang lain
- j. Retensi urine
- k. Aktivitas menurun
- l. Harga diri rendah
- m. Posisi janin pada saat tidur
- n. Menolak berkomunikasi dengan orang lain
- o. Memutuskan percakapan jika diajak bercakap-cakap (Retty Octi Syafrini, Budi Anna Keliat, 2015)

4. Batasan karakteristik isolasi social

Batasan karakteristik klien isolasi social menurut Nanda (2012), dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Subjektif

- 1) Menggambarkan perasaan kesendirian atau penolakan oleh orang lain.
- 2) Merasa tidak aman dilingkungan sekitarnya
- 3) Respon verbal terbatas dan singkat.
- 4) Hubungannya dengan orang lain tidak ada artinya.
- 5) Bosan dan enggan menghabiskan waktu.
- 6) Tidak fokus atau mengambil keputusan.
- 7) merasa tidak puas
- 8) Klien khawatir tentang kemampuannya untuk hidup.
- 9) Kecewa.

b. Objektif

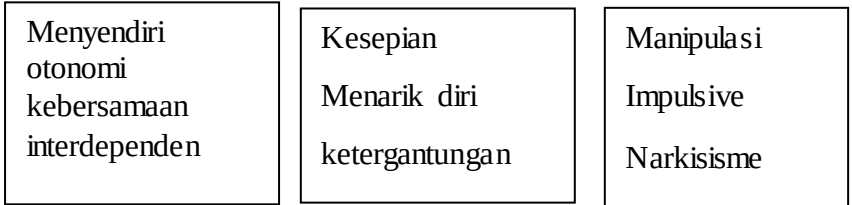
- 1) menyendiri dan menolak berbicara;
- 2) Mereka menolak untuk berpartisipasi dalam kegiatan.
- 3) Sangat pendiam di dalam ruangan;
- 4) Suka menyendiri dan menolak berkomunikasi dengan orang terdekatnya; dan
- 5) Murung.
- 6) Ekspresi yang dangkal dan datar
- 7) Ketidakmampuan untuk melakukan kontak mata
- 8) Kurangnya spontanitas
- 9) Kemalasan (acuh tak acuh)
- 10) Ekspresi wajah lebih pucat.
- 11) Mengabaikan kebersihan diri dan perawatan diri.
- 12) Adanya gangguan pada kebiasaan makan dan minum.
- 13) Retensi urin dan feses

- 14) Isolasi
- 15) Pengurangan aktivitas
- 16) Kekurangan energi;
- 17) Rasa rendah diri
- 18) Perubahan posisi tubuh, seperti tidur dengan posisi janin/janin (sambil tidur)
- 19) Merasa tidak berguna
- 20) Menolak untuk berkomunikasi dengan orang lain
- 21) Afek tumpul (Nanda, 2012)

5. Rentang respon hubungan social

Respon Adaptif

Respon Maladaptif



Sumber : Mukhrifa, 2014

Respon yang terjadi pada isolasi social

1. Respon adaptif

Respon yang masih dapat diterima oleh norma sosial dan budaya secara umum; dengan kata lain, individu tersebut masih dalam batas normal ketika menyelesaikan masalah. Berikut ini adalah sikap yang termasuk respons adaptif.

a. Solitude

Respon yang harus diperhatikan oleh seseorang terhadap apa yang terjadi dilingkungan sosialnya. Kesendirian biasanya dilakukan setelah melakukan aktivitas.

b. Otonomi

kewenangan individu untuk mengatur, mengkomunikasikan ide, pikiran, dan perasaan dalam situasi sosial.

c. Mutalisme

Suatu kondisi dalam hubungan interpersonal dimana individu dapat menerima dan memberi satu sama lain.

d. Interdependen

Merupakan kondisi saling ketergantungan antara individu dan orang lain dalam pengembangan hubungan interpersonal.

2. Respons maladaptif

Merupakan respon yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah yang kurang dapat diterima oleh norma-norma sosial dan budaya. Berikut ini adalah contoh respons maladaptif:

a. Kesepian

Individu yang merasa terisolasi dan terasing dari lingkungannya.

b. Menarik diri

Seseorang yang kesulitan membina hubungan terbuka dengan orang lain.

c. Ketergantungan

Ketika seseorang gagal mengembangkan kepercayaan diri, ini terjadi. Mungkin saja persoalan pengendalian orang lain dan individu

cenderung berorientasi pada diri sendiri atau berorientasi pada tujuan, bukan pada orang lain.

d. Manipulasi

Terganggunya hubungan sosial pada orang yang menganggap orang lain sebagai obyek. Individu tidak dapat membentuk hubungan sosial yang bermakna.

e. Impulsive

Ketidakmampuan untuk merencanakan, ketidakmampuan untuk belajar dari pengalaman sebelumnya, dan penilaian yang buruk.

f. Narkisisme

Harga diri yang rapuh, secara terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan pujian, memiliki sikap egosentris, pecemburu dan marah jika orang lain tidak mendukung.

(Pragholapati1 et al., 2022)

6. Data yang perlu dikaji

Masalah keperawatan	Data yang perlu dikaji
Isolasi social	Subjektif: a. Perasaan kesepian dan penolakan b. Ketidakamanan dalam hubungan c. Ketakutan dan kecemasan d. Minat, nilai, atau perilaku dipandang berbeda secara sosial atau budaya atau tidak dapat diterima e. Lebih suka menyendiri

Masalah keperawatan	Data yang perlu dikaji
	Objektif: a. Kurang spontan b. Apatis (tidak peduli dengan lingkungan) c. Ekspresi wajah kurang berseri d. Tidak mampu merawat diri dan tidak memperhatikan personal hygiene e. Tidak ada atau sedikit komunikasi verbal. f. Tidak atau kurang peka terhadap lingkungan sekitar. g. Konsumsi makanan dan minuman terganggu h. Tertahannya BAK dan BAB i. Kegiatan menurun j. Kurangnya energi atau semangat k. Inferioritas Perubahan posisi tubuh seperti sikap janin pada saat tidur

7. Cara mengatasi isolasi, menjaga kenormalan, dan mengoptimalkan kesehatan mental
- a. Mandi dan berpakaian di pagi hari
- Hal pertama yang pertama, banyak ahli kesehatan merekomendasikan untuk menjaga kebersihan dasar dan mengganti pakaian baru setiap hari. Strategi ini mungkin tampak sederhana, tetapi seringkali hal-hal sederhana membantu orang mempertahankan kenormalan selama masa ketidakpastian.

- b. Rapikan tempat tidur
Merapikan tempat tidur adalah strategi pertama untuk mendorong produktivitas sepanjang hari.
- c. Lakukan kegiatan rutinitas
Rutinitas memberikan struktur dan stabilitas pada hari itu. Rutinitas juga membantu orang membentuk kebiasaan sehari-hari.
- d. Dukungan masyarakat
Cara yang bagus untuk membantu mengoptimalkan kesehatan mental dan meningkatkan kemampuan mengatasi isolasi adalah dengan membantu orang lain.
- e. Pembatasan penggunaan media
Mengatasi isolasi harus mengurangi penggunaan media social seperti televisi, facebook dan lain-lain
- f. Menjalin komunikasi dengan teman dan keluarga
Pakar kesehatan merekomendasikan untuk tetap berkomunikasi dengan keluarga dan teman untuk meningkatkan kesehatan mental.
- g. Aktivitas fisik
Salah satu cara terbaik untuk meningkatkan kesehatan mental. Olahraga melepaskan bahan kimia yang membuat Anda merasa nyaman seperti endorfin dan serotonin yang meningkatkan suasana hati Anda dan mengurangi stres, kecemasan, dan depresi.
- h. Kelola kecemasan
Semakin banyak individu yang mengalami “kecemasan kesehatan” dalam isolasi. Kecemasan kesehatan adalah obsesi atau kekhawatiran irasional tentang memiliki kondisi kesehatan yang serius.

- i. Tetap sibuk
Jangan biarkan hari-hari berlari-larut. Cara terbaik untuk terus menghadapi isolasi adalah tetap sibuk. Buatlah daftar tugas Luangkan waktu setiap hari untuk mengerjakan sesuatu
- j. Konseling virtual
Cobalah Konseling Virtual dimana tersedia lebih banyak penyedia layanan kesehatan seperti ke telehealth dan perawatan virtual. Meskipun hidup dalam isolasi tanpa harus mengabaikan perawatan kesehatan sambil menghadapi isolasi, termasuk perawatan kesehatan mental.
- k. Jalan-jalan pagi
Cara yang bagus untuk terus mengatasi isolasi adalah dengan menghirup udara segar dan berjalan-jalan setiap hari. Hidup dalam isolasi secara alami meningkatkan risiko gaya hidup yang tidak banyak bergerak.
- l. Kelola kesepian
Salah satu perhatian utama seputar mengatasi isolasi adalah bagaimana menghadapi perasaan kesepian
- m. Batasi penggunaan smartphone, televisi
Menggunakan aplikasi jejaring sosial dan video game secara berlebihan, akan menghabiskan terlalu banyak waktu di layar sehingga dapat merusak kesehatan mental kita.
- n. Berdoa dan meditasi
Doa dan meditasi adalah metode yang terbukti untuk mendorong mengatasi keterasingan
- o. Seimbangkan pola pikir negatif
Overthinking dapat berdampak buruk bagi kesehatan mental. Menurut para ahli, manusia memikirkan

sekitar 12.000 hingga 60.000 pikiran per hari dan diperkirakan 80% dari pikiran tersebut adalah negatif.

- p. Luangkan waktu untuk melakukan Kreativitas
Zorana Ivcevic Pringle, seorang ilmuwan peneliti di Yale Center for Emotional Intelligence, menemukan bahwa orang yang terlibat dalam bentuk kreativitas sehari-hari terbukti lebih berpikiran terbuka, ingin tahu, gigih, positif, energik, dan secara intrinsik termotivasi oleh aktivitas mereka. Para peneliti juga mempelajari aktivitas kreatif tertentu seperti menulis ekspresif, dan menemukan bahwa aktivitas kreatif ini benar-benar dapat meningkatkan fungsi kekebalan tubuh dan membantu individu mengubah kesulitan menjadi pertumbuhan kreatif.
- q. Merangsang otak
Mengoptimalkan kesehatan otak sangat penting untuk mengoptimalkan kesehatan mental
- r. Makan Makanan Sehat dan Teratur
Mengatasi isolasi bisa sesederhana makan makanan sehat dan teratur. Diet sehat adalah salah satu pilihan gaya hidup yang paling penting untuk mengoptimalkan kesehatan mental
- s. Batasi Konsumsi Alkohol
WHO menyatakan bahwa alkohol diketahui meningkatkan gejala gangguan panik dan kecemasan, depresi dan gangguan mental lainnya, serta risiko kekerasan keluarga dan rumah tangga.
- t. Bersyukur
Syukur terbukti secara ilmiah dapat meningkatkan empati, meningkatkan harga diri, meningkatkan

kekuatan mental, serta meningkatkan kesehatan fisik dan psikologis.

u. Kurangi tekanan produktivitas

Hidup dalam isolasi berarti banyak orang memiliki lebih banyak waktu dalam sehari dengan pengurangan transportasi dan kewajiban tatap muka.

v. Mandi garam epsom

Garam epsom kaya akan magnesium dan mampu mengendurkan otot, mengurangi rasa sakit kronis, dan membuat tidur lebih lama dan lebih nyenyak.

w. Finansial

Salah satu penyebab stres terbesar bagi orang Amerika saat ini adalah kondisi kesehatan dan kesejahteraan finansial mereka. Stres finansial dapat berdampak buruk pada kesehatan mental secara keseluruhan. Cara terbaik untuk mengatasi masalah keuangan adalah membuat rencana keuangan dan meminta bantuan keuangan bila diperlukan.

x. Buatlah rencana untuk masa depan

Hidup dalam isolasi juga bisa datang dengan tingkat ketidakpastian tentang masa depan dan kecemasan seputar garis waktu. Strategi penting untuk mengatasi keterasingan adalah mengakui bahwa keterasingan tidak akan berlangsung selamanya dan keadaan akan berubah.

y. Hubungi hotline krisis kesehatan mental

Konseling krisis dan rujukan kesehatan mental yang dapat membantu mengatasi isolasi.

4.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan isolasi social
 - a. Tentukan keterbatasan fisik dan mental.

Kecacatan perkembangan seperti cerebral palsy atau kendala fisik seperti tetraplegia yang tidak membaik akan membatasi aktivitas dan interaksi yang dapat dilakukan pasien.
 - b. Kaji perasaan dan persepsi pasien.

Mengakui perasaan kesepian bisa memalukan. Perawat dapat menilai apakah pasien memiliki hobi atau minat dan apakah mereka memiliki teman untuk bersenang-senang atau jika mereka lebih suka menyendiri.
 - c. Kenali tanda-tanda isolasi karena harga diri rendah.

Pasien dengan cacat seperti kehilangan anggota badan atau luka bakar atau kelainan lain seperti kesulitan berbicara mungkin memiliki harga diri yang rendah dan mungkin merasa malu untuk mencoba bersosialisasi.
 - d. Menilai hambatan sumber daya.

Kurangnya peralatan atau transportasi adaptif dapat membuat sosialisasi menjadi sulit.
 - e. Catat perilaku sosial yang tidak biasa atau isyarat sosial yang hilang.

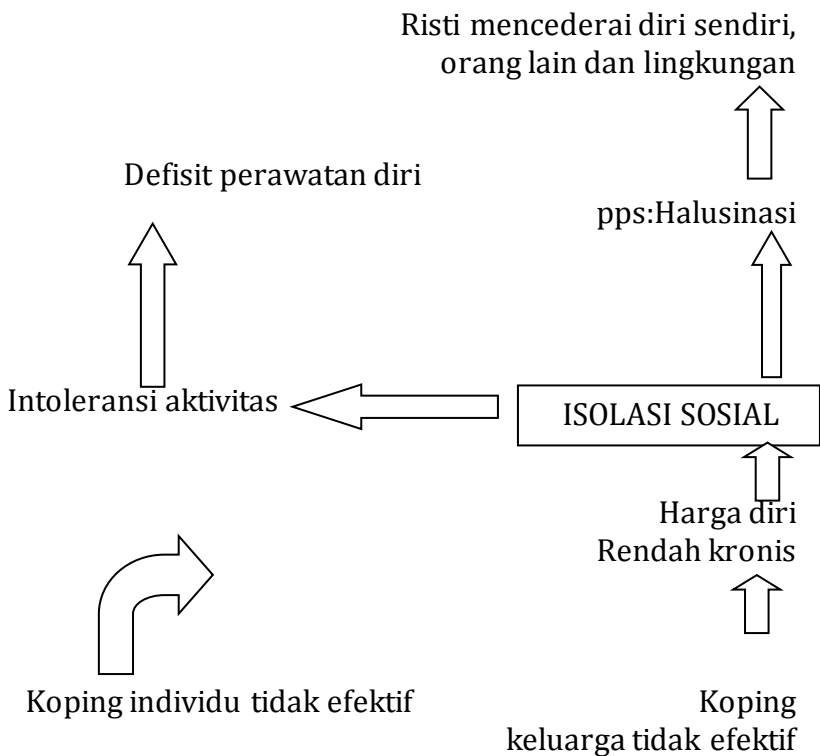
Perawat dapat mengamati komunikasi yang tidak konsisten, kurangnya pemahaman humor atau sarkasme, atau tidak suka disentuh sebagai hambatan sosialisasi yang memadai.
 - f. Identifikasi hubungan yang tegang atau sistem pendukung yang hilang.

Pasien sering membocorkan informasi tentang pasangan atau anak yang terasing, tinggal jauh dari keluarga, atau kesulitan dalam hubungan pribadi. Dengarkan baik-baik pernyataan-pernyataan ini karena mungkin merupakan cara pasien ingin

mendiskusikan perasaan kesepian atau pengabaian (CDC, 2021)

2. Masalah keperawatan yang mungkin muncul
 - a. Isolasi sosial
 - b. Harga diri rendah kronis
 - c. Perubahan persepsi sensorik:alusi nasi
 - d. Koping individu tidak efektif
 - e. Koping keluarga tidak efektif
 - f. Intoleransi aktivitas
 - g. Defisit perawatan diri
 - h. Resiko tinggi mencederai diri,orang lain,dan lingkungan

3. Pohon masalah



4. Intervensi keperawatan isolasi sosial

- a. Tawarkan diri Anda sebagai pendengar yang tidak menghakimi.

Pasien yang mungkin merasa terisolasi karena penolakan atau perasaan tidak memiliki mungkin merasa tidak aman untuk membuka diri. Mereka mungkin menanggapi dengan permusuhan atau jawaban singkat sebagai mekanisme pertahanan. Membangun hubungan terapeutik mempromosikan kepercayaan dan ruang yang aman bagi pasien untuk mendiskusikan hal-hal sensitif.

- b. Memanfaatkan dukungan multidisiplin untuk bantuan keterampilan sosial.

Mereka dengan autisme dapat mengambil manfaat dari terapis perilaku untuk membantu mengajarkan keterampilan sosial dan komunikasi. Mereka yang gagap dapat bekerja dengan terapis wicara. Gangguan fisik dan motorik dapat memperoleh manfaat dari perawatan PT dan OT.

- c. Dorong kelompok pendukung.

Pasien mungkin merasa terisolasi karena kondisi kesehatan kronis seperti kolostomi, nyeri, atau penyakit autoimun. Berbicara dengan orang lain yang menghadapi tantangan yang sama dapat membuat pasien merasa tidak terlalu sendirian.

- d. Gunakan teknologi.

Sosialisasi tidak hanya untuk interaksi tatap muka. Semua pasien dapat memperoleh manfaat dari forum online, grup obrolan, dan aplikasi komunikasi, serta panggilan telepon untuk membina hubungan.

- e. Rujuk ke terapi untuk masalah yang lebih dalam.

Pasien yang telah mengalami kehilangan yang mendalam seperti orang dewasa yang kehilangan pasangannya atau situasi lain di mana kesedihan terlihat jelas mungkin memerlukan konseling untuk mengatasi kehilangan mereka dan mencegah isolasi lebih lanjut. Kecemasan sosial dan pengalaman traumatis mungkin perlu diselidiki lebih dalam oleh profesional kesehatan mental yang terlatih.

- f. Tawarkan peralatan dan sumber daya untuk meningkatkan isolasi.

Jika isolasi terkait dengan kurangnya transportasi, tawarkan opsi transportasi gratis atau berbiaya rendah. Jika pasien tinggal di rumah, hubungi agen yang dapat menyediakan sukarelawan untuk pendampingan. Jika pasien merasa terisolasi karena inkontinensia atau gangguan fisik lainnya, tawarkan perlengkapan atau peralatan seperti kursi roda untuk meningkatkan kepercayaan diri.

- g. Merekomendasikan pusat atau fasilitas penitipan anak dewasa.

Perawat dapat meneliti pusat di area pasien yang menawarkan aktivitas untuk orang dewasa yang lebih tua. Ini juga dapat mencakup gym lokal yang menawarkan kelas olahraga atau perpustakaan yang menawarkan klub kerajinan atau buku.

- h. Dorong kerelawanan.

Cara yang bagus untuk mengekang kesepian adalah dengan membantu orang lain. Ini juga bisa menjadi cara tekanan rendah bagi seseorang yang merasa tidak aman untuk berinteraksi dengan orang lain. Contoh menjadi sukarelawan di penampungan hewan, membantu membersihkan di taman atau

pantai setempat, atau membantu menyiapkan acara lokal.

i. Tawarkan perspektif luar.

Pasien mungkin tidak menyadari perilaku negatif atau tidak pantas yang mereka tunjukkan. Perawat dapat memberikan saran tanpa terdengar kasar seperti meminta pasien untuk tidak menggunakan bahasa kotor atau berbicara tentang topik yang lebih ceria dan lebih sedikit tentang masalah kontroversial.

j. Gagasan untuk pasien introvert.

Bahkan pasien yang lebih suka menyendiri berisiko diisolasi. Cukup berjalan di sekitar lingkungan atau taman terdekat atau menikmati makan siang di kafe memungkinkan mereka berada di dekat orang lain tanpa tekanan untuk berinteraksi. Ini bisa menjadi jumlah sosialisasi yang sempurna untuk seorang introvert tetapi juga menawarkan kesempatan untuk bertemu orang lain.

(Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, 2008)

DAFTAR PUSTAKA

- Alcaraz, K. I., Eddens, K. S., Blase, J. L., Diver, W. R., Patel, A. V., Teras, L. R., Stevens, V. L., Jacobs, E. J., & Gapstur, S. M. (2019). Social Isolation and Mortality in US Black and White Men and Women. *American Journal of Epidemiology*, 188(1), 102–109. <https://doi.org/10.1093/aje/kwy231>
- CDC. (2021). *Loneliness and Social Isolation Linked to Serious Health Conditions*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Courtin E, K. M. (2017). *Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review*. 25 (3): 79.
- Dalami, D. (2009). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Jiwa* (Trans Info).
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2008). *Nurse's Pocket Guide Diagnoses, Prioritized Interventions, and Rationales* (F. A. Davis Company. (ed.)).
- Gardner I, Brooke E, Ozanne E, et al. (1999). *Improving social networks, a research report: Improving health and social isolation in the Australian veteran community*.
- Jarvis, M. A., Ramlall, S., & Chipps, J. (2021). A profile of social isolation and the influence of demographics in older persons living in residential care, Durban, South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 14(2021), 100271. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100271>
- Nanda. (2012). *Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014* (Buku Kedok). EGC.
- Pragholapati1, A., Muliani2, R., & Naricho Yudha Wiratama. (2022). DESCRIPTION OF SOCIALIZATION ABILITY IN ISOLATION PATIENTS. *JOSING: Journal of Nursing and Health, Volume 2*,.
- Retty Octi Syafrini, Budi Anna Keliat, Y. S. E. P. (2015). The Effectiveness of Nursing Care: Social Isolation Implementation in Mental PMHNPM to Patient's Capability. *Jurnal Ners*, 10 Nomor 1.

- Sayin Kasar, K., & Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 42(5), 1222–1229. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.03.010>
- Siegmund, L. A., Distelhorst, K. S., Bena, J. F., & Morrison, S. L. (2021). Relationships between physical activity, social isolation, and depression among older adults during COVID-19: A path analysis. *Geriatric Nursing*, 42(5), 1240–1244. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.08.012>

BAB 5

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN HALUSINASI

Oleh Sumarmi

5.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah pengalaman persepsi yang tidak sesuai dengan realitas eksternal. Halusinasi dapat terjadi dalam bentuk pendengaran, penglihatan, penciuman, rasa, atau perasaan fisik. Halusinasi juga dapat terjadi dalam bentuk pikiran atau perasaan. Halusinasi sering dijumpai pada pasien skizofrenia atau penyakit jiwa lainnya, tetapi juga dapat terjadi pada individu yang sehat dalam kondisi tertentu, seperti saat mengonsumsi obat-obatan atau saat mengalami stres yang ekstrem.

5.2 Jenis Halusinasi

Menurut Trimeilia (2011) jenis-jenis halusinasi adalah sebagai berikut :

5.2.1 Halusinasi pendengaran (*auditory*)

Pengalaman persepsi suara yang tidak ada dalam lingkungan eksternal. Ini bisa terjadi berupa mendengar suara-suara yang berteriak, berbicara, mengejek, tertawa, mengancam, memerintahkan sesuatu untuk dilakukan terkadang hal-hal yang berbahaya, bahkan mengeluarkan suara-suara aneh. Halusinasi pendengaran ini sering terjadi pada individu dengan gangguan jiwa seperti skizofrenia, tetapi juga dapat terjadi pada individu

yang sehat dalam situasi tertentu seperti setelah mengkonsumsi obat-obatan tertentu atau saat mengalami stres atau peningkatan suhu tubuh yang tinggi (demam)

Perilaku yang sering diperlihatkan oleh individu yang mengalami halusinasi tersebut antara lain mengarahkan telinga ke sumber suara, berbicara sendiri atau tertawa, marah tanpa sebab, menutup telinga, mendengus, gerakan tangan. Pada beberapa kasus halusinasi pendengaran dapat menyebabkan ketegangan dan kecemasan yang signifikan.

5.2.2 Halusinasi visual (*visual*).

Rangsangan atau pengalaman visual yang tidak sesuai dengan realita nyata. Ini bisa berupa melihat kilatan cahaya, gambar, orang, panorama yang besar dan kompleks atau warna yang tidak ada dalam lingkungan sekitarnya serta dapat menghibur atau menakutkan. Perilaku yang muncul pada individu yang mengalami halusinasi visual ini berupa mata terpaku pada tempat tertentu, menunjuk ke arah tertentu, dan takut pada objek yang dilihat. Halusinasi visual bisa sangat menakutkan dan mengganggu bagi individu yang mengalaminya. Dalam beberapa kasus, halusinasi visual dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk menjalani aktivitas sehari-hari dan mempengaruhi kualitas hidup mereka.

5.2.3 Halusinasi pengecapan (*gustatory*).

Pengalaman persepsi rasa yang tidak nyata berupa rasa yang menyenangkan, mengecap rasa busuk, amis, dan menjijikkan, seperti darah, urin, atau feses bahkan rasa yang sangat kuat. Individu yang mengalami halusinasi pengecapan ini dapat menunjukkan perilaku seperti mengecap, suka mengunyah sesuatu di mulut, sering meludah, dan muntah.

5.2.4 Halusinasi penciuman

Pengalaman persepsi bau yang tidak ada dalam lingkungan eksternal. Ini bisa berupa bau yang menyenangkan, tidak menyenangkan, atau bahkan bau yang sangat kuat.

5.2.5 Halusinasi taktil (taktil)

Rasa sakit atau ketidaknyamanan tanpa rangsangan yang terlihat, seperti sengatan listrik dari tanah, benda mati, merasa ada seseorang yang meraba atau menyentuh tubuh, seperti tangan, binatang kecil, dan makhluk halus. Perilaku yang muncul adalah menggosok, mencakar, atau menyentuh permukaan kulit, melihat tubuh bergerak, seolah-olah merasakan sesuatu yang disentuh.

5.2.6 Halusinasi sinestesia

Merasakan fungsi tubuh, seperti aliran darah melalui vena dan arteri, mencerna makanan atau membentuk urin, merasakan tubuhnya melayang di atas permukaan bumi. Perilaku yang muncul adalah klien memandangi tubuhnya dan seolah-olah merasa ada yang tidak beres dengan tubuhnya.

5.3 Tanda Dan Gejala Halusinasi

Individu yang mengalami halusinasi akan menunjukkan tanda dan gejala sebagai berikut:

Data Subyektif:

1. Berbicara, tersenyum dan tertawa sendiri.
2. Mengatakan mendengar suara, melihat bayangan, merasakan bau yang tidak ada.
3. Merusak diri, orang lain, lingkungan.
4. Tidak dapat membedakan antara persepsi nyata dan tidak nyata.

5. Tidak dapat berkonsentrasi
6. Bicara kacau kadang tidak masuk akal
7. Sikap curiga dan bermusuhan
8. Menarik diri, menghindari orang lain
9. Sulit mengambil keputusan
10. Emosi dan perilaku yang tidak biasa : ketakutan, marah atau kebingungan.

Data Obyektif:

1. Mengarahkan telinga atau pandangan ke arah tertentu
2. Bicara atau tertawa sendiri
3. Marah marah tanpa sebab
4. Menutup telinga mulut komat kamit
5. Ada gerakan tangan
6. Klien tampak ketakutan
7. sering menyendiri
8. Klien tampak mondar-mandir.

5.4 Etiologi Halusinasi

5.4.1 Faktor Predisposisi

Menurut Yosep (2011) faktor predisposisi klien dengan halusinasi sebagai berikut:

1. Faktor perkembangan

Saat tahap perkembangan pasien ada yang tidak tercapai atau terganggu dapat menjadi salah satu faktor predisposisi, misalnya pola asuh dan kehangatan keluarga yang rendah, mengakibatkan individu kehilangan rasa percaya diri, tidak mampu mandiri sejak dini, mudah depresi, dan lebih mudah terkena stres.

2. Faktor sosial budaya

Individu yang pada saat perkembangan anak mengalami penolakan dari lingkungannya, mengalami

kegagalan dalam hubungan sosial akan membekas dalam ingatannya sampai mereka dewasa dan akan selalu merasa di asingkan, di singkirkan sehingga individu tersebut tidak akan percaya dengan lingkungannya.

3. Faktor biologis

Gangguan jiwa juga bisa disebabkan karena faktor biologis. Beberapa faktor biologis yang dapat mempengaruhi gangguan jiwa meliputi:

Genetik: Faktor genetik dapat mempengaruhi risiko seseorang terkena gangguan kesehatan mental seperti skizofrenia, bipolar, depresi, dan kecemasan. Sebuah studi menunjukkan bahwa faktor genetik dapat berperan dalam sekitar 50-80% kasus gangguan kesehatan mental.

Keseimbangan kimia otak: Keseimbangan kimia otak yang tidak seimbang, seperti kadar dopamin atau serotonin yang tidak normal, dapat mempengaruhi fungsi kognitif dan emosional dan meningkatkan risiko terjadinya gangguan kesehatan mental

Gangguan pada sistem saraf pusat: Gangguan pada sistem saraf pusat, seperti tumor otak, cedera kepala, epilepsi, dan infeksi pada otak, dapat menyebabkan gangguan kesehatan mental seperti halusinasi, kecemasan, dan depresi.

Pengaruh hormonal: Perubahan hormon yang terjadi pada wanita selama masa menstruasi, kehamilan, dan menopause dapat mempengaruhi kesehatan mental dan meningkatkan risiko terjadinya gangguan kesehatan mental.

Pengaruh zat-zat tertentu: Penggunaan zat-zat tertentu seperti narkoba, alkohol, dan obat-obatan tertentu dapat mempengaruhi kesehatan mental dan meningkatkan risiko terjadinya gangguan kesehatan mental.

Gangguan tidur: Kurang tidur atau gangguan tidur lainnya dapat mempengaruhi kesehatan mental dan meningkatkan risiko terjadinya gangguan kesehatan mental seperti depresi dan kecemasan.

Kesehatan fisik secara umum: Kesehatan fisik secara umum dapat mempengaruhi kesehatan mental. Gangguan kesehatan fisik seperti penyakit jantung, diabetes, dan obesitas dapat meningkatkan risiko terjadinya gangguan kesehatan mental.

4. Psikologi

Individu yang mengalami kegagalan berulang dan memiliki tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab menyebabkan individu dapat dengan mudah terjerumus dalam penyalahgunaan zat adiktif. Individu yang sudah ketergantungan zat adiktif ini akan mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan yang baik untuk masa depan. Individu akan lari dari dunia nyata ke dunia penuh fantasi dan lebih menyukai kesenangan sesaat.

5.4.2 faktor Presipitasi

Penyebab halusinasi dapat di lihat dari lima dimensi menurut (Yosep, 2011)

1. Dimensi fisik

Halusinasi dapat disebabkan oleh berbagai kondisi fisik, seperti kelelahan yang ekstrim, penggunaan obat-obatan, demam hingga kebingungan, keracunan alkohol, dan kesulitan tidur dalam waktu yang lama.

2. Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan berdasarkan masalah yang tidak dapat diatasi adalah penyebab halusinasi. Isi halusinasi bisa kompulsif dan menakutkan. Klien tidak lagi

dapat menolak pesanan, jadi dalam hal ini, klien melakukan sesuatu tentang ketakutan ini.

3. Dimensi intelektual

Dalam dimensi intelektual ini, itu merangsang orang itu berhalusinasi akan menunjukkan pengurangan fungsi ego. Pada awalnya, halusinasi adalah upaya ego untuk menangkal dorongan yang menekan, akan tetapi sesuatu yang membangkitkan kesadaran, merebut semua perhatian klien, dan seringkali mengendalikan semua perilaku klien.

4. Dimensi sosial

Klien percaya bahwa bersosialisasi di dunia nyata sangat berbahaya, dan klien asyik dengan halusinasinya. Seolah-olah dia adalah tempat di mana kebutuhan sosialitas, kontrol diri, dan harga diri dapat terpenuhi yang tidak ditemukan di dunia nyata. Sehingga individu tersebut menjadikan Isi dari halusinasi sebagai sistem kontrol, jadi jika sistem halusinasi adalah ancaman, dia atau orang lain. Oleh karena itu, intervensi keperawatan pada klien dengan cara mencari proses interaktif untuk menciptakan pengalaman interpersonal yang memuaskan, dan Juga agar jangan membiarkan individu sendirian agar selalu ada interaksi dengan lingkungan secara tidak langsung menghindari/mencegah halusinasi muncul.

5. Aspek spiritual

Klien mulai dengan kemampuan dalam menghadapi kehidupan, rutinitas bermakna, kehilangan aktifitas ibadah, sedikit upaya untuk membersihkan diri secara spiritual. Dia sering mengutuk nasibnya, tetapi tidak dapat mengambil hikmah dan mencari rizki, menyalahkan lingkungan dan orang lain atas nasib buruknya.

5.5 Penilaian terhadap stressor

Kognitif: Ketidakmampuan untuk berpikir logis, ucapan tidak koheren, disorientasi, gangguan memori jangka pendek dan jangka panjang sulit berkonsentrasi, bingung, tidak kompeten dalam pengambilan keputusan, pikiran terbang, hambatan bicara, dan perubahan isi pikiran

Afektif : reaksi anxietas nonspesifik, umum, Kebahagiaan yang berlebihan, kesedihan dan ketakutan yang berlebihan, keraguan yang berlebihan dan sikap defensif yang sensitif

Fisiologis: Pusing, kelelahan, kelelahan, detak jantung meningkat, keringat dingin, gangguan tidur, kemerahan/ketegangan, peningkatan laju pernapasan, neurotransmitter dopamin dan ketidakseimbangan serotonin.

Perilaku: bertingkah aneh berdasarkan halusinasi, berbicara sendiri, berbicara sendiri, kurang kesadaran diri, kurang kontrol diri, penampilan tidak pantas, perilaku berulang, menjadi agresif, mudah tersinggung, negatif, tidak lengkap, gugup Gerakan seksual, kekakuan, ekstrapiramidal gangguan, gerakan mata dendeng, grimacing, tersentak, bergumam, gerakan bibir tanpa mengeluarkan suara.

Kemasyarakatan: Ketidakmampuan untuk berkomunikasi, ketidakpedulian terhadap lingkungan, penurunan kemampuan bersosialisasi, paranoia, kebersihan pribadi yang buruk, kesulitan bersosialisasi, tidak tertarik pada kegiatan rekreasi, penyimpangan seksual, dan penarikan diri.

5.6 Rentang Respon

Tabel 5.1. Rentang respons neurologi
respon adaptif

Respon Maladaptif



• Pikiran logis • Persepsi akurat • Emosi konsisten • Perilaku social • Hubungan sosial	• Pikiran terkadang menyimpang • Ilusi • Emosional berlebihan/dengan pengalaman kurang • Perilaku ganjil • Menarik diri	• Kelainan pikiran • Halusinasi • Tidak mampu mengatur emosi • Ketidakteraturan • Isolasi sosial
---	---	--

5.7 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah strategi atau cara-cara yang digunakan oleh individu untuk mengatasi stress dan masalah dalam kehidupan individu tersebut. Mekanisme koping dapat membantu individu mengurangi tekanan emosional dan fisik yang terkait dengan stress atau gangguan jiwa lainnya serta membantu mereka untuk tetap mempertahankan kesejahteraan psikologis dan fisik

Mekanisme koping yang dapat digunakan oleh individu yang mengalami halusinasi antara lain:

Konfrontasi: Individu yang mengalami halusinasi dapat mencoba untuk menghadapi dan mengatasi pengalaman tersebut dengan berbicara atau berinteraksi dengan halusinasi tersebut secara langsung.

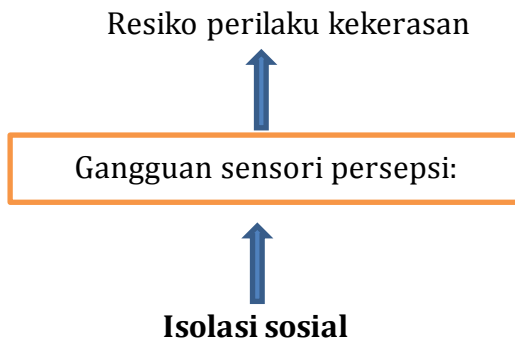
Pengalihan **perhatian**: Individu dapat mencoba untuk memusatkan perhatian mereka pada hal-hal yang positif atau menarik perhatian mereka dari pengalaman halusinasi dengan melakukan kegiatan yang disukai.

Relaksasi: Melakukan teknik relaksasi seperti meditasi atau pernapasan dalam-dalam dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan yang dapat memicu atau memperburuk gejala halusinasi.

Terapi: Terapi dapat membantu individu mengembangkan keterampilan untuk mengatasi gejala halusinasi dan memperbaiki kualitas hidup mereka. Terapi dapat mencakup terapi perilaku kognitif, terapi psikodinamik, dan terapi keluarga.

Obat-obatan: Obat-obatan antipsikotik dapat membantu mengurangi gejala halusinasi pada individu dengan gangguan psikotik.

5.8 Pohon Masalah/ Diagnosa Keperawatan



5.9 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi
2. Isolasi sosial
3. Resiko perilaku kekerasan

DAFTAR PUSTAKA

- Iyus, Yosep. 2011. *Keperawatan Jiwa*, Edisi 4. Jakarta : Refika Aditama
- Keliat, Budi Ana. 2014. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC
- Trimeilia. 2011. *Asuhan Keperawatan Klien Halusinasi*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media

BAB 6

KONSEP RECOVERY DAN SUPPORTIVE ENVIRONMENT DALAM PERAWATAN KLIEN GANGGUAN JIWA

Oleh Taty Hernawaty

6.1 Pendahuluan

Hasil riset menunjukkan bahwa masalah gangguan jiwa yang paling serius adalah skizofrenia (Suryani, Welch, & Cox,(2013). Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck,(2020). Bahkan menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi gangguan jiwa di Indonesia mencapai 6,7 per mil (Kemenkes RI,(2018). Dengan demikian, klien dengan gangguan jiwa perlu perhatian yang serius pula.

Klien gangguan jiwa memiliki kesempatan untuk pulih, menjadi sehat, dan produktif kembali. Namun pada masyarakat masih melekat anggapan bahwa Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) tidak mampu apa-apa, tidak berguna, menjadi beban, bahkan tidak akan sembuh. Padahal mereka bisa bangkit dan tumbuh menjadi pribadi yang lebih baik. Pada Pasal 1 angka 3 sudah dijelaskan bahwa ODGJ mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (Kemenkumham,(2014).

Seorang Guru Besar Bidang Ilmu Keperawatan Jiwa Universitas Padjadjaran, Prof. Suryani, menjelaskan bahwa penanganan gangguan jiwa di Indonesia masih mengandalkan obat sebagai terapi utama padahal penyebabnya multikompleks sehingga sudah saatnya untuk berfokus pada *community mental health*. Oleh karena itu, *recovery* menjadi hal penting bagi klien gangguan jiwa. Adanya *hope*, kepercayaan diri, dan keyakinan bisa sembuhlah yang menjadi pondasi *survivor* atau penyintas gangguan jiwa menjadi pribadi yang lebih baik.

6.2 Konsep Recovery

Recovery dapat diartikan sebagai proses pengembalian keadaan dari yang tidak baik menjadi lebih baik, dari yang sebelumnya tidak sehat menjadi sehat, kembali ke keadaan atau kondisi yang lebih baik. Menurut Stuart (2013), *recovery* didefinisikan sebagai proses ketika orang mampu hidup, bekerja, belajar dan berpartisipasi secara penuh di masyarakat. Ada juga yang membuat definisi *recovery* yang mencakup empat hal, yaitu: pemenuhan dan pertahanan harapan, pembangunan identitas yang positif, penemuan arti hidup dan pengambilan tanggung jawab terhadap kehidupan orang lain (Buckland, Schepp, & Crusoe, (2013).

Pada konteks keperawatan jiwa, *recovery* ditujukan pada pemulihan di luar efek gangguan jiwa (Davidson & White, (2007). Oleh karena itu, *survivor* yang berada dalam proses *recovery* akan memperlihatkan bahwa dirinya memiliki keinginan untuk memperbaiki diri agar kehidupannya di masa mendatang lebih baik sesuai dengan apa yang mereka definisikan.

6.2.1 Peran Perawat

Recovery pada *survivor* gangguan jiwa merupakan perpaduan dari pelayanan sosial, edukasi, okupasi, perilaku dan kognitif, yang bertujuan pada pemulihan jangka panjang dan memaksimalkan kecukupan diri (Stuart,(2013). Oleh karena itu, seorang perawat harus berusaha menjalankan perannya. Seyogyanya perawat membantu *survivor* menjalani proses *recovery*-nya melalui kerja sama dengan tim dari disiplin lain, diantaranya psikiater, psikolog, pekerja sosial, konselor, terapis okupasi. Perawat melakukan intervensi berdasarkan kompetensinya dan menjadikan *survivor* sebagai pusat terapi (*Client Centered Care*).

6.2.2 Karakteristik *Recovery*

Mizock and Carr (2021) menjabarkan komponen fundamental *recovery*, meliputi:

1. *Experiencing Support from Others*

Adanya dukungan dari orang lain memberikan nilai yang luar biasa. Dukungan dapat berasal dari keluarga atau komunitas. Dukungan selain dari keluarga bisa berasal dari guru spiritual, mentor, rekan kerja, atau manajer. Alasannya karena *recovery* bukan suatu proses yang dapat dilakukan sendiri, perlu adanya perasaan menjadi bagian dari komunitas. Stigma dan marginalisasi menjadi bagian dari kehidupan *survivor*. Kondisi ini jika terjadi tanpa dukungan maka akan melemahkan diri klien.

2. *Renewal of Hope and Commitment*

Perlu adanya pembaharuan harapan dan komitmen. Harapan adalah hal mendasar dari *recovery*. Harapan dapat memperbaharui motivasi dan keinginan seseorang dan ini sangat berkontribusi pada proses *recovery*. Pada berbagai penelitian yang menjadi sumber penulisan buku karya

Mizock & Carr (2021) tentang perempuan dengan gangguan jiwa disimpulkan bahwa harapan berkorelasi kuat dengan kesejahteraan, kualitas hidup, spiritualitas, ketahanan, harga diri, kepercayaan diri, transendensi diri, dan kepuasan hidup global subjektif.

3. *Meaningful Activities or Valued Social Roles*

Keterlibatan dalam kegiatan yang positif atau memiliki nilai peran sosial menjadi hal penting juga dalam proses *recovery*. Peran sosial fungsional yang dapat dimainkan diantaranya sebagai karyawan, pelajar, atau teman.

4. *Redefinition of Self*

Hal ini berkaitan dengan bagaimana cara *survivor* melihat diri sendiri sebagai individu penuh kekuatan, aspirasi, kemampuan, tanggung jawab, dan hak menjalani kehidupan sesuai keinginannya.

5. *Management of Symptoms*

Tujuan utama tidak hanya pada *recovery* gejala namun juga pada kapasitas individu untuk mengelola gejala. Sebuah hasil riset memperlihatkan pentingnya mengambil tanggung jawab untuk melakukan berbagai hal yang membantu mengelola gejala, seperti minum obat, terlibat dalam pengobatan, menghadiri pertemuan program, dan menghindari isolasi sosial (Manuel dkk,(2012).

6. *Empowerment and Engagement in Full Rights of Citizenship*

Banyak *survivor* tinggal di komunitas sehingga diharapkan dapat fokus dan memaksimalkan potensinya melalui pemberdayaan diri di masyarakat. Alasannya adalah proses dan praktik sosial terbukti berkontribusi pada pengalaman yang menekan *survivor*. Peran penting kesehatan mental dan layanan sosial adalah mendukung orang untuk mendapatkan kembali tempatnya di komunitas, mengambil bagian dalam kegiatan positif, dan

memanfaatkan peluang untuk tumbuh bersama dengan orang lain (Rapp, Pettus, & Goscha, 2006; Jacob,(2015).

7. *Assuming Control and Agency*

Penting bagi *survivor* untuk mampu mengendalikan kehidupannya. Sebagai contoh, para wanita di dalam riset Manuel dkk (2012) menekankan pentingnya memiliki otonomi dan agensi dalam kaitannya dengan dukungan dari orang lain dan khususnya dari dukungan pengobatan.

8. *Acknowledgment and Understanding of Illness and Self-Direction*

Proses *recovery* menekankan pada konsep bahwa perlu adanya kesadaran untuk mengakui dan menerima keterbatasan yang dirasakan. *Survivor* perlu menyadari menerima kondisi diri yang alami gangguan jiwa. Namun bersamaan dengan hal tersebut, dirinya harus memahami bahwa tantangan yang harus dihadapi. Hal ini memungkinkan membantu individu untuk menggali bakat dan kekuatan diri mencapai tujuan hidup (Davidson,(2005). *Survivor* harus menghargai usaha dirinya sendiri dalam rangka membuat perubahan hidupnya. Selain itu, survivor harus terus belajar meningkatkan kemampuan dan kekuatan diri guna untuk mengoptimalkannya. Pembahasan dalam riset Snell-Rod dkk (2017) menunjukkan *survivor* harus bertindak untuk membuat perubahan dalam hidupnya meski mendapat dukungan dari layanan pengobatan.

6.2.3 Model Recovery pada Keperawatan Jiwa

Beberapa model recovery yang sering diterapkan pada Keperawatan Jiwa, diantaranya:

1. **The Tidal Model**

Model ini menekankan bagaimana individu dengan masalah kesehatan mental dapat memperoleh manfaat dari

mengambil peran yang lebih aktif dalam pengobatan mereka sendiri. Model ini dipelopori Phil Barker, seorang profesor keperawatan psikiatri pertama di University of Newcastle Inggris bersama dengan Poppy Buchanan-Barker, seorang terapis, konselor, dan pekerja sosial selama lebih dari 25 tahun.

Penerapan model ini membuat *survivor* mengembangkan kemampuannya untuk mengatasi, menyelesaikan, atau hidup dengan masalah yang dirasakan. *Survivor* akan menerima perawatan lanjutan di rumah pasca hospitalisasi atau mungkin menerima dukungan jangka panjang, baik di rumah atau di perawatan residensial, sebagai bagian dari program rehabilitasi yang berkelanjutan. Oleh karena itu, perawatan menggunakan model ini berfokus pada dukungan atau intervensi terapeutik yang lebih intensif dan berjangka panjang (Barker & Buchanan, (2005).

2. The Wellness Recovery Action Plan (WRAP)

WRAP dikembangkan oleh Mary Ellen Copeland (Mary Ellen Copeland Center) dan sekelompok orang di AS yang mengalami tantangan kesehatan mental pada tahun 1997. Mereka belajar mengidentifikasi hal yang membuat sehat dan belajar menggunakan alat kesehatan sendiri. Lima konsep recovery menurut Ellen, yaitu: ***Hope, Personal Responsibility, Education, Self-Advocacy, and Support.***

Adanya WRAP membantu *survivor* untuk (Copeland,(2002); Crimmings,(2013); Ernest,(2020):

- Merasa berdaya
- Mengambil tanggung jawab pribadi untuk *recovery*
- Meningkatkan kualitas hidup
- Memberikan struktur dan memantau perasaan tidak nyaman atau tertekan

- Mengatasi emosi, fisik, dan tantangan kesehatan mental
- Mengidentifikasi pemicu dan mengambil tindakan
- Mengidentifikasi tanda-tanda bahwa segala sesuatunya rusak dan selanjutnya mengambil tindakan
- Membuat perubahan positif
- Membuat rencana jika terjadi krisis
- Belajar mengikuti krisis
- Mengurangi dan mencegah gangguan perasaan dan perilaku.

Dengan demikian WRAP membantu *survivor* mengantisipasi dan mengatasi stress serta kesulitan hidup yang dirasakan dan tidak dapat dihindari sehingga tetap fokus pada sikap dan aktivitas positif.

Ada juga pendapat ahli, Bellack (2006) tentang karakteristik *recovery*, yaitu:

1. *Self-Direction: Consumers lead*, mengendalikan, menjalankan pilihan, dan menentukan jalan *recovery* sendiri.
2. *Individualized and Person-Centered*: Ada beberapa jalur menuju *recovery* berdasarkan kebutuhan, preferensi, dan pengalaman unik setiap orang.
3. *Empowerment*: Konsumen memiliki wewenang untuk melakukan pilihan dan membuat keputusan yang memengaruhi kehidupan mereka dan dididik serta didukung dalam melakukannya.
4. *Holistic: Recovery* mencakup berbagai aspek kehidupan individu termasuk pikiran, tubuh, jiwa, dan komunitas.
5. *Nonlinear: Recovery* merupakan proses yang didasarkan pada pertumbuhan berkelanjutan meski sesekali terjadi kemunduran.

6. *Strengths-Based: Recovery* berfokus pada menilai dan membangun berbagai kekuatan, ketahanan, kemampuan mengatasi, nilai yang melekat, dan kemampuan individu.
7. *Peer Support*: Adanya peran saling mendukung dan saling mendorong dalam proses *recovery*.
8. *Respect*: Komunitas, sistem, penerimaan dan penghargaan masyarakat terhadap *survivor*, termasuk perlindungan hak-hak dan penghapusan diskriminasi dan stigma, merupakan poin yang sangat penting dalam mencapai *recovery*.
9. *Responsibility*: *Survivor* memiliki tanggung jawab terhadap perawatan dirinya sendiri dan terhadap perjalanan *recovery* mereka sendiri.
10. *Hope: Recovery* memberikan pesan penting dan memotivasi bahwa orang dapat dan benar-benar bisa mengatasi hambatan dan rintangan yang menghadang.

3. The Psychological Recovery Model

Pembentukan kehidupan yang memuaskan dan bermakna serta rasa identitas yang positif yang didasarkan pada harapan dan penentuan nasib sendiri. Pemulihan psikologis diperlukan apakah penyakit mental berbasis biologis atau akibat dari eksaserbasi masalah emosional yang disebabkan oleh stres.

Tahapan proses *recovery* (Townsend,(2015), yaitu :

Tahap 1. *Moratorium*. Tahap ini ditandai dengan keputusasaan dan kebingungan yang kelam karena kehidupan yang tertahan. *Survivor* mungkin merasakan:

- putus asa dalam hidup dan pemulihan
- di luar kendali dan tidak berdaya untuk berubah
- seolah-olah mereka tidak lagi mengenal diri mereka sendiri

- ditantang dalam keyakinan mendasar seseorang, menciptakan hilangnya makna hidup

Tahap 2. *Awareness*. Pada tahap ini individu menyadari bahwa *recovery* adalah suatu hal yang bisa dilakukan. Survivor mungkin merasakan:

- bahwa hidup belum berakhir dari dukungan keluarga, cerita kesembuhan orang lain, dan tekad batin untuk sembuh.
- kesadaran untuk mengendalikan hidup seseorang
- bahwa mereka mampu merawat diri sendiri bahkan dengan penyakitnya
- pemahaman tentang penyakit dan apa yang mungkin diperlukan untuk masa depan

Tahap 3. *Preparation*. Pemulihan individu untuk memulai proses *recovery*. Pasien mungkin merasakan:

- harapan untuk menemukan cara bagaimana mengatur dan mencapai tujuan dari *recovery*
- bertanggung jawab untuk mempelajari tentang penyakit, tanda dan gejala serta cara mengatasi masalah tersebut
- kemampuan untuk memperhitungkan keterampilan dan kekuatan seseorang
- bahwa hidup menurut nilai-nilai seseorang memberi makna pada aktivitas *recovery*

Tahap 4. *Rebuilding*. Mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk bekerja menuju tujuan dalam membangun kembali kehidupan yang bermakna. Pasien mungkin merasa:

- harapan dalam mencari kehidupan yang lebih memuaskan
- kontrol atas hidup seseorang dan manajemen gejala
- berhasil menyelesaikan proses *recovery* sebelumnya dengan membangun identitas diri baru di luar penyakit, menemukan makna hidup dengan mempelajari cara baru untuk hidup

Tahap 5. *Growth*. Ini adalah hasil dari proses *recovery* psikologis. Pasien mungkin merasakan:

- rasa optimisme dan harapan tentang masa depan
- keyakinan dalam mengelola penyakit dan ketahanan yang diperoleh dari mengatasi
- rasa diri dan identitas yang kuat dan positif
- diberi penghargaan karena menemukan makna dan tujuan dalam hidup dan lainnya.

6.3 Supportive Environment

Proses *recovery* tidak terjadi secara instan, perlu lingkungan yang mendukung. Seseorang dalam proses *recovery* sangat membutuhkan lingkungan yang mendukung mulai dari keluarga, tetangga, masyarakat, pemerintah, dan pihak swasta (Suryani,(2014). Namun tempat tinggal *survivor*-lah yang paling penting sehingga fokus utama dari dukungan adalah keluarga dan masyarakat. Sebuah hasil riset menyimpulkan bahwa pengasuh dan anggota masyarakat adalah pemangku kepentingan yang paling penting untuk mempromosikan *recovery* bagi orang dengan masalah mental (Iseselo & Ambikie,(2020). Bagi *survivor*, keterlibatannya dalam aktivitas di rumah, mempromosikan manajemen perawatan diri, meningkatkan sistem pendukungnya, dan memberikan keamanan dan perlindungan merupakan faktor penting yang mendorong *recovery*.

6.3.1 Jenis-Jenis Kegiatan Supportive Environment

1. Dukungan sebaya. Ada tiga jenis dukungan sebaya dalam *recovery*, yaitu:
 - a. *Mutual Self-Help Group* -- kelompok yang anggotanya terdiri dari *survivor* gangguan jiwa dimana mereka memotivasi satu sama lain berdasarkan pengalaman masing-masing.

- b. *Peer Support Specialis* -- dukungan dari tenaga kesehatan menjadi hal penting. Jadi perannya adalah menciptakan peran tenaga kesehatan yang dapat menjadi *peer support* bagi survivor. Petugas kesehatan tidak hanya memberikan pengalaman tetapi bagaimana melatih agar survivor melakukan sendiri.
- c. *Peer Run Programmes* -- merupakan program yang dijalankan oleh para penyintas dengan tujuan untuk mempromosikan proses pemulihan individu melalui nilai-nilai dan praktik operasi mereka.
2. Keluarga. Survivor membutuhkan dukungan dan pengetahuan, tentang kebersihan diri, cara berpakaian, cara berbelanja, cara memasak, membersihkan rumah, mengatur keuangan, membangun hubungan sosial, dan mengatur waktu.

6.3.2 Dampak Karakteristik Lingkungan pada Kesehatan Mental

Dalam kajiannya, Evans (2003) menganalisis bagaimana lingkungan memengaruhi kesehatan mental, yaitu:

1. Berdampak langsung. Karakteristik lingkungan yang berdampak langsung pada kesehatan mental, meliputi: perumahan, kepadatan, kebisingan, kualitas udara dalam ruangan, dan cahaya.
2. Berdampak tidak langsung. Karakteristik lingkungan yang berdampak tidak langsung pada kesehatan mental, misalnya kepadatan hunian yang lebih tinggi mengganggu perkembangan hubungan yang mendukung secara sosial di dalam rumah tangga. Contoh lain adalah lingkungan kerja yang mendukung dimana tindakannya adalah berupaya menghasilkan kondisi hidup dan kerja yang aman,

merangsang, memuaskan dan menyenangkan
(Barkway,(2006).

DAFTAR PUSTAKA

- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model - A guide for mental health professionals* (First published ed.). Brunner-Routledge.
- Barkway, P. (2006). Creating Supportive Environments for Mental Health Promotion in the Workplace. *Contemporary nurse*, 21(1), 12. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.1.131>
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 32 (no. 3), 11. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj044>
- Buckland, H. T., Schepp, K. G., & Crusoe, K. (2013). Defining Happiness for Young Adults With Schizophrenia: A Building Block for Recovery. *Arch Psychiatr Nurs*, 27(5), 235-240. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.07.002>
- Copeland, M. E. (2002). *The Wellness Recovery Action Plan 'WRAP': "Taking control of your wellness"*. Peach Press.
- Crimmings, C. (2013). *A Guide to Completing Your Wellness Recovery Action Plan (WRAP®)*. St. Vincent's Mental Health Service.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 8. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Davidson, L., & White, W. (2007). The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *J Behav Health Serv Res*, 34(2), 109-120. <https://doi.org/10.1007/s11414-007-9053-7>
- Ernest, F. (2020, 14 March). History WRAP. *Copeland Center for Wellness and Recovery* <https://copelandcenter.com/wellness-recovery-action-plan-wrap>

- Evans, G. W. (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(No. 4).
<http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/the-built-environment-and-mental-health.pdf>
- Iseselo, M. K., & Ambikile, J. S. (2020). Promoting Recovery in Mental Illness: The Perspectives of Patients, Caregivers, and Community Members in Dar es Salaam, Tanzania. *Hindawi Psychiatry Journal*, vol. 2020, 11.
<https://doi.org/10.1155/2020/3607414>
- Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. *Indian J Psychol Med*, 37(2), 117-119. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.155605>
- Kemenkes RI. (2018). *Laporan Riskesdas 2018 Nasional*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Kemenkumham RI. (2014). *Undang-Undang Kesehatan Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Menteri Hukum dan Hal Asasi Manusia Republik Indonesia Retrieved from <https://www.ipkindonesia.or.id/media/2017/12/uu-no-18-th-2014-ttg-kesehatan-jiwa.pdf>
- Manuel, J. I., Hinterland, K., Conover, S., & Herman, D. B. (2012). "I Hope I Can Make it Out There": Perceptions of Women with Severe Mental Illness on the Transition from Hospital to Community (Community Mental Health Journal Issue. <https://psycnet.apa.org/record/2012-15632-007>
- Mizock, L., & Carr, E. (2021). *Women with Serious Mental Illness: Gender-Sensitive and Recovery-Oriented Care*. Oxford University Press.
- Snell-Rood, C., Hauenstein, E., Leukefeld, C., Feltner, F., Marcum, A., & Schoenberg, N. (2017). Mental health treatment seeking patterns and preferences of Appalachian women with depression. *Am J Orthopsychiatry*, 87(3), 233-241. <https://doi.org/10.1037/ort0000193>

- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th edition ed.). Mosby Elsevier.
- Suryani. (2014). *Client Centered Care in Recovery: Trend dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa* Seminar dan Workshop Pendekatan Keperawatan Holistik Berbasis Bukti untuk Menjawab Tantangan Kesehatan Jiwa Terkini, Bandung. <http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2015/04/8-Client-Centered-Care-in-Recovery.pdf>
- Suryani, S., Welch, A., & Cox, L. (2013). The phenomena of auditory hallucination as described by Indonesian people living with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, 27(6), 312-318. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.08.001>
- Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (8th edition ed.). F. A. Davis Company.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric–Mental Health Nursing* (8th edition ed.). Wolters Kluwer.

BIODATA PENULIS



M.Khalid Fredy Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep.
Dosen Stikes Baitul Hikmah Bandar Lampung

Penulis merupakan anak dari Drs. H Mudarni, M.Pd.I dan Hj. Erna Wati, S.Pd sebagai anak ke- dua dari tiga bersaudara, Kakak penulis bernama M.Eko Arif Saputra, S.Pd dan adik bernama Apt. Rizka Amalia Putri, S.Farm. Penulis menempuh pendidikan di SDN 1 Pasar Krui, melanjutkan pendidikan di MTs NU Krui, MAN 1 Pesisir Barat kemudian melanjutkan kuliah di perguruan tinggi dengan jurusan S1 Keperawatan (S.Kep) dan Profesi Ners (Ns) di Universitas Mitra Indonesia, setelah itu melanjutkan kuliah lagi di jenjang S2 dengan jurusan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis aktif di dunia organisasi saat menjadi pelajar dan di bangku perkuliahan, pernah menjabat sebagai Presiden BEM di Universitas Mitra Indonesia, aktif di HMI (Himpunan mahasiswa Islam), LDK (Lembaga dakwah kampus), UKM Seni dan Olahraga, Pramuka, PPI Pesisir Barat dan kerap di undang menjadi narasumber di berbagai kegiatan seminar. Penulis merupakan praktisi keperawatan dan dosen keperawatan perguruan tinggi di provinsi lampung, penulis juga merupakan owner sekaligus direktur pada sebuah lembaga yang bergerak di bidang pelatihan dan pendidikan, Penulis sering mengikuti berbagai kegiatan pelatihan sertifikasi dan mendapatkan berbagai gelar non akademik seperti CP.NNLP, CH., CHt., CBWCN., C.PI., C.PS., C.MPI dan lain sebagainya.

Akhir kata penulis mengucapkan rasa syukur yang sebesar – besarnya atas selesainya buku ini dan semoga memberikan manfaat yang besar bagi para pembaca nya, Aamiin.

BIODATA PENULIS



Dr. Ns. Ady Purwoto ,S.Kep.,M.Kep.,S.H.,M.H.

Penulis lahir di Tegal pada tanggal 10 Desember 1991. Ketertarikan penulis terhadap ilmu Keperawatan dimulai pada tahun 2010 silam. Penulis melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di prodi Keperawatan dan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mahardika Cirebon Tahun 2015. Dua tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Ilmu Hukum Pasca Sarjana Universitas Swadaya Gunung Jati Cirebon Tahun 2018.

Tiga Tahun kemudian, Penulis menyelesaikan S3 di Prodi Ilmu Hukum Pasca Sarjana Universitas Islam Sultan Agung Semarang Tahun 2022.

Karena ingin linear di bidang Keperawatan, Penulis menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan di Institut Ilmu Kesehatan STRADA Indonesia Kediri lulus Tahun 2022 dan terakhir menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Hukum di Universitas Wiraswasta Indonesia Jakarta di selesaikan Tahun 2022.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Hukum Kesehatan dan Keperawatan Management. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menulis buku.

Email Penulis : adypurwoto21@gmail.com

BIODATA PENULIS

Ns. Restu Iriani, S.Kep., M.Kep.
Wakil Direktur I Bidang Akademik
Akper Berkala Widya Husada

Restu Iriani, Lahir di Sukabumi pada tanggal 27 Januari 1983. Merupakan Wakil Direktur I Bidang Akademik di Akper Berkala Widya Husada. Ia Menempuh pendidikan Magister Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Anak di Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2017. Sejak menyelesaikan kuliah, penulis lebih tertarik dalam penelitian dan pengabdian Masyarakat di bidang keperawatan Anak serta menulis artikel terkait dengan Tumbuh kembang Anak.

Bagi penulis stimulasi Tumbuh kembang anak menjadi poin penting karena akan menentukan kualitas generasi muda Indonesia di masa akan datang. Selain itu penulis juga konsen di bidang onkologi anak terkait dengan terapi komplementer salah satu penelitian yang dilakukan adalah pengaruh Akupresur dan Hipnoterapi terhadap kejadian Mual muntah pada anak kanker yang menjalani kemoterapi.

Jika ada yang ingin melakukan korespondensi dapat langsung ke Email ntoemaniez@yahoo.com

BIODATA PENULIS



Sumarmi, Ners.,M.Kep

Dosen Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ahmad Dahlan Cirebon

Penulis lahir di Lamung tanggal 06 Januari 1983. Penulis adalah dosen tetap pada program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ahmad Dahlan Cirebon. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Ilmu keperawatan dan Ners di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2010, dan melanjutkan S2 pada Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2016.

Pengalaman kerja penulis pada bidang pendidikan dimulai sebagai dosen di Akademi Keperawatan Muhammadiyah Cirebon pada tahun 2011 hingga saat ini kampus AKPER Muhammadiyah Cirebon telah alih status menjadi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ahmad dahlan Cirebon pada tahun 2020 lalu.

BIODATA PENULIS



Taty Hernawaty, S.Kp., M.Kep.

Dosen Program Studi Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran

Penulis lahir di Bandung tanggal 19 Agustus 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran sejak tahun 2000. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran dan melanjutkan S2 pada Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia.