

# Keperawatan JIWA

Editor : Yafi Sabila Rosyad



Yuldensia Avelina

Ahmad Guntur Alfianto | Marita Kumala Dewi | Ramaita

Rista Islamarida | I Wayan Antariksawan | Eni Hidayati

Kissa Bahari | Rahmawati Raharjo | Esti Widiani

Ayesie Natasa Zulka | Ely Rahmatika Nugrahani | Melkisedek Landi

BUNGA RAMPAI

**KEPERAWATAN JIWA**

## **UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta**

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

# **KEPERAWATAN JIWA**

Yuldensia Avelina  
Ahmad Guntur Alfianto  
Marita Kumala Dewi  
Ramaita  
Rista Islamarida  
I Wayan Antariksawan  
Eni Hidayati  
Kissa Bahari  
Rahmawati Raharjo  
Esti Widiani  
Ayesie Natasa Zulka  
Ely Rahmatika Nugrahani  
Melkisedek Landi

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA  
Melong Asih Regency B40 - Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
[www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)

Anggota IKAPI  
No. 370/JBA/2020

## **KEPERAWATAN JIWA**

Yuldensia Avelina  
Ahmad Guntur Alfianto  
Marita Kumala Dewi  
Ramaita  
Rista Islamarida  
I Wayan Antariksawan  
Eni Hidayati  
Kissa Bahari  
Rahmawati Raharjo  
Esti Widiani  
Ayesie Natasa Zulka  
Ely Rahmatika Nugrahani  
Melkisedek Landi

Editor :

**Yafi Sabila Rosyad**

Tata Letak :

**Risma Birrang**

Desain Cover :

**Syahrul Nugraha**

Ukuran :

**A5 Unesco: 15,5 x 23 cm**

Halaman :

**vi, 232**

ISBN :

**978-623-362-794-8**

Terbit Pada :

**November 2022**

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

*Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.*

**PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA**

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

[www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku Keperawatan Jiwa dapat dipublikasikan serta disampaikan dihadapan pembaca. Buku ini disusun oleh tiga belas penulis dari institusi yang berbeda. Buku ini diharapkan dapat memberikan kontribusi positif dalam ilmu keperawatan jiwa serta sebagai bahan ajar para mahasiswa.

Sistematika penulisan buku ini diuraikan dalam tiga belas bab yang memuat tentang perilaku kekerasan, risiko bunuh dini, waham, konfusi akut, harga diri rendah, isolasi sosial, defisit perawatan diri, kelompok khusus gelandangan, anak kebutuhan khusus, korban KDRT, Narapidana, dan anak jalanan.

Kami ucapkan terima kasih banyak kepada seluruh pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan serta penerbit buku ini, semoga buku ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Yogyakarta, Oktober 2022

Editor



## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 PERILAKU KEKERASAN .....	1
Pengertian .....	1
Etiologi .....	1
Manifestasi Klinis .....	3
Rentang Respon Marah.....	4
Mekanisme Koping.....	5
Terapi Medis dan Keperawatan .....	6
Konsep Asuhan Keperawatan Intensif Pada Pasien .....	7
2 RISIKO BUNUH DIRI.....	21
Pengantar .....	21
Penyebab Percobaan Bunuh Diri .....	23
Gejala dan Tanda Risiko Bunuh Diri .....	26
Penanganan pada Orang dengan Risiko Bunuh Diri .....	30
3 WAHAM .....	39
Pengertian .....	39
Klasifikasi Waham .....	40
Penyebab .....	41
Tanda Gejala.....	42
Proses Terjadinya Waham.....	43
Penatalaksanaan .....	44
Konsep Keperawatan .....	45



4	KONFUSI AKUT (HALUSINASI).....	55
	Pendahuluan .....	55
	Teori .....	56
	Kesimpulan.....	65
	Evaluasi.....	65
	Lembar Aktivitas.....	67
5	HARGA DIRI RENDAH .....	73
	Harga Diri.....	73
	Aspek Harga Diri.....	74
	Rentang Respon Harga Diri.....	75
	Pengertian Harga Diri Rendah .....	76
	Etiologi .....	77
	Psikopatologi.....	79
	Jenis Harga Diri Rendah.....	80
	Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah.....	81
	Penatalaksanaan .....	82
6	ISOLASI SOSIAL BERDASARKAN STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI).....	87
	Definisi .....	87
	Etiologi .....	88
	Tanda dan Gejala.....	91
	Penulisan Diagnosis.....	92
	Rentang Respon Sosial.....	93
	Luaran (HYD).....	95
	Intervensi.....	96
	Uraian Intervensi Keperawatan.....	97

	Diagnosis Terkait .....	101
7	DEFISIT PERAWATAN DIRI.....	105
	Konsep Dasar .....	105
	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Pasien Deficit Perawatan Diri .....	109
8	ASUHAN KEPERAWATAN KELOMPOK KHUSUS: GELANDANGAN .....	119
	Pendahuluan .....	119
	Pengertian .....	120
	Faktor Resiko Tunawisma.....	121
	Dampak Tunawisma .....	122
	Populasi Khusus Tunawisma .....	124
	Layanan Kesehatan bagi Tunawisma .....	125
	Asuhan Keperawatan.....	128
	Kesimpulan.....	137
9	ASKEP ANAK KEBUTUHAN KHUSUS.....	141
	Anak Kebutuhan Khusus.....	141
	Konsep Asuhan Keperawatan Anak Kebutuhan Khusus.....	151
10	ASUHAN KEPERAWATAN KORBAN PEMERKOSAAN .....	157
	Definisi Pemerkosaan .....	157
	Asuhan Keperawatan Kasus Pemerkosaan.....	158
11	ASUHAN KEPERAWATAN PADA KORBAN KDRT .....	177
	Definisi Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) .....	177
	Penyebab KDRT .....	178

	Bentuk KDRT.....	180
	Dampak KDRT .....	182
	Manajemen Pengendalian dan Pencegahan KDRT.....	184
	Asuhan Keperawatan pada Korban KDRT .....	187
12	ASUHAN KEPERAWATAN NARAPIDANA .....	195
	Konsep Narapidana.....	195
	Konsep Asuhan Keperawatan Narapidana .....	204
13	ASUHAN KEPERAWATAN ANAK JALANAN.....	217
	Pendahuluan .....	217
	Permasalahan .....	220
	Pengkajian .....	220
	Diagnosa.....	221
	Proses Keperawatan.....	221
	Penutup.....	229

# PERILAKU KEKERASAN

**Yuldensia Avelina, S.Kep., Ns., M.Kep**  
Universitas Nusa Nipa

## **Pengertian**

Perilaku kekerasan merupakan perilaku yang kompleks dan berhubungan dengan banyak faktor (Moghadam, et.al., 2013).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain (Yosep, 2009).

## **Etiologi**

Faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan meliputi faktor biologis, teori psikologis, teori sosiokultural dan aspek religiusitas. **Faktor biologis** terdiri dari 1) *Neurologic factor*, yang melibatkan beragam komponen dari system saraf, seperti synap, neurotransmitter, dendrite, axon terminalis yang mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif serta system limbic sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif; 2) *Genetic factor*, adanya faktor gen yang diturunkan melalui orangtua, menjadi potensi perilaku agresif; 3) *Cyrcadian rhythm*, dimana pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersikap agresif; 4) *Biochemistry factor*, merupakan

faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter di otak (epinefrin, norepinefrin, dopamine, asetilkolin, dan serotonin). Peningkatan hormone androgen dan norepinefrin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan serebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif; 5) *Brain area disorder*, dimana adanya gangguan pada system limbic dan lobus temporal, sindrom otak organic, tumor otak, trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsy ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan. **Teori Psikologik**, terdiri dari 1) Teori psikoanalisa, dimana agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span theory*). Tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah; 2) *Imitation, modeling, and information processing theory*, menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang mentolerir kekerasan; 3) *Learning theory*, perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. **Teori Sosiokultural**, terdiri dari kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan. **Aspek Religiusitas**, dalam tinjauan religiusitas, kemarahan dan agresivitas merupakan dorongan dan bisikan setan yang sangat menyukai kerusakan agar manusia menyesal/ *devil support* (Yosep, 2009).

Faktor presipitasi perilaku kekerasan, diantaranya ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam perkelahian masal, dan sebagainya, ekspresi dan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi, kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak

membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik, ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai orang dewasa, adanya riwayat perilaku anti social meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi, kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan atau perubahan tahap perkembangan keluarga (Yosep, 2009).

Faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan dari klien gangguan jiwa di unit psikiatri yakni riwayat agresi sebelumnya, adanya peristiwa traumatis, keparahan gejala, manajemen terapeutik, jumlah rawat inap sebelumnya, lingkungan disekitar yang berpotensi berbahaya dan pengalaman menakutkan, serangan fisik dan kekerasan seksual, rasa ketidakadilan dan kurangnya kepedulian dan empati dari perawat. Tingkat keparahan perilaku kekerasan dari pasien juga dapat terjadi karena adanya konflik interaksi interpersonal dalam konteks tertentu yang dirasakan sebagai ancaman dari interaksi tersebut (Moghadam, et.al., 2013; Shipman, D., 2012; Zhavy, A.D., et.al., 2012).

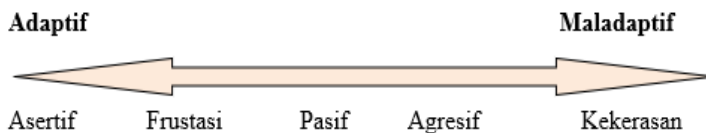
### **Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis dari perilaku kekerasan menurut Stuart & Laraia (2005) dalam Hidayati (2011), diklasifikasikan kedalam tiga komponen yakni kognitif (bingung, tidak mampu memecahkan masalah, supresi pikiran), perilaku (agitasi motorik berupa bergerak cepat, tidak mampu duduk tenang, mengepalkan tangan, kata-kata menekan, memerintahkan suara keras, kekerasan fisik terhadap diri, orang lain dan lingkungan) dan sosial (kata-kata menekan, memerintah, suara keras, menyalahkan orang

lain, membicarakan kesalahan orang lain, berkata kasar dan menolak hubungan dengan orang lain, mengejek, melanggar batas jarak personal saat interaksi, kekerasan verbal terhadap orang lain dan lingkungan). Klien dengan perilaku kekerasan dapat menyebabkan resiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan. Resiko mencederai merupakan suatu tindakan yang kemungkinan dapat melukai/ membahayakan diri, orang lain dan lingkungan (Yoseph, 2009).

### **Rentang Respon Marah**

Respons kemarahan dapat berfluktuasi dalam rentang adaptif- mal adaptif. Rentang respon kemarahan dapat digambarkan sebagai berikut : (Keliat, 2005).



Respon marah yang adaptif meliputi :

#### 1. Pernyataan (Assertion)

Respon marah dimana individu mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah, rasa tidak setuju, tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain. Hal ini biasanya akan memberikan kelegaan.

#### 2. Frustrasi

Respon yang terjadi akibat individu gagal dalam mencapai tujuan, kepuasan atau rasa aman yang tidak biasanya dalam keadaan tersebut individu tidak menemukan alternatif lain.

Respon marah yang maladaptif meliputi :

1. Pasif

Suatu keadaan dimana individu tidak dapat mampu untuk mengungkapkan perasaan yang sedang dialami untuk menghindari suatu tuntutan nyata.

2. Agresif

Perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan individu untuk menuntut suatu yang dianggapnya benar dalam bentuk destruktif tapi masih terkontrol.

3. Amuk dan kekerasan

Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilang kontrol, dimana individu dapat merusak diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

### **Mekanisme Koping**

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart dan Sundeen, 1998 hal 33). Kemarahan merupakan ekspresi dari rasa cemas yang timbul karena adanya ancaman. Beberapa mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain:

1. Sublimasi: Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.



2. **Proyeksi:** Menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.
3. **Represi:** Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.
4. **Reaksi formasi:** Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.
5. **Displacement:** Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya Timmy berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

### **Terapi Medis dan Keperawatan**

Strategi pengendalian yang digunakan oleh perawat untuk mengelola agresivitas pasien adalah sebagai berikut: 1) Medis, dengan memberikan obat-obatan antipsikosa seperti nozinan, haloperidol, trihexiphenidil dan

pemberian ECT (*Elektro Convulsive Therapy*), 2) Keperawatan, seperti pemberian asuhan keperawatan intensif pada pasien perilaku kekerasan, terapi generalis, psikoterapi, pemberian lingkungan terapeutik, kegiatan sehari-hari (ADL) dan pendidikan kesehatan (Hidayati, 2011; Yoseph, 2009; Yusuf, et.al, 2014).

## **Konsep Asuhan Keperawatan Intensif Pada Pasien**

### Pengkajian

Pengkajian pasien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di Ruang Unit Perawatan Intensif Psikiatri terbagi dalam tiga kelompok berdasarkan skala RUFA.

Tabel 1.1 Kelompok Pengkajian Masalah Keperawatan Perilaku Kekerasan

<b>Aspek</b>	<b>Intensif I 24 Jam (Skor: 1-10)</b>	<b>Intensif II 24-72 Jam (Skor: 11-20)</b>	<b>Intensif III 72 jam-10 hari (Skor: 21-30)</b>
Perilaku	Melukai diri sendiri, orang lain, merusak lingkungan, mengamuk, menentang, mengancam, mata melotot.	Menentang, mengancam dan mata melotot.	Menentang
Verbal	Bicara kasar, intonasi tinggi, menghina orang lain, menuntut, berdebat.	Bicara kasar, intonasi sedang, menghina orang lain, menuntut, berdebat.	Intonasi sedang, menghina orang lain, berdebat.
Emosi	Labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, marah-marah, dendam, merasa tidak aman.	Labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, dendam dan merasa tidak aman.	Labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, merasa tidak aman.
Fisik	Muka merah, pandangan tajam, napas pendek, berkeringat dan tekanan darah meningkat.	Pandangan tajam, tekanan darah meningkat.	Pandangan tajam, tekanan darah menurun.

## Asuhan Keperawatan Intensif I (24 jam pertama)

### 1. Tindakan keperawatan

#### a. Tujuan

Pasien tidak membahayakan dirinya, orang lain dan lingkungan.

#### b. Tindakan

##### 1) Komunikasi terapeutik

- a) Bicara dengan tenang
- b) Vocal jelas dan nada suara tegas
- c) Intonasi rendah
- d) Gerakan tidak tergesa-gesa
- e) Pertahankan posisi tubuh
- f) Jaga jarak 1-3 langkah dari pasien

##### 2) Siapkan lingkungan yang aman

- a) Lingkungan tenang
- b) Tidak ada barang-barang yang berbahaya atau singkirkan semua benda yang membahayakan

##### 3) Kolaborasi

- a) Ukur tanda vital, seperti tekanan darah, nadi dan suhu.
- b) Jelaskan secara singkat pada pasien tentang tindakan kolaborasi yang akan dilakukan
- c) Berikan obat-obatan sesuai standar medik seperti transquiliser sesuai program terapi. Pengobatan dapat berupa suntikan valium 10 mg IM/IV 3-4 x 1

amp/hari dan suntikan Haloperidol (Serenace) 5 mg, 3-4 x 1 amp/hari.

- d) Pantau keefektifan obat-obatan dan efek sampingnya.
  - 4) Observasi pasien setiap 15 menit sekali. Catat adanya peningkatan atau penurunan perilaku (yang harus diperhatikan oleh perawat terkait dengan perilaku, verbal, emosi dan fisik)
  - 5) Jika perilaku pasien tidak terkendali dan semakin tidak terkontrol, serta terus mencoba melukai dirinya sendiri, orang lain dan merusak lingkungan, maka dapat dilakukan tindakan pembatasan gerak. Jika perilaku masih tidak terkendali, maka dapat dilakukan pengekangan. Tindakan pengekangan merupakan tindakan akhir yang dapat dilakukan.
  - 6) Tindakan pembatasan gerak/pengekangan
    - a) Jelaskan tindakan yang akan dilakukan bukan sebagai hukuman melainkan untuk mengamankan pasien, orang lain dan lingkungan dari perilaku pasien yang kurang terkontrol.
    - b) Siapkan ruang isolasi/alat pengekang (restrain)
    - c) Lakukan kontrak untuk mengontrol perilakunya.
2. Jika tindakan pengekangan dilakukan, maka lakukan hal berikut
- a. Lakukan pengikatan pada ekstremitas dengan petunjuk ketua tim

- b. Lakukan observasi pengekangan dengan skala RUFA setiap 2 jam
  - c. Perawatan pada daerah pengikatan
  - d. Libatkan dan latih pasien untuk mengontrol perilaku sebelum ikatan dibuka secara bertahap
  - e. Kurangi pengekangan secara bertahap, misalnya ikatan dibuka satu per satu secara bertahap
  - f. Jika pasien sudah mulai dapat mengontrol perilakunya maka pasien sudah dapat dicoba untuk bersama dengan pasien lain dengan berlatih terlebih dahulu membuat kesepakatan yaitu jika kembali perilakunya tidak terkontrol maka pasien akan diisolasi atau pengekangan kembali.
3. Tindakan keperawatan untuk keluarga
- a. Tujuan
    - 1) Keluarga mampu mengenal masalah perilaku kekerasan pada anggota keluarganya
    - 2) Keluarga mampu memahami proses terjadinya masalah perilaku kekerasan
    - 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah perilaku kekerasan
    - 4) Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan di level intensif I.
  - b. Tindakan keperawatan
    - 1) Diskusikan tentang pengertian perilaku kekerasan.
    - 2) Diskusikan tentang tanda dan gejala perilaku kekerasan.

- 3) Diskusikan tentang penyebab dan akibat dari perilaku kekerasan.
- 4) Diskusikan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan dengan cara mengajarkan teknik relaksasi napas dalam.
- 5) Jelaskan tentang terapi obat pasien pada level intensif I.

#### 4. Evaluasi

Evaluasi respons umum adaptasi pasien dilakukan setiap akhir shift oleh perawat. Pada pasien perilaku kekerasan evaluasi meliputi hal sebagai berikut:

- a. Perilaku, seperti menentang, mengancam, mata melotot.
- b. Verbal, seperti bicara kasar, intonasi sedang, menghina orang lain, menuntut dan berdebat.
- c. Emosi, seperti labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, merasa tidak aman.
- d. Fisik, seperti pandangan tajam, tekanan darah masih meningkat.

#### 5. Rujukan

Hasilnya adalah jika kondisi tersebut tercapai, perawatan dilanjutkan pada level intensif II, sedangkan jika tidak tercapai, maka pasien tetap berada di perawatan level intensif I.

#### 6. Dokumentasi

Dokumentasikan semua tindakan yang sudah dilaksanakan dan hasil evaluasi dari tindakan tersebut. Sertakan juga alasan tindakan dari pembatasan gerak/pengekangan dan alasan penghentian dari pembatasan gerak/pengekangan.

## Asuhan Keperawatan Intensif II (25-72 Jam)

### 1. Tindakan keperawatan

#### a. Tujuan

Pasien tidak membahayakan dirinya, orang lain dan lingkungan.

#### b. Tindakan

##### 1) Komunikasi terapeutik

- a) Bicara dengan tenang
- b) Vocal jelas dan nada suara tegas
- c) Intonasi rendah
- d) Gerakan tidak tergesa-gesa
- e) Pertahankan posisi tubuh
- f) Jaga jarak 1-3 langkah dari pasien

##### 2) Siapkan lingkungan yang aman

- a) Lingkungan tenang
- b) Tidak ada barang-barang yang berbahaya atau singkirkan semua benda yang membahayakan.

##### 3) Kolaborasi

- a) Berikan obat-obatan sesuai standar medik seperti Transquiliser sesuai program terapi. Pengobatan dapat berupa suntikan Valium 10 mg IM/IV 3-4 x 1 amp/hari dan suntikan Haloperidol (Serenace) 5 mg, 3-4 x 1 amp/hari.
- b) Jelaskan pada pasien jika ada perubahan dalam terapi medis seperti penambahan obat oral.

- c) Pantau keefektifan obat-obatan dan efek sampingnya.
- 4) Buat perjanjian dengan pasien untuk mempertahankan perilakunya
  - a) Bantu pasien menggunakan kontrol diri yang diperlukan, seperti latihan mengendalikan emosi secara fisik, misalnya memukul saksak.
  - b) Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat.
- c. Evaluasi

Evaluasi respons umum adaptasi pasien dilakukan setiap akhir shift oleh perawat. Pada pasien perilaku kekerasan evaluasi meliputi:

  - 1) Perilaku, seperti menentang, mengancam, mata melotot.
  - 2) Verbal, seperti bicara kasar, intonasi sedang, menghina orang lain, menuntut, dan berdebat.
  - 3) Emosi, seperti labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, merasa tidak aman,
  - 4) Fisk, pandangan tajam, tekanan darah masih meningkat.
- d. Rujukan

Hasilnya yaitu jika kondisi tersebut tercapai, perawatan dilanjutkan pada level intensif III,



sedangkan jika tidak tercapai, maka pasien tetap berada di perawatan level intensif I.

e. Dokumentasi

Dokumentasikan semua tindakan yang sudah dilaksanakan dan hasil evaluasi dari tindakan tersebut serta alasan tindakan dari pembatasan gerak atau pengekangan.

Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam-10 Hari)

1. Tindakan keperawatan

a. Tujuan

Pasien tidak melakukan tindakan kekerasan

b. Tindakan

1) Komunikasi terapeutik

- a) Bicara dengan tenang
- b) Vocal jelas dan nada suara tegas
- c) Intonasi rendah
- d) Gerakan tidak tergesa-gesa
- e) Pertahankan posisi tubuh
- f) Jaga jarak 1-3 langkah dari pasien

2) Siapkan lingkungan yang aman

- a) Lingkungan tenang
- b) Tidak ada barang-barang yang berbahaya atau singkirkan semua benda yang membahayakan

3) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan

- a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik

- b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikopatologis
  - c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
  - d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual.
  - e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual.
  - f) Diskusikan bersama pasien perilaku yang biasa dilakukan saat marah secara verbal terhadap orang lain, diri sendiri dan lingkungan.
  - g) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
  - h) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal (menyatakan secara asertif rasa marahnya), spiritual (sholat/berdoa sesuai keyakinan pasien) dan obat.
- 4) Kolaborasi
- a) Berikan obat-obatan sesuai standar atau program terapi medis yaitu obat oral seperti Haloperidol 5 mg 3x 1 tablet/hari dan artane atau arkine 2 mg 3x1 tablet/hari.
  - b) Pantau keefektifan obat-obatan dan efek sampingnya.
  - c) Observasi tanda-tanda vital selama 8 jam.
- 5) Observasi
- a) Observasi perilaku dalam 24 jam
  - b) Libatkan dalam terapi aktivitas kelompok.

## 2. Tindakan keperawatan untuk keluarga

### a. Tujuan

Keluarga dapat merawat pasien di rumah

### b. Tindakan

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- 2) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, serta perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku kekerasan)
- 3) Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain.
- 4) Latih keluarga merawat pasien dengan perilaku kekerasan
  - a) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat.
  - b) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat.
  - c) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala perilaku kekerasan.
  - d) Buat perencanaan pulang bersama keluarga.

c. Evaluasi

Evaluasi respons umum adaptasi pasien dilakukan setiap akhir shift oleh perawat. Pada pasien perilaku kekerasan evaluasi meliputi:

- 1) Perilaku, seperti menentang, mengancam dan mata melotot.
- 2) Verbal, seperti bicara kasar, intonasi sedang, menghina orang lain, menuntut dan berdebat.
- 3) Emosi, seperti labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, merasa tidak aman.
- 4) Fisk, seperti pandangan tajam, tekanan darah masih meningkat.

d. Rujukan

Hasilnya adalah jika kondisi tersebut tercapai, maka perawatan dilanjutkan pada keluarga dan dirujuk ke perawat CMHN.

e. Dokumentasi

Dokumentasikan semua tindakan yang sudah dilaksanakan dan hasil evaluasi dari tindakan tersebut serta surat rujukan.

## **Daftar Pustaka**

- Hidayati, E. (2011). Pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan mengatasi perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang (Tesis). FKUI.
- Moghadam, M.F., Pazargadi, M., & Khoshknab, M.F. (2013). Iranian nurse's experiences of aggression in psychiatric wards: a qualitative study. *Informa healthcare*. 34(1): 765-771.
- Shipman, D. & Hooten, J. (2012). Seclusion and restraint: A high-risk procedure with alternative methods. *Federal practitioner*. Hal. 34-41.
- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2005). Principles and practice of psychiatric nursing. (7th edition). St Louis: Mosby.
- Yosep, Iyus. (2009). Keperawatan Jiwa. Edisi Revisi. Bandung: Penerbit PT. Refika Aditama.
- Yusuf, Ahmad., Fitriyasari, Rizki & Nihayati, Hanik, Endang. (2014). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Zahavy, D.A., Goldblatt, H., Granot, M., Hirschman, S. & Kostintski, H. (2011). Control: patient's aggression in psychiatric settings. *Sagepub journal*. 22(1): 43-53.

## **Profil Penulis**



### **Yuldensia Avelina, S.Kep., Ns., M.Kep**

Penulis lahir di Kewapante, 06 Desember 1986. Lulus S1 pada Program Studi Sarjana Keperawatan di Universitas Nusa Nipa Maumere-NTT pada tahun 2009 kemudian melanjutkan Pendidikan Profesi Ners pada institusi yang sama dan lulus pada tahun 2010. Penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Brawijaya Malang dan lulus tahun 2016.

Penulis saat ini adalah sebagai dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Universitas Nusa Nipa Maumere NTT. Mata kuliah yang diampu saat ini adalah keperawatan jiwa, ini merupakan fokus penulis baik dalam bidang pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat. Aktif dalam publikasi karya ilmiah baik pada jurnal maupun seminar keperawatan tingkat nasional dan internasional.

Penulis saat ini aktif dalam organisasi profesi perawat yakni Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) tingkat Kabupaten Sikka dengan masa bakti kepengurusan dari tahun 2019-2024.

Email Penulis: [nersyoully@gmail.com](mailto:nersyoully@gmail.com)



## RISIKO BUNUH DIRI

**Ahmad Guntur Alfianto, S.Kep., Ns., M.Kep**  
STIKES Widyagama Husada

### **Pengantar**

Masalah psikososial pada kalangan usai saat ini menjadikan permasalahan yang serius. Hal tersebut menjadikan permasalahan yang sangat khusus sehingga berdampak pada masalah kesehatan jiwa. Salah satu faktor penyebab masalah tersebut adalah *bullying* di sekolah ataupun lingkungan sekitar. Tekanan psikologis antar teman sebaya hingga masalah kekerasan dalam rumah tangga dapat sebagai pemicu masalah psikolososial (Stuart, 2013).

Permasalahan tersebut menjadikan risiko bunuh diri dari seseorang yang menjadi korban dari faktor pencetus tersebut. Banyak juga faktor pencetus yang mengakibatkan seseorang mengalami risiko bunuh diri selain dari permasalahan tersebut. Hasil survei menunjukkan bahwa di tahun 2019 dari hasil WHO lebih dari 700.000 orang meninggal akibat bunuh diri setiap tahunnya. Selain itu di tahun tersebut usia terbanyak dalam melakukan percobaan bunuh diri di usia 15-29 tahun. Di Indonesia sendiri di tahun 2020 melaporkan terdapat 671 kasus kemastian akibat bunuh diri. Dan di tahun 2021 menyebut telah terjadi 5.787 korban bunuh diri maupun percobaan bunuh diri (Marwale et al., 2022).



Upaya yang sering dilakukan untuk mencegah masalah bunuh diri melalui berbagai cara seperti promosi kesehatan dalam mencegah bunuh diri. Pertolongan pertama sebagai intervensi awal mencegah bunuh diri hingga pemberian dukungan sosial baik dukungan sebaya, antar teman hingga keluarga untuk mencegah bunuh diri. Melalui bentuk intervensi saat ini dengan teknologi juga dapat mempengaruhi masalah kesehatan jiwa seperti cemas, depresi, stres hingga masalah-masalah kesehatan sosial saat ini (Kartika, Alfianto dan Kurniyanti, 2020).

Tak dapat dipungkiri pencegahan bunuh diri saat ini menjadi prioritas dalam pencegahan kesehatan. Prioritas ini sesuai dengan ajaran-ajaran dan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat seperti nilai budaya dan agama yang tumbuh dan mendampingi pemikiran seseorang dalam mencegah bunuh diri. Ajaran yang timbul dalam masyarakat sejatinya mengajarkan kita untuk selalu merubah perilaku kita menjadi lebih baik. Sehingga nilai-nilai budaya dan agama yang ada saat ini dapat mencegah perilaku risiko bunuh diri (Mostafazadeh-Bora et al., 2016).

Perilaku risiko bunuh diri bermula dari suatu pikiran negatif yang muncul pada diri seseorang. Munculnya perilaku negatif tersebut menjadikan perubahan koping seseorang dan persepsi dimasyarakat terhadap seseorang. Perilaku tersebut seharusnya dapat dicegah melalui berbagai cara seperti pencegahan melalui psikoedukasi bagi di keluarga, individu ataupun masyarakat (Kumboyono & Alfianto, 2020). Beberapa teori menjelaskan terkait psikoedukasi yang mampu mengurangi stigma ataupun diskriminasi terhadap seseorang dengan masalah kejiwaan yang dapat mengakibatkan risiko bunuh diri (Alfianto, Apriyanto, et al., 2019).

## **Penyebab Percobaan Bunuh Diri**

Seseorang dengan risiko atau percobaan bunuh diri akan timbul dengan perasaan atau situasi yang tidak menyenangkan dan sulit dalam mencari solusinya. Situasi tersebut akan dapat menjadikan seseorang kehilangan cita-cita ataupun harapan sehingga upaya yang dapat dilakukan dengan cara bunuh diri. Berikut adalah faktor pemicu seseorang akan melakukan tindakan percobaan atau risiko bunuh diri.

### 1) Gangguan mental

Gangguan mental sangat erat dengan masalah bunuh diri, banyak kasus seseorang akan melakukan bunuh diri karena seseorang tersebut memiliki gangguan skizofrenia, depresi dan gangguan bipolar (Febrianita et al., 2021). Skizofrenia merupakan gangguan psikologis jangka panjang. Ketika menyerang seseorang, skizofrenia akan menyebabkan penderita mengalami delusi, halusinasi, kebingungan dalam berpikir, menarik diri dari orang lain, mengalami perubahan perilaku. Sedangkan depresi adalah gangguan mood yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam dan hilangnya minat pada hal-hal yang Anda sukai. Seseorang dinyatakan depresi jika merasa sedih, putus asa atau tidak berharga selama 2 minggu. Dan definisi gangguan bipolar adalah gangguan mental yang ditandai dengan perubahan suasana hati yang drastis. Orang dengan gangguan ini bisa merasa sangat bahagia dan kemudian menjadi sangat sedih.

### 2) Kasus kekerasan psikologis

*Bullying* menjadi masalah bentuk kekerasan psikologis. *Bullying* menjadikan dampak korban menjadi risiko bunuh diri. *Bullying* atau perundungan atau perilaku kekerasan fisik ataupun mental yang

dilakukan satu orang atau lebih dengan cara melakukan penyerangan atau mengintimidasi orang lain. Selain menyebabkan masalah bunuh diri pada korban *bullying*, korban ini dapat berdampak kepada masalah aspek kesehatan jiwa seperti gangguan mental seperti cemas, depresi, sulit tidur, menjadi pengguna obat-obatan terlarang, minum-minuman keras, akademik menuru, hingga perilaku meyakini diri sendiri (Alfianto, Safitri, et al., 2019).

### 3) Penyalahgunaan NAPZA

penggunaan obat-obatan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif yang tidak sesuai dengan fungsinya. Kondisi ini dapat menyebabkan kecanduan yang dapat merusak otak dan menyebabkan kematian. Kecanduan biasanya terjadi karena rasa ingin tahu yang tinggi. Selain itu, pasien dengan gangguan mental seperti gangguan bipolar atau skizofrenia, juga berisiko menyalahgunakan obat yang memiliki alasan untuk meredakan gejala.

### 4) Kecanduan alkohol

Kecanduan alkohol dapat meningkatkan risiko bunuh diri. Hal ini karena alkohol dapat mengurangi pengendalian diri dan mempengaruhi kemampuan seseorang untuk berpikir jernih. Alkohol sendiri dapat menurunkan sifat penahanan diri pengidapnya dan memengaruhi kemampuan seseorang untuk berpikir jernih. Akibatnya, pengidap akan cenderung bertindak berdasarkan pikiran mereka, termasuk keinginan untuk bunuh diri atau melukai diri sendiri. Alkohol juga memengaruhi suasana hati, yang dapat membuat orang lebih rentan mengalami pemikiran bunuh diri. Kondisi suasana hati yang lebih buruk, pemikiran negatif, dan rendahnya pengendalian diri

cenderung mendorong pengidap bertindak untuk bunuh diri ketika mereka minum.

5) Penderita penyakit parah

Banyak sekali penyakit parah yang menyebabkan seseorang mengalami masalah psikologis sehingga terjadi risiko bunuh diri. Penyakit parah seperti kanker, penyakit Diabetes Militus hingga penyakit gagal ginjal kronik yang melalukan dialisis juga akan berdampak kepada kesehatan jiwa. Seorang penderita penyakit berat yang tidak kunjung sembuh sering kali merasa putus asa dengan penyakit yang diidapnya. Penyakit parah yang ditambah dengan keterbatasan biaya, hingga perasaan menjadi beban keluarga, bisa memunculkan rasa putus asa dan memicu keinginan untuk bunuh diri .

6) Masalah kejiwaan

Masalah kejiwaan yang banyak dilamai oleh seseorang dengan percobaan bunuh diri adalah kehilangan pekerjaan, jabatan hingga kekayaan. Hal tersebut menjadikan suatu stresor pada seseorang sehingga terjadi perubahan mekanisme koping yang di miliki oleh individu. Mekanisme koping yang baik akan menunjukkan perilaku yang baik namun jika koping negatif akan berdampak salah satunya risiko bunuh diri.

7) Maslah sehari-hari atau kehidupan

Perceraian, kehilangan dan atau kematian menjadikan pemicu masalah kesehatan jiwa terutama risiko bunuh diri. Kehilangan menjadikan keadaan pemisahan individu dari sesuatu yang ada sebelumnya menjadi sebagian atau seluruhnya tidak ada. Pada fase kehilangan ataupun kematian

seseorang akan memiliki koping yaitu penyangkalan, marah, tawar menawar, depresi hingga penerimaan.

8) Kekerasan seksual.

Banyak kasus yang berdampak dari kekerasan seksual. Kasus seperti bunuh diri adalah bentuk dampak dari permasalahan tersebut. Korban yang sering mengalami risiko bunuh diri. Bunuh diri merupakan tindakan agresif, melukai diri sendiri, merusak dirinya dan selanjutnya mengakhiri kehidupannya.

### **Gejala dan Tanda Risiko Bunuh Diri**

Bunuh diri adalah tindakan seseorang mengambil nyawanya sendiri. Kondisi ini terkait erat dengan masalah kesehatan mental seperti depresi dan dapat menyerang siapa saja. Berikut adalah beberapa gejala yang dari seseorang melakukan tindakan risiko bunuh diri.

a) Isyarat bunuh diri

Sinyal bunuh diri ditunjukkan oleh seseorang yang bertindak secara tidak langsung dan ingin bunuh diri, tetapi sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, tetapi tidak disertai dengan ancaman. Dalam keadaan ini, seseorang mulai tampak cemas dan membuat tanda-tanda seperti: "Tolong jaga anak-anak saya, karena saya ingin pergi jauh" atau "semuanya akan lebih baik tanpa saya". Seseorang yang memberikan sinyal bunuh diri ini umumnya mengungkapkan perasaannya, seperti rasa bersalah, marah, putus asa, tidak berdaya. Selain itu, dia akan mengungkapkan hal-hal negatif tentang dirinya sendiri, hidupnya seolah-olah tidak berguna.

b) Ancaman bunuh diri

Ancaman bunuh diri biasanya dilakukan oleh seseorang yang berisi keinginan untuk mengakhiri

hidup, disertai dengan rencana untuk meninggalkan kehidupan dan persiapan untuk upaya bunuh diri. Dalam kondisi ini harus ada pertolongan, walaupun seseorang belum pernah mencoba bunuh diri, harus diawasi dengan ketat karena kecil kemungkinan orang bisa menggunakannya untuk bunuh diri.

c) Percobaan bunuh diri

Upaya bunuh diri terdiri dari menyakiti atau melukai seseorang dengan tujuan untuk mengakhiri hidup mereka. Dalam kondisi ini, seseorang secara aktif mencoba bunuh diri dengan cara gantung diri, minum racun, memotong arteri, menabrak kendaraan, atau jatuh dari tempat tinggi.

Berikut adalah gejala yang muncul pada seseorang dengan risiko bunuh diri. Diantaranya sebagai berikut:

- a) Mengekspresikan ide atau kata-kata yang menunjukkan niat bunuh diri, seperti "Saya ingin mati" atau "Saya lebih suka tidak pernah dilahirkan"
- b) Membuat wasiat
- c) Berikan barang berharga
- d) Ucapkan selamat tinggal kepada teman dan keluarga
- e) Penyimpanan pil berbahaya atau senjata api
- f) Menggunakan minuman beralkohol atau menyalahgunakan obat-obatan lebih sering
- g) Jauhi sanak saudara atau sanak saudara
- h) Tampak cemas atau gelisah
- i) Mengalami penurunan kinerja yang drastis di sekolah atau tempat kerja
- j) Mengalami perubahan dalam kebiasaan makan atau tidur

- k) Tunjukkan perubahan suasana hati yang drastis, seperti merasa senang atau sangat tenang, tepat setelah merasa sangat sedih
- l) Melakukan sesuatu yang berbahaya yang dapat menyebabkan kematian, seperti mengemudi dengan sangat cepat.

Beberapa orang dengan risiko bunuh diri juga akan mengungkapkan dalam bentuk kalimat seperti:

- a) Ekspresikan rasa sakit, baik emosional atau fisik
- b) Berbicara tentang rasa bersalah atau malu
- c) Merasa membebani orang lain
- d) Menunjukkan kemarahan atau berbicara tentang balas dendam
- e) Mengekspresikan perasaan hampa, putus asa dan tidak punya alasan untuk hidup
- f) Mengekspresikan keinginan untuk mati atau bunuh diri
- g) Sering berpikir atau berbicara tentang kematian.

Selain itu ada beberapa tanda yang muncul dan dapat diperhatikan pada seseorang dengan risiko bunuh diri. Berikut diantaranya:

- a) Sering membicarakan tentang kematian atau memikirkannya
- b) Menyakiti diri sendiri
- c) Mengancam untuk bunuh diri
- d) Cemas berlebih
- e) Tidak semangat untuk hidup
- f) Kehilangan minat
- g) Suasana hati sering berubah

- h) Merasa tidak berdaya, malu, bersalah
- i) Dan selalu mencari informasi tentang bunuh diri.

Dalam masalah atau munculnya tanda serata gejala risiko bunuh diri maka hal yang utama yang segera dilakukan adalah melakukan pertolongan atau mencari segera bantuan kepada layanan kesehatan. Bentuk layanan tersebut dapat dilakukan oleh seorang profesional. Orang profesional yang disebut adalah dokter psikiater, perawat dan psikolog (Dodok et al., 2022). Jika sudah ada tanda gejala tersebut maka harus segera kita lakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan.

Dokter akan melakukan diagnosis kepada pasien dengan menegakan tanda dan gejala tersebut. Biasanya psikiater akan melakukan beberapa pemeriksaan kondisi jiwa pasien dengan menanyakan serta mencari tau secara terperinci terkait gaya hidup, tanda dan gejala, serta riwayat kesehatan pasien dan keluarga. Psikiater biasanya akan memberikan pertanyaan terkait masalah yang dihadapi dengan beberapa pertanyaan seperti berikut:

- a) Kapan dan seberapa sering gejala muncul?
- b) Kemungkinan percobaan bunuh diri terlebih dahulu
- c) Riwayat kebiasaan penggunaan minuman beralkohol atau penyalahgunaan obat-obatan
- d) Obat-obatan yang digunakan, terutama yang dapat meningkatkan risiko bunuh diri

Pemeriksaan fisik juga dilakukan untuk menentukan penyebab gejala. Memang, kondisi fisik tertentu, seperti penyakit tiroid atau kondisi neurologis, dapat menyebabkan gejala yang menyerupai gangguan mental. Dokter juga dapat melakukan tes darah, tes urin, dan scan otak pasien. Penyelidikan bertujuan untuk mengenali kemungkinan kondisi lain yang menghasilkan keinginan untuk mencoba bunuh diri (Ahmad Guntur



Alfianto, 2021). Selain itu penilain seseorang dengan risiko bunuh diri sebagai pengakjian awal dapat menggunakan SIRS (*Suicidal Intention Rating Scale*) yang dikembangkan oleh Balley dan Dreyer (1977). Berikut adalah bentuk SIRS:

Tabel 1. Pengakjian SIRS (*Suicidal Intention Rating Scale*)

Skor 0	Tidak ada bunuh diri yang lalu dan sekarang
Skor 1	Ada ide bunuh diri, tidak ada percobaan bunuh diri, tidak mengancam bunuh diri
Skor 2	Memikirkan bunuh diri dengan aktif, tidak ada percobaan bunuh diri
Skor3	Mengancam bunuh diri, misalnya “tinggalkan saya sendiri atau saya bunuh diri”
Skor 4	Aktif mencoba bunuh diri

Dengan penilain skor tersebut dokter ataupun tenaga kesehatan proefsional mampu mengidentifikasi psien yang termasuk dalam risiko bunuh diri.

### **Penanganan pada Orang dengan Risiko Bunuh Diri**

Seseorang dengan risiko bunuh diri dapat ditangani sesuai dengan kondisi masing-masing. Hal tersebut sesuai dengan penyebab yang mendasarinya. Kasus risiko bunuh diri termausk dalam kasus kegawat daruratan psikologis. Pada kondisi tersebut lebih baik langsung di rujuk dan menghindari risiko cedera dan di IGD langsung mendapatkan penanganan yang teapat.

Tergantung pada kondisi mental pasien, obat-obatan mungkin diperlukan untuk menenangkan pasien. Dokter juga dapat meminta pasien untuk dirawat di rumah sakit selama proses perawatan. Rawat inap dapat mencegah pasien melakukan bunuh diri. Metode pengobatan yang dapat dilakukan sebagai berikut

#### 1) Psikoterapi

Banyak sekali model psikoterapi yang dapat dilakukan untuk penyembuhan pasien dengan risiko

bunuh diri. Terapi kognitif perilaku adalah salah satu bentuk terapi yang bisa dilakukan untuk mencegah risiko bunuh diri. Terapi kognitif-perilaku adalah bentuk psikoterapi yang menggabungkan terapi perilaku dan terapi kognitif. Kedua terapi tersebut bertujuan untuk mengubah keadaan pikiran dan respons pasien dari negatif menjadi positif (Keliat, 2019).

Terapi perilaku kognitif dengan teknik tertentu mengharuskan pasien berada dalam situasi dan keadaan yang biasanya mereka hindari. Misalnya, pasien yang takut ular akan termotivasi untuk berani memelihara ular. Sedangkan penderita gangguan kecemasan dianjurkan untuk berbicara di depan umum.

## 2) Obat-obatan

Obat-obatan antidepresan salah satu bentuk obat yang dapat digunakan pada seseorang dengan risiko bunuh diri. Obat yang digunakan untuk menangani depresi. Obat ini bekerja dengan cara menyeimbangkan senyawa kimia alami di dalam otak yang disebut neurotransmitter. Cara kerja ini bisa membantu memperbaiki dan menyeimbangkan suasana hati dan emosi penderita depresi. Antidepresan juga bisa digunakan untuk mengatasi gangguan mental lain, seperti gangguan obsesif kompulsif (OCD), gangguan stress pascatrauma (PTSD), gangguan kecemasan umum, fobia, binge eating disorder, dan bulimia. Obat ini hanya boleh digunakan dengan resep dokter. Jenis jenis obat-obatan selain itu adalah antipsikotik, dan anticemas, untuk meredakan gejala gangguan mental.

### 3) Penanganan kecanduan

Model pengobatan ini dengan melakukan detoksifikasi (pengeluaran racun dari tubuh), rehabilitasi, dan konseling kelompok. Detoksifikasi merupakan upaya yang dapat mempengaruhi kecanduan yang dapat mengakibatkan risiko bunuh diri. Bentuk detoksifikasi adalah seperti melakukan pengeluaran racun alkohol hingga NAPZA. Sedangkan untuk konseling dapat dilakukan untuk mencegah masalah risiko bunuh diri. Konseling memiliki makna hubungan pribadi yang dilakukan secara tatap muka antarab dua orang dalam mana konselor melalui hubungan itu dengan kemampuan-kemampuan khusus yang dimilikinya, menyediakan situasi belajar. Sedangkan untuk rehabilitasi dapat dilakukan untuk penyembuhan paska pengobatan. Pada proses rehabilitasi ini tidak membutuhkan waktu sebentar. Namun harus dilakukan berulang-ulang.

### 4) Dukungan keluarga

Pada kasus risiko bunuh diri sangat penting sekali adanya dukungan dari keluarga. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan terhadap tiap- tiap anggota keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika membutuhkannya. Selain itu dukungan emosional dari keluarga juga sangat penting. Dukungan emosional merupakan dukungan untuk memberikan perasaan nyaman, perasaan dicintai dalam bentuk semangat, dan empati yang dipe- roleh melalui interaksi remaja dengan dengan orang lain dalam lingkungan sosialnya, dan bisa berasal dari siapa saja, keluarga, dan teman (Wicaksono dan Alfianto, 2019).

Hal-hal yang perlu diwaspadai pada seseorang dengan risiko bunuh diri adalah terjadinya komplikasi. Pikiran untuk mengakhiri hidup dapat mempengaruhi emosi pasien dan mencegahnya untuk fokus pada aktivitas. Seseorang yang selamat dari upaya bunuh diri juga dapat menderita cedera serius dan permanen, seperti kerusakan pada otak atau organ lainnya. Penderita juga mungkin merasa sedih, marah, bersalah dan tertekan. Selain itu, pasien dapat mencoba bunuh diri lagi dalam waktu 1 tahun dari upaya terakhir. Paling buruk, kondisi ini dapat menyebabkan kematian.

Selain dilakukan tindakan pengobatan perlu adanya penegahan risiko bunuh diri yang sangat penting dan dapat dilakukan dengan benar. Beberapa hal yang dapat mencegah risiko terjadinya bunuh diri sebagai berikut:

- 1) Dapatkan perawatan jika Anda memiliki kondisi kesehatan mental, seperti depresi atau kecanduan
- 2) Carilah dukungan dari keluarga dan orang-orang terkasih dengan berbagi cerita tentang masalah dan perasaan yang Anda alami
- 3) Dapatkan perawatan yang diperlukan jika Anda memiliki penyakit yang dapat memicu pikiran untuk bunuh diri
- 4) Berpartisipasi dalam konsultasi kelompok untuk bertukar ide dan mencari solusi bersama
- 5) Karena pikiran untuk bunuh diri bersifat sementara dan dapat diobati
- 6) Selalu pastikan Anda memiliki gaya hidup sehat, yaitu pola makan yang sehat dan seimbang, aktivitas fisik yang teratur, istirahat yang cukup dan manajemen stres yang baik

Dan perlu di kurangi risiko juga pada seseorang dengan risiko bunuh diri adalah dengan selalu memwaspadai risiko serta tanda-tanda percobaan untuk bunuh diri. Keluarga sangat berperan aktif dalam menjaga serta dukungan pencegahan bunuh diri. Hal-hal yang perlu dilakukan untuk mencegah bunuh diri.

- 1) Dengarkan baik-baik masalah dan keluhan tanpa menghakimi.
- 2) Bantu yang bersangkutan untuk mengatasi masalahnya, misalnya dengan menyarankan agar ia menemui dokter atau psikiater.
- 3) Jangan ragu untuk bertanya kepada orang yang terkena dampak bagaimana perasaan mereka, dan tunjukkan kasih sayang dan perhatian mereka, baik dalam perbuatan maupun kata-kata.
- 4) Jangan abaikan perasaannya tentang sesuatu, meskipun itu sepele atau mudah diselesaikan.
- 5) Simpan barang-barang yang dapat digunakan untuk bunuh diri, seperti senjata tajam atau senjata api.

## Daftar Pustaka

- Ahmad Guntur Alfianto, .Miftakhul Ulfa. (2021). *Buku Praktikum Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Literasi Nusantara.
- Alfianto, A. G., Apriyanto, F., Diana, M., Studi, P., Keperawatan, I., Widyagama, S., & Malang, H. (2019). Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan. *Jl-KES: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(2), 37–41.
- Alfianto, A. G., Safitri, A., Studi, P., & Keperawatan, I. (2019). *Efikasi Diri Siswa Dengan Tanda Gejala Psikosis Awal Dalam*. 3(1), 7–11.
- Candra Aprilia Kartika, Ahmad Guntur Alfianto, M. A. K. (2020). Pertolongan pertama kesehatan jiwa pada siswa dengan masalah psikososial yang berisiko bunuh diri. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(2), 161–172.
- Dodok, Y., Guntur, A., Indriyawati, & Wicaksono, K. E. (2022). Behavioral Differences In Seeking Help For Mental Health Among Generation Z From The Kodi People Group And The Madurese Ethnic Group. *Journal of Applied Nursing and Health*, 4(1), 68–75. <https://doi.org/10.55018/janh.v4i1.57>
- Febrianita, D. A., Alfianto, A. G., & Muntaha, M. (2021). Gambaran Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Gangguan Bipolar di Masa Pandemi Covid-19. *Media Husada Journal Of Nursing Science*, 2(2), 1–5. <https://doi.org/10.33475/mhjns.v2i2.38>
- Keliat, B. A. dkk. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.

- Kumboyono, K., & Alfianto, A. G. (2020). Psychoeducation for Improving Self Efficacy of Care Givers in Risk Coronary Heart Disease Prevention: The Study of Family Empowerment. *Indian Journal of Public Health Research and Deevlopment*, 11(03), 2309–2313.
- Marwale, A., Phadke, S., & Kocher, A. (2022). Psychiatric management of patients in intensive care units. *Indian Journal of Psychiatry*, 64(8), S292–S307. [https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_28\\_22](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_28_22)
- Mostafazadeh-Bora, M., Zarghami, A., & Shahriari, M. (2016). Vital role of cultural and religious context on suicidal behavior. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(12), 582–583. <https://doi.org/10.1111/pcn.12458>
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed)* (10 th). Elsevier Mosby.
- Wicaksono dan Alfianto. (2019). Family Centered Empowerment Model Terhadap Perubahan Perilaku Keluarga Miskin Mencegah Hipertensi Di Kecamatan Bantur. *Jl-KES (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 2(2), 55–60. <https://doi.org/10.33006/ji-kes.v2i2.115>.

## Profil Penulis



### **Ahmad Guntur Alfianto, S.Kep., Ns., M.Kep**

Ahmad Guntur Alfianto adalah anak pertama dari 2 bersaudara. Beliau lahir di Kota Malang pada tanggal 15 Mei 1989. Pendidikan tinggi dimulai dari sarjana keperawatan dan profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan atau sekarang lebih di kenal dengan Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Sedangkan Program Magister Keperawatan di peroleh dari Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Saat ini menjadi dosen di salah satu perguruan tinggi swasta di kota Malang yaitu STIKES Widyagama Husada Malang.

Program yang di kembangkan saat ini adalah bidang keperawatan jiwa dengan kelompok usia sekolah. Saat ini juga menggagas dan mengembangkan promosi kesehatan jiwa di sekolah dengan program *School Mental Health in Rural* (SMAIL). Selain itu juga beliau fokus pada kajian riset yang di dirikan dengan team dosen keperawatan jiwa, komunitas dan gerontik dengan kelompok riset jamu gendong. Pengalaman riset sudah dimulai sejak tahun 2018 hingga sekarang. Karya buku yang sudah di terbitkan juga saat ini berjumlah 10 buku yang berfokus di kesehatan jiwa, komunitas dan gerontik.

Email Penulis: [ahmadguntur@widyagamahusada.ac.id](mailto:ahmadguntur@widyagamahusada.ac.id)





**Marita Kumala Dewi, S.Kep., Ns., MAN**  
STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta

### **Pengertian**

Waham yaitu keyakinan tentang suatu pikiran yang kokoh/kuat, tidak sesuai dengan kenyataan, tidak cocok dengan intelegensia dan latar belakang budaya, selalu dikemukakan secara berulang-ulang dan berlebihan, biarpun telah dibuktikan kemustahilannya/kesalahannya atau tidak benar secara umum.

Waham adalah suatu keyakinan yang salah yang dipertahankan secara kuat atau terus-menerus, tapi tidak sesuai dengan kenyataan. Waham adalah termasuk gangguan isi pikiran. Pasien meyakini bahwa dirinya adalah seperti apa yang ada di dalam isi pikirannya. Waham sering ditemui pada gangguan jiwa berat dan beberapa bentuk waham yang spesifik sering ditemukan pada penderita skizofrenia.

Menurut SDKI (2017) waham merupakan keyakinan yang keliru tentang isi pikiran yang dipertahankan secara kuat atau terus-menerus namun tidak sesuai dengan kenyataan.

## **Klasifikasi Waham**

a. Waham kebesaran

Waham kebesaran yaitu keyakinan klien pada kemampuan, kekuatan, pendidikan, kekayaan, atau kekuasaan yang luar biasa, seperti “saya seorang Ratu yang cantik, seorang nabi, dan seorang superman”.

b. Waham curiga

Waham curiga yaitu keyakinan klien yang berlebihan pada seseorang/kelompok yang berusaha merugikan, menyakiti, mengganggu, mengancam, memata-matai atau membicarakan keburukannya.

c. Waham agama

Waham agama adalah keyakinan klien yang berhubungan dengan agama/keyakinan yang berlebihan.

d. Waham nihilistic

Waham nihilistic yaitu keyakinan klien pada dirinya sendiri/oranglain sudah meninggal dunia/sudah hancur dan sesuatunya tidak ada apa-apanya lagi.

e. Waham somatic

Waham somatic adalah klien meyakini bahwa tubuh atau bagian tubuh terkena penyakit dan hal tersebut disampaikan berulang kali tetapi tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya, “Saya menderita penyakit ganas”, pasien terus mengatakan bahwa dia menderita kanker meskipun tes laboratorium tidak menunjukkan tanda-tanda kanker.

f. Waham bizar

Waham bizar terdiri dari:

- 1) Sisip pikir yaitu keyakinan klien terhadap pikiran orang lain yang disisipkan ke dalam pikirannya.
- 2) Siar pikir/broadcasting adalah keyakinan klien bahwa idenya sedang digunakan/ditransmisikan ke orang lain, mengetahui apa yang dipikirkan klien meskipun tidak pernah secara nyata dikatakan pada orang lain.
- 3) Kontrol pikir/waham pengaruh. Ini adalah keyakinan klien bahwa pikiran, emosi dan tindakannya selalu dikendalikan/dipengaruhi oleh kekuatan di luar dirinya yang aneh.

### **Penyebab**

Menurut World Health Organization (2016), munculnya masalah waham ada beberapa kemungkinan penyebab. Secara spesifik disebutkan karena gangguan neurodegeneratif, gangguan sistem saraf pusat, penyakit pembuluh darah, penyakit menular, penyakit metabolik, gangguan endokrin, defisiensi vitamin, pengaruh obat-obatan, racun, dan zat psikoaktif.

- a. Faktor Biologis: kelainan genetic/keturunan, kelainan neurologis (misal gangguan system limbik, gangguan ganglia basalis, tumor otak, penyalahgunaan zat)
- b. Maladaptasi
- c. Stress berlebihan
- d. Factor Psikodinamika (misal: isolasi sosial, hipersensitif).

## **Tanda Gejala**

Tanda dan gejala waham dapat dikelompokkan sebagai berikut:

### **Mayor**

#### **Subjektif**

Mengungkapkan isi waham

#### **Objektif**

Menunjukkan perilaku sesuai isi waham

Isi pikir tidak sesuai realitas

Isi pembicaraan sulit dimengerti

### **Minor**

#### **Subjektif**

Merasa sulit berkonsentrasi

Merasa khawatir

#### **Objektif**

Waspada berlebihan

Bicara berlebihan

Sikap menentang atau permusuhan

Wajah tegang

Pola tidur berubah

Tidak mampu mengambil keputusan

Flight of idea

Produktifitas kerja menurun

Tidak mampu merawat diri

Menarik diri

## **Proses Terjadinya Waham**

a. Fase kebutuhan manusia rendah (*lack of human need*)

Waham diawali dengan terbatasnya berbagai kebutuhan pasien baik secara fisik maupun psikis. Keinginan untuk memenuhi kebutuhan hidup mendorongnya untuk melakukan kompensasi yang keliru. Hal ini disebabkan oleh adanya kesenjangan antara realitas dan ideal diri (*self ideal*).

b. Fase kepercayaan diri rendah (*lack of self esteem*)

Kesenjangan antara ideal diri dengan realita serta dorongan kebutuhan yang tidak terpenuhi membuat pasien merasa tertekan, malu, dan tidak berharga.

c. Fase pengendalian internal dan eksternal (*control internal and external*)

Pada tahap ini, pasien mencoba berpikir rasional bahwa apa yang ia yakini atau apa yang ia katakan adalah kebohongan, menutupi kekurangan, dan tidak sesuai dengan kenyataan. Namun bagi pasien, menghadapi kenyataan adalah sesuatu yang sangat berat, karena kebutuhannya untuk diakui, dianggap penting, dan diterima lingkungan menjadi prioritas dalam hidupnya. Hal tersebut bisa disebabkan karena kebutuhan tersebut belum terpenuhi sejak kecil secara optimal. Lingkungan sekitar pasien mencoba memberikan koreksi bahwa sesuatu yang dikatakan pasien itu tidak benar, tetapi tidak dilakukan secara adekuat sehingga lingkungan hanya menjadi pendengar pasif tetapi tidak mau konfrontatif berkepanjangan dengan alasan pengakuan pasien tidak merugikan orang lain.

d. Fase dukungan lingkungan (*environment support*)

Dukungan dari lingkungan sekitar yang mempercayai keyakinan pasien menyebabkan pasien merasa didukung, lama-kelamaan pasien menganggap sesuatu yang dikatakan tersebut sebagai suatu kebenaran karena seringnya diulang-ulang. Sehingga mulai terjadi kerusakan kontrol diri dan tidak berfungsi norma (*superego*) yang ditandai dengan tidak ada lagi perasaan dosa saat berbohong.

e. Fase nyaman (*comforting*)

Pasien merasa nyaman dengan keyakinan dan kebohongannya serta menganggap bahwa semua orang sama yaitu akan mempercayai dan mendukungnya. Keyakinan sering disertai halusinasi pada saat pasien menyendiri dari lingkungannya. Selanjutnya, pasien lebih sering menyendiri dan menghindari interaksi sosial (*isolasi sosial*).

f. Fase peningkatan (*improving*)

Apabila tidak adanya konfrontasi dan berbagai upaya koreksi, keyakinan yang salah pada pasien akan meningkat. Jenis waham sering berkaitan dengan kejadian traumatik masa lalu atau berbagai kebutuhan yang tidak terpenuhi. Waham bersifat menetap dan sulit untuk dikoreksi. Isi waham dapat menimbulkan ancaman diri dan orang lain.

## **Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan medis waham antara lain :

a. Psikofarmalogi

Pemberian terapi pengobatan seperti Litium Karbonat, Haloperidol, Karbamazepin, antipsikosis atipikal (*olanzapin, risperidone*).

- b. Electro Convulsive Therapy (ECT)  
ECT adalah prosedur dimana arus listrik melewati otak untuk latihan kejang singkat sehingga terjadi perubahan kimiawi otak. Pemberian tindakan ECT dapat mengurangi penyakit mental tertentu seperti skizofrenia katatonik. ECT sebagai alternatif ketika gejalanya parah atau ketika terapi obat tidak membantu meringankan episode katatonik.
- c. Psikoterapi  
Psikoterapi mungkin tidak sama untuk semua orang, terutama jika gejalanya terlalu berat untuk berpartisipasi dalam proses pengobatan yang membutuhkan komunikasi dua arah. Psikoterapi meliputi terapi perilaku, terapi kelompok, terapi keluarga, dan perawatan suportif.

### **Konsep Keperawatan**

- a. Pengkajian  
Tanda dan gejala dari perubahan isi pikir waham bervariasi menurut jenisnya. Pasien menyatakan bahwa dirinya adalah orang yang hebat, memiliki kekuatan, pendidikan, atau kekayaan yang luar biasa, dan pasien mengungkapkan perasaan bahwa dirinya sedang dikejar oleh orang lain atau sekelompok orang. Selain itu, pasien menyatakan perasaan mengenai penyakit yang ada dalam tubuhnya, menarik diri dan isolasi, mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan interpersonal dengan orang lain, rasa curiga yang berlebihan, kecemasan yang meningkat, sulit tidur, tampak apatis, suara menjadi pelan, ekspresi wajah datar, kadang tertawa atau menangis sendiri, rasa tidak percaya kepada orang lain, dan gelisah.
- b. Diagnosa Keperawatan  
Waham.



c. Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan
1.	Tanggal ..... Jam ..... Waham	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...hari/ ... jam di harapkan status orientasi membaik dengan kriteria hasil: a. Produktifitas meningkat b. Verbalisasi waham menurun c. Perilaku waham menurun d. Khawatir menurun e. Tegang Menurun f. Menarik diri menurun g. Perilaku sesuai realita membaik h. Isi pikir sesuai realita membaik i. Konsentrasi membaik j. Pola tidur membaik k. Kemampuan mengambil keputusan membaik l. Perawatan diri membaik	<b>INDIVIDU</b> <b>b. Manajemen waham</b> <b>Observasi</b> Monitor waham yang isinya membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan <b>Terapeutik</b> 1) Bina hubungan interpersonal saling percaya 2) Tunjukkan sikap tidak menghakimi secara konsisten 3) diskusikan waham dengan berfokus pada perasaan yang mendasari waham 4) Hindari perdebatan tentang keyakinan yang keliru, nyatakan keraguan sesuai fakta 5) Hindari memperkuat gagasan waham 6) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 7) Berikan aktivitas rekreasi dan pengalihan sesuai kebutuhan 8) Diskusikan dalam Menyusun jadwal kegiatan harian klien 9) Fasilitasi pelaksanaan jadwal kegiatan harian klien 10) Lakukan intervensi pengontrolan perilaku waham yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (misal: pembatasan ruang gerak, pengekangan fisik, pengekangan kimiawi)

			<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan mengungkapkan dan memvalidasi waham (uji realitas) dengan orang yang dipercaya (pemberi asuhan/keluarga)</li> <li>2) Anjurkan melakukan rutinitas harian secara konsisten</li> <li>3) Latihan manajemen stress</li> <li>4) Jelaskan tentang waham serta penyakit terkait (misal: delirium, skizofrenia, atau depresi) dan cara mengatasi.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi medis: pemberian obat antipsikotik</p> <p><b>c. Orientasi Realita</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi perubahan orientasi</li> <li>2) Identifikasi proses pikir (isi, bentuk, dan arus)</li> <li>3) Identifikasi kemampuan penalaran</li> <li>4) Identifikasi perubahan kognitif dan perilaku</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perkenalkan nama saat memulai interaksi</li> <li>2) Orientasikan orang, tempat, waktu dan situasi</li> <li>3) Hadirkan realita, hindari perdebatan</li> <li>4) Sediakan lingkungan dan rutinitas secara konsisten</li> <li>5) Atur stimulus sensorik dan lingkungan (misal: kunjungan, pemandangan, suara, pencahayaan, bau dan sentuhan)</li> <li>6) Gunakan symbol dalam mengorientasikan lingkungan (misal: tanda, gambar, warna)</li> <li>7) Berikan waktu istirahat dan tidur yang cukup, sesuai</li> </ol>
--	--	--	--

			<p>kebutuhan</p> <p>8) Fasilitasi akses informasi (misal: televisi, surat kabar, radio)</p> <p>9) Diskusikan konsekuensi dari waham jika sudah siap</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan untuk latihan orientasi realita</li> <li>2) Anjurkan perawatan mandiri secara mandiri</li> <li>3) Anjurkan penggunaan alat bantu yang bisa meningkatkan kapasitas sensori (misal: kacamata, alat bantu dengar, gigi palsu)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi medis: pemberian obat antipsikotik</li> <li>2) konsultasi intervensi keperawatan spesialis: terapi kognitif, terapi perilaku, dan terapi kognitif perilaku</li> </ol> <p><b>d. Pemberian obat</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi obat</li> <li>2) Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi</li> <li>3) Periksa tanggal kadaluwarsa obat</li> <li>4) Monitor tanda-tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat, jika perlu</li> <li>5) Monitor efek terapeutik obat, efek samping, toksisitas dan interaksi obat</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat</li> <li>2) Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi)</li> </ol>
--	--	--	--

			<p>3) Hindari pemberian obat yang tidak diberi label dengan benar</p> <p>4) Fasilitasi pemberian obat</p> <p>5) Tanda tangani pemberian narkotika sesuai protocol</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1) Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, intervensi yang diharapkan dan efek samping obat, sebelum peberian</p> <p>2) Jelaskan factor yang dapat meningkatkan dan menurunkan efektifitas obat</p> <p><b>KELUARGA</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1) Identifikasi kemampuan keluarga dalam mengenal masalah waham</p> <p>2) Identifikasi kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk merawat klien waham</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1) Diskusikan tentang masalah waham</p> <p>2) Diskusikan intervensi medis dan perawatan klien dengan waham</p> <p>3) Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan klien dengan waham</p> <p>4) Libatkan keluarga dalam merencanakan, menyediakan dan mengevaluasi perawatan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1) Ajarkan dan latih keluarga dalam merawat klien dengan waham</p> <p>2) Ajarkan dan latih keluarga untuk melakukan modifikasi lingkungan dalam merawat klien waham</p>
--	--	--	---

			<p>3) Anjurkan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam merawat klien dengan waham</p> <p><b>Kolaborasi</b> Konsultasi intervensi keperawatan spesialis: psikoedukasi keluarga</p> <p><b>KELOMPOK</b></p> <p>a. Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realita</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Sesi 1: Pengenalan orang</li><li>2) Sesi 2: Pengenalan tempat</li><li>3) Sesi 3: Pengenalan waktu</li></ol> <p>b. Konsultasi intervensi keperawatan spesialis: Terapi Suportif</p>
--	--	--	--

## Daftar Pustaka

- Antai-Otong, D. (2003). Psychiatric mental health nursing. *Nursing Clinics of North America*, 38(1).  
[https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(02\)00091-9](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(02)00091-9)
- Campbell, A. (2004). The art and science of mental health nursing. *The art and science of mental health nursing*. In *Nursing Standard* (Vol. 19, Issue 10).  
<https://doi.org/10.7748/ns2004.11.19.10.29.b273>
- Corey, G. (2015). Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, Eighth Edition. In *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis* (Vol. 53, Issue 9).
- Keliat, B. A., Akemat, P. (2016). *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok* (2nd ed.). EGC.
- Martin, C. R. (2011). Physical Health and Well-being in Mental Health Nursing. *Nurse Education in Practice*, 11(5), e16.  
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.02.008>
- McDougall, T. (2012). Nursing in Child and Adolescent Mental Health. In *Mental Health Practice* (Vol. 15, Issue 6).  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=73520611&site=ehost-live>
- Neno, R., Aveyard, B., & Heath, H. (2008). Older People and Mental Health Nursing: A Handbook of Care. In *Older People and Mental Health Nursing: A Handbook of Care*.  
<https://doi.org/10.1002/9780470692240>
- Outline, C., Terms, K., Concepts, C., & Assignment, H. (2013). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing A guide to...*

- PPNI, T. P. S. D. (2017a). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Dewan Pengurus PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2017b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2017c). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus PPNI.
- Publications, O. M. (2013). Emergencies in Mental Health Nursing. *Emergencies in Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1093/med/9780199561414.001.0001>
- Stuart, G.W. dan Laraia, M. . (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Mosby Year Book.
- Videbeck, S. (2020). *Psyciatric Mental Health Nursing (Leo Gray (ed.)* (8th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Woods, P., & Kettles, A. M. (2009). Risk Assessment and Management in Mental Health Nursing. In *Risk Assessment and Management in Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1002/9781444312171>
- Yusuf, A.H, F., & R & Nihayati, H. . (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366. <https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x>

## **Profil Penulis**



### **Marita Kumala Dewi, S.Kep., Ns., MAN**

Marita Kumala Dewi, lahir pada 12 Maret 1990 dan kini menetap di Yogyakarta. Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2008 silam dan penulis memilih untuk menekuni dan mendalami bidang keilmuan tersebut di Akademi Perawatan Bethesda Yakkum Yogyakarta. Penulis bergabung di STIKES Bethesda Yakkum pada tahun 2011. Penulis lulus dari program Sarjana dan Profesi Keperawatan di STIKES Bethesda Yakkum pada tahun 2015. Tahun 2018 penulis melanjutkan studi S2 di Philippine Women's University dan lulus pada tahun 2020.

Saat ini penulis mengabdikan diri sebagai Dosen dan aktif mengajar di STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta. Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan jiwa. Selama bergabung di STIKES Bethesda Yakkum, penulis pernah bekerja di bagian laboratorium keperawatan dan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.

Dalam rangka mewujudkan karir sebagai dosen, penulis aktif melaksanakan kegiatan tridarma dibidang keperawatan jiwa. Berbagai kegiatan sehubungan dengan kepakaran tersebut dilakukan dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi masyarakat.

Email : [marita@stikesbethesda.ac.id](mailto:marita@stikesbethesda.ac.id)





## KONFUSI AKUT (HALUSINASI)

**Ns. Ramaita, M.Kep**  
Universitas Negeri Padang

### **Pendahuluan**

Pada saat Andamerawat pasien gangguan jiwa, sering Anda mendapatkan pasien sedang menyendiri disudut ruangan sambil bercakap-cakap atau tertawa sendiri tanpa ada orang disekitar pasien. Atau tiba-tiba Anda melihat pasien marah dengan mengeluarkan kata-kata kotor, memaki, melukai diri sendiri atau membanting barang-barang yang ada disekilangnya tanpa ada orang lain disekitar pasien atau tanpa ada sebab yang jelas.

Melihat kondisi diatas, tentu Anda bertanya apa yang sedang dialami pasien tersebut?, halusinasi apa yang sedang dialami?, kapan muncul halusinasi tersebut dan pada kondisi apa halusinasi muncul? Saya harus melakukan asuhan keperawatan pada pasien tersebut, karena jika tidak saya lakukan maka pasien dapat melukai dirinya sendiri ataupun orang lain. Tapi bagaimana saya harus melakukannya? Saya belum memiliki pengetahuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien halusinas. Untuk memberikan bekal pengetahuan pada Anda maka pelajarilah bab iv ini dengan sebaik-baiknya. Halusinasi merupakan salah satu masalah keperawatan jiwa yang banyak ditemui pada klien gangguan jiwa. Bab ini berisi panduan cara memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan

halusinasi. Harap bab ini bisa dipahami agar anda dapat memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah halusinasi.

## **Teori**

### **1. Pengertian**



Halusinasi adalah keadaan dimana seorang individu mengalami gangguan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, bau atau rasa yang mengenai indera penglihatan, pendengaran, pengecapan, penghiduan, dan perabaan. Klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada/tidak nyata.

### **2. Penyebab**

- a. Faktor biologi, seperti: genetik, ketidakseimbangan neurotransmitter
- b. Faktor psikososial, seperti: pola asuh tidak adekuat, trauma, kegagalan/kehilangan, kemiskinan, disingkirkan dari lingkungan.

### 3. Jenis Halusinasi

- a. Halusinasi pendengaran
- b. Halusinasi penglihatan
- c. Halusinasi perabaan
- d. Halusinasi pengecapan
- e. Halusinasi penghiduan

### 4. Tahapan Halusinasi

- a. Tahap I □ menyenangkan
- b. Tahap II □ antipati/ menjijikkan
- c. Tahap III □ mengontrol
- d. Tahap IV □ larut dalam halusinasi

### 5. Tanda & Gejala

- a. Halusinasi pendengaran:
  - ✚ Objektif (bicara/tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menyendengkan telinga ke arah suara, menutup telinga)
  - ✚ Subyektif (mengatakan mendengar suara-suara gauh/berisik, mendengar suara-suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya).



b. Halusinasi penglihatan

- Objektif (menunjuk-nunjuk ke suatu arah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas)
- Subyektif (mengatakan melihat bayangan, sinar, bentuk-bentuk tertentu, melihat hantu/jin/setan)



c. Halusinasi perabaan

- Objektif (menggaruk-garuk permukaan kulit)
- Subyektif (mengatakan ada sesuatu di permukaan kulitnya, merasakan seperti tersengat listrik)



d. Halusinasi pengecapan

- Objektif (sering meludah, muntah)
- Subyektif (mengatakan merasakan sesuatu seperti darah, urine atau feses)



e. Halusinasi penghiduan

- Objektif (tampak seperti sedang membau-bau sesuatu, menutup hidung)
- Subyektif (mengatakan mencium bau-bauan seperti bau darah, urine, feses)



## 6. Proses Terjadinya

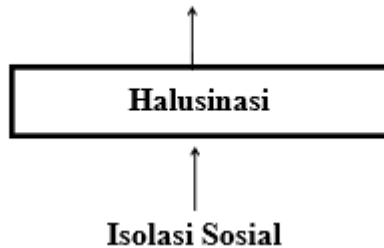
Faktor penyebab → perasaan diancam oleh lingkungan/ cemas → individu mengingkari ancaman → memproyeksikan pikiran internal pada lingkungan → perasaan, pikiran dan keinginan negatif tidak dapat diterima sebagai bagian eksternal → **halusinasi**

## 7. Prinsip Tindakan Keperawatan

- Validasi halusinasi klien dan tidak memfasilitasi halusinasi klien tersebut
- Adakan kontak sering tapi singkat dengan klien
- Terima halusinasi klien dan ungkapkan realita perawat
- Bantu klien mengontrol halusinasinya

## 8. Pohon Diagnosa

**Resiko Perilaku Kekerasan/ Perilaku Kekerasan**



## 9. Isolasi Sosial

→ **Halusinasi**

## 10. Proses Terjadinya Halusinasi

Untuk meningkatkan pemahaman Anda tentang halusinasi Marilah kita belajar mengenai proses terjadinya halusinasi. Proses terjadinya halusinasi dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi

stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi,

*a. Faktor Predisposisi*

Faktor predisposisi halusinasi terdiri dari

1) Faktor Biologis :

Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (herediter), riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lain (NAPZA).

2) Faktor Psikologis

Memiliki riwayat kegagalan yang berulang. Menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang disekitar atau overprotektif.

3) Sosiobudaya dan lingkungan

Sebahagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, selain itu pasien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan pada usia perkembangan anak, pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

*b. Faktor Presipitasi*

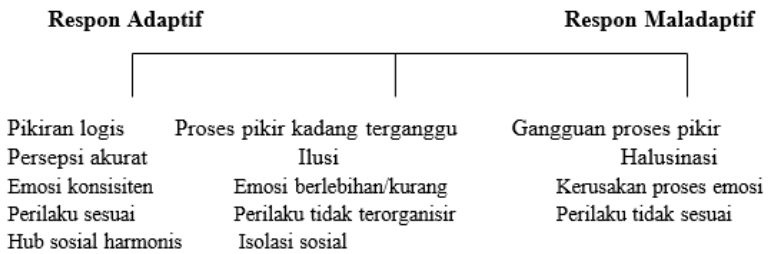
Stressor presipitasi pasien gangguan persepsi sensori halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan



dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat.

### 11. Rentang Respon Neurobiologis

Stuart and Laraia menjelaskan rentang respon neurobiologis pada pasien dengan gangguan senssori persepsi halusinasi sebagai berikut:



## 12. Pendoman Asuhan Keperawatan pada Pasien Halusinasi

TINDAKAN	PERTEMUAN/ STRATEGI PELAKSANAAN (SP)				
	1	2	3	4	5 s/d 12
<b>Pasien</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon</li> <li>2. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan</li> <li>3. Latih cara mengontrol halusinasi dg menghardik</li> <li>4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</li> <li>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuklatihan menghardik dan minum obat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik &amp; obat. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dg bercakap-cakap saat terjadi halusinasi</li> <li>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuklatihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik &amp; obat &amp; bercakap-cakap. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan)</li> <li>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik&amp; obat &amp; bercakap-cakap &amp; kegiatan harian. Beri pujian</li> <li>2. Latih kegiatan harian</li> <li>3. Nilai kemampuan yang telah mandiri</li> <li>4. Nilai apakah halusinasi terkontrol</li> </ol>
<b>Keluarga</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik. Beri pujian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberikan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, memberikan obat &amp;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik &amp; memberikan obat</li> </ol>

	<p>2. Jelaskan pengertian, tanda &amp; gejala, dan proses terjadinya halusinasi (gunakan booklet)</p> <p>3. Jelaskan cara merawat halusinasi</p> <p>4. Latih cara merawat halusinasi: hardik</p>	<p>2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat</p> <p>3. Latih cara memberikan/ membimbing minum obat</p> <p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p>	<p>obat. Beri pujian</p> <p>2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi</p> <p>3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi</p> <p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p>	<p>bercakap-cakap. Beri pujian</p> <p>2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p>	<p>&amp; bercakap-cakap &amp; melakukan kegiatan harian dan follow up. Beri pujian</p> <p>2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien</p> <p>3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM</p>
	<p>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p>				

## Kesimpulan

Halusinasi adalah keadaan dimana seorang individu mengalami gangguan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, bau atau rasa yang mengenai indera penglihatan, pendengaran, pengecapan, penghiduan, dan perabaan. Klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada/tidak nyata. Adapun tindakan keperawatan pada klien dengan Halusinasi terdiri dari tindakan individu dan kepada keluarga yang masing-masing memiliki 4 strategi pelaksanaan, Adapun Strategi pelaksanaan pada individu terdiri atas Latihan cara mengontrol Halusinasi dengan menghardik& obat & bercakap-cakap & kegiatan harian.

## Evaluasi

### FORMAT EVALUASI PRAKTIKUM ASUHAN KEPERAWATAN JIWA HALUSINASI

**NAMA MAHASISWA** :

**NIM** :

No	KEMAMPUAN	NILAI				
		1	2	3	4	5
<b>A</b>	<b>KOGNITIF</b>					
1	Pengertian					
2	Faktor penyebab (minimal 4)					
3	Tanda dan Gejala (minimal 5)					
4	Proses terjadi					
5	Prinsip tindakan keperawatan (minimal 2)					
6	Pohon masalah (minimal E-CP-I)					
7	Diagnos keperawatan					
8	SP 1 Klien					
9	SP 2 Klien					
10	SP 3 Klien					
11	SP 4 Klien					

12	SP 1 Keluarga						
13	SP 2 Keluarga						
14	SP 3 Keluarga						
15	SP 4 Keluarga						
<i>JUMLAH=</i> <i>N/75x 50 =</i>							
<b>B</b>	<b>PSIKOMOTOR</b>						
1	<i>TAHAP ORIENTASI</i>						
	a. Salam terapeutik dan perkenalan						
	b. Evaluasi/ validasi						
	c. Kontrak ( topic, waktu dan tempat)						
	d. Tujuan interaksi						
<i>JUMLAH=</i> <i>N/20x 15 =</i>							
2	<i>TAHAP KERJA (20%):</i>						
	a. Teknik komunikasi terapeutik						
	b. Sikap komunikasi dan system tindakan						
<i>JUMLAH= N/15</i> <i>x 20 =</i>							
3	<i>TAHAP TERMINASI</i>						
	a. Evaluasi Subjektif						
	b. Evaluasi Objektif						
	c. Rencana Tindak Lanjut						
	d. Kontrak yg akan datang ( topik, waktu dantempat)						
<i>JUMLAH= N/20</i> <i>x 15 =</i>							
TOTAL NILAI:							

KET:

1= Jawaban Salah

2= Jawaban kurang benar

3= Jawaban sebagian benar

4= Jawaban benar tetapi belum lengkap

5= Jawaban tepat dan lengkap

Padang, .....20....

Penguji

(.....)

## Lembar Aktivitas

### **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

---

Nama Klien :

Pertemuan Ke :

### **PROSES KEPERAWATAN**

Kondisi klien :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Diagnosa Keperawatan :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Tujuan Khusus :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Tindakan Keperawatan :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN  
TINDAKAN KEPERAWATAN  
ORIENTASI**

Salam Terapeutik :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Evaluasi /validasi :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Kontrak : (Topik/Tujuan, Waktu dan Tempat)

.....  
.....  
.....  
.....

**KERJA : (Langkah-langkah Tindakan Keperawatan)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**TERMINASI**

- ✓ Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (Subyektif dan Obyektif)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- ✓ Tindak lanjut klien (apa yang perlu dilatih klien sesuai dengan hasil tindakanyang telah dilakukan):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



- ✓ Kontrak yang akan datang (Topik, Waktu dan Tempat)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **Daftar Pustaka**

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition DSM-5* (5 th). American Psychiatric Publishing.
- Gail Williams, Mark Soucy. (2013). *Course Overview - Role of the Advanced Practice Nurse & Primary Care Issues of Mental Health/Therapeutic Use of Self* . School of Nursing, The University of Texas Health Science Center at San Antonio.
- Herdman, T.H. (2012), NANDA International Nursing Diagnoses Definition & Classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell
- Halter MJ. (2014). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 7th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Keliat, B.A., dkk. (2011), Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (*CMHN - Basic Course*). Jakarta: EGC
- Keliat, B.A dan Akemat (2013). Keperawatan Jiwa: Terapi Aktifitas Kelompok, Ed.2. Jakarta: EGC
- Sheila L. Videbeck. (2011). *Psychiatric Mental Health Nursing*, fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincot William & Wilkins.
- Stuart, G.W.T., Keliat B.A., Pasaribu J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Edisi Indonesia 10. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

## **Profil Penulis**



### **Ns. Ramaita, M.Kep**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2006 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Perguruan Tinggi Universitas Andalas dengan memilih Program Studi Ilmu Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2011. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan Profesi Ners dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2012. Dari tahun 2012-2013 penulis aktif bekerja sebagai perawat di rumah sakit swasta untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Pada tahun 2014 penulis melanjutkan studi S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Program Pasca Sarjana dengan Peminatan Keperawatan Jiwa dan berhasil lulus tahun 2017.

Penulis memiliki kepakaran dibidang ilmu keperawatan. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif melakukan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan juga sebagai peneliti dibidang keilmuannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain sebagai peneliti dan melakukan kegiatan pengabdian kepada masyarakat, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis : [ramaita@fpk.unp.ac.id](mailto:ramaita@fpk.unp.ac.id)

## HARGA DIRI RENDAH

**Rista Islamarida, S.Kep., Ns., M.Kep.**  
STIKES Guna Bangsa Yogyakarta

### **Harga Diri**

Harga diri merupakan salah satu aspek dari konsep diri. Harga diri merupakan salah satu aspek kepribadian yang penting dalam pembentukan sikap maupun perilaku manusia. Selain itu penghargaan diri termasuk dalam salah satu dari 5 kebutuhan dasar yang dituliskan oleh Abraham Maslow. Harga diri diartikan sebagai evaluasi oleh individu terkait pandangan terhadap dirinya meliputi penerimaan diri penolakan, kepercayaan diri terhadap kemampuan, keberartia diri, kesuksesan maupun rasa berharga terhadap diri. Secara singkat harga diri merupakan "*Personal Judgement*" terhadap perasaan diri sendiri yang diekspresikan dalam sikap individu terhadap dirinya (Coopersmith, 1967).

Stuart (2006) menyatakan harga diri adalah penilaian terhadap kemampuan diri dari hasil yang dicapai melalui analisa seberapa jauh perilaku individu untuk memenuhi ideal dirinya. Harga diri juga dikaitkan dengan penilaian diri yang dipegaruhi karakteristik orang lain sebagai pembanding. Selain itu harga diri merupakan evaluasi positif dan negatif terhadap diri sendiri. Evaluasi tersebut memperlihatkan bagaimana indiidu menilai dirinya dan pengakuan terhadap kemampuan diri.

Menurut Maslow dalam Sarwono (2002), harga diri merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi manusia. Maslow menyebutkan ada dua bagian dari harga diri ini yaitu :

1. Penghormatan atau penghargaan diri, mencakup hasrat untuk memperoleh kompetensi, rasa percaya diri, kekuatan pribadi, kemandirian serta kebebasan. Individu memiliki keingintahuan maupun keyakinan bahwa dirinya mampu mengatasi tantangan.
2. Penghargaan dari orang lain misalnya prestasi. Dalam konteks ini individu membutuhkan penghargaan atas apa yang dilakukannya dan akan berusaha memenuhi kebutuhan harga diri tersebut.

### **Aspek Harga Diri**

Menurut Coopersmith (1967) ada empat aspek dari harga diri. Aspek tersebut adalah :

1. Keberartian Diri (*Significance*)

Keberhasilan individu memiliki keberartian diri dapat diukur melalui perhatian dan kasih sayang dari lingkungan. Hal ini mengakibatkan kecenderungan individu dalam mengembangkan harga diri yang rendah atau negatif apabila lingkungan kurang memberikan perhatian maupun kasih sayang.

2. Kekuatan Diri (*Power*)

Kekuatan diri diartikan sebagai kemampuan individu dalam mempengaruhi, mengontrol atau mengendalikan orang lain maupun diri sendiri. Apabila individu mampu mengontrol diri sendiri dan orang lain dengan baik maka akan mendorong terbentuknya harga diri positif atau tinggi, demikian sebaliknya. Kekuatan juga dikaitkan dengan inisiatif,

individu yang memiliki kekuatan tinggi akan memiliki inisiatif yang tinggi pula.

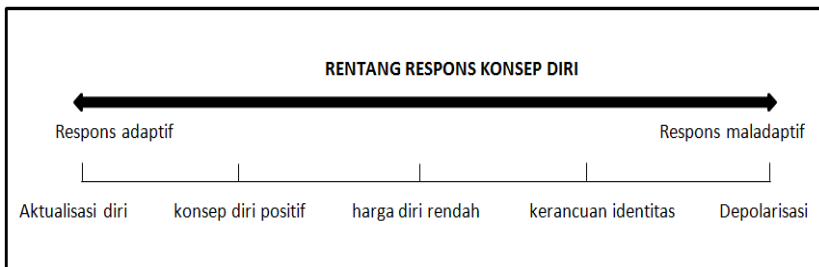
3. Kompetensi (*Competence*)

Kompetensi diartikan sebagai usaha untuk mendapat prestasi yang baik sesuai tahapan usia. Apabila usaha individu sesuai dengan tuntutan dan harapan, berarti individu memiliki kompetensi yang dapat membantu membentuk harga diri yang tinggi. Sebaliknya apabila individu sering mengalami kegagalan atau gagal memenuhi harapan dan tuntutan, maka individu akan merasa tidak kompeten sehingga membuat individu merasa rendah diri.

4. Ketaatan Individu dan Kemampuan Mencari Contoh (*Virtue*)

Ketaatan individu terhadap aturan akan membuat individu diterima dengan baik oleh masyarakat. Begitu pula dengan individu yang dapat memberi contoh maupun menjadi panutan, akan diterima oleh lingkungan. Penerimaan lingkungan yang tinggi mendorong terbentuknya harga diri yang tinggi.

**Rentang Respon Harga Diri**



Gambar 1. Rentang Respon Konsep Diri

Menurut Stuart (2006) rentang respon konsep diri ditunjukkan dengan gambar 1 di atas. Rentang respon konsep diri bergerak dari respon adaptif hingga respon

maladaptif. Respon adaptif dimunculkan sebagai respon positif dari konsep diri, sedangkan respon maladaptif diasumsikan sebagai respon negatif dari rentang respon konsep diri. Rentang respon konsep diri tersebut adalah :

1. Aktualisasi diri : pernyataan diri yang positif tentang latar belakang pengalaman nyata yang sukses diterima
2. Konsep diri positif : penerimaan terhadap kondisi dirinya sesuai dengan yang diharapkan dan kenyataan
3. Harga diri rendah : transisi antara respon diri adaptif dengan maladaptif, merupakan perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, dan merasa gagal mencapai keinginan
4. Kerancuan identitas : kegagalan atau ketidakmampuan individu dalam mengintegrasikan aspek psikologis pada masa dewasa dimana sifat kepribadiannya bertentangan dan merasa hampa
5. Depolarisasi : perasaan yang tidak realistis terhadap diri sendiri, individu merasa asing terhadap dirinya sendiri dan kehilangan identitas.

### **Pengertian Harga Diri Rendah**

Harga diri rendah didefinisikan sebagai perasaan tak berharga, tidak berarti, dan merupakan evaluasi negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri yang berkepanjangan. Selain itu juga dikatakan sebagai perasaan hilang kepercayaan diri, perasaan gagal karena tidak mampu memenuhi keinginan sesuai ideal diri (Yosep, 2011). Harga diri rendah juga diartikan sebagai perasaan negatif terhadap diri sendiri, termasuk hilangnya kepercayaan diri. Perasaan gagal dalam memenuhi

keinginan, tidak berdaya, tidak ada harapan dan rasa putus asa yang berkepanjangan (Keliat, 2014).

Menurut Townsend (1998), dalam diri seseorang besar kemungkinan terjadi gangguan harga diri rendah apabila aspek utama harga diri seperti dicintai, disayangi, dikasihi orang lain dan penghargaan dari orang lain belum terpenuhi (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015). Sehingga harga diri rendah dapat diartikan sebagai keadaan dari respon maladaptif konsep diri ketika seseorang merasa tidak percaya diri, memandang negatif kemampuan diri, merasa gagal dalam memenuhi keadaan diri dalam waktu yang berkepanjangan.

## **Etiologi**

Menurut Stuart (2014) penyebab harga diri rendah dibagi menjadi dua yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

### 1. Faktor Predisposisi

Banyaknya faktor yang menunjang terjadinya perubahan konsep diri seseorang menjadikan penyebab sebagai harga diri rendah. Pada faktor ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu :

- a) Faktor Biologis, faktor herediter (keturunan) seperti riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, faktor riwayat penyakit kronis atau trauma kepala.
- b) Faktor Psiskogis, gangguna pencapaian tugas perkembangan, pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, riwayat penolakan maupun kegagalan berulang.
- c) Faktor Sosial Budaya, penilaian negatif dari lingkungan, keadaan sosial ekonomi yang rendah, ataupun pendidikan rendah.

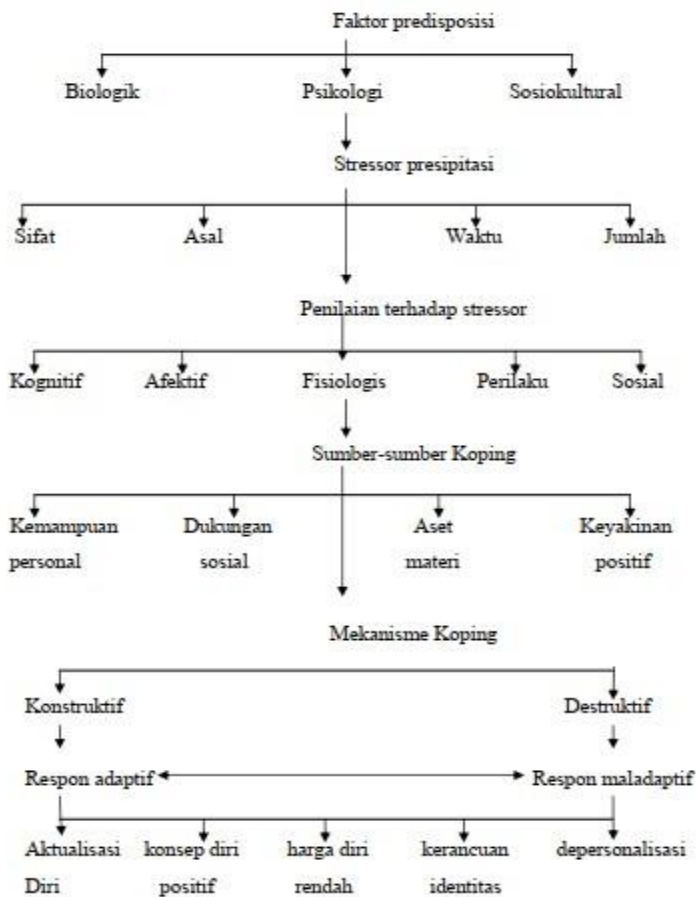


## 2. Faktor Presipitasi

Penyebab harga diri rendah dapat disebabkan dari luar dan dari dalam diri seseorang, dimana situasi yang dihadapi tersebut tidak dapat dihadapi oleh individu sehingga menjadi stressor bagi individu.

- a) Riwayat trauma, seperti penganiayaan seksual dan pengalaman psikologis yang tidak menyenangkan, menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan, menjadi pelaku, korban maupun saksi dari perilaku kekerasan.
- b) Ketegangan peran, berhubungan dengan peran atau posisi individu yang disebabkan karena :
  - 1) Transisi peran, merupakan perubahan normatif yang berkaitan dengan tahap tumbuh kembang manusia.
  - 2) Transisi peran situasi, terjadi dengan bertambahnya atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.
  - 3) Transisi peran sehat sakit akibat pergeseran dari keadaan sehat menuju sakit. Transisi ini dapat dicetuskan akibat kehilangan salah satu anggota tubuh atau kehilangan fungsi tubuh.

## Psikopatologi



Gambar 2. Psikopatologi

Harga diri rendah pada individu disebabkan oleh beberapa faktor predisposisi seperti faktor biologis, psikologis maupun sosiokultural. Faktor penyebab ini didukung faktor presipitasi berupa sifat, asal, waktu dan jumlah stressor yang kemudian mencetuskan munculnya harga diri rendah pada seseorang. Apabila individu mendapat stressor dari luar, maka individu tersebut akan melakukan penilaian terhadap stressor melalui cara kognitif afektif, fisiologis, perilaku maupun sosial. Penilaian terhadap stressor akan membuat individu

melakukan pertahanan diri (koping) dengan sumber yang dimiliki berupa kemampuan personal dukungan sosial, aset materi dan keyakinan positif. Sumber-sumber koping ini digunakan sebagai mekanisme pertahanan diri individu dalam menghadapi stressor. Mekanisme pertahanan diri ini dapat berupa respon adaptif maupun respon maladaptif (Videbeck, 2012).

Harga diri rendah dapat terjadi apabila individu tidak mendapat *feedback* dari lingkungan tentang perilakunya atau mungkin adanya kecenderungan penilaian negatif dari lingkungan. Awalnya individu berada pada situasi penuh stressor (krisis) yang membuat individu menyelesaikan krisis namun tidak tuntas sehingga menimbulkan pikiran bahwa diri tidak mampu atau merasa gagal. Penilaian akan kegagalan menjalankan fungsi dan peran ditambah dengan penilaian negatif lingkungan mengakibatkan individu mengalami harga diri rendah (Herman et al., 2021). Selain itu stressor lain yang menyebabkan terjadinya harga diri rendah adalah adanya kegagalan berulang yang membentuk rasa takut dalam diri seseorang, seperti ketakutan akan mengalami penghinaan dan rasa malu, merasa diri kurang, rendah diri dan takut dikritik oleh orang lain (Wijayati et al., 2020).

### **Jenis Harga Diri Rendah**

Direja (2011) menyampaikan ada dua jenis harga diri rendah, yaitu :

1. Harga diri rendah situasional

Merupakan perasaan negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri sebagai respon situasi yang saat ini di alami. Rendahnya harga diri individu secara situasional apabila dijumpai kondisi tidak berharga, merasa tidak berarti dan rendah diri pada situasi

tertentu. Kondisi ini terjadi akibat penilaian terhadap diri dan kemampuan diri yang negatif (Siagian & Niman, 2022).

## 2. Harga diri rendah kronis

Merupakan evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung lama dan terus menerus. Harga diri rendah kronis juga diartikan sebagai evaluasi diri tentang perasaan negatif diri yang dipertahankan dalam waktu yang lama (Hidayati & Sutini, 2017).

### Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah

Tabel 1. Tanda dan Gejalan Harga Diri Rendah (PPNI, 2017)

<b>Tanda Gejala</b>	<b>Harga Diri Rendah Kronis</b>	<b>Harga Diri Rendah Situasional</b>
Mayor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai diri negatif</li> <li>2. Merasa malu/bersalah</li> <li>3. Merasa tidak mampu melakukan apapun</li> <li>4. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah</li> <li>5. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif</li> <li>6. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri</li> <li>7. Menolak penilaian positif diri sendiri</li> <li>8. Enggan mencoba hal baru</li> <li>9. Berjalan menunduk</li> <li>10. Postur tubuh menunduk</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai diri sendiri negatif</li> <li>2. Merasa malu/bersalah</li> <li>3. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri</li> <li>4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri</li> <li>5. Berbicara pelan dan lirih</li> <li>6. Menolak interaksi dengan orang lain</li> <li>7. Berjalan menunduk</li> <li>8. Postur tubuh menunduk</li> </ol>
Minor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa sulit berkonsentrasi</li> <li>2. Sulit tidur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sulit berkonsentrasi</li> <li>2. Kontak mata kurang</li> <li>3. Lesu dan tidak bergairah</li> </ol>

<b>Tanda Gejala</b>	<b>Harga Diri Rendah Kronis</b>	<b>Harga Diri Rendah Situasional</b>
	3. Mengungkapkan keputusan 4. Kontak mata kurang 5. Lesu dan tidak bergairah 6. Berbicara pelan dan liris 7. Pasif 8. Perilaku tidak asertif 9. Mencari penguatan secara berlebihan 10. Bergantung pada pendapat orang lain 11. Sulit membuat keputusan 12. Seringkali mencari penegasan	4. Pasif 5. Postur tubuh menunduk

**Penatalaksanaan**

1. Terapi Somatoterapi : Farmakologi dan *Electro Comfulsif Therapy* (ECT)

Pemberian terapi medis diarahkan pada obat golongan antidepresan dengan fungsi memblok pengambilan kembali neurotransmitter norepineprin dan serotonin, meningkatkan konsentrasi pada sinaps dan mengkoreksi defisit yang diperkirakan menyebabkan alam perasaan melankolis.

ECT atau biasa disebut shock therapy adalah pengobatan medis modern dengan cara memberikan rangsangan pada otak dengan pulse tertentu secara elektrik.

2. Terapi Suportif

Terapi suportif dimaksudkan untuk memberikan dorongan, semangat dan motivasi agar penderita tidak merasa putus asa. Jenis terapi suportif diantaranya adalah terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga. Pemberiap terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga

membantu pasien mengembangkan mekanisme koping dalam memecahkan masalah. Terapi yang diberikan akan memperkuat kontrol yaitu mekanisme koping kognitor yang kuat sehingga mempengaruhi efektor yaitu sistem adaptif pasien. Sistem adaptif ini akan mempengaruhi konsep diri, fungsi peran dan interdependensi yang menghasilkan perilaku adaptif (Rahayu et al., 2019).

Terapi lain yang dapat dilakukan adalah logoterapi. Logoterapi pada prinsipnya mengajarkan manusia untuk bertanggung jawab atas kehidupannya sendiri sehingga bertujuan menemukan makna saat ini untuk mengaktualisasikan kemanusiaan seseorang. Intervensi akan membantu individu untuk memenuhi makna hidupnya. Individu yang telah menemukan makna hidupnya akan menjadi lebih bahagia, lebih berarti dan lebih berharga (Siagian & Niman, 2022).

### 3. Terapi Manipulasi Lingkungan

Lingkungan merupakan kondisi yang memiliki pengaruh besar terhadap proses penyembuhan pasien. Terapi lingkungan adalah suatu tindakan penyembuhan pasien dengan memanipulasi unsur yang ada di lingkungan dan berpengaruh terhadap proses penyembuhan. Dengan kata lain terapi ini merupakan tindakan penyembuhan pasien melalui modifikasi dan manipulasi unsur yang ada di lingkungan dan berpengaruh positif terhadap fisik dan psikis individu serta proses penyembuhan. Tujuan dari terapi lingkungan adalah membantu individu mengembangkan rasa harga diri, mengembangkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang, membantu belajar mempercayai orang lain dan mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat (Yosep, 2011).

## Daftar Pustaka

- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedent of Self Esteem*. W.H. Freeman and Company.
- Direja, A. H. S. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Herman, A., Direja, S., & Ningrum, T. P. (2021). HUBUNGAN HARGA DIRI DENGAN KEJADIAN SKIZOFRENIA PADA PASIEN YANG DIRAWAT DI RUMAH SAKIT KHUSUS JIWA SOEPRAPTO BENGKULU. *Info Kesehatan*, 11(2), 413–420.
- Hidayati, N. O., & Sutini, T. (2017). Gambaran Harga Diri Warga Binaan Perempuan Di Lembaga Pemasyarakatan X Bandung. *Jurnal Riset Kesehatan*, 13(1), 1–7.
- Keliat, B. A. (2014). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa* (1st ed.). EGC.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnosis*. Dewan Pengurus PPNI.
- Rahayu, S., Mustikasari, M., & Daulima, N. H. . (2019). Perubahan Tanda Gejala dan Kemampuan Pasien Harga Diri Rendah Kronis Setelah Latihan Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga. *Journal Educational of Nursing(Jen)*, 2(1), 39–51. <https://doi.org/10.37430/jen.v2i1.10>
- Sarwono, S. W. (2002). *Berkenalan dengan Aliran-Aliran dan Tokoh-Tokoh Psikologi*. Bulan Bintang.
- Siagian, I. O., & Niman, S. (2022). Efektifitas Logoterapi terhadap Harga Diri Rendah Situasional pada Mahasiswa. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 10(2), 337. <https://doi.org/10.26714/jkj.10.2.2022.337-344>

- Stuart, G. W. (2014). *Buku Saku Keperawatan Jiwa* (5th ed.). EGC.
- Videbeck, S. L. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., Keperawatan, J., Kemenkes Kendari, P., & Mandala Waluya, Stik. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gang-guan Jiwa. *HIJP: HEALTH INFORMATION JURNAL PENELITIAN*, 12(2). <https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/HIJP>
- Yosep, I. (2011). *Keperawatan Jiwa* (4th ed.). Pt. Refika Aditama.
- Yusuf, A.H, F., & ,R & Nihayati, H. . (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366. <https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x>.



## **Profil Penulis**



### **Rista Islamarida, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Penulis lahir di Kab.Semarang, 17 Januari 1991. Lulus dari program studi keperawatan dan profesi dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada tahun 2013. Kemudian melanjutkan studi di program Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan lulus pada tahun 2018. Pada tahun 2014 penulis pernah menjadi staff tutor di program studi keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta sejak tahun 2015 dan memiliki ketertarikan pada bidang ilmu keperawatan jiwa. Ketertarikan dalam bidang keperawatan jiwa maupun masalah psikososial sejak di bangku kuliah. Fokus bidang yang diajar serta ditekuni adalah keperawatan jiwa, keperawatan bencana, keperawatan komunitas, dan keperawatan dasar. Penulis banyak melakukan penelitian maupun pengabdian masyarakat terutama pada masalah kesehatan jiwa, psikososial dan komunitas. Buku yang pernah ditulis yaitu keperawatan gawat darurat dan bencana serta buku ilmu keperawatan jiwa. Penulis masih bercita-cita untuk dapat membuat dan mengembangkan sebuah buku atau panduan praktis dalam menangani masalah kesehatan jiwa di masyarakat.

Email Penulis: [rista.islamarida91@gmail.com](mailto:rista.islamarida91@gmail.com)

# ISOLASI SOSIAL BERDASARKAN STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)

**Dr. Ns. I Wayan Antariksawan, S.Kep., MAN., DNM.**  
STIKES Buleleng, Bali

## **Definisi**

Menurut Damayanti (2012), isolasi sosial adalah kondisi di mana seseorang mengalami penurunan atau tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di lingkungannya. Menurut Keliat (2011), klien dapat mengalami perasaan penolakan, tidak diterima, kesepian, dan ketidakmampuan untuk membentuk hubungan yang bermakna. Ketidakmampuan individu untuk mengembangkan hubungan yang dekat, hangat, terbuka, dan saling bergantung dengan orang lain adalah bentuk lain dari isolasi sosial.

Menurut Yosep dan Sutini (2016), individu yang terisolasi secara sosial menunjukkan gangguan dalam berinteraksi serta perilaku lebih memilih untuk diam, mengasingkan diri, dan menghindari orang lain.

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) memasukkan diagnosis ini dalam kategori relasional, subkategori interaksi sosial dengan kode D.0121.

## **Etiologi**

Faktor predisposisi dan presipitasi yang harus disalahkan untuk gangguan ini. Pesimisme, keraguan, takut salah, dan ketidakpercayaan orang lain akan dihasilkan dari kegagalan dalam gangguan ini, yang akan menyebabkan depresi. Orang yang tidak mau berbicara dengan orang lain, lebih memilih menyendiri, lebih suka diam, dan tidak peduli dengan aktivitas mereka sehari-hari akan terpengaruh oleh situasi seperti ini. (Direja, 2011).

### 1. Faktor predisposisi

Stuart GW dan Lararia, M.T. (2014) menyatakan bahwa ada sejumlah faktor risiko yang berkontribusi terhadap isolasi sosial, beberapa di antaranya meliputi:

#### 1) Faktor perkembangan

Respons sosial yang maladaptif dapat terjadi akibat sistem keluarga yang disfungsional. Beberapa orang percaya bahwa orang yang berjuang dengan masalah ini telah gagal memisahkan diri dari orang tua mereka. Hubungan dengan pihak di luar keluarga mungkin tidak didukung oleh norma keluarga.

Tabel tugas yang berkontribusi pada pengembangan yang berhubungan dengan pertumbuhan interpersonal

<b>Tahap Perkembangan</b>	<b>Tugas</b>
Masa Bayi	Menetapkan rasa percaya
Masa Bermain	Mengembangkan otonom dan awal perilaku
Masa Pra Sekolah	Belajar menunjukkan inisiatif, rasa tanggung jawab, dan hati nurani.
Masa Sekolah	Belajar berkompetisi, bekerjasama, dan berkompromi
Masa Pra Remaja	Menjalin hubungan intim dengan teman sesama jenis kelamin

Masa Remaja	Menjadi intim dengan teman lawan jenis atau bergantung
Masa Dewasa Muda	Menjadi saling bergantung antara orang tua dan teman, mencari pasangan, menikah dan mempunyai anak.
Masa Tengah Baya	Belajar menerima hasil kehidupan yang dilalui.
Masa Dewasa Tua	Berduka karena kehilangan dan mengembangkan perasaan keterikatan dengan budaya.

Sumber : Stuart dan Sundeen (2013)

## 2) Faktor sosiokultural

Gangguan hubungan secara signifikan dipengaruhi oleh isolasi sosial. Kefanaan telah menyebabkan hal ini; norma-norma yang tidak menghormati anggota masyarakat yang kurang produktif, seperti orang tua (lansia), mereka yang cacat, dan mereka yang menderita penyakit kronis, atau yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain. Mengadopsi norma, perilaku, dan nilai yang berbeda dari budaya mayoritas dapat menyebabkan isolasi. Faktor lain yang terkait dengan gangguan ini adalah memiliki harapan yang tidak realistis tentang hubungan.

## 3) Faktor biologis

Respon maladaptif sosial dapat dipengaruhi oleh faktor genetik. Bukti yang diperoleh menunjukkan bahwa neurotransmitter terlibat dalam timbulnya gangguan ini meskipun masih diperlukan penelitian yang lebih dalam terkait dengan hal tersebut.

## 4) Faktor presipitasi

Ada beberapa penyebab isolasi sosial menurut Direja (2011), antara lain sebagai berikut:

a. Faktor eksternal

Stres yang disebabkan oleh faktor sosial budaya seperti keluarga merupakan contoh stresor sosial budaya.

b. Faktor intrnal

Stresor psikologis, seperti stres yang disebabkan oleh kecemasan atau kecemasan yang berkepanjangan dan berkurangnya kapasitas individu untuk mengatasi, adalah contohnya. Kecemasan ini dapat diakibatkan oleh tuntutan untuk berpisah dari orang yang dicintai atau karena tidak memenuhi kebutuhannya sendiri.

2. Faktor Presipitasi

Menurut Herman Ade (2011) terjadinya gangguan hubungan sosial juga dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal seseorang. Faktor stressor presipitasi dapat dikelompokan sebagai berikut:

1) Stressor Sosial Budaya

Stress dapat ditimbulkan oleh beberapa faktor antara faktor lain dan faktor keluarga seperti menurunnya stabilitas unit keluarga dan berpisah dari orang yang berarti dalam kehidupannya, misalnya karena dirawat dirumah sakit.

2) Stressor Psikologi

Tingkat kecemasan berat yang berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya. Tuntutan untuk berpisah dengan orang dekat atau kegagalan orang lain untuk memenuhi kebutuhan ketergantungan dapat menimbulkan kecemasan tingkat tinggi.

Dalam penyusunan diagnosis keperawatan, berbagai faktor yang dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan disebut sebagai penyebab (etiologi). Perawat menggunakan penyebab ini untuk mengisi “berhubungan dengan ....” tentang bagaimana diagnosis keperawatan disusun.

Berikut ini adalah etiologi dari masalah isolasi sosial:

1. Keterlambatan perkembangan
2. Ketidakmampuan menjalin hubungan yang menguntungkan
3. Ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan
4. Ketidaksesuaian nilai-nilai dengan norma
5. Ketidaksesuaian perilaku sosial dengan norma
6. Perubahan penampilan fisik
7. Perubahan status mental
8. Ketidakadekuatan sumber daya personal (mis: disfungsi berduka, pengendalian diri buruk).

### **Tanda dan Gejala**

Dalam Muhith, A. (2015), Townsend, M.C., 1998 mengidentifikasi tanda dan gejala isolasi sosial berikut :

1. Kurang spontan.
2. Apatis (acuh tak acuh terhadap lingkungan).
3. Ekspresi wajah kurang berseri (ekspresi sedih).
4. Afek tumpul
5. Tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri
6. Tidak ada atau kurang terhadap komunikasi verbal.
7. Menolak berhubungan dengan orang lain.

8. Mengisolasi diri (menyendiri)
9. Kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya.
10. Asupan makan dan minuman terganggu.
11. Aktivitas menurun.
12. Rendah diri.

Tanda dan gejala berikut yang harusnya terdapat pada klien agar perawat dapat menegaskan diagnosa isolasi sosial:

DS:

- Ingin sendiri
- Merasa tidak aman di tempat umum

DO:

- Menarik diri
- Tidak tertarik atau tidak mau berinteraksi dengan lingkungan atau orang lain

Jika data tersebut di atas tidak muncul pada pasien, perawat harus mencari diagnosis keperawatan tambahan yang termasuk dalam subkategori interaksi sosial di SDKI atau lainnya kemungkinan masalah pada daftar diagnosa keperawatan.

### **Penulisan Diagnosis**

Karena merupakan diagnosa keperawatan yang aktual, maka diagnosa ini ditulis dalam tiga bagian, yaitu::

[masalah] + [penyebab] + [tanda/gejala].

*Contoh:*

Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental dibuktikan dengan merasa ingin sendirian, merasa

tidak aman ditempat umum, menarik diri, menolak berinteraksi dengan orang lain.

Atau, jika rumusnya disederhanakan, bisa menjadi:

Isolasi sosial b.d perubahan status mental d.d merasa ingin sendirian, merasa tidak aman ditempat umum, menarik diri, menolak berinteraksi dengan orang lain.

*Perhatikan:*

1. Masalah = isolasi sosial
2. Penyebab = perubahan status mental
3. Tanda/gejala = merasa ingin sendirian., dst
4. b.d = berhubungan dengan
5. d.d = dibuktikan dengan.

### **Rentang Respon Sosial**

Respons orang terhadap interaksi sosial berada di antara adaptif dan maladaptif. Respons individu terhadap masalah yang sesuai dengan norma sosial adalah respons adaptif. Sedangkan respons maladaptif individu melibatkan penyelesaian masalah dengan cara yang bertentangan dengan norma sosial dan agama. Respons adaptif dan maladaptif tanggapan, menurut Riyadi S. dan Puerwanto T. (2013) adalah sebagai berikut:

<b>Respon Adatif</b>		<b>Respon Maladatif</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Menyendiri</li><li>• Otonom</li><li>• Bekerjasama (Mutualisme)</li><li>• Saling ketergantungan</li><li>• (Interdependen)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Merasa sendiri (Loneliness)</li><li>• Menarik diri</li><li>• Ketergantungan (Dependen)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manifulasi</li><li>• Impulsif</li><li>• Narcissism</li></ul>

Sumber : Stuart dan Sundeen (2012)



1. Menyendiri

Ini adalah cara bagi orang untuk mengevaluasi diri ketika membuat rencana dan tanggapan atau respin untuk merenungkan apa yang telah terjadi atau apa yang telah dilakukan.

2. Otonom

Individu mampu mengatur panggung untuk saling ketergantungan dan pengaturan diri ketika mereka mampu menentukan, dan mengkomunikasikan segala bentuk ide, pikiran, dan perasaan dalam hubungan sosial.

3. Bekerjasama (Mutualisme)

Yaitu kapasitas untuk saling memahami, memberi, dan menerima dalam hubungan interpersonal dengan orang lain.

4. Saling Ketergantungan (Interdependen)

Yaitu kapasitas untuk saling memahami, memberi, dan menerima dalam hubungan interpersonal.

5. Merasa Sendiri (*Loneliness*)

Ini adalah kondisi atau keadaan dimana klien atau individu merasakan dirinya terisolasi dan tidak berhubungan dengan lingkungannya.

6. Menarik Diri

Merupakan suatu kondisi dimana seseorang mengalami penurunan atau sama sekali tidak dapat berinteraksi dengan orang lain dan menjalin hubungan yang terbuka.

7. Ketergantungan (Dependen)

Ini terjadi ketika seseorang tidak memiliki harga diri atau kemampuan untuk berfungsi secara efektif.

## 8. Manifulasi

Gangguan hubungan sosial yang dimana individu tersebut memperlakukan orang lain sebagai objek, hubungan tersebut memberikan orang tersebut kendali atas orang lain, dan orang tersebut cenderung hanya memikirkan dirinya sendiri.

## 9. Impulsif

Adalah respons sosial yang digambarkan orang sebagai tidak dapat diprediksi, tidak dapat dipercaya, ketidakmampuan untuk menyusun rencana, ketidakmampuan untuk dapat belajar dari pengalaman, tidak dapat diandalkan, dan kurang dalam penilaian.

## 10. Narsisme

Adalah orang yang memiliki harga diri rendah, terus-menerus berusaha untuk disukai dan dihargai, pencemburu, dan mudah marah ketika orang lain memujinya.

## **Luaran (HYD)**

Hasil utama luaran dari diagnosis isolasi sosial dalam Standar Hasil Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu: “keterlibatan sosial meningkat.”

Dalam SLKI dengan kode L.13116: *Keterlibatan sosial meningkat,*

Peningkatan kapasitas untuk mengembangkan hubungan yang dekat, hangat, terbuka, dan mandiri dengan orang lain merupakan hasil dari peningkatan keterlibatan sosial.

Hasil yang harus dipenuhi untuk menunjukkan peningkatan keterlibatan sosial sebagai berikut:

1. Minat interaksi meningkat
2. Verbalisasi isolasi menurun
3. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum menurun
4. Perilaku menarik diri menurun

Saat menulis hasil keperawatan, perawat harus memastikan bahwa mereka memasukkan tiga elemen berikut:

[Label] + [Ekspektasi] + [Kriteria Hasil].

Contoh:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka keterlibatan sosial meningkat, dengan kriteria hasil:

1. Minat interaksi meningkat
2. Verbalisasi isolasi menurun
3. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum menurun
4. Perilaku menarik diri menurun

***Perhatikan:***

1. Label = Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka keterlibatan sosial...
2. Ekspektasi = Meningkatkan
3. Kriteria Hasil = Dengan kriteria hasil 1, 2, 3, dst.

**Intervensi**

Perawat harus bisa memastikan bahwa intervensi dapat mengatasi penyebabnya ketika merumuskan intervensi yang tepat untuk Klien. Namun, perawat juga harus dapat memastikan bahwa intervensi yang dipilih dapat mengatasi tanda dan gejala jika penyebabnya tidak dapat ditangani secara langsung.

Demikian pula, petugas medis juga harus menjamin bahwa mediasi dapat mengukur hasil keperawatan. Intervensi terpenting untuk mendiagnosis isolasi sosial tercantum dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

1. Promosi sosialisasi
2. Terapi aktivitas

### **Uraian Intervensi Keperawatan**

1. Promosi Sosialisasi

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) termasuk intervensi promosi sosialisasi.

Perawat menggunakan intervensi yang disebut "promosi sosialisasi" untuk membantu pasien menjadi lebih mampu berinteraksi dengan orang lain.

Berikut ini adalah contoh tindakan yang dilakukan sebagai bagian dari intervensi untuk mendorong sosialisasi berbasis SIKI:

#### *1) Observasi*

- a. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain
- b. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain

#### *2) Terapeutik*

- a. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan
- b. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan
- c. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok

- d. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis: jalan-jalan, ke toko buku)
- e. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain
- f. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan
- g. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri
- h. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan

### 3) *Edukasi*

- a. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
- b. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan
- c. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain
- d. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain
- e. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis: kacamata dan alat bantu dengar)
- f. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus
- g. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi
- h. Latih mengekspresikan marah dengan tepat

## 2. Terapi Aktivitas

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi terapi aktivitas adalah intervensi dimana perawat menggunakan berbagai aktivitas

fisik, kognitif, sosial, dan spiritual untuk meningkatkan jumlah, durasi, atau keterlibatan individu atau kelompok dalam aktivitas.

Melakukan tindakan intervensi terapi aktivitas berbasis SIKI, antara lain:

1) *Observasi*

- a. Identifikasi defisit tingkat aktivitas
- b. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu
- c. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan
- d. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas
- e. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis: bekerja) dan waktu luang
- f. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas

2) *Terapeutik*

- a. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami
- b. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas
- c. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial
- d. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia
- e. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih
- f. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas,

- g. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih
- h. Fasilitasi aktivitas rutin (mis: ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan
- i. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak
- j. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif
- k. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan,
- l. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot
- m. Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis: kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia,
- n. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif
- o. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis: vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)
- p. Libatkan keluarga dalam aktivitas,
- q. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri
- r. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan

- s. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari
- t. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

### 3) *Edukasi*

- a. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari,
- b. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih
- c. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan Kesehatan
- d. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi,
- e. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

### 4) *Kolaborasi*

- a. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas,
- b. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas.

## **Diagnosis Terkait**

Berikut ini adalah diagnosis tambahan yang termasuk dalam kategori relasional dan subkategori interaksi sosial:

1. Gangguan interaksi sosial
2. Gangguan komunikasi verbal
3. Gangguan proses keluarga
4. Kesiapan peningkatan menjadi orang tua
5. Kesiapan peningkatan proses keluarga



6. Ketegangan peran pemberi asuhan
7. Penampilan peran tidak efektif
8. Pencapaian peran menjadi orang tua
9. Risiko gangguan perlekatan
10. Risiko proses pengasuhan tidak efektif.

## **Daftar Pustaka**

- Damaiyanti Mukhriyah,dkk. 2012. Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung: PT Refika Aditama
- Direja, Ade Herman S. 2011. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa.Yogyakarta : Nuha Medica.
- Keliat, B.A, Akemat, Helena Novy, dan Nurhaeni Heni. 2011. Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course). Jakarta :EGC
- PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia:Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta: PPNI.
- PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- PPNI. 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- Rulino, Leo. 2022. Isolasi Sosial [SDKI D.0121]. <https://perawat.org/isolasi-sosial/>. Diakses pada 27 September 2022.
- Stuart, G.W. & Laraira, M. T. 2014. Principles and practice of psychiatric nursing (8<sup>th</sup> ed). St. Louis : Mosby.
- Stuart, G.W., Sundden, S. J. 2014. Buku Saku Keperawatan Jiwa (5<sup>th</sup> ed.). Jakarta: EGC.
- Yosep, H.Iyus., Titin Sutini. 2016. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bandung: PT Refika Aditama.

## Profil Penulis



**Dr. Ns. I Wayan Antariksawan, S.Kep., MAN., DNM.**

Menjadi pelayan publik dalam bidang kesehatan merupakan tujuan penulis sejak usia dini sebagai upaya menanggulangi kesenjangan pemerataan pelayanan kesehatan di wilayah kelahirannya. Terinspirasi oleh mantri desa kala itu, penulis meniti asa dengan bergabung sebagai anggota Palang Merah Remaja. Langkah ini tentunya diharapkan menjadi landasan untuk penulis memilih jurusan keperawatan menjadi tujuan dalam menempuh pendidikan yang kiranya dapat mewujudkan tujuannya. Namun seiring perjalanannya, cita-cita terdahulu berbelok haluan kearah yang lebih baik dengan berkesempatan untuk menjadi bagian penting dalam mencetak tenaga kesehatan keperawatan yang handal dan profesional.

Pada tahun 2008, penulis melanjutkan studi kejenjang Sanjana Keperawatan dan Ners hingga akhirnya dinyatakan lulus dan menerima Surat Tanda Registrasi (STR) Perawat setelah menempuh pendidikan selama 5 tahun di STIKes Buleleng, Bali. Pada akhir tahun 2013, penulis berkesempatan melanjutkan pendidikan atau studi Magister atau S2 Ilmu Keperawatan keluar negeri, tepatnya di *Centro Escolar University* (CEU) Manila, Filipina hingga mendapatkan gelar ***Master of Arts in Nursing Management major in Nursing Administration (MAN)*** pada tahun 2018. Pada Juli tahun 2022 **Lulus** menyandang gelar Doktor dibidang Manajemen Ilmu Keperawatan dengan konsentrasi gelar ***Doctor in Nursing Management (DNM)*** di *Trinity University of Asia* (TUA), Manila, Filipina.

Email Penulis: [iwayanantariksawan@gmail.com](mailto:iwayanantariksawan@gmail.com)

## DEFISIT PERAWATAN DIRI

**Ns. Eni Hidayati, M.Kep., Sp.Kep.J**  
Universitas Muhammadiyah Semarang

### **Konsep Dasar**

#### 1. Definisi

Deficit perawatan diri adalah ketika seseorang tidak dapat melakukan aktivitas perawatan dirinya dalam mandi, berhias diri, memakai pakaian, makan dan minum, serta eliminasi karena mengalami gangguan maupun hambatan (Prihadi & Erlando, 2019).

Personal hygiene dapat diartikan sebagai perilaku untuk membersihkan diri baik secara fisik maupun mental seseorang untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan hidup (Susanti, 2017). Perawatan diri yang baik jika seseorang bisa menjaga kebersihan pada tubuhnya berupa kebersihan pada kulit, rambut, gigi serta mulut, mata, kuku dan kaki, telinga, hidungnya, kebersihan genetalia, kebersihan diri kerapuhan diri dalam berpakaian. Perawatan diri ini sesuai dengan individu masing-masing serta kebiasaan yang diterapkan. Kebiasaan dalam sehari-hari yang menerapkan kehidupannya secara teratur, menjaga kebersihan tubuhnya, berperilaku hidup sehat, makanan yang bergizi, serta mendapatkan dukungan dan perhatian dari orang sekitar (Sutria, 2020).

## 2. Etiologi

Penyebab Defisit Perawatan Diri dari Faktor predisposisi (Muhtarom et al., 2022):

### a. Perkembangan

Perkembangan dilihat dari keluarga yang terlalu menjakan pasien dan melindungi sehingga perkembangan mereka terganggu karena tidak bisa mandiri.

### b. Biologis

Biologis ini dapat dilihat dari penyakit yang diderita pasien, pada pasien kronis mereka tidak bisa menjalani personal hygiene.

### c. Kemampuan realitas menurun

Pada pasien yang mengalami gangguan kejiwaan mereka tidak peduli pada dirinya sendiri dan lingkungannya sehingga untuk melakukan perawatan diri mereka menurun.

### d. Sosial

Perawatan diri berpengaruh dari lingkungan sekitar. Lingkungan sekitar klien dapat mempengaruhi kemandirian seseorang dalam melkukanan perawatan diri.

### Faktor presipitasi

Difisit perawatan diri dari faktor presipitasi meliputi rasa cemas, kurangnya motivasi, terjadi kerusakan pada kognisi atau persepsi dapat menyebabkan seseorang tidak bisa melakukan persona hygiene (Desy, 2016). Adapun faktor yang mempengaruhi perawatan diri diantara lain sebagai berikut :

a. Gambaran Diri

Gambaran diri seseorang berpengaruh pada kebersihan diri seperti adanya perubahan bentuk fisik dari badan ideal menjadi gemuk maka berpengaruh pada kebersihan seseorang menjadi tidak peduli dengan kebersihan diri sendiri.

b. Perilaku

Perilaku dari orang tua mempengaruhi personal hygiene seseorang, apabila anak tidak diajarkan kemandirian dalam kebersihan diri, maka akan bergantung dan mempengaruhi pola perawatan diri seseorang.

c. Ekonomi

Status ekonomi mempengaruhi kebersihan diri. Karena untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene seseorang membutuhkan uang untuk menyediakan keperluan seperti, pasta gigi, sabun, sikat gigi, sampo serta alat mandi lainnya,

d. Pengetahuan

Pengetahuan mengenai kebersihan diri sangat penting untuk meningkatkan kesehatan seseorang. Seperti pasien dengan diagnose diabetes militus mereka perlu pengetahuan untuk melakukan kebersihan diri pada kakinya.

e. Budaya

Budaya ini berperan penting karena sebagian masyarakat sudah terbiasa dengan budaya apabila sakit mereka tidak diperbolehkan mandi, maka hal ini akan terbawa terus menerus.

f. Kebiasaan

Kebiasaan seseorang dalam melakukan perawatan diri terhadap produk yang digunakan dalam personal hygiene akan mempengaruhi perawatan diri yang dilakukan.

g. Fisik maupun Mental

Seseorang yang mengalami sakit secara fisik maupun psikis akan mempengaruhi perawatan diri karena tubuhnya merasa lemah dan perawatan diri berkurang sehingga diperlukan bantuan untuk melakukan perawatan diri.

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan Gejala menurut Depkes 2021 :

a. Fisik (Cintianova, 2021):

- 1) Badan berbau serta pakaian yang dikenakan kotor .
- 2) Rambutnya kotor bau serta kusut(Cintianova, 2021) .
- 3) Kuku jarang dipotong sehingga panjang dan kotor.
- 4) Bau mulut serta gigi yang kotor.
- 5) Berpenampilan yang acak-acakan tidak rapi.

b. Psikologis

- 1) Bermalasan-malasan.
- 2) Menarik diri dari lingkungan.
- 3) Harga diri yang menurun.

c. Sosial

- 1) Kurangnya interaksi.
- 2) Tidak mampu berperilaku sesuai norma.

- 3) BAK dan BAB sembarangan tempat, menggosok gigi serta mandi tidak bisa melakukan sendiri.

Data yang biasa ditemukan dalam defisit perawatan diri adalah :

a. Data subyektif

- 1) Pasien mengatakan , lemas.
- 2) Bermasalah dalam menjalankan kegiatan.
- 3) Perasaan yang tidak mampu.

b. Data obyektif

- 1) Rambutnya berantakan terdapat kutu.
- 2) Pakaian berbau dan bau badan.
- 3) Bau mulut.
- 4) Kulitnya kering dan bersisik.
- 5) Kukunya panjang-panjang dan hitam karena kotor.

## **Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Pasien Defisit Perawatan Diri**

### 1. Pengkajian

a. Identitas

Identitas diri pasien mulai dari nama, jenis kelamin, umur pasien serta alamat rumah pasien.

b. Alasan Masuk

Alasan masuk terdiri dari penyebab pasien datang dirawat di rumah sakit . alasan serta masalah pasien yang muncul secara menyendiri, tidak mau berinteraksi dan berbicara kepada orang lain, berpenampilan yang tidak rapi dan kotor serta



berbau, acuh tak acuh terhadap lingkungan sekitar.

c. Faktor Predisposisi.

Faktor herediter menjadi faktor penentu dalam pasien yang menderita gangguan psikis dengan diagnosa keperawatan deficit perawatan diri. Penyakit yang diderita serta kesehatan mental yang dialami menjadi salah satu faktor pasien tidak bisa melakukan perawatan diri.

(Septyana, 2020).

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi pada tanda-tanda vital (TTV), diperiksa mulai dari kepala hingga kaki dengan melakukan pemeriksaan inspeksi melihat bagaimana keadaan pasien bagaimana penampilan.

e. Konsep diri

1) Citra tubuh

Citra tubuh dari pasien apakah ada bagian tubuh dari pasien yang tidak disukai alasan kenapa tidak menyukai bagian tersebut yang menyebabkan pasien tidak percaya diri.

2) Harga diri

Harga diri ini dari bagaimana hubungan klien dengan orang lain, fungsi peran pasien, dampak pasien kepada orang lain.

3) Penampilan

Penampilan pada pasien deficit perawatan diri mereka menggunakan pakaian yang tidak sesuai antara baju dan celana, pakaian mereka tidak rapi.

4) Berbicara

Berbicara dikaji dari mulai bagaimana pasien merespon pembicaraan kita apakah terdapat hambatan dalam berbicara dan apakah ada gangguan dalam berbicara seperti bicara terbata-bata.

5) Motoric

Motoric klien dikaji dari mulai keadaan umum apakah pasien tampak gelisah, dikaji klien tampak letih atau lesu.

6) Makan

Pasiennya pola makannya terganggu, kurang asupan makanan, tidak mampu untuk menyiapkan makanan dan membersihkan alat makan mereka.

7) Berpakaian

Cara berpakaian biasanya hanya satu pakaian saja yang digunakan tidak mau untuk diganti, tidak bisa berpakaian yang sesuai serta tidak mampu berdandan.

8) Mandi

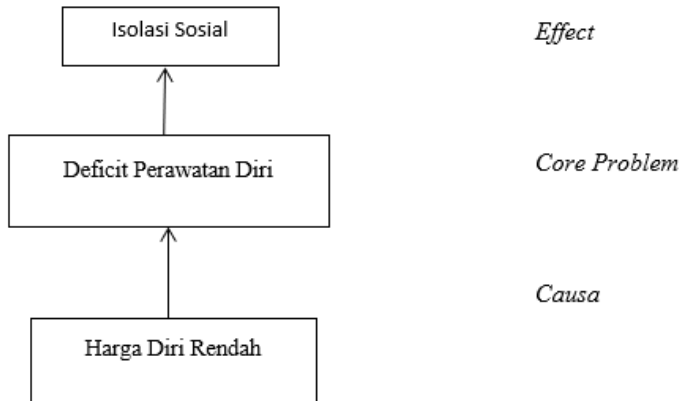
Pengkajian mandi ini dikaji frekuensi sebesar banyak pasien mandi, aktivitas mandinya bagaimana, apakah klien melakukan mandi dengan benar dengan menggosok gigi, mencuci rambut dan menggosok seluruh badan dengan benar.

9) BAB/BAK

Pola BAB dan BAK pasien bagaimana, apakah klien dapat melakukan BAB maupun BAK ke kamar mandi, apakah klien dapat

melakukan kebersihan diri setelah melakukan BAB maupun BAK.

2. Pohon Masalah



3. Masalah Keperawatan

Diagnosa keperawatan dalam buku standard diagnose keperawatan (PPNI, 2018a) adalah sebagai berikut:

- a. Defisit perawatan diri
- b. Harga diri rendah
- c. Isolasi sosial

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan menurut buku standard intervensi keperawatan Indonesia (PPNI, 2018b)

Masalah Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Defisit perawatan diri (D.0109)	Dukungan perawatan diri Observasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas personal hygiene</li> <li>2. Monitor kemandirian klien</li> </ol> Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan suasana rileks</li> <li>2. Siapkan kebutuhan klien misalnya parfum, dan alat mandi</li> <li>3. Dampingi klien untuk melakukan personal hygiene</li> </ol>

	<p>4. Buatlah jadwal untuk personal hygiene</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan untuk dapat menjalankan personal hygiene secara terus-menerus.</li> </ol>
	<p>Dukungan Perawatan Diri Makan/Minum</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi makanan yang direkomendasikan oleh dokter</li> <li>2. Monitor cara makan</li> <li>3. Monitor bagaimana status dehidrasi</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan disekitar klien yang dapat menambah nafsu makan</li> <li>2. Atur posisi klien agar enak untuk makan</li> <li>3. Lakukan sikat gigi sebelum makan</li> <li>4. Berikan sedotan pada minuman</li> <li>5. Sediakan makanan atau minuman yang disukai</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan penjelasan kepada pasien yang terdapat gangguan pada mata untuk makan dengan melihat arah jam bergerak</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan tenaga medis untuk obat analgesic, antipiretik</li> </ol>
	<p>Dukungan Perawatan Diri : Mandi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi bantuan yang diperlukan pasien</li> <li>2. Monitor integritas dermis</li> <li>3. Monitor bagian tubuh bagaimana kebersihannya.</li> <li>4. Identifikasi pola kebiasaan dalam personal hygiene</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan alat mandi seperti soap, sikat gigi, shampoo serta pelembap.</li> <li>2. Fasilitasi lingkungan disekitar yang nyaman serta aman</li> <li>3. Pertahankan kemandirian</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan kepada klien tentang dampak apabila tidak mandi serta manfaat yang diperoleh jika melakukan perawatan diri</li> <li>2. Ajarkan cara melakukan perawatan diri pada keluarga klien.</li> </ol>

## 5. Implementasi Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien didokumentasikan. (Susanti, 2017)

## 6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi diberikan setelah implementasi keperawatan agar dapat menilai tindakan yang sudah dilakukan kepada perawat (Sutria, 2020). Evaluasi sendiri ada dua yaitu :

### a. Evaluasi sumatif atau hasil

Evaluasi ini dilakukan untuk membuat perbandingan tindakan yang dilakukan melalui tujuan umum serta tujuan khusus kepada klien

### b. Evaluasi formatif atau proses

Jenis evaluasi ini digunakan setelah melakukan tindakan keperawatan untuk melihat proses yang sudah dilakukan.

Evaluasi lainnya dapat menggunakan SOAP yaitu sebagai berikut :

a. Subjektif: subjektif dilihat dari respon klien setelah mendapatkan terapi dengan menyakan langsung kepada klien.

b. Objektif: melihat respon pasien dengan melakukan observasi setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- c. Analisa: menganalisa kembali apakah muncul masalah yang baru atau terdapat perubahan setelah dilakukan tindakan keperawatan atau bahkan tidak ada perubahan.
- d. Perencanaan : perencanaan dilihat dari hasil analisa dengan menyimpulkan apakah tindakan keperawatan dilanjutkan atau dihentikan tindakan keperawatan (Muhtarom et al., 2022).

## 7. Dokumentasi

Dokumentasi implementasi dan evaluasi tindakan keperawatan tidak dianggap hal yang mudah oleh perawat maupun peserta didik keperawatan, dan hal ini dianjurkan menggunakan formulir yang sama seperti mendokumentasikan proses keperawatan di unit rawat jalan. Gawat darurat, rehabilitasi (Desy, 2016). Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan setiap tahap proses keperawatan, karenanya dokumentasi asuhan dalam keperawatan jiwa berupa dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Dino, 2017).

## 8. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan ini merupakan akhir dari sebuah asuhan keperawatan untuk menilai hasil yang telah dilakukan sesuai dengan intervensi maupun implementasi kepada pasien (Septyana, 2020). Evaluasi keperawatan terdapat 2 jenis yaitu sebagai berikut :

### a. Evaluasi sumatif atau hasil

Evaluasi ini dilakukan untuk membuat perbandingan tindakan yang dilakukan melalui tujuan umum serta tujuan khusus kepada klien

b. Evaluasi formatif atau proses

Jenis evaluasi ini digunakan setelah melakukan tindakan keperawatan untuk melihat proses yang sudah dilakukan

## Daftar Pustaka

- Cintianova. (2021). *Asuhan keperawatan jiwa pada tn.s dengan defisit perawatan diri di perumahan genuk indah semarang.*
- Desy, N. L. (2016). PENGARUH AKTIVITAS MANDIRI: PERSONAL HYGIENE TERHADAP KEMANDIRIAN PASIEN DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 1(1).
- Dino, S. (2017). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG DAHLIA RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB. SA'ANIN PADANG.*
- Muhtarom, A., Daniati, N., Sabilillah, M. F., Jurusan, M., Gigi, K., & Kemenkes, P. (2022). LOW PERSONAL CARE WITH ORAL HYGIENE OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS ( ODGJ ). *Indonesian Journal of Care's in Oral Health*, 6(1), 68–74.
- PPNI. (2018a). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Prihadi, R., & Erlando, A. (2019). Defisit Perawatan Diri dan Terapi Kognitif Perilaku : Studi Literatur. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(1), 94–100.
- Septyana, N. (2020). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny J Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri Di Kota Dumai - Riau Septyana Ndaha. 2019*, 1–32.
- Susanti, H. (2017). DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA KLIEN SKIZOFRENIA : APLIKASI TEORI KEPERAWATAN OREM. *Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia*, 1989.
- Sutria, E. (2020). Intervention Of Nurse Deficit Self Care In The Skizofrenia Patient : Systematic Review. *Journal of Nursing Practice*, 3(2), 244–252.



## **Profil Penulis**

### **Ns. Eni Hidayati, M.Kep., Sp.Kep.J**



Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2000 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Atas di SMA N 1 DEMAK dan lulus pada tahun 2000. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Akademi Keperawatan (AKPER) ROEMANI Semarang, lulus tahun 2003. Dua tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S1 di prodi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang (UNIMUS), lulus tahun 2006. Tiga tahun kemudian melanjutkan Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (UI), lulus tahun 2011. Tujuh Tahun kemudian melanjutkan pendidikan Spesialis di UI, lulus tahun 2018.

Penulis memiliki kepakaran dibidang kegiatan bersama kader kesehatan jiwa, sebagai praktisi curhat di kalangan remaja dan orang tua. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: [eni.hidayati@unimus.ac.id](mailto:eni.hidayati@unimus.ac.id)

# ASUHAN KEPERAWATAN KELOMPOK KHUSUS: GELANDANGAN

**Kissa Bahari, S.Kep., Ns., M.Kep., PhD.NS**  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

## **Pendahuluan**

Gelandangan atau disebut tunawisma (*homeless*) masih menjadi problem di banyak negara di dunia termasuk Indonesia. United Nation Department of Economic and Social Affairs (March, 2020) melaporkan sekitar 1,6 miliar orang di dunia hidup dengan kondisi tempat tinggal yang tidak memadai, dan sekitar 15 juta orang diusir paksa setiap tahunnya. *The Council of Economic Advisers, United States [CEA US]* tahun 2018 melaporkan bahwa jumlah tunawisma di Amerika adalah 552.830 orang, di mana 358.363 (65%) ditampung di rumah penampungan, dan sekitar 194.467 (35%) tidak mendapat perlindungan (*CEA US, 2019*). Sementara itu di Indonesia ada sekitar 3 juta tunawisma, sebanyak 77.500 gelandangan dan pengemis tersebar di banyak kota besar di seluruh Indonesia pada tahun 2019 (RadarDepok.com, Februari 2022).

Cukup besarnya jumlah tunawisma tersebut dapat berdampak munculnya masalah-masalah kesehatan masyarakat dan masalah sosial lainnya. Oleh karena itu, hal ini memerlukan kerjasama berbagai elemen masyarakat, pemerintah pusat, dan pemerintah daerah

masyarakat dan pemerintah dan pemerintah daerah untuk terlibat dalam menangani problem sosial ini. Undang-Undang Kesehatan Jiwa No. 18 tahun 2014 Pasal 80 mengamanatkan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab melakukan penatalaksanaan dan wajib melakukan upaya rehabilitasi terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) terlantar, menggelandang, mengancam keselamatan dirinya dan/atau orang lain, dan/atau mengganggu ketertiban dan/atau keamanan umum.

Perawat jiwa komunitas sebagai bagian dari tim kesehatan juga harus turut andil dalam menangani problem ini melalui pendekatan asuhan keperawatan jiwa pada kelompok tunawisma, sehingga dampak fisik dan mental yang disebabkan menjadi tunawisma dapat diatasi sesegera mungkin dan yang lebih penting adalah dapat melakukan upaya-upaya untuk mencegah munculnya tunawisma-tunawisma baru.

### **Pengertian**

Tunawisma adalah individu atau keluarga yang sehari-harinya tidur di tempat-tempat yang tidak diperuntukkan untuk tempat tinggal, misalnya di mobil, taman, trotoar, kolong jembatan, sudut bangunan atau tempat darurat lainnya (Shives 2012). Seseorang tunawisma adalah ketika dia tidak memiliki tempat tinggal tetap/permanen dan yang wajar, dan mereka mengalami kendala dalam berhubungan dengan masyarakat (Barker, 2009). Mcenroe-Petitte (2020) menyatakan tunawisma adalah mereka yang tidak memiliki tempat tidur yang teratur dan layak di malam hari, baik yang terlindung ataupun tidak terlindungi dan mereka tidak mampu memenuhi kebutuhan hidup secara konsisten. Sementara itu, Peraturan Pemerintah No. 31 Tahun 1980 mendefinisikan gelandangan sebagai orang-orang yang hidup dalam

keadaan tidak sesuai dengan norma kehidupan yang layak dalam masyarakat setempat, tidak mempunyai tempat tinggal dan pekerjaan yang tetap dan hidup mengembara di tempat umum (PP RI No. 31 Tahun 1980).

### **Faktor Resiko Tunawisma**

Beberapa faktor resiko terjadinya tunawisma menurut Stuart (2013) adalah:

1. Mengalami gangguan jiwa berat seperti skizofrenia. Gangguan jiwa dapat memicu menjadi tunawisma dikarenakan mereka meninggalkan rumah atau ditelantarkan keluarga (Shives, 2012). Gangguan jiwa berat dapat mengalami gangguan kesadaran yang menyebabkan mereka mengalami gangguan orientasi terhadap realitas, sehingga membuat mereka tinggal disembarang tempat.
2. Penyalahgunaan obat atau alkohol. Seseorang yang kecanduan obat atau alkohol dapat menyebabkan melakukan tindakan disembarang tempat yang tidak disadari, sehingga memungkinkan mereka tidur di jalanan atau di luar rumah atau gedung-gedung berulang kali.
3. Mengalami gangguan kepribadian. Gangguan kepribadian tertentu seperti kepribadian antisosial dimana seseorang memiliki ciri mengalami penyimpangan perilaku dari norma-norma yang mengarah pada perbuatan membahayakan diri dan orang lain, sering melanggar hak orang lain, dan peraturan yang berlaku. Orang dengan kepribadian ini biasanya sering menggunakan aktifitas hariannya dijalanan bersama kelompoknya.
4. Disorganisasi fungsi keluarga sejak lahir hingga usia remaja akhir. Masalah fungsi keluarga yang dialami seseorang sejak kecil hingga remaja dapat berdampak

pada kenyamanan anak tinggal rumah. Jika anak merasa tidak nyaman tinggal dirumah maka dia lebih suka tinggal di luar rumah.

5. Kurangnya dukungan keluarga. Keluarga yang kurang memberikan dukungan finansial dan emosional seperti perhatian bahkan cenderung untuk menelantarkan anak (*child neglect*) dapat membuat anak lebih senang melakukan aktifitas dijalanan untuk bermain bahkan mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhannya.
6. Keputusan karena tidak ada orang yang mau membantu. Kegagalan meraih sesuatu berulang kali dapat membuat seseorang mengalami keputusan atau frustrasi. Apabila tidak ada bantuan dari orang-orang disekitar dapat menyebabkan individu ini melakukan kegiatan yang tidak jelas tujuannya di luar rumah.

### **Dampak Tunawisma**

Tunawisma dapat berdampak pada masalah kesehatan mental, penyalahgunaan zat, serta masalah kesehatan fisik mereka. Banyak penelitian menunjukkan masalah kesehatan jiwa lebih tinggi dialami para tunawisma dibanding orang yang tinggal di rumah. Sebagian besar studi menemukan bahwa gangguan psikosis dan penyalahgunaan zat dialami kelompok tunawisma. Masalah kesehatan mental tersebut terjadi pada tunawisma dengan berbagai rentang usia dari anak-anak sampai dengan lanjut usia. Tunawisma dapat meningkatkan resiko terjadi gangguan jiwa dikarenakan mereka tidak bisa memenuhi kebutuhan dasar, dan menghadapi risiko kekerasan. Selain itu, mereka juga cenderung memiliki beban kemiskinan dan ketidakstabilan keluarga. Penyalahgunaan zat pada

tunawisma merepresentasikan penyakit mental yang mereka alami. Penyalahgunaan zat dapat menyebabkan gangguan mental yang lebih berat. Terjadi keracunan, overdosis, delirium dan withdrawal obat-obat terlarang dapat berdampak munculnya masalah mental yang lebih serius (Barker, 2009).

Selain masalah mental, tunawisma juga lebih berisiko mengalami gangguan kesehatan fisik seperti trauma fisik, penyakit kulit, gangguan pernapasan, infeksi kelamin, hipertensi, penyakit paru obstruktif menahun, diabetes mellitus, dan masalah gigi. Selain itu mereka juga mungkin menderita penyakit fisik yang memerlukan pengobatan psikiatri seperti penyakit epilepsi. Trauma fisik sering terjadi dikarenakan penyalahgunaan zat, cedera/infeksi suntik, dan jatuh karena minum minuman keras. Tunawisma dengan gangguan jiwa mengalami gangguan kesehatan fisik dikarenakan buruknya pemenuhan kebutuhan dasar, dan rendahnya kualitas hidup dibanding yang tidak mengalami gangguan jiwa. (Barker, 2009). *The Queen's Nursing Intitute* (2018) melaporkan bahwa tunawisma memiliki resiko 50 kali lebih menderita Hepatitis C, 34 kali lebih terkena Tuberkulosis, 20 kali lebih meninggal karena narkoba, 9 kali lebih melakukan bunuh diri, 8 kali lebih menderita epilepsy, dan 4 kali lebih memiliki masalah kesehatan mental. Selain itu, tunawisma cenderung meninggal di usia yang lebih muda. Wanita tunawisma memiliki tingkat kematian 12 kali lebih tinggi dan tunawisma pria tingkat kematiannya 8 kali lebih tinggi dari pada populasi umum.

Selain dampak diatas, tunawisma juga sering menjadi korban kejahatan. Pelaku kejahatan dengan sengaja memperlakukan tunawisma sebagai *property* dan bisnis. Sebagian besar kekerasan pada tunawisma berupa tindakan kasar yang menunjukkan kebencian pada mereka (Shives, 2012).

## **Populasi Khusus Tunawisma**

Masalah-masalah yang terkait dengan tunawisma tergantung pada karakteristik usia dan jenis kelamin tunawisma. Berikut ini adalah beberapa ciri populasi khusus tunawisma:

### **1. Tunawisma anak, remaja, dan dewasa muda**

Masalah kesehatan jiwa yang muncul pada masa remaja dan dewasa muda dapat berakar pada masalah di usia dini. Faktor risiko terpenting bagi bayi dan anak adalah adanya psikopatologi yang dialami pengasuhnya, misalnya anak dengan ibu/pengasuh yang tunawisma dan gangguan jiwa maka anaknya berisiko lebih tinggi mengalami masalah fisik, gangguan emosional, keterlambatan perkembangan, gizi buruk, serta stres kronis dibanding dengan ibu bukan tunawisma. Kelompok tunawisma remaja berisiko tinggi untuk mengalami kekerasan fisik dan seksual serta berisiko tinggi menggunakan obat-obat berbahaya (Shives, 2012).

### **2. Tunawisma wanita**

Tunawisma wanita lebih sedikit menjadi tunawisma daripada kelompok tunawisma pria (Barker, 2009). Tunawisma wanita sering memiliki riwayat pernah mengalami kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Gangguan jiwa dan masalah ekonomi keluarga merupakan faktor penyebab tunawisma wanita. Kehamilan yang tidak diinginkan dan penyakit menular seksual, serta risiko pemerkosaan dan kekerasan sering terjadi pada wanita tunawisma (Shives, 2012).

### **3. Tunawisma lanjut usia (lansia)**

Tunawisma lansia sebagian besar akibat dari kemiskinan karena tidak dapat bekerja, kelemahan

fisik dan/atau gangguan mental seperti depresi, demensia, dan penyalahgunaan zat. Lansia yang gangguan jiwa mengalami gangguan memory, gangguan kognitif, penilaian yang buruk, atau pemahaman yang buruk. Kondisi seperti itu dapat timbul masalah di rumah, dan sering kali menyebabkan hilangnya tempat tinggal misalnya, kebakaran, lupa pulang ke rumah (Shives, 2012).

### **Layanan Kesehatan bagi Tunawisma**

Beberapa layanan kesehatan bagi tunawisma di beberapa negara berkembang (Barker, 2009) adalah sebagai berikut:

#### **1. Layanan panti tunawisma/sosial**

Bekerjasama dengan lembaga tunawisma seperti panti sosial merupakan perluasan layanan keperawatan. Tunawisma sering kali datang dalam kondisi krisis, perilaku bermusuhan atau masalah keamanan. Hal ini menuntut negosiasi yang hati-hati dan penguasaan komunikasi yang komprehensif. Perawat kesehatan jiwa dapat memberikan pengawasan, perawatan dan saran klinis pada panti sosial ini.

#### **2. Layanan kesehatan primer**

Seringkali para tunawisma kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan primer. Modernisasi pencatatan pelayanan kesehatan primer ke dalam sistem elektronik secara nasional dapat memberikan manfaat bagi tunawisma. Tunawisma mungkin mengalami banyak masalah kesehatan, pengkajian kesehatan mental dalam pelayanan primer harus memastikan adanya skrining penyalahgunaan zat dan masalah kesehatan mental, serta membutuhkan evaluasi yang cermat.



### **3. Layanan kesehatan jiwa krisis**

Tim krisis kesehatan mental mempertimbangkan kebutuhan tunawisma dalam kondisi krisis, misalnya di ruang gawat darurat. Petugas kesehatan perlu waspada terhadap stereotip orang-orang tunawisma dan membuat penilaian. Peran utama perawat kesehatan jiwa adalah merencanakan dan mengelola kondisi krisis tunawisma secara kolaboratif, banyak agen tunawisma yang menyediakan dukungan penitipan anak. Praktisi tingkat lanjut di bidang ini harus mengembangkan keahlian tambahan, terutama dalam manajemen ketergantungan zat.

### **4. Layanan perawatan oleh *Assertive Outreach Team***

Tim spesialis yang bertugas menangani dan menjangkau orang-orang dengan masalah kesehatan mental yang serius dan kronis yang dialami tunawisma. Layanan ini merupakan lanjutan dari layanan kesehatan mental yang telah dilakukan lembaga yang berwenang seperti rumah sakit jiwa. Tim ini cocok bagi tunawisma dan menjadi basis yang sesuai bagi perawat kesehatan jiwa spesialis tunawisma.

### **5. Layanan tunawisma anak di intervensi awal**

Intervensi awal pada anak psikosis ditujukan tidak hanya untuk pemulihan gejala secepatnya tetapi juga membantu anak tunawisma untuk memenuhi kebutuhan perkembangan mereka. Psikosis sering mempengaruhi anak muda selama proses individuilisasi. Perkembangan psikosis pada fase prodromal yang panjang atau periode psikosis yang tidak dikenali dan tidak terobati akan sangat berbahaya. Manajemen kasus dalam layanan tersebut harus 'tegas'. Perawat Kesehatan Jiwa harus melibatkan dan mendukung anak tunawisma untuk

memanfaatkan sumber daya yang ada. Di dalam Intervensi awal, perawat harus juga mampu melakukan intervensi penyalahgunaan zat pada tunawisma agar intervensi berjalan efektif (Barker, 2009).

## **6. Layanan psikiatri akut rumah sakit**

Perawatan di fasilitas psikiatri akut mungkin lebih aman daripada ditempat lain. Ketika tunawisma dirawat inap di unit psikiatri, tugas perawat yang bekerja dalam penanganan pasien tunawisma adalah memahami ketidakberdayaan struktural tunawisma dan mengatasinya dengan strategi konkrit seperti berikut ini: (1) Bicaralah dengan pasien tentang layanan yang diberikan, (2) Informasikan dan tawarkan pada mereka bahwa tunawisma memiliki 'pengasuh', (3) Jika tunawisma belum memiliki tempat tinggal, berikan informasi tempat tinggal sementara secepat mungkin, (4) Pastikan adanya layanan kesehatan mental di masyarakat, dan (5) Pengaturan pemulangan.

## **7. Layanan tunawisma dengan penyalahgunaan zat**

Perawat perlu secara teratur membantu tunawisma dengan masalah penyalahgunaan zat dan mereka harus memahami secara mendalam dampak dari penyalahgunaan zat dapat menciptakan rasa kewalahan. Perawat harus melakukan perawatan sesuai dengan standard penanganan penyalahgunaan zat (NAPZA).

## **8. Layanan pada pengungsi**

Banyak pengungsi memiliki pengalaman traumatis dan menghadapi kesulitan yang sangat bermakna dikarenakan bencana. Para pengungsi dapat menjadi bergantung dalam memenuhi kebutuhan dasar

mereka. Perawat jiwa komunitas berperan untuk mengidentifikasi pengungsi yang berisiko mengalami gangguan jiwa. Para pengungsi ini dapat berisiko menjadi tunawisma jika tidak mendapatkan penanganan yang baik (Barker, 2009).

## **9. Layanan psikoterapi**

Psikoterapi ditujukan untuk membantu tunawisma berintegrasi kembali dengan anggota keluarga dengan memberikan manfaat jangka panjang (Barker, 2009). Psikoterapi adalah komunikasi antara pasien dan terapis yang dimaksudkan untuk membantu individu menurunkan tekanan emosional, seperti menurunkan cemas, takut atau perasaan tertekan. Tindakan ini bertujuan mencari solusi masalah dalam kehidupan seperti menghadapi kekecewaan, kesedihan, masalah keluarga, dan ketidakpuasan pekerjaan atau karir. Melalui terapi ini terapis mengubah cara berpikir dan perilaku pasien sehingga dapat bekerja secara produktif dan dapat menikmati hubungan dengan orang lain (American Psychology Association [APA], 2017).

## **Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

#### **a. Keamanan diri**

Pastikan apakah tunawisma bersenjata, apakah mereka mabuk karena obat-obatan atau alkohol yang dapat mengakibatkan terjadi kekerasan. Perawat sebaiknya tidak melakukan kunjungan sendiri namun bersama staf lain agar penanganan lebih komprehensif dan lebih aman.

**b. Resiko bunuh diri**

Tunawisma beresiko tinggi melakukan perbuatan bunuh diri. Untuk mencegah kasus bunuh diri, semua tunawisma harus menerima paket *aftercare* setelah keluar dari rumah sakit. Bunuh diri dan melukai diri sendiri dilakukan oleh tunawisma dikarenakan mereka menghadapi risiko kekerasan dari orang lain. Selain itu, banyaknya kejadian bunuh diri ini dikarenakan rendahnya dukungan sosial dari keluarga atau pasangannya (Barker, 2009).

**c. Eksploitasi dan viktimisasi tunawisma**

Tunawisma yang mengalami gangguan mental sangat berisiko dieksploitasi oleh orang lain dan mengalami viktimisasi kekerasan. Pengkajian yang cermat diperlukan untuk menggali hubungan eksploitatif antara seseorang dengan tunawisma. Pihak yang bertanggung jawab atas keuangan tunawisma dan membantu menyimpan harta bendanya belum tentu menguntungkan bagi tunawisma (Barker, 2009).

**d. Pemeriksaan fisik**

Kaji kondisi fisik pasien secara keseluruhan, terutama risiko adanya gangguan integritas kulit, kurangnya personal hygiene, dan tanda penyakit kronis lainnya. Selain itu tanda-tanda perusakan bagian tubuh seperti tato, tindik di telinga, hidung, kelopak mata, bibir, lidah dan sebagainya. Selain itu tanda-tanda gangguan tidur.

**e. Riwayat penyalahgunaan zat**

Kaji tanda-tanda penyalahgunaan zat, seperti mulut bau alkohol, rokok, bekas-bekas suntikan

di tubuh korban dan aktivitas lain tunawisma terakait penyalahgunaan zat. Apabila ada indikasi penyalahgunaan zat maka segera tangani dan koordinasi dengan stakeholder terkait.

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis Keperawatan yang dapat dihadapi tunawisma adalah sebagai berikut (Da Silva et al., 2018):

- a. Risiko kebingungan akut berhubungan dengan penggunaan narkoba sehari-hari.
- b. Risiko gula darah tidak stabil berhubungan dengan diabetes yang tidak terkontrol.
- c. Risiko gangguan fungsi hati berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan.
- d. Risiko kesepian berhubungan dengan ditinggalkan oleh keluarga dan stigma.
- e. Risiko terganggunya martabat manusia berhubungan dengan harga diri rendah dan kurangnya peluang.
- f. Risiko resiliensi yang dikompromikan berhubungan dengan penyalahgunaan narkoba.
- g. Risiko penderitaan spiritual berhubungan dengan distres dan kurangnya harapan.
- h. Risiko kekurangan gizi berhubungan dengan faktor ekonomi.
- i. Risiko bunuh diri berhubungan dengan harga diri rendah situasional.

Diagnosa Keperawatan pada tunawisma menurut NANDA (Da Silva et al., 2018):

<b>Domain</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>
Domain 1: Promosi Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manajemen kesehatan tidak efektif</li> <li>• Perilaku berisiko</li> <li>• Pemeliharaan kesehatan tidak efektif</li> </ul>
Domain 4: Aktifitas/Istirahat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang tidur</li> <li>• Kurang perawatan diri untuk mandi</li> </ul>
Domain 6: Persepsi diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keputusan</li> <li>• Harga diri rendah situasional</li> </ul>
Domain 7: Hubungan peran	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proses keluarga yang terganggu</li> </ul>
Domain 9: Koping/toleransi stress	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sindrom pasca trauma</li> <li>• Kecemasan</li> <li>• Koping defensif</li> <li>• Perasaan tidak berdaya</li> <li>• Penolakan yang tidak efektif</li> </ul>
Domain 10: Prinsip hidup	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan religiusitas</li> </ul>
Domain 11: Keamanan/perlindungan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kerusakan gigi</li> <li>• Kerusakan integritas kulit</li> </ul>

### **3. Intervensi**

Intervensi pada tunawisma dengan gangguan jiwa difokuskan dari perawatan di rawat-inap RS ke perawatan di komunitas. Hal ini dengan tujuan dapat meningkatkan dukungan pada tunawisma selama tinggal di masyarakat. Intervensi ini juga dapat memperkuat ikatan mereka dengan layanan kesehatan, keluarga, teman, dan dukungan emosional, serta dapat mencegah mereka menjadi tunawisma lagi. Berikut ini beberapa intervensi keperawatan pada kelompok tunawisma menurut

NANDA, Nursing Outcome Classification (NOC) dan Nursing Intervention Classification (NIC) (Da Silva et al., 2018; CarePlans.com, October 2022).

<b>Domain</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Hasil yang diharapkan</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
Domain 1: Promosi Kesehatan	Managemen kesehatan tidak efektif  Perilaku berisiko  Pemeliharaan kesehatan tidak efektif	Perilaku mencari kesehatan  Kepatuhan  Pengendalian risiko: Penggunaan narkoba	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konseling</li> <li>• Investigasi keadaan kesehatan fisik dan mental dan sumber daya yang tersedia di masyarakat</li> <li>• Orientasi jaringan kesehatan</li> <li>• Mempromosikan penggunaan sumber daya jaringan secara efisien</li> <li>• Peningkatan sistem dukungan</li> <li>• Modifikasi perilaku</li> <li>• Orientasi tentang pengobatan penyakit kronis</li> <li>• Pendidikan kesehatan</li> <li>• Pencegahan penggunaan zat</li> <li>• Pengkajian kesehatan</li> <li>• Bantuan modifikasi diri</li> <li>• Pendidikan seks yang aman</li> <li>• Penetapan tujuan bersama</li> </ul>
Domain 4: Aktifitas/ Istirahat	Kurang tidur  Kurang perawatan diri (mandi)	Tidur terpenuhi  Perawatan diri: mandi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peningkatan tidur</li> <li>• Peningkatan coping</li> <li>• Perlindungan integritas fisik tunawisma/kebijakan publik</li> <li>• Desain rencana perawatan yang sesuai dengan situasi pribadi</li> <li>• Pastikan privasi dan tempatkan alat kebersihan dalam jangkauan</li> </ul>
Domain 6 Persepsi diri	Keputusasaan  Harga diri rendah situasional	Memiliki Harapan  Kualitas hidup  Harga diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peningkatan sosialisasi</li> <li>• Peningkatan harga diri</li> <li>• Peningkatan citra tubuh</li> <li>• Peningkatan coping</li> <li>• Dukungan rohani</li> <li>• Mendukung peningkatan sistem</li> <li>• Harapan penanaman</li> </ul>

<b>Domain</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Hasil yang diharapkan</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pencegahan penggunaan zat</li> </ul>
Domain 7 Hubungan peran	Proses keluarga yang terganggu	Pemeliharaan proses keluarga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imajinasi terbimbing sederhana</li> <li>• Peningkatan sistem pendukung</li> <li>• Perencanaan strategi untuk pemulihan ikatan keluarga</li> </ul>
Domain 9 Koping/ toleransi stress	Sindrom pasca trauma Kecemasan Koping defensif Perasaan tidak berdaya Penolakan yang tidak efektif	Kontrol diri kecemasan Koping Keyakinan kesehatan: kemampuan untuk bertindak Penerimaan: status kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bantuan emosional</li> <li>• Tingkatkan kapasitas ketahanan mental (resiliensi)</li> <li>• Intervensi krisis</li> <li>• Pengurangan kecemasan</li> <li>• Kelompok pendukung</li> <li>• Peningkatan citra tubuh</li> <li>• Pencegahan kekerasan</li> <li>• Pencegahan penggunaan zat</li> <li>• Bantuan modifikasi diri</li> <li>• Perlindungan hak-hak tunawisma</li> <li>• Memberikan informasi tentang situasi</li> <li>• Keterlibatan dalam sesi kelompok</li> </ul>
Domain 10 Prinsip hidup	Gangguan spiritual	Kesehatan rohani Peningkatan harapan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bantuan emosional</li> <li>• Peningkatan persepsi diri</li> <li>• Klarifikasi nilai</li> <li>• Mendukung peningkatan sistem;</li> <li>• Grup pendukung</li> <li>• Penyuluhan</li> </ul>
Domain 11 Keamanan/ perlindungan	Kerusakan gigi Kerusakan integritas kulit	Perawatan diri: kebersihan mulut Perawatan luka	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingkatkan kesehatan mulut</li> <li>• Perlindungan hak-hak tunawisma</li> <li>• Identifikasi risiko;</li> <li>• Perawatan kulit: perawatan topikal</li> <li>• Perlindungan infeksi</li> <li>• Monitor kesehatan kulit</li> <li>• Mandi;</li> <li>• Pendidikan kesehatan</li> </ul>

Stuart (2013) menyatakan elemen kunci pendekatan yang efektif untuk menangani tunawisma adalah: (1) petugas kesehatan sering kontak dengan tunawisma secara konsisten, (2) bertemu tunawisma di tempat



mereka berada secara interpersonal, (3) membantu kebutuhan hidup tunawisma segera mungkin, seperti makanan, tempat penampungan darurat, dan pakaian, (4) perawatan secara bertahap dan membangun hubungan saling percaya, (5) Tekankan pada kekuatan pasien dibandingkan kelemahannya, (6) memberikan pilihan layanan dan diberikan hak untuk menolak, (7) pemberian layanan yang komprehensif, termasuk perawatan kesehatan mental dan penyalahgunaan zat, pengobatan dan perawatan fisik, perumahan, layanan sosial dan pekerjaan, serta bantuan dalam mendapatkan hak-haknya.

*The Queen's Nursing Institute* (2018) menyatakan bahwa perubahan yang diperlukan untuk meningkatkan kesehatan tunawisma meliputi empat hal yaitu: (1) meningkatkan kapasitas dan kapabilitas pelayanan kesehatan, (2) meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan sistem perumahan, (3) meningkatkan akses pelayanan kesehatan, dan (4) meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang dampak tunawisma.

#### **a. Meningkatkan kapasitas dan kapabilitas pelayanan kesehatan**

Upaya meningkatkan kapasitas dan kapabilitas pelayanan kesehatan dengan melakukan tindakan: (1) memberikan asuhan keperawatan secara holistik dan lanjutan, (2) lebih banyak staf, sumber daya, pendanaan, dan kapasitas yang berfokus pada kesehatan tunawisma, (3) lebih banyak tempat penampungan tunawisma, akomodasi darurat yang mendukung, dan terjangkau, dan (4) penyediaan perawatan setelah keluar dari rumah sakit ke perawatan intermedial.

**b. Meningkatkan kualitas kesehatan lokal dan sistem perumahan**

Upaya meningkatkan kualitas kesehatan lokal dan sistem perumahan dengan melakukan tindakan: (1) peningkatan kolaborasi antara professional-profesional dan sedikit birokrasi, (2) peningkatan kualitas akomodasi darurat, (2) peningkatan dukungan bagi tunawisma yang kecanduan narkoba, (3) perbaikan proses kerja, (4) pencegahan tunawisma sebagai urusan semua orang, dan (5) pemahaman yang lebih baik tentang tunawisma.

**c. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan**

Upaya meningkatkan akses pelayanan kesehatan dengan melakukan beberapa tindakan berikut: (1) mengembangkan akses pelayanan kesehatan yang lebih cepat, (2) mengembangkan akses kesehatan masyarakat, pemeriksaan, dan perlindungan kesehatan tunawisma, (3) menyediakan transportasi bagi tunawisma untuk menuju fasilitas Kesehatan, (4) bebaskan biaya pelayanan kesehatan, (5) menjunjung tinggi hak untuk mendaftar tanpa memandang status tunawisma, (6) menghubungkan secara efektif ke semua layanan kesehatan masyarakat, (7) memberikan advokasi di semua tingkatan pelayanan kesehatan.

**d. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang tunawisma**

Upaya perawat untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang tunawisma adalah: (1) meningkatkan kesadaran publik tentang tindakan yang efektif bagi tunawisma, (2) meningkatkan sikap positif dari semua staf

terhadap tunawisma, (3) meningkatkan pengetahuan tentang protokol dan kebijakan tunawisma.

#### **4. Implementasi**

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada tunawisma sesuai dengan perencanaan yang telah disusun. Tindakan dilakukan perawat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan perawat sebaiknya melaksanakan dengan tegas namun tetap memperhatikan prinsip menghargai harkat martabat dan hak-hak tunawisma sebagai individu yang utuh.

#### **5. Evaluasi**

Keberhasilan asuhan keperawatan pada tunawisma didasarkan ketercapaian hasil yang diharapkan (*nursing outcome*) pada masing-masing diagnosa keperawatan yang dialami tunawisma. Berikut ini beberapa kriteria keberhasilan asuhan keperawatan pada tunawisma: (1) adanya upaya untuk memeriksakan kesehatannya, (2) menunjukkan kepatuhan dalam menjalankan perawatan, (3) berhentinya penggunaan narkoba, (4) kebutuhan tidur terpenuhi, (5) perawatan diri meningkat, (5) peningkatan harapan terhadap perbaikan kualitas hidup, (6) harga diri meningkat, (7) meningkatnya fungsi keluarga, (8) kecemasan menurun, (9), koping lebih efektif, (10) keyakinan positif terhadap kesehatan, (11) penerimaan status kesehatan, (12) meningkatnya kesehatan rohani, (13) peningkatan harapan, (14) perawatan kebersihan mulut meningkat, dan (15) perawatan luka pada kulit membaik.

## **Kesimpulan**

Kelompok tunawisma dan terutama yang mengalami gangguan jiwa sering menjadi kelompok yang dikucilkan secara sosial dan rentan bermasalah dalam masyarakat. Perawat jiwa komunitas memiliki peran penting untuk membantu memenuhi kebutuhan mereka karena perawat jiwa komunitas memiliki keterampilan dan peran secara klinis dan sosial. Oleh karena itu, perlunya mengembangkan praktik keperawatan komunitas bagi tunawisma. Jika tunawisma dengan gangguan mental diberikan kesempatan untuk berpartisipasi dalam suatu program untuk memenuhi kebutuhan kesehatan, pendapatan, dan dukungan sosial, maka hal ini akan dapat membantu mereka untuk segera memiliki rumah dan meningkatkan taraf kehidupan mereka menjadi lebih baik. Oleh karena itu, penyedia layanan kesehatan mental harus melakukan pendekatan baru dalam memberikan layanan perawatan dan rehabilitasi bagi tunawisma, sehingga mereka mendapatkan layanan kesehatan yang lebih baik.

## Daftar Pustaka

- American Psychology Association [APA] (2017). *What is psychotherapy*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/psychotherapy.pdf>
- Barker, P. (2009). *Psychiatric and Mental Health Nursing The craft of caring Second edition*. London: Edward Arnold (Publishers) Ltd.
- Careplans.com (October, 2022). *NANDA International*. <http://careplans.net/nanda>
- Council of Economic Advisers (CEA) US (2019). *The state of homelessness in America*. <https://trumpwhitehouse.archives.gov/wp-content/uploads/2019/09/The-State-of-Homelessness-in-America.pdf>
- Da Silva, F. P., de Assis Siqueira Paiva, F., Guedes, C. P., da Silva Frazão, I., Vasconcelos, S. C., & da Costa Lima, M. D. (2018). Nursing diagnoses of the homeless population in light of self-care theory. *Archives of psychiatric nursing*, 32(3), 425–431. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.12.009>
- Mcenroe-Petitte, D. M. (2020). Caring for patients who are homeless. *Nursing2020*, 50(3), 24-30. doi: 10.1097/01.NURSE.0000654600.98061.61
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 31 Tahun 1980. *Penanggulangan gelandangan dan pengemis*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/66630/p-p-no-31-tahun-1980>
- RadarDepok.com, (February, 2022). *5 negara dengan gelandangan terbanyak, apakah Indonesia termasuk?* <https://www.radardepok.com/2022/02/5-negara-dengan-gelandangan-terbanyak-apakah-indonesia-termasuk/>

- Shives, L.R. (2012). *Basic concepts of psychiatric mental health nursing*. Wolters Kluwer, Florida. [https://downloads.lww.com/wolterskluwer\\_vitalstream\\_com/sample-content/9781605478876\\_Shives/samples/Frontmatter.pdf](https://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/sample-content/9781605478876_Shives/samples/Frontmatter.pdf)
- Stuart, G.W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing 10th Edition*. St Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- The Queens Nursing Institute (2018). *Nursing care for people experiencing Homelessness: A Survey of the QNI Homeless Health Network*. <https://www.qni.org.uk/wp-content/uploads/2018/11/Nursing-care-for-people-experiencing-homelessness-web.pdf>
- UU No. 18 Tahun 2014. *Undang-Undang Republik Indonesia tentang Kesehatan Jiwa*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38646/uu-no-18-tahun-2014>
- United Nation, Department of Economic and Social Affairs Social Inclusion (March, 2020). *First-ever united nations resolution on homelessness*. <https://www.un.org/development/desa/dspd/2020/03/resolution-homelessness/>.

## **Profil Penulis**



### **Kissa Bahari, S.Kep., Ns., M.Kep., PhD.NS**

Penulis lahir di Malang pada tanggal 10 Januari 1973. Setelah menamatkan Pendidikan di SMA Negeri 1 Malang, pada th 1992 penulis menempuh pendidikan Ilmu Keperawatan pada Akademi Perawatan Malang, lulus tahun 1995. Selanjutnya penulis bekerja di Akademi Perawatan Malang atau sekarang dikenal menjadi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang sejak tahun 1995 sampai dengan sekarang. Pada tahun 1999, penulis mendapatkan beasiswa untuk melanjutkan pendidikan Sarjana dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya, lulus tahun 2002. Pada tahun 2008 penulis mendapatkan beasiswa di Program Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dengan kekhususan Keperawatan Jiwa, lulus tahun 2010. Pada tahun 2017, penulis mendapatkan beasiswa untuk menempuh pendidikan Doctor of Philosophy in Nursing Science di St. Paul University Philippines, lulus pada tahun 2020. Penulis memiliki keahlian dalam bidang ilmu keperawatan jiwa dan pengembangan teori keperawatan. Untuk mengembangkan kepakarannya, penulis aktif sebagai peneliti dengan mendapatkan pendanaan dari internal perguruan tinggi dan juga dari Kementerian Kesehatan RI, serta menulis artikel pada jurnal nasional dan internasional bereputasi.

Email Penulis: [kissabahari27@gmail.com](mailto:kissabahari27@gmail.com)

# ASKEP ANAK KEBUTUHAN KHUSUS

**Rahmawati Raharjo, S.Kep. Ns., M.Kes**  
Universitas Bakti Indonesia

## **Anak Kebutuhan Khusus**

### 1. Definisi

Anak dengan kondisi ketidaknormalan dari segi perkembangan dan adanya kelainan sehingga membutuhkan penanganan khusus sering disebut dengan anak berkebutuhan khusus. Jika merujuk dari berbagai literatur, pemahaman tentang ABK tidak hanya bersinggungan dengan tumbuh kembang. Tidak jarang ABK dikaitkan dengan kondisi tidak normal pada aspek biologis (genetik), psikologis (sikap dan perilaku), sosio-kultural (kemampuan dan perilaku yang tidak pada umumnya) (Desiningrum, 2016).

Namun sebutan perihal anak berkebutuhan khusus di masyarakat masih sering kali disamartikan. Pada umumnya pemahaman khalayak luas tentang anak berkebutuhan khusus adalah anak dengan ketunaan/kecacatan, anak dengan perkembangan yang terhambat, gangguan, psikopatologi, disabilitas, atau difabel. Padahal sebenarnya diantara istilah-istilah tersebut memiliki definisi yang tidak sama (Ika Febrian Kristiana, 2016).



Merujuk dari badan Kesehatan internasional WHO, berbagai istilah yang digunakan sebagai variasi kebutuhan khusus memiliki batasan karakteristik atau definisi masing-masing diantaranya *disability*, *impairment*, dan *handicap*. *Disability* merupakan kondisi ketidakmampuan atau keterbatasan menampilkan aktivitas yang sesuai dengan batasan normal akibat adanya *impairment*. *Impairment* itu sendiri ialah kondisi psikologis, atau anatomi atau fungsi organ yang hilang atau abnormal. Jika individu mengalami *impairment* atau *disability* sehingga perannya sebagai individu terhambat dan terbatas yang menjadikan individu tidak beruntung, kondisi ini disebut dengan *handicap* (Desiningrum, 2016).

Menurut Zaitun (2017) anak berkebutuhan khusus atau anak luar biasa yaitu anak yang memiliki ciri tidak sama dengan anak normal biasanya baik secara mental, kemampuan sensorik, komunikasi, tingkah laku sosial, ataupun ciri-ciri fisik sehingga anak dengan kondisi tersebut membutuhkan modifikasi dalam menjalani aktivitas. Menurut Mangunsong, anak berkebutuhan khusus anak yang memiliki ciri-ciri menyimpang perihal mental, kemampuan sensori, fisik dan neuromuskuler, perilaku sosial dan emosional, kemampuan berkomunikasi, maupun kombinasi dua atau tiga dari hal-hal tersebut. Oleh karena itu, penanganan pada anak kebutuhan khusus membutuhkan layanan khusus (pendidikan, sosialm bimbingan konseling) disesuaikan dengan kemampuan, kebutuhan dan karakteristik anak (Asyharinur Ayuning Putriana Pitaloka, Safira Aura Fakhiratunnisa, 2022).

## 2. Klasifikasi Anak Kebutuhan Khusus

Kemunculan gejala anak berkebutuhan khusus bervariasi. Terdapat gejala yang mungkin terlihat

nyata hanya melalui pengamatan sepintas, bahkan orang awam pun mengerti gejala tersebut. Ada juga gejala yang sulit dinilai secara kasat mata namun akan tampak ketika berinteraksi secara intensif. Terdapat juga anak yang sejak lahir hingga usai balita sudah mengalami gejala yang mengarah ke disabilitas. Gejala-gejala yang tersebut yang mendasari berbagai jenis disabilitas pada anak (Hidayah et al., 2019).

Klasifikasi anak berkebutuhan khusus menurut IDEA (*Individuals with Disabilities Education Act Amendments*) dibedakan menjadi tiga kategori yaitu anak dengan gangguan fisik, anak dengan gangguan emosi dan perilaku, dan anak dengan gangguan intelektual. Dari masing-masing kategori memiliki berbagai klasifikasi atau jenis ketidaknormal pada anak kebutuhan khusus (dapat dilihat pada table 1).

Table 1. Klasifikasi Anak Kebutuhan Khusus (Desiningrum, 2016); (Asyharinur Ayuning Putriana Pitaloka, Safira Aura Fakhiratunnisa, 2022); (Zaitun, 2017)

No.	Klafikasi Anak Kebutuhan Khusus		Definisi / Ciri-ciri/ Gejala
1	Anak dengan gangguan fisik	Tunanetra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak dengan kondisi kehilangan fungsi indra penglihatan</li> <li>- Terbagi mejadi tiga jenis tunanetra yaitu tunanetra ringan, setengah berat, dan tunanetra berat (buta total)</li> <li>- Anak beraktivitas menggunakan indra yang lain (pendengaran, perabaan, pembau, dan perasa)</li> </ul>
		Tunarungu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak dengan keterbatasan atau</li> </ul>

			<p>hambatan fungsi indra pendengaran</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klasifikasi tunarungu diantaranya gangguan pendengaran sangat ringan (27-40 dB), gangguan pendengaran ringan (41-55 dB), gangguan pendengaran sedang (56-70 dB), gangguan pendengaran berat (71-90 dB), gangguan pendengaran ekstrem/tuli (di atas 91 dB).</li> <li>- Jika berinteraksi, anak menggunakan bahasa isyarat, dan terjadi hambatan dalam berbicara.</li> <li>- Ketunarunguan dapat menyebabkan keterasingan dengan lingkungan</li> </ul>
		Tunadaksa (Anak dengan Hedayat Fisik Motorik)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada sistem tulang, otot, tulang dan persendian mengalami kelainan atau cacat</li> <li>- Tunadaksa terbagi dalam 3 kelompok yaitu tunadaksan ringan (kecerdasan dalam batas normal, mengalami sedikit gangguan mental, kondisi fisik lumpuh, buntung, cacat fisik lainnya), tunadaksa sedang (daya ingat menurun disebabkan cerebal palsy) dan tunadaksa berat (akibat cerebal palsy, tingkat kecerdasannya termasuk golongan</li> </ul>

			<p>debil, embesik dan idiot).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Secara fisik anak tidak mampu melakukan gerak (hendaya kondisi fisik) dan mempengaruhi kecerdasan, komunikasi, gangguan gerak, perilaku dan cara beradaptasi</li> </ul>
2	Anak dengan gangguan emosi dan perilaku	Tunalaras	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hambatan atau gangguan dalam dimensi perkembangan emosi dan sosial atau kombinasi keduanya</li> <li>- Perilaku anak menyimpang, anak tidak mampu beradaptasi dengan lingkungan sosial, tidak mampu belajar, tidak mampu menjalin hubungan, mengekspresikan perasaan atau berperilaku tidak pada tempatnya, selalu dalam keadaan <i>persavive</i>, mengalami <i>symptoms</i> fisik (merasa sakit atau ketakutan).</li> <li>- Ciri – cirinya tampak perasaan sedih, cepat tersinggung atau marah, rasa tertekan, dan merasa cemas</li> </ul>
		Tunawicara	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak dengan kesulitan berbicara atau sering dikenal dengan bisu.</li> <li>- Dapat disebabkan kelainan anatomi atau fungsi organ bicara, organ pendengan,</li> </ul>

			perkembangan Bahasa yang terlambat, kerusakan system saraf dan struktur otot, tidak mampu mengontrol gerak.
		Hiperaktif atau Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bukan suatu penyakit, tetapi merupakan suatu gejala.</li> <li>- Gejala atau kelainan yang dapat diamati antara lain in-atensi (kurang perhatian), hiperaktivitas dan implusivitas (mengikuti kata hati).</li> <li>- Anak hiperaktif memiliki ciri - ciri : hanya bisa diam dalam kurun waktu 5-10 menit, cenderung terus beregerak berpindah-pindah tempat, sulit berkonsentrasi, mudah bingung (kekacauan pikiran), tidak suka memperhatikan penjelasan orang lain, tidak dapat menyelesaikan tugas sekolah, sulit mengikuti perintah, sulit mengeja huruf, tidak mampu menulis.</li> </ul>
3	Anak dengan gangguan intelektual	Tunagrahita	- Hambatan dalam menyelesaikan tugas akibat kesulitan dan keterbatasan perkembangan mental-intelektual dan ketidakcakapan dalam komunikasi sosialnya dibawah rata-rata anak sesuainya.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciri-cirinya : kecerdasan di bawah rata-rata, kesulitan dalam berperilaku sosial, pada usia 12 hingga 18 tahun mengalami hambatan perilaku sosial/adaptif.</li> <li>- Klasifikasi tunagrahita berdasarkan kecerdasan yaitu tunagrahita ringan (IQ 55-70), tunagrahita sedang (IQ 40-55), tunagrahita berat (IQ 25-40), dan tunagrahita sangat berat (IQ &lt;25)</li> </ul>
		Slow learner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak yang memiliki IQ 70-90 namun belum tergolong dalam tunagrahita.</li> </ul>
		Anak berkesulitan belajar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak yang mengalami gangguan penggunaan Bahasa, berbicara, dan menulis yang berpengaruh terhadap kemampuan berpikir, membaca, berhitung, atau kemampuan bicara.</li> <li>- IQ si anak di atas rata-rata</li> </ul>
		Anak berbakat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak dengan keunggulan dalam aspek kecerdasan, kreativitas, teknik, sosial, estetika, fisik dan tanggungjawab di atas rata-rata anak normal seusianya</li> </ul>
		Autism	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penarikan diri yang ekstrem dari lingkungan sosialnya, gangguan</li> </ul>

			<p>dalam berkomunikasi, serta tingkah laku yang terbatas dan berulang (stereotipik) yang muncul sebelum usia 3 tahun</p> <p>- Anak autisme memiliki ciri-ciri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bermasalah secara interaksi sosial dan komunikasi disebabkan keterlambatan dan penyimpangan dalam berbicara, intonasi bicara tinggi, cenderung meniru, sulit mengungkapkan perasaan dengan Bahasa lisan.</li> <li>2) Intelegensi. Anak autis kebanyakan memiliki IQ 50, tidak dapat mengenali benda abstrak atau simbolik.</li> <li>3) Perilaku anak ganjil. Anak autis mudah marah jika lingkungan dan situasi ketika ia berada mengalami perubahan, tidak jarang menyakiti dirinya sendiri. Identik dengan repetitive (pengulangan), berfantasi dengan dunianya sendiri.</li> <li>4) Interaksi sosial, bayi autis tidak</li> </ol>
--	--	--	--

			berespon ketika dipeluk, ketika disusui bayi autis tidak menatap mata ibu, anak autis cenderung mengasingkan diri, menjauh dari lingkungan atau mengisolasi diri sendiri, tampak tidak ceria.
		Indigo	- Kemampuan khusus yang dimiliki individu namun tidak dimiliki oleh orang lain

### 3. Asessment Anak Kebutuhan Khusus

Gejala pada anak yang menunjukkan perbedaan bila dibandingkan dengan anak sesuainya pada umumnya akan dirasakan atau teramati pertama kali oleh orang terdekat yang intens berinteraksi dengan anak tersebut. Orang terdekat adalah keluarga (ayah ibu atau saudara), guru, pengasuh atau pihak-pihak lain yang sering bergaul dengan anak tersebut. Ketika gejala tersebut dianggap berbeda. Langkah selanjutnya perlu dilakukan identifikasi secara detail untuk mengetahui penyimpangan atau kelainan apakah dari aspek (fisik, intelektual, sosial, emosional, dan/atau sensoris neurologi (Mirnawati, 2019).

Pengumpulan dan penilaian informasi atau data yang dilakukan secara sistematis dan komperhensif menggunakan instrumen yang sesuai bertujuan untuk mempertimbangkan dan mengambil keputusan untuk Menyusun program atau terapi yang dibutuhkan anak yang bersifat realistis, sesuai dengan kenyataan secara objektif disebut dengan asesmen yang merupakan tindak lanjut identifikasi



(Yuwono, 2015). Aspek perkembangan yang dapat dinilai antara lain aspek perkembangan kognitif, persepsi, emosi, bahasa dan perilaku (Yuwono, 2019).

- a. Komponen assessment kognitif bertujuan untuk mengidentifikasi kemampuan klasifikasi (mengelompokkan), *ordering* dan/atau seriasi (Menyusun atau menghitung), korespondensi (mampu mengarah pada konsep jumlah atau nilai objek akan sama walaupun karakteristik berbeda), dan konservasi (kemampuan mempersepsikan jumlah anggota dalam kelompok namun terjadi perubahan posisi atau tempat). Keempat keterampilan tersebut masuk dalam keterampilan kognitif dasar. Setelah itu dilanjutkan identifikasi kognitif lanjut yang meliputi analisis (mengurai informasi), sintesis (menghasilkan sesuatu melalui proses integrasi dua atau lebih elemen untuk, dan evaluasi (menilai suatu obyek).
- b. Perkembangan persepsi merupakan kemampuan mempersepsikan informasi yang diterima melalui indra penglihatan pendengaran, perabaan, penciuman, pengecap dan posisi tubuh, sehingga yang diidentifikasi dalam assessment perkembangan ini meliputi kemampuan persepsi anak yang meliputi persepsi visual (penglihatan), persepsi auditoris (pendengaran), dan persepsi heptik (kemampuan mengenal objek dari proses modalitas taktil (perabaan) dan kinestetik (gerak).
- c. Yang termasuk dalam asesmen perkembangan emosi antara lain 1) pengendalian emosi, 2) perilaku agresif (marah), 3) perilaku impulsif, 4) perilaku senang, 5) takut, 6) perilaku sedih, 7) bimbang, 8) gelisah, 9) tidak percaya diri, 10)

khawatir, 11) perasaan cemburu, 12) perasaan cinta.

- d. Asesmen perkembangan bahasa mencakup keterampilan anak dalam memahami pikiran, perasaan dan kehendak orang lain, Keterampilan anak dalam menyatakan pikiran, perasaan dan kehendak sendiri kepada orang lain.
- e. Aspek perkembangan perilaku. Dalam asesmen ini bertujuan untuk mengetahui pola perilaku anak apakah anak memiliki perilaku sosial, perilaku tidak sosial, perilaku adaptif dan perilaku maladaptive.

### **Konsep Asuhan Keperawatan Anak Kebutuhan Khusus**

#### 1. Pengkajian

Fokus pengkajian pada anak berkebutuhan khusus mencakup aspek

- a. Aspek perkembangan kognitif, persepsi, emosi, bahasa dan perilaku.
- b. Riwayat Kesehatan masa lalu bertujuan untuk mengetahui faktor penyebab,

Menurut Marlina (2015) penyebab anak dengan kebutuhan khusus dapat berasal dari faktor internal (dari anak itu sendiri, karena anak mengalami hambatan-hambatan dalam beraktivitas atau berinteraksi) dan eksternal dan atau kombinasi keduanya. Faktor yang berasal dari luar (eksternal) disebabkan anak berada dalam lingkungan yang tidak mendukung atau tidak kondusif, perundungan, penganiayaan, kekerasan dalam rumah tangga, atau tindakan criminal lainnya. Selain itu, Riwayat kesehatan anak masa lalu, berhubungan erat dengan riwayat

kesehatan ibu (periode antenatal, intranatal, dan psot natal).

c. Riwayat tumbuh kembang

Tampak adanya perubahan pertumbuhan fisik yang tidak sesuai dengan standar pencapaian tumbuh kembang. Misal adanya gangguan pada perkembangan bahasa dan bicara dialami anak berkesulitan belajar dan anak tunarungu-wicara.

d. Pola aktivitas

Terjadi hambatan beraktifitas secara fisik pada anak tunadaksa,

e. Pola persepsi diri – Konsep diri

Anak berkebutuhan khusus memiliki keterbatasan secara fisik maupun mental sehingga cukup sulit membangun konsep diri yang positif akibat penolakan dan persepsi yang buruk yang dimunculkan oleh lingkungan.

f. Pola kognitif – persepsi

Mengkaji terkait dengan intelegensi, kemampuan kognitif dasar dan kognitif lanjutan. Kelainan kognitif akan tampak pada tunadaksa sedang hingga berat, anak tunagrahita, *slow learner* dengan IQ dibawah rata-rata. Anak bekesulitan belajar, dan anak autisme. Tampak gejala disfungsi persepsi (kemampuan menerima dan mengolah informasi yang diterima melalui indra penglihatan pendengaran, perabaan, penciuman) pada anak tunanetra, tuwicara, tunarungu,

g. Pola peran – hubungan

Adanya perubahan perkembangan perilaku, perilaku adaptif/mal adaptif, perilaku sosial/tidak sosial, perilaku mengisolasi diri dari

lingkungan dan hiperaktif. Hambatan atau gangguan emosi dan perilaku ditunjukkan oleh anak dengan tunalaras, ADHD,

## 2. Diagnosa keperawatan

Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada anak berkebutuhan khusus menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah sebagai berikut (Habibi, 2018):

- a. Defisit perawatan diri
- b. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik
- c. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri
- d. Kesiapan peningkatan coping keluarga
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif
- f. Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan hambatan perkembangan
- g. Isolasi sosial berhubungan dengan keterlambatan perkembangan
- h. Risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi kognitif
- i. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan individu dalam hubungan sosial
- j. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penurunan fungsi intelektual.

## Daftar Pustaka

- Asyharinur Ayuning Putriana Pitaloka, Safira Aura Fakhiratunnisa, T. K. N. (2022). Konsep Dasar Anak Berkebutuhan Khusus. *MASALIQ: Jurnal Pendidikan Dan Sains*, 2(1), 26–42. <https://ejournal.yasin-alsys.org/index.php/masaliq>
- Desiningrum, D. ratri. (2016). *Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta : psikosain.
- Habibi. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Retardasi Mental Di SLB Kasih Ummi Kota Padang*. Padang : Poltekkes Kemenkes Padang.
- Hidayah, N., Suyadi, Akbar, S. A., Yudana, A., Dewi, I., Puspitasari, I., Rohmadheny, P. S., Fakhruddiana, F., Wahyudi, & Wat, D. E. (2019). *Pendidikan Inklusi dan Anak Berkebutuhan Khusus*. Yogyakarta : Samudra Biru.
- Ika Febrian Kristiana, C. G. W. (2016). *Buku ajar psikologi anak berkebutuhan khusus*. Semarang : UNDIP Press.
- Marlina. (2015). *Asesmen Anak Berkebutuhan Khusus Pendekatan Psikoedukasional*. Padang : UNP Press Padang.
- Mirnawati. (2019). Anak Berkebutuhan Khusus “Hambatan Majemuk.” In *News.Ge*. Sleman : Deepublish.
- Yuwono, I. (2015). *Identifikasi dan Asesmen Anak Berkebutuhan Khusus Setting Pendidikan Inklusif*. Banjarmasin : Pustaka Banua.
- Yuwono, I. (2019). *Instrumen Asessmen Perkembangan*. Banjarmasin : Universitas Lambung Mangkurat.
- Zaitun. (2017). *Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus*. Pekanbaru : Kreasi Edukasi.

## **Profil Penulis**



### **Rahmawati Raharjo, S.Kep. Ns., M.Kes**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2008 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banyuwangi. Penulis menempuh pendidikan sarjana bidang keperawatan di Stikes Banyuwangi selama 4 tahun kemudian melanjutkan Profesi Ners selama 1 Tahun di Stikes Surya Mitra Kediri. Setelah lulus dari program sarjana dan profesi ners, penulis mulai berfikir bahwa ia tidak hanya ingin melakukan pekerjaan mulia sebatas itu saja. Dengan pertimbangan matang, penulis memutuskan melanjutkan pendidikan pasca sarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga pada tahun 2014 dengan bidang konsentrasi Kesehatan Reproduksi. Setelah lulus dari program pascasarjana penulis mendapatkan mengajar di Universitas Bakti Indonesia Banyuwangi. Penulis memiliki kepakaran di bidang keperawatan, dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis tidak hanya sebatas mengajar, penulis juga melakukan berbagai kegiatan pengabdian masyarakat, dan aktif dalam melakukan penelitian sehingga bidang keilmuan yang digeluti oleh penulis semakin terasah.

Email Penulis: [rahmawatiraharjo2@gmail.com](mailto:rahmawatiraharjo2@gmail.com)



## ASUHAN KEPERAWATAN KORBAN PEMERKOSAAN

**Esti Widiyani, S.Kep., Ners., M.Kep.**

Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang

### **Definisi Pemerkosaan**

Pemerkosaan merupakan bagian dari pelecehan seksual (Shives, 2012). Pemerkosaan dapat diartikan sebagai tindakan kekerasan seksual atau serangan seksual berupa penetrasi organ seksual baik vaginal, oral, maupun anal tanpa persetujuan dari korban (Shives, 2012). Pemerkosaan adalah kejahatan kekerasan dan penghinaan terhadap korbannya yang diekspresikan melalui cara seksual tanpa persetujuan korban, karena korban lemah, mengalami keterbelakangan mental, atau masih anak-anak (Videbeck, 2011). Pemerkosaan merupakan ekspresi kekuasaan dan dominasi melalui kekerasan seksual, dimana paling sering dilakukan oleh laki-laki dengan korban perempuan, meskipun laki-laki juga dapat menjadi korban (Townsend, 2014). Korban pemerkosaan dapat berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan yang berasal dari segala usia maupun kelas sosial (Stuart, 2013).

Pemerkosaan juga bisa terjadi di dalam perkawinan. Tindakan tersebut merupakan tindak kejahatan yang biasanya disertai dengan kekerasan fisik. Hal tersebut terjadi karena pelaku pemerkosaan memiliki keyakinan untuk melakukan hubungan seks kapanpun ada



kemauan. Pemerksaan dalam perkawinan, bagi korban terasa sangat berat, karena korban harus tetap bertemu setiap hari dan dalam pemenuhan kebutuhan kehidupan bergantung pada pelaku (Stuart, 2013). Korban pemerksaan dalam perkawinan sebagian tidak melaporkan kepada yang berwajib karena rasa malu pada keluarga dan orang-orang terdekatnya (Stuart, 2013).

Pemerksaan (*rape*) dibagi menjadi 5 jenis (Shives, 2012):

1. *Blitz rape*, yaitu pemerksaan mendadak yang tidak terduga terjadi tanpa adanya interaksi sebelumnya antara korban dan pelaku
2. *Confidence rape*, yaitu pemerksaan yang terjadi dimana antara pelaku dan korban pernah berinteraksi sebelumnya.
3. *Marked victim rape*, yaitu pemerksaan di mana pelaku menyerang wanita yang telah dikenalnya dalam beberapa cara.
4. *Accessory-to-sex rape*, yaitu pemerksaan yang mengacu pada korban yang rentan ketidakmampuan untuk memberikan persetujuan (seperti dalam kasus seseorang yang keterbelakangan mental)
5. *Date rape*, pemerksaan yang mengacu pada eksploitasi keramahan atau perilaku individu selama kencan.

## **Asuhan Keperawatan Kasus Pemerksaan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian awal sangat penting bagi perkembangan kesembuhan korban pemerksaan. Meskipun sebagian besar perawat cepat mengenali perempuan yang dibawa ke UGD (Unit Gawat Darurat) oleh pihak berwajib yaitu kepolisian karena mendapat

kekerasan dari pihak lain, akan tetapi sebagian besar korban pemerkosaan dan kekerasan seksual lebih sulit untuk dikenali. Perawat harus melakukan pengkajian dengan teliti mengenai hal tersebut.

Hal yang bisa dikaji pada korban pemerkosaan dan kekerasan seksual antara lain:

- a. Perawat harus menanyakan apakah pemerkosaan terjadi saat ini atau terjadi di masa lampau (Stuart, 2013).
- b. Masing-masing orang memiliki persepsi yang berbeda dalam hal pemerkosaan, sehingga perawat harus bertanya “Apakah ada seseorang yang memaksa untuk berhubungan seksual dengan Anda, padahal Anda tidak menginginkan hal tersebut? Jika ada, siapakah orang yang memaksa tersebut? Pertanyaan tersebut dapat mengidentifikasi jenis pemerkosaan apakah pemerkosaan terjadi di luar atau di dalam perkawinan, dan jenis pemerkosaan lain (Shives, 2012; Stuart, 2013).
- c. Kaji kontak seksual dengan kekerasan atau tanpa kekerasan atau aktivitas yang tidak diinginkan oleh penerima yang dapat mencakup: foreplay, sentuhan, ciuman, dan masturbasi bersama, serta seks oral dan hubungan intim (Gorman et al., 2014).
- d. Kaji apakah korban mengalami sering buang air kecil atau mengalami infeksi pada vagina (Gorman et al., 2014).
- e. Kaji apakah pakaian dalam korban berdarah (Gorman et al., 2014).
- f. Kaji apakah terjadi pemerkosaan inses yang dilakukan oleh orang yang terdekat, masih punya

hubungan darah sehingga dilarang terjadinya pernikahan oleh hukum (Gorman et al., 2014).

- g. Kaji apakah pemerkosaan dilakukan dengan pemaksaan, merendahkan, dan intimidasi pada korban (Gorman et al., 2014).
- h. Kaji apakah pemerkosaan terjadi dengan teman kencan (biasanya terjadi pada siswa sekolah atau perguruan tinggi (Gorman et al., 2014)

Status psikososial korban pemerkosaan secara mendalam juga harus dikaji. Status psikososial korban pemerkosaan yang perlu dikaji meliputi (Stuart, 2013):

### **1) Konsep diri**

- a. Citra tubuh: kaji persepsi korban terhadap tubuhnya setelah terjadinya peristiwa pemerkosaan
- b. Identitas diri: kaji tentang status dan posisi korban sebelum dan sesudah terjadinya peristiwa pemerkosaan, kepuasan terhadap status dan posisinya di sekolah atau tempat kerja atau kelompok.
- c. Peran: kaji peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/masyarakat, kemampuan korban dalam pelaksanaan tugas/peran tersebut sebelum dan sesudah peristiwa pemerkosaan.
- d. Ideal diri: kaji harapan terhadap tubuh, posisi, status, peran, harapan korban terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, dan masyarakat), harapan klien terhadap kondisinya sekarang (sesudah peristiwa pemerkosaan)

- e. Harga diri: kaji penghargaan pada diri sendiri dan penilaian orang lain terhadap diri dan kehidupannya. Bandingkan apakah ada perbedaan sebelum dan sesudah peristiwa pemerkosaan.

## 2) Kecemasan

Kaji tanda dan gejala yang terjadi pada korban pemerkosaan yang meliputi:

- a. Fisiologis: peningkatan denyut jantung, keringat dingin, sakit kepala, nyeri perut, keinginan BAK dan BAB
- b. Perilaku: gelisah, mondar-mandir, tidak konsentrasi, perhatian mudah beralih
- c. Afektif: perasaan khawatir, was-was, tidak menentu, tegang
- d. Kognitif: Bicara cepat, tidak sistematis, intonasi bicara tidak stabil, ragu-ragu

## 3) Respon Kehilangan (tahap dan respon kehilangan)

Amati respon kehilangan yang ditunjukkan korban, tentukan respon kehilangan yang tampak

- a. *Denial*: bila korban sering mengungkapkan kata-kata penyangkalan, seperti tidak mungkin, ini pasti salah
- b. *Anger*: bila korban menunjukkan respon kemarahan, seperti gara-gara kamu saya begini, ini salah saya, dan lainnya
- c. *Bergaining*: bila korban sering mengungkapkan pengandaian, seperti seandainya saya tidak pergi pasti tidak akan

terjadi, seandainya saya ditemani saya bisa mencegahnya, dan lainnya

- d. *Depresi*: bila korban menunjukkan ekspresi kesedihan yang ditandai banyak diam, menangis, maupun suka menyendiri
- e. *Acceptance*: bila korban sudah ada tanda-tanda penerimaan terhadap kehilangan, ditandai dengan klien sudah mulai membina hubungan dengan orang lain, lebih terbuka menceritakan masalahnya, mengikhlaskan kehilangan yang dialami.

#### **4) Harapan/semangat korban terhadap kesembuhan/masalah yang sedang dihadapi**

Gali harapan/semangat korban terhadap kesembuhan atau perbaikan kondisi sesudah peristiwa pemerkosaan:

- a. *Hopefulness* (penuh harapan): bila korban mempunyai semangat yang tinggi untuk perbaikan kondisi sesudah peristiwa pemerkosaan atau dapat diselesaikannya masalah yang dia hadapi
- b. *Hopeless* (putus asa): bila korban menunjukkan sikap merasa tidak ada peluang atau harapan untuk lebih baik atau dapat diselesaikan masalahnya
- c. *Powerless* (tidak berdaya): bila korban menunjukkan perilaku tidak berdaya, ditandai tidak mau beraktivitas, tergantung pada orang lain, semangat turun

## 5) Respon pasca trauma

Kaji pada korban, apakah mengalami hal-hal dibawah ini:

- a. Sering teringat pada peristiwa pemerkosaan yang dialami
- b. Kecenderungan untuk mengelak bercerita terhadap peristiwa pemerkosaan yang dialami
- c. Memiliki pemikiran dan perasaan negatif baik pada diri sendiri maupun pada orang lain
- d. Mengalami perubahan perilaku dan emosi setelah peristiwa pemerkosaan

## 2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada korban yang mengalami pemerkosaan dapat dilihat pada Tabel 1 (Gorman et al., 2014; Tim Pokja SDKI PPNI, 2016).

Tabel 1. Diagnosis Keperawatan Yang Mungkin Muncul Pada Kasus Pemerkosaan	
Diagnosis	Tanda Gejala
Sindrom Pasca Trauma	Subjektif: 1. Mengungkapkan secara berlebihan atau menghindari pembicaraan kejadian pemerkosaan yang dialami 2. Merasa cemas 3. Teringat kembali peristiwa pemerkosaan  Objektif: 1. Memori masa lalu terganggu 2. Mimpi buruk berulang 3. Ketakutan berulang 4. Menghindari aktivitas, tempat atau orang yang mengingatkan kejadian pemerkosaan
Harga Diri Rendah Situasional	Subjektif: 1. Menilai diri negative (missal sudah tidak berguna lagi, tidak tertolong) 2. Merasa malu/bersalah

<b>Tabel 1. Diagnosis Keperawatan Yang Mungkin Muncul Pada Kasus Pemerkosaan</b>	
<b>Diagnosis</b>	<b>Tanda Gejala</b>
	3. Melebih-lebihkan penilaian negative tentang diri sendiri 4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri  Objektif: 1. Berbicara pelan dan lirih 2. Menolak berinteraksi dengan orang lain 3. Berjalan menunduk 4. Postur tubuh menunduk
Ansietas	Subjektif: 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan kondisi pemerkosaan yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi  Objektif: 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur
Berduka	Subjektif: 1. Merasa sedih 2. Merasa bersalah atau menyalahkan orang lain 3. Tidak menerima kehilangan 4. Merasa tidak ada harapan  Objektif: 1. Menangis 2. Pola tidur berubah 3. Tidak mau berkonsentrasi
Ketidakberdayaan	Subjektif: 1. Menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya  Objektif: 1. Bergantung pada orang lain

### **3. Perencanaan dan Tindakan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan harus dibuat agar korban mendapatkan tindakan yang tepat sesuai dengan diagnosis keperawatannya. Perencanaan keperawatan sesuai diagnosis yang mungkin muncul pada korban pemerkosaan dapat dilihat pada Tabel 2 dan Tabel 3

(Tim Pokja SDKI PPNI, 2016; Tim Pokja SIKI PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI PPNI, 2018).

<b>Tabel 2. Perencanaan Keperawatan</b>		
<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Tujuan/Luaran Utama</b>	<b>Intervensi Utama</b>
Sindrom Pasca Trauma (D.0104)	Ketahanan personal meningkat (L.03021)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan proses berduka (I.09274)</li> <li>2. Reduksi ansietas (I.09134)</li> </ol>
Harga Diri Rendah Situasional (D.0087)	Harga diri meningkat (L.09069)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen perilaku (I.12463)</li> <li>2. Promosi harga diri (I.09308)</li> <li>3. Promosi koping (I.09312)</li> </ol>
Ansietas (D.0080)	Tingkat ansietas menurun (L.09093)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reduksi ansietas (I.09134)</li> <li>2. Terapi relaksasi (I.09326)</li> </ol>
Berduka (D.0081)	Tingkat berduka membaik (L.09094)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan proses berduka (I.09274)</li> <li>2. Dukungan emosional (I.09256)</li> </ol>
Ketidakberdayaan (D.0092)	Keberdayaan meningkat (L.09071)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promosi harapan (I.09307)</li> <li>2. Promosi koping (I.09312)</li> </ol>

<b>Tabel 3. Intervensi dan Tindakan Keperawatan</b>	
<b>Intervensi Keperawatan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>
Dukungan proses berduka (I.09274)  <b>Definisi:</b> Memfasilitasi menyelesaikan proses berduka terhadap kehilangan yang bermakna.	<b>Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kehilangan yang dihadapi</li> <li>2. Identifikasi proses berduka yang dialami</li> <li>3. Identifikasi sifat keterikatan pada objek yang hilang akibat pemerkosaan</li> <li>4. Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tunjukkan sikap menerima dan empati</li> <li>2. Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan</li> <li>3. Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat</li> </ol>



**Tabel 3. Intervensi dan Tindakan Keperawatan**

<b>Intervensi Keperawatan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>
	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama dan norma sosial</li><li>5. Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (mis, membaca buku, menulis, menggambar atau bermain)</li><li>6. Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan</li></ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar menawar, depresi dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan akibat peristiwa pemerkosaan</li><li>2. Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan</li><li>3. Anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan</li><li>4. Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap</li></ol>
<p>Manajemen perilaku (I.12463)</p> <p><b>Definisi:</b> Mengidentifikasi dan mengelola perilaku agresif</p>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</li></ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku</li><li>2. Jadwalkan kegiatan terstruktur</li><li>3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten</li><li>4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li><li>5. Batasi jumlah pengunjung</li><li>6. Bicara dengan nada rendah dan tenang</li><li>7. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi</li><li>8. Cegah perilaku pasif dan agresif</li><li>9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku</li><li>10. Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi</li><li>11. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan</li><li>12. Hindari sikap mengancam atau berdebat</li></ol>

<b>Tabel 3. Intervensi dan Tindakan Keperawatan</b>	
<b>Intervensi Keperawatan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>
	<p>13. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</li> </ol>
<p>Terapi relaksasi (I.09326)</p> <p><b>Definisi:</b> Menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan</p>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</li> <li>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</li> <li>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>3. Gunakan pakaian longgar</li> <li>4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis, relaksasi yang tersedia (mis. music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</li> <li>3. Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>5. Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik yang dipilih'</li> </ol>

**Tabel 3. Intervensi dan Tindakan Keperawatan**

<b>Intervensi Keperawatan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>
	6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, otot progresif atau imajinasi terbimbing )
Dukungan emosional (I.09256) <b>Definisi:</b> Memfasilitasi penerimaan kondisi emosional selama masa stres	<b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien</li><li>2. Identifikasi hal yang telah memicu emosi</li></ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih</li><li>2. Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka</li><li>3. Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis. merangkul, menepuk-nepuk)</li><li>4. Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu</li><li>5. Kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah</li></ol> <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu</li><li>2. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih)</li><li>3. Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan</li><li>4. Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</li></ol> <b>Kolaborasi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Rujuk untuk konseling, jika perlu</li></ol>
Promosi koping (I.09312) <b>Definisi:</b> Meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stressor dan/atau kemampuan	<b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan</li><li>2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki</li><li>3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan</li><li>4. Identifikasi pemahaman proses penyakit</li><li>5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan</li><li>6. Identifikasi metode penyelesaian masalah</li></ol>

**Tabel 3. Intervensi dan Tindakan Keperawatan**

<b>Intervensi Keperawatan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>
menggunakan sumber-sumber yang ada.	<p>7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Diskusikan perubahan peran yang dialami</li><li>2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li><li>3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</li><li>4. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri</li><li>5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu</li><li>6. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri</li><li>7. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</li><li>8. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan</li><li>9. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis</li><li>10. Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan</li><li>11. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan</li><li>12. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial</li><li>13. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia</li><li>14. Damping saat berduka</li><li>15. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama</li><li>16. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</li><li>17. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam</li></ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama</li><li>2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu</li><li>3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li><li>4. Anjurkan keluarga terlibat</li></ol>

<b>Tabel 3. Intervensi dan Tindakan Keperawatan</b>	
<b>Intervensi Keperawatan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik</li> <li>6. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif</li> <li>7. Latih penggunaan teknik relaksasi</li> <li>8. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan</li> <li>9. Latih mengembangkan penilaian obyektif</li> </ol>
<p>Reduksi ansietas (I.09134)</p> <p><b>Definisi:</b> Meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan , jika memungkinkan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>7. Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</li> <li>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan</li> <li>7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>8. Latih teknik relaksasi</li> </ol>

<b>Tabel 3. Intervensi dan Tindakan Keperawatan</b>	
<b>Intervensi Keperawatan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>
	<p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu</li> </ol>
<p>Promosi harga diri (I.09308)</p> <p><b>Definisi:</b> Meningkatkan penilaian perasaan/persepsi terhadap diri sendiri atau kemampuan diri</p>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri</li> <li>2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</li> <li>3. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri</li> <li>2. Motivasi menerima tantangan atau hal baru</li> <li>3. Diskusikan pernyataan tentang harga diri</li> <li>4. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri</li> <li>5. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri</li> <li>6. Diskusikan persepsi negatif diri</li> <li>7. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah</li> <li>8. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</li> <li>9. Diskusikan Bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas</li> <li>10. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan</li> <li>11. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan diri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri korban</li> <li>2. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</li> <li>3. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain</li> <li>4. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif</li> </ol>

**Tabel 3. Intervensi dan Tindakan Keperawatan**

<b>Intervensi Keperawatan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>
	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Anjurkan mengevaluasi perilaku</li><li>6. Ajarkan cara mengatasi bullying</li><li>7. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri</li><li>8. Latih pernyataan/kemampuan positif diri</li><li>9. Latih cara berfikir dan berperilaku positif</li><li>10. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi</li></ol>
<p>Promosi harapan (I.09307)</p> <p><b>Definisi:</b> Meningkatkan kepercayaan pada kemampuan untuk memulai dan mempertahankan tindakan</p>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup</li></ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting</li><li>2. Pandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan</li><li>3. Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan</li><li>4. Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks</li><li>5. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok</li><li>6. Ciptakan lingkungan yang memudahkan mempraktekan kebutuhan sepiritual</li></ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistis</li><li>2. Anjurkan mempertahankan hubungan (mis. menyebutkan nama orang yang dicintai)</li><li>3. Anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain</li><li>4. Latih menyusun tujuan sesuai harapan</li><li>5. Latih cara mengembangkannya sepiritual diri</li><li>6. Latih cara mengenang dan menikmati masa lalu (mis. prestasi, pengalaman menyenangkan)</li></ol>

#### 4. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui apakah luaran keperawatan yang sudah ditetapkan dapat dicapai atau tidak setelah dilakukan intervensi dan tindakan keperawatan. Tercapainya luaran keperawatan dilihat melalui ketercapaian kriteria hasilnya. Kriteria hasil sesuai luaran utama yang harus dicapai pada masing-masing diagnosis keperawatan dapat dilihat pada Tabel 4 (Tim Pokja SDKI PPNI, 2016; Tim Pokja SLKI PPNI, 2018).

<b>Tabel 4. Kriteria Hasil</b>		
<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Tujuan/Luaran Utama</b>	<b>Kriteri Hasil</b>
Sindrom Pasca Trauma (D.0104)	Ketahanan personal meningkat (L.03021)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Verbalisasi harapan yang positif meningkat</li><li>2. Penggunaan strategi koping yang efektif meningkat</li><li>3. Verbalisasi perasaan meningkat</li><li>4. Menunjukkan harga diri positif meningkat</li><li>5. Menganggap kesulitan sebagai tantangan meningkat</li></ol>
Harga Diri Rendah Situasional (D.0087)	Harga diri meningkat (L.09069)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Penilaian diri positif meningkat</li><li>2. Perasaan memiliki kemampuan positif meningkat</li><li>3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat</li><li>4. Berjalan menampakkan wajah meningkat</li><li>5. Perasaan malu menurun</li><li>6. Perasaan bersalah menurun</li><li>7. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun</li><li>8. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun</li></ol>



<b>Tabel 4. Kriteria Hasil</b>		
<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Tujuan/Luaran Utama</b>	<b>Kriteri Hasil</b>
Ansietas (D.0080)	Tingkat ansietas menurun (L.09093)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun</li> <li>4. Perilaku tegang menurun</li> <li>5. Konsentrasi membaik</li> <li>6. Pola tidur membaik</li> </ol>
Berduka (D.0081)	Tingkat berduka membaik (L.09094)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi menerima kehilangan meningkat</li> <li>2. Verbalisasi harapan meningkat</li> <li>3. Verbalisasi perasaan sedih menurun</li> <li>4. Verbalisasi perasaan bersalah atau menyalahkan orang lain menurun</li> <li>5. Menangis menurun</li> <li>6. Pola tidur membaik</li> <li>7. Konsentrasi membaik</li> </ol>
Ketidakterdayaan (D.0092)	Keberdayaan meningkat (L.09071)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernyataan melaksanakan aktivitas meningkat</li> <li>2. Pernyataan frustrasi menurun</li> <li>3. Ketergantungan pada orang lain menurun</li> </ol>

## **Daftar Pustaka**

- Gorman, L. M., Anwar, R. F., & Neeb, K. (2014). *Neeb's fundamentals of mental health nursing* (Fourth edition). F.A. Davis Company.
- Shives, L. R. (2012). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (8. ed). Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed). Elsevier Saunders.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Townsend, M. C. (2014). *Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (6th ed). F.A. Davis Co.
- Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric-mental health nursing* (5th ed). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

## Profil Profil



### **Esti Widiani, S.Kep., Ners., M.Kep.**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2002 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya dan lulus pada tahun 2006. Penulis melanjutkan Pendidikan profesi Ners pada tahun 2006 hingga tahun 2007. Penulis pada tahun 2015 lulus dari pendidikan jenjang S2 di Program Studi Magister Keperawatan Universitas Brawijaya. Pada Pendidikan jenjang S2 penulis memilih peminatan keperawatan jiwa. Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan jiwa. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian maupun pengabdian masyarakat yang telah dilakukan. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis artikel jurnal tentang keperawatan maupun kesehatan jiwa yang telah dimuat di jurnal nasional terakreditasi maupun internasional terakreditasi dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi pengembangan ilmu keperawatan pada umumnya dan keperawatan jiwa pada khususnya di negara Indonesia tercinta ini. Penulis berharap buku ini bisa menjadi salah satu referensi dalam pembelajaran keperawatan jiwa di Indonesia.

Email Penulis: [esti\\_widiani@poltekkes-malang.ac.id](mailto:esti_widiani@poltekkes-malang.ac.id)

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA KORBAN KDRT

**Ns. Ayesie Natasa Zulka, S.Kep., M.Kep**  
Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Jember

### **Definisi Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)**

Merujuk dari UU no. 23 Tahun 2004, kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) didefinisikan sebagai perbuatan yang dilakukan terhadap seseorang terutama perempuan dan menyebabkan kerugian bagi seseorang meliputi kesengsaraan atau melukai secara fisik, psikis, seksual serta penelantaran dalam rumah tangga termasuk di dalamnya terdapat ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, serta perampasan kebebasan yang melawan hukum dalam lingkup rumah tangga (Dirjen PP, 2022). Lingkup rumah tangga meliputi, suami, istri, dan anak; orang yang memiliki hubungan dalam anggota keluarga seperti karena hubungan darah, perkawinan, persusuan, pengasuhan, perwalian yang tinggal menetap dalam rumah tangga; serta orang yang bekerja membantu dalam urusan rumah tangga yang tinggal menetap dalam rumah tangga. Ganley (2018) menjelaskan bahwa kekerasan dalam rumah tangga adalah sebuah pola perilaku penyerangan dan pemaksaan yang dilakukan oleh seorang remaja atau dewasa kepada orang terdekat mereka. Kekerasan dalam rumah tangga dapat dijelaskan dalam tiga konteks besar, yaitu:

### 1. Konteks Hubungan Kekerasan

Kekerasan dalam rumah tangga terjadi di dalam suatu hubungan yang mana antara pelaku dan korban saling mengenal satu sama lain. Konteks kedekatan antara pelaku dan korban dapat digunakan sebagai acuan untuk mengetahui penyebab masalah dan pengembangan intervensi yang dapat dilakukan;

### 2. Pola Perilaku

Kekerasan dalam rumah tangga adalah sebuah pola perilaku yang dilakukan oleh pelaku terhadap korban. Pola perilaku yang ditunjukkan dilakukan dalam beberapa episode yang didalamnya terdapat tindakan kekerasan, serangan berkelanjutan, dan satu taktik yang dilakukan berulang kali;

### 3. Tujuan Perilaku

Perilaku kekerasan ditujukan untuk mencapai suatu kepatuhan atau kendali kepada korban. Dalam melakukan perilaku kekerasan, pelaku mengikuti seperangkat peraturan internal yang dimiliki sendiri oleh pelaku untuk membenarkan perilaku kekerasan yang dilakukan.

## **Penyebab KDRT**

Faktor resiko penyebab KDRT dikategorikan dalam beberapa kategori sebagai berikut:

### 1. Faktor Individual

- a. Usia, dikaitkan dengan kematangan kepribadian, fisik, dan psikis terutama dalam menjalankan peran sebagai orang tua;
- b. Konsumsi alkohol yang berlebihan;
- c. Penggunaan obat-obat terlarang;

- d. Kondisi gangguan mental seperti depresi;
- e. Kondisi tempramen yang kuat, labilitas emosi dan afektif;
- f. Situasi pekerjaan dan kondisi keuangan yang rendah;
- g. Pendidikan yang rendah;
- h. Riwayat kekerasan dalam rumah tangga sebelumnya;
- i. Riwayat pelecehan seksual sebelumnya;
- j. Perasaan menerima atau membenarkan perilaku KDRT.

## 2. Faktor Sosial

- a. Tatanan sebuah keluarga;
- b. Hierarki hubungan;
- c. Persepsi sosial terhadap peran;
- d. Norma dan budaya masyarakat yang secara tidak langsung mendukung perilaku, seperti laki-laki memiliki hak lebih untuk mengendalikan perempuan, perempuan bertanggung jawab terhadap pemenuhan kebutuhan seksual, kekerasan pantas dilakukan kepada seseorang yang melakukan kesalahan.

## 3. Faktor Hubungan

- a. Adanya konflik antar anggota keluarga;
- b. Keluarga yang tidak lengkap;
- c. Perilaku kriminal dan patologis dalam keluarga;
- d. Memiliki lebih dari satu pasangan;
- e. Dominasi dari salah satu anggota keluarga atau pasangan;

- f. Kesenjangan dalam pencapaian pendidikan;
  - g. Stress ekonomi.
4. Faktor Lingkungan
- a. Belum adanya peraturan dan sanksi tegas bagi pelaku;
  - b. Sulitnya memantau dan mendeteksi adanya kekerasan;
  - c. Kurangnya kesadaran masyarakat sekitar;
  - d. Kurangnya kohesi dalam bermasyarakat (Tittlová & Papáček, 2019).

### **Bentuk KDRT**

Menurut UU No. 23 Tahun 2004 Pasal 5 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga, bentuk kekerasan dalam rumah tangga sebagai berikut:

1. Kekerasan Fisik

Kekerasan fisik diartikan sebagai perbuatan yang dapat mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit, dan luka berat. bentuk tindakan kekerasan fisik seperti memukul, menampar, mencekik, serta menendang.

2. Kekerasan Psikis

Kekerasan psikis atau emosional adalah suatu tindakan atau perbuatan yang dapat mengakibatkan rasa takut, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak atau melawan, munculnya perasaan tidak berdaya hingga masalah mental yang berat. Beberapa contoh perilaku yang menyebabkan gangguan secara psikis antara lain, mengkritik dan menghina korban, kecurigaan yang berlebihan terhadap pasangan, pengekangan aktivitas, perilaku mencari perhatian tanpa alasan

yang rasional, tindakan mengintimidasi seperti merusak barang, ancaman kekerasan, dan ancaman untuk membawa pergi anak dengan paksa.

### 3. Kekerasan Seksual

Kekerasan seksual dijabarkan dalam dua bentuk perilaku, yaitu pemaksaan hubungan seksual kepada orang yang menetap dalam lingkup rumah tangga atau orang lain yang masih dalam lingkup rumah tangga tersebut baik untuk tujuan personal ataupun untuk tujuan komersial dan tujuan lainnya. Bentuk lain yang termasuk dalam kekerasan seksual adalah menyentuh anggota tubuh sensitif dengan tidak layak atau pemaksaan, menyakiti pasangan saat hubungan seksual, memaksa untuk melakukan dengan orang lain.

### 4. Penelantaran Rumah Tangga

Perilaku ini diartikan sebagai tindakan pengabaian yang dilakukan oleh salah seorang yang seharusnya berkewajiban memberikan nafkah, perawatan, dan pemeliharaan terhadap orang yang berada dalam lingkup rumah tangga. Tindakan ini juga disebut perilaku mengendalikan yang ditunjukkan dalam bentuk perilaku seperti, tindakan mengisolasi, membatasi dan mengawasi aktivitas seseorang dalam lingkup rumah tangga, serta pembatasan akses terhadap sumber ekonomi, pendidikan, pekerjaan, dan pelayanan kesehatan.

Kemenkes RI (2012) menjelaskan beberapa bentuk lain dalam tindakan yang termasuk KDRT, yaitu

1. Kekerasan pada anak dan remaja, bentuk kekerasan yang banyak dilakukan adalah kekerasan fisik dan kekerasan seksual. Kondisi ini diakibatkan oleh



beberapa faktor resiko seperti usia, pendapatan, hingga budaya;

2. Kekerasan oleh pasangan, bentuk kekerasan yang banyak dilakukan oleh pasangan adalah kekerasan fisik, percobaan pemerkosaan hingga pemerkosaan, serta penguntitan;
3. Kekerasan pada lansia, sebagai komunitas rentan yang sering dianggap lemah dan beban dalam suatu keluarga, lansia menjadi resiko tinggi menjadi korban KDRT, bentuk kekerasan yang sering didapatkan lansia seperti pelecehan dan penelantaran pada lansia.

Bentuk kekerasan dalam rumah tangga tidak hanya berwujud dengan adanya individu menjadi pelaku dan individu lain menjadi korban. Kekerasan yang dilakukan pada diri sendiri juga termasuk dalam KDRT seperti usaha dalam melukai diri sendiri ataupun tindakan bunuh diri.

### **Dampak KDRT**

Tindakan kekerasan dalam rumah tangga tidak hanya berdampak pada perempuan tetapi juga individu lain seperti anak-anak, keluarga hingga komunitas (WHO, 2012). Beberapa dampak yang ditimbulkan dari perilaku tersebut antara lain :

1. Dampak terhadap Korban
  - a. Masalah Kesehatan Fisik

Masalah kesehatan fisik yang dialami oleh korban antara lain, cedera (memar, laserari, fraktur) hingga paling fatal dapat menyebabkan disfungsi dan disabilitas akibat tekanan fisik dan psikologis. Kematian juga dapat mengancam para korban KDRT.

b. Masalah Kesehatan Mental

Sebagian besar korban KDRT mengalami masalah kesehatan mental seperti, depresi, ansietas, pikiran dan percobaan bunuh diri. kondisi kesehatan mental akibat KDRT juga berkaitan pada perilaku yang merugikan antara lain, penyalahgunaan narkoba dan alkohol, gangguan makan dan tidur, merokok, PTSD, menyakiti diri sendiri, serta perilaku seksual yang tidak aman.

c. Masalah sosial

Masalah sosial yang banyak dialami oleh korban adalah kehilangan tempat tinggal yang mengakibatkan korban KDRT menjadi tunawisma.

2. Dampak terhadap Keluarga

Dampak KDRT terhadap keluarga secara bertahap akan menimbulkan konflik antar anggota keluarga. Konflik yang berkelanjutan akan berakibat pada buruknya lingkungan keluarga dan berakhir pada perpecahan yang membutuhkan perlindungan pada anak serta keterlibatan pihak berwajib.

3. Dampak terhadap Anak

Anak dapat menjadi korban langsung maupun tidak langsung dari keluarga yang di dalamnya terdapat KDRT. Secara umum dampak KDRT pada anak dapat berakibat baik secara fisik maupun psikologis. dampak tersebut antara lain, ansietas, depresi, penurunan performa dalam sekolah, kesulitan dalam membangun hubungan yang positif dengan orang lain, menjadi pelaku atau target dari perilaku *bullying* serta dampak fisik seperti ketidaktercapaian imunisasi anak, peningkatan resiko penyakit menular dan tidak menular, dan peningkatan resiko kematian.

#### 4. Dampak terhadap Komunitas

Dampak fisik, psikologis, serta sosial pada tiap individu juga berdampak besar pada komunitas. Dampak pada komunitas antara lain, peningkatan angka kriminalitas, peningkatan penggunaan obat-obatan terlarang dan alkohol, peningkatan kejadian gangguan kesehatan mental, serta menambah beban ekonomi suatu komunitas bahkan negara (NSW Government, 2018).

### **Manajemen Pengendalian dan Pencegahan KDRT**

Pengendalian dan pencegahan KDRT tidak hanya menjadi tanggung jawab individu ataupun keluarga. Tindakan ini merupakan tanggung jawab yang melibatkan berbagai sektor termasuk pemerintah. European Insititute for Gender Equality (2015) menjelaskan beberapa strategi yang dapat dilakukan untuk mengendalikan dan mencegah KDRT, sebagai berikut :

#### 1. Pelatihan

Pelatihan bertujuan untuk melakukan sebuah perubahan pada persepsi diri individu, cara berinteraksi dengan orang lain, keyakinan, keterampilan pengaturan dan pemecahan masalah serta pengetahuan. Bentuk pelatihan yang dapat dilakukan dalam mencegah KDRT, antara lain:

##### a. Pelatihan Peningkatan Kesadaran

Pelatihan ini dilakukan untuk memberikan kepekaan individu maupun keluarga terhadap permasalahan yang dialami. Bentuk pelatihan yang dapat diberikan adalah program *parenting*, program orang tua anak, serta intervensi media. Semua bentuk pelatihan tersebut bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran,

dan perbuatan dalam menghindari perilaku kekerasan.

b. Pelatihan Khusus

Pelatihan khusus diberikan untuk profesional seperti tenaga medis dalam meningkatkan kepekaan dan ketepatan respon bagi korban dan atau pelaku dalam lingkup permintaan bantuan

c. Pelatihan Bertahap

Pelatihan bertahap diberikan untuk untuk jangkauan luas mulai dari profesional hingga pihak terkait termasuk komunitas di sekitar pelaku atau korban. Bentuk pelatihan yang diberikan dapat berbentuk dukungan sosial yang berisi program yang melibatkan masyarakat untuk meningkatkan kepekaan sosial, partisipasi dalam pemecahan masalah, serta penguatan komunikasi.

d. Pelatihan untuk Korban KDRT

Pelatihan ini tidak hanya bertujuan untuk membangun kembali keterampilan korban untuk bekerja dan produkti kembali, tetapi juga untuk meningkatkan kepercayaan diri. Tindakan yang dapat dilakukan seperti pengayaan dan pembinaan akademik bagi anak-anak, pemberian apresiasi setiap pencapaian yang didapat, dan pelatihan keterampilan kerja.

2. Peningkatan Kesadaran

Peningkatan kesadaran merupakan pondasi utama tindakan pencegahan KDRT. Kolaborasi pihak-pihak terkait dan peran pemerintah diperlukan untuk memperkuat sistem dalam upaya peningkatan kesadaran terhadap KDRT. Bentuk tindakan yang dapat dilakukan antara lain penyediaan informasi

terkait KDRT baik dalam bentuk buku panduan, leaflet, brosur, hingga website yang dapat diakses oleh masyarakat. Informasi yang diberikan meliputi kebijakan dan peraturan terkait KDRT, pengetahuan terkait KDRT, hingga akses layanan bantuan khusus korban KDRT.

### 3. Layanan Dukungan

Layanan pendukung merupakan sebuah unit pelayanan khusus yang dibentuk berhubungan dengan upaya membantu korban KDRT untuk dapat bebas atau lepas dari belenggu tindakan kekerasan, mendapat perlindungan dan kembali pulih dari pengalaman traumatis yang dialami. Didalamnya terdapat beberapa perlakuan atau tindakan yang didapat oleh korban seperti, konseling, *shelter* atau tempat singgah untuk keamanan korban, pemberian penyuluhan, serta akses bantuan layanan hukum agar korban mendapatkan pembelaan serta keadilan atas perlakuan yang korban terima. Layanan dukungan merupakan sebuah hak yang wajib diterima oleh korban KDRT sesuai dengan UU No. 23 Tahun 2004 Pasal 10 yang mana dijabarkan bahwa korban KDRT berhak mendapatkan perlindungan dan pendampingan hukum dan sosial, pelayanan baik kesehatan, psikis maupun spiritual.

Upaya pengendalian KDRT yang tepat adalah meliputi upaya promotif dan preventif. Dimana didalamnya selalu terdapat upaya pemberdayaan masyarakat, peningkatan kesadaran serta program-program yang ditujukan untuk memberikan layanan dukungan bagi korban KDRT. Tindakan deteksi dini, surveilans, skrining, pemantauan hingga dokumentasi serta pelaporan dapat dilakukan untuk mendukung upaya preventif KDRT.

## **Asuhan Keperawatan pada Korban KDRT**

### 1. Pengkajian

Pengkajian pada korban KDRT meliputi:

#### a. Identitas Korban

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, serta nama keluarga yang dapat dihubungi atau yang bertindak sebagai wali bagi korban.

#### b. Aspek Pengkajian

- 1) Aspek biologis, meliputi pemeriksaan kondisi fisik dan fisiologis pada korban. Kondisi fisik dan fisiologis yang mungkin didapat pada korban KDRT, antara lain adanya luka laserasi, abrasi, lebam, memar fraktur pada anggota tubuh, peningkatan tekanan darah, takikardi, diuresis, tubuh kaku, reflek cepat sebagai respon saraf otonom akibat sebuah stressor.
- 2) Aspek psikologis, meliputi faktor predisposisi seperti riwayat aniaya fisik, psikis, seksual dan kekerasan sebelumnya, riwayat gangguan jiwa dari korban ataupun keluarga, atau adanya pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan. Masalah psikososial dapat ditemukan pada korban KDRT, seperti masalah pada konsep diri, hubungan sosial yang buruk akibat isolasi sosial, dan kurangnya pemenuhan kebutuhan spiritual. Pengkajian status mental yang mungkin didapati pada korban adalah, pembicaraan yang lambat, aktivitas motorik gelisah, alam perasaan menunjukkan kesedihan, ketakutan, dan putus asa, serta afek cenderung datar. Pengkajian pada mekanisme

koping pada korban sebagian besar didapati bahwa mekanisme koping yang dilakukan cenderung maladaptif seperti reaksi lambat dan melakukan tindakan mencederai diri.

- 3) Aspek sosial, meliputi interaksi sosial, keyakinan, norma, dan budaya yang dianut oleh individu ataupun komunitas di sekitar korban. Pengkajian ini sebagai data pendukung agar korban mendapat layanan dukungan yang sesuai dengan kondisi dengan mendapat keterlibatan lintas sektor baik dari komunitas, hingga pemerintah.
- 4) Aspek intelektual, hal-hal yang perlu dikaji adalah kemampuan korban untuk mengatur dan menyelesaikan masalah. Proses intelektual terbentuk melalui beberapa pengalaman yang dialami individu dengan bantuan panca indera untuk kemudian membantu individu dalam beradaptasi dengan lingkungan.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Alene (2022) menjelaskan beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada korban KDRT, adalah

Tabel 1. Diagnosa Keperawatan pada Korban KDRT

	<b>Diagnosa Keperawatan</b>
Anak	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri akut berhubungan dengan kekerasan fisik atau cedera fisik;</li> <li>2. Ansietas berhubungan dengan ancaman yang didapat;</li> <li>3. Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan pengabaian;</li> <li>4. Defisit nutrisi berhubungan dengan perawatan yang tidak adekuat;</li> </ol>

	<b>Diagnosa Keperawatan</b>
	5. Sindrom pasca trauma berhubungan dengan kekerasan orang tua; 6. Isolasi sosial berhubungan dengan disfungsi keluarga
Dewasa (Pasangan Suami/Istri)	1. Ansietas berhubungan dengan krisis kekerasan yang dialami; 2. Gangguan proses keluarga berhubungan dengan pola kekerasan pada keluarga; 3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi fisik dan psikologis; 4. Sindrom pasca trauma berhubungan dengan kekerasan; 5. Ketidakberdayaan berhubungan dengan kondisi lingkungan tidak mendukung; 6. Harga diri rendah kronis berhubungan dengan terpapar situasi traumatis

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada korban KDRT berdasarkan Standart Intervensi Keperawatan Indonesia sebagai berikut:

Tabel 2. Intervensi Keperawatan pada Korban KDRT

	<b>Intervensi Keperawatan</b>
Ansietas	1. Reduksi Ansietas: a) Ciptakan suasana terapeutik; b) Anjurkan pengungkapan perasaan dan persepsi c) Latih kegiatan pengalihan; d) Latih penggunaan mekanisme koping yang tepat; e) Latih teknik relaksasi. 2. Terapi Relaksasi
Sindrom Pasca Trauma	1. Dukungan Proses Berduka: a) Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan nyaman; b) Diskusikan strategi koping yang digunakan. 2. Reduksi Ansietas
Isolasi Sosial	1. Promosi Sosialisasi: Terapi aktivitas; 2. Intervensi pendukung:



	<b>Intervensi Keperawatan</b>
	a) Dukungan emosional; b) Dukungan kelompok; c) Manajemen mood: Terapi diversional; d) Manajemen stress: Terapi keluarga; e) Modifikasi perilaku keterampilan sosial: terapi rekreasi, reminisen, dan seni.
Harga Diri Rendah Kronis	1. Manajemen perilaku; 2. Promosi harga diri; 3. Promosi koping.

Perawat merupakan salah satu penyedia layanan kesehatan memiliki peran penting dalam memberikan intervensi pada korban KDRT. Secara umum intervensi keperawatan terdiri dari dua yaitu, identifikasi dan *screening* korban serta pemberian perawatan akibat kekerasan yang dialami korban. Ketepatan pengkajian, pemberian perawatan yang aman, dan dokumentasi yang baik menjadi kunci keberhasilan intervensi keperawatan pada korban.

## Daftar Pustaka

- Alene, B. (2022). Abuse and Neglect: NCLEX-RN. Retrieved September 29, 2022, from <https://www.registerednursing.org/nclex/abuse-neglect/#assessing-client-abuse-neglect-intervening-appropriate>
- Dirjen PP. (2022). Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT): Persoalan Privat yang Jadi Persoalan Publik. Retrieved September 21, 2022, from [https://ditjenpp.kemenkumham.go.id/index.php?option=com\\_content&view=article&id=647:kekerasan-dalam-rumah-tangga-kdrt-persoalan-privat-yang-jadi-persoalan-publik&catid=101&Itemid=181](https://ditjenpp.kemenkumham.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=647:kekerasan-dalam-rumah-tangga-kdrt-persoalan-privat-yang-jadi-persoalan-publik&catid=101&Itemid=181)
- European Insititute for Gender Equality. (2015). *Preventing domestic violence Good practices*. Lithuania: gedimino. <https://doi.org/10.2839/79046>
- Ganley, A. L. (2018). Understanding Domestic Violence. <https://courseware.cutm.ac.in/wp-content/uploads/2022/01/Domestic-violence>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). Pedoman Pengendalian Kekerasan Dalam Rumah Tangga, 46. Retrieved from <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/dokumen-ptm/pedoman-pengendalian-kekerasan-dalam-rumah-tangga>
- NSW Government. (2018). The effects of domestic violence | Family & Community Services. Retrieved September 27, 2022, from <https://www.facs.nsw.gov.au/domestic-violence/about/effects-of-dv>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia

- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia
- Tittlová, M., & Papáček, P. (2019). Factors Contributing to Domestic Violence. *International Journal of Entrepreneurial Knowledge*, 6(2), 117–124. <https://doi.org/10.2478/IJEK-2018-0019>
- WHO. (2012). Understanding and addressing violence against women : intimate partner violence. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>

## Profil Penulis



### **Ns. Ayesie Natasa Zulka, S.Kep., M.Kep**

Penulis memulai pendidikan keperawatan pada tahun 2011 di Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember kemudian melanjutkan pendidikan profesi pada perguruan tinggi yang sama pada tahun 2016. Ketertarikan pada dunia keperawatan jiwa membawa penulis untuk mendalami dengan melanjutkan pendidikan magister di Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga pada tahun 2017 peminatan keperawatan jiwa.

Memulai karir sebagai dosen keperawatan pada tahun 2020 di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember, penulis mulai mengembangkan profesionalitas sebagai dosen dengan melaksanakan kegiatan caturdharma perguruan tinggi. Penulis saat ini aktif mengajar mata kuliah keperawatan dasar di program studi ilmu keperawatan dan keperawatan. Dengan tidak melupakan akar pendidikan penulis juga aktif dalam melakukan penelitian dan pengabdian dalam bidang keperawatan jiwa dan mendapat beberapa hibah internal dan eksternal, serta beberapa HKI untuk produk penelitian dan modul bahan ajar keterampilan dasar keperawatan. Penulis juga aktif menjabat sebagai bagian dari humas dan Kantor Urusan International (KUI) fakultas ilmu kesehatan yang membidangi beberapa kerja sama institusi dan publikasi. Buku ini adalah debut pertama penulis dalam mengembangkan keilmuan keperawatan jiwa. Semoga dapat memberikan manfaat bagi pembaca

Email Penulis: [ayesienatasazulka@unmuhjember.ac.id](mailto:ayesienatasazulka@unmuhjember.ac.id)



## ASUHAN KEPERAWATAN NARAPIDANA

**Ns. Ely Rahmatika Nugrahani, S.Kep., M.Kep.**  
Universitas Muhammadiyah Jember

### **Konsep Narapidana**

#### 1. Pengertian

Pengertian narapidana menurut Kamus Hukum Indonesia adalah orang yang mengalami hukuman di lembaga permasyarakatan akibat tindak pidana (Efendi, 2016). UU Nomor 12 Tahun 1995 Pasal 1 ayat 7 menyebutkan narapidana adalah terpidana yang menjalani pidana dan hilang kemerdekaan yang di tempatkan di lembaga permasyarakatan. Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHAP) Pasal 1 ayat 32 menyebutkan narapidana adalah seorang yang dipidana berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap. UU Nomor 12 Tahun 1995 menyebutkan terpidana adalah seseorang yang dipidana berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

Harsono menyebutkan narapidana adalah seorang yang dijatuhi vonis bersalah oleh hakim dan harus menjalani hukuman (Lubis, 2014). Wilson mengatakan bahwa narapidana adalah manusia yang bermasalah dan dipisahkan dari masyarakat untuk

belajar bermasyarakat dengan baik (Lubis, 2014). Dirjosworo mengatakan bahwa narapidana adalah masusia yang melanggar norma hukum dan dipisahkan oleh hakin untuk menkalani hukuman (Lubis, 2014).

Dengan demikian dapat disimpulkan narapidana adalah individu yang bersalah akibat tindakan pidana dan ditempatkan di lembaga permasyarakatan, setelah mendapatkan putusan dari pengadilan untuk melakukan proses belajar bermasyarakat dengan baik.

## 2. Faktor Penyebab Pengaruh Tindakan Pidana

Tidak pidana dalam Bahasa Belanda disebut dengan “strafbaarfeit” atau “delict”, sedangkan dalam Bahasa Indonesia disebut dengan istilah “tidak pidana, peristiwa pidana, atau perbuatan pidana” (Ilyas, 2012). Tindak pidana adalah perbuatan yang berdasarkan aturan hukum pidana dinyatakan sebagai perbuatan dilarang, melawan hukum, bertentangan dengan norma, dan dianggap tidak baik dan tidak adil. Lubis (2014) mengatakan bahwa faktor penyebab individu melakukan tindakan pidana antara lain sebagai berikut.

### a. Faktor dari dalam individu

#### 1) Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang memberi kecenderungan tertentu terhadap perilaku remaja. Faktor predisposisi individu melakukan tindak pidana dibawa sejak lahir atau akibat kejadian Ketika kelahiran bayi (birth injury) seperti luka pada kepala bayi akibat ditarik saat proses melahirkan.

2) Lemahnya pertahanan diri

Faktor ini ada di dalam diri individu untuk mengontrol dan mempertahankan diri terhadap pengaruh negatif lingkungan di sekitar. Lemahnya pertahanan diri di sebabkan karena adanya faktor pendidikan di keluarga. Hal ini kemudian dimanfaatkan oleh orang yang bermaksud jahat untuk mempengaruhi anak untuk melakukan perilaku kejahatan seperti mencuri, memeras, memaksa, membunuh, dan sebagainya.

b. Faktor dari lingkungan keluarga

1) Kondisi ekonomi

Kondisi ekonomi yang lemah dapat menyebabkan individu tidak dapat memenuhi kebutuhannya. Kondisi ini mendorong individu untuk memenuhi kebutuhan tersebut dengan menggunakan cara apapun untuk memperoleh hal yang diinginkan. Individu dengan keterbatasan ekonomi tidak takut melakukan hal yang tidak baik dan bertentangan dengan norma asalkan kebutuhannya dapat tercapai. Beberapa kejahatan yang dapat dilakukan oleh individu dengan keterbatasan ekonomi adalah mencopet, merampok, bahkan membunuh.

2) Keluarga tidak harmonis

Ketidaharmonisan di dalam keluarga dapat menjadi penyebab individu melakukan tindak pidana. Keluarga sebagai tempat meluapkan kasih sayang dapat menjadi tempat yang paling tidak menyenangkan bagi individu apabila terdapat masalah didalamnya.



Pertengkaran orangtua dan anak, pertengkaran antar orangtua, atau pertengkaran antar saudara biasanya terjadi akibat adanya ketidasepakatan dalam mengatur rumah tangga. Hal yang biasanya terjadi adalah akibat adanya ketidaksepakatan dalam kedisiplinan, pemberian kasih sayang yang tidak adil, dan komunikasi yang tidak baik, membuat individu merasa tidak nyaman dan meragukan kebenaran yang harus ditegakkan didalam keluarga.

3) Pola asuh

Pola asuh orangtua kepada anak yang terlalu memanjakan, membuat anak tidak mampu hidup secara mandiri. Anak yang terlalu dimanjakan akan selalu ketergantungan terhadap orang lain, bahkan untuk memenuhi kebutuhan pribadinya. Ketergantungan inilah yang kemudian menyebabkan anak memaksa oranglain memenuhi kebutuhannya. Tindakan yang biasa dilakukan adalah memaksa, memeras, dan menyuruh dengan kasar.

c. Faktor dari lingkungan masyarakat

1) Tata nilai

Tata nilai masyarakat mengalami perubahan besar akibat adanya pengaruh materialism yang melanda hampir di semua keluarga. Sistem tata nilai materialism adalah, siapa yang memiliki materi ialah yang berhak mendapatkan penghormatan. Tidak sedikit masyarakat yang memperoleh kekuasaan dengan menggunakan materi. Situasi ini

berpotensi mendorong individu terutama yang berasal dari keluarga dengan ekonomi lemah untuk melakukan tindak pidana dengan menggunakan cara apapun sehingga dia mendapatkan materi dan masyarakat akan memandangnya secara status sosial.

2) Budi pekerti

Individu yang memperoleh didikan budi pekerti dengan baik lebih mampu menghargai orang lain, tertib, dan mampu bermasyarakat dengan baik. Sebaliknya individu yang tidak memperoleh budi pekerti dengan cukup, akan kesulitan bersikap baik dan bermasyarakat dengan tenram. Individu yang tidak memperoleh didikan budi pekerti dengan memadai, maka akan menciptakan kekacauan, kerisauan, dan keonaran.

3) Pengangguran

Individu yang menganggur dapat kehilangan kesempatan untuk maju dan berkembang. Pengangguran dapat menyebabkan individu merasa kehilangan harga diri dan kebanggaan karena dianggap menjadi beban ekonomi keluarga, masyarakat, bahkan negara. Individu yang tidak memiliki kegiatan akibat pengangguran merupakan salah satu faktor terbesar individu melakukan tindak pidana, akibat keinginannya dalam memenuhi kebutuhan.

4) Putus sekolah

Individu yang putus sekolah rentan mengalami tindak pidana akibat adanya rasa kecewa atau perasaan frustrasi kehilangan

peluang untuk meraih masa depan yang lebih baik. Individu putus sekolah biasanya dikucilkan dari pertemanan, sehingga ia menjauh dari masyarakat dan melakukan tindakan kriminal untuk melampiaskan kekecewaan tersebut.

Berdasarkan pemaparan diatas, dapat disimpulkan bahwa faktor yang menyebabkan individu melakukan Tindakan pidana adalah faktor dari individu, lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat. Tindak pidana juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu tata nilai dalam keluarga, merosotnya budi pekerti, banyaknya pengangguran, dan putus sekolah membuat individu terdorong untuk melakukan tindak pidana.

### 3. Masalah Kesehatan Narapidana

Masalah kesehatan pada narapidana akibat kurungan yang dialami sangat beragam. Penyakit yang diderita tidak hanya fisik tetapi juga secara psikologi. Mahfudzo (2018) mengatakan bahwa penyakit yang sering diderita oleh narapidana di lembaga permasyarakatan adalah sebagai berikut.

Tabel 1. Data Kejadian Penyakit di Lembaga Perasyarakatan

No	Penyakit	Tahun 2015	Tahun 2016	Tahun 2017	Keterangan
1	Scabies	227	64	197	Tertinggi 1
2	Ispha	24	5	18	
3	Diare	29	23	106	Tertinggi 3
4	Tipes	11	7	25	
5	Asma	14	-	-	
6	Darah tinggi	10	-	-	
7	Gigi	4	10	11	
8	Tuberculosis	1	4	2	
9	Lainnya	70	52	56	Tertinggi 2

Sumber: Mahfudzo (2018)

Tidak hanya penyakit secara fisik, berikut adalah penyakit secara mental yang dialami oleh narapidana di lembaga permasyarakatan menurut (Nugrahani et al., 2019) adalah sebagai berikut:

a. Kekerasan Seksual

Aktivitas seksual narapidana pada saat di lembaga permasyarakatan mengalami pembatasan, sehingga banyak diantara narapidana yang dipaksa untuk melakukan aktivitas seksual di lembaga permasyarakatan.

b. Gangguan Orientasi Seksual

Aktivitas seksual yang dibatasi membuat narapidana mengalami gangguan orientasi seksual selama di lembaga permasyarakatan. Hasil penelitian menyebutkan bahwa narapidana mengalamai gangguan orientasi seksual yaitu lesbian, gay, biseksual. Narapidana perempuan mengalami gangguan orientasi seksual karena merasa ingin mendapatkan kasih sayang sehingga mereka melakukan aktivitas seksual bersama narapidana perempuan. Narapidana laki-laki yang mengalami gangguan orientasi seksual yaitu gay mengaku telah sejak lama mengalami hal tersebut semenjak sebelum masuk penjara.

c. Stress

Narapidana yang menjadi korban pemaksaan untuk memenuhi aktivitas seksual banyak yang mengalami stress secara psikologis. Narapidana mengatakan pada saat dipaksa melakukan aktivitas seksual dengan sesama jenis mengaku terpaksa karena takut akan acaman narapidana lain. Selain stress akibat pemaksaan tersebut, narapidana juga mengalami stress akibat

menunggu masa tahanan habis, penyesuaian dengan lingkungan lembaga permasyarakatan, dan ingin segera menghirup udara bebas.

#### 4. Pelayanan Kesehatan Di Lembaga Permasyarakatan

Pelayanan kesehatan merupakan bentuk pelayanan atau program kesehatan yang terdiri dari promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Mahfudzo (2018) mengatakan pelayanan kesehatan yang diberikan dalam lembaga permasyarakatan meliputi pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yaitu sebagai berikut.

##### a. Pelayanan kesehatan promotif

Pelayanan kesehatan promotif adalah serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan bersifat promosi kesehatan. Bentuk kegiatan ini meliputi penyuluhan dengan berbagai metode promosi kesehatan. Metode yang dapat digunakan adalah metode ceramah dan pelatihan.

##### b. Pelayanan kesehatan preventif

Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit. Bentuk kegiatan yang harus dilakukan adalah:

- 1) Deteksi dini yang terdiri dari pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan rontgen (sesuai indikasi);
- 2) Pemeriksaan fisik berkala dan berkesinambungan.

*Islamic Republic of Afghanistan Ministry of Public Health* tahun 2015 mengatakan bahwa strategi yang digunakan untuk pelayanan kesehatan pada

penyakit di lembaga permasyarakatan adalah dilakukan surveilans epidemiologi dengan kegiatan sebagai berikut:

1) Pemeriksaan medis awal tahanan baru

Narapidana baru harus diperiksa pada titik kedatangan lembaga permasyarakatan. File medis atau rekam medis harus diisi dan diajukan untuk masing-masing narapidana. Narapidana yang dicurigai terkonfirmasi penyakit menular seperti TB atau scabies, harus diisolasi secara medis selama waktu perawatan.

2) Kunjungan regular ke sel untuk deteksi kasus aktif

c. Pelayanan kesehatan kuratif

Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, atau pengendalian kecacatan supaya kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Teknis pelayanan yang dilakukan harus melakukan pengobatan sesuai standar pelayanan medik dengan jenis pelayanan unit gawat darurat, unit rawat inap, dan unit rawat jalan.

d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif

Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah suatu kegiatan atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan narapidana ke masyarakat sehingga dapat berfungsi kembali sebagai anggota masyarakat yang berguna. Pelayanan kesehatan ditujukan kepada pegawai dan keluarganya serta warga binaan permasyarakatan di lingkungan Kemenkumham. Supaya pelayanan kesehatan

terwujud optimal, dalam pelaksanaannya diperlukan keterpaduan system pelayanan kesehatan yang meliputi sumber daya manusia di bidang kesehatan, unit pelayanan kesehatan, upaya pelayanan kesehatan, sistem rujukan, obat-obatan dan peralatan kesehatan, pendanaan kesehatan, pencatatan pelaporan.

## **Konsep Asuhan Keperawatan Narapidana**

### **Pengkajian**

- Usia : Berdasarkan UU No. 23 Tahun 2002 batas usia anak yang bisa dimintai pertanggungjawaban pidana adalah minimal 12 tahun. Dalam enam bulan terakhir terjadi ketidaksesuaian tugas perkembangan dengan usia.
- Jenis kelamin : Enam bulan terakhir terdapat riwayat ketidakjelasan dan kegagalan peran gender (model peran negatif)
- Pekerjaan : Mengalami *stressfull* dan berisiko tinggi atau tidak bekerja (PHK)
- Pendidikan : Pendidikan rendah dan riwayat putus sekolah atau gagal sekolah
- Keluhan utama : Pasien biasanya mengeluhkan hal-hal berikut

<b>Masalah Keperawatan</b>	<b>Data Subyektif</b>	<b>Data Obyektif</b>
Harga diri rendah kronis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengungkapkan ingin diakui jati dirinya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merusak diri sendiri</li> <li>• Merusak orang lain</li> <li>• Ekspresi malu</li> <li>• Menarik diri dari hubungan social</li> </ul>

<b>Masalah Keperawatan</b>	<b>Data Subyektif</b>	<b>Data Obyektif</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengungkapkan tidak ada lagi yang peduli</li> <li>• Mengungkapkan tidak bisa apa-apa</li> <li>• Mengungkapkan dirinya tidak berguna</li> <li>• Mengkritik diri sendiri</li> <li>• Perasaan tidak mampu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak mudah tersinggung</li> <li>• Tidak mau makan dan tidak tidur</li> </ul>
Koping tidak efektif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengungkapkan ketidakmampuan dan meminta bantuan orang lain</li> <li>• Mengungkapkan malu dan tidak bisa Ketika diajak melakukan sesuatu</li> <li>• Mengungkapkan tidak berdaya dan tidak ingin hidup lagi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak ketergantungan terhadap orang lain</li> <li>• Tampak sedih dan tidak melakukan aktivitas yang seharusnya dapat dilakukan</li> <li>• Wajah tampak murung</li> </ul>
Isolasi sosial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa ingin sendiri</li> <li>• Merasa tidak aman di tempat umum</li> <li>• Merasa berbeda dengan orang lain</li> <li>• Merasa tidak memiliki tujuan yang jelas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menarik diri</li> <li>• Tidak berminat untuk berinteraksi dengan orang lain</li> <li>• Afek datar, afek sedih</li> <li>• Riwayat ditolak</li> <li>• Tidak mampu memenuhi harapan orang lain</li> <li>• Tidak ada kontak mata</li> </ul>
Defisit perawatan diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menolak melakukan perawatan diri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri</li> <li>• Minat melakukan perawatan diri berkurang</li> </ul>
Penampilan peran tidak efektif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa bingung menjalankan peran</li> <li>• Merasa harapan tidak terpenuhi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konflik peran</li> <li>• Adaptasi tidak adekuat</li> </ul>



<b>Masalah Keperawatan</b>	<b>Data Subyektif</b>	<b>Data Obyektif</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa tidak puas dalam menjalankan peran</li> <li>• Merasa cemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategi koping tidak efektif</li> <li>• Depresi</li> <li>• Dukungan sosial kurang</li> <li>• Kurang bertanggung jawab melakukan peran</li> </ul>

## **1. Faktor Predisposisi**

Faktor predisposisi harga diri rendah menurut Stuart (2016) adalah sebagai berikut.

- a. Faktor yang mempengaruhi harga diri, meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidakrealistis, kegagalan yang berulang, kurang memiliki tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis.
- b. Faktor yang mempengaruhi performa peran, meliputi anggapan kurang mampu melakukan sesuatu, kurang mandiri, kurang obyektif dan rasional.
- c. Faktor yang mempengaruhi identitas diri meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur social.
- d. Kontrol orang tua yang berat pada anak remaja akan menimbulkan perasaan benci pada orang tua. Teman sebaya merupakan faktor lain yang berpengaruh pada identitas.
- e. Faktor Biologis, adanya kondisi sakit fisik yang dapat mempengaruhi kerja hormon secara umum yang dapat pula berdampak pada keseimbangan neurotransmitter diotak.

## 2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi harga diri rendah menurut Zaini (2019) adalah sebagai berikut.

### a. Fisik

- 1) Dalam enam bulan terakhir mengalami penyakit infeksi otak atau trauma kepala yang mengakibatkan lesi didaerah frontal temporal dan limbic sehingga terjadi ketidakseimbangan dopamine dan serotonin neurotransmitter
- 2) Dalam enam bulan terakhir terjadi gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa yang berdampak pada pemenuhan glukosa di otak yang dapat mempengaruhi fisiologis otak terutama bagian fungsi kognitif
- 3) Sensitivitas biologis: putus obat atau mengalami obesitas, kecacatan fisik, kanker dan pengobatannya yang dapat menyebabkan perumahan penampilan fisik
- 4) Paparan terhadap racun, misalnya CO dan asbestos yang dapat mempengaruhi fisiologi otak

### b. Psikologis

- 1) Dalam enam bulan terakhir mengalami trauma kerusakan struktur di lobus frontal dan terjadi suplai oksigen dan glukosa terganggu sehingga mempengaruhi metabolisme di otak sehingga mempengaruhi kemampuan memahami informasi

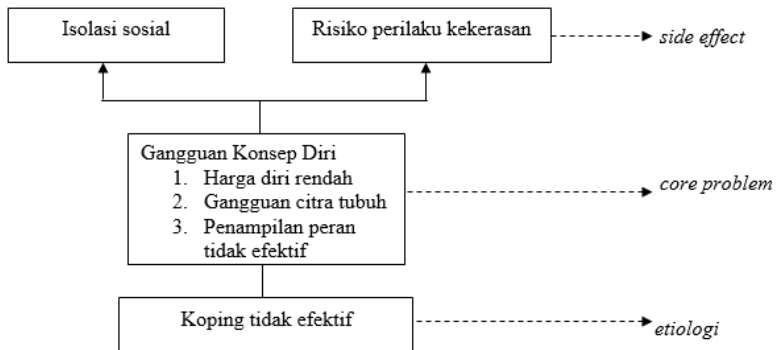
- 2) Keterampilan verbal, tidak mampu komunikasi, gagap. Mengalami kerusakan yang mempengaruhi fungsi bicara
- 3) Dalam enam bulan terakhir tinggal dilingkungan yang dapat mempengaruhi moral: lingkungan keluarga *broken home*, konflik atau lingkungan dengan perilaku social tidak diharapkan
- 4) Konsep diri: harga diri terganggu, perubahan penampilan fisik
- 5) Motivasi: kurang mendapatkan penghargaan dari orang lain
- 6) *Self-control*: tidak mampu melawan dorongan untuk menyadari
- 7) Kepribadian: mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan yang tinggi, dan menutup diri

c. Sosial Budaya

- 1) Status sosial dan budaya: tuna wisma dan kehidupan social, tidak mempunyai system pendukung. Persepsi ketidasesuaian antara norma budaya dan norma spiritual dengan dirinya
- 2) Agama dan keyakinan: tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin. Terdapat nilai social di masyarakat yang tidak diharapkan
- 3) Peran sosial: dalam enam bulan terakhir mengalami isolasi sosial, diskriminatif dan praduga negatif, tidak mampu mempercayai orang lain, tidak melakukan peran sosial dengan semestinya.

### 3. Diagnosa

Diagnosa yang mungkin muncul pada kasus narapidana adalah sebagai berikut:



### 4. Intervensi Keperawatan

#### 1) Tindakan Keperawatan Kepada Pasien

##### a. Tujuan tindakan keperawatan

- a) Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- b) Pasien dapat menilai kemampuan yang digunakan
- c) Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan
- d) Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan
- e) Pasien dapat merencanakan kegiatan yang sudah dilatih

##### b. Tujuan keperawatan

- a) Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien
  - ❖ Mendiskusikan bahwa sejumlah kemampuan dan aspek positif yang

dimiliki pasien seperti kegiatan pasien di rumah sakit, di rumah, dalam keluarga dan lingkungan adanya keluarga dan lingkungan terdekat.

- ❖ Beri pujian yang realistic/nyata dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien yang penilaiannya negatif
- b) Membantu klien menilai kemampuan yang dapat digunakan
- ❖ Mendiskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini
  - ❖ Bantu pasien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan
  - ❖ Perlihatkan respon kondusif dan menjadi pendengar aktif
- c) Membantu klien memilih/menetapkan kemampuan yang akan digiat
- ❖ Mendiskusikan dengan pasien beberapa kegiatan yang dapat dipilih sebagai kegiatan yang akan dilakukan sehari-hari
  - ❖ Bantu pasien menetapkan kegiatan mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri.
- d) Melatih kemampuan yang dipilih klien
- ❖ Mendiskusikan dengan pasien untuk melatih kemampuan pertama yang dipilih

- ❖ Melatih kemampuan pertama yg di pilih
- ❖ Berikan dukungan dan pujian kepada klien dengan Latihan yang dilakukan.

2) Tindakan Keperawatan Pada Keluarga

a. Tujuan

- a) Keluarga mampu mengenal masalah harga diri rendah
- b) Keluarga mengambil keputusan dalam merawat harga diri rendah kronik
- c) Merawat klien dengan harga diri rendah
- d) Menciptakan lingkungan yang mendukung peningkatan harga diri klien
- e) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk *follow up* dan mencegah kekambuhan

b. Tindakan keperawatan pada keluarga dengan harga diri rendah

- a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
- b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya harga diri rendah dan cara mengambil keputusan merawat pasien
- c) Mendiskusikan kemampuan atau aspek positif pasien yang pernah dimiliki sebelum dan setelah sakit
- d) Melatih keluarga cara merawat harga diri rendah dan berikan pujian

- e) Melatih keluarga memberi tanggungjawab kegiatan pertama yang dipilih pasien serta membimbing keluarga merawat harga diri rendah dan beri pujian

Tindakan Keperawatan Pada Kelompok:

- a. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK), terapi yang dapat diberikan pada klien dengan harga diri rendah:
  - a) TAK stimulasi persepsi
    - ❖ Sesi 1 : kemampuan memperkenalkan diri
    - ❖ Sesi 2 : kemampuan berkenalan
    - ❖ Sesi 3 : kemampuan bercakap-cakap
    - ❖ Sesi 4 : kemampuan bercakap-cakap topik tertentu
    - ❖ Sesi 5 : kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
    - ❖ Sesi 6 : kemampuan bekerjasama
    - ❖ Sesi 7 : Evaluasi kemampuan sosialisasi
  - b) TAK sosialisasi
- b. Pendidikan kesehatan pada kelompok keluarga klien harga diri rendah

**5. Evaluasi**

- a. Kemampuan yang diharapkan dari pasien:
  - 1) Pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
  - 2) Pasien dapat membuat rencana kegiatan harian

- 3) Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki
- b. Kemampuan yang diharapkan dari keluarga:
- 1) Keluarga membantu pasien dalam melakukan aktivitas
  - 2) Keluarga memberi pujian pada pasien atas kemampuannya melakukan aktivitas.



## **Daftar Pustaka**

- Efendi, J. (2016). *Kamus Istilah Hukum Populer*. Prenadamedia Group.
- Ilyas, A. (2012). *Asas-Asas Hukum Pidana Memahami Tindak Pidana Dan Pertanggungjawaban Pidana Sebagai Syarat Pemidanaan (Disertai Teori-Teori Pengantar Dan Beberapa Komentar)*. Rangkang Education Yogyakarta & PuKAP-Indonesia.
- Lubis, J. (2014). *Penerapan Hak-Hak Narapidana di Lembaga pemasyarakatan di Tinjau Dari Perspektif Hak Asasi Manusia (HAM)*. Badan Penelitian dan Pengembangan Hak Asasi Manusia, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia.
- Mahfudzo. (2018). *Kebutuhan (Need) Terhadap Pelayanan Kesehatan Pada Penderita Penyakit Scabies Di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) Kelas Iia Jember*. Universitas Jember.
- Nugrahani, E. R., Kusumaningsih, A., Kholida, N., Kholifah, S., & Yusuf, A. (2019). *Sexual Activity of Male and Female Prisoners in Prison and The Impact on Sexual Orientation - A Systematic Review. Inc*, 406–412. <https://doi.org/10.5220/0008325904060412>.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (B. A. Keliat (ed.); Edisi Indo). Elsevier Ltd.
- Zaini, M. (2019). *Keperawatan Kesehatan Jiwa: Pendekatan Teori dan Praktik Keperawatan Jiwa*. CV Pustaka Abadi

## Profil Penulis



**Ns. Ely Rahmatika Nugrahani, S.Kep.,  
M.Kep.,**

Lahir di Jember 05 Februari 1993. Jenjang akademik penulis dimulai dari Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Jember (2011-2016). Pada tahun 2017 penulis melanjutkan pendidikannya pada jenjang magister di Program Magister Universitas Airlangga Peminatan Jiwa dan lulus Tahun 2019. Sejak 2020 hingga sekarang penulis menjalani profesi sebagai dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember, serta diamanahkan menjadi Humas dan KUI Fakultas. Sejak 2020 hingga sekarang penulis aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat baik internal maupun eksternal. Penulis juga aktif menulis di beberapa jurnal ilmiah nasional terakreditasi dan mendapatkan beberapa HKI. Ketertarikannya pada keperawatan jiwa membawa penulis melakukan studi tentang narapidana di lembaga permasyarakatan, sehingga topik yang di tulis pada bab ini sesuai dengan hasil penelitian. Penulis berharap semoga buku ini dapat menjadi referensi pembelajaran pada keperawatan jiwa.

Email penulis:

[elyrahmatikanugrahani@unmuhjember.ac.id](mailto:elyrahmatikanugrahani@unmuhjember.ac.id).



## ASUHAN KEPERAWATAN ANAK JALANAN

**Melkisedek Landi, S.Kep., Ns., MMedEd**  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Prodi Keperawatan Waingapu

### **Pendahuluan**

Badan Pusat Statistik (BPS) melaporkan bahwa pada tahun 2020, ada 26,42 juta orang hidup dalam kemiskinan di Indonesia. Ini mewakili 9,78% dari total populasi. Selain itu, rata-rata rumah tangga miskin memiliki 4,66 anggota, termasuk anak-anak. BPS melaporkan jumlah anak yang tidak memiliki pengasuhan keluarga mencapai 27,4 juta anak. Anak-anak yang hidup dalam kemiskinan termasuk di antara mereka yang sudah sejahtera, yaitu sekitar 10-14% dari mereka yang berada di bawah garis kemiskinan. (Sosial, 2021).

Anak Jalanan adalah sebuah istilah umum yang mengacu pada anak-anak yang mempunyai kegiatan ekonomi di jalanan, namun mereka masih memiliki hubungan dengan keluarganya. Pengertian tentang anak jalanan adalah anak-anak di bawah usia 18 tahun yang karena berbagai faktor, seperti ekonomi, konflik keluarga hingga faktor budaya yang membuat mereka turun ke jalanan (Departemen Sosial RI, 1999). Sejalan dengan itu, UNICEF juga Menyebutkan bahwa anak jalanan yaitu berusia sekitar di bawah 18 tahun dan bertempat tinggal di

wilayah kosong yang tidak memadai, serta biasanya tidak ada pengawasan.

Menurut UU No.23 Tahun 2002, setiap anak berhak untuk dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi secara wajar sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Selain Kondisi Intelektual yang rendah, Anak Jalanan Sangat dekat dengan Kekerasan, mulai dari keluarganya yang KDRT (kekerasan Dalam Rumah Tangga), terabaikan, tidak disekolahkan, ataupun kehidupannya yang tidak layak.

Anak jalanan adalah anak muda yang masih dalam perkembangan fisik dan emosional. Mereka menghabiskan banyak waktu mereka di jalan melakukan hal-hal untuk menghasilkan uang untuk bertahan hidup. Terkadang, ini dapat menyebabkan tekanan fisik atau mental dari lingkungan mereka. Sebagian besar orang yang kehilangan tempat tinggal berasal dari keluarga yang kurang mampu secara ekonomi. Anak jalanan tumbuh dalam lingkungan yang kasar dan menantang dan lebih rentan terhadap kemiskinan, pelecehan, dan kehilangan cinta, yang dapat berdampak negatif pada jiwa mereka.

Menurut Surbakti dkk. (1997: 59), berdasarkan hasil kajian di lapangan, secara garis besar anak jalanan dibedakan dalam 3 kelompok yaitu

1. anak-anak yang mempunyai kegiatan ekonomi sebagai pekerja anak di jalan, namun masih mempunyai hubungan yang kuat dengan orang tua mereka (*Children on the street*). Sebagian penghasilan mereka dijalankan pada kategori ini diberikan untuk membantu memperkuat penyangga ekonomi orang Tua atau keluarganya karena beban atau tekanan kemiskinan yang mesti ditanggung

tidak dapat diselesaikan sendiri oleh kedua orang tuanya.

2. Anak-anak yang berpartisipasi penuh di jalanan, baik secara sosial maupun ekonomi. Beberapa diantara mereka masih mempunyai hubungan dengan orang tuanya, tetapi frekuensi pertemuan mereka tidak menentu (*Children of the street*). Beberapa diantara mereka masih mempunyai hubungan dengan orang tuanya, tetapi frekuensi pertemuan mereka tidak menentu. Banyak diantara mereka adalah anak-anak yang karena suatu sebab lari atau pergi dari rumah. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa anak-anak pada kategori ini sangat rawan terhadap perlakuan salah, baik secara sosial, emosional, fisik maupun seksual
3. anak-anak yang berasal dari keluarga yang hidup di jalanan. Meskipun anak-anak ini mempunyai hubungan kekeluargaan yang cukup kuat, tetapi hidup mereka terombang-ambing dari satu tempat ke tempat lain dengan segala risikonya. (*Children from families of the street*) Salah satu ciri penting dari kategori ini adalah pemampangan kehidupan jalanan sejak anak masih bayi, bahkan sejak anak masih dalam kandungan.

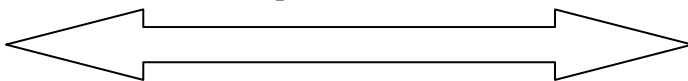
Menurut Sadli (Sudarsono 2009), psikologis anak jalanan biasanya: Mudah tersinggung perasaannya, mudah Putus asa dan cepat murung, menginginkan kasih sayang, Nekat, tidak mau bertatap muka saat bicara, sangat labil (karena masih kanak kanak). Suryamto dkk (2015) menyebutkan permasalahan emosional anak jalanan adalah : mudah marah, tersinggung, kurang terbuka, membentak teman dan pendamping, memukul teman, emosional saat bicara, cemas, marah, perasaan bersalah dan sedih;

## Permasalahan

Faktor utama yang sebagai penyebab anak bermasalah adalah faktor sosial, lingkungan sekolah, dan kurangnya kasih sayang serta minat orang tua untuk belajar. Anak-anak yang pernah mengalami kekerasan dari orang tua kandungnya atau dari keluarga miskin juga lebih cenderung bermasalah. Anak yang menunjukkan perilaku agresif dan destruktif adalah anak yang tidak ditanamkan rasa aman dalam hubungan dan interaksi dengan keluarganya. Ada banyak literatur yang menyarankan pentingnya sosialisasi dan keterikatan timbal balik orang tua dengan anak-anaknya.. (Suyanto, 2016).

## Pengkajian

1. Faktor predisposisi , Dapat Karena Genetik, Neurobiologis seperti penurunan volume otak dan perubahan sistem neurotransmitter serta teori virus dan infeksi
2. Faktor presipitasi, dapat Karena Faktor Biologis, Sosial kutural dan Psikologis
  - a. Penilaian terhadap stressor



Respon Adaptif		Respon Maladaptif
<ul style="list-style-type: none"><li>- Berfikir logis</li><li>- Persepsi akurat</li><li>- Emosi konsisten dengan pengalaman</li><li>- Perilaku sesuai</li><li>- Berhubungan sosial</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pemikiran sesekali</li><li>- Terdistorsi</li><li>- Ilusi</li><li>- Reaksi emosi berlebih dan tidak bereaksi</li><li>- Perilaku aneh</li><li>- Penarikan tidak bisa berhubungan sosial</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gangguan pemikiran</li><li>- Waham/halusinasi</li><li>- Kesulitan pengolahan</li><li>- Emosi</li><li>- Perilaku kacau dan isolasi social</li></ul>

- b. Sumber koping
  - 1) Disosiasi kognitif (gangguan jiwa aktif)
  - 2) Pencapaian wawasan
  - 3) Kognitif yang konstan
  - 4) Bergerak menuju prestasi kerja
- c. Mekanisme koping
  - 1) Regresi (berhubungan dengan masalah dalam proses informasi dan pengeluaran sejumlah besar tenaga dalam upaya mengelola anxietas)
  - 2) Proyeksi (upaya untuk menjelaskan persepsi yang membingungkan dengan menetapkan tanggung jawab kepada orang lain)
  - 3) Menarik diri
  - 4) Peningkaran

## **Diagnosa**

Beberapa Permasalahan atau Diagnosa Keperawatan jiwa yang mungkin muncul pada anak Jalanan adalah :

- 1. Harga Diri Rendah
- 2. Resiko perilaku kekerasan/Perilaku kekerasan
- 3. Defisit Perawatan Diri.

## **Proses Keperawatan**

### **A. Intervensi Keperawatan**

#### **Diagnosa 1. Harga Diri Rendah**

Tujuan umum dari Intervensi Keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah adalah : klien tidak mengalami gangguan interaksi sosial dan bisa



berhubungan dengan orang lain serta lingkungan.

**Tujuan khusus :**

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya

Tindakan Keperawatan :

- a. Bina hubungan saling percaya : salam terapeutik, pengenalan diri. Komunikasi disesuaikan dengan Kondisi anak/Pasien
- b. Jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang,
- c. Buat kontrak yang jelas (waktu, tempat dan topik pembicaraan)
- d. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya
- e. Sediakan waktu untuk mendengarkan klien
- f. Katakan kepada klien bahwa dirinya adalah seseorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong dirinya sendiri

2. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimilikinya

Tindakan Keperawatan :

- a. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- b. Hindarkan memberi penilaian negatif setiap bertemu klien,
- c. Utamakan memberi pujian yang realistis
- d. Klien dapat menilai kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

3. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan Tindakan :
  - a. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
  - b. Diskusikan pula kemampuan yang dapat dilanjutkan setelah pulang ke rumah
4. Klien dapat menetapkan / merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

Tindakan:

- a. Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan
  - b. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi klien
  - c. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan
5. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuan

Tindakan :

- a. Beri kesempatan mencoba kegiatan yang telah direncanakan
  - b. Beri pujian atas keberhasilan klien
  - c. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah
6. Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada

Tindakan :

- a. Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien

- b. Bantu keluarga memberi dukungan selama klien dirawat
- c. Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah
- d. Beri reinforcement positif atas keterlibatan keluarga

### **Diagnosa 2: Perilaku kekerasan**

**Tujuan Umum:** Klien terhindar dari mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

#### **Tujuan Khusus:**

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.  
Tindakan:
  - a. Bina hubungan saling percaya : salam terapeutik, empati, sebut nama perawat dan jelaskan tujuan interaksi.
  - b. Panggil klien dengan nama panggilan yang disukai.
  - c. Bicara dengan sikap tenang, rileks dan tidak menantang.
2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan. Tindakan:
  - a. Beri kesempatan mengungkapkan perasaan.
  - b. Bantu klien mengungkapkan perasaan jengkel / kesal.
  - c. Dengarkan ungkapan rasa marah dan perasaan bermusuhan klien dengan sikap tenang.

3. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan. Tindakan :
  - a. Anjurkan klien mengungkapkan yang dialami dan dirasakan saat jengkel/kesal.
  - b. Observasi tanda perilaku kekerasan.
  - c. Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami klien.
4. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. Tindakan:
  - a. Anjurkan mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
  - b. Bantu bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
  - c. Tanyakan "apakah dengan cara yang dilakukan masalahnya selesai?"
5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan. Tindakan:
  - a. Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan.
  - b. Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang digunakan.
  - c. Tanyakan apakah ingin mempelajari cara baru yang sehat.
6. Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan. Tindakan :
  - a. Beri pujian jika mengetahui cara lain yang sehat.
  - b. Diskusikan cara lain yang sehat. Secara fisik : tarik nafas dalam jika sedang kesal, berolah raga, memukul bantal / kasur.

- c. Secara verbal : katakan bahwa anda sedang marah atau kesal / tersinggung
  - d. Secara spiritual : berdoa atau sembahyang, memohon kepada Tuhan untuk diberi kesabaran.
7. Klien dapat mengidentifikasi cara mengontrol perilaku kekerasan.

Tindakan:

- a. Bantu memilih cara yang paling tepat.
  - b. Bantu mengidentifikasi manfaat cara yang telah dipilih.
  - c. Bantu mensimulasikan cara yang telah dipilih.
  - d. Beri reinforcement positif atas keberhasilan yang dicapai dalam simulasi.
  - e. Anjurkan menggunakan cara yang telah dipilih saat jengkel / marah.
8. Klien mendapat dukungan dari keluarga.  
Tindakan :

- a. Beri pendidikan kesehatan tentang cara merawat klien melalui pertemuan keluarga.
  - b. Beri reinforcement positif atas keterlibatan keluarga.
9. Klien dapat menggunakan obat dengan benar (sesuai program). Tindakan:
- a. Diskusikan dengan klien tentang obat (nama, dosis, frekuensi, efek dan efek samping).
  - b. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (nama klien, obat, dosis, cara dan waktu).

- c. Anjurkan untuk membicarakan efek dan efek samping obat yang dirasakan.

**Diagnosa 5 : Defisit Perawatan Diri : kebersihan diri, berdandan, makan, BAB/BAK**

**Tujuan Umum** : Pasien tidak mengalami defisit perawatan diri kebersihan diri, berdandan, makan, BAB/BAK.

**Tujuan Khusus :**

1. Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri. Tindakan
  - a. Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri
  - b. Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri.
  - c. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
  - d. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
  - e. Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri
2. Pasien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik. Tindakan  
Melatih pasien berdandan/berhias
  - a. Untuk pasien laki-laki latihan meliputi:
    - 1) Berpakaian
    - 2) Menyisir rambut
    - 3) Bercukur

- b. Untuk pasien wanita, latihannya meliputi :
  - 1) Berpakaian
  - 2) Menyisir rambut
  - 3) Berhias, terutama jika sudah remaja
- 3. Pasien mampu melakukan makan dengan baik.  
Tindakan :
  - a. Melatih pasien makan secara mandiri
  - b. Menjelaskan cara mempersiapkan makan
  - c. Menjelaskan cara makan yang tertib
  - d. Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan
  - e. Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
- 4. Pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri. Tindakan:
  - a. Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri
  - b. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
  - c. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
  - d. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK.

## **Penutup**

Hal Penting dalam Asuhan Keperawatan Anak Jalanan adalah Pemberian motivasi agar anak mau melanjutkan sekolahnya dan tidak kembali hidup di jalanan. Namun Permasalahan ikutan Biasanya Kompleks. Bagaimana solusi untuk mengurangi dan mencegah munculnya anak jalanan. Memberikan perlindungan yang layak bagi anak jalanan dapat membantu mengurangi kerentanan mereka terhadap kejahatan dan tantangan lainnya. Ini dapat mencakup menyediakan tempat tinggal bagi mereka, seperti memberi mereka orang tua asuh yang berkomitmen untuk mengadopsi mereka jika mereka tidak berada dalam situasi kehidupan yang stabil. Negara, pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, keluarga, dan orang tua atau wali bertanggung jawab atas terselenggaranya perlindungan anak.



## Daftar Pustaka

- (Bronfenbrenner, 1986), "Ecology of the Family As A Context for Human Development Research Perspectives", *Developmental Psychology*, 22, 6, 1986
- <https://kemensos.go.id/pedoman-operasional-asistensi-rehabilitasi-sosial-anak>
- <https://dinkes.surabaya.go.id/portaltv2/blog/2012/03/06/anak-jalanan-rentan-mengalami-gangguan-psikologis/>
- Herdman, T.H. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses Definition and Classification, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell
- Keliat, B. A. (2006). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa (Edisi 2)*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A. dkk. 2009. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC
- Keliat, B.A., dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN - Basic Course)*. Jakarta: EGC
- Kemensos. 2021. *Pedoman Operasional Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI)*
- Indonesia. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang perlindungan Anak
  - Indonesia. Peraturan Menteri Sosial. No 4 Tahun 2020 Rehabilitasi Sosial Dasar Bagi Anak Terlantar
- Mary C Townsend.1998. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri*. EGC-Jakarta.
- Mert K, Kadioglu H. Nursing interventions to help prevent children from working on the streets. *Int Nurs Rev*. 2016 Sep;63(3):429-36. doi: 10.1111/inr.12301. Epub 2016 Jul 19. PMID: 27430362.

- Muhith, Abdul. 2015. Pendidikan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Andi Offset
- PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI
- Prabowo, Eko. 2014. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Nuha Medika
- Samsara, Anta. 2010. Gelombang Lautan Jiwa. Yogyakarta : Jejak Kata Kita
- Suliswati, dkk. ( 2005 ). Konsep Dasar Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC.
- Sutejo. 2015. Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Surbakti dkk, Eds, *Prosiding Loka karya Persiapan Survei Anak Rawan*. Studi Rintisan Di Kota Bandung, Jakarta: Kerja Sama BPS Dan UNICEF. 1997
- Unicef. 1993. Street and Working Children
- Staurat, G.W. (2007 ). Buku Saku Keperawatan Jiwa (Edisi 5), Alih Bahasa: Achriyani. Jakarta: EGC
- Yusuf, A.H., Rizky Fitryasari dan H.E. Nihayati. 2015. Buku Ajar Keperawatan Jiwa

## **Profil Penulis**



### **Melkisedek Landi, S.Kep., Ns., MMedEd**

Penulis Pernah Bekerja di Puskesmas Zumalai, bekas Provinsi Timor Timur, Dinas Kesehatan Sumba Timur dan terakhir di Prodi Keperawatan Waingapu Poltekes Kemenkes Kupang pada Program Pendidikan DIII Keperawatan sampai dengan sekarang. Penulis Menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatn di PSIK UGM tahun 2006 dan kemudian melanjutkan Pendidikan pada Magister Pendidikan Kedokteran UGM 2015. Penulis terlibat dalam bidang Keperawatan Penyakit Tropik Komplementer dan Promosi kesehatan. Penulis Terlibat dalam Matakuliah Keperawatan gawat darurat dan Manajemen bencana sejak tahun 2010. Penulis Juga Tertarik dengan Pembelajaran Keperawatan Jiwa. menjadi salah satu alasan terlibat dalam penyusunan buku ini. Semoga Dapat Bermanfaat bagi kita semua

Email Penulis: [melki.landia2@gmail.com](mailto:melki.landia2@gmail.com)

- 1 PERILAKU KEKERASAN  
Yuldensia Avelina
- 2 RISIKO BUNUH DIRI  
Ahmad Guntur Alfianto
- 3 WAHAM  
Marita Kumala Dewi
- 4 KONFUSI AKUT (HALUSINASI)  
Ramaita
- 5 HARGA DIRI RENDAH  
Rista Islamarida
- 6 ISOLASI SOSIAL BERDASARKAN STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN  
INDONESIA (SDKI)  
I Wayan Antariksawan
- 7 DEFISIT PERAWATAN DIRI  
Eni Hidayati
- 8 ASUHAN KEPERAWATAN KELOMPOK KHUSUS: GELANDANGAN  
Kissa Bahari
- 9 ASKEP ANAK KEBUTUHAN KHUSUS  
Rahmawati Raharjo
- 10 ASUHAN KEPERAWATAN KORBAN PEMERKOSAAN  
Esti Widiani
- 11 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KORBAN KDRT  
Ayesie Natasa Zulka
- 12 ASUHAN KEPERAWATAN NARAPIDANA  
Ely Rahmatika Nugrahani
- 13 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK JALANAN  
Melkisedek Landi

*Editor :*

Yafi Sabila Rosyad

Untuk akses **Buku Digital**,  
Scan **QR CODE**



**Media Sains Indonesia**  
Melong Asih Regency B.40, Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
Email : [penerbit@medsan.co.id](mailto:penerbit@medsan.co.id)  
Website : [www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)

