

PENERAPAN PRINSIP-PRINSIP DALAM PRAKTEK KEPERAWATAN



Penulis

- **Mareta Akhriansyah**
- **Raden Surahmat**
- **Herna Alifiani**
- **Dwi Febryanto**
- **Maria Yunita Indriarini**
- **Shieva Nur Azizah Ahmad**
- **Herniyatun**
- **Widya Arisandy**



PENERAPAN PRINSIP-PRINSIP DALAM PRAKTEK KEPERAWATAN

Mareta Akhriansyah
Raden Surahmat
Herna Alifiani
Dwi Febryanto
Maria Yunita Indriarini
Shieva Nur Azizah Ahmad
Herniyatun
Widya Arisandy



PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

PENERAPAN PRINSIP-PRINSIP DALAM PRAKTEK KEPERAWATAN

Penulis :

Mareta Akhriansyah

Raden Surahmat

Herna Alifiani

Dwi Febryanto

Maria Yunita Indriarini

Shieva Nur Azizah Ahmad

Herniyatun

Widya Arisandy

ISBN : 978-623-198-272-8

Editor : Apt. Wafi Nisrin Ramadhani, S.Farm
Fadhly Hidayat, Amd.Kep

Penyunting : Salsabila Syafna Aulia, S.Ked

Desain Sampul dan Tata Letak : Salsabila Syafni Aulia, Amd.Kes

Penerbit :PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001

Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah

Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, April 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Penerapan Prinsip-Prinsip Dalam Praktek Keperawatan.

Buku ini membahas tentang respons anxietas dan gangguan anxietas, respons psikofisiologis dan gangguan tidur, respon konsep diri dan gangguan disosiatif, respons emosional dan gangguan suasana hati, respons neurobiologis, gangguan respon sosial dan kepribadian, respons seksual dan gangguan seksual, dan respon protektif diri dan perilaku bunuh diri.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan, mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Penulis, Mei 2023

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
BAB I RESPONS ANXIETAS DAN GANGGUAN ANXIETAS	
1.1 Pengertian Ansietas	1
1.2 Proses Terjadinya Ansietas	1
1.3 Penatalaksanaan Medik Ansietas	9
1.4 Tindakan Keperawatan Ners	10
Daftar Pustaka.....	14
BAB II RESPONS PSIKOFISIOLOGIS DAN GANGGUAN TIDUR	
2.1 Permasalahan Psikofisiologis Dan Gangguan Tidur	15
2.2 Respons Psikofisiologis dan Gangguan Tidur	16
2.3 Fisiologi dan Jenis Tidur	17
2.4 Jenis Gangguan Tidur	18
2.5 Penyebab Respon Psikofisiologis Dan Gangguan Tidur	20
2.6 Solusi Mengatasi Respons Psikofisiologis Dan Gangguan Tidur	21
Daftar Pustaka.....	23
BAB III RESPON KONSEP DIRI DAN GANGGUAN DISOSIATIF	
3.1 Respon Konsep Diri	25
3.2 Gangguan Disosiatif.....	39
Daftar Pustaka.....	47
BAB IV RESPONS EMOSINAL DAN GANGGUAN SUASANA HATI	
4.1 Pendahuluan	51
4.2 Respons Emosional dan Gangguan Suasana Hati	51
4.3 Penerapan Prinsip-Prinsip dalam Praktek Keperawatan terhadap Respon Emosional dan Gangguan Suasana Hati berdasarkan Teori Keperawatan Watson.....	59
Daftar Pustaka.....	65
BAB V RESPONS NEUROBIOLOGIS	
5.1 Pendahuluan.....	67
5.2 Sistem Saraf Dan Cara Kerjanya.....	67
5.3 Neurobiologis Penyebab Penyakit Mental	73
Daftar Pustaka.....	76
BAB VI GANGGUAN RESPON SOSIAL DAN KEPERIBADIAN	
6.1 Pendahuluan.....	77
6.2 Isolasi Sosial	78

6.3 Gangguan Kepribadian	82
Daftar Pustaka.....	87
BAB VII RESPONS SEKSUAL DAN GANGGUAN SEKSUAL	
7.1 Pendahuluan.....	91
7.2 Siklus Respon Seksual.....	92
7.3 Ekspresi Seksual	95
7.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Seksualitas.....	97
7.5 Gangguan Seksual	98
Daftar Pustaka.....	101
BAB VIII RESPON PROTEKTIF DIRI DAN PERILAKU BUNUH DIRI	
8.1 Konsep Bunuh Diri.....	103
8.2 Kategori Risiko Bunuh Diri	104
8.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Bunuh Diri	105
8.4 Rentang Respon Protektif Diri	105
8.5 Faktor Risiko Lainnya	111
8.6 Faktor Predisposisi	112
8.7 Faktor Presipitasi.....	113
8.8 Tanda dan Gejala	114
8.9 Sumber Koping	117
8.10 Mekanisme Koping.....	117
8.11 Terapi Lingkungan pada Kondisi Khusus Bunuh Diri (Suicide)	117
8.12 Peran Perawat dalam Perilaku Mencederai Diri	118
Daftar Pustaka.....	128
BIODATA PENULIS	

BAB I

RESPONS ANXIETAS DAN GANGGUAN ANXIETAS

Oleh Mareta Akhriansyah

1.1 Pengertian Ansietas

Pernakah kalian mengalami dada berdebar-debar, mengalami insomnia, berkeringat dingin, tidak nafsu makan pada saat mau ujian. Mengalami kondisi demikian pasti kalian beranggapan sedang mengalami ansietas atau cemas.

Kecemasan adalah ketakutan yang tidak jelas yang datang dengan perasaan tidak pasti, tidak berdaya, terisolasi, tidak aman, dan merasa terancam. Kecemasan memengaruhi seseorang sejak bayi hingga dewasa. Pengalaman seseorang diketahui berakhir dengan ketakutan terbesar tentang kematian (Stuart, 2021).

Kecemasan adalah kekhawatiran yang meluas dan kabur yang disertai dengan perasaan tidak berdaya dan ketidakpastian. kekhawatiran ini tidak memiliki objek yang khusus. Kecemasan dialami secara subyektif dan dikomunikasikan secara interpersonal (Wahyuni, 2022). Menurut (Rahmi Imelisa, et al., 2021), kecemasan merupakan pengalaman yang sangat subjektif yang sulit diamati secara langsung. Kecemasan dapat mengakibatkan ketidakseimbangan sosial, psikologis, dan fisik (Potter et al., 2017).

Kecemasan adalah alarm yang berfungsi untuk menghindari ancaman, masalah, dan bahaya yang mungkin muncul di masa depan (Yani et al., 2022).

1.2 Proses Terjadinya Ansietas

Berdasarkan teori model Stres dan Adaptasi yang meliputi faktor predisposisi, faktor pencetus, penilaian stresor, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan, akan dijelaskan proses ansietas sebagai berikut (Stuart, 2021).

1.2.1 Faktor Predisposisi

Sebagai teori atau ilmu yang melandasi pola pikir faktor predisposisi, faktor predisposisi adalah faktor risiko yang menyebabkan tekanan yang mempengaruhi jenis dan sumber pasien untuk menghadapi tekanan yang bersifat biologis, psikologis, psikososial, dan sosiokultural (Yani et al., 2022).

Faktor predisposisi adalah hal-hal yang mempengaruhi berapa banyak dan seperti apa sumber yang dimiliki orang untuk mengatasi stres (Stuart, 2021). Proses kecemasan telah menjadi subjek dari beberapa teori, beberapa di antaranya meliputi:

a. Biologi

Memiliki masa lalu yang traumatis dapat memunculkan kembali perasaan takut yang berulang, yang dapat menyebabkan munculnya gejala fisik seperti berkeringat, jantung berdebar, mimpi buruk, dan sebagainya (Widodo et al., 2022).

Pengaruh *neurotransmitter* adalah aspek biologis yang menjelaskan gangguan kecemasan. *Norepinefrin*, *serotonin*, dan *asam gamma-aminobutyric* (GABA) adalah tiga *neurotransmitter* utama yang terkait dengan kecemasan. Di otak, GABA adalah *neurotransmitter* yang menghambat pada otak. Klien dengan kecemasan memiliki kadar GABA yang lebih rendah dan lebih sedikit reseptor GABA *benzodiazepin* dalam studi neurologis (Stuart, 2021).

b. Psikologi

Mentalitas faktor psikologis yang meningkatkan risiko kecemasan didasarkan pada teori dan praktik psikoanalitik. Hipotesis psikoanalitik yang dibuat oleh Sigmund Freud menjelaskan bahwa kecemasan adalah efek samping dari kegagalan untuk mengatasi masalah, pertengkaran yang tidak disadari antara motivasi yang kuat atau benturan karisma dan pengakuan citra diri dari bahaya luar yang berasal dari kepuasan (Wuryaningsih Wuri Emi et al., 2020). Pandangan

psikoanalisis (konflik emosional antara unsur kepribadian id dan superego) merupakan salah satu faktor psikologis (Rimar L N and Permatasari I, 2022).

Menurut aspek psikologis konflik emosional antara id dan superego kepribadian seseorang inilah yang menyebabkan kecemasan. Superego mencerminkan hati nurani dan diatur oleh norma-norma budaya, sedangkan id mewakili dorongan dan naluri primitif. Kecemasan berfungsi untuk mengingatkan ego bahwa ada ancaman berbahaya, dan ego memediasi tuntutan dari dua kekuatan yang berlawanan tersebut (Stuart, 2021).

c. Sosial Budaya

Menurut teori sosial budaya, konsep diri dan mekanisme koping seseorang membuat mereka sulit beradaptasi dengan lingkungan sosial budaya tertentu. Kecemasan dan perilaku maladaptif dapat dipengaruhi oleh stressor sosial dan budaya, yang juga dapat menjadi ancaman bagi seseorang (Wuryaningsih Wuri Emi et al., 2020).

Masalah kecemasan terjadi dalam keluarga, bisa berupa gangguan panik sekitar 40%. Setelah peristiwa traumatis, seseorang tiga kali lebih mungkin mengalami gangguan *posttraumatic stress disorder* (PTSD) jika keluarganya memiliki riwayat masalah kesehatan mental. Faktor sosial dan budaya berdampak pada tingkat keparahan gejala individu. Jenis kelamin juga dapat berdampak pada kecemasan karena pria dan wanita mendekati pemecahan masalah secara berbeda (Stuart, 2021).

Dalam keluarga, kecemasan adalah hal yang biasa terjadi. Gangguan kecemasan dan depresi memiliki banyak kesamaan. Kecemasan dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan dan keadaan ekonomi seseorang (Yusuf et al., 2015).

1.2.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan rangsangan internal dan eksternal yang menimbulkan ancaman bagi klien, yang terdiri dari sifat, asal, waktu dan jumlah tekanan (Stuart, 2021).

- a. Perawat dapat menentukan sifat stressor dengan melihat tiga aspek yaitu biologi, psikologi dan sosial. Yaitu hasil dari ancaman terhadap sistem diri serta integritas fisik. Pasien mungkin mengalami ancaman terhadap integritas fisik mereka baik dari sumber internal maupun eksternal. Mekanisme kegagalan dalam tubuh, seperti jantung, sistem kekebalan, atau pertukaran suhu, merupakan sumber internal. Sedangkan pajanan terhadap infeksi virus atau bakteri, populasi lingkungan, bahaya keselamatan, kehilangan tempat tinggal, makanan dan pakaian, serta luka trauma merupakan sumber eksternal (Yani et al., 2022).
- b. Kecemasan pasien dapat digunakan untuk menentukan sumber stresor internal dan eksternal. Semua kecemasan dan stresor, baik biologis maupun psikologis, yang berasal dari dalam diri klien disebut sebagai sumber internal. Lingkungan eksternal pasien, termasuk hubungan interpersonal dan pengaruh budaya, merupakan sumber kecemasan eksternal (Yani et al., 2022).
- c. Faktor yang mempengaruhi timbulnya gejala kecemasan adalah waktu dan durasi stressor, yang dapat dilihat sebagai ukuran kapan stressor pertama kali muncul dan berapa lama pasien terpapar. Kecemasan klien juga dapat ditunjukkan dengan frekuensi mereka terpapar stresor dan dengan kemunculannya yang tiba-tiba dan tidak terduga (Yani et al., 2022).
- d. Jumlah stresor adalah jumlah pengalaman stres yang dialami pasien pada waktu tertentu dan sebagai penyebab kecemasan. Dengan asumsi bahwa pasien mengalami lebih banyak stres daripada satu masalah, akan lebih berat untuk mengatasi banyaknya stres (Yani et al., 2022).

1.2.3 Tanda dan Gejala Ansietas

Kita harus mampu memahami dan merawat pasien yang mengalami ansietas, baik secara individu maupun kolektif. Kecemasan dialami secara subyektif dan dikomunikasikan secara interpersonal (Wahyuni, 2022).

Perubahan yang terjadi pada klien yang mengalami kecemasan seperti perubahan mental, fiksasi yang berkurang, penekanan pada siksaan, keakraban dengan efek samping fisiologis seperti ketidakstabilan. Perubahan afektif seperti kecemasan, kesedihan, kurang percaya diri, dan kebingungan perubahan tubuh, seperti kehilangan nafsu makan, ketegangan pada otot, peningkatan tanda-tanda vital, sulit tidur, dan nyeri. Perubahan perilaku terkait kecemasan termasuk penurunan produktivitas, peningkatan kewaspadaan, dan ketidakmampuan untuk tenang. Perubahan sosial, misalnya tidak adanya dorongan, kesulitan mendapatkan semangat dari kegiatan sehari-hari dan menjauhi kontak sosial (Zaini, 2019).

Menurut (Ruswadi Indra, 2021), gejala kecemasan merupakan hal yang wajar ketika dihadapkan pada situasi atau keadaan yang dianggap dapat menimbulkan stres. Biasanya, individu yang cemas menunjukkan gejala berikut:

- Gugup, gelisah dan tegang
- Detak jantung cepat
- Napas cepat
- Tremor
- Mengalami insomnia
- Berkeringat berlebih
- Tubuh terasa lemas
- Sulit berkonsentrasi
- Adanya perasaan seperti akan di timpa bahaya.

Derajat ansietas seseorang dapat dilakukan pengukuran dengan menggunakan alat ukur (instrumen). Menurut (Stuart, 2021) kecemasan dibagi menurut respons klien yang terdiri

dari empat respons: fisiologis, perilaku, kognitif, dan afektif sedangkan (Videbeck and RN, 2013) membagi derajat ansietas dibagi dalam 3 (tiga) bagian , yaitu berdasarkan respon fisik, kognitif dan emosional. Untuk mengetahui sejauh mana derajat ansietas seseorang apakah ringan, sedang, berat dan panik, menggunakan alat ukur (instrument) yang dikenal dengan nama HRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*)(Stuart, 2021).

1.2.4 Respons Ansietas

Setiap tingkatan memiliki respons uniknya sendiri terhadap ansietas, yang dapat dilihat dari tanda dan gejala kecemasan. Hal ini menunjukkan bahwa semakin ekstrim efek samping dari kegelisahan yang dialami oleh seseorang, semakin serius tingkat ansietasnya.

a. Respon Kognitif

Respon kognitif adalah suatu media bagi interaksi antara klien dan lingkungannya. Beberapa faktor yang mempengaruhi penilaian klien terhadap stressor, antara lain persepsi dan pemahaman klien terhadap stressor, seperti keterbukaan klien terhadap perubahan, partisipasi aktif dalam suatu aktivitas, dan kapasitas pengendalian diri dalam menghadapi perubahan lingkungan (Zaini, 2019).

b. Respon Afektif

Respons afektif subjektif dan objektif adalah contoh respons afektif yang ditunjukkan klien dengan kecemasan. Kecemasan, pertobatan, rasa tidak aman, kebahagiaan atau kesedihan yang berlebihan, ketakutan, kesedihan yang mendalam, perasaan tidak mampu, dan ketidakberdayaan adalah contoh tanggapan afektif subyektif. Fokus pada diri sendiri, keraguan dan kurang percaya diri, ketidaksabaran, kemarahan yang berlebihan, kecenderungan untuk menyalahkan orang lain, serta peningkatan kewaspadaan dan kegugupan adalah contoh respon afektif objektif (Zaini, 2019).

c. Respon Fisiologis

Respon fisiologis yang terdapat klien kecemasan meliputi respon fisiologis secara subjektif dan objektif. Anoreksia, diare, sakit perut, sering buang air kecil, ketegangan otot meningkat, mulut kering, jantung berdebar, refleks meningkat, otot berkedut, dan kesemutan pada ekstremitas adalah contoh respon fisiologis subjektif. respon fisiologis objektif meliputi wajah tegang dan merah, peningkatan denyut nadi dan tekanan darah, sering sesak napas, tangan gemetar, peningkatan keringat, suara bergetar, pola tidur terganggu, dan peningkatan frekuensi siklus pernapasan (Zaini, 2019).

d. Respon Perilaku

Instint dan refleks adalah perilaku alami yang diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Perilaku operan proses dipelajari melalui pengalaman seseorang (Maklassa, 2023).

Klien yang mengalami kecemasan menunjukkan respons perilaku subjektif dan objektif. Kehilangan produktivitas adalah respons perilaku subjektif (Stuart, 2021). Sebaliknya, respons perilaku objektif meliputi melamun, ketidakmampuan untuk tenang, gelisah, kurangnya koordinasi dalam gerakan, gerakan kaki dan tangan yang tersentak-sentak, dan gerakan yang tidak relevan (Zaini, 2019).

e. Respon Sosial

Respon sosial baik subjektif maupun objektif terlihat pada klien dengan kecemasan. Sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari termasuk respon sosial secara subjektif. Bicara berlebihan dan cepat, menarik diri dari hubungan sosial, menunjukkan permusuhan, dan kurang inisiatif adalah contoh respon sosial yang objektif (Zaini, 2019). Kajian sosial budaya bahwa gangguan kecemasan adalah hal yang sering ditemui dalam suatu keluarga. Faktor ekonomi,

latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya kecemasan (Rahmi Imelisa, et al., 2021).

1.2.5 Tingkatan Ansietas

Menurut (Stuart, 2021) serta (Videbeck and RN, 2013) mengkategorikan ansietas menjadi empat tingkatan beserta responsnya yakni :

1. Ansietas Ringan

Ansietas ini terkait dengan tekanan dalam kehidupan sehari-hari dan membuat seseorang menjadi waspada dan meningkatkan bidang wawasannya. Kecemasan dapat menginspirasi pertumbuhan, kreativitas, dan pembelajaran. Berikut ini adalah daftar respons terhadap kecemasan ringan adalah ketegangan otot ringan, memperhatikan cuaca, kendur atau sedikit gelisah, bidang persepsi luas, terlihat tenang dan yakin, hati-hati dan fokus pada banyak hal, tindakan tunggal, diam (Videbeck and RN, 2013).

2. Ansietas Sedang

Kecemasan memungkinkan seseorang untuk memprioritaskan yang penting dari pada yang hal yang lain. sehingga seseorang dapat melakukan sesuatu dengan lebih fokus dengan perhatian yang selektif. Menurut (Videbeck and RN, 2013), berikut adalah respon terhadap kecemasan sedang: ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital meningkat, mulai berkeringat, sering mondar-mandir, memukul tangan, suara bergetar, sering buang air kecil, pola tidur berubah, kelapangan, berkurang persepsi, rentang perhatian berkurang, kemampuan memecahkan masalah berkurang, lekas marah, tidak sabar, dan kegembiraan.

3. Ansietas Berat

Ansietas ini bisa mengurangi bidang persepsi individu. Orang memiliki kecenderungan untuk tidak dapat memikirkan hal lain dan hanya berkonsentrasi pada sesuatu yang spesifik dan spesifik. Tujuan dari setiap tindakan adalah untuk meredakan ketegangan. Untuk dapat

berkonsentrasi pada hal lain, individu membutuhkan banyak arahan. Menurut (Videbeck and RN, 2013), reaksi terhadap kecemasan yang berat adalah sebagai berikut: bicara cepat, rahang mengencang dan menggertakkan gigi, mondar-mandir dan berteriak, gemetar, tidur terganggu, bidang persepsi terbatas, kesulitan berpikir, ketakutan, kebingungan, penarikan diri, penyangkalan, dan keinginan untuk kebebasan adalah semua gejala ketegangan otot yang parah.

4. Ansietas Panik

Terkait dengan kebingungan, teror dan ketakutan. Lebih detail terkadang tidak bisa dikenali. Orang yang panik tidak dapat mengambil tindakan, bahkan dengan petunjuk, karena mereka telah kehilangan kendali. Panik membawa gangguan karakter. Aktivitas motorik yang meningkat, kemampuan interpersonal yang berkurang, persepsi yang menyimpang, dan pemikiran rasional adalah semua gejala panik. Menurut (Videbeck and RN, 2013), respons dari ansietas panik adalah sebagai berikut : ketegangan otot sangat berat, agitasi motorik kasar, pupil dilatasi, tanda-tanda vital meningkat kemudian menurun, tidak dapat tidur, wajah menyeringai, persepsi sangat sempit, pikiran tidak logis, tidak rasional, halusinasi, waham, merasa terbebani, lepas kendali, marah/sangat takut, kaget/takut, lelah.

1.3 Penatalaksanaan Medik Ansietas

Terapi obat anti ansietas, yang meliputi ansiolitik, obat penenang ringan, sedatif, hipnotik, dan antikonvulsan, adalah sub tipe pengobatan untuk gangguan kecemasan. Komponen aktivitas obat ini adalah menekan sistem sensorik fokal (SSP). Obat-obatan ini diperkirakan bekerja dengan berinteraksi dengan serotonin, dopamin, dan reseptor neurotransmitter lainnya, tetapi mekanisme kerjanya yang tepat tidak diketahui. Obat anti-kecemasan digunakan untuk mengobati gangguan kecemasan, somatoform, disosiatif, dan kejang serta meringankan gejala kecemasan untuk sementara. Insomnia diobati secara farmakologis

dengan obat benzodiazepine dan non-benzodiazepine yang harus diminum hanya dalam waktu singkat untuk mengontrol tidur jangka pendek (Stuart, 2021).

Sistem saraf pusat (SSP) sering dipengaruhi oleh obat anti-kecemasan, mengakibatkan insomnia, vertigo, kebingungan, tremor, kelelahan, depresi, sakit kepala, kecemasan, kejang, delirium, kaki lemah, ataksia, dan bicara cadel. kardiovaskular (hipotensi ortostatik, nadi cepat, dan perubahan pada elektrokardiogram/EKG); mata dan THT (midriasis, tinitus, penglihatan kabur); gastrointestinal (tidak nafsu makan, muntah, mulut kering, diare, dan konstipasi); kulit (gatal, kemerahan, dan dermatitis). Penyakit hati, pasien lanjut usia, penyakit ginjal, glaukoma, kehamilan atau menyusui, psikosis, dan reaksi hipersensitivitas semuanya merupakan kontraindikasi (Copel, 2007). Menurut (Supinganto et al., 2021) sedasi, seperti mengantuk, penurunan kewaspadaan, penurunan kinerja psikomotorik, melemahnya kemampuan kognitif, dan relaksasi otot, seperti merasa lemah dan cepat lelah, adalah semua kemungkinan efek samping dari penggunaan obat anticemas.

1.4 Tindakan Keperawatan Ners

Terapi generalis dan spesialis dapat digunakan dalam asuhan keperawatan untuk pasien yang cemas. Terapi keperawatan generalis secara individu dan berbasis keluarga yang berfokus pada mengidentifikasi dan menggambarkan perasaan pasien tentang kecemasan. Kegiatan keperawatan generalis termasuk mengenali dan menggambarkan perasaan pasien, membantu mengidentifikasi penyebab kegelisahan, membantu mengenali perilaku karena gugup, melatih teknik relaksasi pernapasan dalam, interupsi, strategi lima jari, dan praktik dunia lain. (Standar Asuhan Keperawatan) (Keliat, 2020 dalam Widodo et al., 2022).

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan oleh perawat adalah mendiskusikan tentang kecemasan, penyebab, proses terjadinya, tanda dan gejala, akibat ansietas, melatih relaksasi fisik, teknik distraksi, hypnosis lima jari, dan cara spiritual (Sari, 2021).

Sedangkan tindakan keperawatan terapi spesialis yang diterapkan pada pasien ansietas adalah seperti dibawah ini :

1. Terapi kognitif

Terapi kognitif didasarkan pada keyakinan klien bahwa mereka membuat kesalahan dalam pemikiran mereka, yang menyebabkan mereka membuat penilaian buruk terhadap diri sendiri dan orang lain. Terapis bekerja sama dengan klien selama proses restrukturisasi pikiran untuk membantu mereka mengidentifikasi pikiran otomatis negatif yang memicu kecemasan, menggali pikiran tersebut, mengevaluasi kembali skenario pengalaman nyata, dan mengganti pikiran negatif dengan pikiran positif (Videbeck and RN, 2013). Proses yang dilakukan adalah membantu mempertimbangkan tingkat stress dan kemudian dilanjutkan dengan mengenali pola pikir (Supinganto et al., 2021).

2. Terapi Behavior

Dalam upaya mengurangi atau menghindari kecemasan, digunakan berbagai teknik terapi behavior atau terapi perilaku sebagai pembelajaran dan praktik langsung. (Videbeck and RN, 2013) menegaskan bahwa farmakoterapi dan terapi perilaku efektif dalam pengobatan gangguan kecemasan. Metode mengubah cara berperilaku dengan memberikan contoh cara berperilaku yang serba guna untuk ditiru oleh pasien dengan maksud agar pasien dapat belajar untuk tidak mengulangi perilaku untuk menjauhi akibat buruk yang akan didapat karena cara berperilaku negatif tersebut (Supinganto et al., 2021).

3. Logoterapi

Manfaat dari teknik logoterapi ialah pengobatan fobia, kecemasan, gangguan obsesif kompulsif, dan kondisi medis lainnya. Terapis akan membantu dalam menemukan tujuan hidup melalui teknik konseling (Stuart, 2021). Menurut (Videbeck and RN, 2013), perawatan ini berpusat pada masalah kehidupan yang berhubungan dengan peluang,

kerentanan, kemalangan, pengasingan, kesengsaraan, kegelisahan dan kematian. Masalah kebebasan, ketidakberdayaan, kehilangan, isolasi, kesepian, kecemasan, dan kematian adalah fokus utama dari terapi ini. pencarian makna hidup oleh pasien menjadi fokus terapi ini (Hutagaluh, 2019).

4. *Thought stopping*

Strategi penghentian pemikiran negatif di mana klien dapat mengatakan "berhenti/stop keluar dari ide-ide yang muncul". Klien memilih alternatif ide positif sebagai sarana mengalihkan pikiran yang tidak diinginkan (Hutagaluh, 2019). Menurut Vacarolis (2006), metode yang cepat dan efektif untuk mengatasi pikiran stres yang sering menyertai serangan panik, kecemasan, dan agorofobia adalah terapi penghentian pikiran, juga dikenal sebagai menghentikan pikiran (Hutagaluh, 2019).

5. Teknik relaksasi

Latihan pernapasan dan peregangan otot (relaksasi otot progresif) adalah contoh latihan relaksasi. Menurut (Stuart, 2021) Jika seseorang yang mengalami perasaan tidak enak, cemas, dan stres psikologis diberikan latihan relaksasi yang terprogram dengan baik, maka akan menurunkan denyut nadi, tekanan darah tinggi, mengurangi keringat, dan menurunkan frekuensi pernafasan, sehingga sangat efektif sebagai anti- pengobatan kecemasan. Salah satu bentuk terapi relaksasi, teknik relaksasi otot progresif melibatkan penegangan otot-otot tertentu dengan menggabungkan latihan pernapasan dalam dengan rangkaian kontraksi dan relaksasi otot-otot tersebut (Ruswadi Indra, 2021). Penelitian (Akhriansyah et al., 2019) menunjukkan bahwa *progressive muscle relaxation* efektif terhadap penurunan ansietas.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhriansyah, M., Keliat, B.A., Fernandes, F., 2019. PENGARUH PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION TERHADAP PERUBAHAN ANSIETAS PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WHERDA KABUPATEN BUNGO. Presented at the Proceeding Seminar Nasional Keperawatan, pp. 149–155.
- Copel, L., 2007. Psychiatric and mental health care: nurse's clinical guide.
- Hutagaluh, M.S., 2019. Panduan Lengkap Stroke: Mencegah, Mengobati dan Menyembuhkan. Nusamedia.
- Maklassa, M.M., 2023. Manajemen Perilaku. Nas Media Pustaka.
- Potter, P.A., Perry, A.G., Hall, A., Stockert, P.A. (Eds.), 2017. Fundamentals of nursing, Ninth edition. ed. Elsevier, St. Louis, Missouri.
- Rahmi Imelisa, Achmad Setya Roswendi, S. Kp M. PH, CHt., CI., M. Ht, Khrisna Wisnusakti, S. Kep, Ners, M.K., Inggrit Restika Ayu, S. Kep, N., 2021. KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA PSIKOSOSIAL. EDU PUBLISHER.
- Rimar L N, S.K., Permatasari I, M.K., 2022. Terapi Storytelling dengan Media Fingger Puppet Untuk Mengatasi Ansietas Pada Anak Usia Pra Sekolah Akibat Hospitalisasi. Media Sains Indonesia.
- Ruswadi Indra, D., 2021. KEPERAWATAN JIWA Panduan Praktis Untuk Mahasiswa Keperawatan. Penerbit Adab.
- Sari, N.Y., 2021. Terapi Kognitif Perilaku dan Terapi Psikoedukasi Keluarga untuk Remaja. Penerbit NEM.
- Stuart, G.W., 2021. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart, edisi Indonesia 11. Elsevier Health Sciences.
- Supinganto, A., Yani, A.L., Kuswanto, K., Darmawan, D., Paula, V., Marliana, T., Nasution, R.A., Mukarromah, I., Agustine, U.,

- Florensa, M.V.A., Nompo, R.S., Mukhoirotin, M., Mawarti, H., Jaya, M.A., 2021. Keperawatan Jiwa Dasar. Yayasan Kita Menulis.
- Videbeck, S., RN, S.V., PhD, 2013. Psychiatric-Mental Health Nursing. Lippincott Williams & Wilkins.
- Wahyuni, S., 2022. KEPERAWATAN Jiwa (Konsep Asuhan Keperawatan pada Diagnosa Keperawatan Jiwa) Penerbit LovRinz. LovRinz Publishing.
- Widodo, D., Juairiah, J., Sumantrie, P., Siringoringo, S.N., Pragholapati, A., Purnawinadi, I.G., Manurung, A., Kadang, Y., Anggraini, N., Hardiyati, H., Widiastuti, S.H., Sari, T.H., Nasution, R.A., 2022. Keperawatan Jiwa. Yayasan Kita Menulis.
- Wuryaningsih Wuri Emi, Sp.Kep.J, D.H.D.W., M. Kep ,. Ns, Sp.Kep.J, N.E.I.D., M. Kep, M.Kep, N.F.D., M.Kep, N.E. hadi, 2020. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1. UPT Percetakan & Penerbitan, Universitas Jember.
- Yani, A.L., Suryani, N., Pragholapati, A., Paula, V., Hardiyati, H., Retnowuni, A., Fitria, D., Napitupulu, N.F., Manurung, M.E.M., Sugiarto, A., 2022. Pengantar Keperawatan Jiwa. Yayasan Kita Menulis.
- Yusuf, A., Pk, R.F., Nihayati, H.E., 2015. KEPERAWATAN KESEHATAN Jiwa. Salemba Med. 366.
- Zaini, M., 2019. Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial Di Pelayanan Klinis Dan Komunitas. Deepublish.

BAB II

RESPONS PSIKOFISIOLOGIS DAN GANGGUAN TIDUR

Oleh Raden Surahmat

2.1 Permasalahan Psikofisiologis Dan Gangguan Tidur

Psikofisiologis merupakan ilmu yang mempelajari tentang hubungan yang terjadi terkait pikiran serta fungsi tubuh serta pengaruhnya (Harwijayanti et al., 2022). Psikofisiologi adalah cabang psikologi yang terkait dengan basis fisiologis proses psikologis. Ini adalah disiplin psikobiologi dan objek penelitian adalah manusia. Tujuan psikofisiologi adalah mempelajari perilaku manusia dan proses yang mengaturnya yang berkaitan dengan studi proses somatik dan fisiologis (Sainteanastasio, 2023).

Salah satu masalah yang terjadi akibat dari permasalahan psikofisiologia yaitu gangguan tidur. Gangguan tidur merupakan kumpulan kondisi yang dialami seseorang pada jumlah, kualitas dan waktu tidur yang terjadi saat memulai dan mempertahankan tidur. (Hasibuan & Hasna, 2021). Perubahan atau gangguan yang terjadi pada keadaan bangun dan tidur terjadi karena proses neuron atau saraf yang kompleks, jika tidak diatasi akan mengganggu sistem ARAS sehingga akan meningkatkan kondisi terjaga dan mengurangi kualitas tidur seseorang (Kemenkes RI, 2022).

Respon individu terhadap situasi yang dialami setiap manusia memiliki berbagai macam, mulai dari respon adaptif sampai respon maladaptif. Dapat disimpulkan bahwasanya pikiran, perasaan dan fungsi tubuh memiliki hubungan atau saling berkaitan. Respon psikofisiologis seringkali dikaitkan dengan peran stress dalam kehidupan, dimana respon psikologis merupakan dampak atau efek dari adanya gangguan pada fungsi fisik karena adanya respons dan

efek stress. Gangguan psikofisiologis yang serius dapat berdampak fatal jika tidak dilakukan pengobatan (Stuart, 2021). Masalah psikofisiologis merupakan kondisi terganggunya fisik yang disebabkan oleh faktor psikologis. Gangguan psikofisiologis memfokuskan perhatian pada hubungan kausal satu arah pada interaksi antara psike dan soma, atau dampak dari faktor psikologis secara negatif terhadap kondisi medis secara umum terutama stress yang dapat menjadi penyebab terjadinya gangguan tidur (Saputra & Suarya, 2019).

Setiap orang memiliki kebutuhan dan jam tidur yang berbeda-beda, namun tujuan akhirnya yaitu agar kembali merasa segar dan bertenaga (Rahmat Rafiudin, 2004). Orang yang mengalami masalah psikofisiologis cenderung mengalami gangguan tidur sehingga dapat berdampak pada konsentrasi dan mudah emosional (Rahmat Rafiudin, 2004). Berbagai kondisi gangguan tidur terjadi karena pekerjaan seperti adanya beban kerja, masa kerja, shift kerja (Hamel et al., 2018). Selain itu kecanduan game, bahwa stres, stres, dan rasa tidak nyaman merupakan faktor aktif yang mempengaruhi kualitas tidur (Pratiwi, 2022; Wicaksono DW, 2012).

2.2 Respons Psikofisiologis dan Gangguan Tidur

Beberapa kondisi fisik yang dipengaruhi faktor psikologis antara lain yaitu kardiovaskular, muskuloskeletal, pernafasan, gastrointestinal, endokrin, kulit, genitourinary, sehingga beberapa pasien akan mencari pengobatan atas keluhan yang terjadi ke pelayanan kesehatan, beberapa orang memiliki gejala fisik namun tanpa disertai adanya malfungsi organ tubuh yang dapat juga disebut gangguan somatoform sehingga dapat menyebabkan terjadinya gangguan somatisasi yang ditandai dengan banyaknya keluhan fisik, gangguan konversi yaitu karena terjadi kehilangan atau perubahan fungsi fisik, hipocondriasis yaitu kondisi keyakinan memiliki penyakit, gangguan disformik tubuh yaitu kondisi seseorang dengan kondisi fisik normal namun khawatir memiliki penyakit, gangguan nyeri yaitu faktor psikologis yang memainkan

peran penting dalam onset, keparahan, atau pemeliharaan rasa sakit serta masalah tidur (Stuart, 2021).

Beberapa respon psikofisiologis yang sering terjadi antara lain yaitu (1) gangguan gejala somatik yang merupakan kondisi gangguan fungsional dan psikologis yang dapat berupa kondisi sangat berakut dan dapat berakibat sehingga harus mendapatkan perawatan intensif, (2) gangguan konvensi yaitu terjadinya perubahan fungsi fisik yang tidak dapat dijelaskan melalui evaluasi medis, (3) gangguan disformik tubuh yaitu kondisi normal seseorang namun mengalami kekhawatiran pada kondisi kesehatan, (4) gangguan bustan yaitu kondisi seseorang yang mengalami permasalahan persepsi terhadap kondisi penyakit yang dialami, (5) insomnia yaitu permasalahan tidur yang dialami seseorang terkait kualitas dan fase tidur, (6) gangguan *hipersomnolence* yaitu kondisi mengantuk yang terjadi secara berlebihan yang terjadi di malam hari sehingga sulit untuk bangun, (7) narkolepsi yaitu gangguan tidur yang menyebabkan kantuk atau tidur yang berlebihan di siang hari, hal tersebut terjadi disebabkan karena terjadinya gangguan pada sistem saraf tanpa diketahui penyebabnya (Stuart, 2021).

2.3 Fisiologi dan Jenis Tidur

Tidur normal didefinisikan terjadi selama 6 sampai 9 jam pada usia dewasa sehingga dengan waktu tersebut seseorang akan mengalami kondisi yang menyegarkan setelah terbangun dari tidur (Stuart, 2021). Tidur yang cukup berbeda-beda pada setiap individu, namun beberapa orang menyatakan bahwa tidur yang cukup jika kebutuhan tidur selama 6 – 9 jam perhari terpenuhi. Jika tidur tidak tercukupi maka akan mempengaruhi hormon stress (kortisol), nafsu makan (leptin), hormon pengontrol sendi dan hormon yang mengatur metabolisme (tiroid) serta mempengaruhi sistem imun seseorang (Rahmat Rafiudin, 2004).

Siklus tidur sampai dengan bangun diatur oleh hubungan antar saraf antara lain arousal sistem, pusat tidur gelombang

lambat, pusat tidur paradoksikal (Dewanto G, et al, 2009). Tidur dibagi menjadi dua jenis atau fase yaitu fase *Rapid Eyes Movement* (REM) dan fase *Non Rapid Eyes Movement* (Non-REM) (Rahmat Rafiudin, 2004).

1. Fase tidur REM yaang terjadi mulai saat seseorang bermimpi serta ditandai dengan tingginya aktivitas mental dan fisik dengan ciri-ciri yang terjadi ditandai dengan gerakan mata cepat, pada detak jantung, tekanan darah serta pola nafas sama dengan kondisi ketikasaat sesorang terbangun dari tidur.masa tidur Rem terjadi lebh kurang 20 menit sejak sesorang tertidur
2. Fase tidur Non REM merupakan fase tidur yang lebih pulas, dimana pada fase ini seseorang akan lebih sulit untuk dibangunkan serta adanya aktivitas hormon somastostatin yang erfungsi sebagai

Fase tidur NREM dibagi menjadi 4 stadium, yaitu:

- 1) Stadium 1
Pada kondisi ini seluruh otot menjadi lemas, kelopak dan kedua bola mata bergerak pelan.
- 2) Stadium 2
Pada stadium ini kedua bola mata berhenti bergerak tetapi tonus otot tetap befungsi
- 3) Stadium 3
Pada stadium ini saat diperika EEG akan menunjukkan gelombang dasarr lambat dengan amplitudo meningkat
- 4) Stadium 4
Pada kondisi ini tonus otot bmenjadi sangat rendah (Dewanto G, et al, 2009).

2.4 Jenis Gangguan Tidur

Permasalahan tidur tidak hanya dialami oleh orang dengan oral namun sering terjadi pada orang yang mengalami masalah fisiologis dan psikologis seperti kurang olahraga, dan

terganggunya kondisi mental. Menurut survei National sleep foundation (NSF) di amerika didapatkan data bahwa orang yang mengalami masalah tidur dapat menyebabkan kesulitan berkonsentrasi, sulit menyelesaikan pekerjaan, dan cenderung bersifat emosional. (Rahmat Rafiudin, 2004). Terdapat berbagai gangguan tidur yang terjadi secara fungsional maupun patologis (Dewanto G, et al, 2009). Gangguan tidur merupakan suatu keadaan seseorang dengan kuantitas dan kualitas tidur yang kurang, beberapa gangguan tidur yaitu :

1. Insomnia

Kesulitan untuk tidur atau kesulitan untuk tetap tidur atau gangguan tidur yang membuat penderita merasa belum cukup tidur pada saat terbangun. Gejala fisik : muka pucat, mata sembab, badan lemas dan daya tahan tubuh menurun sehingga menjadi mudah terserang penyakit dan gejala psikisnya : lesu, lambat menghadapi rangsangan, dan sulit berkonsentrasi.

2. Hipersomnia

Gangguan jumlah tidur yang berlebihan dan selalu mengantuk di siang hari, gangguan ini dikenal sebagai *narkolepsi* yaitu tidak dapat menghindari untuk tidur, dan bisa terjadi pada setiap usia. Gejala fisik : mengantuk yang hebat, gugup, depresi, harga diri rendah, immobilisasi tidak mampu bergerak waktu mula-mula bangun. Gejala psikis : halusinasi visual atau audio (pendengaran).

3. Parasomnia

Gangguan tidur yang tidak umum dan tidak diinginkan yang tampak secara tiba-tiba selama tidur atau terjadi pada ambang terjaga dan tidur, sering muncul dalam bentuk mimpi yang menakutkan. Gejala fisik : jalan waktu tidur, bicara waktu tidur, mendadak duduk ditempat tidur, sedang gejala psikis : penderita jarang mengingat kejadiannya.

4. Narkolepsi

Merupakan gangguan yang terjadi dengan tanda adanya mengantuk yang berlebihan dan tak dapat dikendalikan pada waktu yang tidak bisa ditentukan terutama disiang hari

5. Paralisis

Kondisi seseorang yang mengalami kelumpulhan disaat dan atau menjelang terbangun dari tidur (Kemenkes RI, 2022; Rahmat Rafiudin, 2004; Stuart, 2021).

2.5 Penyebab Respon Psikofisiologis Dan Gangguan Tidur

Respon psikofisiologis dipengaruhi oleh kesiapan seseorang dalam mendapatkan proses perawatan kesehatan, adanya reaksi berduka yaitu penolakan terhadap kondisi yang dialami saat ini terkait proses penyakit, adanya gangguan rasa nyaman seperti nyeri akut maupun kronis serta , terjadinya gangguan pola tidur karena kualitas dan kuantitas akibat dari faktor eksternal (Stuart, 2021).

Gangguan tidur umumnya dikaitkan bahwa seseorang mengalami gangguan kejiwaan atau respon psikologis (Stuart, 2021). Karena 80% orang yang mengalami ansietas akan terjadi gangguan tidur yang diakibatkan karena terjadinya reaksi atau peristiwa traumatis maupun efek dari penggunaan zat maupun obat-obatan. Faktor psikologis dan stress ditengarai sebagai penyebab terjadinya gangguan tidur seperti gaya hidup, kondisi kerja shift atau adanya lembur, jet lag (ketidakmampuan tidur saat dalam perjalanan) pengaruh lingkungan seperti suhu, suara bising maupun cahaya serta masalah yang terjadi pada individu yang sedang mengalami atau menjalani proses pengobatan, akibat proses penuaan. Kondisi tersebut dapat kembali normal jika faktor penyebab segera diatasi, namun tidak diatasi akan berdampak pada masalah lanjut (Rahmat Rafiudin, 2004).

Gangguan tidur seringkali juga dirasakan oleh pasien yang dirawat yang disebabkan oleh pengaruh zat, kondisi yang berbeda dengan situasi di rumah serta adanya sumber yang dirimbulkan saat proses perawatan yang terjadi di ruangan sehingga menciptakan lingkungan yang kurang kondusif untuk tidur (Stuart, 2021). Beberapa kondisi penyakit yang dapat menjadi penyebab gangguan tidur antara lain (katarak, penyakit alzheimer, demensia, kanker, parkinson, osteoporosis, artritis dan berbagai kondisi lain yang disebabkan oleh efek proses pengobatan yang dijalani individu (Rahmat Rafiudin, 2004).

Faktor predisposisi

2.6 Solusi Mengatasi Respons Psikofisiologis Dan Gangguan Tidur

Berbagai solusi telah diteliti oleh berbagai ahli untuk mengatasi permasalahan psikofisiologi berupa gangguan tidur (Kemenkes RI, 2022; Rahmat Rafiudin, 2004), antara lain:

1. Tidur pada ruangan dengan suhu dan cahaya yang nyaman
2. Menghindari tidur ditempat kerja, usahakan tidur pada tempat dimana seseorang biasa tidur
3. Menghindari aktivitas berlebihan di malam hari
4. Hindari makanan berat pada waktu larut malam
5. Melakukan olahraga atau aktivitas fisik rutin setiap hari
6. Menghindari pikiran negatif dan menciptakan pikiran positif sebelum tidur
7. Berusaha untuk memiliki jadwal tidur yang teratur
8. Hindari rokok dan alkohol
9. Melakukan pijat atau refleksi

Dalam proses perawatan, kondisi psikofisiologis dan gangguan tidur termasuk didalam subkategori aktivitas dan istirahat yang definisikan sebagai gangguan kualitas dan kuantitas

akibat faktor eksternal yang ditandai dengan (mengeluh sulit tidur, sering terjaga, tidak puas idur, pola tidur dan istirahat tidak cukup. Kondisi tersebut dapat dipengaruhi oleh karena terjadinya perubahan status kesehatan. Penyebab terjadinya masalah tersebut karena kondisi adanya nyeri, hipertiroid, kecemasan, penyakit paru obstruktif kronis, proses kehamilan serta kondisi sebelum dan setelah adanya tindakan pembedahan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018).

Adapun tindakan perawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan tidur yaitu dengan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) serta identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. Selain itu pula dapat dilakukan cara memodifikasi lingkungan seperti pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), membatasi waktu tidur siang, jika perlu, memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, membuat jadwal tidur rutin, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur, menyesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga. Pemberian edukasi terkait pentingnya tidur cukup selama sakit, mengnjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, mengurangi penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM serta ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya (Tim Pokja DPP PPNI, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Dewanto G, et al. (2009). *Panduan Praktis Diagnosis dan tata Laksana Penyakit Saraf*. EGC.
- Hamel, R. S., Rompas, R. M., & Doda, V. D. (2018). Hubungan Antara Beban, Masa Kerja Dan Shift Kerja Dengan Gangguan Pola Tidur Pada Perawat Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Gmim Pancaran Kasih Manado. *JURNAL KEPERAWATAN*, 6(2), Article 2. <https://doi.org/10.35790/jkp.v6i2.24982>
- Harwijayanti, B. P., Kuswanto, Kartini, Pardede, J. A., Purba, R., Kusumawaty, I., Yunike, & Agustini, M. (2022). *Psikologi Keperawatan*. Get Press.
- Hasibuan, R. K., & Hasna, J. A. (2021). Gambaran Kualitas Tidur pada Lansia dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya di Kecamatan Kayangan, Kabupaten Lombok Utara, Nusa Tenggara Barat. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 17(2), Article 2. <https://doi.org/10.24853/jkk.17.2.187-195>
- Kemenkes RI. (2022). *Mengenal Gangguan Tidur*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/502/yuks-mengenal-gangguan-tidur
- Pratiwi, A. D. (2022). *Hubungan Kecanduan Game Dengan Gangguan Tidur Pada Remaja Di Mtss Al – Washliyah 27 Sei Rampah* [Thesis, Universitas Medan Area]. <https://repositori.uma.ac.id/handle/123456789/19492>
- Rahmat Rafiudin. (2004). *Insomnia & Gangguan Tidur*. Elex Media Komputindo.
- Sainteanastasio. (2023). *Psikologi, filsafat dan pemikiran tentang kehidupan*. Psikologi, filsafat dan pemikiran tentang kehidupan. <https://id.sainte-anastasio.org/articles/neurociencias/psicofisiologa-qu-es.html>

- Saputra, I., & Suarya, L. M. (2019). Peran stres akademik dan hardiness terhadap kecenderungan gangguan psikofisiologis pada mahasiswa kedokteran tahun pertama. *Jurnal Psikologi Udayana*, 6, 31. <https://doi.org/10.24843/JPU.2019.v06.i01.p04>
- Stuart, G. W. (2021). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart, edisi Indonesia 11*. Elsevier Health Sciences.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. <https://snars.web.id/siki/1-054174-dukungan-tidur/>
- Wicaksono DW. (2012). *Analisis Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Kualitas Tidur Pada Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga* [Skripsi, UNIVERSITAS AIRLANGGA]. <http://www.lib.unair.ac.id>

BAB III

RESPON KONSEP DIRI DAN GANGGUAN DISOSIATIF

Oleh Herna Alifiani

3.1 Respon Konsep Diri

1. Pengertian

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, perasaan, kepercayaan, serta pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan memengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain. Hal ini meliputi penilaian terhadap kemampuan, kepribadian, dan kepercayaan individu terhadap dirinya sendiri. Konsep diri juga dapat dipengaruhi oleh pengalaman hidup, interaksi sosial, serta perbandingan dengan orang lain.

Konsep diri belum muncul saat bayi, tetapi mulai berkembang secara bertahap. Bayi mampu mengenal dan membedakan dirinya dengan orang lain serta mempunyai pengalaman dalam berhubungan dengan orang lain. Konsep diri berasal dari pengalaman hidup, interaksi sosial, serta evaluasi diri sendiri terhadap kemampuan dan prestasi yang telah dicapai. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi konsep diri antara lain, pengalaman pribadi setiap individu, pengalaman hidup traumatis, dukungan sosial, pengakuan dari orang lain, serta kondisi fisik dan kesehatan. Memahami konsep diri penting bagi perawat karena asuhan keperawatan diberikan secara utuh bukan hanya penyakit tetapi menghadapi individu yang mempunyai pandangan, nilai dan pendapat tertentu tentang dirinya. Selain itu dalam beberapa penelitian menunjukkan bahwa media sosial juga dapat mempengaruhi konsep diri seseorang. Konten yang sering diakses di media sosial, seperti gambar

tubuh yang ideal atau kehidupan glamor, dapat membuat seseorang merasa tidak cukup baik atau bahkan rendah diri.

2. Rentang Respon Konsep Diri

Konsep diri seseorang terletak pada suatu rentang respons antara ujung adaptif dan ujung maladaptif, yaitu aktualisasi diri, konsep diri positif, harga diri rendah, kekacauan identitas, dan depersonalisasi. Rentang respon konsep diri mengacu pada kemampuan seseorang untuk merespons informasi atau pengalaman yang berhubungan dengan dirinya sendiri. Konsep diri merupakan persepsi individu tentang dirinya sendiri, yang mencakup bagaimana individu melihat dan memahami dirinya sendiri dalam berbagai aspek seperti fisik, emosional, dan sosial. Rentang respon konsep diri menggambarkan sejauh mana individu mampu mengakui dan menerima informasi atau pengalaman yang berkaitan dengan konsep dirinya.

Respon adaptif Respon Maladaptif



Aktualisasi diri Konsep Harga Kekacauan Depersonalisasi
 diri positif diri rendah Identitas

Gambar 3.1 Rentang Respon

Rentang respon konsep diri sangat penting dalam psikologi karena dapat mempengaruhi perilaku dan kesejahteraan individu. Individu yang memiliki rentang respon konsep diri yang luas cenderung lebih mampu mengatasi situasi sulit, mengambil tanggung jawab atas kesalahannya, dan menyesuaikan diri dengan lingkungan yang berubah. Sebaliknya, individu yang memiliki

rentang respon konsep diri yang sempit cenderung lebih mudah stres, sulit menerima kritik atau umpan balik, dan kurang mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan yang berubah.

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi rentang respon konsep diri antara lain pengalaman masa lalu, gaya pengasuhan, dan lingkungan sosial. Pengalaman masa lalu yang negatif seperti pengalaman trauma atau penolakan dapat menyebabkan rentang respon konsep diri yang sempit, sedangkan pengalaman positif seperti pengalaman keberhasilan dapat memperluas rentang respon konsep diri. Gaya pengasuhan yang otoriter atau overprotektif juga dapat membatasi rentang respon konsep diri, sedangkan lingkungan sosial yang inklusif dan mendukung dapat memperluas rentang respon konsep diri.

Rentang respons konsep diri yang paling adaptif adalah aktualisasi diri. Menurut Maslow karakteristik aktualisasi diri meliputi:

1. Realistik,
2. Cepat menyesuaikan diri dengan orang lain,
3. Persepsi yang akurat dan tegas
4. Dugaan yang benar terhadap kebenaran/kesalahan,
5. Akurat dalam memperbaiki masa yang akan datang,
6. Mengerti seni, musik, politik, filosofi,
7. Rendah hati,
8. Mempunyai dedikasi untuk bekerja,
9. Kreatif, fleksibel, spontan, dan mengakui kesalahan,
10. Terbuka dengan ide-ide baru,
11. Percaya diri dan menghargai diri,
12. Kepribadian yang dewasa,
13. Dapat mengambil keputusan,
14. Berfokus pada masalah,
15. Menerima diri seperti apa adanya,
16. Memiliki etika yang kuat,

17. Mampu memperbaiki kegagalan.

3. Komponen Konsep Diri

komponen yang membentuk konsep diri seseorang, yaitu:

- 1) Identitas Diri, Identitas adalah kesadaran tentang “diri sendiri” yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian terhadap dirinya, serta menyadari individu bahwa dirinya berbeda dengan orang lain. Pengertian identitas adalah organisasi, sintesis dari semua gambaran utuh dirinya, serta tidak dipengaruhi oleh pencapaian tujuan, atribut/jabatan, dan peran. Dalam identitas diri ada otonomi yaitu mengerti dan percaya diri, hormat terhadap diri, mampu menguasai diri, mengatur diri, dan menerima diri.

Identitas diri merupakan aspek konsep diri yang berkaitan dengan persepsi seseorang terhadap karakteristik dirinya, seperti jenis kelamin, ras, agama, dan lain sebagainya. Identitas diri dapat berasal dari lingkungan tempat seseorang tumbuh dan berkembang, termasuk keluarga, sekolah, lingkungan sosial, dan budaya. Ciri individu dengan identitas diri yang positif adalah sebagai berikut:

1. Mengenal diri sebagai individu yang utuh terpisah dari orang lain.
2. Mengakui jenis kelamin sendiri.
3. Memandang berbagai aspek diri sebagai suatu keselarasan.
4. Menilai diri sesuai penilaian masyarakat.
5. Menyadari hubungan masa lalu, sekarang dan yang akan datang.
6. Mempunyai tujuan dan nilai yang disadari.
7. Ciri individu yang berkepribadian sehat antara lain sebagai berikut.

8. Citra tubuh positif dan sesuai.
9. Ideal diri realistis.
10. Harga diri tinggi.
11. Penampilan peran memuaskan.
12. Identitas jelas.

Identitas Diri merupakan konsep yang mengacu pada kesadaran seseorang tentang siapa dirinya, termasuk nilai-nilai, keyakinan, minat, preferensi, dan pengalaman hidup yang membentuk identitas uniknya. Respon terhadap identitas diri seseorang dapat bervariasi, tergantung pada konteks dan situasi yang dihadapi. Berikut adalah beberapa contoh respon terhadap identitas diri dan faktor-faktor yang mempengaruhinya:

- a. Self-Acceptance atau Penerimaan Diri Respon positif terhadap identitas diri adalah self-acceptance atau penerimaan diri. Hal ini ditandai dengan adanya rasa nyaman dan bahagia dengan diri sendiri, termasuk tampilan fisik, kemampuan, dan keunikan seseorang. Self-acceptance dapat dipengaruhi oleh faktor internal, seperti self-esteem yang kuat, dan faktor eksternal, seperti dukungan sosial dari keluarga, teman, dan masyarakat.
- b. Self-Doubt atau Keraguan Diri Respon negatif terhadap identitas diri adalah self-doubt atau keraguan diri. Hal ini ditandai dengan ketidakpercayaan diri dan merasa tidak yakin dengan kemampuan dan keunikan seseorang. Self-doubt dapat dipengaruhi oleh faktor internal, seperti self-esteem yang rendah, dan faktor eksternal, seperti kritik dan penilaian negatif dari orang lain.
- c. Self-Exploration atau Eksplorasi Diri Respon eksplorasi diri adalah ketertarikan seseorang

dalam mengeksplorasi dan mengembangkan identitas dirinya. Hal ini ditandai dengan mencari tahu tentang diri sendiri, mencoba hal-hal baru, dan mengembangkan minat dan bakat. Self-exploration dapat dipengaruhi oleh faktor internal, seperti rasa ingin tahu dan rasa ingin berkembang, dan faktor eksternal, seperti dukungan sosial dan lingkungan yang memfasilitasi eksplorasi diri.

- d. Self-Stagnation atau Stagnasi Diri Respon stagnasi diri adalah ketidakmampuan seseorang untuk mengembangkan dan memperluas identitas dirinya. Hal ini ditandai dengan merasa tidak ada kemajuan dalam hidup dan tidak mengeksplorasi minat atau bakat baru. Self-stagnation dapat dipengaruhi oleh faktor internal, seperti kurangnya motivasi atau energi, dan faktor eksternal, seperti lingkungan yang tidak memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan.

- 2) Body Image, body image adalah gambaran mental yang dimiliki seseorang tentang bentuk dan ukuran tubuhnya. Body image juga merupakan kumpulan sikap individu baik yang disadari maupun tidak terhadap tubuhnya, termasuk persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran, fungsi, keterbatasan, makna, dan objek yang kontak secara terus-menerus (anting, *make up*, pakaian, kursi roda, dan sebagainya) baik masa lalu maupun sekarang. Body Image merupakan hal pokok dalam konsep diri. Body Image harus realistis karena semakin seseorang dapat menerima dan menyukai tubuhnya ia akan lebih bebas dan merasa aman dari kecemasan sehingga harga dirinya akan meningkat. Sikap individu terhadap tubuhnya mencerminkan aspek

penting dalam dirinya misalnya perasaan menarik atau tidak, gemuk atau tidak, dan sebagainya.

Komponen body Image biasanya meliputi persepsi terhadap berat badan, tinggi badan, bentuk wajah, dan bagian tubuh lainnya. Body image dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor biologis, psikologis, dan sosial, seperti keturunan, gaya hidup, pengalaman trauma, dan media sosial. Body image merupakan persepsi seseorang terhadap tubuhnya sendiri, termasuk penilaian tentang ukuran, bentuk, dan tampilannya. Body image dapat mempengaruhi kesehatan mental dan fisik seseorang. Kondisi body image yang tidak sehat, seperti kepercayaan diri yang rendah dan gangguan makan, dapat menyebabkan stres, kecemasan, depresi, dan bahkan risiko kesehatan yang serius. Berikut ini adalah beberapa hal yang perlu dipahami terkait dengan body image:

- a. Faktor yang mempengaruhi body image Body image dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk budaya, media, keluarga, teman sebaya, pengalaman pribadi, dan keadaan kesehatan. Misalnya, standar kecantikan yang sering dipromosikan oleh media sosial dan industri kecantikan dapat memberikan tekanan kepada seseorang untuk menyesuaikan diri dengan citra tubuh yang dianggap ideal, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi persepsi diri seseorang terhadap tubuhnya.
- b. Gangguan makan Gangguan makan seperti anoreksia, bulimia, dan binge eating disorder dapat memengaruhi body image dan menyebabkan kecemasan dan ketidakpuasan terhadap tubuh. Kondisi ini seringkali dipicu oleh tekanan untuk menyesuaikan diri dengan citra tubuh yang dianggap ideal dan dapat

menyebabkan berbagai masalah kesehatan fisik dan mental.

- c. Peran media Media memiliki pengaruh besar dalam membentuk persepsi masyarakat tentang citra tubuh yang dianggap ideal. Penelitian telah menunjukkan bahwa tayangan televisi dan majalah kecantikan dapat meningkatkan tekanan pada remaja dan dewasa muda untuk menyesuaikan diri dengan citra tubuh yang dianggap ideal. Seiring dengan perkembangan teknologi, media sosial seperti Instagram, TikTok, dan Youtube juga menjadi sumber tekanan bagi banyak orang.
 - d. Dampak pada kesehatan mental dan fisik Body image yang tidak sehat dapat mempengaruhi kesehatan mental dan fisik seseorang. Penelitian menunjukkan bahwa persepsi negatif tentang tubuh dapat menyebabkan stres, kecemasan, depresi, dan risiko gangguan makan. Selain itu, persepsi negatif tentang tubuh juga dapat mempengaruhi kesehatan fisik seseorang, termasuk peningkatan risiko obesitas dan penyakit jantung.
- 3) Self-esteem, Self-esteem atau harga diri adalah pandangan positif atau negatif yang dimiliki seseorang terhadap dirinya sendiri. Self-esteem berkaitan dengan pengakuan dan penghargaan terhadap kemampuan dan prestasi diri. Sumber self-esteem dapat berasal dari lingkungan keluarga, teman, dan pengalaman hidup. Harga diri juga merupakan penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dan menganalisis seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Individu akan merasa harga dirinya tinggi bila sering mengalami keberhasilan.

Sebaliknya, individu akan merasa harga dirinya rendah bila sering mengalami kegagalan, tidak dicintai, atau tidak diterima lingkungan. Harga diri dibentuk sejak kecil dari adanya penerimaan dan perhatian. Harga diri akan meningkat sesuai meningkatnya usia dan sangat terancam pada masa pubertas. Coopersmith dalam buku Stuart dan Sundeen (2002) menyatakan bahwa ada empat hal yang dapat meningkatkan harga diri anak, yaitu:

- a. Memberi kesempatan untuk berhasil,
- b. Menanamkan idealisme,
- c. Mendukung aspirasi/ide,
- d. Membantu membentuk coping.

Harga diri atau self-esteem merupakan persepsi seseorang terhadap dirinya sendiri dan keyakinan tentang nilai atau keberhasilan yang dimilikinya. Harga diri bisa dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti lingkungan sosial, pengalaman hidup, dan interaksi dengan orang lain. Harga diri yang tinggi akan membuat seseorang merasa lebih percaya diri dan memiliki rasa positif terhadap dirinya sendiri. Sebaliknya, harga diri yang rendah dapat mempengaruhi kesehatan mental dan emosional seseorang, serta membuatnya lebih rentan terhadap stres, depresi, dan gangguan kecemasan. Penelitian telah menunjukkan bahwa harga diri dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk:

- a. Pengalaman masa kecil: pengalaman masa kecil yang buruk atau traumatis dapat merusak harga diri seseorang dan membuatnya lebih sulit untuk membangun harga diri yang positif di kemudian hari.
- b. Dukungan sosial: dukungan sosial dari keluarga, teman, atau pasangan dapat membantu seseorang membangun harga diri yang positif.

- c. Pencapaian dan keberhasilan: meraih pencapaian atau keberhasilan dalam kehidupan dapat meningkatkan harga diri seseorang.
 - d. Persepsi diri: persepsi positif atau negatif yang seseorang miliki tentang dirinya sendiri dapat mempengaruhi harga dirinya.
- 4) Self-efficacy Self-efficacy atau efikasi diri adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuan dirinya untuk mencapai tujuan tertentu. Self-efficacy atau efikasi diri merupakan keyakinan individu terhadap kemampuan dirinya untuk melakukan suatu tugas atau mencapai tujuan tertentu. Konsep ini dikembangkan oleh Albert Bandura pada tahun 1977 dan telah menjadi topik penting dalam psikologi dan bidang-bidang terkait seperti pendidikan, psikologi organisasi, dan kesehatan. Self-efficacy berkaitan dengan motivasi dan kemampuan seseorang untuk mengatasi tantangan dan mengambil keputusan.

Sumber self-efficacy dapat berasal dari pengalaman hidup, pendidikan, dan lingkungan sosial. Secara umum, self-efficacy memiliki peran penting dalam motivasi individu dan kinerja mereka. Individu dengan tingkat self-efficacy yang tinggi cenderung lebih termotivasi, lebih bertahan dalam menghadapi tantangan, dan cenderung mencapai tujuan mereka dengan lebih baik daripada mereka yang memiliki tingkat self-efficacy yang rendah. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat self-efficacy individu adalah pengalaman sebelumnya, pengaruh orang lain, umpan balik, dan kepercayaan diri. Dalam pengembangan self-efficacy, individu dapat mengambil tindakan untuk meningkatkan kemampuan mereka, menemukan dukungan sosial, mencari umpan balik yang konstruktif, dan

mengubah cara mereka berpikir tentang kemampuan mereka.

- 5) Self-ideal, Self-ideal adalah gambaran mental tentang seperti apa ideal diri yang ingin dicapai oleh seseorang. Self-ideal dapat mempengaruhi motivasi dan tujuan hidup seseorang. Sumber self-ideal dapat berasal dari lingkungan sosial dan pengalaman hidup, persepsi individu tentang seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau nilai yang diyakininya. Penetapan ideal diri dipengaruhi oleh kebudayaan, keluarga, ambisi, keinginan, dan kemampuan individu dalam menyesuaikan diri dengan norma serta prestasi masyarakat setempat.

Individu cenderung menyusun tujuan yang sesuai dengan kemampuannya, kultur, realita, menghindari kegagalan dan rasa cemas, serta *inferiority*. Ideal diri harus cukup tinggi supaya mendukung respek terhadap diri tetapi tidak terlalu tinggi, terlalu menuntut, serta samar-samar atau kabur. Ideal diri akan melahirkan harapan individu terhadap dirinya saat berada di tengah masyarakat dengan norma tertentu. Ideal diri berperan sebagai pengatur internal dan membantu individu mempertahankan kemampuannya menghadapi konflik atau kondisi yang membuat bingung. Ideal diri penting untuk mempertahankan kesehatan dan keseimbangan mental.

- 6) Self-actualization, Self-actualization atau aktualisasi diri adalah tahap dimana seseorang mencapai potensi dirinya yang penuh dan mengalami kepuasan hidup secara penuh. Aktualisasi diri juga merupakan suatu konsep yang diperkenalkan oleh Abraham Maslow, seorang psikolog yang terkenal dengan teori

hierarki kebutuhan. Menurut Maslow, aktualisasi diri adalah keadaan di mana seseorang telah mencapai potensi penuh dari kemampuannya dan telah mencapai kepuasan pribadi yang maksimal. Aktualisasi diri dapat dicapai melalui eksplorasi diri dan pengembangan pribadi.

Menurut Maslow, individu dapat mencapai aktualisasi diri hanya setelah memenuhi kebutuhan dasar seperti kebutuhan fisik, keamanan, sosial, dan penghargaan. Aktualisasi diri melibatkan pengembangan kemampuan, minat, dan potensi individu untuk mencapai tujuan hidup yang dianggap penting dan bermakna. Proses aktualisasi diri juga melibatkan pengalaman positif seperti kebahagiaan, kepuasan, dan pengalaman positif lainnya. Dalam mencapai aktualisasi diri, individu harus menerima dan memperbaiki kelemahan dan kekurangan dirinya serta meningkatkan kualitas hidupnya secara keseluruhan. Untuk mencapai aktualisasi diri, ada beberapa cara yang dapat dilakukan seperti:

- a. Menentukan tujuan hidup yang jelas dan bermakna.
- b. Meningkatkan kemampuan dan minat melalui pendidikan dan pengalaman.
- c. Mencari dukungan dari lingkungan sosial dan keluarga.
- d. Membuat keputusan yang bijaksana dan mengambil tanggung jawab atas tindakan sendiri.
- e. Menjalinkan hubungan interpersonal yang positif dan sehat.

Sumber self-actualization dapat berasal dari pengalaman hidup, pendidikan, lingkungan sosial, dan kematangan psikologis. Ada beberapa karakteristik yang dapat diidentifikasi pada individu yang telah mencapai aktualisasi diri. Beberapa di antaranya adalah:

- a. Memiliki persepsi yang jelas tentang realitas, diri sendiri, dan orang lain.
- b. Memiliki pemahaman yang mendalam tentang diri sendiri dan kemampuan serta kekurangan diri sendiri.
- c. Memiliki keterikatan sosial yang kuat, tetapi juga mampu mandiri secara emosional.
- d. Memiliki kepercayaan diri yang tinggi dan mampu mengatasi kegagalan.
- e. Merasa puas dengan hidup dan merasa memiliki tujuan hidup yang jelas.

Proses aktualisasi diri merupakan proses yang terus-menerus dan tidak pernah selesai. Setiap orang memiliki potensi untuk mencapai aktualisasi diri, namun tidak semua orang berhasil melakukannya. Ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mencapai aktualisasi diri, termasuk faktor lingkungan dan genetik. Menurut Maslow, ada beberapa faktor yang diperlukan untuk mencapai aktualisasi diri, termasuk:

- a. Keterlibatan penuh dalam aktivitas yang dilakukan
- b. Mengembangkan hubungan interpersonal yang sehat
- c. Menjalin hubungan yang bersifat pribadi
- d. Mengalami tantangan dan pertumbuhan pribadi
- e. Membuat keputusan berdasarkan nilai-nilai yang penting bagi diri sendiri

7) Peran

Peran merupakan bagian penting dalam konsep diri seseorang. Konsep diri merujuk pada cara individu memandang dirinya sendiri, termasuk nilai-nilai, kemampuan, dan karakteristik yang dimiliki. Dalam

hal ini, peran menjadi sangat penting dalam membentuk konsep diri seseorang. Peran dapat diartikan sebagai karakteristik atau tugas-tugas yang melekat pada individu, baik secara inheren (misalnya, jenis kelamin, usia) atau diperoleh melalui pengalaman hidup (misalnya, pekerjaan, posisi sosial). Dalam hal ini, peran dapat membentuk identitas individu dan mempengaruhi cara individu melihat dirinya sendiri.

Peran juga dapat diartikan sebagai serangkaian pola sikap, perilaku, nilai, dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat sesuai posisinya di masyarakat/kelompok sosialnya. Peran memberikan sarana untuk berperan serta dalam kehidupan sosial dan merupakan cara untuk menguji identitas dengan memvalidasi pada orang yang berarti. Hal-hal yang memengaruhi penyesuaian individu terhadap peran antara lain sebagai berikut.

- a. Kejelasan perilaku yang sesuai dengan peran dan pengetahuannya tentang peran yang diharapkan.
- b. Respons/tanggapan yang konsisten dari orang yang berarti terhadap perannya.
- c. Kesesuaian norma budaya dan harapannya dengan perannya.
- d. Perbedaan situasi yang dapat menimbulkan penampilan peran yang tidak sesuai.

Peran sangat berdampak pada perilaku seseorang. Misalnya, jika seseorang merasa memiliki peran sebagai seorang pemimpin, maka dia akan cenderung berperilaku dengan cara yang mencerminkan peran tersebut, seperti mengambil inisiatif dan membuat keputusan yang sulit. Namun, terkadang peran dapat menjadi sumber stres dan ketidaknyamanan. Misalnya,

seseorang yang merasa memiliki peran sebagai seorang orangtua mungkin merasa kesulitan dalam memenuhi tuntutan dan harapan yang melekat pada peran tersebut. Penting untuk diingat bahwa peran tidak harus menjadi faktor yang menentukan konsep diri seseorang. Individu dapat mengambil kendali atas peran-peran yang dimainkan dalam hidup mereka dan memilih untuk tidak membiarkan peran tersebut menguasai konsep diri mereka.

3.2 Gangguan Disosiatif

1. Pengertian

Gangguan disosiatif adalah gangguan mental yang terjadi ketika individu mengalami ketidakmampuan dalam mengintegrasikan atau mengkoordinasikan identitas, ingatan, persepsi, dan/atau kesadaran. Gangguan disosiatif juga seringkali ditandai oleh pemisahan atau gangguan fungsi yang biasanya terkait dengan identitas, ingatan, atau kesadaran diri. Dalam gangguan disosiatif, individu mungkin mengalami perasaan kehilangan identitas, mengalami ketidakmampuan untuk mengingat bagian-bagian dari kehidupan mereka, atau merasa terpisah dari tubuh mereka sendiri. Hal ini dapat menyebabkan individu merasa kebingungan tentang siapa mereka sebenarnya, serta membuat mereka kesulitan memahami bagaimana orang lain melihat mereka. Sebagai respons terhadap hal ini, individu dengan gangguan disosiatif mungkin mengembangkan perasaan kecemasan, kebingungan, atau kehilangan diri sendiri.

Namun, individu dengan gangguan disosiatif juga dapat mengembangkan cara-cara koping untuk mengatasi gejala mereka. Salah satu cara ini adalah

dengan membentuk identitas yang berbeda-beda yang dapat berfungsi sebagai "bagian-bagian" dari diri mereka yang terpisah. Sebagai contoh, seseorang dengan gangguan disosiatif mungkin memiliki beberapa identitas yang berbeda, dan setiap identitas ini memiliki karakteristik dan perilaku yang unik. Gangguan disosiatif biasanya diobati melalui psikoterapi dan pengobatan obat-obatan, seperti antidepresan atau antipsikotik. Terapi perilaku kognitif juga bisa membantu individu untuk memahami dan mengelola gejala-gejala yang terkait dengan gangguan disosiatif.

Gangguan disosiatif dapat terjadi pada siapa saja dan biasanya terjadi setelah pengalaman traumatis atau stres berat. Beberapa jenis gangguan disosiatif meliputi:

- a. Gangguan identitas disosiatif: gangguan di mana individu memiliki dua atau lebih identitas yang berbeda yang seringkali bertentangan satu sama lain.
- b. Amnesia disosiatif: gangguan di mana individu mengalami hilang ingatan terhadap kejadian traumatis tertentu atau kejadian yang terkait dengan identitas dirinya.
- c. Gangguan depersonalisasi: gangguan di mana individu merasa terpisah dari tubuhnya sendiri atau pengalaman kehidupannya seolah-olah dalam mimpi.
- d. Gangguan derealisasi: gangguan di mana individu merasa terpisah dari kenyataan atau pengalaman kehidupannya seolah-olah dalam dunia mimpi.

2. Penyebab Gangguan Disosiatif

Gangguan Disosiatif seringkali diakibatkan oleh pengalaman trauma atau stres berat, seperti:

- a. Pelecehan seksual atau fisik
- b. Kekerasan dalam rumah tangga
- c. Kecelakaan mobil atau kecelakaan lainnya
- d. Kematian atau kehilangan orang yang dicintai
- e. Pemerkosaan atau penyerangan

3. Gejala Gangguan Disosiatif

Gejala yang biasanya dialami oleh seseorang yang mengalami Gangguan Disosiatif antara lain:

- a. Hilang ingatan atau kesulitan mengingat hal-hal tertentu
- b. Perasaan terputus dari diri sendiri atau lingkungan sekitar
- c. Perasaan bahwa segala sesuatu tidak nyata atau tidak benar-benar terjadi
- d. Perubahan kepribadian atau identitas yang berbeda-beda

4. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Disosiatif

Gangguan disosiatif merupakan kondisi di mana seseorang mengalami perubahan pada identitas, memori, atau kesadaran karena adanya pengalaman trauma atau stresor psikologis yang kuat. Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan disosiatif harus melibatkan pendekatan terapi yang holistik dan keterlibatan yang erat dengan pasien untuk membangun hubungan terapeutik yang kuat. Beberapa langkah yang dapat dilakukan dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan disosiatif meliputi:

- a. Evaluasi kondisi pasien: Evaluasi kondisi pasien meliputi identifikasi gejala-gejala yang dialami, sejarah trauma atau stresor psikologis, serta penilaian risiko terhadap keamanan diri pasien.

- b. Stabilisasi pasien: Langkah ini bertujuan untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan rasa aman pasien. Stabilisasi dapat dilakukan dengan memberikan obat-obatan anti-kecemasan, terapi perilaku kognitif, atau teknik relaksasi.
- c. Terapi trauma-fokus: Terapi ini bertujuan untuk membantu pasien memproses pengalaman traumatis dan mengatasi gejala disosiatif. Terapi trauma-fokus dapat dilakukan dengan terapi EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), terapi kognitif-behavioral, atau terapi psikodinamik.
- d. Terapi kelompok: Terapi kelompok dapat membantu pasien mengatasi rasa isolasi dan kesepian serta memperkuat dukungan sosial. Terapi kelompok juga dapat membantu pasien untuk berbagi pengalaman dan saling mendukung.

- 1) Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan disosiatif antara lain:
 - a) Pengkajian yang komprehensif tentang sejarah gangguan disosiatif pasien, termasuk faktor pencetus dan faktor pendorong.
 - b) Evaluasi tingkat kecemasan dan depresi pasien dan penanganan gejala tersebut secara tepat.
 - c) Mempromosikan keamanan dan kenyamanan pasien, seperti menjaga privasi dan memberikan dukungan sosial yang memadai.
 - d) Membantu pasien mengembangkan keterampilan coping yang sehat dan membangun kembali kepercayaan pada diri sendiri.

- e) Menjalin hubungan terapeutik dengan pasien, yang dapat membantu memfasilitasi pemulihan.
- 2) Pengkajian pada pasien dengan Gangguan Disosiatif meliputi beberapa hal seperti:
- a) Riwayat Kesehatan Mental dan Fisik: Meliputi riwayat kesehatan mental pasien sebelumnya, riwayat penggunaan obat-obatan, alkohol, dan rokok, serta riwayat penyakit fisik yang pernah diderita pasien.
 - b) Gejala dan Tanda Gangguan Disosiatif: Meliputi gejala dan tanda gangguan disosiatif seperti hilang ingatan, perasaan tidak nyata, depersonalisasi, derealisasi, serta perasaan bahwa tubuh atau dunia sekitar tidak nyata.
 - c) Faktor Pemicu: Meliputi faktor pemicu atau kejadian yang memicu terjadinya gangguan disosiatif seperti pengalaman trauma, kekerasan fisik, seksual atau emosional, stres berkepanjangan, atau peristiwa yang menakutkan.
 - d) Fungsi Kognitif dan Psikososial: Meliputi pengukuran fungsi kognitif dan psikososial pasien, seperti konsentrasi, daya ingat, kemampuan berpikir, interaksi sosial, dan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
 - e) Skrining untuk Gangguan Mental Lain: Meliputi skrining untuk gangguan mental lain yang sering terkait dengan gangguan disosiatif, seperti gangguan kecemasan, depresi, dan gangguan makan.

Sumber pengkajian pada pasien dengan gangguan disosiatif dapat berasal dari beberapa sumber, antara lain:

- a) Pasien itu sendiri: Pasien dapat memberikan informasi tentang gejala dan pengalaman yang dialaminya, serta riwayat kesehatan mental dan fisiknya.
 - b) Keluarga atau orang dekat: Keluarga atau orang dekat pasien dapat memberikan informasi tentang perubahan perilaku atau gejala yang mereka amati pada pasien.
 - c) Rekam Medis: Rekam medis pasien dapat memberikan informasi tentang riwayat kesehatan pasien sebelumnya, penggunaan obat-obatan, riwayat penyakit fisik, dan informasi medis lainnya yang berkaitan dengan kondisi pasien.
 - d) Tes Psikologis dan Neurologis: Tes psikologis dan neurologis dapat membantu mengidentifikasi gangguan disosiatif dan gangguan mental lainnya serta mengevaluasi fungsi kognitif pasien.
 - e) Skrining atau penilaian oleh tenaga medis: Skrining atau penilaian oleh tenaga medis, seperti dokter atau psikiater, dapat membantu dalam mengidentifikasi gejala dan tanda gangguan disosiatif dan menentukan diagnosis serta rencana perawatan yang tepat.
- 3) Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan gangguan disosiatif:

- a) Terapi obat: Terapi obat dapat membantu mengurangi gejala seperti kecemasan, depresi, dan gangguan tidur pada pasien dengan gangguan disosiatif. Obat yang dapat diresepkan termasuk antidepresan, antipsikotik, dan obat penenang.
- b) Terapi perilaku kognitif: Terapi perilaku kognitif (CBT) dapat membantu pasien dengan gangguan disosiatif untuk memahami dan mengubah pola pikir atau perilaku yang merugikan. CBT melibatkan latihan meditasi atau relaksasi, terapi bicara, dan tugas-tugas yang ditujukan untuk mengatasi masalah yang spesifik.
- c) Terapi ekspresif: Terapi ekspresif melibatkan penggunaan seni, seperti lukisan atau menulis, untuk membantu pasien dengan gangguan disosiatif mengekspresikan emosi atau pengalaman mereka. Terapi ini juga dapat membantu pasien untuk mengembangkan keterampilan sosial dan membangun kepercayaan diri.
- d) Terapi keluarga: Terapi keluarga melibatkan anggota keluarga pasien dalam proses terapi. Terapi ini dapat membantu keluarga memahami kondisi pasien, meningkatkan komunikasi antara anggota keluarga, dan membangun dukungan sosial yang kuat untuk pasien.
- e) Terapi integrasi fungsional: Terapi integrasi fungsional (IFT) melibatkan latihan yang dirancang untuk membantu pasien dengan gangguan disosiatif mengintegrasikan identitas mereka dan mengurangi gejala disosiatif. Latihan ini

dapat melibatkan visualisasi atau teknik relaksasi.

- 4) Beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam implementasi keperawatan pada pasien dengan Gangguan Disosiatif:
 - a) Pengamatan dan evaluasi kondisi pasien
 - Melakukan pengkajian dan evaluasi kondisi pasien secara komprehensif
 - tanda-tanda vital dan gejala-gejala yang muncul
 - Menilai tingkat disosiasi dan gejala-gejala yang muncul
 - b) Penanganan gejala-gejala yang muncul
 - Menangani gejala-gejala yang muncul seperti kecemasan, depresi, dan rasa tidak nyaman lainnya
 - Menangani gejala-gejala psikotik seperti halusinasi dan delusi
 - Memberikan terapi obat-obatan yang sesuai untuk mengurangi gejala-gejala yang muncul
 - c) Intervensi untuk meningkatkan kesejahteraan pasien
 - Memberikan dukungan emosional dan sosial kepada pasien
 - Mengajarkan teknik-teknik relaksasi dan koping untuk mengatasi stress
 - Mengembangkan rencana perawatan jangka panjang untuk pasien

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association (APA), organisasi profesional yang mengembangkan kriteria diagnostik untuk gangguan disosiatif dan memberikan panduan untuk pengobatan. (<https://www.psychiatry.org/>)
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469-480.
- Baer, R. A., & McLean, C. P. (2016). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for PTSD: A Programmatic Approach*. Guilford Publications.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Baumeister, R. F. (2016). The self. In *Handbook of social psychology* (pp. 130-178). John Wiley & Sons, Inc.
- Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2010). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(1), 73-84. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.10.011>
- Brand, B. L. (2014). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(6), 425-443.
- Bryant, R. A. (2019). Treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A review. *JAMA*, 321(7), 675-686.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experience Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 16-27.

- Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford Press.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Huang, Y., & Wu, J. (2021). The impact of role identity on organizational identification and organizational citizenship behavior. *Journal of Managerial Psychology*, 36(1), 43-55.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12(2), 115-187.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, edisi ke-12, oleh Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, dan Pedro Ruiz.
<https://www.amazon.com/Kaplan-Sadocks-Synopsis-Psychiatry-Behavioral/dp/078177327X>
- Kernis, M. H., & Goldman, B. M. (2006). A multicomponent conceptualization of authenticity: Theory and research. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 38, pp. 283-357). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 518-530.
- Leary, M. R., & Tangney, J. P. (Eds.). (2011). *Handbook of self and identity* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Leary, M. R., & Tangney, J. P. (Eds.). (2012). *Handbook of self and identity*. Guilford Press.
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2015). Social cognitive theory. *Predicting health behavior*, 2, 127-169.
- Maddux, J. E. (2009). Self-efficacy. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-3.

- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). Harper & Row.
- Mayo Clinic. (2021). Dissociative disorders. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/dissociative-disorders/symptoms-causes/syc-20355215>
- NAMI. (2021). Dissociative disorders. <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Dissociative-Disorders>
- National Institute of Mental Health. (2019). Dissociative Disorders. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/dissociative-disorders/index.shtml>
- National Institute of Mental Health. (2021). Dissociative Disorders. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/dissociative-disorders>
- NEDA (National Eating Disorders Association). (2021). Body image. <https://www.nationaleatingdisorders.org/body-image-0>
- Nicholson, T., & Duffy, R. D. (2021). The importance of role identity for career decision-making. *Journal of Vocational Behavior*, 129, 103654.
- Owens, R. L., & Koch, J. R. (2021). Role identity and meaning making in later life. *The Gerontologist*, 61(2), 179-187.
- Perloff, R. M. (2014). Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles*, 71(11-12), 363-377.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103(1), 5–33.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied psychology*, 57(1), 1-29.
- Schwartz, S. J., & Waterman, A. S. (2018). Identity and the life cycle. In *The Oxford handbook of human development and culture* (pp. 305-328). Oxford University Press.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. (2005). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(11-12), 906-914.
- Turner, B. A. (2021). Role theory. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (pp. 357-362). Elsevier.
- Wong, P. T. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology*, 52(2), 69–81.
- Wong, P. T. (2012). *The human quest for meaning: Theories, research, and applications*. Routledge.
- Zimmerman, M. A., & Nimon, K. (2021). Role identity and career aspirations of rural youth: The role of educational and occupational aspirations. *Journal of Career Development*, 48(1), 3-18.

BAB IV

RESPONS EMOSIONAL DAN GANGGUAN SUASANA HATI

Oleh Dwi Febryanto

4.1 Pendahuluan

Seseorang tidak dapat menjelaskan mengapa mereka berada dalam situasi emosional maupun suasana hati yang baik atau buruk. Suasana hati yang baik dikaitkan dengan respons emosional stres yang lebih sedikit. Asal usul suasana hati dan respons emosional yang buruk biasanya tidak jelas, meskipun terkadang seseorang mengasosiasikannya dengan suatu peristiwa yang merugikan.

Terkadang respons emosional dan perubahan suasana hati terjadi tanpa pemicu kognitif apa pun. Di lain waktu, seseorang dapat melakukan sesuatu hal untuk dapat mengubah suasana hati mereka. Misalnya, seseorang dalam suasana hati yang buruk dapat berubah menjadi suasana hati yang baik dengan mendengarkan musik atau menonton film yang membangkitkan semangat.

4.2 Respons Emosional dan Gangguan Suasana Hati

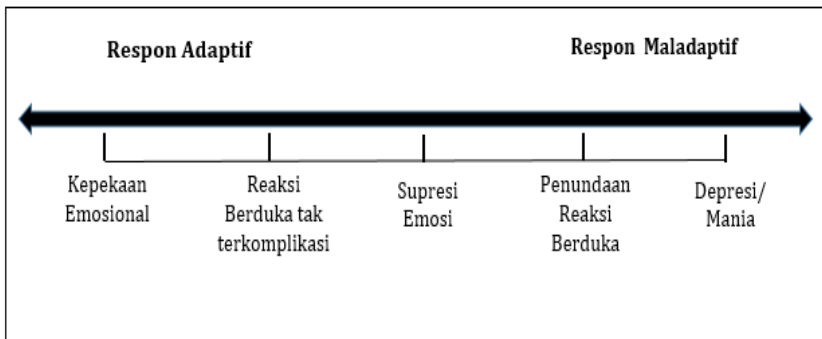
Reaksi emosional positif terhadap orang dengan penyakit mental adalah paling umum, diikuti oleh rasa takut dan marah. Pola ini tampak relatif stabil di berbagai budaya. Reaksi emosional memiliki efek substansial pada keinginan untuk menjaga jarak sosial. Hubungan antara keakraban dengan gangguan mental dan keinginan untuk menjaga jarak sosial sebagian besar di mediasi melalui emosi. Dari total 318 penelitian, yang berasal dari 62 negara, hanya sebagian kecil (14,8%) yang memasukkan ukuran respons emosional. Sebesar 6,6% dari penelitian ini menilai rasa takut, sebanyak 5,0% berupa kemarahan dan 5,3% berupa

perasaan positif dan 2,2% rasa malu (Angermeyer, Holzinger and Matschinger, 2010).

Respons emosional dan suasana hati adalah perasaan sementara yang umumnya digambarkan sebagai hal positif atau negatif. Respon emosional dapat berupa respon yang adaptif sampai dengan maladaptif yang terdiri dari :

1. Respons emosional yang dipengaruhi dan berperan aktif dalam dunia internal dan eksternal seseorang. Tersirat bahwa orang tersebut terbuka dan sadar akan perasaannya sendiri.
2. Reaksi berduka tak terkomplikasi terjadi sebagai respons terhadap kehilangan dan tersirat bahwa seseorang sedang menghadapi suatu kehilangan yang nyata serta terbenam dalam proses berdukanya.
3. Supresi emosi mungkin tampak sebagai penyangkalan (denial) terhadap perasaan sendiri, pelepasan dari keterikatan dengan emosi, atau penalaran terhadap semua aspek dari dunia afektif seseorang.
4. Penundaan reaksi berkabung adalah ketidakadaan yang persisten respons emosional terhadap kehilangan. Ini dapat terjadi pada awal proses berkabung, dan menjadi nyata pada kemunduran proses, mulai terjadi atau keduanya. Penundaan dan penolakan proses berduka kadang terjadi bertahun-tahun.
5. Depresi, atau melankolia suatu kesedihan atau perasaan duka yang berkepanjangan. Dapat digunakan untuk menunjukkan berbagai fenomena tanda gejala, sindrom, keadaan emosional, reaksi penyakit, atau klinik.
6. Mania ditandai dengan elevasi alam perasaan, berkepanjangan atau mudah tersinggung. Hipomania digunakan untuk menggambarkan sindrom klinik serupa tetapi tidak separah mania atau episode manik.

Rentang respon emosional dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 4.1 Rentang Respon Emosional
Sumber : (Stuart and Sundeen, 1998).

Respon emosional ditandai dengan perubahan suasana hati yang mencolok dan terus menerus yang mengakibatkan tekanan psikologis dan/atau gangguan perilaku. Mereka diklasifikasikan menurut tingkat dan keparahan peningkatan suasana hati, sepanjang rangkaian mulai dari gangguan depresi unipolar hingga gangguan bipolar (Phillips and Kupfer, 2018).

Suasana hati berbeda dengan emosi dan temperamen. Emosi adalah perasaan intens tertentu yang dipicu oleh suatu peristiwa. Misalnya, seseorang merasa kesedihan ketika orang yang dicintai meninggal. Ada dasar sebab-akibat untuk emosi.

Temperamen umumnya disebut sebagai sifat kepribadian yang berlangsung lama atau seumur hidup. Suasana hati kurang intensitas dan tidak di picu oleh suatu peristiwa. Demikian pula, suasana hati biasanya berlangsung singkat.

Suasana hati adalah internal seseorang tetapi dapat muncul sebagai pengaruh atau perilaku. Misalnya, seseorang mungkin tersenyum dan banyak berbicara ketika orang tersebut dalam keadaan suasana hati yang baik. Atau seseorang mungkin mudah tersinggung dan pemarah dan ingin sendirian ketika dalam suasana hati yang buruk.

Gangguan suasana hati sering dialami pada masa remaja dan dewasa muda dan mempengaruhi lebih dari 300 juta orang di

seluruh dunia (Metrics, 2019; Solmi *et al.*, 2022). Mereka sering bersamaan dengan kondisi kesehatan lain dan penyalahgunaan zat, dan dapat menyebabkan gangguan kognitif, disfungsi sosial, dan kualitas hidup yang buruk. Orang dengan gangguan suasana hati berisiko tinggi mengalami kondisi medis kronis dan bunuh diri hingga 30 kali lebih tinggi daripada populasi non psikiatri. Semua ini datang dengan biaya tinggi untuk pasien, keluarga, dan masyarakat (Stefana *et al.*, 2022).

Seseorang di diagnosis dengan gangguan suasana hati berada dalam suasana hati yang positif atau negatif untuk waktu yang lama periode waktu. Suasana hati berubah perlahan atau cepat tergantung pada gangguan suasana hati. Seseorang yang di diagnosis dengan gangguan suasana hati menunjukkan pengaruh yang ekstrem dan perilaku yang disebut mania, *hypomania*, dan depresi.

Umumnya seseorang yang di diagnosis dengan gangguan suasana hati tidak dapat kembali ke perubahan suasana hati yang normal tanpa pengobatan yang biasanya melibatkan penggunaan obat antidepresan. Obat antidepresan memengaruhi neurotransmitter, yang memungkinkan pasien untuk kembali ke suasana hati yang lebih stabil. Namun, beberapa pasien tidak patuh dengan pengobatan karena efek samping yang tidak diinginkan obat (Keogh, 2014). Tanda-tanda gangguan suasana hati kembali setelah pasien berhenti minum pengobatan.

4.2.1 Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar yaitu seorang pasien mengalami perubahan suasana hati yang ekstrem ditunjukkan oleh suasana hati manik atau *hypomania* dan depresi. Manik adalah ketika pasien menunjukkan iritasi dan agitasi yang intens bersama dengan psikosis. *Mood hypomania* adalah *mood mania* yang kurang intens tanpa ciri psikosis. Suasana hati depresi adalah ketika pasien menunjukkan tanda-tanda klinis depresi. Pasien akan mengalami periode eksaserbasi dan periode suasana hati stabil. Perubahan suasana hati dapat terjadi dengan cepat yang disebut siklus cepat,

atau bervariasi dari waktu ke waktu. Seorang pasien mungkin mengalami episode 10 kali per tahun yang dapat berlangsung selama 7 hari (Keogh, 2014).

Gangguan bipolar dikategorikan sebagai :

1. Gangguan Bipolar I: Periode mania berat dan depresi berat
 2. Gangguan Bipolar II: Periode *hypomania* dan depresi berat
- Gangguan bipolar I selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan deskripsi episode, yaitu :

1. Bipolar I, Episode Manik Tunggal: Pasien hanya mengalami satu periode manik dan tidak ada tanda-tanda gangguan suasana hati seperti depresi.
2. Bipolar I, Episode hipomanik
3. Bipolar I, Episode manik
4. Bipolar I, Episode campuran berupa mania dan depresi.
5. Bipolar I, Episode depresi dimana pasien mengalami episode depresi tanpa tanda manik
6. Bipolar I, tidak terspesifikasi
7. Episode tidak memenuhi definisi klinis mania, *hypomania*, atau suasana hati yang depresi.

Penyebab gangguan bipolar tidak diketahui namun, beberapa peneliti percaya ada kecenderungan genetik autosomal dominan dengan hubungan derajat pertama. Peneliti lainnya percaya kelainan neurotransmitter dan neuroreceptors adalah faktor penyebab dari gangguan bipolar. Peneliti merasa bahwa eksaserbasi bipolar dapat dipicu oleh kelelahan dan stres, meskipun episode dapat terjadi tanpa pemicu (Keogh, 2014).

Prognosis pasien gangguan bipolar tergantung pada apakah pasien memiliki gejala yang ringan atau parah. Seorang pasien berisiko lebih tinggi mengalami gangguan jantung dan bunuh diri dari pada populasi umum. Namun, risikonya berkurang jika pasien patuh dengan pengobatan (Keogh, 2014).

Tanda dan Gejala :

1. Episode manik
 - a. Impulsif
 - b. Nafsu makan berkurang
 - c. *Flight of ideas*

- d. *Impaired judgement*
 - e. Delusi
 - f. Sangat mudah tersinggung
 - g. Mondar-mandir
 - h. Sulit tidur
 - i. Paranoid
 - j. Grandiositas
 - k. Agitasi
2. Episode depresi
- a. Isolasi diri
 - b. Keputusanasaan
 - c. Insomnia
 - d. Penurunan berat badan
 - e. Lambat
 - f. Disfungsi seksual
 - g. Kewalahan
 - h. Harga diri rendah

Diagnosis psikiatri gangguan bipolar dibagi atas:

1. Episode manik
Bergejala selama minimal 1 minggu, mudah terganggu, berpartisipasi secara berlebihan dalam aktivitas yang menyenangkan, risiko untuk hasil yang menyakitkan, *flight of ideas*, terlalu banyak bicara, grandiositas, agitasi psikomotor, dan sulit tidur.
2. Episode *hypomania*
Bergejala selama minimal 4 hari, perubahan suasana hati yang nyata, tidak ada gangguan aktivitas hidup sehari-hari, tidak ada ciri psikosis, *flight of idea*, mudah terganggu, terlalu banyak bicara, grandiositas, sulit tidur, agitasi psikomotor, berpartisipasi secara berlebihan dalam aktivitas yang tinggi.
3. Bipolar I, Episode Manik Tunggal
Tanda episode manik, satu episode manik dan tidak ada riwayat episode depresif.
4. Bipolar I, *Most Recent Episode Hypomaniac*
Tanda-tanda episode hypomania riwayat episode manik atau campuran dan menghambat aktivitas hidup sehari-hari

5. Bipolar I, *Most Recent Episode Manik*
Tanda episode manik dan Riwayat episode manik, campuran, atau depresi
6. Bipolar I, *Most Recent Episode Mixed*
Tanda episode campuran, riwayat episode manik, campuran, atau depresi
7. Bipolar I, *Most Recent Episode Depressed*
Tanda episode depresif, riwayat episode manik atau campuran
8. Bipolar I, *Most Recent Episode Unspecified*
Tanda-tanda episode manik, hypomania, campuran, atau depresif, riwayat episode mania atau campuran
9. Bipolar II
Tanda-tanda episode depresi saat ini atau riwayat satu atau lebih episode depresi. Tidak ada riwayat episode manik atau campuran, terdapat tanda-tanda episode *hypomania* atau memiliki riwayat dari satu atau lebih episode hypomania (Keogh, 2014).

4.2.2 Cyclothymic Disorder

Gangguan siklotimik terjadi ketika pasien mengalami suasana hati yang berubah-ubah secara singkat hipomania dan depresi dalam periode 2 bulan dengan periode stabilitas antara *mood swing*. Episode *hypomania* dan depresi tidak begitu intens seperti pada gangguan bipolar (Keogh, 2014).

Tidak diketahui penyebab gangguan siklotimik. Namun, beberapa peneliti percaya ada kecenderungan genetik dengan hubungan tingkat pertama yang didiagnosis dengan gangguan bipolar, gangguan depresi mayor, atau gangguan penyalahgunaan zat. Peneliti lain percaya ada korelasi antara hubungan dekat siapa bunuh diri dan pasien didiagnosis dengan gangguan siklotimik.

Pasien cenderung mengalami perubahan dalam aktivitas hidup sehari-hari seperti menjadi sangat berhasil dalam aktivitas selama periode *hypomania* dan tidak berhasil selama periode depresi. Pasien dapat mengobati diri sendiri dengan alkohol

atau penggunaan obat-obatan untuk mengatasi perubahan suasana hati ini. Pasien dapat berkembang ke gangguan bipolar atau gangguan depresi mayor.

Tanda dan Gejala :

1. Perubahan kepribadian mendadak
2. Hubungan dorong-tarik, di mana pasien dekat dengan seseorang kemudian tiba-tiba menjauh dari orang tersebut
3. Kepribadian yang mencurigakan
4. Kepribadian antisosial
5. Episode Hypomania

Episode hypomania meliputi grandiositas, bicara cepat, gelisah, hiperaktivitas dan peningkatan produktivitas dan sulit tidur

6. Episode Depresi

Episode depresi meliputi isolasi diri, keputusasaan, menangis, kesedihan, rendah diri, penurunan produktivitas, insomnia, tidur berlebihan dan disfungsi seksual (Keogh, 2014).

Diagnosis psikiatri gangguan siklotimik adalah:

1. Dua tahun atau lebih tanda-tanda hipomanik dan depresi yang tidak sesuai tanda-tanda gangguan bipolar atau gangguan depresi mayor
2. Gangguan signifikan terhadap aktivitas kehidupan sehari-hari

4.2.3 Dysthymic Disorder

Gangguan distimik terjadi ketika pasien mengalami depresi ringan selama 2 tahun atau mungkin tidak mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari. Gangguan distimik juga bisa mempengaruhi anak-anak; namun, anak menunjukkan tanda-tanda gangguan distimik untuk 1 tahun atau lebih. Dalam banyak kasus, pasien tidak menyadari bahwa mereka menderita dysthymic (Keogh, 2014).

Tidak diketahui penyebab gangguan distimik; Namun, beberapa peneliti percaya pasien memiliki tingkat rendah serotonin. Peneliti lain percaya ketidakmampuan untuk mengatasi stres

yang meningkat dapat menyebabkan gangguan distimik. Pasien mungkin mengalami gangguan depresi berat jika gangguan dysthymic tidak diobati. Jika tidak, Pasien berisiko melakukan pengobatan sendiri dengan alkohol dan penggunaan obat-obatan (Keogh, 2014).

Tanda dan Gejala :

1. Konsentrasi yang buruk
2. Ide bunuh diri
3. Merasa hampa
4. Insomnia
5. Tidur berlebihan
6. Iritabilitas

Diagnosis psikiatri gangguan distimik membutuhkan hal-hal berikut:

1. Gejala depresi selama minimal 2 tahun yang berlangsung hampir sepanjang hari
2. Tidak ada tanda gangguan depresi mayor dalam 2 tahun
3. Tidak ada episode manik, hipomanik, atau campuran
4. Tidak memenuhi kriteria gangguan siklotimik
5. Kelelahan
6. Nafsu makan berkurang atau makan berlebihan
7. Keputusasaan
8. Rendah diri
9. Kesulitan tidur atau peningkatan kebutuhan untuk tidur (Keogh, 2014).

4.2.4 *Major Depressive Disorder (MMD)*

Terdapat sedikitnya lima gejala selama 2 minggu periode yang sama, bisa berupa alam perasaan depresi atau kehilangan minat kesenangan. Gejala lain mungkin berupa kehilangan berat badan, insomnia, agitasi atau retradasi psikomotor, kelelahan, perasaan tidak berharga, menurunnya kemampuan untuk berpikir, dan pikiran tentang kematian yang timbul secara berulang-ulang. Depresi utama bisa diklasifikasikan sebagai suatu episode tunggal atau kabuh kembali. Depresi berat berbeda dari depresi situasional. Dalam depresi situasional, seseorang dapat kembali ke suasana hati

yang normal tanpa pengobatan. Depresi berat memiliki periode remisi. Kemunculan MDD meningkat seiring bertambahnya usia (Keogh, 2014).

Tidak ada penyebab MDD yang diketahui, namun beberapa peneliti percaya ada beberapa gen yang dapat mempengaruhi seseorang untuk MDD dan gejala-gejala tersebut terjadi ketika seorang pasien terkena stres berat.

Peneliti lain percaya bahwa sistem hipotalamus-hipofisis-adrenal memengaruhi MDD, Selain pengaruh kadar kortisol yang abnormal. Pasien akan memiliki suasana hati normal yang lama tanpa tanda-tanda MDD. Episode MDD dapat berlangsung selama satu bulan atau lebih. Gangguan depresi mayor dapat mengganggu aktivitas pasien sehari-hari (Keogh, 2014).

Tanda dan Gejala :

1. Disfungsi seksual
2. Perubahan pola makan (meningkat atau menurun)
3. Insomnia
4. Lambat
5. Pemikiran bunuh diri
6. Rendah diri
7. Keputusan
8. Apatik

Diagnosis psikiatri MDD membutuhkan mengikuti: Lima dari berikut ini hadir setiap hari selama 2 minggu berupa kelelahan, insomnia atau hipersomnia, tidak berharga, suasana hati tertekan, penurunan atau penambahan berat badan, tidak tertarik dengan aktivitas sehari-hari, agitasi terhadap gerakan retardasi dan tidak dapat berkonsentrasi (Keogh, 2014)

4.3 Penerapan Prinsip-Prinsip dalam Praktek Keperawatan terhadap Respon Emosional dan Gangguan Suasana Hati berdasarkan Teori Keperawatan Watson

Suasana hati meliputi perlakuan dan penyerapan emosi seseorang dan mempunyai arti yang sama dengan afek, keadaan

perasaan dan emosi. Sama halnya dengan aspek lain dari kepribadian, emosi atau alam perasaan memberikan suatu peran adaptif terhadap individu. Perawat mempunyai peran dalam menanggapi respon emosional dan gangguan suasana hati pasien.

Watson menjelaskan bahwa pendekatan fenomenologis Carl Rogers dengan pandangannya bahwa perawat untuk memahami kontrol terapeutik dan mengubah pasien yang dianggap sebagai suatu norma (Alligood, 2017).

Teori keperawatan Watson terhadap respon emosional dan gangguan suasana hati mencakup 10 faktor karatif dan proses caritas antara lain :

4.3.1 Membentuk sistem nilai humanistik altruistik yaitu praktik cinta kebaikan dan ketenangan dan konteks kesadaran caring

Nilai humanistik dan altruistik dapat diartikan sebagai kepuasan yang didapat dengan memberi dan memperluas dimensi diri dalam merespon respon emosional dan gangguan suasana hati dari pasien (Alligood, 2017).

4.3.2 Membangkitkan keyakinan-harapan

Peran perawat dalam mengembangkan hubungan perawat-pasien yang efektif dan meningkatkan kesejahteraan pasien dengan memperhatikan respon emosional dan gangguan suasana hati (Alligood, 2017).

4.3.3 Menanamkan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain

Menyadari perasaan diri baik bagi perawat maupun pasien dapat mengarahkan seseorang menuju aktualisasi diri. Perawat mengakui kepekaan dan perasaannya dapat menjadi lebih tulus, ikhlas, dan peka terhadap reaksi emosional dan gangguan suasana hati (Alligood, 2017).

4.3.4 Mengembangkan hubungan membantu rasa percaya menjadi mengembangkan hubungan caring manusia yang bersifat

membantu dengan rasa percaya yaitu mengembangkan dan mempertahankan hubungan caring yang bersifat tulus, membantu dan percaya.

Melalui hubungan saling percaya, perawat dan pasien dapat mengungkapkan perasaan positif maupun negatifnya. Hubungan semacam ini membutuhkan sikap yang empati, selaras, kehangatan yang tidak bersifat posesif dan komunikasi efektif. Sikap yang selaras yaitu sikap yang jujur, tulus, asli dan tidak berpura-pura dan menghadapi respon emosional dan gangguan suasana hati (Alligood, 2017).

4.3.5 Meningkatkan dan menerima ungkapan perasaan positif dan negatif

Berbagai perasaan dapat dianggap sebagai pengalaman yang berisiko bagi perawat ataupun pasien. Perawat harus siap menghadapi perasaan yang positif atau negatif. Perawat harus menyadari pula bahwa pemahaman intelektual dan emosional dari setiap situasi dapat berbeda-beda (Alligood, 2017).

4.3.6 Menggunakan metode pemecahan masalah secara sistematis untuk pengambilan keputusan menjadi menggunakan proses caring pemecahan masalah secara kreatif dan sistematis yaitu menggunakan diri sendiri dan cara-cara lain yang kreatif sebagai bagian dari proses caring, untuk menyertakan seni dalam praktik *caring-healing*. Menggunakan proses keperawatan sebagai pendekatan pemecahan masalah secara ilmiah dalam keperawatan. Proses keperawatan sama dengan proses penelitian yang sistematis dan tertata (Alligood, 2017). Diagnosa Keperawatan yang berakitan dengan respons emosional adalah :

Anietas, Komunikasi, kerusakan verbal, Koping komunitas inefektif, Koping individu inefektif, Berduka antisipatori, Berduka, disfungsi, Keputusan, Kesepian, Ketidakberdayaan dan Distres spiritual (NANDA, 1994).

4.3.7 Meningkatkan mengajar-belajar interpersonal

Faktor ini merupakan konsep yang penting dalam keperawatan karena membedakan caring dengan curing. Melalui proses pengajaran-pembelajaran interpersonal, pasien dapat terinformasikan, sehingga dapat bertanggungjawab untuk mencapai kesejahteraan dan kesehatan dirinya. Perawat memfasilitasi proses ini dengan teknik mengajar-belajar yang dirancang untuk memungkinkan pasien untuk merawat dirinya, menentukan kebutuhan dirinya, dan memberi kesempatan bagi dirinya untuk tumbuh (Alligood, 2017).

4.3.8 Menyediakan lingkungan psikologis, fisik, sosial budaya, dan spritual yang mendukung, melindungi dan memperbaiki yaitu menciptakan lingkungan yang menyembuhkan pada semua tingkat

Perawat harus menyadari adanya pengaruh lingkungan internal dan eksternal terhadap respon emosional dan gangguan suasana hati individu. Konsep yang relevan dengan lingkungan internal termasuk diantaranya kesejahteraan jiwa dan spiritual serta keyakinan sosial budaya seorang individu. Dampak yang timbul jika tidak menyadari akan hal ini adalah resiko bunuh diri (Alligood, 2017).

4.3.9 Membantu pemenuhan kebutuhan dasar, dengan kesadaran caring yang didasari niat, memberikan esensi perawatan manusia yang dapat menguatkan kesesuaian antara jiwa tubuh dan pikiran, keutuhan dan kesatuan dari seseorang dalam semua aspek perawatan.

Perawat menyadari adanya kebutuhan holistik yang terdiri dari bio, psiko, sosial, spiritual dan kultural. Kebutuhan dasar merupakan hal utama yang harus dipenuhi sebelum memenuhi kebutuhan yang lain yang lebih tinggi tingkatannya termasuk termasuk memahami akan respon emosional dan suasana hati pasien (Alligood, 2017).

4.3.0 Mengizinkan kekuatan eksistensial fenomenologis menjadi kekuatan eksistensial fenomenologis spiritual (Alligood, 2017).

Watson mengembangkan faktor karatif menjadi sesuatu yang mendekati konsep “caritas” dari bahasa latin yang berarti “mengasihi, menghargai, memberikan perhatian khusus, jika bukan perhatian yang bersifat menyayangi”. Watson juga menggambarkan “hubungan caring transpersonal” diartikan sebagai hubungan manusia yang bersifat caring, bersatu dengan orang lain, dengan menghargai seseorang tersebut seutuhnya termasuk dengan keberadaannya di dunia.

Perilaku caring perawat seperti perhatian berpusat pada orang, menghormati harga diri dan kemanusiaan, keberadaan, empati, motivasi perawat untuk dapat lebih care pada klien dan mampu melakukan tindakan sesuai kebutuhan klien (Watson, 2012).

Praktik keperawatan yang didasarkan pada teori keperawatan sebagai kepedulian memastikan bahwa semua aktivitas keperawatan difokuskan pada pemeliharaan dan dukungan lingkungan asuhan dimana kepemimpinan keperawatan disemua tingkatan menanggapi apa yang penting saat ini. Fokusnya adalah untuk mengetahui apa yang penting bagi pasien, keluarga dan staf mengubah praktik dan meningkatkan kepuasan perawat (Boykin *et al.*, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. (2017) *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka 8th Indonesia edition*, by Achir Yani S. Hamid and Kusman Ibrahim; Copyright 2017 Elsevier Singapore Pte Ltd.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A. and Matschinger, H. (2010) 'Special Article Emotional reactions to people with mental illness', 13, pp. 26–32.
- Boykin, A. et al. (2020) "' They Have Our Backs " : Nurse Leaders and Caring-Based Nursing Theory in the Time of COVID-19', *Nurse Leader*. Elsevier Inc., pp. 1–5. doi: 10.1016/j.mnl.2020.08.011.
- Keogh, J. (2014) *Psychiatric and Mental Health Nursing Demystified*. United States: McGraw-Hill education.
- Metrics, G. H. (2019) 'Global , regional , and national incidence , prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017', pp. 1990–2017. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
- NANDA (1994) *North American Nursing Diagnosis Association : NANDA Nursing Diagnosis: Definitions and classifications 1995-1996*. USA: Philadelphia.
- Phillips, M. and Kupfer, D. (2018) 'Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions', 381(9878), pp. 1663–1671. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60989-7. Bipolar.
- Solmi, M. et al. (2022) 'Age at onset of mental disorders worldwide : large-scale meta- analysis of 192 epidemiological studies'. Springer US, pp. 281–295. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7.
- Stefana, A. et al. (2022) 'Clinicians ' Emotional Reactions toward Patients with Depressive Symptoms in Mood Disorders: A Narrative Scoping Review of Empirical Research'.
- Stuart, G. W. and Sundeen, S. J. (1998) *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3 alih bahasa Achir Yani S. hamid, editor dalam bahasa Indonesia*. 3rd edn. Jakarta: EGC.
- Watson (2012) 'Assessing And Measuring Caring In Nursing And Health Science 2nd Edition. New York', Springer Publishing Company Inc

BAB V

RESPONS NEUROBIOLOGIS

Oleh Maria Yunita Indriarini

5.1 Pendahuluan

Meskipun masih banyak yang tidak diketahui tentang apa yang menyebabkan penyakit mental, sains dalam 30 tahun terakhir telah membuat langkah besar dalam membantu kita memahami cara kerja otak dan dalam menyajikan kemungkinan penyebab mengapa beberapa otak bekerja secara berbeda dari yang lain. Kemajuan seperti itu dalam penelitian neurobiologis terus memperluas basis pengetahuan di bidang psikiatri dan sangat memengaruhi praktik klinis. Bab ini mencakup ikhtisar tentang struktur anatomi utama sistem saraf dan cara kerjanya dalam proses transmisi saraf. Menyajikan teori neurobiologis utama saat ini tentang apa yang menyebabkan penyakit mental, termasuk genetika dan keturunan, stres dan sistem kekebalan tubuh, dan agen infeksius (Videbeck Sheila L. 2014, n.d.)

5.2 Sistem Saraf Dan Cara Kerjanya

5.2.1 Sistem Saraf Pusat

Sistem Saraf Pusat terdiri dari otak, sumsum tulang belakang, dan saraf terkait yang mengontrol tindakan volunter. Secara struktural, otak terdiri dari otak besar, otak kecil, batang otak, dan sistem limbik (Videbeck Sheila L. 2014, n.d.)

5.2.1.1 Cerebrum (Otak besar).

Cerebrum terbagi menjadi dua belahan (*Hemisphere*) : semua lobus dan struktur ditemukan di kedua bagian kecuali untuk tubuh pineal (pineal body), atau kelenjar, yang terletak di antara belahan (*Hemisphere*). Tubuh pineal (*pineal body*) adalah kelenjar endokrin yang mempengaruhi aktivitas kelenjar hipofisis, pulau langerhans, paratiroid, adrenal, dan gonad. Corpus callosum adalah jalur yang menghubungkan dua belahan dan mengkoordinasikan fungsinya.

Belahan kiri mengontrol sisi kanan tubuh dan merupakan pusat penalaran logis dan fungsi analitik seperti membaca, menulis, dan tugas matematika. Belahan kanan mengontrol sisi kiri tubuh dan merupakan pusat pemikiran kreatif, intuisi, dan kemampuan artistik. Belahan otak dibagi menjadi empat lobus: frontal, temporal, parietal, dan occipital.

Lobus frontal mengontrol organisasi pemikiran, gerakan tubuh, ingatan, emosi, dan perilaku moral. Integrasi semua informasi ini mengatur gairah, memusatkan perhatian, dan memungkinkan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan. Kelainan pada lobus frontal berhubungan dengan skizofrenia, *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD), dan demensia. Lobus parietal menafsirkan sensasi rasa dan sentuhan dan membantu dalam orientasi spasial. Lobus temporal adalah pusat indera penciuman dan pendengaran dan untuk memori dan ekspresi emosional. Lobus oksipital membantu mengkoordinasikan bahasa dan interpretasi visual, seperti kedalaman persepsi.

5.2.1.2 Cerebellum (Otak kecil).

Otak kecil terletak di bawah otak besar dan merupakan pusat koordinasi gerakan dan penyesuaian postural. Otak kecil menerima dan mengintegrasikan informasi dari semua area tubuh, seperti otot, persendian, organ, dan komponen lain dari Sistem Saraf Pusat.

Penelitian telah menunjukkan bahwa transmisi dopamin yang terhambat, sebuah neurotransmitter, di area ini dikaitkan dengan kurangnya gerakan terkoordinasi yang mulus pada penyakit seperti penyakit parkinson dan demensia.

5.2.1.3 Brain Stem (Batang Otak).

Batang otak meliputi otak tengah, pons, dan medulla oblongata dan inti untuk saraf kranial III sampai XII. Medula yang terletak di bagian atas sumsum tulang belakang, berisi pusat vital untuk fungsi pernapasan dan kardiovaskular. Di atas medula dan di depan

serebrum, pons menjembatani celah baik secara struktural maupun fungsional, berfungsi sebagai jalur motorik primer. Otak tengah menghubungkan pons dan otak kecil dengan otak besar. Panjangnya hanya 0,8 inci (2 cm) dan mencakup sebagian besar sistem aktivasi retikuler dan sistem ekstrapiramidal. Sistem aktivasi retikuler memengaruhi aktivitas motorik, tidur, kesadaran, dan kewaspadaan. Sistem ekstrapiramidal menyampaikan informasi tentang gerakan dan koordinasi dari otak ke saraf tulang belakang. Locus ceruleus, sekelompok kecil neuron penghasil norepinefrin di batang otak, dikaitkan dengan stres, kecemasan, dan perilaku impulsif.

5.2.1.4 Limbic System (Sistem Limbik).

Sistem limbik adalah area otak yang terletak di atas batang otak yang mencakup thalamus, hipotalamus, hipokampus, dan amigdala. (walaupun beberapa sumber berbeda mengenai struktur yang termasuk dalam sistem ini). Thalamus mengatur aktivitas: sensasi, dan emosi. Hipotalamus terlibat dalam pengaturan suhu, kontrol nafsu makan, fungsi endokrin, dorongan seksual, dan perilaku impulsif yang terkait dengan perasaan marah, atau gembira. Hippocampus dan amigdala terlibat dalam gairah dan ingatan emosional. Gangguan pada sistem limbik telah terlibat dalam berbagai penyakit mental, seperti kehilangan ingatan yang menyertai demensia dan emosi serta impuls yang tidak terkontrol terlihat dengan perilaku psikotik atau manik (Faisal Idrus, n.d.)

5.2.2 Neurotransmitter.

Sekitar 100 miliar sel otak dari kelompok neuron, atau sel saraf, yang tersusun dalam jaringan. Neuron ini mengkomunikasikan informasi satu sama lain dengan mengirimkan pesan elektrokimia dari neuron ke neuron, sebuah proses yang disebut neurotransmisi. Pesan elektrokimia ini diteruskan dari dendrit (proyeksi dari badan sel), melalui soma atau badan sel, menuruni akson (struktur memanjang panjang), dan melintasi sinapsis (celah antar sel) ke

dendrit neuron berikutnya. Dalam sistem saraf, pesan-pesan elektrokimia melintasi sinapsis antara sel-sel saraf melalui pembawa pesan kimia khusus disebut neurotransmitter (Videbeck Sheila L. 2014, n.d.)

Neurotransmitter adalah zat kimia yang diproduksi di neuron yang membantu transmisi informasi ke seluruh tubuh. Neurotransmitter merangsang suatu tindakan dalam sel (rangsangan) atau menghambat atau menghentikan suatu tindakan (penghambatan). Neurotransmitter ini cocok dengan sel reseptor spesifik yang tertanam di membran dendrit, seperti bentuk kunci tertentu yang cocok dengan gembok. Setelah neurotransmitter dilepaskan ke sinaps dan menyampaikan pesan ke sel reseptor, mereka diangkut kembali dari sinaps ke akson untuk disimpan untuk digunakan nanti (*reuptake*) atau dimetabolisme dan dinonaktifkan oleh enzim, terutama monoamine oxidase (MAO) (Hadi et al., 2017)

Neurotransmitter ini diperlukan dalam proporsi yang tepat untuk menyampaikan pesan melintasi sinapsis. Studi mulai menunjukkan perbedaan jumlah beberapa neurotransmitter yang tersedia di otak orang dengan gangguan mental tertentu dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki tanda penyakit mental

Neurotransmitter utama telah ditemukan berperan dalam penyakit kejiwaan serta dalam tindakan dan efek samping obat psikotropika. Dopamin dan serotonin mendapat perhatian paling besar dalam hal studi dan pengobatan gangguan kejiwaan. Bagian berikut membahas neurotransmitter utama yang terkait dengan gangguan mental (Videbeck Sheila L. 2014, n.d.)

5.2.2.1 Dopamine.

Dopamin, sebuah neurotransmitter yang terletak terutama di batang otak, telah ditemukan terlibat dalam pengendalian gerakan kompleks, motivasi, kognisi, dan pengaturan respons emosional. Ini umumnya merangsang dan disintesis dari tirosin, asam amino makanan. Dopamin terlibat dalam skizofrenia dan psikosis lainnya serta gangguan gerakan seperti penyakit Parkinson. Obat

antipsikotik bekerja dengan memblokir reseptor dopamin dan mengurangi aktivitas dopamin (Irawan, 2017)

5.2.2.2 Norepinephrine and Epinephrine.

Norepinefrin neurotransmitter yang paling umum dalam sistem saraf, terletak terutama di batang otak dan berperan dalam perubahan dalam perhatian, pembelajaran dan memori, tidur dan terjaga, dan pengaturan suasana hati. Norepinefrin dan turunannya, epinefrin, masing-masing juga dikenal sebagai noradrenalin dan adrenalin. Kelebihan norepinefrin telah terlibat dalam beberapa gangguan kecemasan, defisit dapat menyebabkan hilangnya memori, penarikan sosial (*social withdrawal*), dan depresi (Susanti et al., 2018)

Beberapa antidepresan memblokir pengambilan kembali norepinefrin, sedangkan yang lain menghambat MAO untuk memetabolismenya. Epinefrin memiliki distribusi terbatas di otak tetapi mengontrol respons melawan (*fight*) atau lari (*flight*) di sistem saraf tepi (Irawan, 2017)

5.2.2.3 Serotonin.

Serotonin, neurotransmitter yang hanya ditemukan di otak, berasal dari triptofan, sebuah asam amino. Fungsi serotonin sebagian besar bersifat penghambatan, dan terlibat dalam pengendalian asupan makanan, tidur dan terjaga, pengaturan suhu, pengendalian rasa sakit, perilaku seksual, dan pengaturan emosi. Serotonin memainkan peran penting dalam kecemasan dan gangguan mood dan skizofrenia. Telah ditemukan berkontribusi pada delusi, halusinasi, dan perilaku menarik diri yang terlihat pada skizofrenia. Beberapa antidepresan memblokir pengambilan kembali serotonin, sehingga membuatnya tersedia lebih lama di sinaps, yang menghasilkan suasana hati yang lebih baik (Faisal Idrus, n.d.)

5.2.2.4 Histamin.

Peran histamin dalam penyakit mental sedang diselidiki. Ini terlibat dalam respons alergi perifer, kontrol sekresi lambung, stimulasi jantung, dan kewaspadaan. Beberapa obat psikotropika memblokir histamin, mengakibatkan penambahan berat badan, sedasi, dan hipotensi.

5.2.2.5 Asetilkolin.

Asetilkolin adalah neurotransmitter yang ditemukan di otak, sumsum tulang belakang, dan sistem saraf perifer, terutama di persimpangan neuromuskuler otot rangka. Dapat bersifat eksitasi atau penghambatan. Asetilkolin disintesis dari kolin makanan yang ditemukan dalam daging merah dan sayuran dan telah ditemukan mempengaruhi siklus bangun tidur dan memberi sinyal otot untuk menjadi aktif. Penelitian telah menunjukkan bahwa orang dengan penyakit Alzheimer mengalami penurunan neuron yang mensekresi asetilkolin, dan orang dengan myasthenia gravis (gangguan otot di mana impuls gagal melewati persimpangan myoneural, yang menyebabkan kelemahan otot) telah mengurangi reseptor Asetilkolin (Novitayani et al., 2018)

5.2.2.6 Glutamat.

Glutamat adalah asam amino rangsang yang pada tingkat tinggi dapat memiliki efek neurotoksik utama. Glutamat akan ditemukan pada kerusakan otak yang disebabkan oleh stroke, hipoglikemia, hipoksia atau iskemia berkelanjutan, dan beberapa penyakit degeneratif seperti Huntington atau Alzheimer (Saputra & Sitepu, 2016)

5.2.2.7 Gamma Aminobutyric Acid (GABA).

Gamma Aminobutyric Acid (GABA), asam amino, adalah neurotransmitter inhibisi utama di otak dan telah ditemukan untuk

memodulasi sistem neurotransmitter lain daripada memberikan stimulus langsung. Obat-obatan yang meningkatkan fungsi GABA, seperti benzodiazepin, digunakan untuk mengatasi kecemasan dan menginduksi tidur. Tabel 5.1 mencantumkan neurotransmitter utama serta aksi dan efeknya (Thalib, n.d.)

Tabel 5.1 Neurotransmitter Utama

Tipe	Mekanisme Aksi	Efek Fisiologis
Dopamin	Merangsang	Mengontrol gerakan kompleks, kognisi, mengatur respons emosional.
Norepinefrin (Noradrenalin)	Merangsang	Menyebabkan perubahan dalam perhatian, pembelajaran dan ingatan, tidur dan terjaga, suasana hati.
Epinefrin (Adrenalin)	Merangsang	Mengontrol respon lawan dan lari
Serotonin	Menghambat	mengontrol asupan makanan, tidur dan terjaga, pengaturan suhu, kontrol rasa sakit, perilaku seksual, pengaturan emosi.
Histamine	Neuromodulator	mengontrol kewaspadaan, sekresi lambung, stimulasi jantung, respon alergi perifer.
Neuropeptida Asetilkolin	Neuromodulator rangsang atau penghambatan	mengontrol siklus tidur dan bangun, meningkatkan sinyal otot untuk menjadi waspada, memperpanjang, menghambat, atau membatasi efek neurotransmitter utama.
Glutamat	Merangsang	menghasilkan neurotoksisitas jika kadarnya terlalu tinggi
GABA	Menghambat	Memodulasi neurotransmitter lain.

Sumber : Videbeck, 2014

5.3 Neurobiologis Penyebab Penyakit Mental

5.3.1 Genetika dan Keturunan.

Tidak seperti banyak penyakit fisik yang ditemukan turun-temurun, seperti cystic fibrosis, penyakit Huntington, dan distrofi otot Duchenne, asal mula gangguan mental tampaknya tidak

sesederhana itu. Teori dan studi saat ini menunjukkan bahwa beberapa gangguan mental mungkin terkait dengan gen tertentu atau kombinasi gen tetapi sumbernya tidak semata-mata genetik: faktor nongenetik juga memainkan peran penting.

Sampai saat ini, salah satu penemuan yang paling menjanjikan adalah identifikasi variasi gen SORLI pada tahun 2007 yang mungkin menjadi faktor penyebab penyakit Alzheimer onset lambat. Penelitian terus dilakukan dalam upaya untuk menemukan kaitan genetik dengan penyakit lain seperti skizofrenia dan gangguan suasana hati. Ini adalah fokus dari penelitian berkelanjutan dari *National Human Genome Research Institute (NHGRI)*, yang didanai oleh *National Institutes of Health (NIH)* dan Departemen Energi AS. Proyek penelitian internasional ini, dimulai pada tahun 1988, merupakan yang terbesar dari jenisnya. Itu telah mengidentifikasi semua DNA manusia dan melanjutkan penelitian untuk menemukan karakteristik manusia dan penyakit yang terkait dengan setiap gen (pengkodean). Selain itu, proyek ini juga membahas implikasi etis, hukum, dan sosial dari penelitian genetika manusia. Program ini (dikenal sebagai ELSI) berfokus pada privasi dan keadilan dalam penggunaan dan interpretasi informasi genetik, integrasi klinis teknologi genetik baru, isu seputar penelitian genetika, dan pendidikan profesional dan publik. Tiga jenis studi biasanya dilakukan untuk menyelidiki dasar genetik dari penyakit mental (Videbeck Sheila L. 2014, n.d.) :

1. Studi kembar (*Twin Studies*) digunakan untuk membandingkan tingkat penyakit mental atau sifat tertentu pada kembar monozigot (identik), yang memiliki susunan genetik identik, dan kembar dizigotik (fraternal), yang memiliki susunan genetik berbeda. Kembar fraternal memiliki persamaan dan perbedaan genetik yang sama dengan saudara bukan kembar.
2. Studi adopsi (*Adoption Studies*) digunakan untuk menentukan sifat di antara anggota keluarga biologis versus adopsi.

3. Studi keluarga (*Family Studies*) digunakan untuk membandingkan apakah suatu sifat lebih umum di antara kerabat tingkat pertama (orang tua, saudara kandung, dan anak-anak) daripada di antara kerabat jauh atau populasi umum.

Meskipun beberapa hubungan genetik telah ditemukan pada gangguan mental tertentu, penelitian belum menunjukkan bahwa penyakit ini semata-mata terkait secara genetik.

5.3.2 Stres dan Sistem Kekebalan Tubuh (Psikoimunologi).

Psikoimunologi, bidang studi yang relatif baru, meneliti efek stresor psikososial pada sistem kekebalan tubuh. Sistem kekebalan yang terganggu dapat berkontribusi pada perkembangan berbagai penyakit, terutama pada populasi yang secara genetik sudah berisiko. Sejauh ini, upaya untuk menghubungkan stresor spesifik dengan penyakit tertentu tidak berhasil. Namun, sistem kekebalan dan otak dapat mempengaruhi neurotransmitter. Respons peradangan sangat terlibat dalam penyakit seperti multiple sclerosis atau lupus erythematosus, disregulasi suasana hati dan bahkan depresi sering terjadi (Videbeck Sheila L. 2014, n.d.)

5.3.3 Infeksi Sebagai Kemungkinan Penyebab.

Beberapa peneliti berfokus pada infeksi sebagai penyebab penyakit mental. Sebagian besar penelitian yang melibatkan teori virus berfokus pada skizofrenia, tetapi sejauh ini, belum ada bukti spesifik atau konklusif yang diberikan. Teori yang sedang dikembangkan dan diuji termasuk adanya virus yang memiliki afinitas untuk jaringan Sistem Saraf Pusat, kemungkinan bahwa virus benar-benar dapat mengubah gen manusia, dan paparan ibu terhadap virus selama perkembangan kritis sistem saraf janin. Infeksi prenatal dapat berdampak pada otak janin yang sedang berkembang, sehingga menimbulkan teori yang diusulkan bahwa peradangan dapat menyebabkan patologi skizofrenia (Videbeck Sheila L. 2014, n.d.)

DAFTAR PUSTAKA

- Faisal Idrus, M. (n.d.). *Depresi pada Penyakit Parkinson*.
- Hadi, I., Devianty, R., Rosyanti, L., & Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari, J. (2017). GANGGUAN DEPRESI MAYOR (MAYOR DEPRESSIVE DISORDER) MINI REVIEW. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 9.
- Irawan, H. (2017). *Depression among Elderly*.
<https://www.researchgate.net/publication/318277419>
- Novitayani, S., Keilmuan Keperawatan Jiwa, B., Keperawatan, F., & Syiah Kuala Banda Aceh, U. (2018). TERAPI PSIKOFARMAKA PADA PASIEN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT Jiwa ACEH Psychopharmacology Therapy on Outpatients in the Aceh Psychiatric Hospital. *Idea Nursing Journal*, IX(1).
- Saputra, O., & Sitepu, R. J. (2016). *Pengaruh Konsumsi Flavonoid terhadap Fungsi Kognitif Otak Manusia* (Vol. 5, Issue 3).
- Susanti, Y., Darwati, L. E., & Anggraeni, R. (2018). Gambaran Tingkat Depresi Lansia Nurscope. In *Jurnal Keperawatan Pemikiran Ilmiah* (Vol. 4, Issue 4).
- Thalib, T. (n.d.). *Pengalaman Spiritual dalam Pandangan Neuropsikologi*.
- Videbeck Sheila L. 2014. (n.d.). *Psychiatric Mental Health Nursing. Sixth Edition*. Philadelphia : Wolters Luer Lippincott Williams and Wilkins.

BAB VI

GANGGUAN RESPON SOSIAL DAN KEPRIBADIAN

Oleh Shieva Nur Azizah Ahmad

6.1 Pendahuluan

Kesehatan mental bagi manusia mengacu pada tercapainya keselarasan fungsi mental dan kemampuan untuk mengatasi tantangan, merasa gembira dan mandiri. Seseorang yang jiwanya sehat yakni individu yang dapat menyesuaikan diri pada lingkungan sekitarnya serta berintegrasi dan berkomunikasi dengan baik, tepat dan penuh kebahagiaan (Azizah, et al 2016).

Manusia sebagai makhluk yang bergantung pada interaksi sosial dengan orang lain untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari serta tidak mungkin untuk hidup sendiri. (Stuart, 2007). Isolasi sosial merupakan gangguan interaksi sosial yang menjadi salah satu masalah perawatan paling umum pada pasien dengan dengan masalah kesehatan mental yang serius. Isolasi sosial sebagai pengalaman kesepian dan ketidaksukaan seseorang pada orang lain sebagai bentuk deskruktif atau membahayakan (Pardede, 2020).

Dalam rangka mengurangi efek isolasi sosial, diperlukan pendekatan dan penanganan yang tepat untuk mengatasi tanda-tanda isolasi sosial dengan menerapkan jarak sosial. Salah satu peran penting perawat dalam mengatasi masalah isolasi sosial adalah dengan menerapkan standar perawatan medis yang tepat (Apriliani & Herliawati, 2020).

Seseorang tidak dapat berubah dengan mudah. Sejak masa kanak-kanak, pengalaman lingkungan tempat ia dibesarkan dan dibesarkan, serta karakter yang dibawanya sejak lahir, memengaruhi kepribadian yang berkembang di masa dewasa. Kepribadian ini ditetapkan sebagai identitas yang mempengaruhi

pemikiran dan perilaku seseorang dalam kehidupan sehari-hari (Oltmanns & Emery, 2012).

Keberhasilan seseorang dalam hidup tergantung pada kepribadiannya. Bila kepribadian seseorang selalu menimbulkan distress dan berbagai masalah dalam segala aspek kehidupannya, maka dapat dikatakan bahwa ia menderita penyakit jiwa kronis yang disebut gangguan kepribadian (American Psychiatric Association, 2000).

6.2 Isolasi Sosial

Situasi yang dianggap merugikan dan berbahaya karena kesepian yang dirasakan oleh seseorang dan diatribusikan pada orang lain disebut isolasi sosial. Isolasi sosial dapat menyebabkan individu sulit dalam mengungkapkan perasaannya, yang dapat berujung pada perilaku kekerasan sebagai respon terhadap stresor. Klien yang mengalami isolasi sosial cenderung sulit dalam bersosialisasi, tidak mampu mengungkapkan keinginannya, dan memiliki kesulitan dalam berkomunikasi secara efektif, yang dapat menyebabkan ekspresi marah yang tidak tepat (Sukaesti, 2018).

Isolasi sosial merupakan keadaan di mana individu mengalami penurunan atau bahkan tidak dapat sama sekali berhubungan dengan orang lain di sekitarnya. Klien yang mengalami isolasi sosial mengalami gangguan dalam interaksi dan perilaku enggan berkomunikasi dengan orang lain di sekitarnya, lebih memilih diam, menyendiri, dan menghindari orang lain (Yosep, 2014).

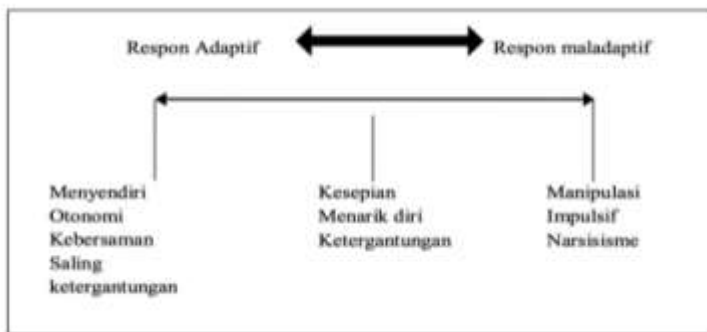
6.2.1 Tanda dan Gejala Isolasi Sosial

Menurut Zakiah, Hamid & Susanti, (2018) simptom yang dimiliki isolasi sosial yaitu diantaranya:

1. Wajah muram
2. Gangguan tidur
3. Merasa Gelisah
4. Merasa Lemah
5. Kehilangan semangat

6. Enggan beraktifitas
7. Menarik diri
8. Menghindari interaksi sosial
9. Jarang berkomunikasi tanpa kontak mata
10. Kehilangan minat dan hobi
11. Enggan melakukan aktivitas sehari-hari atau aktivitas sosial,
12. Menghabiskan waktu di dalam kamar
13. Menentang hubungan sosial
14. Enggan berteman

6.2.2 Rentang Respon Isolasi Sosial



Gambar 6.1 Rentang Respon

Sumber : Riyardi & Purwanto (2013); Muthith (2015)

Respon adaptif adalah tindakan individu dalam mengatasi suatu permasalahan dengan metode yang sesuai dengan standar yang berlaku dalam masyarakat. Riyardi & Purwanto (2013) menjelaskan bahwa respons ini meliputi:

1. Refleksi diri/pengasingan diri adalah cara individu merefleksikan tindakan dan kejadian yang terjadi serta evaluasi terhadap rencana yang telah dilaksanakan.
2. Otonomi/Mandiri adalah kapabilitas individu untuk mendefinisikan serta mengkomunikasikan die, pemikiran, dan perasaannya dalam hubungan sosial,

dimana dapat menentukan dirinya sendiri dan saling berhubungan.

3. Kebersamaan/Kolaborasi adalah kemampuan individu untuk memahami, feedback reaksi antar manusia.
4. Saling ketergantungan adalah hubungan timbal balik diantara individu dengan orang lain dalam memajukan interaksi antar pribadi.

Respon maladaptif adalah respon individu dalam memecahkan persoalan yang melanggar aturan agama dan sosial. Menurut Riyardi & Purwanto (2013) membagi respon maladaptif menjadi tiga diantaranya yaitu:

1. Manipulatif adalah gangguan sosial dimana individu memperlakukan orang lain sebagai objek, hubungan terfokus pada pengendalian orang lain dan individu cenderung mementingkan diri sendiri. Perilaku dominan digunakan sebagai pertahanan terhadap kegagalan atau frustrasi dan dapat menjadi sarana untuk menguasai orang lain.
2. Impulsif adalah gangguan sosial yang ditandai oleh individu sebagai subyek yang tidak dapat diprediks , tidak dapat diandalkan, tidak dapat merencanakan tidak dapat belajar dari pengalaman, dan penilaian yang buruk.
3. Narsistik adalah respon sosial dimana seseorang dengan perilaku yang egosentris, malu, selalu mencari hormat dan mudah marah ketika tidak ada yang mendukung.

6.2.3 Etiologi Isolasi Sosial

Isolasi sosial (penarikan diri) dipicu oleh faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

- a. Faktor predisposisi
Menurut Fitria (2019) faktor-faktor yang mempengaruhi masalah isolasi sosial yaitu:
 - 1) Faktor tumbuh kembang

Fase pertumbuhan dan perkembangan didapati peran tumbuh kembang yang diselesaikan untuk mencegah berkembangnya hubungan sosial. Kegagalan dalam menyelesaikan tugas akan mempersulit tahap tumbuh kembang yang pada akhirnya menimbulkan masalah di kemudian hari.

2) Faktor komunikasi dalam keluarga

Gangguan komunikasi dalam keluarga berkontribusi menyebabkan kehilangan gangguan dalam hubungan sosial. Hal ini melibatkan masalah berkomunikasi disebabkan ambiguitas (ikatan ganda), yaitu situasi dimana unsur keluarga secara bersamaan menerima pesan yang bertentangan atau ekspresi emosi yang tinggi dalam keluarga yang menghalangi untuk hubungan dengan lingkungan di luar keluarga.

3) Faktor sosial budaya

Norma keluarga dan komunitas yang salah dapat menyebabkan hubungan sosial dimana setiap anggota keluarga yang tidak produktif seperti lansia, sakit kronis dan penyandang disabilitas menjadi terasing dari lingkungan sosialnya

4) Faktor biologis

Faktor biologis menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi rusaknya hubungan sosial. Misalnya, otak adalah organ yang mempengaruhi rusaknya hubungan sosial. Pasien skizofrenia memiliki masalah hubungan dengan struktur otak yang abnormal seperti atrofi otak, serta perubahan ukuran dan bentuk sel di daerah limbik dan kortikal.

b. Faktor presipitasi

Terjadinya gangguan dalam hubungan sosial dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal manusia (Hermawan, 2015). Faktor stress presipitasi dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1) Faktor eksternal

Contohnya adalah sosiokultural stressor, yakni stres yang disebabkan oleh faktor sosiokultural seperti keluarga.

2) Faktor internal

Misalnya stres psikologis, yakni stres akibat kecemasan berkepanjangan atau stress yang bersamaan terjadinya dengan kemampuan seseorang terbatas untuk melewatinya. Ketakutan terjadi karena kebutuhan untuk berpisah dengan orang yang dicintai.

6.2.4 Patofisiologi Isolasi Sosial

Salah satu hambatan dalam interaksi sosial adalah perilaku mengasingkan diri atau isolasi sosial akibat emosi tidak dihargai dapat dialami oleh klien dengan latar belakang masalah, ketegangan, kekecewaan dan ketakutan (Dermawan, 2013). Ketika klien tidak dihargai, mereka mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan dengan orang lain, klien menjadi regresif dan terbelakang, mereka mengalami penurunan aktivitas dan mereka menjadi terlalu peduli dengan penampilan dan kebersihan diri mereka sehingga menyebabkan berkurangnya perhatian. Pasien semakin terperangkap dalam perjalanan dan perilaku masa lalu, serta perilaku primitif seperti bicara yang autistik dan perilaku yang tidak sesuai dengan kenyataan. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya halusinasi (Azizah, et al 2017).

6.3 Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian merujuk pada karakteristik kepribadian yang rigid dan tidak dapat disesuaikan yang mengakibatkan disfungsi yang signifikan dan tekanan subjektif. Orang yang mengalami gangguan kepribadian bereaksi secara kaku terhadap situasi pribadi, hubungan dengan orang lain, atau lingkungan sekitar (Maramis, 2004). Gangguan kepribadian adalah jenis masalah psikologis atau abnormal dibagi menjadi dua jenis

yaitu neurosis (gangguan jiwa) dan psikosis (penyakit jiwa) (Daradjat, 2001).

Durand & Barlow (2007) mendefinisikan gangguan kepribadian sebagai pola pikir yang persisten terkait dengan lingkungan dan diri sendiri, yang muncul dalam berbagai situasi sosial dan pribadi, yang rigid, tidak adaptif, dan mengakibatkan disfungsi atau tekanan subjektif yang signifikan. DSM-IV-TR memuat 10 jenis gangguan kepribadian yang terbagi ke dalam tiga kelompok, diantaranya yaitu :

- a. Kelompok A (aneh dan eksentrik) mencakup gangguan kepribadian paranoid, skizofrenia, dan skizotipal.
- b. Kelompok B (dramatis, emosional, atau impulsif) mencakup gangguan kepribadian antisosial, borderline, histrionik, dan narsistik.
- c. Kelompok C (cemas atau takut) mencakup gangguan kepribadian penghindaran, ketergantungan dan obsesif-kompulsif.

6.3.1 Faktor-Faktor Gangguan Kepribadian

Menurut Semiun (2006), faktor yang membedakan individu dengan dan tanpa gangguan kepribadian terdiri dari 3 (tiga) bagian, yaitu :

1. Orang dengan kelainan menggunakan perilaku tersebut secara konsisten, sedangkan orang tanpa kelainan hanya menggunakannya sesekali.
2. Orang dengan gangguan kepribadian berperilaku lebih ekstrim. Misalnya, ada perbedaan antara perintah dan paksaan.
3. Orang dengan gangguan kepribadian menderita masalah serius dan jangka Panjang.

6.3.2 Jenis-Jenis Gangguan Kepribadian

Jenis-Jenis kepribadian Menurut Semiun (2006) adalah :

1. Gangguan Kepribadian Paranoid (GKP) yaitu pola kepribadian yang dikontrol oleh ketidakpercayaan,

kecurigaan terhadap individu dan iri hati. Individu dengan gangguan ini seringkali mudah tersinggung, kesulitan memahami serta menanggapi frustrasi dengan gerakan "menyeimbangkan". Gangguan ini lebih sering terjadi pada pria dan penyebabnya tidak diketahui.

2. Gangguan Kepribadian Skizoid (GKS) yaitu pola kepribadian yang dikontrol oleh penarikan diri dari interaksi sosial dan menunjukkan ekspresi emosional. Orang yang mengalami penyakit ini enggan rukun satu sama lain dan bahkan jarang menunjukkan respon terhadap orang lain. Sebagai contoh, mereka mungkin tidak merespon pujian atau memberikan isyarat umpan balik seperti tersenyum atau mengangguk. Kita dapat melihat penyakit ini sejak dini dan biasanya melibatkan rasa takut, menghindari persaingan.
3. Gangguan Kepribadian Skizotipal (GKST) yaitu pola kepribadian yang dikontrol oleh ketidaknyamanan , pikiran, perilaku menyimpang (kognitif) dan eksentrik (idiosyncratic). Orang dengan gangguan ini memiliki keyakinan yang aneh, sebagai contoh mengira mereka adalah peramal atau telepati, canggung dan menarik diri, atau berperilaku absurd atau aneh (seperti mereka melakukan monolog atau kebiasaan aneh), perilaku motorik dan tidak memperhatikan penampilan mereka (teralihkan perhatiannya).
4. Gangguan Kepribadian Ambang (Borderline Personality Disorders) yaitu pola kepribadian yang dikontrol ketidakstabilan dalam relasi sosial, self image, perasaan (afektif), perilaku yang impulsif berat. Ketidakstabilan perilaku menunjukkan dirinya dalam perilaku impulsif, seks, makan, kecanduan narkoba dan penghancuran diri. Gangguan kepribadian ambang terletak pada batas antara gangguan neurotik dan psikotik yang ditandai dengan kestabilan yang nyata dalam emosi, suasana hati, perilaku, serta citra diri yang

sangat tidak stabil. Orang dengan gangguan kepribadian ini mengalami fluktuasi suasana hati yang signifikan.

Sifat adalah bagaimana seseorang saat menanggapi orang lain atau situasi di sekitar mereka. Misalnya, orang yang kompetitif biasanya menanggapi orang lain dengan penolakan, pemberontakan atau argumen, dan orang yang kompleks adalah cenderung terorganisir, sistematis dan kurang memotivasi diri (Semiun, 2006). Gangguan sifat kepribadian meliputi, yaitu :

1. Gangguan Kepribadian Agresif Pasif
 - a. Jenis Pasif Dependen yaitu jenis kepribadian yang infatil di masa dewasa, ditandai dengan ketidaktegasan, ketidakberdayaan, dan ketergantungan yang ekstrim pada seseorang.
 - b. Jenis Pasif-Agresif. (*Passive-Agressive Personality Disorders*) yaitu gangguan kepribadian yang menonjolkan perilaku yang tidak pantas ditempat kerja atau relasi sosial, seperti melambatkan pekerjaan atau menunda-nunda dengan dalih "khilaf".
 - c. Jenis Agresif yaitu pola kepribadian yang dikontrol oleh emosi bawah sadar yang mendasarinya seperti kebencian yang mengakar.
2. Gangguan Kepribadian Obsesif Kompulsif
Model kepribadian dengan kebutuhan yang berlebihan akan totalitas, keteraturan, pengendalian, problem datang karena keteraturan, seperti siswa yang mengeluarkan alat tulis tetapi tidak akan mendapatkan hasil.
3. Gangguan Kepribadian Menghindar
Model kepribadian yang sensitif terhadap kontradiksi dari seseorang, dan mau berbaur asalkan tidak dilanggar.
4. Gangguan Kepribadian Ketergantungan
Model kepribadian yang diberikan oleh seseorang berpengaruh dalam membuat konklusi bagi mereka. Dia

tidak ingin dihakimi jika dia melakukan sesuatu meskipun tahu dia melenceng.

5. Gangguan Kepribadian Histrionik. (*Histrionic Personality Disorders*) yaitu model kepribadian yang dikontrol oleh emosi yang berlebihan serta kekhawatiran yang berlebihan terhadap diri sendiri.
6. Gangguan Kepribadian Narsistik (*Narcissistic Personality Disorders*) yaitu model pola kepribadian yang dikontrol oleh keagungan, kesenangan disanjung dan kurangnya empati.
7. Gangguan Kepribadian Sadistik yaitu model kepribadian yang justru menikmati kemalangan orang lain.
8. Gangguan kepribadian yang bunuh diri (*Self-defeating personality disorder*) yaitu model kepribadian yang mendapatkan marabahaya namun sampai saat ini belum diketahui penyebabnya.
9. Gangguan Kepribadian Psikopat atau Sosiopat
Seseorang kurang matang secara emosional, penilaian dan tanggung jawab, tidak menghargai konsekuensi dari perilaku yang dilakukan

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th, Text Revised. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Apriliani, D., & Herliawati, H. 2020. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Isolasi Sosial: Menarik Diri Dengan Menerapkan Terapi Social Skill Trainning (Doctoral Dissertation, Sriwijaya University).
[Http://Repository.Unsri.Ac.Id/Id/Eprint/30250](http://Repository.Unsri.Ac.Id/Id/Eprint/30250)
- Azizah, L.M., Zainuri, I., Akbar, A. 2016. Buku Ajar Kesehatan Jiwa. Yogyakarta: Infomedika.
- Azizah, F. N., Hamid, A. Y. S., & Wardani, I. Y. 2017. Respon Sosial dan Kemampuan Sosialisasi Pasien Isolasi Sosial melalui Manajemen Kasus Spesialis Keperawatan Jiwa. Media Ilmu Kesehatan, 6(2), 91-100.
<https://doi.org/10.30989/mik.v6i2.221>
- Damaiyanti, M., Iskandar. 2012. Asuhan keperawatan jiwa. Bandung: PT. Refika Aditama
- Daradjat, Z. 2001 Kesehatan Mental. Jakarta: CV Haji Masagung
- Dermawan, D., Rusdi. 2013. Keperawatan Jiwa Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Gosyen publishing.
- Durand, V. M. Barlow, D. H. 2007. Intisari Psikologi Abnormal, Edisi keempat. Penerjemah: Helly Prajitno Soetjipto & Sri Mulyantini Soetjipto. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Fitria. 2019. Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Advance Mental Health Nursing). Bandung : Refika Aditama.
- Hermawan, B. 2015. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. S Dengan Gangguan Isolasi Sosial: Menarik Diri Di Ruang Arjuna RSJ Daerah Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
<http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/34432>

- Jalaluddin. 2016. Psikologi Agama Memahami Perilaku Dengan Mengaplikasikan Prinsip-Prinsip Psikologi. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada.
- Kotler, P. A., Armstrong, G. 2008 Prinsip-Prinsip Pemasaran Edisi 12. Jakarta: Erlangga.
- Maramis, W. 2004. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Surabaya: Airlangga University Press.
- Muhith, A. 2015. Pendidikan Keperawatan Jiwa : Teori dan Aplikasi. Yogyakarta : Penerbit Andi.
- Oltmanns, T. F., Emery, R. E. 2012. Abnormal Psychology (7th edition). New Jersey: Pearson Education.
- Pardede, J. A., Hamid, A. Y. S., & Putri, Y. S. E. 2020. Application Of Social Skill Training Using Hildegard Peplau Theory Approach To Reducing Symptoms And The Capability Of Social Isolation Patients. Jurnal Keperawatan, 12(3), 327340.
<https://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan/article/view/782>
- Riyadi, S., Purwanto, T. 2013. Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rosyidi, H. 2010. Handout Psikologi Kepribadian I. Surabaya:IAIN Sunan Ampel.
- Sari, D. P., Maryatun, S. 2020. Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi Terhadap Kemampuan Interaksi Sosial Dan Activity Daily Living Klien Isolasi Sosial Di Panti Sosial Rehabilitasi Pengemis Gelandangan Orang Dengan Gangguan Jiwa. In Proceeding Seminar Nasional Keperawatan 6(1). 148-154.
<Http://Www.Conference.Unsri.Ac.Id/Index.Php/SNK/Article/View/1784>
- Semiun, Y. 2006. Kesehatan Mental Jilid 1 & 2. Yogyakarta : Penerbit Kanisius

- Sjarkawi. 2006. Pembentukan Kepribadian Anak. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Stuart, G. W. 2007. Buku Saku Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC.
- Sukaesti, D. 2019. Sosial Skill Training Pada Klien Isolasi Sosial. Jurnal Keperawatan Jiwa, 6(1), 19-24. <https://doi.org/10.26714/jkj.6.1.2018.19-24>.
- Sumarwan, U. 2011. Perilaku Konsumen Teori dan Penerapannya dalam Pemasaran, Edisi Kedua Cet. Pertama. Bogor : Ghalia Indonesia.
- Yosep, et all. 2014. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bandung: Refika Aditama.
- Yusuf, S. Nurihsan, J. 2011. Teori Kepribadian Cet.3. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Zakiyah, Hamid, A. Y. S. , Susanti, H. 2018. Penerapan Terapi Generalis, Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi, dan Social Skill Training Pada Pasien Isolasi Sosial. Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia. Vol. 2(1): 21-22. <https://jurnal.umt.ac.id/index.php/jik/article/view/967>

BAB VII

RESPONS SEKSUAL DAN GANGGUAN SEKSUAL

Oleh Herniyatun

7.1 Pendahuluan

Kesehatan seksual merupakan bagian penting dalam kesejahteraan manusia. Seksualitas sebagai aspek sentral manusia sepanjang hidup meliputi seks, identitas dan peran gender, orientasi seksual, erotisme, kesenangan, keintiman, dan reproduksi. Seksualitas dialami dan diekspresikan dalam pikiran, fantasi, keinginan, keyakinan, sikap, nilai, perilaku, praktik, peran, dan hubungan. Berbagai dimensi dalam seksualitas tidak semua dialami oleh seseorang. Seksualitas dipengaruhi oleh interaksi faktor biologis, psikologis, sosial, ekonomi, politik, budaya, hukum, sejarah, agama dan spiritual (World Health Organization, 2006).

Dimensi biologis dalam seksualitas berkaitan dengan organ reproduksi, hormon, menjaga fungsi organ reproduksi secara optimal dan dorongan seksual. Dimensi psikologis dalam seksualitas berkaitan dengan peran manusia sebagai makhluk seksual, identitas peran, dan kognitif, afektif serta psikomotor terhadap seksualitas itu sendiri. Dimensi sosial seksualitas dilihat pada bagaimana seksualitas muncul dalam hubungan antar manusia, bagaimana pengaruh lingkungan dalam membentuk pandangan tentang seksualitas yang akhirnya membentuk perilaku seksual. Dimensi kultural menunjukkan perilaku seks menjadi bagian dari budaya yang ada di masyarakat.

Seksualitas menunjukkan sejauh mana seseorang memperlihatkan dan pengalaman sebagai laki-laki atau perempuan secara fisik, emosional dan mental. Seksualty tidak hanya meliputi genitalia dan hormon, tetapi seksual meliputi sikap dan perasaan. Seksual dapat didefinisikan sebagai perilaku seseorang dalam

berekasi terhadap seksualitasnya dan bagaimana dalam berperilaku terhadap orang lain. Budaya sangat berpengaruh terhadap perilaku seksualnya. Seksualitas merupakan satu kesatuan dari identitas personal dan hadir dalam sikap seseorang melalui tindakan, komunikasi dan penampilan fisik (Taylor C., Lillis C., 2011).

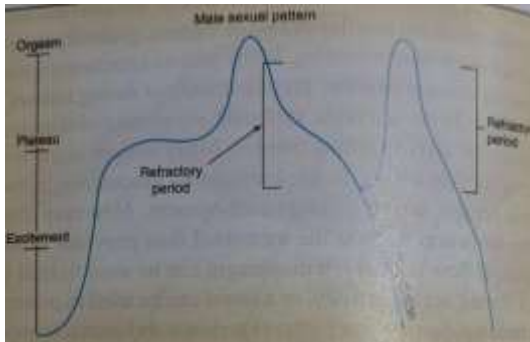
Definisi seksualitas paling sering merujuk pada ekspresi, perilaku seksual, keintiman fisik, aktivitas pasangan, hasrat, sikap, keyakinan yang berkaitan dengan seksualitas, dan keintiman emosional. Definisi seksual yang jarang disebutkan adalah gairah, kesenangan, fungsi seksual, emosi yang berkaitan dengan seksualitas, kepuasan seksual, dan orientasi seksual. Definisi seksualitas yang kurang umum dibahas adalah kepuasan hubungan, pengalaman sensorik yang berkaitan dengan seks dan seksualitas, fantasi dan pemikiran tentang seks, aspek seksualitas khusus reproduksi, atau identitas gender. Tidak ada definisi yang membahas pengetahuan seksual (Macleod & McCabe, 2020).

7.2 Siklus Respon Seksual

Respon fisik terhadap aktifitas seksual Wanita dan laki-laki hamper sama walaupun ada perbedaan. Respon tubuh terhadap stimulus rangsangan juga memperlihatkan respon yang sama yaitu: fantasi, masturbasi dan hubungan seksual. Siklus respon seksual tidak hanya terbatas pada organ genital, tetapi pada keseluruhan respon tubuh yang mempengaruhi respon psikologis. Terdapat empat fase dalam siklus respon seksual yaitu excitement, plateau, orgasme dan resolusi (Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, 1992)

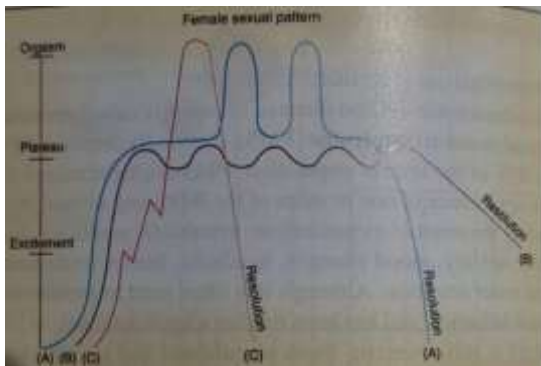
Tubuh manusia terdapat beberapa daerah sensitif seksual yang jika terstimulasi akan menyebabkan gairah seksual. Organ genital merupakan organ sensitive yang pasti terdapat pada laki-laki dan wanita, namun tidak hanya daerah genital, banyak bagian sensitive terdapat pada tubuh manusia. Kulit merupakan daerah sensitive terbesar. Area lain diantaranya adalah telinga, bibir, paha, dan payudara. Organ yang paling penting terhadap gairah seksual adalah otak. Individu bebas menikmati pengalaman seksual, akan

tetapi beberapa hal dapat mencegah seseorang menikmati pengalaman seksual diantaranya adalah: hambatan, kesusahan dan merasa bersalah.



Gambar 7.1 Pola respon seksual laki-laki
Sumber : (Taylor C., Lillis C., 2011)

Gambar 7.1 menunjukkan pola respon seksual pada laki-laki. Gambar menunjukkan pola peningkatan menuju plateu dengan cepat, diikuti orgasme satu kali, resolusi cepat kadangkala terdapat fase refraktori/mempertahankan.



Gambar 7.2 Pola respon seksual Wanita
Sumber : (Taylor C., Lillis C., 2011)

Pada gambar 7.2 Terdapat tiga respon seksual pada wanita. Pola A menunjukkan perkembangan stabil ke plateu diikuti dengan

orgasme yang intens, bisa terjadi orgasme berulang, fase resolusi lambat. Pola B menunjukkan perkembangan lambat ke plateau diikuti oleh peningkatan sedikit ke orgasme, menyebabkan perasaan menyenangkan berkepanjangan tanpa orgasme, resolusi lambat. Pola C menunjukkan progres yang cepat terhadap plateau dengan beberapa kenaikan dan penurunan diikuti satu orgasme dan resolusi cepat. Pola C hampir sama dengan respon pola seksual laki-laki.

Beberapa wanita menunjukkan gambar gunung orgasme seperti gambar 7.2, tetapi seringkali tidak tetapi seringkali tidak mewakili gairah dan pelepasan dalam keadaan dan kesempatan yang berbeda. Wanita dengan orgasme seksual yang diperpanjang yang bertahan lama dan wanita yang mengalami orgasme berulang hanya selang beberapa detik. Pengalaman klinis adalah bahwa wanita seringkali akan menggambarkan berbagai gambar kurva yang berubah-ubah dari pengalaman seksual mereka (Basson, 2000)

Empat fase dalam siklus respon seksual yaitu excitement, plateau, orgasme dan resolusi:

7.2.1 Fase excitement atau Rangsangan

Fase ini diawali dari rangsangan erotis. Respon fisik pada laki-laki dan wanita biasanya terjadi peningkatan nadi, tekanan darah yang menyebabkan kulit menunjukkan pink flush. Rangsangan fisik seperti sentuhan atau cecupan dan psikologis seperti fantasi sehingga terjadi ereksi pada pria atau lubrikasi pada vagina wanita. Pada wanita, puting payudara menjadi keras dan klitoris menjadi tebal. Wanita biasanya menunjukkan waktu lebih lama dalam fase excitement dibanding laki-laki.

7.2.2 Fase Plateu

Fase ini juga disebut orgasmic platform. Pada fase ini, rangsangan seksual mencapai derajat tertinggi yaitu sebelum mencapai ambang batas yang diperlukan untuk terjadinya orgasme (periode singkat sebelum orgasme). Waktu plateau bervariasi dari beberapa menit sampai 15 atau 20 menit. Bila rangsangan berlangsung terus, penis menjadi lebih besar, sementara itu vagina bagian bawah menjadi

mengecil dan payudara wanita menjadi mengeras. Pada laki-laki bisa terjadi sekresi cowper's glands. Kelenjar cowper disebut juga kelenjar bulbourethral yaitu sepasang kelenjar kecil berbentuk bulat yang berada di ujung penis. Saat penis terangsang, kelenjar ini akan memproduksi cairan yang berperan sebagai pelumas sebelum terjadi ejakulasi

7.2.3 Fase Orgasme

Orgasme adalah perasaan kepuasan seks yang bersifat fisik dan psikologis dalam aktifitas seksual sebagai akibat pelepasan memuncaknya ketegangan seksual (sexual tension) setelah terjadi fase rangsangan yang memuncak pada fase plateau. Pada pria, mereka akan mengalami perasaan ejakulasi yang tak terhindarkan hingga akhirnya terjadi ejakulasi. Sementara itu, fase orgasme pada wanita ditandai dengan kontraksi di dinding sepertiga bagian bawah vagina. Jumlah kontraksi adalah 4 sampai 20 kontraksi. Beberapa cara wanita membutuhkan stimulasi klitoris dalam mencapai orgasme (Taylor C., Lillis C., 2011)

7.2.4 Fase Resolusi

Pada fase resolusi, terjadi pengaliran darah keluar dari area genital sehingga badan kembali dalam keadaan rileks. Resolusi ditandai dengan perasaan senang dan lega serta reaksi pengeluaran keringat di seluruh badan. Perasaan rileks, fatigue, puas juga bisa terjadi pada fase resolusi. berapa orang membutuhkan perlakuan seperti dipegang, dibelai, dan dibelai. Wanita bisa memulai siklus respon seksual mulai dari awal lagi dengan segera. Beberapa wanita bisa mengalami orgasme berulang. Pada laki-laki terdapat fase refraktori, yaitu fase di mana tidak bisa menerima respon seksual. Waktu refraktori pada laki-laki bervariasi dari beberapa menit sampai satu atau beberapa hari sampai siap menerima stimulus seksual selanjutnya.

7.3 Ekspresi Seksual

7.3.1 Masturbasi

Masturbasi adalah tehnik ekspresi seksual dimana individu melakukan stimulasi seksual secara mandiri. Stimulasi dilakukan pada area penis laki-

laki atau pada clitoris wanita. Masturbasi dipengaruhi oleh jenis kelamin, usia dan status pernikahan. Orang tidak melakukan masturbasi dipengaruhi perasaan bersalah bahwa melakukan stimulasi mandiri adalah hal yang salah. Masturbasi dapat diterapi dengan Cognitive Behaviour Therapy (Zainbrin & Ratnasari, 2020)

7.3.2. Seksual intercourse

Hubungan seksual terdiri dari dua hal yaitu vaginal intercourse dan anal intercourse. Hubungan seksual melalui vagina merupakan hal yang umum, yaitu memasukkan penis ke dalam vagina. Anal intercourse adalah hubungan seksual melalui anus, yaitu melakukan memasukkan penis ke dalam anus, biasanya dilakukan oleh pasangan gay atau pasangan heteroseksual.

7.3.3. Oral genital stimulation

Stimulasi seksual menggunakan mulut dan lidah kadang dilakukan saat pemanasan. Cunnilingus adalah menstimulasi organ genital wanita dengan menjilat atau menghisap klitoris dan sekitarnya. Fellatio adalah menstimulasi organ genital laki-laki dengan cara menjilat atau menghisap penis dan sekitarnya. Sebagian orang muda melakukan stimulasi oral genital untuk mengganti vaginal intercourse untuk menghindari kehamilan.

7.3.4. Celibacy

Celibacy adalah pantangan melakukan hubungan seksual. Celibacy dilakukan dengan beberapa alasan diantaranya untuk menghindari penularan infeksi seksual atau tidak ingin hamil. Beberapa orang dengan kepercayaan pada agamanya melakukan celibacy dalam hidupnya.

7.3.5. Alternatif dalam ekspresi seksual

Ekspresi seksual lain diantaranya adalah :

1. Veyorisme adalah perilaku seksual dengan memperlihatkan bagian tubuhnya termasuk oragan genitalnya kepada orang lain
2. Sadism adalah seseorang yang mencapai kepuasan setelah melakukan kekerasan kepada orang lain

3. Masochisme kekejaman atau kekerasan yang memberikan kepuasan seksual pada yang menerimanya, seseorang akan merasa kenikmatan seksual jika merasa sakit
4. Sadomasochism adalah praktek seksual secara sadis dan masochisme secara berbarengan.
5. Pedophilia adalah praktek seksual yang dilakukan oleh orang dewasa kepada anak-anak,

7.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Seksualitas

7.4.1. Kultur

Persepsi seksual pada masyarakat sering berpengaruh terhadap individu. Pada beberapa kasus kulture mengatur tentang lama hubungan seksual, metode stimulasi dan posisi seksual. Pada budaya tertentu seorang wanita hanya menerima ajakan hubungan seksual, sementara di daerah lain harus aktif mengajak seksual.

7.4.2 Agama

Agama sangat mempengaruhi praktik seksual. Kepercayaan bahwa hubungan seksual sebelum nikah adalah dosa akan sangat berpengaruh terhadap perilaku seksual. Praktik edukasi seksual sebelum menikah merupakan kepercayaan tertentu juga akan berpengaruh terhadap praktik seksual.

7.4.3 etik

Kesehatan seksual tergantung pada kebebasan dari rasa bersalah dan kecemasan. Seseorang yang percaya terhadap etika akan cenderung menegur orang yang salah. Seseorang mungkin merasa bahwa ekspresi seksual yang dilakukan adalah sesat dan aneh karena berbeda dengan etika sosial di masyarakat.

7.4.4 Gaya Hidup

Gaya hidup modern bisa berpengaruh terhadap ekspresi seksual. Pekerjaan yang berat pada laki-laki dan perempuan, stres yang tinggi seringkali membutuhkan aktifitas seksual. Pasangan yang sama-sama bekerja perlu menyeimbangkan level energi dalam melakukan hubungan seksual

7.4.5 Pertimbangan melahirkan

Kesiapan melakukan reproduksi berpengaruh terhadap ekspresi seksual. Perawat yang berpengalaman lebih peka dalam mendeteksi apakah seseorang sangat menginginkan kehamilan, atau menunda kehamilan atau bermasalah dalam melakukan ekspresi seksual pada masa menopause.

7.4.6 Infeksi Menular Seksual

Mempunyai penyakit infeksi menular seksual berpengaruh terhadap konsep diri, takut melakukan hubungan intim, dan takut menyebarkan penyakit infeksi seksualnya.

7.5 Gangguan Seksual

Menurut American Psychiatric Association disfungsi seksual terdiri dari empat yaitu: Gangguan minat/keinginan seksual (desire disorders), Gangguan birahi (arousal disorder), Gangguan orgasme (orgasmic disorder) dan Gangguan nyeri seksual (sexual pain disorder).

Gangguan minat/keinginan seksual (desire disorders) dan Gangguan birahi (arousal disorder) dibedakan antara laki-laki dan perempuan. Gangguan keinginan/rangsangan seksual pada perempuan mencakup:

A. Kurangnya atau penurunan signifikan keinginan/rangsangan seksual yang bermanifestasi sebagai (minimal 3):

1. Tidak ada/berkurangnya minat dalam aktivitas seksual
2. Tidak ada/berkurangnya pikiran/fantasi yang bersifat erotis atau seksual
3. Tidak/berkurangnya inisiasi aktivitas seksual dan biasanya tidak merespon upaya pasangan untuk menginisiasi
4. Tidak ada/berkurangnya kesenangan/kenikmatan seksual ketika beraktivitas seksual pada semua atau hampir semua kesempatan
5. Tidak ada/berkurangnya minat/rangsangan seksual sebagai respon terhadap rangsangan-rangsangan seksual/erotis, baik internal maupun eksternal (misalnya tertulis, verbal, visual)

6. Tidak ada atau berkurangnya sensasi genital atau nongenital ketika melakukan aktivitas seksual pada semua atau hampir semua kesempatan

B. Gejala-gejala dalam kriteria A telah berlangsung selama minimal 6 bulan

C. Gejala-gejala pada kriteria A menyebabkan distress yang signifikan

D. Disfungsi seksual yang terjadi tidak bisa dijelaskan oleh gangguan mental non seksual atau sebagai konsekuensi distress hubungan interpersonal yang berat (misalnya kekerasan oleh pasangan) atau stressor signifikan lainnya, dan bukan disebabkan karena penggunaan zat/obat atau kondisi medis lainnya (American Psychiatric Association, 2013).

Gangguan gairah seksual hipoaktif pada laki-laki (American Psychiatric Association, 2013).

A. Defisiensi (atau tidak ada) pikiran/fantasi erotic/seksual dan gairah untuk aktivitas seksual yang persisten atau rekuren. Penilaian defisiensi dilakukan oleh klinisi dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas seksual, misalnya umur dan konteks sosio-kultural

B. Gejala-gejala dalam kriteria A telah berlangsung selama minimal 6 bulan

C. Gejala-gejala pada kriteria A menyebabkan distress yang signifikan

D. Disfungsi seksual yang terjadi tidak bisa dijelaskan oleh gangguan mental non seksual atau sebagai konsekuensi distress hubungan interpersonal yang berat (misalnya kekerasan oleh pasangan) atau stressor signifikan lainnya, dan bukan disebabkan karena penggunaan zat/obat atau kondisi medis lainnya

7.5.1 Gangguan seksual laki-laki primer

Gangguan seksual laki-laki primer diantaranya adalah :

1. Kegagalan ereksi, atau disebut impoten adalah ketidakmampuan ereksi dan tidak mampu melakukan intercourse. Penyebab impoten adalah masalah fisik dan psikologis seperti kondisi penyakit, pengobatan, atau kecemasan.
2. Prematur ejakulasi adalah kondisi laki-laki yang ejakulasi sebelum orgasme atau segera setelah masuk ke vagina. Pemasangan seksual biasanya belum mencapai kepuasan seksual.
3. Retarded ejaculation atau ejakulasi yang tertunda adalah ketidakmampuan ejakulasi di dalam vagina atau tertunda ejakulasi di dalam vagina.

7.5.2. Gangguan seksual Wanita primer

Gangguan seksual wanita primer meliputi:

1. Inhibited sexual desire adalah hambatan dalam gairah seksual sehingga menyebabkan penyumbatan vagina dan tidak ada atau sedikitnya lubrikasi (Irchami F et al., 2015).
2. Dyspareunia adalah nyeri saat berhubungan seksual
3. Vaginismus adalah kondisi pengencangan otot-otot disekitar vagina sehingga menyebabkan terhambatnya penetrasi penis
4. Vulvodynia adalah nyeri vulva kronik dengan karakteristik nyeri seperti terbakar, pedas, iritasi, kaku saat aktifitas seksual.

7.5.3. Kondisi Kesehatan

Kondisi kesehatan yang bisa mempengaruhi ekspresi seksual diantaranya adalah mempunyai penyakit DM, penyakit kardiovaskular, penyakit sendi dan mobilisasi, operasi dan body image, cedera tulang belakang, nyeri kronik, sakit mental dan sedang dalam masa pengobatan (Sunanto et al., 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
- Irchami F, Y., H, I., H.P, I., A.B, A., Patmini, E., Nugroho, A., & Rahman, M. N. (2015). Gangguan Hasrat Seksual Pada Wanita Pascasalin Dan Hubungannya Dengan Cara Persalinan. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 2(1), 29–33. <https://doi.org/10.22146/jkr.7117>
- Macleod, A., & McCabe, M. P. (2020). Defining sexuality in later life: A systematic review. *Australasian Journal on Ageing*, 39(S1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/ajag.12741>
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1992). *Human Sexuality*. New York: Library of Congress Cataloging. Library of Congress Cataloging.
- Sunanto, A., Rompas, S., & Pondaag, L. (2015). Hubungan Penyakit Ginjal Kronik Dengan Disfungsi Seksual Pada Pasien Di Dirina C Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 3(2), 111305.
- Taylor C., Lillis C., L. P. et al. (2011). *Fundamentals of Nursing: the Art and Science of nursing Care seventh edition*.
- World Health Organization. (2006). *Defining Sexual Health—Report of a Technical Consultation on Sexual Health 28-31 January 2002*.
- Zainbrin, M. S., & Ratnasari, Y. (2020). Teknik Cognitive Behaviour Therapy dalam Menurunkan Frekuensi Masturbasi pada Laki-Laki. *Jurnal Psikogenesis*, 8(2), 196–210.

BAB VIII

RESPON PROTEKTIF DIRI DAN PERILAKU BUNUH DIRI

Oleh Widya Arisandy

8.1 Konsep Bunuh Diri

1. Deskripsi

Bunuh diri adalah tindakan seseorang yang mengetahui akan akibatnya dan suatu tindakan yang dapat mengakhiri hidupnya sendiri dalam waktu singkat. Dimana bunuh diri merupakan perilaku merusak diri sendiri yang secara langsung dan sengaja bertujuan untuk mengakhiri hidupnya (Herdman, 2003).

Bunuh diri adalah salah satu dari 20 penyebab kematian paling umum di antara semua orang dari berbagai jenis usia, hampir satu juta orang meninggal karena bunuh diri dalam setiap tahun nya (Schawrtz-Lifshittz et al., 2003).

2. Etiologi

Secara umum, alasan utama bunuh diri karena adanya ketidakmampuan seseorang untuk menyelesaikan masalah yang terjadi didalam kehidupannya. Etiologi risiko bunuh diri meliputi:

a. Faktor genetik

Faktor genetik mempengaruhi risiko bunuh diri pada keturunannya. Hal ini lebih sering terjadi pada jenis kembar monozigotik daripada dizigotik. Selain itu, akibat dari jumlah serotonin menurun, sehingga dapat menyebabkan depresi.

b. Faktor biologis

Faktor ini sering dikaitkan dengan kondisi tertentu seperti adanya penyakit kronis tertentu atau kondisi medis lainnya seperti stroke, penurunan kognitif (demensia), diabetes, penyakit jantung koroner, kanker, HIV/AIDS, dan lain-lain.

c. Faktor psikososial dan lingkungan

Menurut teori psikoanalitik/psikodinamik, bunuh diri merupakan akibat dari kemarahan yang diarahkan pada diri sendiri, yaitu hilangnya objek yang berhubungan dengan agresi atau kemarahan, perasaan negatif terhadap diri sendiri, dan dapat berujung pada depresi.

d. Tekanan lingkungan

Durkheim membagi bunuh diri menjadi tiga kategori yaitu: *egois* (orang yang tidak terintegrasi ke dalam kelompok sosial), *altruistik* (bunuh diri untuk kepentingan orang lain) dan *anomic* (bunuh diri karena kesulitan berkomunikasi dengan orang lain dan beradaptasi dengan stresor).

8.2 Kategori Risiko Bunuh Diri

a. Isyarat bunuh diri

Tanda-tanda bunuh diri ditunjukkan oleh perilaku tidak langsung yang menunjukkan keinginan bunuh diri, seperti mengatakan, "Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi" atau "Semuanya akan lebih baik tanpa aku".

b. Ancaman bunuh diri

Klien biasanya membuat ancaman bunuh diri yang mencakup keinginan kematian melibatkan persiapan rencana untuk mengakhiri hidup dan sarana untuk melaksanakan rencana itu.

c. Usaha bunuh diri

Upaya bunuh diri adalah tindakan klien yang merugikan dirinya sendiri dengan maksud untuk mengakhiri hidupnya. Ancaman bunuh diri umumnya diucapkan oleh klien, berisi keinginan untuk mati disertai dengan rencana untuk mengakhiri kehidupannya dan persiapan alat untuk melaksanakan rencana tersebut.

d. Percobaan bunuh diri

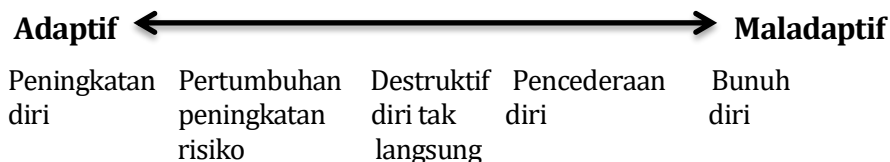
Percobaan bunuh diri adalah tindakan klien mencederai atau melukai diri untuk mengakhiri kehidupan.

8.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Bunuh Diri

1. Faktor mood dan biokimiawi otak
2. Faktor dari riwayat gangguan mental seseorang
3. Faktor meniru, imitasi dan pembelajaran
4. Faktor human relations dan isolasi sosial
5. Faktor ancaman kebutuhan dasar dan hilangnya perasaan aman
6. Faktor religiusitas (keimanan dan keyakinan seseorang)

8.4 Rentang Respon Protektif Diri

Gambar. 1 Rentang Respon Protektif Diri



(Sumber: Stuar, 2013)

Keterangan:

- a. Pengembangan diri, yaitu keimanan seseorang, harapan dan peningkatan kesadaran diri.
- b. Peningkatan pengambilan risiko yang dialami oleh orang-orang dengan perilaku perkembangan.
- c. Penghancuran diri adalah sikap yang tidak pantas (*maladaptif*) terhadap situasi pertahanan diri.
- d. Menyakiti diri sendiri dengan sengaja.
- e. Bunuh diri, yaitu tindakan agresif seka
- f. Secara langsung terhadap diri sendiri untuk mengakhiri hidup nya.

Penilaian dilakukan melalui wawancara dan observasi terhadap klien dan keluarga (*caregiver*). Beberapa hal yang perlu dilakukan oleh perawat adalah mengkaji faktor-faktor yang perlu dilakukan dengan menginvestigasi faktor risiko, faktor predisposisi, faktor pencetus, gejala dan mekanisme koping.

Faktor risiko

Menurut Townsend (2009) mencakup beberapa hal yaitu:

- a. Status perkawinan

Tingkat bunuh diri orang yang belum menikah adalah dua kali lipat dari orang yang sudah menikah. Pada saat yang sama, proporsi mereka yang hidup terpisah, bercerai atau janda empat sampai lima kali lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang menikah (Jacobs et al., Townsend, 2009).

- b. Jenis kelamin

Bunuh diri lebih sering terjadi pada wanita, tetapi angka kejadian bunuh diri juga tinggi pada pria. Kategori kejadian bunuh diri sekitar 70% untuk pria, dan 30% untuk wanita (Townsend, 2009).

c. Agama

Dalam sebuah penelitian yang diterbitkan dalam *American Journal of Psychiatry*, pria dan wanita depresi yang berhubungan dengan agama lebih cenderung mencoba bunuh diri daripada mereka non-religius mereka (Dervic et al. via Townsend, 2009).

d. Status sosial ekonomi

Orang yang termasuk dalam kelas sosial tertinggidanterendah memiliki tingkat bunuh diri yang lebih tinggi daripada mereka yang berada di kelas menengah(Sadock dan Sadock, 2007).

e. Kewarganegaraan(etnis)

Berdasarkan etnis, orang kulit putih secara statistik memiliki risiko bunuh diri tertinggi, diikuti oleh penduduk asli Amerika, Afrika Amerika, Hispanik, dan Asia Amerika (Pusat Statistik Kesehatan Nasional di Townsend, 2009).

Berdasarkan faktor risiko yang telah dijelaskan sebelumnya, berikut ini merupakan beberapa kriteria yang dapat digunakan dalam menilai faktor risiko bunuh diri.

Faktor risiko versi Hatton, Valente, dan Rink (1977 dalam Yusuf, dkk., 205)

Tabel.1 Faktor Risiko Bunuh Diri

No	Perilaku atau Gejala	Intensitas Risiko		
		Rendah	Sedang	Berat
	Cemas	Rendah	Sedang	Tinggi atau panik
2	Depresi	Rendah	Sedang	Berat
3	Isolasi/menar	Perasaan	Perasaan tidak	Tidak

	ik diri	depresi yang samar, serta tidak menarik diri	berdaya, putus asa, menarik diri.	berdaya, putus asa, menarik diri, protes pada diri sendiri
4	Fungsi sehari-hari	Umumnya baik pada semua aktivitas	Baik pada beberapa aktivitas	Tidak baik pada semua aktivitas.
5	Sumber-sumber	Beberapa	Sedikit	Kurang
6	Strategi koping	Umumnya konstruktif .	Sebagian konstruktif.	Sebagian besar destruktif.
7	Orang penting/dekat	Beberapa	Sedikit atau hanya satu	-
8	Pelayanan psikiater yang lalu	Tidak, sikap positif.	Ya, umumnya memuaskan.	Bersikap negatif terhadap pertolongan.
9	Pola hidup	Stabil	Sedang (stabil-tidak stabil)	Tidak stabil
0	Pemakaian alkohol dan obat	Tidak sering	Sering	Terus-menerus
	Percobaan bunuh diri	Tidak atau yang tidak	Dari tidak sampai	Dari tidak sampai

	sebelumnya.	fatal	dengan cara yang agak fatal.	berbagai cara yang fatal.
2	Disorientasi dan disorganisasi	Tidak ada	Beberapa	Jelas atau ada
3	Bermusuhan	Tidak ada	Beberapa	Jelas atau ada
4	Rencana bunuh diri	Samar, kadang-kadang ada pikiran, tidak ada rencana.	Sering dipikirkan, kadang-kadang ada ide untuk merencanakan.	Sering dan konstan dipikirkan dengan rencana yang spesifik.

(Iyus Yosep, 2009)

a. SIRS (*Suicidal intention Rating Scale*)

Tingkat keparahan dan perilaku klien risiko bunuh diri menurut SIRS (*sucidal Intention Rating Scale*) disajikan dalam tabel berikut ini:

Tabel. 2 Tingkat Keparahannya dan Perilaku Risiko Bunuh Diri

Skore	Tingkat Keparahannya	Deskripsi
4	Sangat tinggi	Terdapat sedikit ambivalensi seputar usaha bunuh diri. Klien menyatakan bahwa dia hampir 100% ingin mati. Klien merasa bahwa metode dan persiapannya pasti cukup untuk menghasilkan kematian. Pada tingkat keparahan ini, klien aktif mencoba bunuh diri.

3	Tinggi	Klien ingin mati lebih dari tidak. Persepsi klien adalah bahwa dia mengambil langkah (tindakan pencegahan atau metode yang memadai) untuk memastikan bahwa usaha bunuh diri tersebut akan mengakibatkan kematian. Klien mengancam bunuh diri, misalnya, "Tinggalkan saya sendiri atau saya bunuh diri".
2	Sedang	Keseimbangan antara keinginan klien untuk mati dan ingin hidup kira-kira sama atau ambigu. Perspektif klien (seperti tercermin dalam tulisan atau pernyataan kepada dokter atau orang lain) mengenai apakah menurutnya tindakan merugikan diri sendiri memiliki kemungkinan kematian yang tinggi, belum jelas. Klien memikirkan bunuh diri dengan aktif, tetapi tidak ada percobaan bunuh diri.
1	Ringan	Klien memiliki beberapa kecenderungan untuk mati, tetapi kecenderungan untuk hidup lebih banyak. Klien terutama ingin mencapai sesuatu selain bunuh diri (misalnya: lepas dari masalah atau rasa sakit, atau menunjukkan pada orang lain bagaimana perasaannya), walaupun sebagian dari dirinya menginginkan kematian dan tidak peduli jika kematian adalah hasil dari tindakan ini. Klien memiliki ide bunuh diri, tetapi tidak ada percobaan bunuh diri dan tidak mengancam bunuh diri.

c. Faktor Risiko versi Stuart

Tabel. 3 Faktor Risiko Bunuh Diri

Faktor	Risiko Tinggi	Risiko Rendah
Umur	> 45 tahun dan remaja	25-45 tahun atau <2 tahun
Jenis kelamin	Laki-laki	Perempuan
Status perkawinan	Cerai, pisah, janda/duda	Kawin
Jabatan	Profesional	Pekerja kasar
Pekerjaan	Pengangguran	Pekerja
Penyakit Kronis	Kronik, terminal	Tidak ada yang serius
Gangguan Mental	Depresi, halusinasi	Gangguan Kepribadian

8.5 Faktor Risiko Lainnya

Gangguan kejiwaan lain yang mungkin menyebabkan perilaku bunuh diri, meliputi gangguan penyalahgunaan zat psikoaktif, gangguan kepribadian, skizofrenia, dan gangguan ansietas (jacobs, dkk dalam Townsend, 2009). Penggunaan alkohol, terutama kombinasi alkohol dan barbiturat dapat meningkatkan risiko bunuh diri. Psikosis, terutama dengan halusinasi perintah (*comand halucination*), menimbulkan risiko lebih tinggi dari yang biasanya.

Remafedi, dkk. Via Townsend (2009) menemukan faktor bahwa tingkat bunuh diri pada remaja yang memiliki kelainan homoseksual lebih tinggi daripada remaja yang heteroseksual.

8.6 Faktor Predisposisi

Townsend (2009) menyatakan bahwa faktor yang berkontribusi terhadap risiko bunuh diri diklasifikasikan menjadi tiga kategori: faktor psikologis, faktor sosiokultural, dan faktor biologis, yaitu :

a. Faktor psikologis

Klien yang berisiko bunuh diri mengalami agresi dan kekerasan, kemarahan, penilaian dan rasa bersalah, rasa malu, penghinaan dan stres.

1. Kemarahan Freud dalam Townsend (2009), percaya bahwa bunuh diri adalah reaksi dari kebencian diri seseorang yang intens.
2. Penghakiman dan rasa bersalah, orang yang putus asa merasa tidak berdaya untuk berubah, tetapi pada saat yang sama merasa bahwa hidup tidak mungkin tanpa mereka. Rasa bersalah dan pembenaran diri adalah aspek lain dari keputusan.
3. Sejarah agresi dan kekerasan, penelitian menunjukkan bahwa perilaku kekerasan seringkali berjalan beriringan dengan perilaku bunuh diri (Carrol-Ghosh et al., Townsend, 2009).
4. Malu dan terhina, bunuh diri adalah mekanisme "menyelamatkan muka" yang menurut klien bisa membantu mereka menghindari penghinaan publik setelah kerugian sosial, seperti kehilangan status atau kerugian materi secara tiba-tiba.
5. Stressor, penyebab konflik, isolasi dan penelantaran terkait perilaku bunuh diri remaja dan anak muda

b. Faktor sosial budaya

Durkheim menggambarkan tiga kategori sosial dari bunuh diri:

1. Bunuh diri egoistik.

Bunuh diri yang egoistik adalah respons individu terhadap perasaan terlepas dan terisolasi dari arus utama masyarakat.

2. Bunuh diri altruistik

Individu yang rentan terhadap bunuh diri altruistik terlalu terintegrasi ke dalam kelompok.

3. Bunuh diri anomik

Bunuh diri yang anomik terjadi sebagai respons terhadap perubahan dalam kehidupan seseorang (misalnya, perceraian, kehilangan pekerjaan) yang mengganggu rasa memiliki dan perasaan keterkaitan dengan suatu kelompok.

c. Faktor biologis

Faktor biologis meliputi faktor genetik dan neurokimia (Townsend, 2009). Perilaku bunuh diri bersifat familial (turun temurun/keturunan). Riwayat perilaku bunuh diri dalam keluarga dikaitkan dengan upaya bunuh diri seumur hidup dan diagnosis psikiatrik.

8.7 Faktor presipitasi

Faktor pencetus risiko bunuh diri adalah :

- a) Kehilangan terhadap suatu hubungan interpersonal atau gagal melakukan hubungan yang bermakna didalam kehidupnya
- b) Kegagalan dalam beradaptasi, sehingga tidak dapat menghadapi stress
- c) Perasaan marah atau bermusuhan dimana bunuh diri merupakan hukuman pada diri nya sendiri

- d) Suatu cara yang singkat untuk mengakhiri keputusan.

8.8 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala risiko bunuh diri dapat dinilai dari ungkapan klien yang menunjukkan keinginan atau pikiran untuk mengakhiri hidupnya dan didukung dengan data hasil wawancara dan observasi. Data yang digunakan adalah data subjektif dan objektif.

1. Data subjektif

Klien mengungkapkan tentang:

1. Merasa hidupnya tak berguna lagi
2. Ingin mati
3. Pernah mencoba bunuh diri
4. Mengancam bunuh diri
5. Merasa bersalah, sedih, marah, putus asa, tidak berdaya

2. Data objektif

Data objektif risiko bunuh diri adalah:

1. Ekspresi muka murung
2. Tidak bergairah
3. Ada bekas percobaan bunuh diri
4. Banyak diam

Tanda dan gejala risiko bunuh diri dapat dinilai berdasarkan keinginan atau pemikiran yang diungkapkan klien untuk mengakhiri hidupnya, didukung dengan wawancara dan data observasi. Data yang digunakan adalah data subjektif dan objektif.

1. Informasi Subjektif

Klien menerbitkan:

1. Mengetahui tentang kehidupan seseorang tidak ada gunanya
2. Ingin mati

3. Sekali percobaan bunuh diri
4. Mengancam bunuh diri
5. Rasa bersalah, sedih, marah, putus asa, tidak berdaya

2. Informasi objektif

Data obyektif tentang risiko bunuh diri adalah sebagai berikut:

1. Ekspresi sedih
2. Tidak antusias
3. Ada jejak percobaan bunuh diri
4. Banyak diam

Tanda dan gejala risiko bunuh diri dapat diketahui melalui wawancara dengan pertanyaan berikut:

- a. Bagaimana keadaan klien saat ini?
- b. Bagaimana pelanggan menilai diri mereka sendiri?
- c. Apakah klien mempunyai pikiran ingin mati?
- d. Seberapa sering anda memikirkan kematian?
- e. Kapan terakhir kali anda merasakan kematian?
- f. Apakah klien pernah mencoba bunuh diri? Sudah berapa kali kamu? Kapan terakhir kali anda melakukan itu? Dengan apa klien mencoba bunuh diri? Apa yang mendorong klien untuk bunuh diri?
- g. Apakah saat ini anda masih mempertimbangkan untuk bunuh diri?

Tanda dan gejala risiko bunuh diri yang dapat diamati antara lain:

- a. Pelanggan terlihat pmarah
- b. Klien tidak bergairah
- c. Klien tampak cukup pendiam
- d. Jejak upaya bunuh diri ditemukan

Tanda dan gejala risiko bunuh diri dapat ditemukan melalui wawancara dengan berbagai pertanyaan sebagai berikut:

- a. Bagaimana perasaan klien pada saat ini?
- b. Bagaimana penilaian klien terhadap dirinya sendiri?
- c. Apakah klien mempunyai pikiran ingin mati?
- d. Berapa sering muncul nya pikiran ingin mati?
- e. Kapan terakhir kali berpikir ingin mati?
- f. Apakah klien sudah pernah mencoba ingin melakukan bunuh diri? Sudah berapa kali? Kapan terakhir kali melakukannya? Dengan apa klien melakukan percobaan bunuh diri? Apa yang menyebabkan klien ingin melakukan percobaan bunuh diri?
- g. Apakah saat ini masih berpikir untuk melakukan perilaku bunuh diri?

Tanda dan gejala risiko bunuh diri yang dapat ditemukan melalui observasi adalah :

- a. Klien tampak murung
- b. Klien tidak bergairah
- c. Klien tampak banyak diam
- d. Ditemukan adanya bekas percobaan bunuh diri

Data hasil wawancara dan observasi didokumentasikan pada kartu berobat klien dipuskesmas. Berikut ini merupakan contoh pendokumentasikan hasil pengkajian:

Data: klien mengatakan bosan hidup, ingin mati saja karena merasa tidak berguna dan bersalah dengan kedua orang tuanya karena gagal masuk universitas yang diharapkan orang tua nya, baru 2 hari yang lalu melakukan percobaan bunuh diri. Pertama kali pada pergelangan tangan ada bekas luka sayatan. Klien tampak murung, banyak diam, dan tidak bergairah.

8.9 Sumber Koping

a. Bunuh diri egoistik

Akibat seseorang yang mempunyai hubungan sosial yang buruk.

b. Bunuh diri altruistik

Akibat kepatuhan pada adat dan kebiasaan.

c. Bunuh diri anomik

Akibat lingkungan tidak dapat memberikan kenyamanan bagi individu.

8.10 Mekanisme Koping

Keterampilan koping yang terlihat adalah sikap kehilangan batas realita, menarik dan mengisolasi diri, tidak memanfaatkan sistem pendukung, melihat diri sendiri sebagai orang yang secara total tidak berdaya.

8.11 Terapi Lingkungan pada Kondisi Khusus Bunuh Diri (*Suicide*)

Ruangan yang aman dan nyaman tanpa alat untuk melukai diri sendiri atau orang lain, peralatan medis, obat-obatan dan cairan medis dalam lemari terkunci, ruangan harus di lantai dan semua ruangan mudah dipantau oleh petugas kesehatan, layout ruangan yang menarik dengan menempelkan poster yang cerah dan membangkitkan semangat hidup pasien, warna dinding yang cerah, bacaan yang ringan, menyenangkan dan memotivasi hidup, menyajikan musik yang ceria, TV dan film komedi, terdapat lemari khusus untuk menyimpan barang-barang pribadi milik seorang pasien.

Lingkungan sosial adalah interaksi terapeutik dimana semua petugas kesehatan menyapa pasien sesering mungkin, memberikan penjelasan saat memulai pengobatan

atau kegiatan medis lainnya, menerima pasien apa adanya, tidak mengejek, meremehkan, memuji pasien - mengevaluasi, membantu mengevaluasi dan sedikit untuk meningkatkan sedikit. hubungan sosial, meningkatkan harga diri pasien, membantu menilai dan meningkatkan hubungan sosial secara bertahap, membantu pasien terhubung dengan keluarganya, termasuk mereka yang ada dalam rencana perawatan, tanpa meninggalkan pasien sendirian terlalu lama.

8.12 Peran Perawat dalam Perilaku Mencederai Diri

A. Pengkajian

1. Lingkungan dan upaya bunuh diri: perawat perlu mengkaji peristiwa yang menghina atau menyakitkan, upaya persiapan, ungkapan verbal, catatan, lukisan, memberikan benda yang berharga, obat, penggunaan kekerasan, racun.
2. Gejala: perawat mencatat adanya keputusan, celaan terhadap diri sendiri, perasaan gagal atau tidak berharga, alam perasaan depresi, agitasi gelisah,, insomnia menetap, berat badan menurun, bicara lamban, dan kelelahan.
3. Penyakit psikiatrik: upaya bunuh diri sebelumnya, kelainan afektif, zat adiktif, depresi remaja, gangguan mental lansia.
4. Riwayat psikososial: bercerai, putus hubungan, kehilangan pekerjaan, stress multiple (pindah, kehilangan, putus hubungan, masalah sekolah, krisis disiplin), penyakit kronik.
5. Riwayat keluarga: riwayat bunuh diri, gangguan afektif, alkoholisme.

B. Diagnosis Keperawatan

Gambar. 2 Diagram Pohon Diagnosis Risiko Bunuh Diri



C. Perencanaan

RENCANA KEPERAWATAN RISIKO BUNUH DIRI

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN			
	Tujuan (Tuk/Tum)	Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
Dx : Risiko bunuh diri: Ancaman percobaan bunuh diri	TUM: Pasien tidak mencederai dirinya sendiri atau tidak melakukan bunuh diri TUK : Pasien dapat membina	Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat melalui: a. Ekspresi wajah cerah, tersenyum b. Mau berkenalan c. Ada kontak mata d. Bersedia	1.1 Bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsipkomunikasi terapeutik a. Ucapkan salam terapeutik. Sapa pasien dengan ramah secara verbal ataupun non verbal b. Berjabat tangan dengan pasien c. Perkenalkan diri dengan pasien	Kepercayaan dari pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya terhadap pasien.

	hubungan saling percaya	menceritakan perasaannya e. Bersedia mengungkapkan masalah	d. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien e. Jelaskan tujuan pertemuan f. Membuatkan kontrak topik, waktu, dan tempat, setiap kali bertemu pasien g. Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya h. Beri perhatian kepada pasien dan kebutuhan dasar pasien	
	TUK 2: Pasien tetap aman dan terlindungi	Kriteria Evaluasi: Pasien tetap aman, terlindungi, dan selamat	2.1 Temani pasien terus-menerus sampai dia dapat dipindahkan ketempat yang aman. 2.2 Menjauhkan semua benda-	Pasien tidak melakukan percobaan bunuh diri

			benda yang berbahaya atau berpotensi membahayakan pasien (misalnya: pisau, silet, ikat pinggang) 2.3 Mendapatkan orang yang dapat dengan segera membawa pasien ke rumah sakit untuk pengkajian lebih lanjut dan kemungkinan dirawat. 2.4 Memeriksa apakah pasien benar-benar telah meminum obatnya, jika pasien mendapatkan obat. 2.5 Dengan lembut menjelaskan kepada pasien bahwa perawat akan melindungi pasien sampai tidak ada keinginan bunuh diri.	
--	--	--	---	--

Dx 2: Risiko Bunuh Diri: Isyarat bunuh diri	TUK 1: Pasien mendapatkan perlindungan dari lingkungannya	Kriteria Evaluasi: Pasientetap dalam keadaanaman dan selamat	1.1 Diskusikan cara mengatasi keinginan bunuh diri dengan meminta bantuan dari pihak keluarga atau teman.	Pasien tidak melakukan percobaan bunuh diri
	TUK 2: Pasien dapat meningkatkan harga dirinya	Kriteria Evaluasi: Pasien mampu meningkatkan harga dirinya	2.1 Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya 2.2 Berikan pujian bila pasien dapat mengatakan perasaannya secara positif 2.3 Yakinkan kepada pasien bahwa dirinya sangat penting 2.4 Rencanakan aktifitas yang pasien dapat lakukan	Penguatan (<i>rein-forcement</i>) positif akan meningkatkan harga diri pasien

	TUK 3: Meningkatkan kemampuan pasien dalam memecahkan masalah	Kriteria Evaluasi: Pasien mampu menggunakan cara penyelesaian yang baik	3.1 Diskusikan dengan pasien cara untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya 3.2 Diskusikan dengan pasien tentang efektifitas tiap-tiap cara penyelesaian masalah tersebut 3.3 Diskusikan dengan pasien cara menyelesaikan masalah yang lebih baik	Pasien tidak mencoba melakukan tindakan bunuh diri
	TUK 4: Meningkatkan kemampuan menyusun rencana masa depan	Kriteria Evaluasi : Pasien mampu menyusun rencana masa depan	4.1 Diskusikan dengan pasien tentang harapan pasien 4.2 Diskusikan cara-cara mencapai masa depan 4.3 Latih pasien langkah-langkah kegiatan mencapai masa depan 4.4 Diskusikan dengan pasien	Meningkatkan kepercayaan diri dan harapan pasien serta mencegah perilaku destrukatif diri.

			efektifitas masing-masing kegiatan mencapai masa depan	
	TUK 5 : Meningkatkan pengetahuan dan kesiapan keluarga dalam merawat pasien dengan risiko bunuh diri	Kriteria Evaluasi : Keluarga mengetahui tanda dan gejala bunuh diri serta perawatannya terhadap anggota keluarga dengan risiko bunuh diri	5.1 Ajarkan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri yang muncul pada pasien dan tanda dan gejala yang umumnya muncul pada pasien berisiko bunuh diri 5.2 Ajarkan cara melindungi pasien dari perilaku bunuh diri, seperti: a. Diskusikan cara yang dapat dilakukan jika pasien memperlihatkan tanda dan gejala bunuh diri b. Berikan tempat aman	Mendorong keluarga untuk mampu merawat pasien secara mandiri dirumah. Keluarga sebagai support system (sistem pendukung) akan sangat berpengaruh dalam mempercepat

			rujukan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi pasien dengan cara: - Berikan informasi tentang nomor telepon darurat tenaga kesehatan - Anjurkan keluarga untuk mengantarkan pasien berobat/kontrol secara teratur. - Anjurkan pasien membantu pasien meminum obat sesuai prinsip 5 benar.	
--	--	--	---	--

(Herdman,TH & Shigemi, K, 2006)

DAFTAR PUSTAKA

- Budi Ana Keliat,dkk. (1998). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Direja, A.H.S. (2011) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta; Nuh Medika
- Herdman,TH & Shigemi, K. (2016) *Nanda Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 205-207* (Edisi 0). Diterjemahkan oleh Keliat, B.A., dkk. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A, dkk. (2006) *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa* (Edisi 2). Jakarta: EGC
- Potter: P.A dan Perry, A.G. (2009). *Fundamental Keperawatan* (Edisi 7). Jakarta: Salemba Medika
- Riyadi, S dan Purwanto, T (2013). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smolak, Linda dan Michael P.Levine. (205) *The Wiley Handbok of Eating Disorder* (Volume). UK: Wiley Blackwell.
- Stuart,G.W. & Sundeen S.J. 1995. *Principle and Practice of Psychiatri Nursing*. St.Louis, Missiouri: Mosby Year Book.
- Stuart Sundeen, Laraia,. (1998). *Principle and Practice Psychiatri Nursing*. Sixth Edition. St.Louis, Missiouri: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. (2013). *Principle and Practice Psychiatri Nursing*. (0th Edition), St.Louis, Missiouri: Mosby Year Book Inc.
- Townsend. (2009), *Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri, Pedoman Untuk Pembuatan Rencana Perawatan* Edisi 3, Alih Bahasa: Novy Helena CD. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Videbeck.S.L (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* (diterjemahkan oleh R.Kumalasari dan A.Hany). Jakarta: EGC
- Yosep Iyus. (2009) *Keperawatan Jiwa*. Edisi Revisi. Bandung: PT. Refika Aditama
- Yusuf, A.H., Rizky Fitriyasari PK dan H:E. Nihayati. (205). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

BIODATA PENULIS



Ns. Mareta Akhriansyah, S.Kep., M.Kep.

Dosen Program Studi Keperawatan
STIK Bina Husada Palembang

Penulis lahir di Betijaya pada tanggal 30 Maret 1985. Penulis merupakan dosen tetap di STIK Bina Husada Palembang Program Studi Ilmu Keperawatan. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Andalas Sumatera Barat. Saat ini penulis aktif pada organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Sumatera Selatan.

BIODATA PENULIS



Raden Surahmat

Dosen Program Studi Keperawatan

Penulis lahir di Talang Jaya, Betung Kabupaten Banyuasin tanggal 28 Mei 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada sejak tahun 2011. Penulis Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di STIKes Siti Khadijah Palembang, Program Pendidikan Profesi Ners di STIK Bina Husada Palembang, Magister Kesehatan di STIK Bina Husada dan Magister Keperawatan di Universitas Andalas. Penulis melaksanakan pendidikan pada mata kuliah manajemen keperawatan dan keperawatan jiwa. Penulis mencoba menuangkan pemikiran serta pengetahuan yang dimiliki dalam tulisan di bidang Manajemen keperawatan ini dengan harapan agar dapat membagikan pengetahuan yang dimiliki kepada pembaca. Besar harapan penulis agar diberikan kritik dan saran membangun agar kedepan, penulis dapat menghasilkan karya-karya yang bermanfaat, khususnya bagi dunia keperawatan di Indonesia serta menjalin silataruhmi kepada pembaca.

BIODATA PENULIS



Ns. Herna Alifiani, S.Kep, M.Kep

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Faletahan

Penulis lahir di Serang Banten tanggal 13 April 1984. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Faletahan sejak tahun 2010. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Faletahan dan melanjutkan S2 Keperawatan Jiwa di Universitas Padjajaran. Sampai saat ini penulis masih aktif mengajar di Program Studi S1 Keperawatan dan Profesi Ners Universitas Faletahan, dengan bidang keilmuan Keperawatan Jiwa, juga aktif di Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Banten.

Penulis dapat dihubungi melalui email hernaalifiani01@gmail.com

BIODATA PENULIS



Dwi Febryanto, S.Kep.,Ns., M.Kep

Dosen Program Studi Keperawatan
STIKes St. Elisabeth Semarang

Penulis lahir di Sumba Timur tanggal 26 Februari 1992. Penulis adalah seorang Dosen pada Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKes St. Elisabeth Semarang. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan pada Prodi Keperawatan Waingapu Poltekkes Kemenkes Kupang dan menyelesaikan program Sarjana Keperawatan serta Profesi Ners di STIKes Bethesda Yakkum Yogyakarta pada Tahun 2014. Penulis menempuh Study Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang pada Tahun 2018. Saat ini penulis menekuni bidang pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

BIODATA PENULIS



Maria Yunita Indriarini, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.M.B
Dosen Keperawatan
STIKes Santo Borromeus

Maria Yunita Indriarini, lahir di Surakarta tanggal 13 Juni 1975. Menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di Akper Santo Borromeus tahun 1996, menyelesaikan Sarjana Keperawatan tahun 2004 dan Profesi Ners tahun 2005 di STIK Sint Carolus Jakarta. Menyelesaikan program Magister Keperawatan tahun 2010 dan Ners Spesialis Keperawatan Medikal Bedah tahun 2011 di Universitas Indonesia. Menjadi Kepala Program Studi Diploma Tiga Keperawatan di STIKes Santo Borromeus periode tahun 2012 sampai dengan 2015. Menjadi staf dosen di STIKes Santo Borromeus sejak tahun 2000 sampai dengan saat ini.

BIODATA PENULIS



Ns. Shieva Nur Azizah Ahmad, S.Kep., M.Kep

Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tangerang

Penulis lahir di Tangerang, pada 14 Juni 1990. Wanita yang kerap disapa Shifa ini adalah anak dari pasangan (Alm) Dr. H. Achmad Badawi, S.Pd., MM dan (Alm) Nuraini. Ia tercatat menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Tangerang (2008-2013) kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan dengan peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta (2014-2016). Aktif dalam melakukan catur dharma perguruan tinggi yakni pendidikan dan pengajaran, penelitian dan pengembangan, pengabdian masyarakat serta kemuhammadiyahannya. Terlibat sebagai pengelola jurnal dalam Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia [JIKI] serta sebagai Editor in Chief pada Jurnal JKFT.

.

BIODATA PENULIS



Dr. Herniyatun, M.Kep. Sp. Mat

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gombong

Penulis lahir di Kebumen, 6 Pebruari 1977. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di Universitas Indonesia tahun 2000. Lulus program Magister keperawatan pada tahun 2008 di perguruan tinggi yang sama, kemudian melanjutkan pendidikan spesialis keperawatan maternitas lulus di tahun 2009 dan Doktorat pada tahun 2020 juga di Universitas Indonesia. Mengawali karir dosen di Akademi Keperawatan Muhammadiyah Gombong tahun 2000 sebagai Dosen Keperawatan. Pada tahun 2006 diamanahi sebagai Ketua Program Studi Diploma III, Ketua Program Studi S1 Keperawatan tahun 2009, Ketua Program Studi Ners tahun 2012, Wakil Ketua I Bidang Akademik Tahun 2015, Ketua STIKES Muhammadiyah Gombong tahun 2016 hingga Tahun 2021, dan saat ini menjabat sebagai Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong periode Tahun 2021 - 2025.

BIODATA PENULIS



Ns. Widya Arisandy, S.Kep., M.Kes

Dosen Program Studi DIII Keperawatan
STIKES 'Aisyiyah Palembang

Penulis lahir di Kota Palembang tanggal 25 Desember 1982. Penulis tahun 2008-2009 pernah menjadi dosen keperawatan luar biasa (tidak tetap) di STIKES Muhammadiyah Palembang serta menjadi tenaga kesehatan di Puskesmas Sukajadi Kabupaten Banyuasin Provinsi Sumatera Selatan. Kemudian penulis menjadi Karyawan dan dosen tetap pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Palembang pada tahun 2009 - sekarang.

Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Keperawatan lulus tahun 2005, kemudian dilanjutkan profesi Ners di STIK Bina Husada Palembang Tahun 2007 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Reproduksi Magister Kesehatan STIK Bina Husada Palembang lulus tahun 2014. Penulis menekuni bidang rumpun ilmu keperawatan jiwa. Saat ini penulis aktif menjadi pengurus sebagai sekretaris PW IPKJI (Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia) Provinsi Sumatera Selatan.