



TERAPIUTIK PADA KEPERAWATAN JIWA

**Ira Kusumawaty, Yunike, Bobby Nurmagandi,
Isymiarni Syarif, Irfan, Bri Novrika, Siswoko,
Aulia Rahman, Shieva Nur Azizah Ahmad,
Jek Amidos Pardede, Yeni Suryaningsih**

ISBN 978-623-198-380-0



9 786231 983800

TERAPIUTIK PADA KEPERAWATAN JIWA

**Ira Kusumawaty
Yunike
Boby Nurmagandi
Isymiarni Syarif
Irfan
Bri Novrika
Siswoko
Aulia Rahman
Shieva Nur Azizah Ahmad
Jek Amidos Pardede
Yeni Suryaningsih**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

TERAPIUTIK PADA KEPERAWATAN JIWA

Penulis :

Ira Kusumawaty
Yunike
Boby Nurmagandi
Isymiarni Syarif
Irfan
Bri Novrika
Siswoko
Aulia Rahman
Shieva Nur Azizah Ahmad
Jek Amidos Pardede
Yeni Suryaningsih

ISBN : 978-623-198-380-0

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

Ilda Melisa., Amd., Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

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

Cetakan pertama, Juni 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 Buku Terapiutik Pada Keperawatan Jiwa ini.

Buku Ini Membahas Hubungan Perawat dengan Pasien, Komunikasi Terapeutik, Kelompok Terapeutik, Intervensi dengan Keluarga, Peningkatan Harga Diri, Manajemen Marah dan Agresi, Pencegahan Bunuh Diri, Terapi Perilaku, Terapi Kognitif, *Electroconvulsive Therapy*.

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.

Padang, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 HUBUNGAN PERAWAT DENGAN PASIEN	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Hubungan Perawat-Pasien.....	3
1.3 Fase Hubungan Perawat-Klien Terapeutik	3
1.4 Sifat Perawat Dalam Hubungan Terapeutik Perawat – Pasien	6
1.5 Batas Dalam Hubungan Perawat-Klien Terapeutik.....	7
1.6 Pentingnya Hubungan Perawat-Pasien untuk Perawatan Pasien.....	11
1.7 Rangkuman	11
DAFTAR PUSTAKA.....	13
BAB 2 KOMUNIKASI TERAUPETIK	17
2.1 Pendahuluan.....	17
2.2 Konsep Dasar Komunikasi	18
2.2.1 Pengertian Komunikasi	18
2.2.2 Unsur-unsur komunikasi.....	19
2.2.3 Fungsi komunikasi	21
2.2.4 Prinsip Dasar Komunikasi.....	21
2.2.5 Klasifikasi Komunikasi	23
2.3 Konsep Dasar Komunikasi Teraupetik.....	24
2.3.1 Pengertian Komunikasi Teraupetik.....	24
2.3.2 Manfaat Menjadi Terapeutik	25
2.3.3 Tujuan Komunikasi terapeutik.....	26
2.3.4 Prinsip Komunikasi Terapeutik	26
2.3.5 Tingkat Komunikasi Terapeutik	27
2.3.6 Hubungan Komunikasi Teraupetik dengan Perawat.....	27
2.3.7 Batas-Batas Hubungan Terapeutik.....	29

2.4 Rangkuman.....	30
DAFTAR PUSTAKA.....	31
BAB 3 KELOMPOK TERAPEUTIK	35
3.1 Pengertian.....	35
3.2 Komponen Kelompok.....	37
3.3 Perkembangan Kelompok	40
3.4 Evaluasi Kelompok.....	45
DAFTAR PUSTAKA.....	47
BAB 4 INTERVENSI DENGAN KELUARGA	49
4.1 Pendahuluan	49
4.2 Definisi Intervensi Dengan Keluarga.....	50
4.3 Tujuan intervensi dengan keluarga keluarga	51
4.4 Pola Interaksi intervensi dengan keluarga	52
4.5 Komponen intervensi dengan keluarga	53
4.6 Peran Perawat dalam intervensi keluarga	55
4.7 Peran keluarga dalam intervensi keluarga	57
DAFTAR PUSTAKA.....	60
BAB 5 MILIEU THERAPY	61
5.1 Definisi	61
5.2 Tujuan Milieu Therapy.....	62
5.2.1 Manfaat terapi lingkungan	62
5.3 Karakteristik Milieu Therapy.....	63
5.4 Peran dan fungsi perawat.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....	68
BAB 6 PENINGKATAN HARGA DIRI.....	69
6.1 Pengertian.....	69
6.2 Proses Pembentukan Harga Diri.....	70
6.3 Cara Meningkatkan Harga Diri Anak.....	72
6.4 Derajat Harga Diri.....	75
6.5 Harga Diri Rendah	76
6.6 Cara Mengontrol Harga Diri Rendah	77
6.7 Dampak Harga Diri Rendah	78
6.8 Terapi Pada Klien Harga Diri Rendah	78

DAFTAR PUSTAKA.....	80
BAB 7 MANEJEMEN MARAH DAN AGRESIF	83
7.1 Pendahuluan.....	83
7.2 Manajemen Marah dan Agresif.....	84
7.2.1 Pengertian	84
7.2.2 Rentang Respons.....	86
7.2.3 Etiologi.....	87
7.2.4 Tanda dan Gejala Marah/agresi.....	89
7.2.5 Manajemen klien dengan marah/agresi.....	89
DAFTAR PUSTAKA.....	96
BAB 8 PENCEGAHAN BUNUH DIRI	97
8.1 Pendahuluan.....	97
8.2 Pengertian Bunuh Diri	98
8.3 Pengelompokan Bunuh diri.....	98
8.4 Upaya Pencegahan Bunuh Diri	100
8.5 Tanda-tanda orang bunuh diri	103
DAFTAR PUSTAKA.....	105
BAB 9 TEORI PERILAKU	107
9.1 Pendahuluan.....	107
9.2 Perilaku.....	108
9.2.1 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku	108
9.2.2 Jenis-Jenis Perilaku	110
9.2.3 Bentuk Perilaku	111
9.2.4 Domain Perilaku.....	111
9.3 Perilaku Kesehatan	113
9.3.1 Klasifikasi Perilaku Kesehatan	114
9.3.2 Tahapan Pembentukan Perilaku Kesehatan	115
9.3.3 Perubahan Perilaku	117
DAFTAR PUSTAKA.....	120
BAB 10 TERAPI KOGNITIF.....	123
10.1 Pendahuluan	123
10.2 Terapi Kognitif	124
10.2.1 Defenisi	124

10.2.2 Tujuan Terapi Kognitif	125
10.2.3 Tipe Terapi Kognitif.....	126
10.2.4 Indikasi Terapi Kognitif.....	128
10.2.5 Ciri-ciri Terapi Kognitif.....	128
10.2.6 Teknik Terapi Kognitif.....	129
10.2.7 Proses Pelaksanaan Terapi Kognitif	129
10.2.8 Sesi Pelaksanaan Terapi Kognitif	130
DAFTAR PUSTAKA.....	131
BAB 11 ELECTRO CONVULSIVE THERAPY (ECT).....	133
11.1 Pendahuluan.....	133
11.2 Indikasi <i>Electroconvulsive Therapy</i> (ECT).....	134
11.3 Mekanisme kerja <i>Electroconvulsive Therapy</i> (ECT).....	135
11.4 Persiapan <i>Electroconvulsive Therapy</i> (ECT).....	136
11.5 Prosedur Pelaksanaan E.C.T.....	136
11.6 Penggunaan Anesthesia	136
11.7 Induksi Kejang	137
11.8 Efek Samping.....	137
11.9 Prognosis	138
11.10 Komplikasi intelektual	138
DAFTAR PUSTAKA.....	139
BIODATA PENULIS	

BAB 1

HUBUNGAN PERAWAT DENGAN PASIEN

Oleh Ira Kusumawaty

1.1 Pendahuluan

Perawatan kesehatan saat ini menjadi semakin menantang, dengan berkembangnya perawatan kronis disertai kompleksitas dan populasi menua berdampak terhadap kelompok manusia yang mengakses perawatan. Kompleksitas perawatan ini membuat perawat dan profesional kesehatan lainnya sering kesulitan untuk memenuhi kebutuhan kelompok pasien mereka (Pratt *et al.*, 2021). Hubungan perawat-pasien diketahui sangat penting untuk memastikan perawatan yang aman dan efektif (Matakanye, *et al.*, 2019), dan kualitas hubungan ini tidak hanya berdampak terhadap pengalaman dan kepuasan pengguna layanan namun juga bagi perawat yang memberikan perawatan. Mengembangkan dan mempertahankan hubungan semacam itu membutuhkan perawat yang memiliki keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk memungkinkan hubungan pada tingkat otentik (keikhlasan), mendapatkan pemahaman tentang manusia yang dirawat untuk harapan dan ketakutan mereka, nilai dan keyakinan mereka, serta keinginan mereka untuk perawatan yang diberikan (McCance *et al.*, 2021).

Hubungan keperawatan dengan pasien telah dikonseptualisasikan sebagai proses interpersonal terapeutik yang signifikan (Ryan *et al.*, 2021). Proses ini berfungsi secara kooperatif dengan proses manusia lainnya yang

memungkinkan kesehatan bagi individu dan komunitas (Pratt *et al.*, 2021).

Hubungan antara perawat dan pasien didefinisikan sebagai hubungan antara perawat yang berusaha untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien secara keseluruhan (Strandas *et al.*, 2019). Definisi ini mengakui bahwa dalam perawatan kesehatan kontemporer, perawatan yang berpusat pada manusia berfokus secara lebih luas pada individu sebagai mitra dalam semua aspek perawatan dan bukan hanya pada proses atau perawatan penyakit (Pratt *et al.*, 2021).

Perawatan yang berpusat pada manusia didukung secara internasional dan diakui dalam kebijakan dan praktik sebagai cara untuk memastikan perawatan didasarkan pada rasa hormat dan pilihan, menyoroti pentingnya kaliber interaksi manusia yang terjadi berkali-kali saat mengakses perawatan kesehatan (ACSQHC, 2018).

Hubungan perawat-pasien ini telah dikonseptualisasikan sebagai elemen kunci dari perawatan holistik, bersama dengan dimensi fisik dan psikososial, sebagaimana diuraikan dalam teori *Fundamentals of Care* (Kitson, 2018; Palareti *et al.*, 2016). Oleh karena itu, pembentukan hubungan perawat-pasien merupakan dimensi inti dalam pengembangan perawatan dasar, yang secara intrinsik terkait dengan disiplin keperawatan. Bahkan, baru-baru ini telah direkonseptualisasikan sebagai interaksi peduli, karena tindakan, emosi, dan komunikasi nonverbal pasien memengaruhi tindakan perawat dan sebaliknya, juga mengingat bahwa tujuan keperawatan sebagai disiplin adalah perawatan itu sendiri (Allande-Cussó *et al.*, 2022).

1.2 Hubungan Perawat-Pasien

Hubungan perawat-pasien adalah hubungan membantu yang dibangun dengan pasien dan/atau keluarganya berdasarkan interaksi, komunikasi, penghormatan terhadap nilai-nilai etika, penerimaan, dan empati untuk mendorong introspeksi dan perubahan perilaku (Rouleau *et al.*, 2020). Sifat hubungan perawat-pasien dalam rangkaian layanan kesehatan sangat penting dalam memastikan pemberian layanan kesehatan yang baik dan efisien (Matakanye *et al.*, 2019).

1.3 Fase Hubungan Perawat-Klien Terapeutik

Hildegard Peplau menjelaskan empat fase berurutan dari hubungan perawat-klien, masing-masing ditandai dengan tugas khusus dan keterampilan interpersonal: prainteraksi; orientasi; bekerja; dan penghentian. Fase-fase tersebut tumpang tindih dan berfungsi untuk memperluas dan memperdalam hubungan emosional antara Perawat dan klien (Fields, 2017) :

1) Fase Prainteraksi

- a. Satu-satunya fase hubungan perawat-klien terapeutik di mana klien tidak berpartisipasi secara langsung.
- b. Selama fase ini, perawat bersiap untuk bertemu klien dengan mengumpulkan informasi klien yang relevan dan mengantisipasi kekhawatiran klien sebelum interaksi pertama. Menyadari potensi kekhawatiran klien sebelum bertemu dengan klien sangat membantu; misalnya, pendekatan klien yang bayinya dirawat di ICU akan berbeda dengan klien yang bayinya sehat dan dirawat di kamar.

2) Fase Orientasi

- a. Mendefinisikan tujuan, peran, dan aturan proses, serta menyediakan kerangka kerja untuk menilai kebutuhan klien.

- b. Perawat mulai membangun rasa percaya dengan memberikan informasi dasar kepada klien (nama, status profesional, dan informasi penting tentang tujuan dan sifat hubungan). Perkenalan penting bahkan ketika klien bingung, aphasic, tidak responsif, atau tidak mampu merespon. Komunikasi pendukung nonverbal seperti jabat tangan, kontak mata, senyuman dan bahasa tubuh yang sesuai memperkuat kata-kata yang diucapkan. Setelah terjalin rasa percaya pasien akan terbuka untuk menceritakan perasaan dan masalah yang dihadapinya (Kusumawaty et al., 2022).
- c. Martabat, otonomi, dan privasi klien terjaga aman dalam hubungan perawat-klien. Penting bagi perawat untuk menetapkan konteks asuhan dengan memberikan informasi yang relevan kepada klien; misalnya, “Assalammu’alaikum, perkenalkan nama saya Bina, saya perawat yang bertugas pada hari ini dari pukul 7.30 sampai pukul 2 siang nanti. Saya akan sering keluar masuk kamar Anda sepanjang hari; namun, jika Anda memerlukan bantuan dan saya tidak ada di sini, silakan bunyikan bel telepon Anda.” Informasi ini akan disampaikan oleh perawat secara terhormat.

3) Tahap Kerja

- a. Fase pemecahan masalah hubungan, menyelaraskan fase perencanaan dan implementasi proses keperawatan. Standar 3:1 dari Standar Praktik Perawat menyatakan bahwa “perawat melibatkan klien dalam hubungan perawat terapeutik dengan klien sebagai mitra aktif untuk perencanaan keputusan bersama tentang perawatan mereka.” Dalam fase ini, tujuan perawatan yang relevan ditetapkan untuk memandu intervensi keperawatan dan tindakan klien, dan

percakapan dalam fase kerja berubah menjadi pemecahan masalah aktif terkait dengan kebutuhan yang dinilai. Klien dapat lebih dalam mengungkapkan kekhawatiran/masalah yang mereka alami.

- b. Sesuai dengan fase penerapan proses keperawatan, fase kerja berfokus pada pengarahan diri sendiri dan manajemen diri sejauh mungkin dalam mendorong kesehatan dan kesejahteraan klien; misalnya, perawat memberikan informasi dan pengajaran kepada klien dengan diabetes tentang pentingnya nutrisi yang tepat dan bagaimana makan sehat akan bermanfaat bagi klien dalam jangka panjang sehubungan dengan kadar glukosa darah. Karena pengajaran, klien memutuskan untuk tidak memakan coklat batangan dan memilih untuk memakan apel sebagai gantinya.

Pengungkapan diri

Kadang-kadang selama fase kerja hubungan, perawat dapat memilih untuk mengungkapkan diri mengenai informasi diri mereka untuk berhubungan dengan klien. Pengungkapan diri yang terbatas mungkin bermanfaat ketika membantu klien mengungkapkan perasaan mereka saat mereka menghubungkan pengalaman mereka dengan informasi yang telah diungkapkan perawat. Berbagi informasi pribadi dengan klien dapat memperdalam kepercayaan. Ketika perawat mencontohkan keterbukaan diri, klien yang mengalami kesulitan berbagi informasi tentang diri mereka sendiri mungkin juga lebih mungkin mengungkapkan diri.

4) Fase Terminasi

- a. Ketika asuhan yang diberikan oleh perawat tidak lagi diperlukan dalam konteks asuhan; misalnya, klien yang

dirawat di rumah sakit karena pneumonia telah sembuh dan tidak lagi membutuhkan asuhan keperawatan sekarang dipulangkan ke rumah.

- b. Pada fase ini, perawat dan klien mengevaluasi respon klien terhadap pengobatan dan mengeksplorasi makna hubungan dan tujuan apa yang telah dicapai. Mendiskusikan pencapaian, bagaimana perasaan klien dan perawat tentang mengakhiri hubungan, dan rencana masa depan merupakan bagian penting dari fase terminasi. Pemutusan hubungan perawat-klien yang bermakna harus bersifat final dalam pengaturan apa pun. Memberi petunjuk kepada klien bahwa hubungan akan berlanjut adalah tidak pantas, tidak profesional, dan tidak etis; misalnya, perawat memberi tahu klien bahwa dia dapat menghubungi klien di media sosial untuk memeriksa kondisinya setelah pulang.

1.4 Sifat Perawat Dalam Hubungan Terapeutik

Perawat – Pasien

Keramahan adalah sifat lain yang dapat membantu perawat dalam pengembangan hubungan terapeutik (Firmansyah *et al.*, 2019). Keramahan meliputi senyuman perawat, candaan, nada suara yang hangat, dan ketertarikan pada klien. Ketika perawat bersikap ramah kepada pasiennya, perasaan tidak nyaman, ketidakpastian, dan keterasingan digantikan oleh perasaan nyaman, memiliki, dan keterlibatan. Betapapun sederhananya kelihatannya; hasil terapeutik dari empati dan keramahan adalah signifikan dan harus dilaksanakan oleh perawat kesehatan jiwa yang berkeinginan untuk mengembangkan atau memperkuat hubungan terapeutik dengan pasien mereka. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dilakukan oleh perawat kepada pasien

dengan tujuan untuk membantu proses penyembuhan (Rusmarita *et al.*, 2019). Perawat dapat meningkatkan derajat empati mereka dan faktor-faktor seperti kesepakatan tentang tujuan dan tugas dengan pasien (Moreno-Poyato *et al.*, 2018).

1.5 Batas Dalam Hubungan Perawat-Klien Terapeutik

Batasan profesional mewakili struktur tak terlihat yang dipaksakan oleh hukum, etika, dan standar profesional keperawatan yang menghormati hak perawat dan klien, dan melindungi integritas fungsional dari aliansi antara perawat dan klien. Batasan profesional menentukan bagaimana perawat harus berhubungan dengan klien sebagai manusia yang membantu, yaitu, bukan sebagai teman, bukan sebagai hakim, tetapi sebagai profesional terampil yang berkomitmen untuk membantu klien mencapai tujuan perawatan kesehatan yang ditentukan bersama (Bogg's, 2022). Perawat harus selalu bertindak demi kepentingan terbaik klien, mengingat bahwa mereka memberikan perawatan yang berpusat pada klien (Halizasia & Nasution, 2021; Maesaroh & Widodo, 2022). Kode Etik (2013) dalam (Fields, 2017), Prinsip 2:7 menyatakan bahwa "perawat mengembangkan hubungan yang saling percaya dan terapeutik sambil mempertahankan batasan profesional." Hubungan perawat-klien dilakukan dalam batas-batas yang memisahkan perilaku profesional dan terapeutik dari perilaku non profesional dan non terapeutik.

1) Pelanggaran Batas

Titik di mana hubungan berubah dari profesional dan terapeutik menjadi tidak profesional dan pribadi. Standar Praktik menyatakan bahwa "perawat harus menjaga batasan profesional dalam hubungan terapeutik perawat/klien setiap saat." Ketika perawat menyalahgunakan kekuasaan untuk memenuhi kebutuhan

mereka sendiri, atau berperilaku tidak profesional, suatu batasan dapat dilanggar (Arfian, 2018). Pelanggaran batas mengambil keuntungan dari kerentanan klien dan merupakan konflik kepentingan yang biasanya merugikan tujuan hubungan terapeutik. Contoh pelanggaran batas meliputi (Fields, 2017):

- a. Pertemuan seksual dengan klien;
- b. Pengungkapan pribadi yang berlebihan;
- c. Hubungan pribadi atau bisnis;
- d. Permintaan atau penerimaan bantuan khusus atau hadiah mahal – klien terkadang memberikan hadiah kepada pengasuh mereka sebagai tanda penghargaan mereka. Ini sering terjadi saat hubungan berakhir atau saat musim liburan. Perawat harus memperhatikan hadiah yang akan mereka terima dan selalu bertanya pada diri sendiri, "Jika saya menerima hadiah ini, apakah itu akan mengubah konteks hubungan klien perawat terapeutik?" Misalnya, menerima sekotak coklat dari klien dan membaginya dengan staf dapat dianggap tepat; namun, menerima anting-anting berlian dari klien tidaklah tepat. Perawat harus mengetahui kebijakan pemberi kerja tentang pemberian hadiah.

Pelanggaran batas secara etis salah. Di bawah ini adalah tanda-tanda peringatan bahwa perawat mungkin terlalu terlibat (Fields, 2017) :

- a. Memberikan waktu dan perhatian ekstra kepada klien tertentu;
- b. Mengunjungi klien di luar jam kerja;
- c. Melakukan hal-hal untuk klien yang dapat dilakukan klien sendiri;
- d. Mengabaikan tindakan profesional lainnya;

- e. Menjaga rahasia dengan klien;
- f. Meyakini bahwa perawat adalah satu-satunya yang memahami kebutuhan klien;
- g. Menerima permintaan pertemanan di media sosial dari klien;
- h. Memberikan saran perawatan kesehatan di media sosial kepada klien;
- i. Berpakaian berbeda saat ditugaskan ke klien tertentu; atau
- j. Menggunakan informasi rahasia klien untuk kepentingan kebutuhan perawat.

2) Pelanggaran Batas dan Media Sosial

Banyak perawat yang aktif berpartisipasi di media sosial. Klien dapat mengirimkan permintaan "teman" di Facebook atau ingin mengikuti di Snapchat, Twitter, Instagram, dll. Perawat tidak pantas menerima pertemanan semacam ini. perawat terikat secara etis dan legal untuk mempertahankan batasan profesional yang sesuai dengan klien. Dengan menerima permintaan pertemanan ini, perawat akan melintasi batas-batas profesional hubungan perawat-klien terapeutik.

3) Pertimbangan Batas dan Komunitas Kecil

Hubungan terapeutik perawat-klien adalah kompleks dan mempertahankan batas-batas profesional terkadang menantang, terutama ketika perawat dan klien berada di komunitas kecil. Perawat bertanggung jawab untuk mengetahui batasan profesional dalam hubungan terapeutik perawat-klien (Azijah, 2022). Pernyataan berikut akan membantu memandu Perawat untuk menghindari pelanggaran batas. Perawat (Fields, 2017) :

- a. Bertanggung jawab dan akuntabel untuk menetapkan dan mempertahankan batasan terapeutik;

- b. Harus selalu mengutamakan kebutuhan klien;
- c. Bertanggung jawab untuk membangun, memelihara, dan mengakhiri hubungan perawat klien;
- d. Harus memberitahukan kepada klien dan keluarga ketika ada potensi konflik, misalnya:
 - a) Ketika perawat dan klien memiliki hubungan sebelumnya (keluarga, kerabat, teman) dan penugasan tidak dapat diubah, perawat akan bertindak demi kepentingan terbaik klien;
 - b) Perawat dalam bisnis swasta, khususnya di komunitas pedesaan, mungkin berada dalam posisi ketika kerabat atau kenalan dekat membutuhkan perawatan dan perawat adalah satu-satunya penyedia perawatan yang tersedia di area tersebut. Dalam situasi ini, perawat harus mengakui adanya potensi konflik kepentingan, dan sepenuhnya menyadari perbedaan antara peran perawat profesional dan peran sebagai anggota keluarga atau teman. Perawat harus meyakinkan klien bahwa meskipun ada hubungan pribadi, klien dapat mengharapkan diperlakukan secara profesional dan dengan cara yang sama seperti klien lain yang tidak memiliki hubungan pribadi dengan perawat.
- e. Menjaga hubungan saling percaya dengan klien dan tidak mengungkapkan informasi apa pun tentang klien kepada mereka yang berada di luar lingkaran perawatan klien (mis. Facebook, teman, staf lain) (Fields, 2017).

1.6 Pentingnya Hubungan Perawat-Pasien untuk Perawatan Pasien

Merawat pasien bisa bermanfaat dan memuaskan. Namun, terkadang juga bisa menguras emosi dan fisik. Perawat bekerja dalam perawatan pasien, tetapi juga dalam layanan pelanggan. Mempertahankan hubungan interpersonal yang profesional dan sopan dapat menjadi tantangan. Namun, ini bisa sangat penting dalam kesehatan dan kesejahteraan pasien secara keseluruhan.

Membangun hubungan perawat-pasien yang sehat sangat penting. Perawat harus menyapa pasien dengan namanya, melakukan kontak mata, dan menunjukkan kepercayaan diri dan profesionalisme. Mereka harus menjelaskan semua yang akan mereka lakukan dan meninjau ulang rencana perawatan, memastikan untuk melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan. Menjaga privasi pasien juga penting. Untuk beberapa pasien, sentuhan adalah cara untuk menunjukkan kasih sayang dan kepedulian, tetapi perawat harus menyadari batasan pribadi, karena beberapa pasien memilih untuk tidak disentuh. Tetap peka secara budaya juga sangat penting; memberikan handout dan informasi pasien dalam bahasa utama pasien harus ditawarkan, serta juru bahasa jika diperlukan. Barang-barang penting ini membantu mengembangkan kepercayaan dan membuka jalur komunikasi (Androus, 2023)

1.7 Rangkuman

Hubungan perawat-pasien adalah hubungan profesional antara perawat dan pasien. Sebagai bagian dari penyampaian layanan kesehatan yang berkualitas, perawat harus mengembangkan hubungan yang dinamis, terapeutik, dan etis dalam memberikan perawatan dan dukungan kepada pasien,

mulai dari pengobatan hingga perawatan pencegahan dan diagnostik.

Hubungan kerja perawat-pasien berpusat pada kepercayaan, komunikasi, kolaborasi, dan saling menghormati antara kedua belah pihak, menjadikannya elemen penting dari praktik keperawatan. Selanjutnya, bentuk hubungan ini mendorong pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas dengan mempertimbangkan kebutuhan fisik, emosional dan spiritual pasien sekaligus memberikan pendidikan dan dukungan kepada pasien dan keluarganya.

Hubungan perawat dan pasien tentu ada batasnya, perawat memegang teguh untuk percaya dan terapeutik bersama pasien dengan mempertahankan batasan profesional. Kualitas hubungan perawat-pasien ditekankan sebagai komponen perawatan yang penting dalam pendidikan keperawatan. Meskipun keperawatan profesional sering berbasis tugas, hubungan perawat-pasien dapat menjadi penting untuk standar perawatan, kepuasan pasien, dan hasil positif.

DAFTAR PUSTAKA

- ACSQHC. 2018. *The impact of the National Safety and Quality Health Service Standards*.
- Allande-Cussó, R., Fernández-García, E., Gómez-Salgado, J., & Porcel-Gálvez, A. M. 2022. Understanding the nurse-patient relationship: A predictive approach to caring interaction. *Collegian*, 29(5), 663–670. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.04.003>
- Androus, A. B. 2023. *The Importance of the Nurse-Patient Relationship for Patient Care*. Resgitered Nursing. Org.
- Arfian, rin. 2018. *MODUL AJAR KEPERAWATAN DASAR II PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKes KUSUMA HUSADA SURAKARTA 2018*. 3–4.
- Azijah, A. N. 2022. Asuhan Keperawatan Penerapan Komunikasi Terapeutik Pada Klien Isolasi Sosial Di Rsjs Dr Soerojo Magelang. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 3(3), 5435–5444.
- Bogg's, A. A. 2022. *Arnold and Boggs's Interpersonal Relationships*. Elsevier Inc.
- Fields, T. 2017. *Therapeutic Nurse-Client Relationship Interpretive Document*.
- Firmansyah, C. S., Noprianty, R., & Karana, I. 2019. Perilaku Caring Perawat Berdasarkan Teori Jean Watson di Ruang Rawat Inap. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(1), 33. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.40957>
- Halizasia, G., & Nasution, S. S. 2021. IKLIM ORGANISASI YANG DIALAMI PERAWAT SELAMA DI RUMAH SAKIT. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 5, 2013–2015.
- Kitson, A. L. 2018. The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>

- Kusumawaty, I., Martini, S., Yunike, & Famela. 2022. Implementasi Keperawatan Teknik Bercakap-Cakap Pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 7(2), 205–214. <https://doi.org/10.36729/jam.v7i2.869>
- Maesaroh, S., & Widodo, S. 2022. Pengaruh Budaya Organisasi Dan Komitmen Organisasi Terhadap Organizational Citizenship Behavior Perawat Ruang Igd Rsau Dr. Esnawan Antariksa Halim Perdana Kusuma Jakarta Timur. *Jimen*, 2(2), 58–66.
- Manley, K., & Jackson, C. 2019. Microsystems culture change: a refined theory for developing person-centred, safe and effective workplaces based on strategies that embed a safety culture. *International Practice Development Journal*, 9(2), 1–21. <https://doi.org/10.19043/ipdj.92.00>
- Matakanye, H., Ramathuba, D. U., & Tugli, A. K. 2019. Caring for tuberculosis patients: Understanding the plight of nurses at a regional hospital in Limpopo Province, South Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph16244977>
- McCance, T., McCormack, B., Slater, P., & McConnell, D. 2021. Examining the theoretical relationship between constructs in the person-centred practice framework: A structural equation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph182413138>
- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Lluch-Canut, T., Roldán-Merino, J. F., & Montesó-Curto, P. 2018. Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research.

- Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 300–308. <https://doi.org/10.1111/ppc.12238>
- Palareti, G., Legnani, C., Cosmi, B., Antonucci, E., Erba, N., Poli, D., Testa, S., & Tositto, A. 2016. Comparison between different D-Dimer cutoff values to assess the individual risk of recurrent venous thromboembolism: Analysis of results obtained in the DULCIS study. In *International Journal of Laboratory Hematology* (Vol. 38, Issue 1). <https://doi.org/10.1111/ijlh.12426>
- Pratt, H., Moroney, T., & Middleton, R. 2021. The influence of engaging authentically on nurse–patient relationships: A scoping review. *Nursing Inquiry*, 28(2), 1–15. <https://doi.org/10.1111/nin.12388>
- Rouleau, G., Pelletier, J., Côté, J., Gagnon, M. P., Martel-Laferrrière, V., Lévesque, R., Health, S., & Fontaine, G. 2020. Codeveloping a virtual patient simulation to foster nurses’ relational skills consistent with motivational interviewing: A situation of antiretroviral therapy nonadherence. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7). <https://doi.org/10.2196/18225>
- Rusmarita, Malini, H., & Kusumawaty, I. 2019. Nurse and Patient Interaction through Therapeutic Communication. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 4(3), 161–167. <https://ijisrt.com/wp-content/uploads/2019/03/IJISRT19MA36.pdf>
- Ryan, R., Berry, K., Law, H., & Hartley, S. 2021. Therapeutic relationships in child and adolescent mental health services: A Delphi study with young people, carers and clinicians. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 1010–1021. <https://doi.org/10.1111/inm.12857>

Strandas, M., Wackerhausen, S., & Bondas, T. 2019. The nurse-patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 75(2), 400-411.
<https://doi.org/10.1111/jan.13850>

BAB 2

KOMUNIKASI TERAUPETIK

Oleh Yunike

2.1 Pendahuluan

Komunikasi merupakan proses yang sangat khusus dan berarti dalam hubungan antar manusia. Komunikasi melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya. Komunikasi berjalan karena manusia membutuhkan satu dengan lainnya. Komunikasi merupakan proses yang sangat khusus dan berarti dalam hubungan antar manusia.

Komunikasi melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya. Komunikasi berjalan karena manusia membutuhkan satu dengan lainnya. Komunikasi merupakan proses yang sangat khusus dan berarti dalam hubungan antar manusia. Komunikasi melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya.

Komunikasi berjalan karena manusia membutuhkan satu dengan lainnya. Komunikasi berasal dari kata Latin *Communis* yang berarti menghubungkan atau menyambungkan dua orang atau lebih, dan *Communico* berarti memberi. (Ahmad *et al.*, 2022; Nurfadilah *et al.*, 2022; Sari, 2020). Komunikasi berasal dari kata *communicare* yang berarti menyebarluaskan/ memberitahukan. Selanjutnya, kata *communication* dimaknai sebagai penyampaian lambang-lambang (Apriadi *et al.*, n.d.). Komunikasi merupakan proses yang sangat khusus dan berarti dalam hubungan antar

manusia. (Mongi, 2020; Saihu, 2019). The American Nurses Association (2020) perawat harus menjaga hubungan perawat-pasien terapeutik dalam batas-batas profesi mereka. Komunikasi terapeutik adalah bukan istilah baru. Saat ini, 'terapi' dan 'komunikasi' adalah istilah yang sering dirujuk dalam literatur keperawatan, tampaknya digunakan secara bergantian dengan 'hubungan terapeutik' dan 'komunikasi' dalam literatur keperawatan. Terapeutik hubungan mengacu pada hubungan antara konselor dan klien (Xue *et al.*, 2021). Komunikasi dianggap sebagai suatu elemen penting dari perawatan berkualitas sebagai penyampaian atau pertukaran informasi, ide atau perasaan. Baik hubungan terapeutik maupun komunikasi adalah inti dari perawatan yang berpusat pada pasien dan perawatan yang berorientasi pada pemulihan untuk meningkatkan kesehatan (Marshall & Adams, 2018).

2.2 Konsep Dasar Komunikasi

2.2.1 Pengertian Komunikasi

Istilah komunikasi berasal dari kata communication dalam bahasa Inggris, yang berasal dari bahasa Latin communis, yang secara harfiah membawa maksud yang sama (Tankosić, 2021; Yuliaty, 2021). Aktivitas komunikasi sebenarnya adalah mencari satu kesamaan antara seorang dengan seorang yang lainnya. Seseorang mencoba menimbulkan apa yang ada di dalam diri dan mencari kesamaan dengan diri orang lain, yang terlibat dalam proses komunikasi (Mansilla & Wilson, 2020; Nicol, 2021). Komunikasi dapat didefinisikan sebagai proses pertukaran informasi, gagasan, perasaan, atau pesan antara satu individu dengan individu lainnya atau antara individu dengan kelompok (Guzman, 2020; Putra & Ali, 2022). Proses komunikasi melibatkan penggunaan berbagai media atau alat komunikasi, seperti bahasa, suara, tulisan, gambar, atau gerakan tubuh.

Komunikasi sangat penting dalam kehidupan sehari-hari, baik dalam hubungan personal, profesional, maupun social (Mcveigh-schultz & Isbister, 2019; Zhu & Benwell, 2021). Melalui komunikasi, seseorang dapat mengungkapkan pemikiran, perasaan, kebutuhan, dan harapannya kepada orang lain. Komunikasi juga memungkinkan seseorang untuk membangun hubungan yang kuat dan bermakna dengan orang lain, memperbaiki masalah yang ada, dan mencapai tujuan bersama. Dalam konteks kesehatan, komunikasi juga sangat penting antara pasien dan tenaga kesehatan, karena membantu membangun kepercayaan, mengatasi kecemasan dan ketidakpastian, serta memfasilitasi pertukaran informasi yang diperlukan untuk diagnosis, perawatan, dan pemulihan pasien.

2.2.2 Unsur-unsur komunikasi

Berikut adalah 7 unsur yang penting untuk komunikasi yang sukses.

1. Pengirim

Pengirim adalah orang yang mencoba untuk mengkomunikasikan pesan. Pengirim ingin orang lain menerima dan memahami pesannya. Maksud dari pesan tersebut biasanya untuk membuat orang lain melakukan atau memahami sesuatu

2. Penerima

Penerima adalah penerima pesan dan harus menerjemahkan kata-kata menjadi pikiran, mengolah pikiran, dan menentukan bagaimana menanggapi pengirim.

3. Pesan

Pesan yang efektif adalah pesan di mana ada kesesuaian, atau kesepakatan, antara kata-kata, makna, dan emosi. Bahasa tubuh dan infleksi suara sangat penting dalam mencapai keselarasan.

4. Saluran

Saluran adalah media yang digunakan oleh pengirim untuk mengirim pesan ke penerima. Ini mungkin secara langsung, melalui telepon, email, pesan teks, korespondensi tertulis atau pihak ketiga.

5. Kebisingan

Kebisingan mengacu pada gangguan yang terjadi selama proses komunikasi. Baik pengirim dan penerima dapat terganggu oleh kebisingan. Kebisingan dapat berasal dari sumber internal (pikiran, emosi, dll.) Atau eksternal (radio, percakapan lain, dll.).

6. Umpan balik

Umpan balik adalah proses menentukan apakah pesan telah diterima dengan benar. Ini dapat dimulai oleh pengirim atau penerima. Pengirim, misalnya, dapat meminta penerima untuk mengulang pesan untuk mengonfirmasi bahwa pesan telah diterima sebagaimana dimaksud. Di sisi lain, pendengar yang baik akan memberikan umpan balik untuk memastikan bahwa dia menerima pesan dengan benar.

7. Konteks

8. Konteks adalah cara lain untuk mempertimbangkan latar. Contoh konteks meliputi:

- a) Apa yang terlintas dalam pikiran orang lain saat Anda muncul? Apakah mereka baru saja bertengkar dengan karyawan atau pelanggan?
- b) Seperti apa lingkungannya? Apakah itu berisik? Apakah ada pelanggan yang berdiri di sekitar?
- c) Apa sifat dari kontak terakhir dan bagaimana kelanjutannya?

2.2.3 Fungsi komunikasi

Fungsi komunikasi menunjukkan jalannya gerak sesuai dengan perkembangan masyarakat atau individu. Fungsi komunikasi didasarkan pada kebutuhan pengguna atau orang yang interaktif. Oleh karena itu, fungsi komunikasi dapat dipadukan dengan ekspresi (emosi), orientasi, referensi, puisi, kelelahan dan referensi bahasa metalinguistic. (Takari *et al.*, 2019).

Secara umum fungsi komunikasi terdiri dari empat kategori utama, yaitu:

1. Fungsi “memahami ilmu komunikasi. Memberitahu
2. Fungsi mendidik
3. Memujuk khalayak mengubah pandangan, dan
4. Untuk menghibur orang lain

2.2.4 Prinsip Dasar Komunikasi

Komunikasi adalah suatu proses simbolik Komunikasi adalah sesuatu yang bersifat dinamis, sirkular dan tidak berakhir pada suatu titik, tetapi terus berkelanjutan.

1. Efektif

Setiap komunikasi harus memiliki tujuan yang jelas dan harus mencapai tujuan tersebut agar efektif. Ini termasuk apa yang dikatakan, bagaimana disampaikan, kapan dikirim/diterbitkan dan mengapa orang harus memperhatikan. Anda perlu mengkomunikasikan pesan Anda dengan kata-kata sesedikit mungkin, memiliki konsistensi nada, suara, dan isi sehingga Anda dapat menghemat waktu. Komunikasi aktif harus dikelola dengan hati-hati untuk mencegah penggunaan yang berlebihan ataupunyalahgunaan.

2. Luas

Informasi yang disampaikan harus memadai dan lengkap. Jika memungkinkan, itu harus sepenuhnya memenuhi

tujuan dan menyediakan cukup sehingga penerima dapat mengambil tindakan yang diperlukan tanpa penundaan, kebingungan, atau penurunan produktivitas atau motivasi.

3. Kejelasan

Tujuan pesan harus jelas; kata-kata sedemikian rupa sehingga penerima memahami hal yang sama dengan yang ingin disampaikan oleh pengirim. Komunikasi tidak boleh membuat tim Anda bingung. Perjelas format yang ingin Anda ucapkan. Perjelas tujuan atau tujuan Anda.

4. Perhatian dan Gaya

Dalam komunikasi yang baik, perhatian penerima tertuju pada pesan. Orang-orang berbeda dalam perilaku, perhatian, emosi, dll. Sehingga mereka dapat merespons pesan secara berbeda. Ini mungkin memerlukan pembuatan format pesan yang berbeda untuk peran dan nilai yang berbeda.

5. Koherensi

Komunikasi sering terjadi di berbagai alat/format dan selama periode waktu tertentu. Penting agar komunikasi tetap logis, terencana dengan baik, dan memperkuat diri sendiri dalam hal ini. Ketepatan Waktu dan Urgensi

6. Komunikasi harus dilakukan pada waktu yang tepat dan dengan tingkat dampak dan urgensi yang sesuai, untuk memastikan bahwa pesan dapat dipahami dan ditindaklanjuti untuk mencapai tujuannya.

7. Pentingnya Umpan Balik

8. Umpan balik sangat penting untuk mengonfirmasi bahwa komunikasi telah efektif dan untuk menyelesaikan pertanyaan, mengizinkan tantangan, mengklarifikasi tindakan, dll.

1.2.5 Klasifikasi Komunikasi

Klasifikasi komunikasi dilakukan oleh berbagai pandangan dari pakar komunikasi menurut kajiannya. Secara umum, klasifikasi komunikasi dilihat dari jumlah peserta yang terlibat pada proses komunikasi yang berlangsung. Klasifikasi ini didasarkan pada saluran komunikasi. Saluran komunikasi mengacu pada jalur melalui mana informasi ditransmisikan:

1. Komunikasi Formal

Komunikasi formal mengacu pada komunikasi resmi yang mengikuti saluran formal. Saluran formal adalah jalur komunikasi yang ditentukan secara institusional, yaitu jalur tersebut ditetapkan oleh organisasi. Komunikasi ini mengikuti rantai komando skalar.

Komunikasi formal dapat berupa lisan atau tulisan. Komunikasi lisan dapat berupa wawancara, pertemuan, presentasi, dan sebagainya. Komunikasi tertulis dapat berbentuk catatan, memo, surat, laporan, dan sebagainya. Komunikasi formal dapat diklasifikasikan lebih lanjut menjadi berikut:

- a. Komunikasi ke bawah: Ini mengacu pada komunikasi dari manajer tingkat atas ke manajer tingkat menengah atau bawah.
- b. Komunikasi ke atas: Ini mengacu pada komunikasi dari manajer tingkat bawah ke manajer tingkat atas.
- c. Komunikasi Horizontal atau Lateral: Komunikasi lateral umumnya terjadi dalam suatu organisasi dan tidak ke atas atau ke bawah.
- d. Komunikasi interaktif: Komunikasi interaktif pada dasarnya adalah proses dua arah. Itu terjadi melalui pertemuan, konferensi, telekonferensi, presentasi multimedia, diskusi kelompok, dan pertukaran dua arah aktif lainnya.

2. Komunikasi Informal

Komunikasi informal mengacu pada komunikasi antara individu dan kelompok, yang tidak mengikuti saluran resmi yang diakui. Ini adalah hasil dari interaksi sosial di antara berbagai anggota organisasi. Pengalihan informasi tersebut dapat terkait dengan pekerjaan atau hal-hal lain dan melintasi jalur komunikasi resmi.

2.3 Konsep Dasar Komunikasi Teraupetik

2.3.1 Pengertian Komunikasi Teraupetik

Komunikasi terapeutik adalah teknik komunikasi yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk membantu membangun hubungan yang empatik dan saling mendukung dengan pasien (Moreno-poyato & Rodríguez-nogueira, 2020; Moudatsou *et al.*, 2020). Tujuan dari komunikasi terapeutik adalah untuk membantu pasien mengungkapkan perasaan dan pengalaman mereka, memperjelas masalah kesehatan mereka, dan menciptakan lingkungan yang mendukung penyembuhan. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, tujuan kegiatannya difokuskan untuk menyembuhkan klien (Y. N. Sari *et al.*, 2022; Siregar *et al.*, 2021; Wati *et al.*, 2019). Komunikasi terapeutik adalah media untuk saling memberikan dan menerima antar perawat dengan klien berlangsung secara verbal dan non verbal (Kurniawan *et al.*, 2019; Lubis & Simatupang, 2023; Sumijati *et al.*, 2020). Komunikasi terapeutik berfungsi untuk mendorong dan menganjurkan kerjasama antar perawat dan klien melalui hubungan perawat dan klien.

Perawat mencoba mengungkapkan perasaan, mengidentifikasi dan menyelidiki masalah, serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan selama perawatan. Dengan proses komunikasi yang baik, pemahaman tentang perilaku klien

dapat diperoleh dan membantu klien mengatasi masalah yang muncul pada fase pengobatan – pada fase pencegahan tugasnya adalah mencegah terjadinya tindakan. negatif untuk pertahanan diri klien. Perlunya perawat membangun hubungan saling percaya dengan klien melalui komunikasi terapeutik, yang berguna dalam melaksanakan pekerjaan keperawatan sehingga dapat mengetahui apa yang dirasakan dan dibutuhkan klien.

Perawatan terapeutik berarti interaksi dengan klien, interaksi ini memfasilitasi proses penyembuhan. Hubungan terapeutik berarti hubungan interaktif yang memiliki sifat penyembuhan dan berbeda dari hubungan sosial. Kedekatan terapeutik adalah hubungan saling membantu antara pengasuh dan klien. Hubungan ini dibangun untuk kepentingan klien, sedangkan hubungan sosial dirancang untuk memenuhi kebutuhan kedua belah pihak.

2.3.2 Manfaat Menjadi Terapeutik

Dalam profesi keperawatan, terapis merupakan sesuatu yang harus dilakukan dan diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pemberian pelayanan kesehatan/perawatan kepada masyarakat. Menjadi terapeutik berarti menjadikan diri Anda perawat untuk memfasilitasi proses penyembuhan. Dalam hal ini, perawat menggunakan komunikasi terapeutik sebagai alatnya.

Komunikasi terapeutik bertujuan untuk memajukan kesejahteraan fisik dan emosional pasien. Ini adalah salah satu manfaat mendasar dari jenis interaksi ini: membantu penyembuhan. Proses komunikasi terapeutik mengarah pada diagnosis yang lebih akurat. Mengidentifikasi kebutuhan dan emosi pasien dapat meningkatkan pengambilan keputusan kolaboratif dengan pasien. Kualitas komunikasi berhubungan langsung dengan kepatuhan pasien terhadap pengobatan.

Dengan demikian, kemungkinan pasien mengikuti rencana perawatan lebih tinggi bila ada komunikasi yang efisien, yang mengarah ke hasil pasien yang lebih baik. Sifat komunikasi terapeutik yang penuh hormat dan penuh kasih akan membantu pasien lebih terbuka tentang kebutuhan mereka, kesejahteraan fisik, mental, dan emosional mereka. Itu juga mendorong mereka untuk berbagi seberapa efektif perawatannya, potensi efek sampingnya, dan banyak lagi.

2.3.3 Tujuan Komunikasi terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi tatap muka antara perawat dan pasien. Tiga tujuan utama komunikasi terapeutik bagi seorang perawat adalah:

1. Memberikan pendidikan kepada pasien,
2. Memberikan dukungan kepada pasien, dan
3. Membangun hubungan di mana pasien merasa bebas untuk mengungkapkan kekhawatirannya.

2.3.4 Prinsip Komunikasi Terapeutik

Beberapa prinsip dasar yang harus dipahami saat membangun hubungan dan memelihara hubungan terapeutik:

1. Hubungan dengan klien merupakan hubungan terapeutik yang saling menguntungkan berdasarkan prinsip "Kemanusiaan pemberi asuhan dan klien"
2. Perawat harus menghargai keunikan klien dengan mempertimbangkan latar belakang keluarga, budaya dan keunikan masing-masing individu
3. Komunikasi yang dilakukan harus dapat menghargai harkat dan martabat baik pengirim pesan maupun penerima, dalam hal ini caregiver harus dapat menghargai harga diri dan harga diri klien

4. Komunikasi yang mendorong rasa saling percaya pertama-tama harus dicapai sebelum masalah dieksplorasi dan ditawarkan solusi alternatif untuk masalah tersebut.

2.3.5 Tingkat Komunikasi Terapeutik

Beberapa tingkatan Komunikasi terapeutik antara lain:

1. Komunikasi verbal terjadi melalui media kata-kata, lisan atau tulisan, dan komunikasi verbal mewakili segmen kecil dari komunikasi secara menyeluruh. Validasi tentang makna komunikasi verbal antara perawat dan pasien sangat penting
2. Komunikasi nonverbal meliputi pancaindra dan mencakup segala hal selain kata yang tertulis dan diucapkan. Ada lima kategori komunikasi nonverbal yaitu :
 - a. Isyarat vokal : suara dan bunyi paralinguistik atau extraspeech
 - b. Isyarat tindakan : semua gerakan tubuh, termasuk ekspresi wajah dan postur
 - c. Isyarat objek : objek yang digunakan secara sengaja atau tidak sengaja oleh seseorang seperti pakaian dan benda pribadi lainnya
 - d. Ruang : jarak fisik antara dua orang
 - e. Sentuhan : kontak fisik antara dua orang dan merupakan komunikasi nonverbal yang paling personal.

2.3.6 Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Perawat

Hubungan terapeutik adalah proses di mana komunikasi terencana dan terarah antara pengasuh dan klien dan tujuan perawatan klien dan keluarga klien atau pasangan dekat lainnya telah terwujud. memahami faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi. Mengembangkan keterampilan komunikasi yang efektif, mengenali penyebab komunikasi yang tidak efektif dan kemampuan untuk terlibat dalam proses

komunikasi terapeutik meletakkan dasar untuk mengembangkan hubungan terapeutik, klien dapat mengubah persepsinya terhadap orang lain. Kontratransferensi terjadi ketika pengasuh merespons secara tidak realistis, yang keduanya dapat menghambat perkembangan hubungan terapeutik. Hubungan antara caregiver dan pasien atau klien merupakan hubungan terapeutik yang menguntungkan keduanya. Ini adalah "solusi win-win" mencari solusi win-win.

Kualitas prinsip ini tercermin dari bagaimana seorang psikolog atau perawat melihat dan mendefinisikan dirinya dan pasiennya sebagai pribadi. Dengan kata lain, hubungan antara perawat dan pasien bukan hanya sekedar perawat sebagai penolong, tetapi lebih seperti sahabat atau orang terdekat. Hubungan terapeutik menurut Rogers kondisi penting untuk terjadinya hubungan terapeutik sebagai berikut:

1. Empati: kemampuan pengasuh untuk memahami perasaan orang lain atau menempatkan diri pada posisi orang lain
2. Menghormati: Perawat menganggap klien layak dihormati
3. Keaslian: Perawat terbuka, jujur dan tulus dalam interaksi mereka dengan klien
4. Pengungkapan diri: Pengasuh berbagi sikap, perasaan, dan keyakinan yang sesuai dan berfungsi sebagai panutan bagi klien (tetapi tidak memaksakan pendapatnya pada klien)
5. Integrasi dan spesifisitas: Perawat mengenali perasaan klien dengan terampil mendengarkan dan memberikan tanggapan yang realistis dan non-teoritis kepada dokter.
6. Hubungan Dekat: Perawat berbagi perasaan spontan ketika dia yakin klien akan mendapat manfaat dari percakapan semacam itu.
7. Pemeriksaan diri klien: Pengasuh mendorong klien untuk belajar koping positif atau keterampilan koping.

2.3.7 Batas-Batas Hubungan Terapeutik

Dasar hubungan terapeutik terapis-klien didasarkan pada kepercayaan dan penghormatan terhadap martabat dan nilai-nilai klien. Batasan profesional adalah batasan yang melindungi ruang antara kekuatan perawat profesional dan kerentanan klien dalam hubungan terapeutik, memisahkan perilaku terapeutik perawat terdaftar dari perilaku apa pun yang secara sadar atau tidak sadar mengurangi manfaat terapi bagi klien. . , keluarga, orang penting atau komunitas. Selain itu, batas kompartemen menawarkan keamanan, ketertiban, dan koneksi yang aman sesuai kebutuhan pelanggan.

Hubungan menjadi tidak dapat diterima, batas-batas dilintasi, sehingga melanggar kebutuhan terapeutik atau hak dasar klien. Perawat bertanggung jawab untuk menjaga batasan profesional; bertindak sebagai pengacara klien; dan melakukan intervensi jika diperlukan untuk mencegah atau menghentikan pelanggaran perbatasan (Blok *et al.*, 2019; Comeau-vallée & Langley, 2019). Seorang perawat atau terapis adalah orang yang mengerti apa yang dimiliki pasien. Mari kita mulai dengan pro dan kontra. Karena setiap orang selalu diciptakan dengan keunikannya masing-masing yang harus dihormati. Perawat juga harus memahami karakter pasien. Karena pada dasarnya setiap orang memiliki karakter yang berbeda-beda, yang harus dipahami oleh perawat dengan karakter tersebut yaitu karakter pasien. Dengan kata lain, perawat harus memahami perasaan dan perilaku pasien. Perawat dapat mengenali keunikan latar belakang budaya, keluarga dan pasien untuk memahami karakter pasien. Dengan cara ini, komunikasi terapeutik dapat mengikuti aturan.

2.4 Rangkuman

Istilah komunikasi berasal dari kata communication dalam bahasa Inggris, yang berasal dari bahasa Latin communis, yang secara harfiah membawa maksud yang sama. Melalui komunikasi, seseorang dapat mengungkapkan pemikiran, perasaan, kebutuhan, dan harapannya kepada orang lain. Komunikasi juga memungkinkan seseorang untuk membangun hubungan yang kuat dan bermakna dengan orang lain, memperbaiki masalah yang ada, dan mencapai tujuan Bersama. Komunikasi terapeutik adalah teknik komunikasi yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk membantu membangun hubungan yang empatik dan saling mendukung dengan pasien. Tujuan dari komunikasi terapeutik adalah untuk membantu pasien mengungkapkan perasaan dan pengalaman mereka, memperjelas masalah kesehatan mereka, dan menciptakan lingkungan yang mendukung penyembuhan. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, tujuan kegiatannya difokuskan untuk menyembuhkan klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, A., Galib, C., & Dini, A. U. 2022. *3578-Article Text-6190-1-10-20220625*. 6(1).
- Apriadi, D., Syahwal, M., Ode, L., Ady, M., & Kep, M. (n.d.). *No Title*.
- Guzman, A. L. 2020. *Ontological Boundaries Between Humans and Computers and the Implications for Human-Machine Communication*. 1, 37–54.
- Kurniawan, R., Rantona, S., & Husna, A. 2019. *Pesan Verbal – Nonverbal Pada Komunikasi Terapeutik ; Latihan Bicara Pasien Anak Celah Bibir dan Langit-Langit (CBL) di Kota Bandung*. 3.
- Lubis, J., & Simatupang, M. R. 2023. *Nurse Motivation in Implementing Therapeutic Communication in the Inpatient Room General Perdagangan Hospital*. 2(2), 513–516. <https://doi.org/10.55299/ijphe.v2i2.366>
- Mansilla, V. B., & Wilson, D. 2020. *What is Global Competence, and What Might it Look Like in Chinese Schools?* <https://doi.org/10.1177/1475240920914089>
- Marshall, L. A., & Adams, E. A. 2018. Building from the ground up: exploring forensic mental health staff ' s relationships with patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(5), 744–761. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1508486>
- Mcveigh-schultz, J., & Isbister, K. 2019. *Shaping Pro-Social Interaction in VR An Emerging Design Framework*. 1–12. <https://doi.org/10.1145/3290605.3300794>
- Mongi, T. O. 2020. *GMIM KALOORAN AMURANG*. 2013.

- Moreno-poyato, A. R., & Rodríguez-nogueira, Ó. 2020. *The association between empathy and the nurse – patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study*. July, 1–9. <https://doi.org/10.1111/jpm.12675>.
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. 2020. *The Role of Empathy in Health and Social*. 7–9.
- Nicol, D. 2021. Assessment & Evaluation in Higher Education The power of internal feedback: exploiting natural comparison processes. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 46(5), 756–778. <https://doi.org/10.1080/02602938.2020.1823314>
- Nurfadilah, Majid, A., & Muliadi. (n.d.). Perspektif Komunikasi Ritual dalam Tradisi Kelahiran Anak pada Masyarakat Bugis di Kelurahan Talaka Kecamatan Ma'rang Kabupaten Pangkajene dan Kepulauan The Perspective of Ritual Communication in the Tradition of Childbirth in the Bugis Community in Talak. 2022, 1(2), 31–41.
- Putra, R., & Ali, H. 2022. *ORGANIZATIONAL BEHAVIOR DETERMINATION AND DECISION MAKING : ANALYSIS OF SKILLS, MOTIVATION AND COMMUNICATION (LITERATURE REVIEW OF HUMAN RESOURCE MANAGEMENT)*. 3(3), 420–431.
- Saihu. 2019. KOMUNIKASI PENDIDIK TERHADAP ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS DI SEKOLAH KHUSUS ASY-SYIFA LARANGAN. *Jurnal Pendidikan Islam*, 1(3), 418–440.
- Sari, A. F. 2020. Etika Komunikasi. *TANJAK: Journal of Education and Teaching*, 1(2), 127–135. <https://doi.org/10.35961/tanjak.v1i2.152>
- Sari, Y. N., Wijaya, L., & Inap, P. R. 2022. *TERHADAP PASIEN DI RUANG RAWAT INAP*. 14(2), 130–139.

- Siregar, I., Rahmadiyah, F., Firiska, A., & Siregar, Q. 2021. *Therapeutic Communication Strategies in Nursing Process of Angry , Anxious , and Fearful Schizophrenic Patients*. 13–19. <https://doi.org/10.32996/bjns>
- Sumijati, S., Astuti, D. R., & Setiawan, A. I. 2020. *Islamic Counseling Communication of Nurses on Cancer Patients in Islamic Hospital*. 14, 275–296. <https://doi.org/10.15575/idajhs.v14i2.8821>
- Takari, D. M., Hum, M., & Ph, D. 2019. *Memahami ilmu komunikasi*. March.
- Tankosić, A. 2021. *Monglish in post-communist Mongolia*. 1–16. <https://doi.org/10.1111/weng.12554>
- Wati, N. L., Made, N., Sukmayanti, N., & Kartikasari, R. 2019. *The Relationship Between Therapeutic Communication and Level of Anxiety Among Hospitalized Preschool Children*. 2019, 870–879. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i13.5346>
- Xue, W., Degree, M., Nurse, S., Heffernan, C., & Felllow, M. 2021. *Therapeutic communication within the nurse – patient relationship: A concept analysis*. August 2020, 1–8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12938>
- Yuliaty, F. 2021. *The Importance of Organizational Communication in Improving Employee Performance: A Case Study of the Regional Revenue Management Agency of the City of Bandung*. 3(1), 361–370.
- Zhu, L., & Benwell, B. 2021. *Digital technology use during COVID-19 pandemic : A rapid review*. August 2020, 13–24. <https://doi.org/10.1002/hbe2.242>

BAB 3

KELOMPOK TERAPEUTIK

Oleh Bobby Nurmagandi

3.1 Pengertian

Kelompok merupakan sekumpulan individu yang saling berhubungan satu sama lain, memiliki norma dan aturan yang sama serta saling ketergantungan satu sama lain. Setiap anggota kelompok dapat saling berhubungan dan berinteraksi satu sama lain. Setiap kelompok memiliki anggota yang berasal dari berbagai latar belakang yang berbeda. Setiap kelompok memiliki struktur dan identitasnya sendiri. Kelompok berisikan seluruh anggota kelompok yang saling berbagi dan membantu satu sama lain. Interaksi yang dibentuk dalam kelompok disertai umpan balik antar anggota serta antar anggota dan pimpinan kelompok (Stuart, 2016).

Sebuah kelompok terbentuk dengan alasan untuk kebutuhan melakukan interaksi sosial karena setiap anggota kelompok merupakan makhluk sosial yang tidak dapat hidup sendiri serta membutuhkan individu lainnya. Alasan berikutnya adalah sebuah kelompok terbentuk karena kebutuhan akan keamanan, kebutuhan rasa aman setiap individu memaksanya untuk berkelompok. Alasan berikutnya adalah kebutuhan akan status untuk diakui dalam masyarakat membuat individu membentuk sebuah kelompok atau bergabung dalam sebuah kelompok. Alasan selanjutnya terbentuknya sebuah kelompok yakni kedekatan tempat kerja untuk menunjang produktivitas individu serta alasan terakhir terbentuknya suatu kelompok yakni memiliki tujuan bersama terhadap apa yang dikehendaki, salah satu bentuk tujuan bersama dalam pembentukan

kelompok yakni menjadikan kelompok sebagai bagian dari pelaksanaan terapi terhadap masalah kesehatan yang dialami anggotanya (Townsend and Morgan, 2018).

Kelompok terapeutik merupakan sebuah kelompok dengan fokus utamanya berupa penanganan masalah kesehatan yang dialami. Kelompok terapeutik mampu menghadirkan dukungan kepada setiap anggota agar dapat menjalani proses terapi secara maksimal serta sebagai penegasan bahwa individu tersebut tidak sendirian namun ada anggota kelompok lainnya dengan masalah yang sama. Kelompok terapeutik dapat menjadi instrument dalam bersikap oleh seluruh anggota karena memiliki visi misi, tujuan serta norma dan etika kelompok yang melekat pada anggota. Kelompok terapeutik dapat berfungsi sebagai stimulus perkembangan psikis dan psikoseksual bagi anggota kelompok berusia remaja, serta dapat bersifat ketergantungan (Guénoun and Attigui, 2021).

Setiap anggota diharuskan untuk saling berbagi pengalaman dan saling membantu dalam menemukan cara penyelesaian dan antisipasi masalah. Kegiatan pada kelompok terapeutik berfokus pada kegiatan dalam membina, berinteraksi serta membahas isu kesehatan secara selektif antar anggota kelompok (Townsend and Morgan, 2018). Sebuah kelompok terapeutik dalam melakukan proses interaksi terhadap penyelesaian masalah kesehatan yang dialami diawasi langsung oleh seorang terapis atau praktisi yang melakukan tugas untuk penyelesaian masalah pada kelompok. Terapis memberikan terapi secara rutin pada kelompok serta didorong untuk memantau proses kelompok terhadap masalah kesehatan yang dialami proses yang dilalui kelompok terapeutik akan berpengaruh terhadap hasil yang diperoleh oleh anggota. Proses dalam kelompok dapat berupa tantangan kepada anggota untuk berperilaku positif terhadap

penanganan masalah kesehatan yang dialami (Orfanos *et al.*, 2020).

3.2 Komponen Kelompok

Suatu kelompok terdiri atas berbagai komponen yakni:

1. **Struktur:** kelompok terapeutik memerlukan bentuk pengorganisasian yang menggambarkan batas-batas, proses komunikasi, pengambilan keputusan serta hubungan otoritas dalam suatu kelompok. Proses terapeutik dalam suatu kelompok terjadi melalui kesepakatan antar anggota kelompok berupa penentuan ketua, pengawas, serta peran anggota kelompok agar proses terapi berjalan secara lancar (Stuart, 2016).
2. **Ukuran:** sebuah kelompok dengan orientasi hubungan interpersonal disarankan memiliki minimal anggota 7-10 orang. Setiap anggota berkesempatan memberikan dan menerima validasi terhadap suatu kesepakatan atau pendapat berdasarkan sudut pandang yang berbeda. Jumlah anggota dalam kelompok dapat berpengaruh terhadap kelangsungan proses terapi yang dijalani, kelompok yang besar akan menghasilkan berbagai informasi terkait penanganan masalah kesehatan dari perspektif setiap anggota kelompok namun dapat berpengaruh terhadap fokus anggota kelompok yang menurun dalam proses terapeutik yang dijalani (Stuart, 2016).
3. **Lamanya Sesi:** interaksi interpersonal yang dilakukan dalam suatu kelompok idealnya adalah 20-40 menit hingga 60-120 menit. Sesi dalam pelaksanaan terapi pada kelompok terapeutik dapat dibagi menjadi 3 bagian yakni sesi orientasi, sesi kerja dan sesi terminasi. Sesi orientasi berupa pengenalan antar anggota kelompok, evaluasi dan validasi perasaan dan kondisi antar anggota kelompok,

serta melakukan kontrak terhadap kegiatan kelompok yang akan dilaksanakan. Kontrak terdiri atas kontrak waktu, berapa lama sesi interaksi terapeutik serta menentukan topik diskusi yang akan dilaksanakan. Sesi kerja berupa pembahasan mengenai masalah yang dialami serta penyelesaian masalah yang dapat dilakukan untuk disepakati antar anggota kelompok. Pada sesi kerja, terapis dapat mengidentifikasi, menentukan masalah serta cara penyelesaian masalah yang dialami, serta anggota kelompok dapat berbagi pengalaman terkait masalah yang dialami. Sedangkan sesi terminasi berupa evaluasi validasi terhadap hasil diskusi pada tahap kerja, serta menentukan rencana tindak lanjut anggota hingga kelompok setelah pelaksanaan sesi terapeutik yang dijalani (Stuart, 2016).

4. **Komunikasi:** komunikasi penting dalam sebuah kelompok untuk mempertahankan eksistensi kelompok. Seorang pimpinan kelompok wajib mengobservasi dan menganalisis pola komunikasi dalam kelompok. Elemen komunikasi berupa pengaturan tata ruang tempat duduk, tema yang diusung, frekuensi komunikasi antar anggota, proses komunikasi dan pemecahan masalah antar anggota, serta gestur nonverbal. Pemimpin dapat menilai adanya resistensi dalam kelompok, konflik interpersonal, peran, persaingan serta kemampuan anggota dalam memahami dan bekerja dalam kelompok. Komunikasi yang baik dapat berdampak positif pada sebaran informasi yang diterima mengenai suatu masalah serta cara penanganannya. Komunikasi menjamin penyebaran informasi dalam kelompok serta adanya keterbukaan selama proses terapeutik (Stuart, 2016).
5. **Peran:** Setiap anggota kelompok memiliki peran masing-masing untuk kelangsungan kelompok terapeutik serta wajib dipertanggung jawabkan oleh setiap anggota. Peran

- dalam setiap kelompok ditentukan oleh kepribadian anggota, interaksi dalam kelompok, serta posisi anggota dalam kelompok. Peran dalam kelompok berupa peran pemeliharaan, peran tugas serta peran secara individu. Peran yang dimiliki anggota kelompok berdasarkan tujuan yang hendak dicapai pada kelompok serta kesepakatan bersama (Stuart, 2016).
6. **Kekuatan:** kekuatan kelompok ditentukan oleh kemampuan anggota dalam memengaruhi keseluruhan kelompok dan anggota secara individu. Kekuatan dalam kelompok dapat dinilai berdasarkan jenis kelamin, usia, pengalaman sebelumnya, lama waktu dalam kelompok serta keinginan berpendapat setiap anggota dalam kelompok (Stuart, 2016).
 7. **Norma:** suatu anggota kelompok harus memiliki standar perilaku yang membedakan dengan kelompok lainnya. normal dalam kelompok dapat digunakan untuk memfasilitasi pencapaian tujuan atau tugas kelompok, mengontrol konflik interpersonal, menginterpretasi realitas sosial serta mempererat ketergantungan kelompok. Norma dalam kelompok dapat bersifat tersurat maupun tersirat. Secara tersurat berupa norma secara tertulis atau disampaikan secara jelas. Sedangkan norma tersirat berupa perilaku setiap anggota (Stuart, 2016).
 8. **Kohesif:** merupakan kekuatan keinginan anggota kelompok dalam bekerja sama mencapai tujuan bersama. Kohesi memengaruhi anggota agar tetap berada dalam kelompok dan berhubungan dengan daya tarik masing-masing anggota. Kohesi mempengaruhi kelangsungan dan kesuksesan kelompok. Kohesif yang baik dapat menentukan kualitas proses hubungan interpersonal antar anggota kelompok dapat berdampak positif pada hasil akhir proses terapi yang dijalani (McGill *et al.*, 2017).

Kohesi kelompok juga dipengaruhi oleh tujuan kelompok, daya tarik anggota kelompok, kebutuhan individu yang dipenuhi kelompok, kesamaan kelompok serta kepuasan anggota terhadap kepemimpinan ketua kelompok (Stuart, 2016).

3.3 Perkembangan Kelompok

Setiap kelompok memiliki kapasitas untuk tumbuh dan berkembang. Anggota kelompok memiliki kehendak untuk mundur dan berkembang secara efektif dalam kelompok. Perkembangan kelompok berdasarkan keterlibatan antar anggota kelompok maupun antar kelompok dengan kelompok lainnya, adanya kontrol dari anggota hingga pimpinan kelompok, serta pengaruh terhadap anggota kelompok. Tahapan perkembangan kelompok dapat tumpang tindih hingga mengalami kemunduran. Perkembangan kelompok sangat dibutuhkan untuk membentuk dan mencapai tujuan kelompok. Seorang pimpinan kelompok bertugas memastikan perkembangan kelompok berada pada jalur yang tepat.

1. Fase Pra Kelompok

Sebuah tujuan yang ingin dicapai diperlukan untuk membentuk sebuah kelompok. Kelompok terapeutik dibentuk atas dasar kesamaan masalah yang dialami serta adanya keinginan untuk menyelesaikan masalah tersebut secara kelompok. Kelompok terapeutik dapat terdiri atas berbagai individu dengan latar belakang yang berbeda namun memiliki tujuan yang sama. Setiap anggota perlu untuk memahami tujuan yang ingin dicapai, serta peran pemimpin untuk memperjelas dan membantu tercapainya tujuan tersebut. Peran terapis sangat diperlukan pada fase ini yakni mengidentifikasi dan mengumpulkan anggota kelompok dengan latar belakang masalah kesehatan yang sama serta keinginan bersama untuk melaksanakan terapi.

2. Fase Awal

Fase ini dimulai dengan pertemuan pertama anggota kelompok, fase ini ditandai dengan adanya perasaan cemas antar anggota, penetapan norma dan peran setiap anggota. Tahap awal ini terdiri atas tahap orientasi, konflik dan kohesif.

a) Tahap Orientasi

Tahap ini dapat berupa pengenalan antar anggota kelompok dengan tujuan untuk mempererat hubungan serta kepercayaan antar anggota kelompok. Pada tahap ini juga dilakukan identifikasi awal mengenai latar belakang anggota kelompok beserta masalah yang dialami. Seorang pemimpin lebih aktif dalam mengarahkan tugas dan peran setiap anggota serta untuk mencapai kontrak dalam kelompok. Kontrak antar anggota kelompok yakni menetapkan tujuan, kerahasiaan, jumlah pertemuan, kejujuran, struktur dan peraturan komunikasi. Tahap ini juga menetapkan norma yang berlaku dalam kelompok untuk mencapai tujuan. Pada tahap ini kekhawatiran antar anggota kelompok yakni takut mendapat penolakan anggota kelompok lainnya, takut untuk membuka diri, serta takut tidak mendapat perhatian dari anggota kelompok lainnya.

b) Tahap Konflik

Tahap konflik dalam suatu kelompok dimulai dengan adanya suatu isu terkait control, kekuasaan dan otoritas yang menjadi pembahasan kelompok. Anggota kelompok perlu belajar mengenai kekuasaan serta proses pengambilan keputusan. Konflik ketergantungan juga menjadi bagian pada tahap ini. Pada tahap ini juga anggota kelompok mulai terpolarisasi menjadi sub kelompok. Konflik antar sub

kelompok sering terjadi atau mengarahkan konflik antar anggota dengan pimpinan.

Peran pemimpin dalam konflik ini yakni bantu mengekspresikan perasaan negatif dan positif setiap anggota kelompok, membantu anggota kelompok memahami situasi mendasar, mencegah dan memeriksa perilaku tidak produktif hingga pemicu konflik. Pemimpin harus hati-hati dalam menentukan sikap untuk menghindari atau menekan kecemasan anggota kelompok serta mendorong dalam mengekspresikan perasaan permusuhan

c) Tahap Kohesif

Tahap kohesif merupakan tahap anggota kelompok merasa adanya daya tarik yang kuat antar anggota kelompok. Anggota kelompok sering mengungkapkan perasaan positif satu sama lain. Anggota kelompok merasa bebas dalam memberikan informasi tentang perasaan yang dimiliki. Walaupun begitu, kemampuan pemecahan masalah pada tahap ini masih terbatas karena anggota kelompok masih menghindari komunikasi negatif untuk menjaga suasana positif dalam kelompok (Stuart, 2016).

Seorang pemimpin pada tahap ini harus memastikan keterbukaan antar anggota serta antar tugas dalam kelompok. Pemimpin perlu mencontohkan bagaimana cara tetap produktif walaupun sedang berada dalam situasi atau masalah yang dihadapi. anggota kelompok dapat belajar mengenai penemuan jati diri dan perbedaan tidak harus ditakuti, serta belajar memahami bahwa perbedaan dan persamaan antar anggota kelompok dapat membantu kelompok mencapai tugasnya. Hubungan positif antar anggota dengan pimpinan atau terapis perlu dibangun agar

tercipta rasa percaya pada kedua belah pihak, sehingga proses terapeutik yang dilaksanakan kelompok dapat berjalan dengan maksimal (McGill *et al.*, 2017)

3. Fase Kerja

Fase kerja dalam kelompok merupakan pemecahan terhadap masalah yang dilakukan secara kreatif. Kreatifitas anggota kelompok diperlukan pada tahap kerja agar penyelesaian masalah dapat berjalan secara cepat dan tepat. Kelompok terapeutik memberikan kesempatan kepada anggota kelompok untuk berbagi pengalaman, saling membantu, serta bersama-sama menemukan cara dalam memecahkan masalah yang dialami (Hasanudin *et al.*, 2020). Anggota kelompok dapat mengeluarkan solusi atau ide terhadap pemecahan masalah yang dirasakan. Solusi atau ide biasanya diperoleh dari proses diskusi dan proses pemecahan masalah atau berdasarkan pengalaman anggota kelompok. Proses ini juga terjadi pertukaran ide atau informasi setiap anggota kelompok dalam menghadapi masalah yang pernah dialami sebelumnya.

Fase kerja mengharuskan setiap anggota kelompok mengarahkan energi dan fokus terhadap penyelesaian masalah yang dihadapi. Peran setiap anggota kelompok berdasarkan tugas dan fungsi yang telah ditetapkan sebelumnya, peran anggota kelompok juga dapat bersifat fleksibel sesuai situasi dan kondisi yang dihadapi. Fase ini dipimpin oleh seorang ketua atau pimpinan kelompok menjadi penggerak atau pemimpin anggota kelompok dalam penyelesaian masalah yang dihadapi (Stuart, 2016).

4. Fase terminasi

Fase terminasi merupakan fase akhir dalam proses kelompok menyelesaikan atau menghadapi masalah. Fase terminasi ini dapat dibagi menjadi 3 bagian yakni evaluasi, validasi dan penentuan rencana tindak lanjut. Evaluasi untuk menilai perasaan anggota kelompok dalam berproses atau beraktifitas terhadap masalah yang dihadapi. Evaluasi perasaan setiap anggota kelompok dapat menjadi acuan keberhasilan proses yang dijalani. Validasi yang dilakukan pada tahap ini untuk menilai kembali kemampuan atau aktifitas yang dilakukan anggota kelompok dalam berproses terhadap penyelesaian masalah yang dihadapi. Pelaksanaan terapi secara kelompok sangat menguntungkan bagi anggota karena meningkatkan proses interpersonal, kekompakan kelompok, serta partisipasi anggota kelompok dalam proses terapi atau penyelesaian masalah yang dihadapi (Shor *et al.*, 2015).

Ketua kelompok atau terapis harus memastikan anggotanya telah mampu dalam melakukan penyelesaian masalah yang dihadapi kelompok. Jika terdapat anggota kelompok yang belum mampu, maka perlu dilakukan arahan atau latihan kembali oleh ketua atau anggota kelompok lainnya yang telah mampu. Selanjutnya ketua kelompok perlu memberikan apresiasi terhadap keberhasilan anggota dalam berproses terhadap penyelesaian masalah yang dihadapi. Penyusunan rencana tindak lanjut pada proses evaluasi ini merupakan penetapan kegiatan selanjutnya yang akan dilakukan anggota kelompok terhadap penyelesaian masalah yang dihadapi. Rencana tindak lanjut dapat berupa rencana jangka pendek dan rencana jangka panjang. Rencana tindak lanjut bertujuan sebagai proses Latihan oleh anggota kelompok terhadap penyelesaian masalah yang dihadapi,

sehingga jika kelompok kembali dihadapkan dengan masalah serupa, anggota kelompok telah memiliki kemampuan terhadap penyelesaian masalah tersebut. Pelaksanaan rencana tindak lanjut dapat dilakukan berdasarkan kesepakatan jadwal pelaksanaan yang ditetapkan oleh kelompok (Stuart, 2016).

3.4 Evaluasi Kelompok

Evalusi kelompok untuk menilai efektifitas, keberhasilan atau hasil yang diperoleh kelompok dalam penyelesaian masalah yang dihadapi. Proses evaluasi untuk menilai perubahan yang dialami kelompok sebelum dan setelah proses penyelesaian masalah yang dilakukan. keberhasilan dalam proses kelompok dapat dinilai pada fase evaluasi ini. Kelompok terapeutik dapat meningkatkan kemampuan interpersonal anggota kelompok, mengurangi pikiran dan perilaku negatif anggota kelompok akibat pengalaman traumatis, serta dapat mengurangi stigma karena adanya kesamaan nasib serta penerimaan sesama anggota kelompok (Liotta *et al.*, 2015).

Proses evaluasi untuk menilai kelebihan atau keuntungan dan kekurangan selama proses penyelesaian masalah. Kelebihan atau keuntungan yang diperoleh dapat menjadi acuan terhadap penyelesaian masalah, sehingga ketika kelompok kembali menghadapi masalah yang sama, kelompok telah memiliki panduan atau rujukan terhadap penyelesaian masalah tersebut. Pelaksanaan secara terapi secara kelompok juga menghemat biaya terapi yang dilakukan serta proses terapi yang berlangsung cepat karena memungkinkan seluruh anggota memperoleh terapi dalam waktu yang bersamaan (McGill *et al.*, 2017). Sedangkan kekurangan dalam proses penyelesaian masalah yang dinilai pada proses evaluasi dapat menjadi bahan evaluasi untuk perbaikan terhadap penyelesaian masalah selanjutnya. Kekurangan ini tidak dapat

dijadikan sebagai sesuatu yang negatif, justru dapat menjadi pelajaran untuk perbaikan terhadap proses penyelesaian masalah selanjutnya (Stuart, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Guénoun, T. and Attigui, P. 2021. 'The therapeutic group in adolescence: A process of intersubjectivation', *International Journal of Psychoanalysis*, 102(3), pp. 519–542. doi: 10.1080/00207578.2020.1819819.
- Hasanudin, H. *et al.* 2020. 'Therapeutic group can increase resilience of school-age children after the kelud mountain disaster', *EurAsian Journal of BioSciences*, 14(1).
- Liotta, L. *et al.* 2015. 'Interventions for child sexual abuse group treatment for child sexual abuse: Treatment referral and therapeutic outcomes', *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(3), pp. 217–237. doi: 10.1080/10538712.2015.1006747.
- McGill, B. C. *et al.* 2017. 'Therapeutic Alliance and Group Cohesion in an Online Support Program for Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: Lessons from "recapture Life"', *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(4), pp. 568–572. doi: 10.1089/jayao.2017.0001.
- Orfanos, S. *et al.* 2020. 'A Systematic Review and Quality Assessment of Therapeutic Group Process Questionnaires', *International Journal of Group Psychotherapy*, 70(3), pp. 425–454. doi: 10.1080/00207284.2020.1755292.
- Shor, R. *et al.* 2015. 'Therapeutic Factors in a Group for Parents with Mental Illness', *Community Mental Health Journal*, 51(1), pp. 79–84. doi: 10.1007/s10597-014-9739-2.

- Stuart, G. W. 2016. *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart Edisi Pertama Indonesia Oleh Budi Anna Keliat dan Jesika Pasaribu (Stuart Mental Health Nursing Principles and Practices 1st Indonesian Edition By Budi Anna Keliat and Jesika Pasaribu)*. 1st edn. Singapore: Elsevier.
- Townsend, M. C. and Morgan, K. I. 2018. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concept of Care in Evidence Based Practice*. 9th edn. Philadelphia: F. A. davis company.

BAB 4

INTERVENSI DENGAN KELUARGA

Oleh Isymiarni Syarif

4.1 Pendahuluan

Dampak negative dari perawatan di rumah sakit, mendorong dicanangkannya pelayanan Kesehatan jiwa masyarakat yaitu mempertahankan klien sedapat mungkin di masyarakat. Hal ini mungkin dilakukan melalui integrasi Kesehatan jiwa masyarakat di puskesmas. Dengan demikian maka rentang asuhan keperawatan adalah dari pelayanan di masyarakat sampai pelayanan di rumah sakit dan sebaliknya. Dengan kata lain pelayanan secara terus menerus pada setiap keadaan klien yang mungkin berfluktuasi di sepanjang rentang sehat sakit (Iyus Yosep, 2010).

Keluarga merupakan system pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien. Umumnya, keluarga meminta bantuan tenaga Kesehatan jika mereka tidak sanggup lagi merawatnya. Oleh karena itu asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya memulihkan keadaan klien tetapi bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah Kesehatan keluarga tersebut. (Iyus Yosep, 2010).

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan secara biologis, legal emosional. Keluarga bisa besar, kecil, inti, extend, multi-generasi, satu orang tua, dua orang tua, dan kakek nenek. Tinggal dalam satu atap rumah atau lebih. Keluarga dapat dalam jangka waktu tertentu, beberapa minggu, permanen dan selamanya. Menjadi bagian dalam keluarga

dengan cara melahirkan, adopsi, pernikahan, adanya hubungan saling menguntungkan. Keluarga menciptakan kultur dari diri sendiri yang berinteraksi dengan nilai-nilai yang berbeda dan dengan cara yang unik mewujudkan mimpinya. Secara bersama, keluarga kita akan menjadi sumber kekuatan kultural dan spiritual. Keluarga akan berkembang dan membentuk tetangga, komunitas, wilayah, dan negara.

Dalam pendekatan Family-Centered Care keluarga mempunyai tingkat kedekatan dan keterlibatan dalam pelayanan kesehatan. Dalam Family-Centered Care keluarga diharapkan membuat keputusan terkait dengan pasien dan pemberi pelayanan kesehatan. Salah satu aspek terpenting dari perawatan adalah penekanannya pada unit keluarga dalam hal ini intervensi keluarga.

Berikut beberapa alasan mengapa intervensi keluarga harus dilakukan kerjasama dalam perawatan:

- a. Disfungsi dalam satu anggota keluarga akan mempengaruhi yang lain.
- b. Ada hubungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatannya.
- c. Melalui perawatan bersama dengan keluarga yang berfokus pada peningkatan, perawatan diri, pendidikan kesehatan dan konseling keluarga dapat mengurangi resiko yang diciptakan oleh pola hidup dan bahaya lingkungan.
- d. Upaya menemukan masalah
- e. Keluarga merupakan sistem pendukung yang vital bagi individu-individu

4.2 Definisi Intervensi Dengan Keluarga

Intervensi dengan keluarga merupakan mekanisme terjadinya perubahan kemampuan dalam keluarga yang berdampak positif dari rencana keperawatan dan tindakan promosi kesehatan serta sesuai dengan budaya dalam keluarga

yang mempengaruhi tindakan pengobatan dan perkembangan keluarga.

4.3 Tujuan intervensi dengan keluarga keluarga

Pentingnya perawatan di lingkungan keluarga dapat dipandang dari berbagai segi yaitu keluarga merupakan suatu konteks dimana individu memulai hubungan interpersonal. Keluarga mempengaruhi nilai, kepercayaan, sikap dan perilaku klien (Clemen dan Buchaman, 1982). Sedangkan Spradey (1985) mengemukakan bahwa keluarga mempunyai fungsi dasar seperti memberi kasih sayang, rasa aman, rasa dimiliki dan menyiapkan peran dewasa individu di masyarakat. (Iyus Yosep, 2010).

Jika keluarga dipandang sebagai suatu system, maka gangguan jiwa pada satu anggota keluarga akan mengganggu semua system atau keadaan keluarga. Hal ini merupakan salah satu factor penyebab terjadinya gangguan jiwa pada anggota keluarga. Dari kedua pernyataan diatas, dapat disimpulkan betapa pentingnya peran keluarga pada peristiwa terjadinya gangguan jiwa dan proses penyesuaian Kembali setelah selesai program perawatan. Oleh karena itu hubungan intervensi keluarga dalam hal keterlibatan keluarga dalam perawatan sangat menguntungkan proses pemulihan klien. (Iyus Yosep, 2010)

Adapun tujuan intervensi dengan keluarga sebagai berikut yaitu

- a. Membantu keluarga agar dapat menerima, melewati, dan mempermudah proses perubahan yang akan dilalui oleh keluarga.
- b. Membangun adaptasi yang tinggi agar mampu menjalani hidup dengan baik tanpa mengalami kesulitan dan hambatan terhadap perubahan.
- c. Meningkatkan pengetahuan dan kompetensi hidup pada anggota keluarga di masa tahap perkembangan keluarga Keperawatan Keluarga dan siklus hidupnya.

- d. Menggali bakat tersembunyi pada anggota keluarga yang berupa kepribadian keterampilan menejerial dan keterampilan kepemimpinan.
- e. Membina dan mendampingi selama proses perubahan pada anggota keluarga sampai tahap mandiri dan tahap tujuan yang dapat diterima.

(Niswa dkk, 2017)

4.4 Pola Interaksi intervensi dengan keluarga

Pola interaksi hubungan intervensi keluarga adalah bentuk hubungan interpersonal antara penderita dengan seluruh anggota keluarga (K Glanz, 2008). Pola interaksi dapat diukur berdasarkan sebagai berikut : (Salamung *et al.*, 2021)

- a. Kebiasaan keluarga melibatkan penderita dalam kegiatan rutin harian di rumah;
- b. Kebiasaan keluarga melibatkan penderita dalam mengembangkan hubungan sosial;
- c. Kebiasaan keluarga melibatkan penderita dalam pengelolaan lingkungan sekitar penderita.

Proses perawatan yang melibatkan klien dan keluarga akan membantu proses intervensi dan menjaga agar klien tidak kambuh Kembali setelah pulang. Khusus untuk keluarga yang memiliki anggota dengan gangguan jiwa, sangat penting merencanakan pulang klien dengan keluarganya. Jiip dan Sine (1986) mengemukakan rencana pulang klien sebagai berikut : (Iyus Yosep, 2010)

- a. Menyiapkan klien dan keluarga secara fisik dan social serta psikologi
- b. Meningkatkan kemandirian klien dan keluarga
- c. Menyelenggarakan rentang perawatan antara rumah sakit dan masyarakat
- d. Melaksanakan proses pulang yang bertahap.

Pentingnya peran serta keluarga dalam klien gangguan jiwa karena keluarga merupakan tempat untuk memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya dan sebagai institusi Pendidikan utama bagi individu untuk belajar mengembangkan nilai, keyakinan, sikap dan perilaku. Perawat membantu keluarga agar dapat/mampu melakukan lima tugas Kesehatan keluarga yaitu sebagai berikut : (Iyus Yosep, 2010)

- a. Mengetahui masalah Kesehatan
- b. Membuat keputusan Tindakan Kesehatan
- c. Memberi perawatan pada anggota yang sehat
- d. Menciptakan lingkungan keluarga yang sehat
- e. Menggunakan sumber yang ada dalam masyarakat (Bailon dan Maglaya, 1978)

4.5 Komponen intervensi dengan keluarga

Peran dan fungsi perawat tergantung pendekatan intervensi yang diberikan. Aspek umum dari proses intervensi keluarga meliputi :

- a. Permulaan hubungan dan menjalin trust
 - b. Pengkajian dan perencanaan
 - c. Implementasi dan tahap kerja
 - d. Evaluasi dan terminasi
- (Iyus Yosep, 2010)

Perawat melakukan pengkajian dengan mengintervensi keluarga, harapannya intervensi keluarga ini dapat berguna untuk klien yang 1). Segan terhadap psikoterapi individu karena takut, tidak percaya pada terapi, menentang keras terapi, melawan figure orang tua. 2) tidak/kurang berpengalaman dengan saudara-saudaranya mempunyai pertentangan dengan anggota keluarga lain tidak/sukar menyesuaikan diri dalam keluarga. 3) ada salah satu anggota

keluarga yang mempunyai intelegensi rendah atau komunikasi keluarga yang terhambat. (Iyus Yosep, 2010)

Menurut (Chiu et al., 2013) pemberdayaan keluarga sebagai intervensi keluarga dalam keperawatan terdapat 3 komponen sebagai berikut: (Niswa dkk, 2017)

- a. Komponen pertama yaitu Ideologi pemberdayaan, dimana semua orang diyakini memiliki kekuatan dan kemampuan serta kapasitas untuk menjadi lebih kompeten. Pendapat ideologis ini berkaitan dengan komponen kedua.
- b. Komponen kedua yaitu pengalaman partisipatif, yang merupakan bagian intervensi dari model. Pengalaman partisipatif membangun kekuatan dari pada kelemahan. Contohnya: perawat dan keluarga berkolaborasi dalam menyelesaikan masalah sehingga mencapai tujuan yang diinginkan dengan cara mengumpulkan kebijaksanaan dan pengetahuan kolektif mereka.
- c. Komponen ketiga yaitu hasil pemberdayaan, dimana hasil pemberdayaan terdiri dari perilaku yang diperkuat dan peningkatan penilaian kontrol, seperti fokus kontrol, konsep diri, dan motivasi intrinsik.

Komponen pemberdayaan keluarga menurut (Graves & Shelton, 2007) adalah sebagai berikut : (Niswa dkk, 2017)

- a. Mendorong keluarga dan anggota keluarga untuk berperan aktif dalam mengatasi masalah dan mendengarkan secara sekasama masalah yang dihadapi oleh anggota keluarga.
- b. Mengakui bahwa keluarga adalah mitra atau merupakan anggota tim dalam sistem pelayanan Kesehatan
- c. Memperbaiki dan mengarahkan visi keluarga tentang pilihan dan kemungkinan apa yang ada.
- d. Mendorong keluarga dalam melatih otonomi dan penentuan diri sehingga mampu memutuskan pilihannya.

- e. Saling menghargai antara keluarga dan perawat bahwa mereka memiliki spesialisasi masing-masing dalam memelihara kesehatan dan mengatasi masalah kesehatan.
- f. Mengakui bahwa keluarga dan perawat merupakan sumber kekuatan dan sumber dalam hubungan mereka.
- g. Mendapatkan kekuatan yang menjadi landasan dalam membina rasa percaya, memberikan advokasi dengan atas nama keluarga klien, sistem pelayanan kesehatan, Keperawatan Keluarga dan tingkat kebijakan kesehatan dapat membantu keluarga dalam mengembangkan dukungan sosial yang lebih besar didalam keluarga mereka melalui pengembangan keterampilan, memberi pujian pada keluarga yang melakukan perubahan positif dalam pencapaiannya.

4.6 Peran Perawat dalam intervensi keluarga

Peran perawat dalam intervensi keluarga dalam hal ini meningkatkan mekanisme koping keluarga dalam mengatasi permasalahan anggota keluarga. Anggota keluarga memainkan peran penting sebagai pengasuh dalam kehidupan individu dengan gangguan jiwa (skizofrenia) (Desousa *et al.*, 2012). Berbagai penelitian klinik menunjukkan bahwa keluarga membutuhkan pendidikan kesehatan oleh perawat selain bimbingan dan dukungan (Srinivasan, 2000). Psikoedukasi keluarga merupakan bagian integral dari program perawatan skizofrenia dalam meningkatkan persepsi keluarga. Pergeseran perawatan kesehatan penderita Skizofrenia terbaru dengan waktu rawat inap yang singkat dan penekanan pada kepedulian masyarakat memberikan peluang pentingnya program psikoedukasi keluarga (Desousa *et al.*, 2012). Rancangan program psikoedukasi keluarga bertujuan untuk:

- a. Meningkatkan kepatuhan dan efektivitas pengobatan dalam mengatasi stressor telah berhasil mengurangi risiko

kekambuhan pada tahun pertama setelah keluar dari rumah sakit;

- b. Memberikan informasi yang benar tentang penyakit, perawatan yang tersedia dan perjalanan jangka panjang dan prognosis penyakit.

Pendidikan dan pelatihan untuk profesi kesehatan mental khususnya perawat kesehatan jiwa merupakan sebuah prioritas. Perawat perlu membekali dirinya untuk mau dan mampu melaksanakan pendidikan kesehatan. Perawat dalam memberikan Pendidikan kesehatan kepada keluarga penderita gangguan jiwa perlu memahami filosofi dan tujuan pendidikan kesehatan jiwa. Terdapat tujuh filosofi dan tujuan pendidikan kesehatan jiwa (Michael Coffey, 2003). Filosofi dan tujuan pendidikan kesehatan diantaranya adalah pembelajaran orang dewasa yang berpusat pada individu (*student center learning*), pengembangan kemampuan intelektual dan akademik, memperkenalkan pembelajaran seumur hidup (*long live learning*), mengembangkan keterampilan mengajar, prinsip keadilan untuk semua individu/keluarga, memfasilitasi berbagai pengalaman keluarga, dan aplikasi CMHN yang komperhensif. Melibatkan keluarga dalam penanganan Skizofrenia dalam bentuk psikoedukasi terbukti bermanfaat (Lincoln *et al.*, 2007). Psikoedukasi pada keluarga penderita skizofrenia dan gangguan bipolar telah terbukti efektif meningkatkan mekanisme koping keluarga (Sampogna *et al.*, 2018) (Agustarika and Raka, 2017)

Dengan bantuan perawat, keluarga diharapkan mempunyai kemampuan mengatasi masalah dan memelihara stabilitas dari status Kesehatan semaksimal mungkin. Newman menjelaskan strategi intervensi keluarga yang lebih berfokus pada prevensi primer dan tersier, seperti : (Iyus Yosep, 2010)

- a. Mendidik Kembali dan mengorientasi Kembali seluruh anggota keluarga misalnya perawat menjelaskan mengapa komunikasi itu penting, apa visi seluruh keluarga, kesamaan harapan apa yang dimiliki semua anggota keluarga
- b. Memberikan dukungan kepada klien dan keluarga serta system yang mendukung klien untuk mencapai tujuan dan usaha untuk berubah. Perawat meyakinkan bahwa keluarga klien mampu memecahkan masalah yang dihadapi anggotanya.
- c. Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan sumber pelayanan Kesehatan. Perawat menunjukkan institusi Kesehatan mana yang harus bekerjasama dengan keluarga dan siapa yang bisa diajak berkonsultasi
- d. Memberikan pelayanan prevensi primer, sekunder, dan tersier melalui penyuluhan, perawatan di rumah, Pendidikan dan sebagainya. Bila ada anggota keluarga yang kurang memahami perilaku sehat didiskusikan atau bila ada keluarga yang membutuhkan perawatan.

4.7 Peran keluarga dalam intervensi keluarga

Keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan klien dan merupakan “perawat utama” bagi klien. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien di rumah. Keberhasilan perawat di rumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian mengakibatkan klien harus dirawat Kembali (kambuh). Peran serta keluarga sejak awal asuhan di Rumah Sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien di rumah sehingga kemungkinan kekambuhan dapat dicegah. (Salamung *et al.*, 2021)

Perawatan lanjutan klien setelah pulang ke rumah seharusnya dilakukan pada puskesmas di wilayahnya yang mempunyai program Kesehatan jiwa. Perawat komuniti yang

menangani klien menganggap rumah klien sebagai ruang perawatan. Perawat, klien, dan keluarga saling bekerjasama untuk membantu proses adaptasi klien di dalam keluarga dan masyarakat. Oleh karena itu peran keluarga sangat penting dalam melaksanakan intervensi keluarga pada kasus gangguan jiwa. Adapun peran keluarga dalam intervensi keluarga adalah sebagai berikut :

- a. Membuat suatu keadaan dimana anggota keluarga dapat melihat bahaya terhadap diri klien dan aktivitasnya
 - 1) Mengurangi rasa takut
 - 2) Memberikan arahan
 - 3) Menolong mereka dapat merasa senang dengan proses intervensi yang diberikan
 - 4) Menerima dan melakukan perannya dengan baik
- b. Tidak merasa takut dan mampu bersikap terbuka
 - 1) Meyusun pertanyaan untuk membantu mengurangi rasa takut
 - 2) Memperkuat anggapan anggota dan menyanyikan anggapan individu
 - 3) Mendapatkan fakta tentang rencana proses, kelemahan dalam rencana, persepsi pribadi dan orang lain, persepsi peran, komunikasi yang baik dan tekniknya perasaan seksual dan aktivitas
 - 4) Merespon dengan keyakinan hati anggota
- c. Membantu anggota bagaimana memandang orang lain
 - 1) Observasi sharing bagaimana anggota memanifestasikan dirinya
 - 2) Mengajarkan anggota bagaimana mengobservasi sharing mereka dengan orang lain
 - 3) Menayangkan audiovisual yang mendukung visi keluarga
- d. Bertanya dan memberikan informasi tak berbelit, memudahkan dalam memberi dan menerima informasi

yang memudahkan bagi anggota keluarga untuk melakukannya.

- e. Membangun self esteem
 - 1) Dengan menyatakan “ saya menghargai kamu”
 - 2) Mencantumkan sesuatu yang berharga bagi seseorang
 - 3) Merespon sebagai seseorang yang mengerti atau sungguh-sungguh dapat mengevaluasi
 - 4) Menanyakan pada anggota keluarga yang lain, apakah klien dapat membawa kebahagiaan bagi anggota keluarga
- f. Menurunkan ancaman dengan latar belakang aturan untuk interaksi
 - 1) Melihat Kembali aturan di rumah dimana semua anggota keluarga berpartisipasi
 - 2) Demokratis
 - 3) Meyakinkan bahwa tidak ada orang yang membicarakan atau menyinggung orang lain
 - 4) Menggunakan pendekatan humor
 - 5) Menciptakan ketenangan untuk kontrol
- g. Menurunkan ancaman dengan struktur pembahasan yang sistematis
 - 1) Memperlihatkan keluarga sebagai suatu kesatuan
 - 2) Melihat bagian atau sub system dari keluarga untuk menyelesaikan pekerjaan dengan baik
 - 3) Menurunkan ancaman
 - 4) Diskusikan marah dan ketersinggungan secara terbuka
- h. Pendidikan ulang anggota untuk bertanggung jawab
 - 1) Mengingatkan keluarga bahwa mereka dapat merubah diri mereka sendiri
 - 2) Keterbukaan antar anggota keluarga

(Salamung *et al.*, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Agustarika, B. and Raka, I.M. 2017. 'Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia Di Kota Sorong', *Nursing Arts*, 11(2), pp. 7-15. Available at: <https://doi.org/10.36741/jna.v11i2.42>.
- De Sousa, P., George, M., & Chavan, B. S. 2012. Family intervention in schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(3), 205-207.
- Niswa, F., Istioningsih, E., & Anwar, F. 2017. Pemberdayaan keluarga pada pasien TB paru yang dirawat di puskesmas. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 5(2), 146-153.
- Salamung, N. *et al.* 2021. *Keperawatan Keluarga (Family Nursing)*, Duta Media Publishing.
- Yosep, Iyus. 2010. *Keperawatan Jiwa*. Edisi revisi, cetakan III. Bandung : PT. Refika Aditama.

BAB 5

MILIEU THERAPY

Oleh Irfan

5.1 Definisi

Istilah milieu diambil dari kata lingkungan, yang dalam konteks terapeutik, ini mengacu pada keseluruhan lingkungan dan interaksi terhadap lingkungan. Lingkungan terapeutik didefinisikan sebagai pengelolaan lingkungan secara ilmiah yang bertujuan mempengaruhi perubahan perilaku dan meningkatkan kesehatan khususnya pada masalah psikologis individu (Belsiyal.2022).

Milieu therapy atau biasa juga disebut sebagai terapi lingkungan dianggap efektif dalam mengontrol perilaku yang memiliki masalah dengan gangguan mental, salah satu masalah yang dianggap serius yang dianggap efektif mengatasi masalah orang dengan masalah skizofrenia. Beberapa studi telah menunjukkan efektivitas terapi lingkungan dapat membantu mengontrol perilaku kekerasan pada orang skizofrenia (Melinda, 2021).

Terapi lingkungan merupakan metode perawatan pada pasien yang memiliki masalah kesehatan mental yang penerapannya dianggap aman. Proses terapi ini dilakukan dengan berfokus pada pengaturan dan mengkondisikan lingkungan yang nyaman selama proses perawatan dan aktivitas sehari-hari. Terapi ini juga dianggap sebagai intervensi yang fleksibel dan dapat dilakukan kolaborasi dengan metode pengobatan lainnya (Melinda, 2021).

Sedangkan menurut *American Psychological Association* menjelaskan bahwa terapi lingkungan adalah jenis terapi yang

dapat mengubah dan menciptakan lingkungan dalam proses penyembuhan pasien. Penerapan terapi ini dapat digunakan pada individu atau kelompok dalam hal proses pencegahan, perawatan, serta membangun hubungan support system yang digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa pasien (APA, 2023)

5.2 Tujuan Milieu Therapy

Tujuan terapi lingkungan adalah menciptakan kreasi lingkungan pada aspek terapeutik pasien, termasuk hubungan antar tenaga kesehatan maupun sesama pasien lain, jadwal aktivitas sehari-hari dan kebutuhan diet pasien. Dalam proses penerapan terapi lingkungan pasien diharapkan untuk mempelajari dan mempersiapkan diri dalam menjalani hidup yang mandiri dan produktif (Smith Y,2016).

5.2.1 Manfaat terapi lingkungan antara lain :

1. Mempelajari mekanisme koping yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari
2. Mengembangkan keterampilan sosial dalam kehidupan
3. Meminimalkan konflik di antara pasien skizofrenia
4. Mengurangi pembatasan ruang gerak pasien
5. Petugas kesehatan dan pasien merasa lebih berdaya untuk menciptakan perubahan

Terapi lingkungan dapat diterapkan pada proses perawatan pasien pada kondisi, diantaranya :

1. Perawatan rawat inap pasien gangguan jiwa untuk remaja dan dewasa
2. Perawatan kecanduan
3. Perawatan lansia
4. Terapi individu dan kelompok
5. Tempat kerja

5.3 Karakteristik Milieu Therapy

Therapeutic Milieu terbentuk dengan didasarkan pada 7 asumsi Maria Frani (2020) dasar berikut:

1. Kesehatan individu merupakan suatu keadaan individu yang harus dipahami dan memiliki motivasi untuk mencapai kondisi kesehatan yang diinginkan.
2. Setiap aktivitas yang dilakukan individu merupakan proses penyembuhan pasien
3. Pasien menyadari potensinya dan berusaha membangun lingkungan yang dianggap baik untuk proses penyembuhan
4. Setiap pasien merupakan individu yang unik atau memiliki perilaku yang berbeda-beda.
5. Dukungan dan support yang diberikan pada pasien merupakan energi yang dapat membantu pasien dalam meningkatkan motivasi pasien dalam proses penyembuhannya.
6. Masalah perilaku pasien yang dianggap menyimpang tidak dapat dibiarkan, namun kondisi tersebut harus dihadapi pasien untuk dapat merubah perilaku pasien kearah yang lebih baik.
7. Salah satu penanganan pasien yang menggunakan pembatasan fisik atau emosional dan pemberian hukuman merupakan penangan yang harus diminimalkan dan hanya pada kondisi yang tidak dapat dikontrol lagi oleh petugas.

Setidaknya, terdapat 4 hal penting yang membentuk Therapeutic Milieu:



Sumber : (Maria Frani 2020)

4 hal penting yang membentuk Milieu Therapy sebagai berikut :

1. Pengaturan batasan pada pasien (*Limit Setting*)
Kondisi pasien yang mengalami masalah kesehatan jiwa memiliki perilaku dianggap dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain yang membuat tenaga kesehatan memiliki penanganan khusus dalam pemberian batasan pada pasien dalam aktivitas sehari-hari pada kondisi pasien yang tidak dapat dikontrol dan dianggap dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain.
2. Mempertahankan lingkungan yang aman (*Maintain the safe environment*)
Pasien-pasien dengan masalah Kesehatan jiwa, kebanyakan berada pada keadaan yang sangat tidak aman. Mereka bisa secara tidak sadar, dan reflek berusaha untuk melukai diri mereka sendiri dan mungkin melukai orang lain dengan menggunakan apapun yang mereka temukan di lingkungan sekitar mereka.

Tujuan utama pada terapeutik ini dilakukan adalah menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman untuk mendukung proses pemulihan pasien serta memastikan bahwa lingkungan pasien terbebas dari kondisi yang dianggap dapat membahayakan keselamatan pasien.

Selain lingkungan yang aman perawat harus memastikan pembatasan penggunaan alat atau benda tajam yang dianggap dapat digunakan pasien diantaranya : pisau, gunting, silet, alat cukur, dll. Penggunaan alat tersebut dapat digunakan namun harus dibawah pengawasan perawat

3. *The Trust Relationship* (Bina Hubungan Saling Percaya)

Konsep dasar yang digunakan perawat dalam memberikan layanan pada pasien dengan menerapkan Bina Hubungan Saling Percaya atau biasa juga disebut dengan BHSP. Membangun terapeutik pada pasien harus dimulai dengan “trust” atau percaya, agar membuat pasien dan perawat dapat membangun hubungan terapeutik yang baik dalam menunjang proses intervensi yang nantinya akan diberikan.

4. Membangun *Self-Esteem* (Membangun kepercayaan dan harga diri)

Proses penyembuhan pasien akan sangat bergantung pada kepercayaan dan harga diri pasien bahwa proses ini harus dilalui dan memberikan hasil kesembuhan pada pasien. Self-Esteem yang baik pada pasien akan memberikan energi positif yang dapat membantu pasien untuk menjalani proses perawatan yang nantinya akan diberikan oleh perawat melalui asuhan keperawatan jiwa.

Kondisi pasien gangguan jiwa harus juga dipahami oleh perawat bahwa peningkatan Self-Esteem pada pasien tidak bisa secara langsung (dalam waktu singkat) dan akan dipengaruhi oleh kondisi masing-masing individu, karena

pasien memiliki otonomi atau tanggung jawab penuh atas apa yang dia rasakan.

Perawat harus memiliki kemampuan dan memiliki strategi dalam meningkatkan Self-Esteem pasien serta tetap bersifat individu dan menerapkan prinsip keterbukaan perawat pada pasien terkait intervensi yang akan diberikan.

5.4 Peran dan fungsi perawat

Proses pemberian milieu therapy pada pasien yang diberikan oleh perawat akan sangat tergantung pada proses penerimaan pasien selama pemberian intervensi.

Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan dalam intervensi *milieu therapy* diantaranya :

1. Perawat, pasien dan tenaga kesehatan lainnya harus menjalankan prinsip kolaborasi untuk mewujudkan tujuan proses penyembuhan pasien yang telah disepakati dan ditetapkan bersama .
2. Keberhasilan terapi yang diberikan tidak akan maksimal jika hanya mengandalkan kemampuan perawat, namun harus bersama-sama dengan pasien.
3. Perawat harus mampu memberikan edukasi pada pasien yang bertujuan peningkatan pengetahuan pasien tentang masalah yang dialami dan dengan sadar akan mendorong pasien untuk menyelesaikan masalah tersebut dengan keinginan secara mandiri.
4. Sistem kolaborasi antara perawat, pasien dan tenaga kesehatan lainnya memiliki kedudukan yang sama dan memiliki perannya masing-masing dalam proses penyembuhan pasien.
5. Perawat harus mampu menerapkan komunikasi terbuka pada pasien. Pasien diberikan kebebasan dalam memberikan informasi tentang kondisi pasien yang

dianggap penting dan yang memang pasien ingin sampaikan. Pasien terbebas dari tekanan dalam bentuk apapun untuk mengekspresikan dirinya.

Berdasarkan beberapa penelitian Penerapan intervensi milieu therapy yang dilakukan oleh perawat memperlihatkan efektivitas pada pasien dengan masalah kesehatan jiwa, diantaranya :

Hasil penelitian Lestari,(2016) penerapan milieu therapy menunjukkan bahwa selama empat hari tindakan milieu therapy yang diterapkan kepada pasien, pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dan mengikuti kegiatan yang ada di ruangan. Semakin tidak teraturnya penerapan milieu therapy terhadap pasien perilaku kekerasan dapat berpengaruh pada kondisi pasien, orang lain, dan lingkungan, sehingga motivasi dan kesadaran diri kita juga dibutuhkan dalam membantu melakukan milieu therapy pada pasien perilaku kekerasan.

Hasil penelitian lain dari Arafah, (2017) menjelaskan keberhasilan proses penyembuhan kejiwaan manusia didalam peran serta rancangan lingkungan memberikan hasil yang dapat mempercepat proses pemulihan pasien kejiwaan. Untuk mendukung kondisi psikologis pasien perlu diciptakan suasana ruang menyenangkan, menyehatkan, aman dan nyaman. Secara psikologi lingkungan memberikan dukungan yang positif bagi proses penyembuhan, melalui elemen-elemen desain yang menerapkan konsep terapi lingkungan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychological Association(APA). 2023. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/milieu-therapy>
- Belsiyal CX, Rentala S, Das A. 2022. Use of Therapeutic Milieu Interventions in a Psychiatric Setting: A Systematic Review J Educ Health Promot. 2022 Jul 29;11:234. doi: 10.4103/jehp.jehp_1501_21. eCollection. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36177407/#full-view-affiliation-1>
- Dimas mabrur arafah. 2017. Perancangan interior rawat inap, rehab medik dan lobby dengan penerapan terapi lingkungan pada RSJD provinsi jambi. Program Studi Desain Interior Institut Seni Indonesia Yogyakarta <http://digilib.isi.ac.id/4082/6/JURNAL.pdf>
- Lestari, Nova Indah. 2016. *Penerapan Milieu Terapi Pada Klien Skizoprenia Hebefrenik Dengan Masalah Keperawatan Perilaku Kekerasan Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya*. UNUSA Repository <http://repository.unusa.ac.id/id/eprint/1441>
- Melinda Ratini, MS, DO . 2021. What Is Milieu Therapy. WebMD Editorial Contributors <https://www.webmd.com/mental-health/what-is-milieu-therapy>
- Maria Frani, Ayu Andari Dias. 2020. Therapeutic Milieu: Lingkungan Terapeutik atau Supportive Environment. Departemen Kesehatan dan Keperawatan Jiwa STIKES Suaka Insan Banjarmasin file:///C:/Users/t460%20s/Downloads/Therapeutic%20Millieu_Maria%20Dias.pdf
- Smith Y, Spitzmueller MC. 2016. Worker perspectives on contemporary milieu therapy: A cross-site ethnographic study. *Social Work Research*. 2016;40(2):105-116. doi:10.1093/swr/svw003

BAB 6

PENINGKATAN HARGA DIRI

Oleh Bri Novrika

6.1 Pengertian

Harga diri atau *self-esteem* adalah salah satu dari lima konsep diri yang harus ada pada diri manusia. Hal ini sangat erat kaitannya dengan bagaimana diri pribadi dapat menerima dirinya sendiri dengan semua kelebihan dan kekurangan yang dimilikinya. Baron dan Byrne mengatakan bahwa harga diri adalah hasil penilaian diri yang dilakukan oleh masing-masing individu berdasarkan hasil perbandingan yang kemudian diperlihatkan dalam sikap positif atau negatif terhadap dirinya sendiri (Yeni, 2021).

Abidin (2012), dalam (Utami, 2019), menyebutkan harga diri merupakan sesuatu yang penting dalam kehidupan dan berperan dalam menentukan tingkah laku seseorang meliputi penilaian, perasaan, pandangan individu terhadap dirinya atau hal-hal yang berkaitan dengan dirinya yang diekspresikan pada dimensi positif yaitu menghargai kelebihan diri serta menerima kekurangan yang ada dan dimensi negatif yaitu tidak puas dengan kondisi diri, tidak menghargai kelebihan diri, serta melihat diri sebagai sesuatu yang selalu kurang.

Hanna (2011), menyatakan bahwa harga diri merupakan hal yang paling mendasar dalam menciptakan kebahagiaan dalam kehidupan, dan semua orang akan berusaha untuk dapat melindungi dan menjaga agar kebahagiaan itu tidak hilang. Harga diri adalah sumber energi, antusiasme, vitalitas, dan optimisme yang menggerakkan

kepribadian kita, serta menjadikan kita sebagai pria atau wanita yang berprestasi tinggi (Tracy, 2009).

6.2 Proses Pembentukan Harga Diri

Harga diri individu ditentukan oleh beberapa faktor, yaitu :

1. Penerimaan atau penghinaan terhadap diri

Seberapa besar nilai dan berharganya diri kita menurut perasaan kita. Seberapa besar kita menyukai kelebihan kita ataupun kekurangan kita yang merupakan sebagai “penilai pribadi” terhadap diri sendiri (Tracy, 2009). Individu yang merasa dirinya berharga akan memiliki penilaian yang lebih baik atau positif terhadap dirinya dibandingkan dengan individu yang tidak mengalami hal tersebut. Individu yang memiliki harga diri yang baik akan mampu menghargai dirinya sendiri, menerima diri, tidak menganggap rendah dirinya, melainkan mengenali keterbatasan dirinya sendiri dan mempunyai harapan untuk maju dan memahami potensi yang dimilikinya. Sebaliknya individu dengan harga diri yang rendah umumnya akan menghindari dari persahabatan, cenderung menyendiri, tidak puas akan dirinya, walaupun sesungguhnya orang yang memiliki harga diri yang rendah memerlukan dukungan.

2. Kepemimpinan atau popularitas

Penilaian diri diperoleh individu pada saat ia harus berperilaku sesuai dengan tuntutan lingkungan sosialnya yaitu kemampuan individu untuk membedakan diri dengan orang lain atau lingkungannya. Perasaan “kesanggupan diri” dalam menjalani kehidupan dengan semua permasalahan yang ada. Ini adalah sisi harga diri yang melandaskan diri untuk membangun kepercayaan diri dan penghargaan diri secara nyata dan abadi

3. Keluarga terutama orangtua
Keluarga merupakan modal pertama dalam proses imitasi. Harga diri terbentuk erat kaitannya dengan keadaan keluarga, pola asuh orangtua yang utama ibunya, teman sebaya, dan lingkungan.
4. Keterbukaan – Kecemasan
Individu cenderung terbuka dalam menerima keyakinan, nilai-nilai, sikap, moral dari seseorang maupun lingkungan lainnya jika dirinya diterima dan dihargai. Sebaliknya seseorang akan mengalami kekecewaan bila ditolak oleh lingkungannya
5. Interaksi dan sosialisasi
Awal interaksi individu dengan ibu yang kemudian meluas pada figur lain yang akrab dengan individu. Ibu yang memiliki minat, afeksi, dan kehangatan akan menimbulkan harga diri yang positif, karena anak merasa dicintai dan diterima seluruh kepribadiannya
6. Sekolah
lingkungan sekolah adalah sumber penting kedua setelah keluarga. Harga diri yang tinggi umumnya dikaitkan dengan keberhasilan akademik. Jika individu memiliki persepsi yang baik mengenai sekolah, maka individu akan memiliki harga diri yang positif. Bila sekolah dianggap tidak memberi umpan balik yang positif bagi individu, harga diri akan rendah.
7. Kelainan kongenital
Kematangan dan hereditas, individu yang secara fisik tidak sempurna dapat menimbulkan perasaan negatif terhadap dirinya (Tracy (2009) dan Anindyajati and Karima(2014).

Kohn (1984), dalam Yeni (2021), mengatakan bahwa anak yang memiliki harga diri tinggi biasanya dibesarkan oleh orang tua yang memberikan kasih sayang dan perhatian yang

besar terhadap semua masalah yang terjadi pada anak-anaknya, memiliki hubungan yang hangat dan harmonis dengan semua anggota keluarga, memiliki *quality time* bersama keluarga, memberikan kepercayaan kepada anak pada setiap kegiatan dan keputusan yang diambil anaknya.

Seorang anak yang dibesarkan dengan limpahan cinta, kasih sayang, dan dorongan yang positif cenderung dapat mengembangkan kepribadian yang positif dan menyenangkan. Anak yang dibesarkan dengan kritik dan hukuman cenderung tumbuh dan berkembang dengan rasa takut, curiga, tidak percaya diri, dan berpotensi menimbulkan masalah kepribadian di kemudian hari. Orang dewasa dengan harga diri rendah dan sikap mental negatif, mungkin disebabkan disaat masa anak-anak tidak mendapat kasih sayang, cinta, dan rasa aman

Membina hubungan sosial yang sangat baik penting dilakukan agar dapat terus menjaga harga diri dan kepercayaan diri. Hubungan yang efektif dengan orang lain membuat kita merasa lebih mampu dan berharga, sehingga meningkatkan kemampuan diri dan produktifitas saat kita berada di wilayah lingkungan lainnya (Tracy, 2009).

6.3 Cara Meningkatkan Harga Diri Anak

1. Beri kesempatan anak untuk berhasil dan sukses

Anak merupakan harapan dan kebanggaan orang tua. Setiap orang tua pasti menginginkan anaknya meraih kesuksesan. Pandangan orang tua tentang kesuksesan anak berbeda-beda, hal tersebut dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan pengalaman dari orang tua.

Manusia mempunyai potensi yang merupakan modal dasar untuk mencapai tujuan dalam hidupnya. Potensi yang dimiliki manusia sejak lahir tersebut belum siap untuk dipakai karena perlu digali dan dikembangkan melalui

proses pendidikan. Pendidikan yang dimaksud adalah pendidikan jasmanai dan pendidikan rohani serta dapat menumbuhkan rasa cinta dan kasih sayang dalam jiwa mereka sendiri, mewujudkan keluarga yang damai orang tua dapat melahirkan anak yang memiliki masa depan cerah sehingga dapat sukses sesuai bidang yang mereka inginkan (Descia and Ruhayat, 2020).

Prestasi belajar anak merupakan pencapaian yang didapat setelah melewati beberapa proses belajar. Hasil belajar membutuhkan kerjasama antara guru, anak itu sendiri, fasilitas dan kelengkapan belajar serta yang tidak kalah pentingnya adalah faktor keluarga terutama orang tua yang sangat berperan dalam terlaksananya target belajar, meningkatkan kualitas pengetahuan, dan pengembangan sikap anak. Disinilah peran orang tua sebagai pembimbing, motivasi, dan juga sebagai fasilitator demi keberhasilan anaknya (Widia Ningsih and Dafit, 2021).

2. Beri pengakuan dan pujian

Catherine Yusuf, M.Psi., Psi., menyebutkan sebaiknya tidak memberi pujian secara berlebihan kepada anak. Akan lebih baik jika Anda menilai proses kerja anak, seperti memuji disaat anak tekun belajar, telah berlatih dengan sungguh-sungguh ataupun saat anak dapat menyelesaikan masalah yang sulit. Tujuan dari proses ini adalah agar anak selalu terpacu untuk berusaha keras dan menanamkan *growth mindset* dibandingkan *fixed mindset*.

Kondisi ini akan membuat anak menghargai usaha, bukan hanya menengok hasil akhir. Ketika anak menunjukkan talenta atau bakat yang baik, sediakanlah peluang bagi mereka untuk mengembangkan hal tersebut dengan optimal. Dukungan Anda terhadap anak merupakan salah satu hal yang penting dalam kunci kesuksesan yang akan dicapai oleh seorang anak.

3. Jangan memberi tugas yang tidak dapat diselesaikan anak
4. Tanamkan ide-ide yang dapat memotivasi kreativitas anak untuk berkembang

Kreativitas anak sangat penting untuk dikembangkan sejak dini, karena semakin tinggi kreativitas yang dimiliki maka semakin tinggi pula prestasi akademik yang akan dicapai. Kreativitas anak akan terlihat sejak dini, terutama ketika anak bermain, dimana ia dapat menciptakan berbagai bentuk karya, lukisan, khayalan spontanitas dengan alat mainnya. Ketika anak merasa nyaman, aman, dan bebas mengeksplor lingkungannya, maka disinilah akan tumbuh dan berkembangnya kreativitas anak (Fakhriyani, 2016).

Pengembangan kreativitas anak juga tidak terlepas dari dorongan orangtua, guru, dan lingkungan sekitarnya. Upaya membantu perkembangan serta pengembangan kreativitas anak, diantaranya sebagai berikut :

- a. Berusaha memahami pikiran dan perasaan anak
 - b. Menciptakan rasa aman agar dapat mengekspresikan kreativitasnya
 - c. Berusaha mendorong serta menghargai ide-ide yang dimiliki anak
 - d. Orang tua hendaknya lebih menekan pada proses daripada hasil
 - e. Tidak memaksakan pendapat, pandangan, atau nilai-nilai tertentu kepada anak.
 - f. Berusaha mengeksplorasi segi positif yang dimiliki anak dan bukan sebaliknya mencari-cari kelemahan anak
 - g. Menyediakan lingkungan yang mengizinkan anak untuk menjelajah dan bermain tanpa pengekanan
5. Dukung dan bantu anak mewujudkan cita-citanya
- Menurut Hurlock dalam (Masyitah, 2015), menyebutkan orang dewasa yang berhasil adalah berasal dari orang tua

- yang memiliki sikap yang positif, hubungan yang harmonis dalam keluarga, sehingga menghasilkan harganak yang bahagia, ramah, sopan mampu bekerjasama dalam kelompok. Anak akan tumbuh dengan keseimbangan dalam perkembangan fisik dan psikisnya, sehingga anak akan mudah untuk mengenali dirinya sendiri, tumbuh dengan pribadi yang memiliki harga diri yang positif, yang akan menghantarkan anak untuk bisa memperoleh prestasi belajar yang baik dan menggapai cita-cita yang diinginkannya.
6. Jawab semua pertanyaan anak dengan penjelasan yang sesuai dengan tahap perkembangan anak (Drs. Sunaryo, 2013).

6.4 Derajat Harga Diri

Coopersmith (1981) membagi harga diri menjadi 3 (tiga) derajat, yaitu :

1. Harga Diri Tinggi
Seseorang yang harga dirinya tinggi memiliki karakteristik aktif berprestasi dalam bidang sosial maupun akademik, terbuka dalam mengungkapkan pendapat, tidak terpaku pada kritik dan masalah, merasa diri berharga, penting dan dihormati, mampu mempengaruhi orang lain, menyukai tantangan dan optimis dalam menghadapi tantangan. Individu mempercayai persepsi diri sendiri sehingga tidak terpaku pada kesukaran-kesukarannya. Dalam suatu diskusi mereka lebih aktif dalam mengekspresikan pendapat-pendapatnya.
Ada dua bentuk harga diri tinggi, yang pertama gaya defensif dengan melindungi diri dari kegagalan dan kegagalan yang menghadang diperkecil maknanya, sedangkan yang kedua adalah di pihak lain adalah harga diri dalam arti kata yang sesungguhnya lebih mampu

menerima bila ada terjadi kegagalan dan akan berusaha lebih banyak untuk memperbaiki kegagalannya daripada tetap terpaku dengan kegagalan tersebut.

2. Harga Diri Sedang

Harga diri sedang mempunyai karakteristik yang hampir sama dengan harga diri tinggi tetapi dalam tingkatan yang lebih rendah. individu cenderung optimis, ekspresif, dan mampu untuk menangani kritik. Individu lebih banyak menggantungkan diri pada penerimaan sosial untuk menghilangkan keraguan yang mereka rasakan.

3. Harga Diri Rendah

Harga diri rendah, memiliki kepercayaan diri yang rendah. Penghargaan diri yang buruk ini membuat mereka tidak mampu untuk mengekspresikan diri dalam lingkungan sosialnya. Individu merasa tidak puas dengan kemampuan dirinya sehingga ketidakpastian dan ketidakberdayaan ini menumbuhkan rasa tidak aman terhadap lingkungan sosialnya. Individu cenderung pesimis, merasa tidak mampu menghadapi sesuatu yang menuntut kemampuannya sehingga individu cenderung dependen, pasif dan bersikap conform terhadap pengaruh lingkungan. Individu cenderung sensitif terhadap kritikan, tidak berdaya mengungkapkan sesuatu dan tidak mampu mengatasi masalah yang terjadi (Anindyajati and Karima, 2014).

6.5 Harga Diri Rendah

Individu akan merasa sukses, berhasil, dan hidupnya bermakna bila diterima dan diakui orang lain. Namun sebaliknya bila individu kehilangan kasih sayang atau cinta dari orang yang disayanginya, kehilangan penghargaan dan pengakuan dari orang lain, memiliki hubungan sosial

yang buruk, maka harga diri individu tersebut bisa turun dan menjadi rendah.

Ada beberapa faktor yang menyebabkan harga diri rendah yaitu:

1. Penolakan orang tua yang tidak realistis
2. Kegagalan yang terjadi berulang kali
3. Kurang mempunyai tanggung jawab personal
4. Ketergantungan pada orang lain
5. Ideal diri yang tidak realistis
6. Kehilangan sebagian anggota tubuh
7. Berubahnya penampilan atau bentuk tubuh
8. Menurunnya produktivitas (Utami, 2019).

6.6 Cara Mengontrol Harga Diri Rendah

1. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien,
2. Membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan
3. Membantu pasien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih
4. Melatih kemampuan yang sudah dipilih
5. Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian
6. Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien (Utami, 2019).

Hasil penelitian Supriyono (2016), bahwa dalam 6 kali pertemuan klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat melaksanakan perawatan diri dengan bantuan perawat, dan klien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri.

Latihan kemampuan positif pada klien sangat bervariasi. Latihan kemampuan positif dilakukan berdasarkan kemauan dan kemampuan yang dimiliki klien. Kegiatan tersebut dapat berupa aktivitas merias diri, terapi menjahit, aktivitas mencuci baju ataupun mencuci piring, kegiatan menggambar dan kegiatan lainnya. Secara signifikan menunjukkan semua latihan kemampuan positif dapat meningkatkan dan mempertahankan kemampuan yang masih dimiliki klien (Atmojo dan Purbaningrum, 2021).

6.7 Dampak Harga Diri Rendah

Apabila masalah harga diri rendah tidak ditangani segera, klien akan selalu tidak percaya diri dan selalu mempunyai pikiran negatif baik pada diri sendiri maupun orang lain akibatnya klien akan cenderung menyendiri dan mengisolasi diri dari lingkungan, aktifitas yang menurun dan sebagainya. Jika isolasi sosial sudah mendominasi kehidupan klien, maka aktifitas klien hanya duduk sendiri, melamun sehingga jika dibiarkan dalam kurun waktu yang panjang maka isolasi sosial dapat berkelanjutan menjadi gangguan sensorik persepsi: halusinasi (Dalami, 2014).

6.8 Terapi Pada Klien Harga Diri Rendah

Terapi yang diberikan pada klien dengan harga diri rendah kronis yaitu pelaksanaan terapi generalis dan spesialis. Terapi generalisnya adalah melatih kemampuan positif yang dimiliki klien, seperti melukis, membersihkan rumah, membuat prakarya, dan lain-lain. Terapi spesialis yang dapat diberikan pada klien ada yaitu terapi individu, terapi keluarga, dan terapi kelompok (Widianti, Keliat and Wardhani, 2017).

Viedebeck (2008) dalam Widianti, Keliat and Wardhani (2017), menyebutkan terapi spesialis individu ada 2, yaitu

Cognitive Behavior Therapy (CBT) atau terapi perilaku kognitif dan *Logotherapy*. CBT adalah suatu psikoterapi yang berdasarkan pada teori bagaimana individu memelihara struktur dirinya atau pengalaman yang sebagian besar menentukan bagaimana individu merasakan dan berperilaku. *Logotherapy* merupakan terapi yang berfokus pada penemuan makna hidup sehingga individu mempunyai kekuatan yang positif untuk bertahan hidup.

DAFTAR PUSTAKA

- Anindyajati, M. and Karima, C.M. 2014. 'Peran Harga Diri Terhadap Asertivitas Remaja Penyalahguna Narkoba (Penelitian Pada Remaja Penyalahguna Narkoba di Tempat-Tempat Rehabilitasi Penyalahguna Narkoba)', *Jurnal Psikologi*, 2(1), pp. 49–73.
- Atmojo dan Purbaningrum. 2021. 'Literature Review : Penerapan Latihan Kemampuan Positif Terhadap Peningkatan Harga Diri Rendah Pada Klien Yang Mengalami Skizofrenia', 2(February), p. 6.
- Catherine Yusuf, M.Psi., Psi., C. 2022. '10 Cara Mendidik Anak dengan Baik Agar Sukses dari Rumah'. Nutriclub. Available at: <https://www.nutriclub.co.id/artikel/pola-asuh-anak/3-tahun-atas/tips-mendidik-anak-agar-sukses-dimulai-dari-rumah>.
- Dalami, E. dkk. 2014. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: Trans Info Media.
- Descia, B. and Ruhayat, P. 2020. 'DARI KELUARGA BERCERAI (Studi Kasus Di RW 18 Kelurahan Aren Jaya Bekasi Timur) DARI KELUARGA BERCERAI (Studi Kasus Di RW 18 Kelurahan Aren Jaya Bekasi Timur) Skripsi'.
- Drs. Sunaryo, M.K. 2013. *Psikologi Untuk Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: EGC. Available at: 979-448-662-0.
- Fakhriyani, D.V. 2016. 'PENGEMBANGAN KREATIVITAS ANAK USIA DINI', *Jurnal Pemikiran Penelitian Pendidikan dan Sains Wacana Didaktika*, 4(2), pp. 193–200. Available at: [file:///D:/BRI/SEMESTER GENAP/BUKU JIWA HDR/SUMBER BUKU JIWA HDR/fahriyani 2016.pdf](file:///D:/BRI/SEMESTER%20GENAP/BUKU%20JIWA%20HDR/SUMBER%20BUKU%20JIWA%20HDR/fahriyani%202016.pdf).
- Masyitah, A. 2015. 'PERAN ORANG TUA DALAM MEMBINA ANAK MENUJU KESUKSESAN (Studi Kasus Keluarga Di Dusun Pejarakan Selatan Kecamatan Jabon Siduoarjo)', p. 120.

- Supriyono, R.A. 2016. *Akuntansi Keperilakuan*. Pertama. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Tracy, B. 2009. *Maximu Achievement Kumpulan Rahasia Kesuksesan Yang Tak Lekanang Zam*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Utami, D.A.C. 2019. 'Upaya Aktivitas Merias Diri Untuk Meningkatkan Harga Diri Pada Pasien Harga Diri Rendah', *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 13(April), pp. 15–38.
- Widia Ningsih, P. and Dafit, F. 2021. 'Peran Orang Tua Terhadap Keberhasilan Belajar Siswa Kelas V Sekolah Dasar', *MIMBAR PGSD Undiksha*, 9(3), pp. 508–514. Available at: <https://doi.org/10.23887/jjpgsd.v9i3.41379>.
- Widianti, E., Keliat, B.A. and Wardhani, I.Y. 2017. 'Aplikasi Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Harga Diri Rendah Kronis Di Rsmm Jawa Barat', *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 3(1), p. 83. Available at: <https://doi.org/10.17509/jpki.v3i1.7489>.
- Yeni, M. 2021. *Jangan Ajari Aku Harga Diri Yang Rendah*. Yogyakarta: Anak Hebat Indonesia.

BAB 7

MANEJEMEN MARAH DAN AGRESIF

Oleh Siswoko

7.1 Pendahuluan

Marah merupakan sesuatu yang normal dialami individu dan juga merupakan suatu perasaan yang sehat. Namun demikian merupakan suatu hal yang penting untuk membedakan antara marah, agresi/kekerasan yang sering dianggap sama. Marah adalah merupakan potensi perilaku seseorang yakni rasa emosi yang dirasakan dalam diri seseorang, sedangkan agresi atau perilaku kekerasan merupakan perilaku yang muncul akibat perasaan emosi tertentu, khususnya marah. Marah tidak selalu berakhir dengan agresi atau kekerasan. Perasaan marah yang dikelola dengan baik akan menimbulkan perilaku yang dapat diterima secara sosial, sebagai perilaku yang asertif, namun apabila perasaan marah tidak mampu dikelola dengan baik akan berakibat munculnya suatu perilaku agresi atau kekerasan.

Perilaku agresi atau kekerasan terjadi dikarenakan ketidakmampuan individu dalam melakukan mekanisme koping yang sesuai terhadap masalah/stress, ketidakpahaman individu terhadap situasi sosial, ketidakmampuan untuk mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu untuk mengontrol dorongan untuk melakukan kekerasan. Kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang dilakukan oleh individu dengan tujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, untuk melukai orang lain dilingkungan sekitarnya.

Dalam memaksimalkan penanganan kasus marah dan agresi dapat dilakukan dengan manajemen keperawatan yang tepat dilakukan oleh perawat dengan tujuan perasaan marah dan agresi klien dapat terkontrol, resiko cedera klien dan lingkungan sekitarnya tidak terjadi.

7.2 Manajemen Marah dan Agresif

Dalam pengelolaan individu dengan marah dan agresi diperlukan pemberian asuhan keperawatan yang tepat dimulai dari lengkapnya hasil data dalam pengkajian, penetapan diagnosis, menentukan perencanaan keperawatan, pelaksanaan implementasi dengan identifikasi mekanisme koping dan kemampuan positif klien, dan membuat evaluasi keperawatan sesuai kriteria yang ditetapkan.

7.2.1 Pengertian

Menurut (Stuart dan Sundeen.1995) Kekerasan (*violence*) adalah bentuk perilaku agresi (*Aggressive behavior*) yang menyebabkan penderitaan bagi dirinya sendiri maupun orang lain, termasuk semua benda yang ada disekitarnya. Ada perbedaan antara agresi sebagai suatu pikiran dan agresi sebagai suatu bentuk perilaku. Agresi adalah suatu respons terhadap kemarahan, kekecewaan, perasaan dendam, perasaan dendam atau ancaman yang memancing amarah yang dapat membangkitkan perilaku kekerasan sebagai salah satu cara untuk melawan yang berupa serangan, merusak bahkan bisa sampai membunuh.. Agresi tidak selalu diekspresikan berupa tindak kekerasan menyerang orang lain (*assault*), agresivitas terhadap dirinya sendiri (*self aggression*) serta penyalahgunaan narkotika (*drug abuse*) bahkan bisa kearah bunuh diri untuk menghilangkan permasalahan.

Perilaku kekerasan/agresi adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain disekitarnya,

biasanya disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol. Perilaku kekerasan merupakan respons terhadap stress oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku yang aktual melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan secara verbal maupun non verbal yang dapat melukai diri sendiri maupun orang lain baik fisik maupun psikologis, yang timbul karena perasaan jengkel/marah/kecewa/tidak puas/ kesal (Abdul Muhith, 2015)

Kemarahan menurut (Keliat,1996) adalah perasaan jengkel yang timbul sebagai respons adanya kecemasan yang individu anggap sebagai ancaman. Bentuk ekspresi marah yang timbul secara mendadak karena suatu sebab adalah sesuatu yang wajar, namun karena suatu kondisi kultural tertentu rasa marah itu tabu untuk diekspresikan, Sedangkan menurut Depkes RI, Marah adalah pengalaman emosional yang kuat dari individu dimana tujuan yang hendak dicapai mengalami hambatan, kemarahan yang ditekan atau dibuat pura-pura akan mempersulit dirinya sendiri. Cara pengungkapan marah yang konstruktif sehingga membuat perasaan individu menjadi lega. Perilaku agresi merupakan bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis.

Perilaku agresi dapat dilakukan secara verbal dan fisik sedangkan kemarahan lebih merujuk pada pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah. Dengan kata lain kemarahan adalah perasaan jengkel yang muncul sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan individu sebagai ancaman.

Teori perilaku agresi/perspektif teoritis agresi menurut (Keliat 1996) di dalam Buku Keperawatan Jiwa (Abdul Muhith, 2015) :

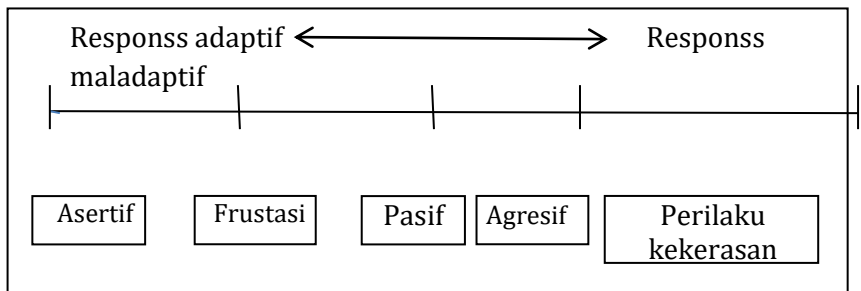
1. *Instinct theory*: teori ini mengansumsikan bahwa perilaku agresi merupakan suatu insting naluriah setiap manusia.
2. *Drive theory* : bahwa dorongan agresivitas manusia dipicu oleh faktor eksternal untuk survive mempertahankan dirinya
3. *Social learning theory* : perilaku agresi merupakan hasil pembelajaran seseorang sejak masa usia anak-anak yang kemudian menjadi pola perilaku (learned behavior).

Jenis agresi dapat dibedakan menjadi 3 kategori :

1. *Irritable aggression* : merupakan perilaku kekerasan akibat adanya perasaan marah.
2. *Instrumental aggression* : merupakan perilaku kekerasan yang dipakai sebagai sarana untuk mencapai tujuan tertentu, misalnya untuk mencapai tujuan politik.
3. *Mass aggression* : Perilaku agresi yang dilakukan oleh massa sebagai akibat kehilangan individualitas diri masing-masing individu.

7.2.2 Rentang Respons

Perasaan marah adalah sesuatu yang wajar dialami individu, tetapi perilaku yang ditunjukkan adanya perasaan marah dapat difluksuasi dalam rentang respons kemarahan, yang dimulai dari yang paling adaptif sampai maladaptif, dari yang adaptif adalah asertif dan yang paling maladaptif adalah amuk/kekerasan (Stuart,G.W,Sundeen, 1998)



Gambar 7.1. Rentang Responss Neurobiologis
(Sumber: Stuart & Sundden. 2008)

Keterangan

1. Asertif : Individu dapat mengungkapkan rasa marah tanpa melukai orang lain. Karakter asertif individu masih mempunyai moto dan kepercayaan, individu yakin bahwa diri sendiri berharga begitu juga dengan orang lain. Pada rentang asertif pola komunikasi individu masih efektif, menjadi pendengar yang baik dan masih mempunyai harapan. Individu tidak menghakimi, percaya pada diri sendiri maupun orang lain, masih ada sifat keterbukaan
2. Frustasi : Individu gagal mencapai tujuan dan tidak dapat menemukan alternatif
3. Pasif : Individu tidak dapat mengungkapkan perasaannya
4. Agresif : Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol
5. Perilaku kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol.

7.2.3 Etiologi

Menurut Etiologi dalam manajemen marah dan agresif dibedakan menjadi faktor predisposisi dan presipitasi (Stuart,GW,Sundeen, 1998)

6. Faktor Predisposisi

a. Faktor psikologis

Psikoanalitical theory : teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari *instructual drive*. Freud berpendapat bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua insting, yaitu yang pertama insting hidup yang diekspresikan dengan seksualitas dan kedua insting kematian yang diekspresikan dengan agresivitas.

b. Faktor sosial budaya

Teori ini menyampaikan bahwa agresi tidak berbeda dengan respons-respons yang lain, agresi dapat dipelajari melalui observasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi, jadi seseorang akan berespons terhadap kebangkitan emosionalnya

c. Faktor biologis

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa dasar biologis mempunyai peran dalam dorongan agresif. Penelitian neurobiologi mendapatkan bahwa pemberian stimulus elektrik ringan pada hipotalamus binatang ternyata menimbulkan perilaku agresif.

d. Faktor perilaku

Reinfoercement yang diterima pada saat individu melakukan kekerasan dan seringkali individu mengobservasi kekerasan didalam rumah maupun diluar rumah, semua aspek hasil observasi ini akan menstimulasi individu untuk mengadopsinya.

7. Faktor Presipitasi

Faktor pencetus individu berespons melakukan perilaku kekerasan dapat bersumber dari diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitarnya. Kondisi klien seperti kelemahan fisik, ketidakberdayaan, kecacatan, putus asa,

rasa percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab timbulnya perilaku kekerasan.

7.2.4 Tanda dan Gejala Marah/agresi

Kemarahan seseorang dapat dinyatakan dalam berbagai bentuk, ada yang sampai menimbulkan pengrusakan, tetapi ada pula yang hanya dengan diam. Tanda dan gejala atau perubahan yang mungkin muncul pada klien dengan marah/agresi :

1. Perubahan fisiologis : peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut nadi dan pernafasan, pupil dilatasi, tonus otot meningkat, rasa mual, frekuensi buang air besar meningkat, reflek tendon meningkat.
2. Perubahan emosional : klien mudah tersinggung, tidak sabar, frustrasi, ekspresi wajah tegang, nada suara keras dan kasar.
3. Perubahan perilaku : agresif, panik, menarik diri, rasa bermusuhan, sinis, selalu curiga(W.F.Maramis, 2005).

7.2.5 Manajemen klien dengan marah/agresi

Pengelolaan klien dengan marah dan agresi bisa dilakukan dengan beberapa pengelolaan :

1. Deteksi awal potensi agresi
Menurut (Keliat 1996) Cara melakukan deteksi potensi agresi adalah dengan dijabarkan POSTAL yaitu *Profile+Observable Warning Sign+Shotgun+Trigering Event+Always Lethal*(Abdul Muhith, 2015)

- a. *P = Profile* :

Profile seseorang yang potensial melakukan agresi, data yang perlu diobservasi : riwayat perilaku kekerasan sebelumnya, perilaku menarik diri, pemalu, pendiam, merasa tidak peduli pada dirinya, ada riwayat

penyalahgunaan narkotika/alkoholik, frustrasi dalam pekerjaan, hubungan relasi buruk dengan orang lain.

b. O = *Observable Warning Signs*

Tanda-tanda yang bisa diobservasi dari individu : biasa menyelesaikan masalah dengan cara kekerasan/permusuhan, sering menunjukkan perilaku yang aneh, sering mengalami stress, depresi tanpa tindakan medis, hipersensitif, ada kecenderungan bunuh diri

c. S = *Shotgun*

Memiliki senjata api (shotgun)

d. T = *Triggering Event*

Peristiwa pencetus : mengalami pemutusan hubungan kerja, kegagalan usaha, mengalami tindakan indisipliner dari atasan, mengalami masalah krisis personal

Beberapa kiat menurut (keliat 1996) yang bisa dilakukan bagi perawat dalam melakukan pendekatan pada klien yang potensial agresi (Abdul Muhith, 2015):

- a. Memahami pola pikiran (*the mindset*) seseorang hostilitas dan potensi melakukan tindakan kekerasan
- b. Bersikap empati
- c. Menghindari sikap konfrontatif mengancam
- d. Memberikan alternatif pemecahan masalah
- e. Mengarahkan pada win-win resolusi

2. Pemilihan mekanisme koping yang tepat

Mekanisme koping merupakan upaya yang dapat digunakan dalam penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri(Rasmun,SKp, 2004).

Beberapa mekanisme koping yang dipakai klien saat marah untuk melindungi diri, antara lain :

a. Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti artinya mengalami suatu dorongan, penyalurannya kearah lain, misalnya seseorang yang sedang marah dengan melampiaskan kemarahannya pada suatu objek yang lain seperti memukul bantal, meremas adonan kue, meninju guling dan lain sebagainya dengan tujuan mengurangi ketegangan yang diakibatkan rasa marah.

b. Proyeksi

Menyalahkan orang lain terkait keinginannya yang tidak baik, misalnya seorang karyawan menyangkal bahwa dirinya tertarik pada lawan jenis teman sekantornya, dengan berbalik menuduh bahwa teman wanitanya tersebut yang mencoba merayunya.

c. Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau yang membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat membenci kedua orang tuanya, akan tetapi menurut ajaran keyakinan yang ia terima sejak kecil membenci kedua orang tua merupakan perilaku yang tidak baik dan dikutuk Tuhan sehingga perasaan benci ditekan dan akhirnya bisa melupakan kebencian pada kedua orang tuanya

d. Reaksi formasi

Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seseorang yang tertarik pada teman istrinya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.

e. *Displacement*

Melepaskan perasaan yang tertekan, melampiaskan pada suatu objek yang tidak berbahaya. Misalnya seorang anak yang dimarahi ibunya karena corat-coret dinding saat bermain, anak tersebut mulai bermain dengan objek yang lain semisal perang-perangan.

3. Intervensi keperawatan yang tepat (Towsend, 1998)

a. Tujuan : Klien dapat membina hubungan saling percaya
Intervensi :

- Bina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam saat kontak pertama, menunjukkan sikap empati, sebutkan nama perawat dan jelaskan tujuan perawat berinteraksi
- Panggil klien dengan nama panggilan yang klien sukai
- Bicara dengan tenang, rileks, tidak menantang/bermusuhan
- Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat
- Berikan rasa aman dan empati
- Lakukan kontrak singkat tapi sering

b. Tujuan : Klien dapat mengidentifikasi penyebab marah/agresi

Intervensi

- Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya
- Bantu klien mengungkapkan perasaan jengkel/kesalnya
- Menjadi pendengar yang setia, empati, rileks saat klien mengungkapkan rasa marahnya

c. Tujuan : Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda agresi/perilaku kekerasan

Intervensi

- Anjurkan klien mengungkapkan rasa jengkel yang dialami
 - Observasi tanda agresi
 - Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel yang dialami klien
- d. Tujuan : Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dialami
- Intervensi
- Anjurkan klie mengungkapkan perilaku kekerasan yang dialami
 - Bantu bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang dilakukan
 - Tanyakan apakah dengan cara yang sudah dilakukan bisa mengatasi masalahnya
- e. Tujuan : Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasannya
- Intervensi
- Bicarakan akibat kerugian dari cara yang dilakukan
 - Bersama dengan klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan
 - Tanyakan pada klien apakah akan mencoba dengan cara yang baru
- f. Tujuan : Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam berespons terhadap kemarahan
- Intervensi
- Tanyakan pada klien apakah klien menginginkan cara yang baru
 - Berikan pujian apabila klien mengetahui cara yang sehat
 - Diskusikan dengan klien cara lain yang sehat

- g. Tujuan : Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan/agresi saat marah muncul

Intervensi

- Bantu memilih cara yang paling tepat
- Bantu mengidentifikasi manfaat cara yang telah dipilih
- Bantu menstimulasikan cara yang telah dipilih
- Berikan reinforcement positif tentang cara yang telah dipilih
- Anjurkan menggunakan cara yang telah dipilih
- Susun jadwal melakukan cara yang telah dipilih

- h. Tujuan : Klien dapat menggunakan obat dengan benar

Intervensi

- Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum
- Diskusikan manfaat minum obat
- Jelaskan prinsip 5 benar minum obat
- Anjurkan untuk membicarakan efek samping obat
- Anjurkan melaporkan apabila ada efek yang tidak baik saat minum obat
- Beri pujian bila klien minum obat secara benar

- i. Tujuan : Klien mendapat dukungan dari keluarga saat marah atau agresi itu muncul

Intervensi

- Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien
- Jelaskan peran serta keluarga
- Jelaskan pada keluarga cara merawat klien
- Bantu klien mendemonstrasikan
- Ajari keluarga cara merawat klien
- Bantu keluarga mengungkapkan perasaan setelah melakukan demonstrasi.

- j. Tujuan: Klien mendapat perlindungan dari lingkungan untuk mengontrol rasa marah/agresinya
- Intervensi
- Bicara tenang, gerakan tidak terburu-buru, nada rendah tunjukkan rasa peduli
 - Lindungi agar klien tidak mencederai orang lain
 - Jika tidak teratasi, lakukan pengekangan

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Muhith. 2015. *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. 1st edn. Yogyakarta: Andi Offset.
- Rasmun,SKp, M. K. 2004. *Stress, Koping Dan Adaptasi*. 1st edn. Edited by M. K. Rasmun, SKp. Jakarta: Sagung Seto.
- Stuart,G.W,Sundeen, S. . 1998. *Keperawatan Jiwa,Buku Saku*. Jakarta: EGC.
- Stuart,GW,Sundeen, S. . 1998. *Keperawatan Jiwa,Buku Saku*. Jakarta: EGC.
- Towsend, M. . 1998. *Diagnosis Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri Pedoman Pembuatan Rincian Perawatan*. Jakarta: EGC.
- W.F.Maramis. 2005. *Ilmu Kedokteran Jiwa*. 1st edn. Edited by Perpustakaan Nasional. Surabaya: Airlangga Univercity Press.

BAB 8

PENCEGAHAN BUNUH DIRI

Oleh Aulia Rahman

8.1 Pendahuluan

Bunuh diri tetap menjadi masalah utama kesehatan masyarakat dan global. Jumlah kasus bunuh diri di dunia mendekati 800.000 kematian per tahun, atau 1 kematian setiap 40 detik. Bunuh diri adalah masalah kesehatan global dan tetap menjadi penyebab kematian nomor dua pada kelompok usia 15-29 di seluruh dunia (Rosemary et al.). Pada tahun 2016, 78% dari semua kasus bunuh diri terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah (Sianturi & Zulaeha, 2022)

Menurut Rencana Aksi Kesehatan Mental WHO 2013-2020, negara-negara di seluruh dunia telah berkomitmen untuk mengurangi jumlah bunuh diri sebesar 10 persen pada tahun 2020. Selain itu, jumlah kematian akibat bunuh diri merupakan indikator target 3.4 dari Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs). Pada tahun 2030, jumlah kasus bunuh diri bisa berkurang sepertiganya.

Di Indonesia, angka kematian akibat bunuh diri antara tahun 2014 dan 2019 = 2,4/100.000 penduduk. (Bank Dunia), 2020, bunuh diri = 3,4 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2020, di Yogyakarta terdapat 29 kasus bunuh diri, dan bunuh diri dengan cara digantung meningkat menjadi 37 dan dengan meminum racun menjadi satu kasus, sehingga pada tahun 2021 total menjadi 38 kasus (Humas Polres Gunungkidul, Iptu Suryanto, 2021).

Pada 2015, 800.000 orang meninggal karena bunuh diri setiap tahun. Di Amerika Serikat, bunuh diri remaja adalah penyebab kematian kedua pada tahun 2013. Penelitian Korea

menunjukkan peningkatan pikiran untuk bunuh diri dan upaya bunuh diri. Frekuensi ide bunuh diri dan bunuh diri masing-masing adalah 24,8% dan 6,2%, lebih tinggi dari penelitian sebelumnya masing-masing sebesar 15,6% dan 3,2%. Sedangkan menurut laporan kepolisian Indonesia, terdapat 981 dan 921 kasus bunuh diri pada tahun 2012 dan 2013. Menurut laporan Komisi Nasional Perlindungan Anak Indonesia, pada pertengahan tahun 2012 terjadi 20 kasus bunuh diri, dengan yang termuda berusia 13 tahun. (Aulia et al., 2020)

8.2 Pengertian Bunuh Diri

The American Psychiatric Association mendefinisikan perilaku bunuh diri sebagai bentuk bunuh diri seseorang dan paling sering disebabkan oleh depresi dan penyakit mental lainnya (idham, 2019).

Bunuh diri adalah tindakan yang dilakukan seseorang secara sadar untuk menjalani hidupnya (Keliat, akemat., *et al.*, 2011)

Bunuh diri adalah usaha sadar untuk mengakhiri hidup dengan sengaja mencoba mati (Muhith, 2015). Pendapat Farhangdoost (2010) adalah ekspresi praktis seseorang yang sekarat secara sadar dan sengaja.

Bunuh diri (sering disingkat Bundir) adalah tindakan terencana untuk menyebabkan kematian seseorang. Bunuh diri seringkali dilakukan karena putus asa, yang seringkali disebabkan oleh gangguan mental seperti depresi, gangguan bipolar, skizofrenia, kecanduan alkohol atau kecanduan narkoba.

8.3 Pengelompokan Bunuh diri

Berdasarkan seberapa besar kemungkinan seseorang melakukan percobaan bunuh diri, ada empat tingkatan perilaku bunuh diri, antara lain:

1. Pikiran untuk bunuh diri
Pikiran bunuh diri adalah pikiran atau rencana untuk terlibat dalam perilaku yang mengakhiri hidup (Scott *et al.*, 2015).
2. Ancaman bunuh diri
Ungkapan langsung niat bunuh diri, tapi tanpa berbuat apa-apa. Ancaman bunuh diri ini bisa merujuk pada upaya terakhir untuk mendapatkan bantuan agar seseorang dapat mengatasi masalahnya. Bunuh diri dapat terjadi akibat kegagalan mekanisme koping dan penyesuaian (Aulia *et al.*, 2019)
Ancaman bunuh diri biasanya dikomunikasikan kepada orang lain, termasuk keinginan seseorang untuk mati dan rencana untuk mengakhiri hidupnya, serta persiapan alat untuk menjalankan rencana bunuh dirinya.
3. Gerakan bunuh diri
Isyarat bunuh diri ini tampak pada perilaku seseorang yang secara tidak langsung ingin bunuh diri, seperti mengatakan “Saya lelah hidup di dunia ini, tolong jaga keluarga saya”. Dalam keadaan ini, seseorang memiliki ide bunuh diri, tetapi tidak melibatkan ancaman atau upaya bunuh diri. (Keliat *et al.*, 2011)
4. Upaya bunuh diri
Menurut Patel & Jakopati (Aulia *et al.*, 2019), bunuh diri adalah suatu tindakan serius dimana seseorang secara langsung mencelakai dirinya sendiri ketika dapat menyebabkan luka ringan atau serius pada seseorang yang mencoba untuk mengakhiri hidupnya.

8.4 Upaya Pencegahan Bunuh Diri

Sampai saat ini penyebab perilaku bunuh diri belum dapat ditentukan secara pasti, bunuh diri dapat dicegah, dan semua anggota masyarakat dapat berpartisipasi dalam pencegahan bunuh diri.

Banyak orang beranggapan bahwa bunuh diri adalah perilaku seseorang yang mengalami depresi dan sulit dicegah. Namun, psikolog Amerika Lisa Firestone menjelaskan dalam artikelnya bahwa ada 5 hal yang bisa dilakukan untuk mencegah perilaku bunuh diri di antaranya: (RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, 2022)

1. Akhiri Pandangan Negatif

Hal utama yang dapat Anda lakukan guna mencegah terjadinya bunuh diri adalah dengan membicarakannya. Siapa pun yang ingin melakukan percobaan bunuh diri dan yang memiliki dengan masalah kesehatan mental tidak boleh didiamkan atau dibuat malu. Hal yang sama berlaku untuk orang yang peduli dengan teman, kerabat, atau anggota keluarga mereka. Beberapa orang masih takut jika harus mengungkit masalah bunuh diri karena takut salah dalam memberikan argumentasi sehingga ditakutkan akan memunculkan kembali pikiran tentang bunuh diri yang berada di fikiran seseorang. Ini adalah sebuah kesalahan besar. seseorang perlu berdiskusi tentang apa itu bunuh diri dan membuka pintu komunikasi yang luas bagi mereka yang merasa dalam fikiranya terbesit untuk melakukan bunuh diri. Mereka perlu tahu bahwa mereka tidak sendirian. Ada orang yang mendukung Anda di masa-masa tersulit, yang mendukung Anda dalam hidup.

2. Kenali tanda-tanda bunuh diri

Ada beberapa tanda peringatan pikiran bunuh diri yang perlu diwaspadai. Tanda umum yang sering muncul seperti

isolasi atau menganggap dirinya sebagai beban dalam hidup dalam keluarga. Tanda umum peringatan lainnya termasuk adanya Gangguan tidur, kecemasan, agitasi, ketidak berdayaan, perasaan mudah marah, lebih senang menarik diri dari lingkungan dan keluarga, pikiran intens melukai diri sendiri, merasa terbebani oleh perkataan orang lain, kehilangan kemauan, "serta tidak ada masalah", penyangkalan diri, alasan yang sering, mempercayakan anak kepada orang lain.

Saat kita mengenali tanda-tanda dan gejala dari peringatan yang muncul akan terjadinya bunuh diri . kita dapat lebih memberikan perhatian, menghabiskan lebih banyak lagi waktu dengannya, mengajukan lebih banyak pertanyaan, dan bertindak lebih cepat dan tepat guna menyelamatkannya.

3. pahami mereka

Jika mengira seseorang ingin akan melakukan bunuh diri, kita senantiasa selalu berada di sisinya untuk memberikan dukungan secara moril dan materil. Bukannya malah menjauhi karena takut menyaksikan apa yang akan dilakukan, tapi tetap memperhatikan dan menunjukkan bahwa kita tetap peduli pada dirinya . Saat mendekati seseorang yang mempertimbangkan untuk bunuh diri, ada langkah-langkah yang dapat dilakukan, di antaranya:

a. Lakukan hal berikut.

Libatkan orang yang ingin mencoba bunuh diri dalam setiap aktivitas yang ada, memberikan mereka perhatian besar. Pantau semua kegiatan yang dilakukan.

b. Mencari tahu:

Jelajahi perasaannya dari sudut pandang pria dan dorong dia untuk terbuka tentang masalah pribadinya. Tunjukkan bahwa Anda ingin memahami perasaan mereka.

c. Identifikasi:

Cari tahu apakah mereka mempertimbangkan untuk bunuh diri atau tidak. Ajukan pertanyaan yang jelas dan langsung tanpa gambar.

d. pertanyaan:

Jika mereka benar-benar mempertimbangkan untuk bunuh diri, sekarang kita perlu mencari tahu mengapa dan mengapa?

e. Peringkat:

Selidiki secara benar, dan menggunakan pertanyaan bersifat padat dan jelas (pertanyaan bersifat tertutup) yang hanya bisa dijawab ya atau tidak. Pertanyaan yang diajukan di berikan pada keadaan sekarang berhubungan dengan rencana bunuh diri seseorang dan perilaku bunuh diri di masa lalu (jika ada).

Dalam situasi berbahaya di mana hidup Anda dipertaruhkan, lebih baik berbuat lebih banyak daripada kalah. Lindungi Lingkungan. Selalu bawa perlengkapan bunuh diri. Kemudian sarankan cara untuk membantu mereka mengelola pikiran untuk bunuh diri sehingga mereka memiliki lebih sedikit atau lebih sedikit pikiran untuk bunuh diri. 4. Rekam informasi kontak darurat

Siapa pun yang mempertimbangkan untuk bunuh diri atau mengkhawatirkan seorang yang ingin melakukan bunuh diri biasanya memiliki semua informasi yang diperlukan.

4. Dapatkan bantuan profesional

Jika Anda masih merasa ingin bunuh diri setelah konsultasi online, segera cari bantuan kepelayan kesehatan terdekat. keadaan orang yang bunuh diri karena tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari merupakan krisis yang membutuhkan pertolongan segera. Jangan berharap kondisi

ini membaik dengan sendirinya. (RSJ Dr H Marzoek Mahdi Bogor, 2022)

Pencegahan yang dapat dilakukan oleh keluarga dan masyarakat adalah dengan mengetahui faktor risiko atau karakteristik individu yang melakukan bunuh diri atau percobaan bunuh diri. Ketika keluarga atau komunitas memperhatikan perubahan radikal dalam perilaku seseorang, ini adalah salah satu tanda peringatan yang paling umum untuk orang dengan percobaan bunuh diri, jika demikian jangan segan-segan untuk meminta bantuan dan membicarakan kondisi yang dihadapinya.

Komitmen, kepekaan terhadap informasi, kepedulian dan empati terhadap orang lain. Keyakinan bahwa hidup ini adalah anugerah dari Sang Pencipta, yang harus dijaga dengan baik oleh manusia, merupakan keuntungan mendasar dalam pencegahan bunuh diri.

Dengan upaya yang tepat maka bunuh diri dapat dicegah. Pencegahan bunuh diri memerlukan strategi yang komprehensif yang melibatkan berbagai sektor, pemerintah dan masyarakat.

8.5 Tanda-tanda orang bunuh diri

Bunuh diri dapat dicegah, dan seluruh lapisan masyarakat dapat mengambil tindakan atau melakukan upaya yang dapat menyelamatkan nyawa dengan mencegah bunuh diri. Kerjasama yang saling sinergis antara individu, keluarga, masyarakat, organisasi profesi dan negara, serta pemerintah pusat dan daerah, diperlukan pada tahap ini untuk mencari tahu bersama.

Pencegahan dapat dilakukan dengan mengetahui ciri-ciri atau faktor risiko individu yang rawan melakukan percobaan bunuh diri.

Berikut adalah beberapa tanda atau karakteristik peringatan yang biasa terlihat pada seseorang yang memiliki pikiran untuk bunuh diri:

1. Seseorang yang ingin bunuh diri sering berbicara atau membahas tentang bunuh diri, seringkali menyakiti diri sendiri dan kematian.
2. Mulailah meneliti dan mendapatkan senjata Anda sendiri.
3. Mulai menarik diri dari keluarga, teman dan sahabat serta tidak mau bersosialisasi.
4. Ubah hati yang serius
5. Putus asa atau terjebak dalam suatu masalah
6. Kemarahan yang tidak terkendali
7. Tidur lebih lama dari biasanya atau bahkan sulit tidur
8. Minum alkohol
9. Perilaku berbahaya atau bunuh diri
10. Mulailah memberikan barang-barang pribadi kepada orang lain
11. Kembangkan perilaku cemas atau khawatir saat Anda melihat tanda-tanda di atas
12. Ucapkan selamat tinggal kepada orang-orang seperti mereka tidak akan pernah bersama lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aulia, N., Yulastri, Y., & Sasmita, H. 2020. Faktor Psikologi Sebagai Risiko Utama Ide Bunuh Diri pada Remaja di Kota Rengat Kabupaten Indragiri Hulu. *Jurnal Penelitian Kesehatan "SUARA FORIKES" (Journal of Health Research "Forikes Voice")*, 11(April), 48. <https://doi.org/10.33846/sf11nk110>
- Farid. 2021. *Data WHO: Tiap 40 Detik, Ada yang Tewas karena Bunuh Diri*. <https://www.gatra.com/news-525028-kesehatan-data-who-tiap-40-detik-ada-yang-tewas-karena-bunuh-diri.html>
- RSJ Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. 2022. *5 Upaya Pencegahan Bunuh Diri*. <https://rsmmbogor.com/apps-rsmm/news-detail.do?id=1023>
- Muhith, A. 2015. *Pendidikan keperawatan jiwa : teori dan aplikasi*. Yogyakarta : Andi.
- Sianturi, R., & Zulaeha, A. 2022. Peningkatan Bunuh Diri Pada Masa Pandemi COVID-19. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik*, 5(1), 1–10.

BAB 9

TEORI PERILAKU

Oleh Shieva Nur Azizah Ahmad

9.1 Pendahuluan

Kesehatan mencakup kondisi fisik yang sehat, pikiran yang seimbang, keberadaan mental yang kuat dan hubungan sosial yang baik yang memungkinkan individu menjalani kehidupan yang berharga di masyarakat. Dalam pengertian ini, kesejahteraan dianggap terintegrasi, diantaranya faktor jasmani, rohani dan kemasyarakatan yang saling berhubungan, serta kondisi dinamis dimana seseorang mengharmoniskan diri dengan perubahan lingkungan setempat (meliputi psikis, kognitif dan psikis) serta menyesuaikan kondisi luar (misalnya kawasan, masyarakat dan bisnis) untuk menjaga kesehatan. Perilaku kesehatan yang dilakukan masyarakat juga merupakan indikator penting yang mencerminkan status kesehatan penduduk (Purwoastuti & Walyani, 2015).

Tingkah laku manusia atau yang kerap disebut sebagai perilaku manusia, juga menjadi fokus utama dalam riset psikologi. Padahal, menurut Warsah & Daheri (2021), tujuan inti psikologi adalah untuk menemukan pola perilaku manusia yang tidak hanya dapat digeneralisasi, tetapi juga memahami betapa uniknya setiap individu. Perilaku individu dapat mempengaruhi kualitas hidup, dengan perilaku yang positif dan baik berdampak positif bagi kemakmuran. Tindakan kesehatan merupakan respon seseorang berkenaan rangsangan penyakit, skema kesehatan, makanan, dan lingkungan (Mubarak, 2007).

9.2 Perilaku

Tingkah laku manusia adalah gerak yang dapat dilihat melalui panca indera manusia, gerak yang dapat dirasakan (Saleh, 2018). Maknanya, tidak sama dengan esensi yang memiliki karakteristik semu dan tidak bisa diamati secara langsung, perilaku adalah sesuatu yang kongkrit yang dapat diamati, karena wujudnya dapat dirasakan dan dialami secara nyata (empiris). Oleh karena itu, tidak mengherankan jika kaum behavioris mengakui perilaku hanya sebagai objek yang akan dianalisis oleh psikologi sebagai ilmu yang harus bersifat empiris.

Tingkah laku merujuk tindakan atau aktivitas makhluk hidup tertentu. Maka, perilaku manusia pada hakekatnya merupakan aktivitas orang itu sendiri atau aktivitas yang cakupannya luas (Notoatmodjo, 2012).

9.2.1 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Tentunya dilihat dari segi psikologis ada beberapa elemen berpengaruh pada dinamika perilaku manusia. Menurut Daryanto (2016), tindakan manusia dipengaruhi oleh dua aspek yaitu aspek biologis serta aspek sosio-psikologis yaitu:

1. Aspek biologis

Tindakan individu di wariskan secara genetik dari orang tua. Aspek biologis terlibat dalam semua aktivitas manusia, juga bersama dengan faktor psikologis sosial. Menurut Wilson (Daryanto, 2016), perilaku sosial diatur oleh aturan-aturan yang diprogram secara genetik ke dalam jiwa manusia.

2. Aspek psikologis sosial

Manusia merupakan makhluk sosial maka proses sosial mempengaruhi perilaku mereka. Aspek psikologis sosial dapat terdiri dari 3 (tiga) yakni :

- a) Domain afektif yaitu sisi emosional dari aspek psikologis sosial.
- b) Bagian kognitif, yaitu aspek intelektual yang berkaitan dengan pengetahuan seseorang.
- c) Bagian volisiomal yaitu bagian dari kehendak yang terkait dengan kebiasaan dan keinginan untuk bertindak.

Notoatmodjo (2012) menjelaskan bahwa terdapat elemen yang mempengaruhi tindakan yakni :

1. Elemen Internal

a. Usia

Seiring menanjak usia, individu mengalami lika liku kehidupan yang diharapkan dapat mempengaruhi perilakunya secara positif.

b. Intelektual

Seseorang dengan tingkat intelektual yang tinggi cenderung lebih cepat menerima informasi.

c. Kondisi emosional seseorang dapat mempengaruhi perilakunya, karena seseorang yang sedang dalam keadaan emosi cenderung sulit untuk mengontrol dirinya

2. Elemen Eksternal

a. Wilayah

Individu dekat dengan orang yang telah mengalami secara langsung atau tidak langsung akan menambah pengetahuannya sendiri dan tindakan mereka sendiri. Orang yang tinggal di lingkungan yang keras pasti mempengaruhi kesehatan mereka sehari-hari.

b. Pendidikan

Individu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi umumnya menunjukkan tindakan yang benar pada

awalnya mereka melaksanakan tindakan, mereka mempertimbangkan dengan hati-hati dan memahami konsekuensinya.

c. Sosial Ekonomi

Kondisi sosial ekonomi memiliki dampak besar pada perilaku manusia.

d. Budaya

Budaya adalah hasil interaksi antara orang-orang dibidang tertentu sehingga masyarakat yang tinggal di daerah tersebut lambat laun menyesuaikan perilakunya dengan budaya daerah tersebut.

9.2.2 Jenis-Jenis Perilaku

Menurut Saleh (2018), perilaku manusia dapat dibedakan menjadi perilaku reflektif dan non-reflektif. Berikut ini adalah penjelasan tentang semua perilaku manusia yaitu :

1. Perilaku refleksif

Perilaku refleksif yaitu tingkah laku yang di manifestasikan dirinya dalam respons spontan (tanpa berpikir) terhadap rangsangan yang diterapkan pada tubuh (Saleh, 2018), Contohnya adalah kedipan mata saat terkena cahaya, gerakan lutut saat dipukul palu, tarikan jari saat terkena api. Stimulus yang diterima seseorang tidak mencapai sistem saraf pusat atau otak yang merupakan pusat kesadaran dan pengendali perilaku manusia. Respon refleksif adalah reaksi langsung terhadap rangsangan.

2. Perilaku Tidak Refleksif

Perilaku tidak refleksif merujuk pada tindakan yang terkendali atau diatur oleh pusat kesadaran atau otak (Saleh, 2018). Setelah rangsangan diterima oleh penerima. Selanjutnya dipindahkan ke otak sebagai pusat saraf, inti kesadaran, dan kemudian muncul respon penerima. Reaksi

yang terbentuk di pusat saraf atau pusat impresi dikenal reaksi psikis.

9.2.3 Bentuk Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2012), Tindakan dibagi menjadi dua jenis, yakni tindakan yang tersembunyi (*behavior covert*) dan tindakan yang terbuka (*behavior overt*).

1. Tindakan yang terselubung atau tertutup (*behavior covert*) adalah respons seseorang yang tidak mudah terlihat oleh orang lain. Tanggapan ini dibatasi oleh fokus, pengamatan, pemahaman atau kesadaran, dan reaksi yang terjadi pada individu yang menerima rangsangan tersebut. Contohnya, calon ibu menyadari betapa pentingnya memeriksakan kehamilannya namun enggan membagikannya dengan orang lain.
2. Tindakan yang terbuka (*behavior overt*) adalah respons seseorang yang mudah terlihat oleh orang lain. Respons ini dapat dilihat dalam bentuk tindakan atau praktik yang mudah diamati oleh orang lain. Sebagai contoh, seorang ibu yang memeriksakan kehamilannya atau membawa anaknya ke puskesmas untuk divaksinasi.

9.2.4 Domain Perilaku

Teori Bloom (1956) menyatakan bahwa tindakan dapat dikelompokkan ke dalam tiga domain, yaitu domain kognitif, domain emosional, dan domain fisik. (Notoatmodjo, 2012). Untuk tujuan penilaian hasil dan oleh para ahli pendidikan, ketiga domain tersebut dievaluasi berdasarkan:

1. Ranah Kognitif diukur dari Ilmu (*knowledge*)
Ilmu diperoleh melalui mekanisme dimana individu belajar dari apa yang didengar dan dilihatnya (Fitriani, 2011).
Terdiri dari 6 level, yaitu :

- a. Mengetahui (*knowing*) diartikan mengingat informasi yang telah dipelajari sebelumnya, tingkat pemahaman ini melibatkan beberapa hal yang harus dihafal secara khusus dari materi yang dipelajari atau stimulasi yang diterima.
 - b. Pemahaman (*comprehension*) diartikan sebagai keahlian dalam menjelaskan topik yang diketahui secara akurat dan mampu memahami materi dengan tepat.
 - c. Penerapan (*application*) diartikan sebagai keterampilan untuk mengaplikasikan pengetahuan yang diperoleh dalam situasi atau kondisi praktis.
 - d. Analisis (*analysis*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggambarkan suatu materi atau objek dalam komponen yang lebih kecil tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan masih saling terkait.
 - e. Sintesis (*synthesis*) adalah Kecakapan untuk merangkai atau menggabungkan elemen-elemen menjadi suatu kesatuan yang modern.
 - f. Penilaian (*evaluation*) yaitu kemampuan untuk memverifikasi atau mengevaluasi kualitas suatu materi atau objek berdasarkan pengetahuan yang dimiliki.
2. Ranah Afektif diukur berdasarkan sikap (*attitude*)
Sikap adalah respon atau tanggapan tersembunyi dari individu pada rangsangan. Alport (1954) menguraikan bahwa sikap terdiri dari tiga elemen pokok, yakni:
 - a. Pandangan, gagasan dan filosofi tentang suatu sasaran
 - b. Evaluasi afeksi atau penilaian pada suatu sasaran
 - c. Kesiediaan untuk berfungsi
 3. Ranah Psikomotor diukur dengan gerakan atau aktivitas
Notoatmodjo (2012) memaparkan bahwa praktek atau tindakan tersebut dapat dikelompokkan ke dalam beberapa level yakni :

- a. Latihan Terpandu (*guided respons*)
Ini terjadi ketika subjek atau individu melakukan sesuatu dengan bantuan atau panduan.
- b. Mekanisme Praktek(*mechanism*)
Hal ini terjadi saat subjek atau individu melakukan sesuatu secara otomatis.
- c. Adopsi (*adoption*) ini terjadi ketika praktik atau tindakan telah berkembang dan berkualitas, tidak hanya sekedar rutinitas atau mekanisme tetapi telah dimodifikasi.

Mengukur praktik dapat didefinisikan melalui pengamatan, daftar periksa, dan survei. Daftar periksa mencakup daftar variabel yang akan dikumpulkan. Selain pengamatan dan daftar periksa, penilaian praktik juga dapat dilakukan melalui survei (Arikunto, 2010).

9.3 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah tindakan kesehatan merujuk pada "setiap tindakan dilaksanakan oleh individu bahwa mereka fit dengan misi menangkal atau mendeteksi penyakit pada termin awal tanpa indikasi" (Khoso et.all, 2016).

Conner & Norman (2005) memaknai Perilaku sehat merupakan segala upaya yang dilakukan guna mencegah atau mendeteksi penyakit serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan.

Conner & Norman (2005), terdapat 2 (dua) jenis tindakan kesehatan, yakni tindakan yang lebih memperbaiki atau meningkatkan kondisi kesehatan dan tindakan yang lebih menurunkan atau memperburuk kondisi kesehatan.

Oleh karena itu, perilaku kesehatan dapat diartikan tindakan yang dikerjakan oleh individu yang bisa memberikan efek baik atau buruk pada keadaan kesehatannya.

9.3.1 Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012), perilaku terkait kesehatan dapat digolongkan ke dalam tiga kategori:

1. Tindakan preservasi kesehatan, yang mencakup upaya individu guna memelihara kesehatannya agar tidak jatuh sakit dan usaha untuk sembuh dari penyakit jika sudah sakit. Aspek-aspek dari perilaku ini mencakup:
 - a. Pencegahan penyakit dan upaya penyembuhan saat sakit, serta pemulihan kesehatan setelah sembuh dari penyakit.
 - b. Peningkatan kesehatan ketika seseorang dalam kondisi sehat. Karena kesehatan bersifat dinamis dan relatif, orang yang sehat perlu berupaya untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal.
 - c. Perilaku terkait gizi (makanan dan minuman). Makanan dan minuman dapat memelihara kesehatan seseorang, tetapi juga dapat menyebabkan penurunan kesehatan atau bahkan penyakit, tergantung pada perilaku orang dalam mengonsumsinya.
2. Tindakan pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, yang juga dikenal sebagai perilaku pencarian pengobatan, melibatkan upaya individu dalam mengatasi penyakit atau kecelakaan. Perilaku ini bermula dari pengobatan mandiri hingga mencari perawatan di luar negeri.
3. Perilaku kesehatan lingkungan merujuk pada cara seseorang merespons lingkungan sekitar, seperti lingkungan fisik dan sosial-budaya, untuk memastikan bahwa lingkungan tersebut tidak berdampak negatif pada kesehatannya. Menurut Backer (1979), perilaku ini terdiri dari:
 - a. Perilaku sehat, yang mencakup pola makan yang seimbang, rutin berolahraga, tidak merokok, tidak

minum alkohol, istirahat yang cukup, mengelola stres, dan gaya hidup positif lainnya untuk kesehatan.

- b. Perilaku terkait penyakit, yang mencakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsi mereka tentang penyakit, serta pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit.
- c. Perilaku terkait peran saat sakit, yang mencakup hak dan kewajiban orang yang sakit. Perilaku ini meliputi tindakan untuk mencapai kesembuhan, mengetahui fasilitas atau sumber daya perawatan yang tepat, serta mengetahui hak-hak mereka (seperti hak atas perawatan yang memadai).

9.3.2 Tahapan Pembentukan Perilaku Kesehatan

Faktor yang menentukan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Secara lebih detail, perilaku manusia sebenarnya mencerminkan berbagai gejala psikologis, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, dan sikap. Gejala psikologis seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor lain, seperti pengalaman, keyakinan, sarana fisik, dan sosio-budaya masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Keberhasilan pemerintah dalam menerapkan tatanan normal baru dalam masyarakat untuk menjaga kesehatan dan keselamatan warga sangat dipengaruhi oleh faktor pembentukan perilaku baru warga dalam melaksanakan protokol kesehatan. Terdapat beberapa tahapan dalam pembentukan perilaku baru dalam masyarakat, yaitu tahap mengetahui, memahami, mempraktekkan, merangkum, dan tahap evaluasi.

1. Langkah awal adalah mengenali, tahap ini melibatkan memberikan pengetahuan pada masyarakat. Pengetahuan

sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan diperoleh melalui penginderaan atau pemahaman terhadap objek melalui indera seperti mata, hidung, atau telinga. Intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek sangat mempengaruhi penginderaan dan pembentukan representasi kognitif. Representasi kognitif dapat menjadi dasar pengetahuan seseorang tentang objek tertentu, namun tidak selalu akurat karena kadang-kadang terbentuk karena kurangnya informasi yang benar. Komponen kognitif dapat disamakan dengan pandangan atau opini. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif cenderung lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

2. Langkah kedua adalah memahami objek, bukan hanya sekedar mengetahui atau menyebutkan, tetapi juga dapat menginterpretasikan dengan benar.
3. Langkah ketiga adalah aplikasi, yaitu kemampuan untuk mengaplikasikan prinsip yang telah dipahami pada situasi yang berbeda.
4. Langkah keempat, merupakan tahap analisis (analysis), di mana individu dapat menguraikan atau memisahkan informasi. Tanda bahwa seseorang telah mencapai tingkat analisis adalah kemampuannya untuk membedakan, memisahkan, dan mengelompokkan informasi mengenai objek yang sedang dipelajari.
5. Langkah kelima adalah sintesis (synthesis), di mana individu dapat menyusun hubungan logis dari berbagai komponen pengetahuan yang dimilikinya. Sintesis melibatkan kemampuan untuk menciptakan formulasi baru.
6. Langkah keenam adalah evaluasi (evaluation). Pada tahap ini, individu dapat melakukan penilaian terhadap suatu objek. Evaluasi melibatkan kemampuan untuk

mengevaluasi informasi dan membuat keputusan berdasarkan penilaian tersebut.

Teori lain yang menjelaskan pembentukan perilaku telah diajukan oleh Green (1980). Mereka menyatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua faktor utama, yakni faktor perilaku (sebab perilaku) dan faktor non-perilaku (sebab bukan perilaku). Perilaku itu sendiri terbentuk dari tiga faktor, yaitu:

1. Faktor predisposisi (faktor yang mempengaruhi kecenderungan perilaku), yang mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan lain sebagainya.
2. Faktor pemungkin (faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan), seperti usia, status sosial ekonomi, pendidikan, fasilitas dan sumber daya, seperti peralatan kesehatan, APD, pelatihan, dan lain sebagainya.
3. Faktor pendorong atau penguat (faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku), termasuk undang-undang, peraturan, pengawasan, teladan dari tokoh panutan, dan lain sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

9.3.3 Perubahan Perilaku

Transformasi tingkah laku adalah target dari pembelajaran kesehatan dan penyuluhan kesehatan sebagai pendukung program-program kesehatan yang lain. Teori-teori yang terkait dengan transformasi tingkah laku secara ringkas, yaitu sebagai berikut:

1. Teori ini berpendapat bahwa perilaku dapat terbentuk melalui proses pembiasaan dan penguatan dengan cara mengkondisikan atau menciptakan rangsangan tertentu dalam lingkungan. Teori ini menjelaskan mekanisme

terjadinya perilaku individu sebagai berikut: $S > R$ atau $S > O > R$, dimana S mewakili rangsangan, R mewakili respon, dan O mewakili organisme atau individu manusia (Kholid, 2012).

2. Teori Lewin

Lewin (1951) berpendapat bahwa tindakan individu mencerminkan keseimbangan antara kekuatan pendorong dan penahan. Ketidakseimbangan antara keduanya dapat mengubah perilaku tersebut. Dalam pandangan Cina, ketidakseimbangan antara yin dan yang dapat menyebabkan penyakit (Alamsyah, 2013).

3. Teori Fungsionalisme menjabarkan bahwa tindakan individu berubah menurut keseluruhan. Menurut Katz (1978), teori ini dijelaskan sebagai berikut:

- a. Perilaku berfungsi sebagai instrumen yang melayani kepentingan.
- b. Perilaku dapat bertindak sebagai mekanisme pertahanan diri terhadap lingkungan.
- c. Perilaku berperan sebagai penerima objek dan dalam perannya melalui tindakan yang diberikan sehingga seseorang selalu menyesuaikan diri dengan lingkungannya.
- d. Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang untuk menanggapi situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari pribadi dan merupakan cerminan dari hati.

Langkah-langkah pengkondisian operan untuk membentuk perilaku, seperti yang dijelaskan oleh Skinner (1953), meliputi Langkah-langkah berikut :

1. Memetakan factor-faktor yang bertindak sebagai penguat atau reward untuk perilaku yang akan dibentuk.

2. Menganalisis komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang diinginkan, lalu menyusunnya dalam urutan yang tepat untuk mencapai tujuan tersebut.
3. Mengaplikasikan setiap elemen sebagai tujuan sementara dan mengidentifikasi penguat yang sesuai untuk tiap-tiap elemen tersebut.
4. Menerapkan rangkaian elemen yang yang disejajarkan untuk membentuk tindakan yang diinginkan.

Jika tahap awal telah selesai, maka pemberian penghargaan akan mengalokasikan. Ini akan menyebabkan elemen atau tindakan dilakukan berulang-ulang. Setelah tahap ini terbentuk, tahap kedua akan dilakukan dan diikuti dengan pemberian penghargaan (tahap permulaan tidak lagi membutuhkan apresiasi), dan diulang sampai terbentuk tingkat kedua. Kemudian keseluruhan tahapan hingga semua tindakan yang diinginkan telah berkembang.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, D., Muliawati. 2013. *Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Allport. G.W. 1954) *The Nature of Prejudice*. Cambridge: Addison-Wesley Publishing Company.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Becker, M.H. 1979. *Psychosocial Aspects Of Health Related Behavior*, Dalam H.E., Freeman Dan S.Levine (Eds.,) *Handbook Of Medical Sociology*. New Jersey : Prenticehall Englewood Cliffs.
- Bloom, B.S., Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., dan Krathwohl, D.R. 1956. *The Taxonomy of Educational Objectives The Classification of Educational Goals, Handbook I: Cognitive Domain*. New York: David McKay.
- Conner, M., & Norman, P. 2005. *Predicting Health Behavior* (2nd ed). London: Open University Press
- Daryanto. 2016. *Teori Komunikasi*. Yogyakarta: Gava Media.
- Departemen Kesehatan RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI: 2009.
- Fitriani. S. 2011. *Promosi Kesehatan. Ed 1*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Green, L. 1980. *Health Education Planning A Diagnostic Approach*. The John Hopkins University : Mayfield Publishing Co.
- Katz, D., Kahn, R.L. 1978. *The Social Psychology of Organization*. New York: Wiley.
- Kholid. A. 2012. *Promosi Kesehatan*. Jakarta : Rajawali Press.

- Khoso, P. A., Yew, V. W. C., dan Mutalib, M. H. A. 2016. Comparing and Contrasting Health Behaviour with Illness Behaviour. *Journal of Social Sciences and Humanities*, Vol. 11, No. 2, 578-589.
- Lewin, K., Keller, M. 1970. *Instructional Design Theory and Models : An Overview of Their Current Status*. London : Lawrence Erlbaum Associates.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Mubarak, W.I. 2007. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Purwoastuti, E., Walyani, E.S. 2015. *Ilmu Obstetri & Ginekologi Sosial Untuk Kebidanan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Rogers, C. 1974. *Teori Perubahan Perilaku*. Psikologi. Amerika Serikat
- Saleh, A.A. 2018. *Pengantar Psikologi*. Makassar: Penerbit Aksara Timur.
- Skinner, B. F. 1953. *Science and Human Behavior*. New York : Free Press.
- Warsah, I., Daher, M. 2021. *Psikologi: Suatu Pengantar*. Yogyakarta: Tunas Gemilang Press.

BAB 10

TERAPI KOGNITIF

Oleh Jek Amidos Pardede

10.1 Pendahuluan

Terapi Kognitif muncul pada akhir 1960-an di tengah lonjakan popularitas pendekatan yang berfokus pada kognisi untuk kesehatan mental, karena teknik empiris untuk menyelidiki proses kognitif seperti pembelajaran dan memori membuka bidang studi baru dan memicu pergeseran dari fokus perilaku yang lebih tradisional. Pendekatan (Beck, 2019). Dr. Aaron Beck mengembangkan teori dasar Terapi Kognitif sambil menguji asumsi psikoanalisis Freud pada pasien dengan depresi klinis. Dia menemukan bahwa data dari wawancara dengan pasien dan deskripsi mimpi mereka menunjukkan bahwa depresi terkait dengan keyakinan yang mengakar tentang kegagalan dan kekalahan (Beck & Fleming, 2021)

Terapi kognitif (CT) salah satu psikoterapi dengan perawatan yang berdasarkan pada teori psikopatologi dan kepribadian yang rumit. Teori ini telah divalidasi secara empiris dalam ratusan studi sains kognitif, dan terapi ini telah terbukti efektif dalam ratusan uji coba terkontrol acak untuk berbagai macam gangguan kejiwaan dan masalah psikologis. Terapi kognitif adalah psikoterapi yang sangat mudah dilakukan dan terapi ini terapi jangka pendek reguler (Pardede, Silitonga & Laia, 2020)

Terapi kognitif merupakan perawatan yang divalidasi secara ilmiah yang telah terbukti sangat efektif dalam mengobati berbagai masalah dan gangguan psikologis serta dianggap sebagai salah satu perawatan paling efektif untuk

depresi, kecemasan, dan banyak masalah lainnya. Karena sangat efektif, terapi kognitif biasanya lebih singkat daripada terapi bicara tradisional. Beberapa orang membutuhkan sedikitnya 6 sesi untuk mencapai tujuan mereka. Orang lain dengan masalah yang lebih lama mungkin memerlukan beberapa bulan atau lebih untuk memenuhi kebutuhan perawatan mereka secara memadai.

Terapi Kognitif menangani masalah emosional dengan mengubah atau menyusun kembali pola pikir yang maladaptif. Klien diajari cara mengungkapkan dan memeriksa kembali keyakinan negatif ini, dan menggantinya dengan cara yang lebih adaptif dalam memandang peristiwa kehidupan. Melalui proses ini, klien belajar teknik self-help yang dapat menghasilkan perubahan gejala yang cepat, memecahkan masalah hidup saat ini, dan meningkatkan harga diri. Pola pemikiran negatif ini disebut pemikiran otomatis negatif, dapat dilihat sebagai singkatan dari struktur kognitif yang lebih dalam.

Terapi Kognitif adalah pendekatan ilmiah umum untuk gangguan psikologis yang telah menjadi dasar dari berbagai perawatan psikologis. Prinsip menyeluruh dari intervensi ini adalah bahwa kognisi secara kausal memengaruhi pengalaman dan perilaku emosional. Model Terapi kognitif yang menonjol untuk mengilustrasikan variasi yang signifikan dalam asumsi dasar dari faktor pemelihara gangguan dan perbedaan dalam teknik pengobatan khusus gangguan (Hofmann *et al*, 2013).

10.2 Terapi Kognitif

10.2.1 Defenisi

Terapi Kognitif adalah teknik terapi yang berfokus pada mengidentifikasi dan memperbaiki keyakinan negatif dan asumsi otomatis yang berkontribusi pada orang miskin (Beck & Fleming, 2021). Terapi Kognitif adalah cara berbicara tentang

hubungan antara bagaimana kita berpikir, bagaimana perasaan kita dan bagaimana kita berperilaku. Ini terutama berkonsentrasi pada ide-ide yang tidak realistis. Ini sering merusak kepercayaan diri kita dan membuat kita merasa tertekan atau cemas. Melihat hal ini dapat membantu kita menemukan cara berpikir dan berperilaku yang berbeda, yang pada gilirannya akan membantu kita menghadapinya dengan lebih baik. Oleh karena itu, premis dasar dari terapi kognitif adalah bahwa cara kita berpikir tentang peristiwa dalam hidup kita (kognisi) menentukan bagaimana perasaan kita terhadapnya (emosi), yang pada gilirannya memengaruhi cara kita bereaksi (perilaku).

Terapi kognitif disebut sistem psikoterapi dengan perawatan yang dioperasionalkan, didasarkan pada teori psikopatologi dan kepribadian yang rumit. Teori ini telah divalidasi secara empiris dalam ratusan studi sains kognitif, dan terapi itu sendiri telah terbukti efektif dalam ratusan uji coba terkontrol acak untuk berbagai macam gangguan kejiwaan, masalah psikologis, dan kondisi medis dengan komponen psikologis (Beck, 2010).

10.2.2 Tujuan Terapi Kognitif

Secara umum tujuan dari terapi kognitif, antara lain:

1. Mengubah pikiran dari tidak logis dan negative menjadi rasional dan positif
2. Meningkatkan aktifitas
3. Mengurangi perilaku yang tidak di inginkan
4. Meningkatkan terampilan sosial

Tujuan terapi kognitif bukan untuk menghilangkan atau mengatur emosi ini secara umum. Sebaliknya, tujuannya adalah untuk mendorong kemampuan pasien untuk memberikan penilaian yang lebih realistis dan akurat terhadap situasi yang

mereka hadapi. Teknik kognitif tidak meminta pasien untuk berpikir positif melainkan lebih realistis. (Hofmann *et al*, 2013).

Tujuan terapi kognitif :

1. Mengubah keyakinan yang tidak rasional, kesalahan penalaran dan pernyataan negatif tentang keberadaan individu.
2. Mengubah fungsi berpikir klien ke arah yang positif dan akhirnya menimbulkan perasaan yang menyenangkan.

Terapi kognitif bertujuan untuk melatih cara berpikir untuk fungsi kognitif dan cara bertindak. Ini sebabnya terapi kognitif lebih dikenal dengan terapi kognitif perilaku. Terapi kognitif juga bertujuan membantu klien memahami bagaimana persepsi dan pikiran yang terdistorsi berkontribusi pada perasaan menyakitkan. pengurangan gejala yang cepat dengan penekanan pada memeriksa situasi klien saat ini dan memecahkan masalah saat ini.

Terapi Kognitif juga bertujuan membantu orang untuk melihat "aturan hidup" mereka yang disebut skema. Skema adalah struktur atau pola kognitif yang mengatur cara kita berpikir, merasakan, bertindak, berhubungan, dan memahami dan biasanya disebut sebagai gaya kepribadian kita. Skema berada di luar kesadaran dan menentukan bagaimana kita menafsirkan dunia dan menanggapi situasi. Sedangkan struktur kognitif dapat bersifat adaptif, memungkinkan kita untuk memproses informasi dengan cepat.

10.2.3 Tipe Terapi Kognitif

Terapi kognitif terdiri dari 4 jenis (Beck, 1976), diantaranya:

1. Pengujian hipotesis

Klien dapat diposisikan sebagai ilmuwan yang bertugas menguji 'hipotesis' keyakinan negatif mereka dengan cara yang tidak melanggar metode ilmiah. Dalam istilah yang

paling sederhana, ini berarti mencapai kesimpulan yang tidak sewenang-wenang, berdasarkan bukti, dan dibuat dengan maksud untuk menyanggah daripada menegaskan keyakinan.

2. Mengenali pikiran negatif

Suatu bentuk perhatian penuh dapat didorong, di mana klien berfokus untuk menjadi lebih baik dalam mengenali pikiran otomatis ketika hal itu muncul. Ini sulit pada awalnya, karena pikiran otomatis dapat diterima tanpa pemeriksaan atau kesadaran. Namun seiring waktu, klien dapat mengasah ini menjadi praktik dan secara bertahap menjadi lebih mampu menemukan pikiran otomatis tanpa bantuan terapis.

3. Mengisi Celah

Mengenali pikiran otomatis saja belum tentu cukup, karena perlu juga dipahami bahwa pikiran otomatis ini tidak logis atau terdistorsi. Seringkali, sifat tidak logis dari pemikiran ini tidak jelas, karena diterima tanpa pembenaran. Akibatnya, metode untuk mengidentifikasi sifat tidak logisnya adalah dengan sengaja mencoba membangun pembenaran dengan 'mengisi celah' antara suatu peristiwa dan kesimpulan negatif. Misalnya, klien mungkin memperhatikan seseorang melihat mereka dan menyimpulkan bahwa mereka menarik perhatian yang tidak diinginkan dari semua orang di sekitar mereka. Namun, ketika klien mencoba mengisi langkah-langkah antara kejadian dan kesimpulan, mereka menemukan tidak ada cara logis untuk menghubungkannya.

4. Jarak

Mengidentifikasi pikiran otomatis dan memahami sifat tidak logis atau terdistorsi dari keyakinan negatif yang mendasarinya adalah keterampilan yang tak ternilai, tetapi dapat dikatakan sebagai metode 'intelektual' dari Terapi Kognitif. Artinya, ada kemungkinan bahwa klien dapat

sepenuhnya mengidentifikasi dan memahami pikiran negatif, tetapi mungkin masih mengalami kesusahan, terlepas dari itu. Di sinilah jarak menjadi berguna sebagai teknik untuk memutuskan pengalaman memiliki pikiran-pikiran ini dari konsekuensi emosional negatif langsungnya.

10.2.4 Indikasi Terapi Kognitif

Terapi Kognitif adalah aktif, direktif, terbatas waktu, terstruktur pendekatan yang digunakan untuk mengobati berbagai gangguan kejiwaan seperti depresi, kecemasan, masalah nyeri, fobia, dll. Hal mendasari alasan teoretis bahwa pengaruh individu (suasana hati, emosi) dan perilaku sangat ditentukan oleh cara dia menafsirkan dunia; yaitu, cara seseorang berpikir menentukan bagaimana perasaan dan reaksinya (Rush, 2016).

Terapi kognitif efektif untuk sejumlah kondisi psikiatri yang lazim, terutama: Depresi, kecemasan, stress emosional, gangguan obsesif kompulsif, fobia, stress pasca trauma, gangguan mood, gangguan makan, gangguan psikoseksual dan skizofrenia.

10.2.5 Ciri-ciri Terapi Kognitif

Terapi kognitif bentuk terapi jangka pendek yang teratur, memberikan dasar berfikir pada pasien untuk memahami masalahnya. Ciri-ciri Terapi kognitif (Davidson, 1990):

1. Maksimal 2 kali pertemuan dalam seminggu
2. Setiap pertemuan berlangsung maksimal 1 jam
3. Setiap pertemuan disusun berdasarkan agenda untuk mengoptimalkan penggunaan waktu
4. Menyangkut keadaan sekarang tanpa kembali keadaan masa lalu yang terjadi.

5. Terapis dan pasien memusatkan pada perumusan dan pemecahan masalah
6. Metode ilmiah yang dipakai adalah eksperimen, terapinya melibatkan pengumpulan data seperti masalah, pikiran dan sikap
7. Pasien diberikan tugas-tugas untuk mengumpulkan data, fungsi hipotesis dan melaksanakan ketrampilan kognitif.
8. Terapis dan pasien bekerjasama untuk memecahkan masalah
9. Terapis memegang peran penting dan membimbing selama penyembuhan
10. Proses terapeutik tidak menggunakan hal-hal mistik, terapis bersifat jelas dan terbuka.

10.2.6 Teknik Terapi Kognitif

Teknik Terapi Kognitif dirancang untuk mengidentifikasi, menguji realitas, dan maladaptif yang benar, kognisi terdistorsi dan keyakinan disfungsional (skema) yang mendasari kognisi ini. Pasien belajar menguasai masalah dan situasi yang sebelumnya dianggapnya tidak dapat diatasi mengevaluasi kembali dan mengoreksi pemikirannya. Terapis kognitif mengajarkan pasien untuk berpikir lebih realistis dan adaptif, sehingga mengurangi gejala (Rush, 2016).

10.2.7 Proses Pelaksanaan Terapi Kognitif

Sesi terapi kognitif disusun untuk memanfaatkan waktu secara maksimal untuk membantu pasien memecahkan masalahnya, merasa lebih baik di akhir sesi, dan mengembangkan rencana untuk meningkatkan pengalaman mereka di minggu-minggu mendatang. Di awal sesi, terapis membangun kembali hubungan dengan pasien dan mengumpulkan data untuk mengatur sesi. Mereka melakukan pemeriksaan suasana hati untuk memastikan bahwa gejala

pasien berkurang dari waktu ke waktu. Mereka memperoleh pengalaman penting, baik negatif maupun positif, dari minggu lalu yang mungkin memerlukan diskusi lebih lanjut, mereka meninjau pekerjaan rumah, dan mereka menanyakan apakah peristiwa atau masalah penting mungkin muncul di minggu mendatang dan harus didiskusikan. Untuk menetapkan agenda kolaboratif, terapis meringkas informasi ini dan bertanya kepada pasien masalah mana yang paling mereka inginkan untuk dipecahkan. Bersama-sama mereka memprioritaskan masalah dan merencanakan bagaimana membagi waktu sesi.

10.2.8 Sesi Pelaksanaan Terapi Kognitif

1. Sesi 1 : Mengungkapkan pikiran otomatis
2. Sesi 2 : Mengungkapkan alasan
3. Sesi 3 : Tanggapan terhadap pikiran otomatis
4. Sesi 4 : Menuliskan pikiran otomatis
5. Sesi 5 : Penyelesaian masalah
6. Sesi 6,7,8 : Manfaat tanggapan, ungkapkan hasil dan membuat buku harian

DAFTAR PUSTAKA

- Beck, A. T. 1976. Cognitive therapy and emotional disorders. International Universities Press.
- Beck, J. S., & Fleming, S. 2021. A brief history of Aaron T. Beck, MD, and cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology in Europe* 3(2), 1–7.
- Beck, A. T. 2019. A 60-year evolution of cognitive theory and therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 14(1), 16–20.
- Beck, J. S. 2010. Cognitive therapy. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-3.
- Damanik, R. K., Pardede, J. A., & Manalu, L. W. (2020). Terapi Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksi Pasien Skizofrenia Dengan Isolasi Sosial. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 11(2), 226-235.
- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J., & Beck, A. T. 2013. The science of cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 199-212.
- Pardede, J. A., Silitonga, E., & Laia, G. E. H. 2020. The Effects of Cognitive Therapy on Changes in Symptoms of Hallucinations in Schizophrenic Patients. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 11(10), 256-262.
- Rush, J. 2016. Cognitive Therapy. e-Book 2016 International Psychotherapy Institute. United States of America

BAB 11

ELECTRO CONVULSIVE THERAPY (ECT)

Oleh Yeni Suryaningsih

11.1 Pendahuluan

Electroconvulsive Therapy (ECT) merupakan terapi kejang listrik dengan menghantarkan arus listrik pada elektroda dan dipasang pada kepala sehingga menyebabkan konvulsi. *Electroconvulsive Therapy (ECT)* terbukti dapat mengurangi pikiran mau bunuh diri karena dengan kejutan listrik sejumlah joule, otaknya bisa direset dan sebagian ingatannya hilang.

Electroconvulsive Therapy (ECT) pertama kali diaplikasikan pada tahun 1500an, dimana idenya adalah untuk menyembuhkan penyakit mental melalui konvulsi. Bukan hanya diberikan paparan listrik, tetapi pasien juga diminta untuk mengonsumsi kapur barus secara oral untuk memicu konvulsi. *Electroconvulsive Therapy (ECT)* dengan tangkai listrik baru mulai digunakan pada tahun 1938 oleh seorang dokter psikiatrik dan neurologi Italia, yang berhasil menyembuhkan pasien catatonic setelah beberapa memicu konvulsi. Di tahun 1950an, *Electroconvulsive Therapy (ECT)* terbukti memberikan manfaat bagi pasien gangguan mental. Meskipun demikian, tetap ada kontroversi yang melingkupinya seperti banyak bukti penelitian menunjukkan bahwa *Electroconvulsive Therapy (ECT)* diberikan kepada pasien secara paksa dan untuk menjaga peraturan di bangsal.

Electroconvulsive Therapy (ECT) yang diberikan dalam dosis tinggi dan tanpa anestesi, menyebabkan cedera dan kehilangan ingatan. Ini merupakan kondisi mengerikan yang disebabkan *Electroconvulsive Therapy (ECT)*, sehingga membuat banyak orang tidak mendukung penggunaannya. Di tahun 1960an, gerakan anti-psikiatrik digalakkan, dimana ide mengenai gangguan mental ditolak dan kemudian memengaruhi perkembangan *Electroconvulsive Therapy (ECT)*. Penggunaan *Electroconvulsive Therapy (ECT)* menurun di tahun 1960an dan 1970an dan meningkat kembali di tahun 1980an setelah Carrie Fisher, seorang aktris senior, mengumumkan kesembuhannya dari penyakit mental setelah menggunakan *Electroconvulsive Therapy (ECT)*

11.2 Indikasi *Electroconvulsive Therapy (ECT)*

1. Depresi Berat (khususnya dengan gejala psikoti)
2. Gangguan Afektif Bipolar (depresi, manik dan campuran)
3. Skizofrenia (eksaserbasi akut), dan Katatonia.
4. Parkinsonisme
5. Status epilepticus
6. Neuroleptic Malignant syndrome
7. Indikasi pada Depresi: Medikasi gagal, Penyakit medis (dimana antidepresi merupakan kontra-indikasi (arrhythmias)), Depresi dengan waham,
8. Beresponsif dengan *Electroconvulsive Therapy (ECT)* sebelumnya
9. Permintaan *Electroconvulsive Therapy (ECT)*

11.3 Mekanisme kerja *Electroconvulsive Therapy* (ECT)

1. Teori Psikodinamik.
Efek bermanfaat dari *Electroconvulsive Therapy* (ECT) adalah untuk pemenuhan kebutuhan akan hukuman pada kebencian diri, pasien depresi.
2. Efek Plasebo.
Efek-efek bermanfaat sesuai dengan pemikiran yang muluk-muluk dari sebagian staf dan pasien.
3. Penghapusan Ingatan.
Efek-efek Bermanfaat dari *Electroconvulsive Therapy* (ECT) berhubungan dengan kemampuannya untuk mengganggu memori jangka pendek, dengan cara itu *Electroconvulsive Therapy* (ECT) menghapus ingatan trauma-trauma yang baru, yang menyebabkan episode depresi.
4. Kejang sebagai agen penyembuhan.
Electroconvulsive Therapy (ECT) tidak efektif ketika kejang dibawah ambang atau hambatan secara farmakologik. Kejang umum yang adalah menentukan efek antidepresi dari *Electroconvulsive Therapy* (ECT).
5. Perubahan-perubahan Biokimia.
Berbagai macam perubahan biokimia neurotransmitters, yang juga memberikan implikasi efek terapeutik dari pengobatan antidepresi. Serotonin , Norepinephrine Perubahan konsentrasi atau regulasi keatas (up-regulation) dari reseptor-reseptor mereka.
6. Efek terapeutik dari kenaikan ambang kejang.
Perubahan-perubahan kimiawi bertanggung jawab untuk mengakhir kejang umum yang memainkan peran yang lebih besar dalam efek *Electroconvulsive Therapy* (ECT). Perubahan kimiawi ini menyebabkan kenaikan bertahap

ambang kejang selama pemberian *Electroconvulsive Therapy (ECT)*.

7. Neurogenesis Hippocampus.

Beberapa penelitian pencitraan otak (neuroimaging) menunjukkan pengurangan volume hipokampus dari pasien-pasien depresi. Kenaikan kadar neurotropik yang diperoleh otak dalam hipokampus. Kenaikan pertumbuhan serat lumut (*mossy fiber*) dan neurogenesis didalam hipokampus.

11.4 Persiapan *Electroconvulsive Therapy (ECT)*

1. *Informed consent* / izin Tindakan
2. Pemeriksaan fisik dan riwayat medis standar
3. Pemeriksaan laboratorium sesuai riwayat medis
4. Pemeriksaan EKG dan EEG
5. Evaluasi ahli anestesi akan resiko penggunaan anestesi

11.5 Prosedur Pelaksanaan E.C.T

1. Pasien dipuasakan 8 – 12 jam
2. Premedikasi dengan injeksi atropin 0,6 – 1,2 mg I.M atau S.C
3. Pemeriksaan gigi geligi dan pemasangan tongue spatel
4. Anestesi dengan tiopental / penthotal 3mg/kgbb i.V, ketamin 6-10 mg/kgbb i.M.
5. Diberi perelaksasi otot suksinil kholin (0,5-1,5 mg/kg)

11.6 Penggunaan Anesthesia

1. Induksi cepat dengan anestesi
Methohexitol, 0.5-1 mg/kg, agen, onset cepat dan masa kerja singkat, sedikit dampaknya lterhadap ambang kejang.
Propofol, 0.5-2mg/kg, meningkatkan ambang kejan.

2. Pencegahan trauma akibat kejang.
Succinylcholine, paling sering digunakan.
3. Pengurangan response simpatetik.
Beta blocker seperti labetolol 10-20 mg IV, terutama untuk induksi.

11.7 Induksi Kejang

1. Penempatan elektroda: Bilateral bifrontotemporal (2 inci diatas titik tengah garis yang ditarik dari meatus akustikus eksternal ke sudut lateral mata) dan Unilateral hemisfer non dominan, satu di frontotemporal dan yang lain centroparietal.
2. Intensitas Perangsangan. Alat terbaru mengantarkan rangsangan listrik singkat yang tetap.
3. Sifat Kejang Induksi kejang harus bersifat umum. Optimal lamanya lebih dari 25 detik, dan monitoring EEG digunakan untuk menetapkan induksi kejang.

11.8 Efek Samping

1. Gangguan memori sementara
2. Sakit kepala
3. Nyeri otot
4. Peningkatan permeabilitas sawar otak (blood brain barrier)
5. Apnue
6. Cardiac Arrhythmia
7. Sistem Kardiovaskuler
 - 1) Efek parasimpatetik (stlh ECT)→ bradikardi sp asistole; pas >50 th → supraventriculair ectopic at atrial fibrilasi (vagal)
 - 2) Glandula suprarenal melepas katekolamin→ heart rate, tek darah ↑, segera ↓ begitu tdk kejang. Tek drh N lagi stlh 1 jm (50 th), 5 mnt HR ↓. 55% kel kardiovaskuler, perub gelombang T dn ST depress

- 3) 90% pasien ECT aman, diberikan kepada pasien hipertensi pulmonalis, subakut myocard infark, aneurisma aorta, Takatsubo's syndrom. Pace maker, "device abort aritmia" bukan kontra indikasi, transplantasi jantung → aman.
8. Sistem Respirasi
 - 1) Efek anestesi > efek fisiologis
 - 2) Muscle relaxan → henti nafas → oksigen
 - 3) Penyakit paru → eksaserbasi asma, PPO
9. Gigi geligi Gigi patah → menyumbat saluran nafas
10. Sistem Muskuloskeletal
 - 1) Sebelum ada curare, succinil cholin → fraktur tulang panjang dan tulang belakang
 - 2) Gangguan sendi temporomandibuler
 - 3) Setelah anestesi → mialgia karena fasikulas

11.9 Prognosis

1. Angka Kematian 1-3/10,000
2. Kebanyakan kematian pada *Electroconvulsive Therapy (ECT)* adalah akibat komplikasi penyakit jantung.

11.10 Komplikasi intelektual

1. Kebingungan setelah pengobatan: suatu periode singkat (15-30 menit) kebingungan segera setelah pengobatan tampak pada 10% kasus
2. Delirium: tampak pada orang tua, dengan adanya dementia, dengan gangguan neurologik dan dengan penerapan ECT bilateral
3. Kehilangan ingatan : berhubungan amnesia anterograde (kembali garis dasar 2-6 bulan sesudah ECT) dan retrograde.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, M. 2018. Terapi Elektrokonvulsif (ECT) Pemberian Terapi Elektrokonvulsif (ECT) Terhadap Peningkatan Fungsi Kognitif Klien Gangguan Jiwa. Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia.
- Nandinanti, I. N., Yaunin, Y., & Nurhajjah, S. 2015. Efek Electro Convulsive Therapy (ECT) terhadap Daya Ingat Pasien Skizofrenia di RSJ Prof. HB. Sa'anin Padang. Jurnal Kesehatan Andalas.
- Shierine Wangsa Wibawa. 2017 "Mengenal ECT, Terapi Kejut Listrik untuk Pasien yang Ingin Bunuh Diri"
- Hezne Ezaty Abu Hasan. 2017. Fakta Mengejutkan Mengenai Electroconvulsive Therapy (ECT).
- M. Faisal Idrus. 2020. *Electro_Convulsive_Therapy__Ect_.15.pdf*.

BIODATA PENULIS



Dr. Ira Kusumawaty, SKp., MKes., MPH,

Dr. Ira Kusumawaty, SKp., MKes., MPH, terlahir di Surabaya, merupakan Ibu seorang putri serta dua orang putra. Pendidikan bidang Keperawatan telah digeluti hingga jenjang doktoral. Universitas Indonesia sebagai institusi tempatnya belajar pada jenjang pendidikan strata satu dan strata dua. Strata dua bidang kepemimpinan dan manajemen keperawatan telah membekalinya dalam menganalisis kegiatan manajerial pelaksanaan program kesehatan. Koninklijke Institute voor de Tropen Amsterdam juga menjadi tempatnya menimba ilmu bidang kesehatan masyarakat, menjadi fondasi untuk mengurai, menganalisis kompleksitas permasalahan kesehatan serta merumuskan solusinya. Meningkatkan wawasan tak henti dijalani hingga berkesempatan menempuh pendidikan strata tiga di Universitas Gadjah Mada dengan konsentrasi caring perawat. Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang merupakan instansi tempatnya bekerja hingga saat ini. Kegiatan pengajaran, penelitian dan kegiatan pengabdian kepada masyarakat diupayakan demi mendarmabaktikan keilmuannya untuk menebarkan bulir-bulir manfaat bagi masyarakat.

BIODATA PENULIS



Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes,
Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang

Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes, Lahir di Palembang 19 Juni 1980. Ibu dari empat putri cantik yang super aktif dan suami yang penuh cinta. Mengenal dan akhirnya mencintai dunia keperawatan pertama kami di Akper Depkes Palembang, kemudian melanjutkan kembali pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini menekuni profesi sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang sejak tahun 2009 hingga sekarang. Sangat bersemangat melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat bertema tentang Keperawatan Anak, yang telah di publikasikan dalam jurnal dan buku-buku. "Setiap hari selalu ada yang ingin saya buat untuk kemajuan keperawatan dan masyarakat, beruntungnya saya dikelilingi oleh guru dan teman-teman yang selalu bersemangan untuk belajar bersama, bermetafosis bersama dari ulat menjadi kepompong dan kelak menjadi kupu-kupu". Motto hidup saya "Hidup Sekali, Hidup Berarti".
Email: yunike@poltekkespalembang.ac.id

BIODATA PENULIS



Isymiarni Syarif, S.Kep., Ns., M.Kes.

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Makassar

Penulis lahir di Somba tanggal 25 Januari 1985. Penulis adalah dosen DPK pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Makassar (UIM). Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan profesi Ners di STIK GIA Makassar serta melanjutkan S2 pada Jurusan Epidemiologi, Universitas Hasanuddin. Penulis merupakan Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Makassar (UIM) periode 2020-2023. Aktivitas lainnya penulis adalah menekuni bidang Menulis serta penulis aktif dalam berorganisasi baik organisasi formal maupun non formal yang merupakan bagian dari hobi penulis. Untuk bersilaturahmi dengan penulis, bisa mengirim email ke alamat isymiarnisyarif@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ns Bri Novrika, M.Kep

Dosen Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu
Keperawatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

Penulis lahir di Pekanbaru tanggal 15 Nopember 1983. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai. Menyelesaikan pendidikan keperawatan Diploma III di Akademi Keperawatan Tuanku Tambusai Bangkinang Tamat Tahun 2005, kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Prima Indonesia Medan Tamat Tahun 2008. Mulai 1 Juni 2008 penulis bekerja di Akademi Keperawatan Dharma Husada Pekanbaru sampai tahun 2011. Sejak menikah penulis pindah ke Jambi dan sejak 13 Maret 2011 penulis bekerja di Akademi Keperawatan Jambi. Alhamdulillah penulis diberikan kesempatan kembali ke kampus pertama kali penulis dididik menjadi perawat namun sekarang penulis menjadi Dosen tetap di Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai ini sejak Tahun 2022. Ini merupakan buku kedua yang penulis buat setelah judul yang pertama “Nyeri Pada Populasi Neonatus”.

BIODATA PENULIS



Siswoko.,S.Kep.Ns.M.Hkes

Dosen Program Studi Keperawatan Blora
Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Blora tanggal 13 Maret 1966. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Blora Poltekkes Kemenkes Semarang. Menyelesaikan pendidikan SPK di SPK Blora, DIII Keperawatan di Akper Padjajaran Bandung, S1 Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan S2 Di Hukum Kesehatan Unika Soegijapranata Semarang.

BIODATA PENULIS



Aulia Rahman.S.Kep.,Ns.,M.Kep

Dosen Program Studi Keperawatan
Fakultas Kesehatan Universitas Mitra Indonesia

Aulia Rahman lahir di Margorejo, 09 Juli 1989. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjung Karang, S1 STIKES Mitra Lampung dan Profesi Ners di Universitas Malahayati Bandar Lampung kemudian penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan dan dinyatakan lulus dari Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2017. Penulis merupakan dosen tetap di Program Studi Keperawatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Mitra Indonesia sejak tahun 2015 hingga sekarang. Penulis aktif dalam melaksanakan Tridharma perguruan tinggi serta sebagai anggota dari organisasi keperawatan seperti PPNI dan pengurus PPNI Komisariat Pendidikan Provinsi Lampung. Selain kegiatan tersebut, peneliti juga aktif menulis artikel penelitian, artikel pengabdian masyarakat serta buku keperawatan bersama tim penulis dari berbagai penjurur daerah di Indonesia.

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 kemuhammadiyah. Terlibat sebagai pengelola jurnal dalam Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia [JIKI] serta sebagai Editor in Chief pada Jurnal JKFT.

BIODATA PENULIS



Ns. Jek Amidos Pardede, M.Kep., Sp.Kep.J

Dosen tetap pada Program Studi Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners, Universitas Sari Mutiara Indonesia

Penulis lahir di Tebing Tinggi tanggal 08 Oktober 1979. Saat ini Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners, Universitas Sari Mutiara Indonesia dari Tahun 2011 sampai sekarang. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners di STIKes Mutiara Indonesia Tahun 2004, Magister Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia Tahun 2013, Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia Tahun 2014.

Penulis pernah menjadi Pembantu Direktur I AKPER Bina Husada Tebing Tinggi pada tahun 2004 -2009 dan Koordinator Pendidikan Profesi Ners dari tahun 2014 sampai sekarang. Penulis aktif dalam kegiatan organisasi antara lain, sebagai Sekretaris DPK PPNI Universitas Sari Mutiara Indonesia dan Ketua Divisi Pendidikan dan Pelatihan IPKJI Provinsi Sumatera Utara. Penulis juga aktif sebagai pembicara dalam bidang keperawatan jiwa ditingkat nasional maupun

internasional, aktif dalam penelitian ilmiah dan sudah banyak publikasi nasional dan internasional serta juga dipercayakan sebagai reviewer di beberapa jurnal nasional maupun internasional.

BIODATA PENULIS



Ns. Yeni Suryaningsih, S.Kep., M. Kep

Dosen Program Studi S1-Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Jember

Penulis lahir di Jember tanggal 1 Maret 1979. Penulis merupakan dosen tetap Program Studi S1-Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember. Menyelesaikan Pendidikan Keperawatan di : Akademi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jember tahun 2021, Program Studi Ilmu Keperawatan di Universitas Brawijaya tahun 2005, Program Profesi Ners di Universitas Brawijaya tahun 2006, Magister Ilmu Keperawatan di Universitas Brawijaya tahun 2015.

Penulis bekerja di : RS PTPN XI Jember tahun 2021, Akademi Keperawatan Rafflesia Depok tahun 2005, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember tahun 2009 sampai dengan sekarang. Penulis merupakan pengampu Mata Kuliah Keperawatan Jiwa sejak diamanahi menjadi dosen sampai dengan sekarang.

Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat sesuai dengan Roadmap dan Rencana Induk Penelitian (RIP) Program studi dan bidang keilmuan dosen.

Penulis tergabung dalam IPKJI (Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa) Jawa Timur sekaligus sebagai pengurus Persatuan Istri Tentara yang ada di wilayah Jawa Timur. Ini merupakan buku kedua yang bernafaskan keperawatan Jiwa. Semoga buku ini bisa bermanfaat bagi keperawatan jiwa khususnya dan masyarakat luas pada umumnya.