

# ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DIAGNOSA RESIKO



**Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J**  
**Ns. Bobby Nurmagandi, M.Kep., Sp.Kep.J**  
**Ns. Ira Ocktavia Siagian, M.Kep., Sp.Kep.J**  
**Ns Sri Sayekti Heni Sunaryanti, S.Kp., M.Kes**  
**Ns. Niken Andarasari, S.Kep., M.Kep**  
**Ns. Nurwulan, S.Kep., M.Kep**  
**Ns. Wahyu Dini Candra S, M.Kep., Sp.Kep.J**  
**Ns. Eli Saripah, M.Kep., Sp.Kep.J**  
**Ns. Helena Pangaribuan, S.Kep., M.Kep**

# **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DIAGNOSA RESIKO**

**Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J**  
**Ns. Bobby Nurmagandi, M.Kep., Sp.Kep.J**  
**Ns. Ira Ocktavia Siagian, M.Kep., Sp.Kep.J**  
**Ns Sri Sayekti Heni Sunaryanti.,S.Kp.,M.Kes**  
**Ns. Niken Andarasari, S,Kep., M.Kep**  
**Ns. Nurwulan, S.Kep., M.Kep**  
**Ns. Wahyu Dini Candra S, M.Kep., Sp.Kep.J**  
**Ns. Eli Saripah, M.Kep., Sp.Kep.J**  
**Ns. Helena Pangaribuan, S.Kep., M.Kep**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**

# **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DIAGNOSA RESIKO**

## **Penulis:**

Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J  
Ns. Bobby Nurmagandi, M.Kep., Sp.Kep.J  
Ns. Ira Ocktavia Siagian, M.Kep., Sp.Kep.J  
Ns Sri Sayekti Heni Sunaryanti.,S.Kp.,M.Kes  
Ns. Niken Andarasari, S,Kep., M.Kep  
Ns. Nurwulan, S.Kep., M.Kep  
Ns. Wahyu Dini Candra S, M.Kep., Sp.Kep.J  
Ns. Eli Saripah, M.Kep., Sp.Kep.J  
Ns. Helena Pangaribuan, S.Kep., M.Kep

## **Desain Cover:**

Ivan Zumarano

## **Tata Letak:**

Achmad Faisal

## **ISBN:**

978-623-09-2726-3

**Cetakan Pertama:** Februari, 2023

Hak Cipta 2023

---

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

---

**Copyright © 2023**

**by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

## **PENERBIT:**

**Nuansa Fajar Cemerlang**  
**Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F**  
**Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah**  
**Jakarta Barat**

Website: [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

Instagram: @bimbel.optimal

## **PRAKATA**

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan ridhoNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku Asuhan Keperawatan Jiwa “Diagnosis Risiko”.

Apresiasi yang tinggi dan ucapan terimakasih yang sebesar – besarnya kepada seluruh tim penulis dan Optimal yang telah berkontribusi mewujudkan buku ini, serta memberi warna tersendiri dalam memperkaya literatur tentang asuhan keperawatan jiwa khususnya diagnosis risiko, sehingga dapat menjadi rujukan bagi seluruh mahasiswa keperawatan di Indonesia. Semoga segala bentuk kontribusi yang telah diberikan mendapatkan balasan yang berlipat ganda dari Allah SWT.

Akhir kata, semoga buku ini bermanfaat bagi para pembaca dalam meningkatkan profesionalisme keperawatan jiwa di tanah air tercinta. Aamiin Yaa Rabbal Alaamiin

Salam sehat jiwa

Penulis

## DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
ANSIETAS .....	1
GANGGUAN CITRA TUBUH.....	19
HARGA DIRI RENDAH SITUASIONAL.....	35
ASUHAN KEPERAWATAN KEPUTUSASAAN (D.0088).....	53
KETIDAKEFEKTIFAN KOPING INDIVIDU .....	81
DUKA CITA .....	91
KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN KESEHATAN .....	101
KETIDAKEFEKTIFAN PERFORMA PERAN .....	113
DISTRESS SPIRITUAL.....	129

# ANSIETAS

**Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J**





# ANSIETAS

(Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J)

## A. PENDAHULUAN

Ansietas merupakan respons fisiologis yang dialami oleh individu, melibatkan fisik, persepsi diri dan hubungan dengan orang lain. Semua orang dapat mengalami ansietas, baik usia muda maupun usia tua. Akan tetapi ketika ketakutan dan kekhawatiran terjadi secara intens, terus-menerus dan berlebihan, maka hal tersebut akan menyebabkan gangguan ansietas.

Ansietas adalah bagian dari kehidupan sehari – hari, hal ini menjadikan ansietas sebagai konsep dasar dalam studi keperawatan kesehatan jiwa dan perilaku manusia. Seseorang dengan gangguan ansietas akan mengalami kerusakan pada kualitas dan fungsi hidup (Stuart & Keliat, 2016).

Riset Kesehatan Dasar (Kemenkes RI, 2018), menunjukkan lebih dari 19 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami gangguan mental emosional dan lebih dari 12 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami depresi. Diperkirakan hanya sekitar seperempat dari populasi gangguan ansietas menerima perawatan, namun klien dengan ansietas merupakan konsumen yang banyak menggunakan pelayanan perawatan kesehatan, karena mereka mencari pengobatan untuk mengatasi gejala yang disebabkan oleh ansietas, seperti nyeri dada, palpitasi, pusing dan sesak nafas (Giacobbe, 2008).

## B. DEFINISI ANSIETAS

Ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber seringkali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya (Wilkinson, 2017). Perasaan ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan bahaya yang akan terjadi dan memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Klasifikasi ansietas menurut (Peplau, 1963) dalam (Stuart & Keliat, 2016) terdiri dari empat tingkatan dan penjelasan efeknya, sebagai berikut :

1. **Ansietas ringan** terjadi saat ketegangan hidup sehari – hari. Selama tahap ini seseorang waspada dan lapang persepsi meningkat. Kemampuan seseorang untuk melihat, mendengar dan menangkap lebih dari sebelumnya. Jenis ansietas ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.
2. **Ansietas sedang**, dimana seseorang hanya berfokus pada hal yang penting saja, lapang persepsi menyempit, sehingga kurang melihat, mendengar dan

menangkap. Seseorang memblokir area tertentu tetapi masih mampu mengikuti perintah jika di arahkan untuk melakukannya.

3. **Ansietas berat**, ditandai dengan penurunan yang signifikan dilapang persepsi. Cenderung memfokuskan pada hal yang detail dan tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ansietas dan banyak arahan yang dibutuhkan untuk focus pada area lain.
4. **Panik** dikaitkan dengan rasa takut dan teror, Sebagian orang yang mengalami kepanikan tidak dapat melakukan hal – hal bahkan dengan arahan. Gejala panik adalah peningkatkan aktivitas motoric, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan oranglain, persepsi yang menyempit dan kehilangan pemikiran rasional. Orang panik tidak mampu berkomunikasi atau berfungsi secara efektif. Kondisi panik yang berkepanjangan akan menghasilkan kelelahan dan kematian.

### C. PROSES TERJADINYA

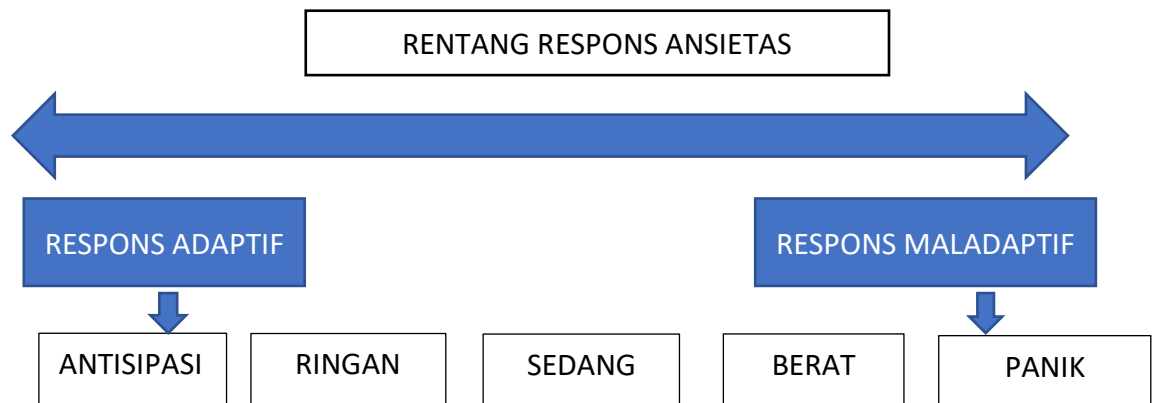
Wolman (1994) dalam (Videback, 2020) mengemukakan bahwa dari sudut pandang kognitif terdapat lima kemungkinan faktor predisposisi atau faktor yang secara potensial dapat menyebabkan individu mengalami ansietas, diantaranya:

1. *Generative inheritability* (pewarisan genetik), Faktor hereditas mempengaruhi mudah tidaknya saraf otonom menerima rangsang. Dengan kata lain, seseorang dengan sejarah keluarga atau keturunan yang memiliki gangguan ansietas, akan mengalami ansietas bila dihadapkan pada situasi yang mencemaskan.
2. *Physical disease states* (penyakit fisik) Pandangan kognitif mengatakan bahwa faktor penyebab penyakit fisik dapat membuat individu mengalami ansietas.
3. *Psychological trauma/mental trauma* (trauma mental) Individu akan lebih mudah cemas ketika ia dihadapkan pada situasi yang serupa dengan pengalaman terdahulu yang menimbulkan trauma, dimana situasi tersebut seperti skema yang telah dipelajari.
4. *Absence of coping mechanisms* (tidak adanya mekanisme penyesuaian diri) Individu yang mengalami kecemasan akan sering menunjukkan defisit dalam respon penyesuaian diri terhadap kecemasan itu sendiri. Mereka merasa tidak berdaya untuk menemukan strategi dalam mengatasi kecemasannya tersebut. Akibatnya individu tersebut membiarkan diri mereka berada dalam situasi yang secara potensial dapat membuat mereka cemas.
5. *Irrational thoughts, assumptions and cognitive processing errors* (pikiran-pikiran irasional, asumsi dan kesalahan proses kognisi) Pada individu yang memiliki gangguan ansietas, keyakinan yang tidak realistis atau keyakinan semu mengenai suatu ancaman atau bahaya dianggap dipicu oleh situasi-situasi tertentu yang mirip dengan situasi ketika keyakinan semu tersebut

dipelajari. Jika skema keyakinan semu tersebut teraktifkan, maka skema ini akan mendorong pikiran, tingkah laku dan emosi orang tersebut untuk masuk dalam keadaan cemas.

#### D. RENTANG RESPON

Ansietas adalah rasa takut yang tidak jelas disertai dengan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi dan ketidakamanan (Stuart & Keliat, 2016). Seseorang merasa dirinya sedang terancam. Pengalaman ansietas dimulai pada masa bayi dan berlanjut sepanjang hidup. Pengalaman seseorang diketahui berakhir dengan rasa takut terbesar pada kematian.



Sumber: Rentang Respons Ansietas (Stuart, 2016)

#### E. ETIOLOGI

Penyebab ansietas menurut (PPNI, 2017) adalah :

1. Krisis situasional
2. Kebutuhan tidak terpenuhi
3. Krisis maturasional
4. Ancaman terhadap konsep diri
5. Ancaman terhadap kematian
6. Kekhawatiran mengalami kegagalan
7. Disfungsi system keluarga
8. Hubungan orangtua – anak tidak memuaskan
9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
10. Penyalahgunaan zat
11. Terpapar bahaya lingkungan (missal: toksin, polutan dan lain-lain)
12. Kurang terpapar informasi

## F. FAKTOR PREDISPOSISI DAN PRESIPITASI

### 1. Biologis

Faktor biologis merupakan faktor yang berhubungan dengan kondisi fisiologis dari individu yang mempengaruhi terjadinya ansietas. Beberapa teori yang melatarbelakangi cara pandang faktor predisposisi biologis adalah teori genetik dan teori biologi. Teori genetik menekankan pada campur tangan komponen genetik terhadap berkembangnya perilaku ansietas. Sedangkan teori biologi lebih melihat struktur fisiologis yang meliputi fungsi saraf, hormon, anatomi dan kimia saraf (Windarwati, 2020).

Genetik dihasilkan dari fakta-fakta mendalam tentang komponen genetik yang berkontribusi terhadap perkembangan gangguan ansietas (Sadock, 2020), dalam penelitiannya menjelaskan bahwa sekitar 50% dari klien yang mengalami gangguan panik dipengaruhi oleh hubungan keluarga, 20% individu yang mengalami gangguan *obsessive compulsive* berasal dari keluarga dengan anggota keluarga memiliki masalah yang sama dan sekitar 30% seseorang yang mengalami agoraphobia berhubungan dengan anggota keluarga dengan agoraphobia. Hipotesa yang dapat disimpulkan dari penelitian tersebut adalah genetik memainkan peran dalam berkontribusi terhadap manifestasi tanda gejala ansietas yang dialami oleh individu.

Pengaturan ansietas berhubungan dengan aktifitas *neurotransmitter gamma aminobutyric acid* (GABA) yang mengontrol aktifitas, atau tingkat pembakaran dari neuron di bagian otak yang bertanggung jawab untuk menghasilkan kondisi ansietas. GABA adalah neurotransmitter penghambat paling umum di otak. Pemahaman teori biologi dilakukan dengan mengevaluasi hubungan antara ansietas dan faktor yang mempengaruhi yaitu katekolamin, kadar neuroendokrin, neurotransmitter seperti serotonin GABA dan kolesistokinin dan reaktivasi autonomi. Penelitian yang dilakukan terhadap tingkatan katekolamin (epineprin dan norepineprin) menunjukkan bahwa tingkatan katekolamin pada klien dengan ansietas sama dengan kontrol normal (Stuart & Keliat, 2016).

Menderita penyakit fisik menyebabkan individu mengalami ansietas, penelitian (Livana, Keliat, & Putri, 2016) menyatakan bahwa pasien yang dirawat di RS akibat penyakit fisik mayoritas mengalami ansietas.

### 2. Psikologis

Teori psikoanalitik dan perilaku menjadi dasar pola pikir faktor predisposisi dan presipitasi psikologis terjadinya ansietas. Teori psikoanalisa yang dikembangkan oleh Sigmund Freud menjelaskan bahwa ansietas merupakan hasil dari ketidakmampuan menyelesaikan masalah, konflik yang tidak disadari antara impuls agresif atau kepuasan libido serta pengakuan terhadap ego dari kerusakan eksternal yang berasal dari kepuasan. Sebagai

contoh konflik yang tidak disadari pada saat masa kanak-kanak, seperti takut kehilangan cinta atau perhatian orang tua, menimbulkan perasaan tidak nyaman atau ansietas pada masa kanak-kanak, remaja dan dewasa awal (Stuart & Keliat, 2016).

(Craske, 2017) menyebutkan bahwa beberapa penyebab dari kecemasan yaitu yang pertama, rasa cemas yang timbul akibat melihat adanya bahaya yang mengancam dirinya. Kecemasan ini lebih dekat dengan rasa takut, karena sumbernya terlihat jelas didalam pikiran. Kedua, cemas karena merasa berdosa atau bersalah, karena melakukan hal-hal yang berlawanan dengan keyakinan atau hati nurani. Kecemasan ini sering pula menyertai gejala gangguan mental, yang kadang-kadang terlihat dalam bentuk yang umum. Ketiga, kecemasan yang berupa penyakit dan terlihat dalam beberapa bentuk. Kecemasan ini disebabkan oleh hal yang tidak jelas dan tidak berhubungan dengan apapun yang terkadang disertai dengan perasaan takut yang mempengaruhi keseluruhan kepribadian penderitanya (Videback, 2020).

### **3. Sosio Kultural**

Faktor yang mempengaruhi adanya kecemasan yaitu lingkungan keluarga. (Kim, 2019) menjelaskan bahwa keadaan rumah dengan kondisi yang penuh dengan pertengkaran atau penuh dengan kesalahpahaman serta adanya ketidakpedulian orang tua terhadap anak - anaknya, dapat menyebabkan ketidaknyamanan serta kecemasan pada anak saat berada didalam rumah. Lingkungan sosial adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan individu. Jika individu tersebut berada pada lingkungan yang tidak baik, dan individu tersebut menimbulkan suatu perilaku yang buruk, maka akan menimbulkan adanya berbagai penilaian buruk dimata masyarakat, sehingga dapat menyebabkan munculnya kecemasan.

Penyebab kecemasan secara umum disebabkan oleh kondisi psikologis, masalah hubungan dengan orang lain, masalah hubungan dengan keluarga, dan masalah finansial (Magklara, 2015). Selain itu gangguan peran yang diakibatkan kurangnya pengawasan orangtua, penggunaan alkohol, dan merokok di masa lalu dapat memperberat faktor penyebab kecemasan pada individu.

Faktor lain yang dapat menjadi penyebab kecemasan adalah tingkat stres (Assana, 2017) dikaitkan dengan hubungan dengan orang lain, dalam kontek penelitian ini adalah adanya anggota keluarga yang sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan rendah juga menjadi faktor sosial budaya dari penyebab kecemasan keluarga yang merawat anak dengan hospitalisasi. Hasil penelitian (Laela et al., 2018) menyebutkan bahwa status pendidikan yang rendah pada seseorang, akan menyebabkan orang tersebut lebih muda mengalami kecemasan dibanding dengan mereka yang status

pendidikannya tinggi. Menurut (Tarwoto, 2015), pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan luar sekolah dan berlangsung sepanjang hidup. Faktor pendidikan seseorang sangat mempengaruhi kecemasan. Klien dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi, menggunakan koping efektif dan konstruktif dari pada seseorang dengan pendidikan rendah. (Lesmanawati, 2012) menyatakan bahwa pasien yang memiliki pendidikan rendah cenderung kurang memerhatikan kualitas hidup sehat yang dapat mempengaruhi terapi.

## **G. PSIKODINAMIKA**

Pandangan Freud meliputi konflik antara kebutuhan id dan superego, dan ego yang bertindak sebagai mediator. Ansietas terjadi jika ego tidak cukup kuat untuk menyelesaikan konflik. Teori Sullivan mengemukakan bahwa ketakutan karena ketidakcocokan tentang figure ibu adalah dasar ansietas. Kasih sayang/cinta bersyarat menyebabkan ego mudah pecah dan kurang percaya diri. Individu dengan gangguan ansietas memiliki harga diri rendah, takut gagal dan mudah terancam.

(Dollar, 1950) dalam (Doenges, 2007) meyakini bahwa ansietas merupakan respons belajar yang dibawa sejak lahir untuk menghindari nyeri. Teori kognitif mengemukakan bahwa terdapat gangguan dalam mekanisme kognisi dan informasi pusat yang berproses dengan gangguan perasaan dan perilaku yang berlanjut. Ansietas dipertahankan oleh distorsi pemikiran dengan pencapaian situasi yang salah mengerti atau disfungsi. Individu merasa mudah diserang dan distorsi pikiran menyebabkan hasil yang negative.

## **H. MANIFESTASI KLINIS**

Tanda dan gejala ansietas menurut (PPNI, 2017) adalah :

### **a. Mayor**

Subjektif :

1. Merasa bingung
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
3. Sulit berkonsentrasi

Objektif :

1. Gelisah
2. Tampak tegang
3. Sulit tidur dan tidak lelap

### **b. Minor**

Subjektif :

1. Mengeluh pusing

2. Anoreksia
3. Palpitasi
4. Merasa tidak berdaya

Objektif:

1. Frekuensi nafas meningkat
2. Frekuensi nadi meningkat
3. Tekanan darah meningkat
4. Diaphoresis
5. Tremor
6. Muka tampak pucat
7. Suara bergetar
8. Kontak mata buruk
9. Sering berkemih
10. Berorientasi pada masa lalu

## I. ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN ANSIETAS

### 1. PENGKAJIAN

#### a. Identitas klien

Nama	: Nn.M
Umur	: 28 tahun
Status perkawinan	: belum menikah
Agama	: Islam
Suku bangsa	: Jawa
Pendidikan	: Sarjana
Alamat	: Cengkareng, Rawa Buaya, Jln. Suka menanti No.2
Sumber informasi	: Klien

#### b. Alasan masuk

Klien datang ke poliklinik psikiatri dengan keluhan merasa takut, tidak nafsu makan, tidak lelap tidur dan sulit konsentrasi. Kondisi ini dialami sejak 2 minggu yang lalu, Klien mengatakan dirinya terlilit hutang yang disebabkan pemakaian kartu kredit yang melebihi batas. Gaji per bulan tidak mencukupi kebutuhan hidupnya. Tagihan kartu kredit yang terlampau besar membuat klien menjual barang – barang yang dimilikinya untuk dapat membayar tagihan tersebut. Klien sering mengkonsumsi paracetamol untuk mengurangi pusing akibat permasalahan yang dialaminya. Saat ini klien hanya berfokus bagaimana cara membayar hutangnya dan barang apalagi yang dapat dijual untuk membayar tagihan kartu kreditnya. Klien nampak kurang menangkap pembicaraan oranglain, namun masih mampu mengikuti perintah jika di arahkan untuk melakukannya.

**c. Faktor predisposisi dan presipitasi**

**1) Biologis**

- Klien merasa tidak nafsu makan, tidak lelap tidur dan sulit konsentrasi sejak 2 minggu yang lalu
- Klien hanya makan ¼ porsi setiap harinya
- Klien sering mengonsumsi paracetamol untuk mengurangi pusing sejak 2 minggu terakhir.
- Memiliki riwayat ansietas di keluarga (ayah dan ibu sering marah – marah jika sedang cemas)
- Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

**2) Psikologis**

- Klien merasa khawatir tidak dapat membayar hutangnya
- Klien takut terhadap orangtuanya, karena telah menjual barang – barang pemberian orangtuanya untuk membayar hutang, tanpa sepengetahuan mereka.
- Klien menangis, karena gaji per bulan tidak mencukupi kebutuhannya.

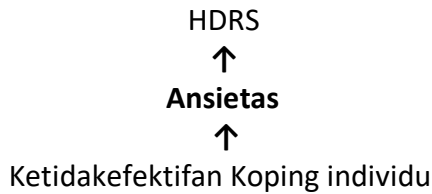
**3) Sosio Kultural**

- Pendidikan terakhir klien adalah Sarjana
- Gaji per bulan sebesar 7,5 juta
- Tagihan kartu kredit per bulan sebesar 9 juta
- Klien kurang menangkap pembicaraan oranglain, namun masih dapat mengikuti perintah, jika di arahkan.
- Klien merantau di Jakarta sejak 5 tahun yang lalu
- Klien merupakan tulang punggung keluarga
- Orangtua tinggal di kampung (Jawa)
- Klien beragama Islam, tidak rajin beribadah

**d. Analisa Data**

No	Data	Diagnosa Keperawatan
1	<ul style="list-style-type: none"><li>- Merasa tidak nafsu makan, tidak lelap tidur dan sulit konsentrasi</li><li>- Takut, khawatir tidak dapat membayar hutangnya</li><li>- Menangis, karena gaji per bulan tidak mencukupi kebutuhannya</li><li>- Kurang menangkap pembicaraan oranglain, namun masih dapat mengikuti perintah, jika di arahkan.</li><li>- Tanda – tanda vital: SH = 36,2 °C, HR=92x/mnt, RR=20x/mnt, TD=100/60 mmHg</li></ul>	<b>Ansietas sedang</b>

e. Pohon Masalah



2. DIAGNOSA

Ansietas sedang

3. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN (Keliat, 2019)

Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Tindakan Keperawatan
Ansietas sedang	<p><b>Tujuan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Kognitif</b>, klien mampu :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menegaln pengertian, penyebab, tanda gejala, akibat dan proses terjadinya ansietas</li> <li>b. Mengetahui cara mengatasi ansietas</li> </ol> </li> <li>2. <b>Psikomotor</b>, klien mampu mengatasi ansietas dengan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Latihan relaksasi Tarik nafas dalam</li> <li>b. Latihan distraksi</li> <li>c. Latihan hipnotis lima jari</li> <li>d. kegiatan spiritual</li> </ol> </li> <li>3. <b>Afektif</b>, klien mampu :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan</li> <li>b. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah Latihan</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Kriteria hasil</b> Klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebutkan kembali pengertian, penyebab, tanda gejala, akibat dan proses terjadinya ansietas</li> <li>2. Melakukan Tarik nafas dalam</li> </ol>	<p><b>Tindakan pada klien :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien dalam mengurangi ansietas</li> <li>- Jelaskan proses terjadinya ansietas</li> <li>- Latih cara mengatasi ansietas :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tarik nafas dalam</li> <li>b. Distraksi</li> <li>c. Hipnotis lima jari :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jempol dan telunjuk disatukan, dan bayangkan saat badan sehat</li> <li>• Jempol dan jari tengah disatukan, dan bayangkan orang yang sayang pada kita</li> <li>• Jempol dan jari manis disatukan, dan bayangkan saat kita mendapat pujian /prestasi</li> <li>• Jempol dan kelingking disatukan, dan bayangkan tempat yang paling kita suka</li> </ul> </li> <li>d. Kegiatan spiritual; beribadah, sholat, dzikir dan berdo'a</li> </ol> </li> <li>- Bantu klien untuk melakukan Latihan sesuai jadwal</li> </ul> <p><b>Terapi keperawatan Spesialis Jiwa:</b></p> <p><b>a. Penghentian pikiran (<i>Tought stopping</i>) :</b></p> <p>Sesi 1 : mengidentifikasi pengalaman yang tidak menyenangkan dan menimbulkan pikiran yang mengganggu serta menghentikan</p>

	<p>3. Melakukan distraksi; bercakap – cakap hal positif, dll</p> <p>4. Melakukan hipnotis lima jari</p> <p>5. Melakukan kegiatan spiritual : sholat, dzikir dan berdo'a</p>	<p>satu pikiran yang paling mengganggu dengan hitungan teratur</p> <p>Sesi 2 : menghentikan pikiran yang mengganggu pertama dengan menggunakan hitungan bervariasi</p> <p>Sesi 3 : evaluasi manfaat menghentikan pikiran yang mengganggu</p> <p><b>b. Latihan relaksasi otot progresif (<i>Progressive muscle relaxation</i>) :</b></p> <p>Sesi 1 : identifikasi ketegangan otot dan Latihan mengencangkan dan mengendorkan otot</p> <p>Sesi 2 : evaluasi manfaat mengencangkan dan mengendorkan otot</p> <p><b>c. Logo terapi (<i>Medical ministry</i>):</b></p> <p>Sesi 1 : identifikasi masalah yang dihadapi, perubahan yang terjadi dan masalah yang dialami</p> <p>Sesi 2 : identifikasi respons terhadap masalah psikososial dan cara mengatasinya, tambahkan respons bio dan social</p> <p>Sesi 3 : logoterapi dengan tehnik medical ministry</p> <p>Sesi 4 : evaluasi</p> <p><b>d. Penerimaan komitmen (<i>Acceptance commitment therapy</i>) :</b></p> <p>Sesi 1 : mengidentifikasi pengalaman / kejadian yang tidak menyenangkan</p> <p>Sesi 2 : mengenali keadaan saat ini dan menemukan nilai – nilai terkait pengalaman yang tidak menyenangkan</p> <p>Sesi 3 : berlatih menerima pengalaman / kejadian tidak menyenangkan menggunakan nilai – nilai yang dipilih klien</p>
--	---	---

		<p>Sesi 4 : berkomitmen menggunakan nilai – nilai yang dipilih klien untuk mencegah kekambuhan</p> <p><b>Tindakan pada keluarga:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien yang mengalami ansietas</li> <li>2. Jelaskan pengertian, penyebab, tanda gejala dan proses terjadinya ansietas, serta mengambil keputusan merawat klien</li> <li>3. Latih keluarga cara merawat dan membimbing klien mengatasi ansietas sesuai dengan arahan keperawatan yang telah diberikan kepada klien</li> <li>4. Latih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan ansietas klien</li> <li>5. Diskusikan tanda gejala ansietas yang memerlukan rujukan segera serta menganjurkan follow up ke fasilitas pelayanan Kesehatan yang teratur</li> </ol> <p><b>Terapi keperawatan Spesialis Jiwa:</b>  <b>Psikoedukasi keluarga (<i>Family psycho education</i>)</b></p> <p>Sesi 1 : mengidentifikasi masalah Kesehatan yang dialami klien dan masalah kesehatan keluarga (<i>care giver</i>) dalam merawat klien</p> <p>Sesi 2 : merawat masalah Kesehatan klien</p> <p>Sesi 3 : manajemen stress untuk keluarga</p> <p>Sesi 4 : manajemen beban untuk keluarga</p> <p>Sesi 5 : memanfaatkan sistem pendukung</p> <p>Sesi 6 : mengevaluasi manfaat psikoedukasi keluarga</p>
--	--	--

#### 4. IMPLEMENTASI

**Nama Klien** : Nn. M  
**Tanggal lahir** : 13 Januari 1994  
**No. RM** : 01130194

Hari, tgl, Jam	Tindakan Keperawatan	Perawat
<p>Senin, 19 Desember 2022</p> <p>13.00 WIB</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasa tidak nafsu makan, tidak lelap tidur dan sulit konsentrasi</li> <li>- Takut, khawatir tidak dapat membayar hutangnya</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menangis, karena gaji per bulan tidak mencukupi kebutuhannya</li> <li>- Kurang menangkap pembicaraan orang lain, namun masih dapat mengikuti perintah, jika di arahkan.</li> <li>- Tanda – tanda vital : SH = 36,2 °C, HR=92x/mnt, RR=20x/mnt, TD=100/60 mmHg</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosa : Ansietas sedang</li> <li>• Tindakan Keperawatan:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien dalam mengurangi ansietas</li> <li>- Menjelaskan proses terjadinya ansietas</li> <li>- Melatih cara mengatasi ansietas : Tarik nafas dalam dan Distraksi</li> <li>- Memotivasi klien untuk melakukan Latihan sesuai jadwal</li> </ul> </li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa : Ansietas sedang</li> <li>- Tindakan Keperawatan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap penurunan tanda dan gejala ansietasnya</li> <li>2. Evaluasi kemampuan klien dalam mengatasi ansietas</li> <li>3. Latih klien dalam mengatasi ansietas dengan cara hipotis lima jari dan spiritual</li> </ol> </li> </ul>	<p>Nama jelas dan TTD</p>
<p>Selasa, 20 Desember 2022</p> <p>13.00 WIB</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui cara mengatasi ansietas dengan cara: Tarik nafas dalam dan distraksi</li> <li>- Merasakan manfaat Latihan Tarik nafas dalam dan distraksi</li> </ul>	<p>Nama jelas dan TTD</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- merasa tidak nafsu makan, tidak lelap tidur dan sulit konsentrasi</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menangis, karena gaji per bulan tidak mencukupi kebutuhannya</li> <li>- Kurang menangkap pembicaraan oranglain, namun masih dapat mengikuti perintah, jika di arahkan.</li> <li>- Tanda – tanda vital : SH = 36,3 °C, HR=86x/mnt, RR=20x/mnt, TD=100/60 mmHg</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosa: Ansietas sedang</li> <li>• Tindakan Keperawatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap tanda gejala ansietasnya</li> <li>- Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengatasi ansietas: Tarik nafas dalam dan distraksi</li> <li>- Melatih cara mengatasi ansietas: hipnotis lima jari dan spiritual</li> <li>- Memotivasi klien untuk melakukan Latihan sesuai jadwal</li> </ul> </li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa : Ansietas sedang</li> <li>- Tindakan Keperawatan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap penurunan tanda dan gejala ansietasnya</li> <li>2. Evaluasi kemampuan klien dalam mengatasi ansietas: Tarik nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual</li> <li>3. Motivasi klien untuk melakukan Latihan sesuai jadwal dan beri pujian</li> </ol> </li> </ul>	
<p>Rabu, 21 Desember 2022</p> <p>13.00 WIB</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui cara mengatasi ansietas dengan cara : Tarik nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual</li> <li>- Merasakan manfaat Latihan Tarik nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan klien untuk melihat, mendengar dan menangkap lebih dari sebelumnya</li> </ul>	<p>Nama jelas dan TTD</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu melakukan Tarik nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual</li> <li>- Tanda – tanda vital : SH = 36,3 °C, HR=82x/mnt, RR=20x/mnt, TD=100/70 mmHg</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosa : Ansietas ringan</li> <li>• Tindakan Keperawatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap tanda gejala ansietasnya</li> <li>- Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengatasi ansietas: Tarik nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual</li> <li>- Memberi pujian dan memotivasi klien untuk melakukan Latihan sesuai jadwal</li> </ul> </li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa : Ansietas ringan</li> <li>- Tindakan Keperawatan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap penurunan tanda dan gejala ansietasnya</li> <li>2. Evaluasi kemampuan klien dalam mengatasi ansietas: Tarik nafas dalam, distraksi, hipnotis lima jari dan spiritual</li> <li>3. Motivasi klien untuk melakukan Latihan sesuai jadwal dan beri pujian</li> </ol> </li> </ul>	
--	--	--

## 5. EVALUASI

- Penurunan tanda dan gejala
- Peningkatan kemampuan klien mengatasi ansietas
- Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan ansietas

## DAFTAR PUSTAKA

- Assana, S. , L. W. , & R. P. (2017). Quality of Life , Mental Health and Educational Stress of High School Students in the Northeast of Thailand. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(8), 1–6.
- Craske, M. G. (2017). Anxiety disorders. Nature Reviews Disease Primers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(2), 125–133.
- Doenges, M. E. , T. M. C. , M. M. F. (2007). *Rencana asuhan keperawatan psikiatri* (3rd ed.). EGC.
- Dollar, J. , M. N. (1950). *Personality and psychotherapy*. McGraw Hill.
- Giacobbe, P. , et al. (2008). Datapoints: Rates and Patterns of Treatment Seeking by Individuals With Mood and Anxiety Disorders. *Psychiatry*, 59(10).
- Keliat, B. A. , dkk. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa*. Penerbit Buku Kedokteran : EGC.
- Kemenkes RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar*.  
[https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir\\_519d41d8cd98f00/files/Hasil\\_riskesdas-2018\\_1274.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil_riskesdas-2018_1274.pdf)
- Kim, D. H. (2019). Family stress and youth mental health problems: Self-efficacy and future orientation mediation. *Journal of Orthopsychiatry*, 89(2), 125–133.
- Laela, S., Keliat, B.A & Mustikasari. (2018). Thought stopping and supportive therapy can reduce postpartum blues and anxiety parents of premature babies. *Enfermeria Clinica*, 28. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30051-2](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30051-2)
- Lesmanawati, D., A., S. (2012). *Analisis Efektivitas Biaya Penggunaan Terapi Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta*.
- Magklara, K. , B. S. , N. D. , S. S. , & K. G. (2015). Depression in Late Adolescence: A Cross-Sectional Study in Senior High Schools in Greece. *MBC Psychiatry*, 1–11.
- Peplau, H. (1963). *A working definition of anxiety: some clinical approaches to psychiatric nursing*. Macmillan.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnosis* (1st ed.). DPP - PPNI.
- Sadock, B. J. & S. V. A. (2020). *Buku Ajar Psikiatri Klinis Kaplan & Sadock* (2nd ed.). EGC.
- Stuart, G. W., & Keliat, B. A. (2016). *Prinsip dan praktik keperawatan Kesehatan jiwa* (1st ed). Elsevier.

- Tarwoto, & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*.
- Videback, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing* (eighth). Lippincott Williams.
- Wilkinson, J. M. (2017). *Diagnosis keperawatan* (10th ed.). EGC.
- Windarwati, H. D. (2020). "Takut Kehilangan" Penyebab Kecemasan Keluarga Yang Merawat Anak Dengan Hospitalisasi Di Rumah Sakit. *PPNI Jawa Tengah*, 3(2).
- Wolman, Benjamin, S. G. (1994). *Anxiety disorders*. John Willey and Sons.

# GANGGUAN CITRA TUBUH

**Ns. Bobby Nurmagandi, M.Kep., Sp.Kep.J**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**



## **GANGGUAN CITRA TUBUH**

**Ns. Boby Nurmagandi, M.Kep., Sp.Kep.J**

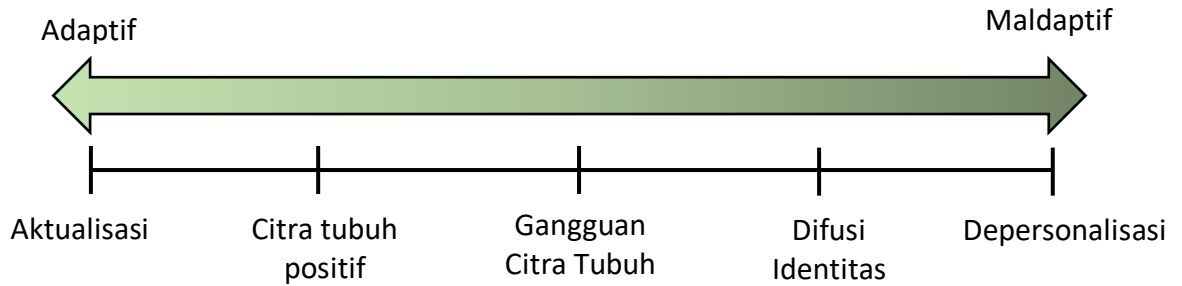
### **A. KONSEP TEORI**

Citra tubuh merupakan bagian dari konsep diri yakni penilaian individu terhadap dirinya sendiri. Gambaran diri merupakan persepsi individu secara baik terkait ukuran, fungsi, keterbatasan, makna serta objek lainnya yang melekat pada tubuhnya yang dimulai sejak pada masa lalu maupun hingga sekarang. Individu dalam memahami citra tubuh harus bersifat realistis karena akan menyebabkan perasaan aman dan bebas kecemasan (Yusuf et al., 2015). Gambaran diri berkembang dari sikap orang lain serta tanggapan individu terhadap dirinya setelah mengeksplor dirinya secara utuh. Perkembangan individu dalam memahami citra tubuhnya dipengaruhi oleh nilai, budaya dan informasi serta hiburan yang ada di lingkungannya (Berman et al., 2016). Gangguan citra tubuh merupakan evaluasi ketidakpuasan individu terhadap perubahan bentuk, struktur serta fungsi tubuh yang tidak sesuai keinginan (Keliat et al., 2019). Gangguan citra tubuh merupakan perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu (PPNI, 2019). Gangguan Citra tubuh adalah perasaan ketidakpuasan individu terhadap gambaran diri secara keseluruhan (NANDA, 2018).

### **B. PROSES TERJADINYA**

Individu yang mengalami perubahan bentuk dan fungsi pada anggota tubuhnya akan mengalami kesulitan keterbatasan atau hambatan dalam melakukan aktualisasi hingga kesulitan dalam melaksanakan peran atau adanya bullying hingga penolakan yang dialami. Perubahan citra tubuh membuat individu sering merasa kekurangan dan menjadi stress berkepanjangan sehingga banyak menghabiskan waktu untuk penyesuaian terhadap kondisi dirinya (Utomo et al., 2022). Hal ini akan membuat penilaian negatif individu terhadap dirinya yakni gangguan citra tubuh. Individu yang mengalami perubahan bentuk dan fungsi tubuhnya menganggap penampilan dirinya tidak menarik (Fernando, 2019). Individu yang tidak mampu untuk menerima kondisinya dan mencoba untuk berperan sebagai orang lain dengan perubahan bentuk dan fungsi tubuh yang dimiliki. Kondisi ini akan membuat individu keluar dari identitas sesungguhnya, kondisi ini tidak akan bertahan lama. Jika kondisi ini tidak dapat dilaksanakan dengan baik, individu akan mulai menyalahkan dirinya sendiri karena kondisi yang dialami. Hal ini akan mengakibatkan perasaan sedih hingga depresi, kondisi ini sejalan dengan hasil penelitian lainnya yang menyatakan bahwa masalah citra tubuh membuat individu mengalami depresi (Utomo et al., 2022).

### C. RENTANG RESPON



### D. ETIOLOGI (PREDISPOSISI DAN PRESIPITASI)

#### 1. Biologi

- a) Adanya riwayat anggota keluarga menderita penyakit genetik (cacat tubuh). Riwayat anggota keluarga dengan cacat fisik dapat menjadi acuan individu memiliki potensi mengalami penyakit genetik yang berhubungan dengan kecacatan. Cacat fisik dapat menjadi penyebab individu merasa tidak nyaman dengan citra tubuhnya apalagi jika mengalami perubahan bentuk dan fungsi yang berbeda dengan individu lainnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang sangat signifikan antara citra tubuh dengan harga diri pada remaja cacat tuna daksa (Abdussamad & Supradewi, 2020). Individu dengan cacat fisik menganggap diri mereka tidak kompeten baik secara fisik hingga secara sosial, individu mengalami kesulitan adaptasi dalam kehidupan masyarakat karena label sebagai penyandang disabilitas (Abdussamad & Supradewi, 2020).
- b) Menderita penyakit fisik atau mengalami tindakan medis, individu dengan riwayat penyakit medis kronis seperti kanker payudara yang mengakibatkan dilakukannya tindakan mastektomi sehingga menyebabkan perubahan bentuk dan fungsi anggota tubuh (Sriwahyuningsih et al., 2012). Kondisi medis lainnya yang membuat individu mengalami gangguan citra tubuh adalah mengidap penyakit kusta (Yunalia & Wahyuni, 2017). Individu yang mengalami fraktur sehingga harus menjalani tindakan amputasi akan berpengaruh terhadap perubahan pada gambaran dirinya.

Selain itu, tindakan medis kemoterapi yang dijalani pasien dapat berpengaruh pada bentuk dan fungsi anggota tubuhnya seperti adanya mual, muntah, rambut rontok, kelelahan, dan nyeri merupakan beberapa faktor yang dapat menyebabkan responden merasa ada perubahan pada citra tubuhnya (Sandhi et al., 2017). Tindakan medis lainnya yakni individu menjalani tindakan hemodialisa secara rutin memiliki gambaran citra tubuh yang negative. Hal ini karena hemodialisa yang dijalani berpengaruh

terhadap perubahan fisik dan perilaku seperti perubahan ukuran dan bentuk tubuh serta keterbatasan gerak (Faridah et al., 2022).

- c) Adanya masalah psikososial yang menyebabkan gangguan makan, BB obesitas atau terlalu kurus. Individu dengan gangguan makan memiliki gejala kesehatan mental lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mengalami (Masheb et al., 2021). Gangguan makan ini membuat perubahan pola makan individu sehingga berdampak pada peningkatan atau penurunan berat badan. Pola makan yang meningkat membuat individu mengalami obesitas sehingga membuat individu merasa minder dengan kondisi gambaran dirinya secara umum (Fogelkvist et al., 2020). Kebiasaan pola makan berlebihan dan kurang gerak tubuh berdampak pada gangguan psikososial yakni rasa rendah dan menarik diri, mudah lelah/mengantuk dan kesulitan keseimbangan (Fernando, 2019).
- d) Perubahan fisiologis pada kehamilan dan penuaan. Perubahan bentuk tubuh pada usia kehamilan akan berdampak pada citra tubuh yang negatif sehingga membuat tingkat stress ibu hamil meningkat, Beberapa ibu hamil merasa dirinya lebih besar, terlihat buruk, merasa tidak nyaman dan menjadi pemarah saat hamil (Pakasi et al., 2020). Ibu hamil sering merasa tidak puas terhadap perubahan bentuk tubuhnya saat hamil (Juliadilla, 2017). Walaupun mengalami perubahan citra tubuh, namun para ibu hamil hanya menganggap perubahan citra tubuh yang dialami selama kehamilan hanya berlangsung sementara selama usia kehamilan (Gani et al., 2014). Sebaliknya individu yang memiliki gambaran fisik yang bagus cenderung memiliki tingkat stress yang rendah dan tingkat kepercayaan diri yang tinggi (Kim & Chung, 2021).

## **2. Psikologi**

Individu dengan gangguan citra tubuh memiliki hubungan positif dengan masalah kesehatan mental yakni stress, depresi hingga ide bunuh diri (Yun, 2018). Faktor psikologi pada masalah gangguan citra tubuh dapat dilihat melalui konsep diri yang terdiri atas gambaran diri, identitas diri, peran diri, ideal diri dan harga diri. Individu yang mengalami perubahan bentuk dan fungsi pada anggota tubuhnya akan memersepsikan dirinya negatif dan cenderung membandingkan dirinya dengan individu yang normal (Juliadilla, 2017). Misalnya saja pada Wanita yang harus menjalani mastektomi, hal ini akan membuat perasaan sedih, malu dan tidak percaya diri untuk bertemu dengan orang lain (Sriwahyuningsih et al., 2012). Perasaan negatif ini akan mempengaruhi peran yang dijalani, seperti penurunan performa dalam bekerja yang berdampak pada masalah pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Masalah pada citra tubuh membuat individu menyesuaikan diri terhadap peran yang harus dijalani. Sebaliknya individu yang tidak mempermasalahakan perubahan

citra tubuh pada dirinya tidak mengalami masalah pada konsep dirinya. Seperti pada individu yang memiliki tato namun tidak menganggap tato sebagai sesuatu yang negative, maka tidak perlu penyesuaian terhadap konsep dirinya (Ferani et al., 2015).

Perubahan citra tubuh yang dialami individu juga berdampak pada motivasi dan harapan individu. Individu akan mengalami penurunan motivasi untuk melangsungkan hidupnya, selain itu, individu juga akan kehilangan harapan, karena merasa tidak dapat mencapai keinginannya karena kondisi yang dialami.

### **3. Sosio Kultural**

Faktor sosiokultural yang dapat dilakukan pengkajian pada masalah gangguan citra tubuh adalah Pendidikan, pekerjaan, pola asuh, status perkawinan dan hubungan sosial. Faktor Pendidikan akan mempengaruhi pola pikir individu yang mengalami gangguan citra tubuh, individu dengan Pendidikan yang baik cenderung dapat berfikir positif terhadap kondisi yang dialami, dapat beradaptasi dengan mudah untuk kelangsungan hidupnya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa individu dengan Pendidikan yang baik memiliki mekanisme koping baik dalam menghadapi gagal ginjal kronik (Rustandi et al., 2018).

Faktor pekerjaan akan mempengaruhi kondisi emosional individu jika mengalami perubahan peran dan fungsi dalam pekerjaannya. Masalah gangguan citra tubuh tidak akan dirasakan oleh individu yang tidak mengalami perubahan peran dan fungsi dalam pekerjaannya, namun akan sangat emosional yakni sedih, perasaan bersalah hingga kecewa jika jika perubahan citra tubuh yang dialami berdampak pada tidak mampu melakukan peran dan fungsi yang optimal dalam pekerjaannya. Pekerjaan yang dimiliki berhubungan erat dengan materi, kekurangan materi akan berdampak negative terhadap proses pemulihan kesehatan seperti pada penderita kanker yang membutuhkan dukungan materi dalam proses kemoterapi yang harus dijalani (Puspita et al., 2017).

Pola asuh penting untuk menilai kemampuan individu menghadapi perubahan fungsi dan bentuk tubuhnya. Individu yang mampu beradaptasi dan mau menerima kondisi yang dialami terkait perubahan citra tubuh cenderung memiliki riwayat pola asuh yang baik. Riwayat pola asuh yang baik berpengaruh terhadap mekanisme koping yang adaptif terhadap masalah yang dihadapi (Rokhim et al., 2022). Pola asuh yang baik membuat individu memiliki harga diri yang tinggi hal ini di pengaruhi oleh adanya penerimaan, dukungan orang tua dan cinta, sedangkan individu dengan pola asuh yang kurang membuat individu cenderung merasa tidak berharga karena adanya perasaan tidak berharga (Abdussamad & Supradewi, 2020).

Status perkawinan dan hubungan sosial juga mempengaruhi penilaian dan adaptasi individu dalam menghadapi masalah gangguan citra tubuh. Dukungan sosial yang diperoleh individu akan membuat individu menerima perubahan bentuk dan fungsi anggota tubuhnya. Anggota keluarga yang senantiasa merawat dan menerima kondisinya justru akan cepat memulihkan kondisi psikologis yang dialami. Sebaliknya jika tidak ada dukungan sosial, individu semakin kehilangan harapan dan cenderung menyalahkan dirinya akibat masalah gangguan citra tubuh yang dialami. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa dukungan keluarga yang tidak baik membuat individu penderita kanker yang menjalani kemoterapi beresiko sebanyak 3 kali mengalami gangguan citra tubuh dibandingkan dengan yang memiliki dukungan keluarga yang baik (Arfina et al., 2022), penelitian lainnya juga menyatakan bahwa individu yang mengalami gangguan citra tubuh tidak memiliki dukungan sosial atau dukungan sosial negative (Puspita et al., 2017).

#### **E. MANIFESTASI KLINIS**

Tanda dan gejala gangguan citra tubuh yakni penilaian negatif terhadap penampilan fisik, perasaan malu (Xu & Liu, 2020; Yunalia & Wahyuni, 2017). Ketidakmampuan menyesuaikan penampilan, tidak melakukan usaha konsisten untuk mengevaluasi penampilan (Fernando, 2019), perubahan bentuk dan fungsi anggota tubuh setelah tindakan medis (Sriwahyuningsih et al., 2012). Pasien dengan gangguan citra tubuh mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh, kehilangan bagian tubuh, fungsi/struktur tubuh berubah/hilang, tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh, mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain, mengungkapkan perubahan gaya hidup, menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan (Keliat et al., 2019). Menghindari melihat dan atau menyentuh bagian tubuh yang terganggu, fokus berlebihan pada perubahan tubuh, respon non-verbal pada perubahan dan persepsi tubuh, fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu, hubungan sosial berubah (PPNI, 2019).

#### **F. PROSES KEPERAWATAN**

Berikut contoh kasus pelaksanaan asuhan keperawatan pada masalah gangguan citra tubuh.

##### **1. Pengkajian**

###### **a. Alasan Masuk**

Klien dibawa ke poliklinik psikiatri oleh istrinya karena selalu berdiam diri di rumah tanpa melakukan aktivitas apapun. Kondisi ini sudah dialami sejak 2 minggu. Menurut istrinya, kondisi klien ini bermula sejak dirinya di

PHK dari pekerjaannya karena tidak dapat bekerja secara maksimal akibat kaki kanannya yang mengalami kelumpuhan karena kecelakaan mobil pada 4 bulan lalu. Menurut istrinya klien selalu menyalahkan kaki kanannya yang lumpuh karena tidak dapat bekerja. Klien bahkan tidak mau menoleh ke arah kaki kanannya sehingga kondisinya tampak tidak terawat.

b. Pengkajian Faktor Predisposisi dan presipitasi

1) Biologi

Klien riwayat kecelakaan mobil 4 bulan lalu yang menyebabkan lumpuh pada kakinya, riwayat pengobatan dan terapi pada kaki kanannya, saat ini mengkonsumsi obat untuk kaki kanannya yang masih dalam fase pemulihan, Klien riwayat mengkonsumsi kopi 2 gelas sehari, kebiasaan merokok  $\frac{1}{2}$  bungkus perhari, namun sejak 2 minggu terakhir intensitas merokok meningkat menjadi 2 bungkus perhari. Nafsu makan mengalami penurunan sejak 2 minggu terakhir, menurut istri klien hanya makan  $\frac{1}{2}$  porsi setiap harinya. Klien tidak ada riwayat anggota keluarga memiliki gangguan jiwa.

2) Sosiokultural

Pendidikan terakhir klien adalah sarjana, riwayat bekerja kurang lebih selama 5 tahun, namun saat ini tidak bekerja karena telah di PHK. Setelah di PHK kebutuhan keluarga di penuhi oleh istri yang berdagang. Klien tinggal bersama istri dan 2 orang anaknya. Orang tua dan saudaranya tinggal terpisah. Pola asuh klien menurut istrinya di besarkan dengan kasih sayang oleh orang tuanya. Sejak menderita lumpuh, klien tidak aktif lagi di kegiatan masyarakat, padahal sebelumnya klien aktif beribadah ke masjid dan sering terlibat kegiatan masjid.

3) Psikologis

Klien menilai diri negative dan malu dengan kakinya yang lumpuh. Klien merasa sedih karena harus di PHK akibat kakinya yang lumpuh. Klien menyalahkan kakinya yang lumpuh sehingga tidak dapat bekerja dan menjadi kepala keluarga yang baik. Tidak ada motivasi dan semangat untuk dapat sembuh dan bangkit dari perasaan sedih akibat kondisi lumpuh pada kaki kanan yang dialami.

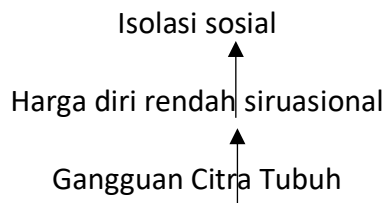
**2. Diagnosis**

Penentuan diagnosis keperawatan pada masalah gangguan citra tubuh terlebih dahulu melalui analisis data. Proses analisis data dilakukan berdasarkan hasil pengkajian yang diperoleh. Hasil analisis data pada masalah diatas dapat dilihat pada tabel 1 berikut:

**Tabel 1 Analisis Data**

No	Data	Diagnosa Keperawatan
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatakan malu dengan kondisi kaki kananya yang lumpuh</li> <li>- Menilai negatif kaki kanannya yang lumpuh</li> <li>- Kaki kanan lumpuh</li> <li>- Merasa sedih</li> <li>- Tidak mau melihat kaki kanan</li> <li>- Tidak merawat kaki kanannya yang lumpuh</li> <li>- Berdiam diri</li> <li>- Vital Sign : TD=90/60 mmHg, N=90 x/l, P=20 x/l, S=36°C</li> </ul>	Gangguan Citra Tubuh

**Pohon Masalah**



**3. Rencana Tindakan Keperawatan**

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada masalah gangguan citra tubuh dapat dilakukan melalui terapi keperawatan ners seperti pada tabel berikut. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa pelaksanaan terapi keperawatan masalah gangguan citra tubuh dapat menurunkan tanda dan gejala masalah gangguan citra tubuh (Rasmawati et al., 2020). Pelaksanaan terapi keperawatan yang ditujukan kepada keluarga untuk meningkatkan pengetahuan keluarga serta kemampuan keluarga dalam merawat individu yang mengalami masalah gangguan citra tubuh. Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan dukungan sosial kepada pasien. Dukungan sosial yang berasal dari keluarga penting untuk mengatasi masalah gangguan citra tubuh pasien, Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa individu yang memiliki dukungan keluarga baik, cenderung mampu untuk mencegah gangguan citra tubuh akibat kondisi medis yang dialami (Arfina et al., 2022; Puspita et al., 2017).

**Tabel 2 Rencana Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan Keperawatan
Gangguan Citra Tubuh	<p><b>Kognitif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui bagian tubuh yang sehat dan yang terganggu/sakit</li> <li>2. Mengetahui cara mengatasi gangguan citra tubuh</li> </ol>	<p><b>Individu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji bagian tubuh yang terganggu dan bagian tubuh yang sehat</li> <li>2. Kaji tanda dan gejala gangguan citra tubuh dan kemampuan klien dalam mengatasi gangguan citra tubuh</li> </ol>

	<p><b>Psikomotor:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengafirmasi bagian tubuh yang sehat</li> <li>2. Melatih dan menggunakan bagian tubuh yang sehat</li> <li>3. Merawat dan melatih bagian tubuh yang terganggu</li> </ol> <p><b>Afektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi manfaat yang telah dirasakan dari bagian tubuh yang terganggu.</li> <li>2. Mengevaluasi manfaat bagian tubuh yang masih sehat</li> <li>3. Merasakan manfaat Latihan pada bagian tubuh yang terganggu (Keliat et al., 2019)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan proses terjadinya gangguan citra tubuh</li> <li>4. Diskusikan persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap citra tubuhnya</li> <li>5. Latih klien menggunakan bagian tubuh yang sehat</li> <li>6. Latih klien merawat dan melatih bagian tubuh yang terganggu.</li> <li>7. Motivasi klien melakukan Latihan sesuai jadwal dan beri pujian</li> <li>8. Motivasi klien melakukan kegiatan sosial (Keliat et al., 2019)</li> </ol> <p><b>Keluarga:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda gejala dan proses terjadinya gangguan citra tubuh pada keluarga</li> <li>3. Jelaskan cara mengambil keputusan dalam merawat klien.</li> <li>4. Latih keluarga cara merawat dan membimbing klien mengatasi masalah gangguan citra tubuh.</li> <li>5. Latih keluarga dalam menciptakan suasana lingkungan rumah yang mendukung proses pemulihan gangguan citra tubuh</li> <li>6. Diskusikan tanda gejala masalah gangguan citra tubuh yang membutuhkan rujukan. (Keliat et al., 2019)</li> </ol>
--	---	---

#### 4. Implementasi

Nama Pasien : Tn. A  
Tanggal Lahir : 28 Januari 1975  
No. RM : 0087651

**Tabel 3 Implementasi Keperawatan**

Hari / Tanggal / Jam	Implementasi	Perawat
Senin, 28 November 2022	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatakan malu dengan kondisi kaki kananya yang lumpuh</li> <li>- Kaki kanan lumpuh</li> </ul>	Nama dan TTD

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasa sedih</li> <li>- Berdiam diri</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sedih</li> <li>- Menilai negative kaki kanannya yang lumpuh</li> <li>- Tidak mau melihat kaki kanan</li> <li>- Tidak merawat kaki kanannya yang lumpuh</li> <li>- Berdiam diri</li> <li>- Vital Sign : TD=90/60 mmHg, N=90 x/l, P=20 x/l, S=36°C</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa : Gangguan Citra Tubuh</li> <li>- Tindakan Keperawatan:</li> <li>- Kaji bagian tubuh yang terganggu dan bagian tubuh yang sehat</li> <li>- Kaji tanda dan gejala gangguan citra tubuh dan kemampuan klien dalam mengatasi gangguan citra tubuh</li> <li>- Jelaskan proses terjadinya gangguan citra tubuh</li> <li>- Diskusikan persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap citra tubuhnya</li> <li>- Latih klien menggunakan bagian tubuh yang sehat</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa : Gangguan Citra Tubuh</li> <li>- Tindakan Keperawatan:</li> <li>1. Evaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap citra tubuhnya</li> <li>2. Evaluasi kemampuan klien menggunakan bagian tubuh yang sehat</li> <li>3. Latih klien merawat dan melatih bagian tubuh yang terganggu</li> </ul>	
<p>Selasa, 29 Noember 2022</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui cara mengatasi gangguan citra tubuh</li> <li>- Merasakan manfaat bagian tubuh yang sehat</li> <li>- Kaki kanan lumpuh</li> <li>- Berdiam diri</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai negatif kaki kanannya yang lumpuh</li> <li>- Tidak mau melihat kaki kanan</li> <li>- Tidak merawat kaki kanannya yang lumpuh</li> <li>- Berdiam diri</li> </ul>	<p>Nama dan TTD</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vital Sign : TD=90/60 mmHg, N=90 x/l, P=20 x/l, S=36°C</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa: Gangguan Citra Tubuh</li> <li>- Tindakan Keperawatan:</li> <li>- Mengevaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap citra tubuhnya</li> <li>- Mengevaluasi kemampuan klien menggunakan bagian tubuh yang sehat</li> <li>- Melatih klien merawat dan melatih bagian tubuh yang terganggu</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa: Gangguan Citra Tubuh</li> <li>- Tindakan Keperawatan:</li> <li>1. Evaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap citra tubuhnya</li> <li>2. Evaluasi kemampuan klien menggunakan bagian tubuh yang sehat</li> <li>3. Evaluasi kemampuan klien melatih bagian tubuh yang terganggu.</li> <li>4. Motivasi klien melakukan latihan sesuai jadwal dan beri pujian</li> <li>5. Motivasi klien melakukan kegiatan sosial</li> </ul>	
<p>Rabu, 31 November 2022</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui cara mengatasi gangguan citra tubuh</li> <li>- Merasakan manfaat bagian tubuh yang sehat</li> <li>- Merasakan manfaat Latihan bagian tubuh yang terganggu</li> <li>- Kaki kanan lumpuh</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai negatif kaki kanannya yang lumpuh.</li> <li>- Mampu menggunakan bagian tubuh yang sehat.</li> <li>- Berdiam diri.</li> <li>- Vital Sign: TD=90/60 mmHg, N=90 x/l, P=20 x/l, S=36°C.</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa: Gangguan Citra Tubuh</li> <li>- Tindakan Keperawatan:</li> <li>1. Mengevaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap citra tubuhnya</li> <li>2. Mengevaluasi kemampuan klien menggunakan bagian tubuh yang sehat</li> </ul>	<p>Nama dan TTD</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Melatih klien merawat dan melatih bagian tubuh yang terganggu</li> <li>4. Memotivasi klien melakukan latihan sesuai jadwal dan beri pujian</li> <li>5. Memotivasi klien melakukan kegiatan sosial</li> </ol> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa: Gangguan Citra Tubuh</li> <li>- Tindakan Keperawatan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap citra tubuhnya</li> <li>2. Evaluasi kemampuan klien menggunakan bagian tubuh yang sehat</li> <li>3. Evaluasi kemampuan klien melatih bagian tubuh yang terganggu.</li> <li>4. Motivasi klien melakukan latihan sesuai jadwal dan beri pujian</li> <li>5. Motivasi klien melakukan kegiatan sosial</li> </ol> </li> </ul>	
--	---	--

## 5. Evaluasi

Evaluasi pelaksanaan tindakan keperawatan pada masalah gangguan citra tubuh dilakukan secara berkala sesuai dengan rencana tindak lanjut yang telah ditetapkan saat pelaksanaan implementasi. Dalam proses evaluasi, perawat dapat menilai pada 3 aspek yakni secara kognitif, psikomotor dan afektif. Secara kognitif, individu dengan masalah gangguan citra tubuh mampu mengenal bagian tubuh yang sehat dan yang terganggu/sakit dan mampu mengetahui cara mengatasi gangguan citra tubuh. Secara psikomotor, individu dengan masalah gangguan citra tubuh mampu mengafirmasi bagian tubuh yang sehat, mampu melatih dan menggunakan bagian tubuh yang sehat dan mampu merawat dan melatih bagian tubuh yang terganggu. Secara afektif, individu diharapkan mampu mengevaluasi manfaat yang telah dirasakan dari bagian tubuh yang terganggu, mampu mengevaluasi manfaat bagian tubuh yang masih sehat dan mampu merasakan manfaat latihan pada bagian tubuh yang terganggu (Keliat et al., 2019).

Evaluasi yang diharapkan pada kasus diatas dengan masalah psikososial gangguan citra tubuh yakni terdapat penurunan tanda dan gejala masalah gangguan citra tubuh diantaranya tidak ada perasaan malu dan mau menerima kondisi kaki kanannya yang lumpuh, tidak menilai negative kaki kanannya yang lumpuh, tidak ada perasaan sedih, mampu merawat kaki kanan yang lumpuh serta dapat menggunakan kaki kanan yang lumpuh secara maksimal dalam kehidupan sehari-hari.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdussamad, Y. P. W., & Supradewi, R. (2020). Hubungan Antara Citra Tubuh Dan Harga Diri Pada Remaja Akhir Penyandang Cacat Tuna Daksa. *Proyeksi*, 13(1), 98. <https://doi.org/10.30659/jp.13.1.98-108>
- Arfina, A., Simarmata, T. J., Malfasari, E., Fitriani, I. M., & Kharisna, D. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Citra Tubuh Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi Di Rumah Sakit Santa Maria Pekanbaru. *Indonesian Trust Health Journal*, 5(1), 17–23. <https://doi.org/10.37104/ithj.v5i1.92>
- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing : Concept, Process and Practice* (10th ed.). Julie Levin Alexander.
- Faridah, U., Hartinah, D., & Himawati, N. (2022). Hubungan Frekuensi Hemodialisa Dengan Perubahan Citra Tubuh Pada Pasien Hemodialisa Di Rs Islam Arafah Rembang. *Indonesia Jurnal Perawat*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.26751/ijp.v6i1.731>
- Ferani, A. A., Karini, S. M., & Nugroho, A. A. (2015). Hubungan antara Citra Tubuh dan Konsep Diri dengan Motivasi Bertato pada Wanita di Surakarta. *Jurnal Ilmiah Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret*, 177–191. <http://candrajiwa.psikologi.fk.uns.ac.id/index.php/candrajiwa/article/view/112>
- Fernando, M. L. (2019). Gambaran citra tubuh pada wanita dewasa awal yang mengalami obesitas. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 7(1), 101. <https://doi.org/10.22219/jipt.v7i1.6369>
- Fogelkvist, M., Aila, S., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms : A randomized controlled trial. *Body Image*, 32, 155–166. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>
- Gani, R., Bidjuni, H., & Lolong, J. (2014). Hubungan Perubahan Citra Tubuh (Body Image) Dengan Depresi Pada Ibu Hamil Trimester II Dan Trimester III Dipuskesmas Tilango Kabupaten Gorontalo. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 2(2), 107337. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/5256>
- Juliadilla, R. (2017). Dinamika Psikologis Perubahan Citra Tubuh Pada Wanita Pada Saat Kehamilan. *Intuisi : Jurnal Psikologi Ilmiah*, 9(1), 57–66.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Kim, W. K., & Chung, W. C. (2021). Relation between body factors, physical activity, and mental health among adult women and men: The Korea national health and nutrition examination survey. *Indian Journal of Public Health*, 65(2), 116–123.

[https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH\\_129\\_20](https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_129_20)

- Masheb, R. M., Ramsey, C. M., Marsh, A. G., Decker, S. E., Maguen, S., Brandt, C. A., & Haskell, S. G. (2021). DSM-5 eating disorder prevalence, gender differences, and mental health associations in United States military veterans. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1171–1180. <https://doi.org/10.1002/eat.23501>
- NANDA. (2018). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2018-2020* (T. H. Herdman & S. Kamitsuru (eds.); Eleventh). Thieme.
- Pakasi, G. P., Zakiyah, & Setyaningsih, W. (2020). Hubungan Citra Tubuh Dengan Tingkat Stres, Kecemasan Dan Depresi Pada Ibu Hamil. *Binawan Student Journal*, 2(1), 172–177. <https://doi.org/10.54771/bsj.v2i1.104>
- PPNI. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik*. PPNI.
- Puspita, R. T., Huda, N., Mastektomi, P. O., & Sosial, D. (2017). Hubungan Dukungan Sosial Dengan Citra Tubuh Pasien Kanker Payudara Post Op Mastektomi. *Jurnal Ners Indonesia*, volume.8 n(2017).
- Rasmawati, R., Keliat, B. A., & Susanti, H. (2020). Improvement in Patients' Ability to Care for Anxiety and Impaired Body Image: A Case Report of Acceptance and Commitment Therapy and Family Psychoeducation. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 23(2), 102–110. <https://doi.org/10.7454/jki.v23i2.653>
- Rokhim, A., Rohmi, F., & Muhammad, Z. (2022). Hubungan Pola Asuh Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Penderita Skizofrenia. *Nursing Science Journal*, 6(1), 248–253.
- Rustandi, H., Tranado, H., & Darnalia, H. X. (2018). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Mekanisme Koping Pasien Hemodialisa Rsud Dr. M. Yunus Bengkulu. *Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 15–24. <https://doi.org/10.37676/jnph.v6i1.490>
- Sandhi, A. K., Azza, A., & Komarudin. (2017). Hubungan Perubahan Citra Tubuh Dengan Kemampuan Adaptasi Psikososial Pasien Kanker Dengan Kemoterapi Di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember. *Universitas Muhammadiyah Jember*, 13.
- Sriwahyuningsih, Dahrianis, & Askar, M. (2012). *Faktor yang Berhubungan Dengan Gangguan Citra Tubuh (Body Image) Pada Pasien Post Operasi Mastekomi Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar*. 1(1), 3.
- Utomo, E. K., Wahyudi, T., Soleman, S. R., & PH, L. (2022). Intervensi Keperawatan Dalam Menurunkan Gangguan Citra Tubuh Pada Pasien Kanker Payudara : Literatur Review. *Jurnal Keperawatan*, 14(s2), 439–448.
- Xu, N., & Liu, Y. (2020). Coping strategy mediates the relationship between body image

evaluation and mental health: A study with Chinese college students with disabilities. *Disability and Health Journal*, 13(1).  
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100830>

Yun, H. J. (2018). Effect of Body Image Distortion on Mental Health in Adolescents. *Journal of Health Informatics and Statistics*, 43(3), 191–199.  
<https://doi.org/10.21032/jhis.2018.43.3.191>

Yunalia, E. M., & Wahyuni, T. (2017). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Gangguan Citra Tubuh Pada Penderita Kusta. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(2), 1–8.

Yusuf, A., PK, R. F., & Nihayati, H. E. (2015). Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa (Mental health nursing textbook). In A. Suslia & F. Ganiajri (Eds.), *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.  
[https://repository.unair.ac.id/30605/1/cover\\_buku\\_ajar\\_keperawatan\\_kesehatan\\_jiwa.pdf](https://repository.unair.ac.id/30605/1/cover_buku_ajar_keperawatan_kesehatan_jiwa.pdf)

# HARGA DIRI RENDAH SITUASIONAL

**Ns. Ira Ocktavia Siagian, M.Kep., Sp.Kep.J**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**



## **HARGA DIRI RENDAH SITUASIONAL**

**(Ns. Ira Ocktavia Siagian, M.Kep., Sp.Kep.J)**

### **A. KONSEP TEORI**

Harga diri rendah dapat dijabarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, serta merasa gagal mencapai keinginan (Dalami dkk, 2009 dalam Fitria, dkk (2013).

### **B. PROSES TERJADI**

Proses terjadinya harga diri rendah dijelaskan oleh Stuarat dan Laraia (2008) dalam konsep stres adaptasi yang terdiri dari faktor predisposisi dan presipitasi.

a) Faktor Predisposisi yang menyebabkan timbulnya harga diri rendah meliputi:

- 1) Biologis Faktor herediter (keturunan) seperti adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Selain itu adanya riwayat penyakit kronis atau trauma kepala merupakan salah satu faktor penyebab gangguan jiwa.
- 2) Psikologis Masalah psikologis yang dapat menyebabkan timbulnya harga diri rendah adalah pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, penolakan dari lingkungan dan orang terdekat serta harapan yang tidak realistis. Kegagalan berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal dan memiliki ketergantungan yang tinggi pada orang lain merupakan faktor lain yang menyebabkan gangguan jiwa. Selain itu pasien dengan harga diri rendah memiliki penilaian yang negatif terhadap gambaran dirinya, mengalami krisis identitas, peran yang terganggu, ideal diri yang tidak realistis.
- 3) Faktor Sosial Budaya Pengaruh sosial budaya yang dapat menimbulkan harga diri rendah adalah adanya penilaian negatif dari lingkungan terhadap klien, sosial ekonomi rendah, pendidikan yang rendah serta adanya riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak.

### **C. RENTANG RESPON KONSEP DIRI**

Adapun rentang respon gangguan konsep diri: harga diri rendah adalah transisi antara respon konsep diri adaptive dan maladaptive. Penjabarannya adalah sebagai berikut Fitria, dkk (2013):

1. Aktualisasi diri adalah pernyataan tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman yang sukses.
2. Konsep diri positif adalah individu mempunyai pengalaman dan dirinya yang positif dalam perwujudan dirinya.

3. Harga diri rendah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan diri.
4. Kekacauan identitas adalah kegagalan individu mengintegrasikan aspek-aspek identitas masa anak-anak kedalaman kepribadian pada remaja yang harmonis.
5. Depersonalisasi adalah perasaan yang tidak realistis dan merasa asing dengan diri sendiri, yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan, dan kegagalan dalam ujian realitas. Individu mengalami kesulitan membedakan diri sendiri dari orang lain dan tubuhnya sendiri terasa tidak nyaman dan asing baginya.

#### **D. ETIOLOGI (PREDISPOSISI & PRESIPITASI)**

Fitria, dkk (2013) menyebutkan, faktor yang menyebabkan harga diri rendah situasional adalah:

1. Faktor Presdiposisi
  - a. Faktor yang memengaruhi harga diri meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis kegagalan yang berulang, kurang memiliki tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis.
  - b. Faktor yang mempengaruhi performa peran adalah stereotif peran gender, tuntutan peran kerja, dan harapan peran budaya. Nilai-nilai budaya tidak dapat diikuti oleh individu
  - c. Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi, meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya dan perubahan struktur sosial.

2. Stresor pencetus

Stresor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal, yaitu sebagai berikut:

- a. Trauma seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan.
- b. Ketegangan peran, berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dan individu mengalaminya sebagai frustrasi. Ada tiga jenis transisi peran:
  - 1) Transisi peran perkembangan adalah perubahan normatik yang berkaitan dengan pertumbuhan. Perubahan ini termasuk tahap perkembangan dalam kehidupan individu atau keluarga dan norma-norma budaya, nilai-nilai, serta tekanan untuk menyesuaikan diri.
  - 2) Transisi peran situasi terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.
  - 3) Transisi peran sehat sakit, terjadi akibat pergeseran dari keadaan sehat ke keadaan sakit, transisi ini dapat dicetuskan oleh; kehilangan anggota tubuh; perubahan ukuran; bentuk; penampilan; atau fungsi tubuh;

perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal, dan prosedur medis dan keperawatan.

## E. MAPPING



## F. MANIFESTASI KLINIS

Fitria, dkk (2013) menjelaskan, tanda dan gejala pada diri seseorang berbeda-beda dan bervariasi antara individu satu dengan yang lain, tetapi biasanya dimanifestasikan sebagai berikut:

1. Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit/tindakan misalnya malu karena alopesia setelah dilakukan kemoterapi
2. Rasa bersalah terhadap diri sendiri, menyalahkan, mengkritik, mengejek diri sendiri
3. Merendahkan martabat; saya tidak bisa, saya bodoh, saya tidak tau apa-apa, saya tidak mampu.
4. Gangguan hubungan sosial
5. Percaya diri kurang, sukar mengambil keputusan
6. Mencederai diri
7. Mudah marah, mudah tersinggung
8. Apatis, bosan, dan putus asa
9. Kegagalan menjalankan peran, proyeksi (menyalahkan orang lain)

## ASUHAN KEPERAWATAN

### 1. Pengkajian

#### a. Identitas

Klien Inisial : Tn. A  
Jenis kelamin : Laki-Laki  
Umur : 13 Tahun  
Agama : Islam  
Status : Belum Menikah  
Tanggal pengkajian : 28 Januari 2022  
RM No : 04-62-03  
Informent : Status klien dan komunikasi dengan klien

#### b. Alasan Masuk Rumah Sakit

Kurang lebih 7 bulan yang lalu klien berbicara sendiri, berkelakuan aneh, melukai diri sendiri, tidak bisa tidur, gelisah, bingung, klien merasa malu karena tidak memiliki pekerja, ditinggal tunangannya, dan menyesal dengan perbuatannya yang telah merugikannya.

#### c. Faktor Predisposisi

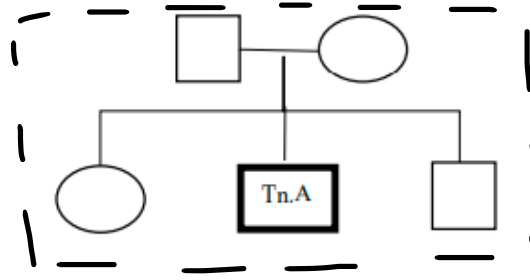
Pasien sebelumnya tidak pernah ada riwayat gangguan jiwa. Pertama kali pasien mengalami gangguan jiwa ketika pasien mengalami peristiwa hilangnya alat kelamin pasien. Pasien juga mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruh nya untuk memotong alat kelaminya demi keselamatan keluarga. pasien juga sempat menolak diajak berbicara dan berintraksi. Pasien juga sempat dibawa berobat kampung (dukun) tetapi tidak ada perubahan pada pasien tersebut, dan akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit jiwa. Ketika pasien dirawat di rumah sakit jiwa selama 3 hari pasien ingin meminta pulang kerumah.

#### d. Fisik

Klien tidak memiliki keluhan fisik saat dilakukan tanda-tanda vital, didapatkan hasil TD : 113/74 mmHg; N : 88 x/i; S : 36.5 oC; P : 20 x/i; klien memiliki tinggi 160 cm dan berat badan 67 Kg

#### e. Psikososial

1) Genogram Klien merupakan anak ke 2 dari 3 saudarah, 2 laki-laki dan 1 perempuan serta klien mengatakan orang tua kalian masih hidup



Klien mempunyai ayah satu dan ibu satu, serta mempunyai kakak satu, abang satu, klien adalah anak ke dua dari tiga bersaudara, klien mengalami gangguan jiwa dan keluarga dalam keadaan sehat fisik dan psikologis serta tidak mengalami gangguan jiwa (sehat jiwa).

Keterangan:

- : perempuan
- : laki-laki
- : Tn. A
- ┆ : garis keturunan
- ┆ : garis perkawinan
- - - : tinggal serumah dengan klien X

f. Konsep Diri

- 1) Gambaran diri : Klien tidak menyukai tubuhnya karena memiliki cacat
- 2) Identitas : Klien anak ke 2 dari 3 bersaudara
- 3) Peran : Klien berperan sebagai anak
- 4) Ideal diri : Klien ingin cepat sembuh
- 5) Harga diri : Klien merasa tidak berarti

g. Hubungan Sosial

- 1) Orang yang berarti: orang yang berarti dalam kehidupan pasien adalah keluarganya
- 2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: Pasien tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok lingkungan rumah
- 3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain: klien tidak mudah akrab/ berhubungan dengan orang lain yang dia tidak kenal

h. Spiritual

- 1) Nilai dan Keyakinan: Klien beragama muslim
- 2) Kegiatan Ibadah: Klien jarang ibadah

i. Status Mental

- 1) Penampilan Klien tampak kurang rapi dalam berpakaian
- 2) Pembicaraan Klien masih mampu menjawab pertanyaan perawat dengan lambat dan jelas namun dapat dipahami
- 3) Aktivitas Motorik Klien mengatakan bisa melakukan aktivitas sehari – hari.

- 4) Suasana perasaan Klien mengatakan merasa dibuang oleh keluarganya dan merasa minder dengan orang lain, klien mengatakan merasa malu karena tidak memiliki pekerjaan tetap Klien mengatakan tidak percaya dengan diri sendiri, Klien merasa tidak berguna karena tidak dapat membantu keluarga, klien tampak tidak percaya diri saat wawancara  
Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah
- 5) Afek Afek wajah sesuai dengan topic pembicaraan
- 6) Interaksi Selama wawancara Klien kooperatif saat wawancara
- 7) Persepsi Klien mengatakan bahwa ia tidak dapat memproses cepat setiap orang berbicara atau bertanya padanya
- 8) Proses Pikir Klien mampu menjawab apa yang ditanya dengan baik.
- 9) Isi pikir Klien dapat mengontrol isi pikirnya, klien tidak mengalami gangguan isi pikir dan tidak ada waham. Klien tidak mengalami fobia, obsesi ataupun depersonalisasi.
- 10) Tingkat kesadaran Klien tidak mengalami gangguan orientasi, klien mengenali waktu, orang dan tempat.
- 11) Memori Klien mampu menceritakan kejadian di masa lalu dan yang pernah klien alami
- 12) Tingkat konsentrasi berhitung Klien kurang berkonsentrasi dalam perhitungan sederhana dan tanpa harus di bantu orang lain.
- 13) Kemampuan penilaian Klien dapat membedakan hal yang baik dan yang buruk (mampu melakukan penilaian).
- 14) Daya tilik diri Klien tidak mengingkari penyakit yang diderita, klien mengetahui bahwa dia sedang sakit

j. Mekanisme Koping

Klien mengalami mekanisme koping adaptif yaitu klien dapat berbicara cukup baik dengan orang lain.

k. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan sulit berteman dengan orang lain karena klien dan tidak sempat untuk melakukan kumpul-kumpul bersama masyarakat sekitar.

l. Pengetahuan Kurang

Tentang Gangguan Jiwa Klien tidak mengetahui tentang penyakit gangguan jiwa dan klien tidak tahu obat apa yang harus diminum untuk mengatasi gangguan jiwanya.

m. Analisis Data

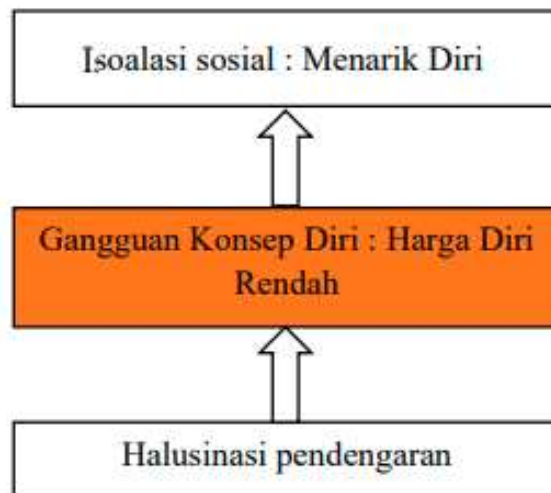
Data	Masalah
DS : - Klien mengatakan tidak percaya dengan kemampuan diri sendiri - Klien merasa tidak berguna karena tidak dapat membantu keluarga.	Gangguan Konsep diri : Harga Diri Rendah

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien merasa minder karena keadaannya yang sekarang</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak murung</li> <li>- Klien tampak banyak diam</li> <li>- Klien jelas dalam berbicara dan terkadang tidak nyambung saat ditanyak</li> <li>- kontak mata kurang</li> <li>- klien tampak tidak percaya diri saat wawancara</li> </ul>	
---	--

n. Masalah Keperawatan

Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

o. Pohon Masalah



## 2. Intervensi

Diagnosa	Intervensi
Harga Diri Rendah	<p>Sp 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien.</li> </ul> <p>Sp 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai kemampuan yang dapat di gunakan.</li> <li>- Menetapkan/ memilih kegiatan sesuai kemampuan.</li> <li>- Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1.</li> </ul> <p>Sp 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</li> </ul> <p>Sp 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</li> </ul>

### 3. Implementasi

Hari/tanggal	Implementasi	Evaluasi
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data Tanda dan gejala: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai diri negative/ mengkritik diri</li> <li>- Merasa malu karena masuk rumah sakit jiwa</li> <li>- Merasa tidak mampu menjadi ibu yang baik karena takut anaknya diejek anak orang gila.</li> <li>- Kontak mata kurang - Berbicara pelan dan lirih</li> </ul> </li> <li>2. Diagnosa Keperawatan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah</li> <li>3. Tindakan Keperawatan Sp 1: Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</li> <li>4. RTL: SP 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai kemampuan yang dapat digunakan</li> <li>- Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan</li> <li>- Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1</li> </ul> </li> </ol>	<p>S : Klien merasa senang dan antusias</p> <p>O : Klien mampu Mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki pasien yaitu bernyanyi dan berdoa secara mandiri</p> <p>A : Harga Diri Rendah (+)</p> <p>P : - Latih klien merapikan tempat tidur 1x1 hari - Latih klien menyapu bawah tempat tidur 1x1 hari</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data Tanda dan gejala: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai diri negative/ mengkritik diri</li> <li>- Merasa malu karena masuk rumah sakit jiwa</li> <li>- Merasa tidak mampu menjadi ibu yang baik karena takut anaknya diejek anak orang gila.</li> <li>- Kontak mata kurang</li> <li>- Berbicara pelan dan lirih</li> </ul> </li> <li>2. Diagnosa Keperawatan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah</li> <li>3. Tindakan Keperawatan SP 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai kemampuan yang dapat digunakan Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan</li> <li>- Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1</li> </ul> </li> <li>4. RTL: Sp 3 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</li> </ol>	<p>S: Klien merasa senang dan antusias</p> <p>O : Klien mampu memilih dan melatih kegiatan sesuai kemampuan yaitu membersihkan tempat tidur dengan mandiri</p> <p>A : Harga Diri Rendah (+)</p> <p>P : Latihan membersihkan tempat tidur 2x1 hari</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data Tanda dan gejala: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai diri negative/ mengkritik diri</li> </ul> </li> </ol>	<p>S : Klien merasa senang dan antusias</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasa malu karena masuk rumah sakit jiwa</li> <li>- Merasa tidak mampu menjadi ibu yang baik karena takut anaknya diejek anak orang gila.</li> <li>- Kontak mata kurang</li> <li>- Berbicara pelan dan lirih</li> </ul> <p>2. Diagnosa Keperawatan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan Keperawatan Sp 3: Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p> <p>4. RTL: Sp 4 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p>	<p>O : Klien mampu melatih kegiatan sesuai kemampuan yaitu menyapu rumah dan membersihkan tempat tidur dengan mandiri</p> <p>A : Harga Diri Rendah (+)</p> <p>P : - membersihkan tempat tidur 2x1 hari - Membantu menyapu 1x1 hari</p>
	<p>1. Data Tanda dan gejala:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menilai diri negative/ mengkritik diri</li> <li>- Merasa malu karena masuk rumah sakit jiwa</li> <li>- Merasa tidak mampu menjadi ibu yang baik karena takut anaknya diejek anak orang gila.</li> <li>- Kontak mata kurang</li> <li>- Berbicara pelan dan lirih</li> </ul> <p>2. Diagnosa Keperawatan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan Keperawatan Sp 4 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p> <p>4. RTL : Follow up dan evaluasi SP 1-4</p>	<p>S : Senang dan Antusias</p> <p>O : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih yaitu menyapu rumah dengan mandiri</p> <p>A : Harga diri rendah (-)</p> <p>P : - membersihkan tempat tidur 2x1 hari - Menyapu dibawah tempat tidur 2x1 hari</p>

## STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa	:	
Nama Pasien	:	
Hari/ Tanggal	:	
Hari Ke/ Pertemuan Ke	:	1
Fase	:	SP 1 (HDRS)

### I. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien ( gambarkan kondisi klien pada saat terakhir bertemu)  
DO:
  - Menilai diri negatif
  - Merasa malu/bersalah
  - Menolak penilaian positif tentang diri sendiri DS:
  - Berbicara pelan dan lirih
  - Menolak berinteraksi dengan orang lain
  - Berjalan menunduk
2. Diagnosa Keperawatan (Tulislah diagnosa keperawatan yang akan diatasi pada pertemuan ini berdasarkan data diatas, tulis diagnosa keberapa) Harga Diri Rendah Situasional
3. Tujuan Keperawatan (Tulislah tujuan khusus keperawatan, yang akan dicapai pada pertemuan ini sesuai diagnosa diatas, tulis tujuan khusus keberapa)
  - Klien dapat memperluas kesadaran diri
  - Klien dapat membuat rencana yang realistis.
4. Tindakan Keperawatan (Tulislah tindakan keperawatan secara teoritis dari tujuan keperawatan diatas yang akan diselesaikan pada pertemuan ini)
  - Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik
  - Membantu klien merumuskan tujuan yang ingin ia capai.
  - Memberikan kesempatan bagi klien untuk melakukan kegiatan yang telah ia pilih.
  - Menunjukkan keterampilan dan keberhasilan yang telah dicapai klien.
  - Memotivasi klien untuk mengikuti kegiatan kelompok

### II. STRATEGI KOMUNIKASI TERAPEUTIK

(Penjabaran dari semua tindakan keperawatan, buat semua dalam bentuk ***kalimat langsung***)

## 1. Orientasi

- Salam terapeutik  
“Selamat pagi pak.”
- Memperkenalkan diri  
“Perkenalkan nama saya Anisya Maidina, bisa di panggil Anisya. Saya mahasiswa STIK Immanuel. Boleh saya tau nama bapak? Bapak senang di panggil dengan bapak siapa?”
- Membuka pembicaraan dengan topik umum  
“Apa kabar bapak hari ini? Bagaimana perasaan bapak sekarang?”
- Evaluasi/ validasi tindak lanjut pada pertemuan sebelumnya  
“Bapak tadi kan kita sudah kontrak waktu untuk berbincang-bincang, apakah bapak bersedia untuk berbincang-bincang hari ini?”
- Membuat/ validasi kontrak (Topik, Waktu, Tempat)  
“Sekarang kita ingin membahas apa, Pak? Bagaimana jika kita membahas tentang pekerjaan dan kemampuan lain yang Bapak miliki? Tujuannya agar Bapak dapat memperluas kesadaran diri.”  
“Bapak bersedia berbincang-bincang berapa lama?” “Bagaimana kalau sekitar 15 menit?” “Bapak senang berbincang-bincang dimana?”  
“Ditaman saja pak?”

## 2. Kerja

(penjabaran tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pertemuan dengan kalimat langsung)

“Bapak, pekerjaan apa yang biasanya Bapak lakukan sehari-hari? Bapak pelatih atlet bulu tangkis? Wah, hebat sekali. Sudah berapa lama Bapak menjadi pelatih? Prestasi apa saja yang sudah Bapak raih selama menjadi pelatih atlet bulu tangkis? Tidak banyak orang yang memiliki prestasi dan kemampuan yang hebat seperti Bapak. Selain sebagai pelatih atlet bulu tangkis mungkin Bapak memiliki kemampuan di bidang lain?”

“Tadi saya mendengar Bapak mengatakan sudah tidak punya harapan hidup. Apa yang membuat Bapak mengatakan demikian?”

“Bapak, setiap manusia pasti memiliki cobaan dalam hidupnya, semua pasti bisa dilalui karena Allah SWT selalu ada untuk membantu hamba-Nya. Kondisi sakit Bapak pasti bisa di lalui dengan ketabahan dan kesabaran serta usaha yang keras untuk sembuh.

“Tadi Bapak menceritakan bahwa Bapak memiliki kemampuan di bidang lain yaitu Bapak bisa melukis di atas kanvas, bagaimana jika Bapak mencoba untuk melukis dan nanti hasilnya kita pajang di sudut ruangan ini?”

“Benar sekali Bapak, dibalik cobaan sakit yang diberikan oleh Allah SWT pasti ada hikmah yang dapat diambil. Mungkin Bapak diberikan cobaan sakit ini agar Bapak lebih tabah dalam menghadapi kehidupan dan Bapak bisa lebih mengurangi aktivitas Bapak sebagai pelatih atlet bulu tangkis karena mengingat umur Bapak yang sudah memasuki usia 40 tahun. Selain itu mungkin Bapak juga bisa lebih mengembangkan kemampuan Bapak di bidang melukis.” apa saja yang telah bapak lakukan untuk mengatasi perasaan tersebut?”

### 3. Terminasi

- Evaluasi perasaan klien setelah berbincang-bincang  
“Nah bagaimana sekarang perasaan bapak setelah tadi kita berbincang-bincang?”
- Evaluasi materi yang sudah dibicarakan pada pertemuan ini  
“Baiklah, coba Bapak sebutkan kemampuan yang ada pada diri Bapak. Ia benar, bagus sekali Bapak. Cobaan yang kita miliki tidak akan menjadi penghalang untuk tetap bersemangat dalam menghadapi hidup.”
- Tindak lanjut (dalam bentuk kalimat langsung)  
(PR untuk klien) diingat/ ditulis dengan melihat hasil evaluasi. Bila klien bisa menyebutkan/ faham, beri PR untuk mengingat/ memahami (topik berikutnya masih ini). Bila klien sudah faham, beri PR berkaitan dengan topik yang akan di bahas pada pertemuan berikutnya.  
“Setelah ini, Bapak bisa mulai untuk melukis. Nanti jika sudah selesai, kita bisa memajangnya di sudut ruangan ini. Jangan lupa ya Pak untuk selalu semangat.”
- Kontrak untuk pertemuan yang akan datang (Topik, Waktu, Tempat)  
“Pak apakah besok bapak ada waktu untuk kita berbincang-bincang lagi untuk membicarakan tujuan yang ingin Bapak capai?  
“Apakah bapak bersedia untuk berbincang-bincang?”  
“Baik pak, bagaimana kalau besok kita bercerita jam 10.00 pagi? Dan waktunya 15 menit seperti hari ini?”  
“Bapak mau bercerita dimana?”  
“Di taman lagi?”  
“Baik pak.”

## STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa	:	
Nama Pasien	:	
Hari/ Tanggal	:	
Hari Ke/ Pertemuan Ke	:	2
Fase	:	SP 2 (HDRS)

### I. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien (gambarkan kondisi klien pada saat terakhir bertemu)  
DO:
  - Klien tampak tenang, sudah mau menghargai dirinya sendiri.DS:
  - Klien menyatakan sudah mau berinteraksi dengan lingkungannya.
2. Diagnosa Keperawatan (Tuliskan diagnosa keperawatan yang akan diatasi pada pertemuan ini berdasarkan data diatas, tulis diagnosa ke berapa) Harga diri rendah situasional
3. Tujuan Keperawatan (Tuliskan tujuan khusus keperawatan, yang akan dicapai pada pertemuan ini sesuai diagnosa diatas, tulis tujuan khusus ke berapa)
  - Klien dapat melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki yang lain (yang belum dilakukan)
4. Tindakan Keperawatan (Tuliskan tindakan keperawatan secara teoritis dari tujuan keperawatan diatas yang akan diselesaikan pada pertemuan ini)
  - Klien dapat merencanakan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.
  - Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan.
  - Beri contoh pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan
  - Minta klien untuk memilih satu kegiatan yang mau dilakukan di rumah sakit
  - Bantu klien melakukannya, kalau perlu beri contoh
  - Beri pujian atas kegiatan dan keberhasilan klien
  - Diskusikan jadwal kegiatan harian atau kegiatan yang telah dilatih

## II. STRATEGI KOMUNIKASI TERAPEUTIK

(Penjabaran dari semua tindakan keperawatan, buat semua dalam bentuk *kalimat langsung*)

### 1. Orientasi

- Salam terapeutik  
“Selamat pagi pak.”
- Memperkenalkan diri  
“Masih ingat dengan saya kan? saya perawat yang berbincang-bincang dengan bapak kemarin.”
- Membuka pembicaraan dengan topik umum  
“Apakabar bapak hari ini? Bagaimana perasaan bapak sekarang? Bapak masih ingat dengan yang bahas kemarin?”
- Evaluasi/ validasi tindak lanjut pada pertemuan sebelumnya  
“Nah apa saja yang bapak lakukan kemarin?”  
“Wah bagus sekali lukisan bapak”  
“Nanti kita bisa memajangnya di sudut ruangan ini”
- Membuat/ validasi kontrak (Topik, Waktu, Tempat)  
“Bagaimana, kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah bapak lakukan? Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat bapak dilakukan di rumah sakit. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih “  
“Dimana kita duduk untuk bincang-bincang? bagaimana kalau di ruang tamu Berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit saja pak?”

### 2. Kerja

(penjabaran tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pertemuan dengan kalimat langsung)

“Bapak, apa yang bapak rasakan saat ini?” Sekarang kita akan latihan kemampuan kedua bapak ya”

“Bapak, apa saja kemampuan yang bapak miliki? Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya! “Kan bapak kemarin sudah melukis”

“Bagaimana kalau sekarang, belajar merapikan tempat tidur? Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latihan merapikan tempat tidur pak”. Mari kita lihat tempat tidur bapak ya.

Coba lihat, sudah rapikah tempat tidurnya?”

“Nah kalau kita mau merapikan tempat tidur, mari kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus! Sekarang kita angkat spreinya dan kasurnya kita balik.

“Nah, sekarang kita pasang lagi spreinya, kita mulai dari atas ya bagus! Sekarang sebelah kaki, tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan.

Sekarang ambil bantal, rapikan dan letakkan di sebelah atas kepala. Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah kaki, bagus!”

“Bapak sudah bisa merapikan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan bedakah dengan sebelum dirapikan? Bagus”

“Coba bapak lakukan dan jangan lupa memberi tanda M (mandiri) kalau bapak lakukan tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika diingatkan bisa melakukan, dan T (tidak) melakukan.

### 3. Terminasi

- Evaluasi perasaan klien setelah berbincang-bincang  
“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapikan tempat tidur? bapak ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan.  
Salah satunya, merapikan tempat tidur, yang sudah bapak praktekan dengan baik sekali.
- Evaluasi materi yang sudah dibicarakan pada pertemuan ini  
” Coba ulangi bagaimana cara merapikan tempat tidur tadi, Bagus sekali.”
- Tindak lanjut (dalam bentuk kalimat langsung)  
(PR untuk klien) diingat/ ditulis dengan melihat hasil evaluasi. Bila klien bisa menyebutkan/ faham, beri PR untuk mengingat/ memahami (topik berikutnya masih ini). Bila klien sudah faham, beri PR berkaitan dengan topik yang akan di bahas pada pertemuan berikutnya.  
“Sekarang, mari kita masukkan pada jadwal harian. Bapak mau berapa kali sehari merapikan tempat tidur. Bagus, dua kali yaitu pagi-pagi jam berapa? Lalu sehabis istirahat, jam 16.00”  
“Coba Bapak lakukan dan jangan lupa memberi tanda M (mandiri) kalau bapak lakukan tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika diingatkan bisa melakukan, dan T ( tidak) melakukan .
- Kontrak untuk pertemuan yang akan datang (Topik, Waktu, Tempat)  
“Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua. Bapak masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di rumah sakit selain merapikan tempat tidur? Ya bagus, melukis. Kalau begitu kita akan melukis lagi besok ya jam 10.00 pagi di ruangan sehabis makan pagi Sampai jumpa ya... Assalamu’alaikum.

## DAFTAR PUSTAKA

- Muhith, A. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori Dan Aplikasi. Penerbit: Andi.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi I. Jakarta Selatan. Dewan Pengurus Pusat persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Keliat, Budi Ana. (2016). Model Keperawatan Profesional Jiwa. Yogyakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

# **ASUHAN KEPERAWATAN KEPUTUSASAAN (D.0088)**

**Ns Sri Sayekti Heni Sunaryanti.,S.Kp.,M.Kes**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**



## **ASUHAN KEPERAWATAN KEPUTUSASAAN (D.0088)**

**(Ns Sri Sayekti Heni Sunaryanti.,S.Kp.,M.Kes)**

### **A. KONSEP TEORI**

1. Definisi Keputusan adalah kondisi individu yang memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif pemecahan pada masalah yang dihadapi ((Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
2. Penyebab:
  - a. Stress jangka panjang
  - b. Penurunan kondisi fisiologis
  - c. Kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual
  - d. Kehilangan kepercayaan pada nilai-nilai penting
  - e. Pembatasan aktivitas jangka panjang
  - f. Pengasingan
3. Gejala dan tanda mayor:
  - a. Mengungkapkan keputusan (subyektif)
  - b. Berperilaku pasif (obyektif)
4. Gejala dan tanda minor:
  - a. Mengatakan sulit tidur(subyektif)
  - b. Mengatakan selera makan menurun (subyektif)
  - c. Afek datar (obyektif)
  - d. Kurang inisiatif (obyektif)
  - e. Meninggalkan lawan bicara (obyektif)
  - f. Kurang terlibat dalam aktivitas perawatan (obyektif)
  - g. Mengangkat bahu sebagai respon pada lawan bicara (obyektif)
5. Kondisi Klinis Terkait:
  - a. Penyakit kronis
  - b. Penyakit terminal
  - c. Penyakit yang tidak dapat disembuhkan
6. Intervensi utama:
  - a. Dukungan emosional
  - b. Promosi harapan
  - c. Promosi koping
7. Intervensi pendukung
  - a. Fasilitasi pengungkapan perasaan
  - b. Konseling promosi
  - c. Manajemen mood
  - d. Manajemen perilaku

- e. Pelibatan keluarga
- f. Pencegahan bunuh diri
- g. Promosi dukungan keluarga
- h. Promosi dukungan sosial
- i. Promosi dukungan spiritual
- j. Perawatan diri
- k. Promosi sistem pendukung
- l. Terapi kognitif perilaku
- m. Teknik menenangkan
- n. Terapi reminisens (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017)

## B. PROSES TERJADINYA KEPUTUSASAAN

Klien dengan depresi biasanya memiliki pandangan negatif pada stressor sejak awal. Klien beranggapan bahwa masalah ini 100% buruk, dan tidak akan ada hikmah atas semua masalah yang dihadapinya. Misalnya, ketika seseorang terdiagnosis menderita diabetes mellitus seseorang akan sulit untuk menerima vonis tersebut, dibalik itu hikmahnya ia akan lebih memperhatikan pola makan dengan baik. Semua masalah yang muncul hampir dianggap negatif. Dengan persepsi yang salah hal ini akan memicu klien untuk berperilaku dan berfikir salah. Persepsi yang pasti muncul adalah “saya sial, saya menderita, saya tidak mampu, tidak ada harapan, semuanya buruk”, kondisi ini semakin buruk karena kurangnya sistem pendukung yang memadai misalnya keluarga, tetangga, teman, terutama iman. Sehingga muncullah fase akumulasi stresor dan stresor lain yang akan memperburuk situasinya. Klien akan semakin merasakan ketidakberdayaan dan muncul niat untuk menyakiti diri sendiri bahkan bunuh diri, hal ini dapat memicu kemunculan rasa rendah diri dan menjadi tekanan internal.

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya depresi, antara lain faktor herediter dan genetik, kepribadian premorbid, fisik, psikobiologis, neurologis, biokimia dalam tubuh, keseimbangan elektrolit dan sebagainya. Biasanya depresi disebabkan oleh trauma fisik misalnya pembedahan, penyakit menular, kecelakaan, faktor psikologis seperti kehilangan kasih sayang, persalinan dan harga diri.(Rochmawati et al., 2018)

## C. RENTANG RESPON

<i>Adaptif</i>				<i>Mal-adaptif</i>
Respon emosional	Reaksi Berduka rumit	Supresi emosi	Reaksi berduka tertunda	Depresi

**Gambar 1. Rentang Respon Adaptif dan Mal-Adaptif**

Keterangan :

1. Respons emosional : tingkatan perasaan diri mengenai cara berperilaku, bisa diutarakan baik lisan ataupun tulisan mengenai keadaan diri sendiri.
2. Reaksi berduka : perasaan sedih yang mendalam dan sulit maju ketahap berikutnya.
3. Supresi emosi : secara sadar tindakan yang dapat dipilih guna menutupi pikiran, perasaan ataupun dukungan dengan adanya perasaan marah, kecewa dan kesal.
4. Reaksi berduka tertunda : upaya untuk menghindari distress hebat yang berkaitan dengan berduka terkait pada penggambaran dalam penggunaan mekanisme pertahanan penyangkalan dan supresi yang berlebihan.
5. Depresi : suasana hati yang terganggu atau perasaan sedih yang mendalam dan rasa tidak peduli.

#### **D. ETIOLOGI (PREDISPOSISI DAN PRESIPITASI)**

Faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan menurut, Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) yaitu:

1. Stres jangka panjang
2. Penurunan keadaan fisik
3. Hilangnya kepercayaan terhadap nilai-nilai penting
4. Hilangnya kepercayaan pada kekuatan spiritual
5. Pembatasan kegiatan jangka Panjang
6. Pengasingan

Sedangkan faktor yang mempengaruhi keputusan menurut Stuart, (2007) yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi, faktor predisposisi dalam kurun waktu itu lebih dari enam bulan, sedangkan presipitasi kurang dari enam bulan:

1. Faktor predisposisi
  - a. Faktor Genetik : sikap optimisme terhadap masalah akan sulit dikembangkan pada individu yang terlahir dan besar dalam keluarga yang mempunyai riwayat depresi.
  - b. Kesehatan Mental : seseorang dengan gangguan kejiwaan terutama pada riwayat depresi yang ditandai dengan ketidakberdayaan dan pesimisme, akan selalu dibayangi masa depan yang suram, biasanya sangat sensitif terhadap masalah dan sering merasa putus asa.
  - c. Kesehatan Jasmani : Individu dengan kondisi fisik yang sehat dan gaya hidup yang baik akan memiliki kemampuan yang lebih tinggi untuk mengatasi stres dibandingkan orang yang berpenyakit fisik.
  - d. Struktur Kepribadian : seseorang dengan konsep negatif dan harga diri yang rendah akan menimbulkan rasa kepercayaan diri yang rendah dan tidak obyektif pada tekanan yang dihadapinya.

2. Faktor presipitasi
  - a. Faktor kehilangan
  - b. Terus menerus mengalami kegagalan
  - c. Faktor lingkungan
  - d. Keluarga atau orang terdekat
  - e. Status kesehatan (penyakit diderita yang dapat mengancam jiwa) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

#### **E. MANIFESTASI KLINIS**

Manifestasi klinis keputusan menurut (Rochmawati et al., 2020) adalah:

1. Pernyataan subjektif klien mengenai situasi hidup yang terasa hampa dan tiada harapan (“Saya tidak dapat melakukan sesuatu”)
2. Suka mengeluh serta terlihat murung
3. Tidak banyak berbicara, lebih banyak diam atau enggan bicara sama sekali
4. Melihat kesedihan yang mendalam, afek menurun
5. Menjauhkan diri pada lingkungan atau anti sosial
6. Kontak mata menurun
7. Mengangkat bahu pertanda masa bodoh
8. Terlihat sering blue mood (murung)
9. Selera makan menurun atau menghilang
10. Pola tidur terganggu
11. Keterlibatan saat perawatan menurun
12. Sikap pasif saat menerima perawatan
13. Menurunnya perhatian dan keterlibatan pada orang lain yang dianggap bermakna

Manifestasi klinis lain juga dikemukakan oleh Carpenito-Moyet, (2009) dalam Sutedjo, (2016) antara lain:

##### 1. Karakteristik utama (Mayor)

Mengungkapkan sikap apatis yang mendalam, luar biasa, dan bertahan dalam menanggapi kondisi yang dianggap tidak mungkin, seperti pernyataan “Masa depanku tampak gelap bagiku”.

##### a) Fisiologis

- 1) Menurunnya respon terhadap rangsangan
- 2) Kekurangan energi
- 3) Peningkatan jumlah tidur

##### b) Emosional

Klien dengan gangguan keputusan biasanya merasa:

- 1) Mereka tidak memiliki kesempatan dan tidak ada alasan untuk percaya hari depan
- 2) Ketidakmampuan mencari kemakmuran, keberuntungan, atau nikmat tuhan

- 3) Kurangnya makna dan tujuan hidup
- 4) Perasaan kehilangan dan kekurangan
- 5) Kosong atau kehilangan aktivitas
- 6) Demoralisasi
- 7) Tidak berdaya
- 8) Tidak kompeten atau terjebak

Klien dengan gangguan ini akan menunjukkan:

- 1) Kepasifan dan kurangnya keterlibatan dalam perawatan
  - 2) Kemampuan verbal yang menurun
  - 3) Afek yang menurun
  - 4) Kurangnya ambisi, inisiatif, dan minat
  - 5) Kompleksnya sikap menyerah
  - 6) Ketidakmampuan untuk mencapai apapun
  - 7) Kurangnya tanggung jawab atas keputusan dan kehidupan
  - 8) Proses berfikir yang lambat
  - 9) Perilaku mengisolasi diri
  - 10) Demoralisasi
  - 11) Komentar negatif mengenai sekarang dan masa depan
  - 12) Kelelahan
- c) Kognitif
- 1) Fokus pada masa lalu dan masa depan, bukan fokus pada saat ini dan sekarang.
  - 2) Berkurangnya fleksibilitas dalam proses berfikir.
  - 3) Kekakuan (misalnya: pemikiran semua atau tidak sama sekali).
  - 4) Kurangnya imajinasi dan kemampuan berharap.
  - 5) Ketidakmampuan dalam mengidentifikasi atau mencapai tujuan dan sasaran yang diinginkan.
  - 6) Ketidakmampuan untuk merencanakan, mengatur, membuat keputusan, atau memecahkan masalah.
  - 7) Putus asa.
  - 8) Ketidakmampuan dalam mengidentifikasi sumber harapan.
  - 9) Niat bunuh diri.
2. Karakteristik tambahan (Minor)
- Karakter yang meliputi aspek fisiologis dan emosional ini kemungkinan muncul pada klien dengan keputusasaan:
- a. Fisiologis: Anoreksia, penurunan berat badan
  - b. Emosional Klien merasa:
    - 1) Merasa ada benjolan di tenggorokan, tegang
    - 2) Merasa kecewa

- 3) Dibanjiri oleh rasa ketidakmampuan (Saya hanya “tidak bisa...”)
- 4) Merasa bahwa mereka berada “diujung talinya”
- 5) Kehilangan kepuasan dari peran dan hubungan
- 6) Rentan atau mudah diserang

Klien juga mempertunjukkan adanya:

- 1) Kontak mata yang buruk
- 2) Motivasi yang menurun
- 3) Mendesah
- 4) Regresi
- 5) Depresi
- 6) Pengunduran diri (Sutedjo, 2016)

## **F. PROSES KEPERAWATAN**

### **1. Pengkajian Keperawatan Jiwa**

#### **a. Identitas**

Identitas terdiri dari nama pasien, umur, alamat dan nama penanggung jawab klien

#### **b. Keluhan utama**

#### **c. Factor predisposisi**

Menurut Stuart, (2007) antara lain:

- 1) Faktor Genetik: sikap optimisme terhadap masalah akan sulit dikembangkan pada individu yang terlahir dan besar dalam keluarga yang mempunyai riwayat depresi.
- 2) Kesehatan Mental: seseorang dengan gangguan kejiwaan terutama pada riwayat depresi yang ditandai dengan ketidakberdayaan dan pesimisme, akan selalu dibayangi masa depan yang suram, biasanya sangat sensitif terhadap masalah dan sering merasa putus asa.
- 3) Kesehatan Jasmani: Individu dengan kondisi fisik yang sehat dan gaya hidup yang baik akan memiliki kemampuan yang lebih tinggi untuk mengatasi stres dibandingkan orang yang berpenyakit fisik.
- 4) Struktur Kepribadian: seseorang dengan konsep negatif dan harga diri yang rendah menimbulkan rasa kepercayaan diri yang rendah dan obyektif pada tekanan yang dihadapinya.

#### **d. Fisik**

Pemeriksaan fisik TTV meliputi tekanan darah, suhu, pernafasan, nadi, tinggi badan disertai berat badan.

#### **e. Genogram**

Genogram mendeskripsikan hubungan pasien pada keluarga yang berisi minimal tiga generasi.

- f. Faktor Presipitasi
    - 1) Faktor biologis
      - Kaji mengenai status imunisasi, nutrisi, dan latihan fisik.
    - 2) Faktor psikologis dan sosiobudaya
      - a) Psikoseksual
        - tanyakan kepada klien tentang kepuasan fase oral, fase phalik, fase anal, fase laten dan fase genital.
      - b) Psikososial
        - Kaji tentang masalah psikososial klien mengenai hal-hal yang berkaitan dengan rasa percaya, meningkatkan otonomi, merangsang inisiatif, mengembangkan percaya diri, pembentukan identitas, keintiman dengan orang lain, produktifitas serta kepuasan hidup.
      - c) Kognitif
        - Kaji mengenai hal-hal yang berkaitan dengan rangsangan sensori pada usia bayi, mengembangkan berfikir konkritl, dan formal operasional (hubungan sebab-akibat).
      - d) Moral
        - Nilai moral klien mengenai pengajaran nilai-nilai agama dan norma social budaya, memberikan hadiah terhadap ketaatan, hubungan terhadap pelanggaran, dan melatih disiplin diri.
  - g. Penilaian pada stressor
    - Kaji adanya stimulasi tumbang, perilaku sosial yang tampak pada klien, persepsi individu terhadap masalah, serta persepsi keluarga terhadap masalah.
  - h. Sumber koping
    - Kaji adanya kemampuan personal dalam *problem solving skill*, semangat, sosial skill, dan intelegensia pengetahuan. Kaji pengetahuan dalam tumbuh kembang sistem pendukung, koping, pola asuh, konsep diri. Dukungan sosial, asset material, dan keyakinan.
  - i. Kebiasaan koping yang digunakan
    - Kaji kebiasaan koping yang digunakan seperti berbicara dengan orang lain, aktivitas konstruktif, menyelesaikan masalah, olah raga, orientasi ego.
2. Diagnosis: Keputusan (D.0088) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
3. Standar Luaran Keperawatan:
- Standar Luaran Keperawatan Indonesia untuk diagnosis: keputusan menurut, Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2017) yaitu:
- a. Luaran Utama: Harapan (L.09068)
    - 1) Definisi: ketersediaan alternatif pemecahan pada masalah yang dihadapi
    - 2) Ekspektasi: meningkat
    - 3) Kriteria Hasil: (dalam range penilaian angka 1 sampe dengan 5)

- a) Keterlibatan dalam aktivitas perawatan (menurun, cukup menurun, sedang, cukup meningkat dan meningkat)
  - b) Selera makan (menurun, cukup menurun, sedang, cukup meningkat dan meningkat)
  - c) Inisiatif (menurun, cukup menurun, sedang, cukup meningkat dan meningkat)
  - d) Minat komunikasi verbal (menurun, cukup menurun, sedang, cukup meningkat dan meningkat)
  - e) Verbalisasi keputusan (meningkat, cukup meningkat, sedang, cukup menurun dan menurun)
  - f) Perilaku pasif (meningkat, cukup meningkat, sedang, cukup menurun dan menurun)
  - g) Afek datar (meningkat, cukup meningkat, sedang, cukup menurun dan menurun)
  - h) Mengangkat bahu saat bicara (meningkat, cukup meningkat, sedang, cukup menurun dan menurun)
  - i) Pola tidur (memburuk, cukup memburuk, sedang, cukup membaik, dan membaik)
- b. Luaran Tambahan
- 1) Ketahanan personal (L.09073)
    - a) Definisi: kapasitas keluarga untuk beradaptasi dan berfungsi secara positif setelah mengalami kesulitan atau krisis
    - b) Ekspektasi : meningkat
    - c) Kriteria Hasil: (dalam range penilaian: menurun (1), cukup menurun (2), sedang (3), cukup meningkat (4) dan meningkat (5))
      - ✓ Verbalisasi harapan yang positif
      - ✓ Menggunakan strategi koping yang efektif
      - ✓ Verbalisasi perasaan
      - ✓ Menunjukkan harga diri positif
      - ✓ Mengambil tanggung jawab
      - ✓ Mencari dukungan emosional
      - ✓ Menganggap kesulitan sebagai tantangan
      - ✓ Menggunakan strategi untuk meningkatkan keamanan
      - ✓ Menggunakan strategi untuk menghindari bahaya
      - ✓ Menghindari penyalahgunaan obat
      - ✓ Menghindari penyalahgunaan zat
      - ✓ Menahan diri menyakiti orang lain
      - ✓ Mengidentifikasi model peran
      - ✓ Mengidentifikasi sumber daya di komunitas
      - ✓ Memanfaatkan sumber daya di komunitas

- ✓ Verbalisasi kesiapan untuk belajar
- 2) Motivasi (L.09080)
- a) Definisi: keinginan internal individu untuk melakukan tindakan/ perilaku positif
  - b) Ekspektasi: meningkat
  - c) Kriteria hasil ((dalam range penilaian: menurun (1), cukup menurun (2), sedang (3), cukup meningkat (4) dan meningkat (5)):
    - ✓ Pikiran berfokus masa depan
    - ✓ Upaya menyusun rencana tindakan
    - ✓ Upaya mencari sumber sesuai kebutuhan
    - ✓ Upaya mencari dukungan sesuai kebutuhan
    - ✓ Perilaku bertujuan
    - ✓ Inisiatif
    - ✓ Harga diri positif
    - ✓ Keyakinan positif
    - ✓ Berani mencari pengalaman baru
    - ✓ Penyelesaian tugas
    - ✓ Pengambilan keputusan
    - ✓ bertanggungjawab
- 3) Penerimaan (L.09082)
- a) Definisi: Upaya menerima pemahaman atau makna suatu peristiwa secara sadar atau tidak sadar untuk menurunkan kecemasan/ ketajutan sebagai proses normal berduka
  - b) Ekspektasi: meningkat
  - c) Kriteria hasil:
    - Kriteria hasil dengan range penilaian: menurun (1), cukup menurun (2), sedang (3), cukup meningkat (4) dan meningkat (5):
      - ✓ Verbalisasi penerimaan
      - ✓ Verbalisasi perasaan yang dialami
      - ✓ Perilaku mencari perawatan/ pengobatan
      - ✓ Menyusun perencanaan masa depan
      - ✓ Perilaku sesuai perasaan yang dialami
      - ✓ Kemampuan menghargai diri sendiri
      - ✓ Hubungan positif
      - ✓ Kemampuan menyesuaikan diri
      - ✓ Verbalisasi perasaan tenang
      - ✓ Resiliensi
      - ✓ Upaya mencari informasi situasi/ masalah
      - ✓ Koping

- ✓ Pembuatan keputusan
  - ✓ Penyelesaian tugas
  - Kriteria hasil dengan range penilaian: (1), cukup meningkat (2), sedang (3), cukup menurun (4) dan menurun (5) :
    - ✓ Marah
    - ✓ Pikiran tentang kehilangan
    - ✓ Ketergantungan pada orang lain
    - ✓ Menarik diri
    - ✓ Perasaan kesepian
  - Kriteria hasil tentang Afek: (1) memburuk, (2) cukup memburuk, (3) sedang, (4) cukup membaik, (5) membaik.
- 4) Status kenyamanan (L.08064)
- a) Definisi: Keseluruhan rasa nyaman dan aman secara fisik, psikologis, spiritual, sosial, budaya dan lingkungan
- b) Ekspektasi: Meningkatkan
- c) Kriteria hasil:
- Kriteria Hasil dengan range penilaian: menurun (1), cukup menurun (2), sedang (3), cukup meningkat (4) dan meningkat (5):
    - ✓ Kesejahteraan fisik
    - ✓ Kesejahteraan psikologis
    - ✓ Dukungan sosial dari keluarga
    - ✓ Dukungan sosial dari teman
    - ✓ Perawatan sesuai keyakinan budaya
    - ✓ Perawatan sesuai kebutuhan
    - ✓ Kebebasan melakukan ibadah
    - ✓ rileks
  - Kriteria hasil dengan range penilaian: meningkat (1), cukup meningkat (2), sedang (3), cukup menurun (4) dan menurun (5):
    - ✓ Keluhan tidak nyaman
    - ✓ Gelisah
    - ✓ Kebisingan
    - ✓ Keluhan sulit tidur
    - ✓ Keluhan kedinginan
    - ✓ Gatal
    - ✓ Mual
    - ✓ Lelah
    - ✓ Merintih
    - ✓ Menangis
    - ✓ Iritabilitas

- ✓ Menyalahkan diri sendiri
  - ✓ Konfusi
  - ✓ Konsumsi alkohol
  - ✓ Penggunaan zat
  - ✓ Percobaan bunuh diri
  - Kriteria hasil dengan range penilaian: (1) memburuk, (2) cukup memburuk, (3) sedang, (4) cukup membaik, (5) membaik:
    - ✓ Memori masa lalu
    - ✓ Suhu ruangan
    - ✓ Pola eliminasi
    - ✓ Postur tubuh
    - ✓ Kewaspadaan
    - ✓ Pola hidup
    - ✓ Pola tidur
- 5) Tingkat depresi (L.09097)
- a) Definisi:
  - b) Ekspektasi
  - c) Kriteria hasil:
    - Kriteria Hasil dengan range penilaian: menurun (1), cukup menurun (2), sedang (3), cukup meningkat (4) dan meningkat (5):
      - ✓ Minat beraktivitas
      - ✓ Aktivitas sehari-hari
      - ✓ Konsentrasi
      - ✓ Harga diri
      - ✓ Kebersihan diri
    - Kriteria hasil dengan range penilaian: meningkat (1), cukup meningkat (2), sedang (3), cukup menurun (4) dan menurun (5):
      - ✓ Perasaan tidak berharga
      - ✓ Sedih
      - ✓ Putus asa
      - ✓ Peristiwa negatif
      - ✓ Perasaan bersalah
      - ✓ Keletihan
      - ✓ Pikiran menciderai diri
      - ✓ Pikiran bunuh diri
      - ✓ Bimbang
      - ✓ Menangis
      - ✓ Marah
      - ✓ Penyalahgunaan zat

- ✓ Penyalahgunaan alkohol
- Kriteria hasil dengan range penilaian: memburuk (1), cukup memburuk (2), sedang (3), cukup membaik (4), membaik (5):
  - ✓ Berat badan
  - ✓ Nafsu makan
  - ✓ Pola tidur
  - ✓ Libido (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017)

#### 4. Perencanaan

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia untuk diagnosis: keputusan menurut, Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2017) yaitu:

##### a. Intervensi utama:

##### 1) Dukungan emosional (1.09256)

a) Definisi: memfasilitasi penerimaan kondisi emosional selama masa stress

b) Tindakan:

- Observasi:
  - ✓ Identifikasi fungsi marah, frustrasi dan amuk bagi pasien
  - ✓ Identifikasi hal yang telah memicu emosi
- Terapeutik:
  - ✓ Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih
  - ✓ Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka
  - ✓ Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis: merangkul, menepuk-nepuk)
  - ✓ Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu
  - ✓ Kurangi tuntutan berfikir saat sakit atau lelah
- Edukasi:
  - ✓ Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu
  - ✓ Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis: ansietas, marah, sedih)
  - ✓ Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respon yang biasa digunakan
  - ✓ Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
- Kolaborasi: rujuk untuk konseling, jika perlu

##### 2) Promosi harapan (1.09307)

a) Definisi: meningkatkan kepercayaan pada kemampuan untuk memulai dan mempertahankan tindakan

b) Tindakan:

- Observasi: identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup

- Terapeutik:
    - ✓ Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting
    - ✓ Pandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan
    - ✓ Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan
    - ✓ Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks
    - ✓ Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok
    - ✓ Ciptakan lingkungan yang memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual
  - Edukasi
    - ✓ Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realitas
    - ✓ Anjurkan mempertahankan hubungan (mis: menyebutkan nama rang yang dicintai)
    - ✓ Anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain
    - ✓ Latih menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan
    - ✓ Latih cara mengembangkan spiritual diri
    - ✓ Latih cara mengenang dan menikmati masa lalu (mis: prestasi, pengalaman)
- 3) Promosi coping (1.09312)
- a) Definisi: meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stresor dan/atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada
- b) Tindakan:
- Observasi:
    - ✓ Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan
    - ✓ Identifikasi kemampuan yang dimiliki
    - ✓ Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
    - ✓ Identifikasi pemahaman proses penyakit
    - ✓ Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan
    - ✓ Identifikasi metode penyelesaian masalah
    - ✓ Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial
  - Terapeutik
    - ✓ Diskusikan perubahan peran yang dialami
    - ✓ Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
    - ✓ Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
    - ✓ Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri

- ✓ Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu
- ✓ Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
- ✓ Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
- ✓ Berikan pilihan realitas mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
- ✓ Motivasi untuk menentukan harapan yang realitis
- ✓ Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
- ✓ Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan
- ✓ Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial
- ✓ Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
- ✓ Dampingi saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)
- ✓ Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
- ✓ Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
- ✓ Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam.
- Edukasi:
  - ✓ Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
  - ✓ Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
  - ✓ Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
  - ✓ Anjurkan keluarga terlibat
  - ✓ Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
  - ✓ Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
  - ✓ Latih penggunaan teknik relaksasi
  - ✓ Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan
  - ✓ Latih mengembangkan penilaian obyektif

b. Intervensi pendukung

- 1) Fasilitasi pengungkapan perasaan
- 2) Konseling promosi
- 3) Manajemen mood (1.09289)
  - a) Definisi: mengidentifikasi dan mengelola keselamatan, stabilisasi, pemulihan dan perawatan gangguan mood (keadaan emosional yang bersifat sementara)
  - b) Tindakan:
    - Observasi:
      - ✓ Identifikasi mood (mis: tanda, gejala, riwayat penyakit)
      - ✓ Identifikasi risiko keselamatan diri atau orang lain

- ✓ Monitor fungsi kognitif (mis: konsentrasi, memori, kemampuan membuat keputusan)
  - ✓ Monitor aktivitas dan tingkat stimulus lingkungan
  - Terapeutik
    - ✓ Fasilitasi pengisian kuesioner self-report (mis: *Beck Depression Inventory*, skala status fungsional, jika perlu)
    - ✓ Berikan kesempatan untuk menyampaikan dengan cara yang tepat (mis: *sandsack*, terapi seni, aktivitas fisik)
  - Edukasi
    - ✓ Jelaskan tentang gangguan mood dan penanganannya
    - ✓ Anjurkan berperan aktif dalam pengobatan dan rehabilitasi, jika perlu
    - ✓ Anjurkan rawat inap sesuai indikasi (mis: risiko keselamatan, defisit perawatan diri, sosial)
    - ✓ Ajarkan mengenali pemicu gangguan mood ( mis: situasi stress, masalah fisik)
    - ✓ Ajarkan memonitor mood secara mandiri (mis: skala 1-10, membuat jurnal)
    - ✓ Ajarkan keterampilan coping dan penyelesaian masalah baru
  - Kolaborasi
    - ✓ Kolaborasi pemberian obat, jika perlu
    - ✓ Rujuk untuk psikoterapi (mis: perilaku, hubungan interpersonal, keluarga, kelompok), jika perlu
- 4) Manajemen perilaku (1.12463)
- a) Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola perilaku negatif
- b) Tindakan:
- Observasi: identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku
  - Terapeutik:
    - ✓ Diskusikan tanggungjawab terhadap perilaku
    - ✓ Jadwalkan kegiatan terstruktur
    - ✓ Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas
    - ✓ Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan
    - ✓ Batasi jumlah pengunjung
    - ✓ Bicara dengan nada rendah dan tenang
    - ✓ Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi
    - ✓ Cegah perilaku pasif dan agresif
    - ✓ Beri penguatan positif keberhasilan mengendalikan perilaku
    - ✓ Lakukan penguatan fisik sesuai indikasi
    - ✓ Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan

- ✓ Hindari sikap mengancam dan berdebat
  - ✓ Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan
  - Edukasi: informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif
- 5) Pelibatan keluarga (1.14525)
- a) Definisi: Memfasilitasi partisipasi anggota keluarga dalam perawatan emosional dan fisik.
- b) Tindakan:
- Observasi: Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan
  - Terapeutik:
    - ✓ Ciptakan hubungan terapeutik pasien dengan keluarga dalam perawatan
    - ✓ Diskusikan cara perawatan dirumah (mis: kelompok, perawatan di rumah atau rumah singgah)
    - ✓ Motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan
    - ✓ Fasilitasi keluarga membuat keputusan perawatan
  - Edukasi
    - ✓ Jelaskan kondisi pasien pada keluarga
    - ✓ Informasikan tingkat ketergantungan pasien pada keluarga
    - ✓ Informasikan harapan pasien pada keluarga
    - ✓ Anjurkan keluarga bersikap asertif dalam perawatan
    - ✓ Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan
- 6) Pencegahan bunuh diri (1.14538 )
- a) Definisi: mengidentifikasi dan menurunkan risiko merugikan diri sendiri dengan maksud mengakhiri hidup
- b) Tindakan:
- Observasi:
    - ✓ Identifikasi gejala risiko bunuh diri (mis: gangguan mood, halusinasi, delusi, panik, penyalahgunaan zat, kesedihan, gangguan kepribadian)
    - ✓ Identifikasi keinginan dan pikiran rencana bunuh diri
    - ✓ Monitor lingkungan bebas bahaya secara rutin (mis: barang pribadi, pisau cukur, jendela)
    - ✓ Monitor adanya perubahan mood atau perilaku
  - Terapeutik
    - ✓ Libatkan dalam perencanaan perawatan diri

- ✓ Libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan
  - ✓ Lakukan pendekatan langsung dan tidak menghakimi saat membahas bunuh diri
  - ✓ Berikan lingkungan dengan pengamanan ketat dan mudah dipantau (mis: tempat tidur dekat ruang perawat)
  - ✓ Tingkatkan pengawasan pada kondisi tertentu (mis: rapat staf, pergantian shift)
  - ✓ Lakukan intervensi perlindungan (mis: pembatasan area, pengekangan fisik) jika diperlukan
  - ✓ Hindari diskusi berulang tentang bunuh diri sebelumnya, diskusi berorientasi pada masa sekarang dan masa depan
  - ✓ Diskusikan rencana menghadapi ide bunuh diri dimasa depan (mis: orang yang dihubungi, kemana mencari bantuan)
  - ✓ Pastikan obat ditelan
  - Edukasi
    - ✓ Anjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain
    - ✓ Anjurkan menggunakan sumber pendukung (mis: layanan spiritual, penyedia layanan)
    - ✓ Jelaskan tindakan pencegahan bunuh diri kepada keluarga atau orang terdekat
    - ✓ Informasikan sumber daya masyarakat dan program yang tersedia
    - ✓ Latih pencegahan risiko bunuh diri (mis: latihan asertif, relaksasi otot progresif)
  - Kolaborasi
    - ✓ Kolaborasi pemberian antiansietas, atau antipsikotik, sesuai indikasi
    - ✓ Kolaborasi tindakan keselamatan PPA
    - ✓ Rujuk kepelayanan kesehatan mental, jika perlu
- 7) Promosi dukungan keluarga (1.13488)
- a) Definisi: Meningkatkan partisipasi anggota keluarga dalam perawatan emosional dan fisik
- b) Tindakan:
- Observasi
    - ✓ Identifikasi sumber daya fisik, emosional, dan pendidikan keluarga
    - ✓ Identifikasi kebutuhan dan harapan anggota keluarga
    - ✓ Identifikasi persepsi tentang situasi, pemicu kejadian, perasaan dan perilaku pasien
    - ✓ Identifikasi stressor situasi anggota keluarga lainnya

- ✓ Identifikasi gejala fisik akibat stress (mis: mual, muntah, ketidakmampuan)
  - Terapeutik
    - ✓ Sediakan lingkungan yang nyaman
    - ✓ Fasilitasi program perawatan dan pengobatan yang dijalani anggota keluarga
    - ✓ Diskusikan anggota keluarga yang akan dilibatkan dalam perawatan
    - ✓ Diskusikan kemampuan dan perencanaan keluarga dalam perawatan
    - ✓ Diskusikan jenis perawatan di rumah
    - ✓ Diskusikan cara mengatasi kesulitan dalam perawatan
    - ✓ Dukung anggota keluarga untuk menjaga atau mempertahankan hubungan keluarga
    - ✓ Hargai keputusan yang dibutuhkan keluarga
    - ✓ Hargai mekanisme perawatan yang digunakan keluarga
  - Edukasi
    - ✓ Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan dan pengobatan yang dijalani pasien
    - ✓ Anjurkan keluarga bersikap asertif
    - ✓ Anjurkan meningkatkan aspek positif dari situasi yang dijalani pasien
- 8) Promosi dukungan sosial (1.13489)
- a) Definisi: Meningkatkan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain
- b) Tindakan:
- Observasi: identifikasi kekuatan dan kelemahan dalam menjalin hubungan
  - Terapeutik:
    - ✓ Pertahankan kesabaran dan kejujuran dalam mengembangkan hubungan
    - ✓ Berikan umpan balik positif terhadap aktivitas yang dilakukan
    - ✓ Motivasi berpartisipasi dalam kegiatan individu, kelompok dan sosial
    - ✓ Motivasi untuk mempertahankan komunikasi verbal
    - ✓ Motivasi melakukan aktivitas diluar dan lingkungan baru (mis: jalan-jalan, berbelanja)
    - ✓ Diskusikan perencanaan kegiatan yang akan datang
  - Edukasi

- ✓ Anjurkan interaksi dengan orang lain yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
  - ✓ Anjurkan penggunaan alat bantu (mis: kacamata dan alat bantu dengar)
  - ✓ Anjurkan berbagi masalah dengan orang lain
  - ✓ Anjurkan untuk menghormati hak orang lain
  - ✓ Anjurkan mengekspresikan kemarahan secara tepat
  - ✓ Anjurkan perencanaan kegiatan khusus
  - ✓ Latih peningkatan kemampuan yang dimiliki
  - ✓ Latih permainan peran dalam ketrampilan komunikasi
  - Kolaborasi: rujuk ke kelompok ketrampilan, jika perlu
- 9) Promosi dukungan spiritual (1.09306)
- a) Definisi: Meningkatkan rasa seimbang dan terhubung dengan kekuatan yang lebih besar
- b) Tindakan:
- Observasi
    - ✓ Identifikasi keyakinan tentang makna dan tujuan hidup, sesuai kebutuhan
    - ✓ Identifikasi perspektif spiritual, sesuai kebutuhan
  - Terapeutik
    - ✓ Perlakukan pasien dengan bermartabat dan terhormat
    - ✓ Tunjukkan keterbukaan, empati dan ketersediaan mendengarkan perasaan pasien
    - ✓ Yakinkan bahwa perawat selalu ada dan mendukung
    - ✓ Gunakan teknik klarifikasi untuk membantu menilai keyakinan, jika perlu
    - ✓ Fasilitasi mengekspresikan dan meredakan amarah secara tepat
    - ✓ Motivasi meninjau kehidupan masa lalu dan fokus pada hal yang memberikan kekuatan spiritual
    - ✓ Motivasi berinteraksi dengan anggota keluarga, teman dan lainnya
    - ✓ Dorong privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual
    - ✓ Motivasi partisipasi dalam kelompok pendukung
    - ✓ Motivasi mengekspresikan perasaan (mis: kesepian, tidak berdaya, ansietas)
    - ✓ Motivasi penggunaan sumber spiritual, jika perlu
    - ✓ Jadwalkan kunjungan pembimbing spiritual, jika perlu
  - Edukasi
    - ✓ Anjurkan mengingat kenangan hidup

- ✓ Anjurkan untuk berdoa
- ✓ Anjurkan penggunaan media spiritual (mis: televisi, buku)
- ✓ Ajarkan metode relaksasi (mis: teknik napas dalam, imajinasi terbimbing, meditasi)

10) Perawatan diri

11) Promosi sistem pendukung (1.09313)

a) Definisi: Meningkatkan pemberian pertolongan kepada pasien bersama keluarga, teman dan masyarakat

b) Tindakan:

- Observasi:
  - ✓ Identifikasi respon psikologis terhadap situasi dan ketersediaan sistem pendukung
  - ✓ Identifikasi sumber daya untuk ketersediaan pengasuh
  - ✓ Monitor situasi keluarga saat ini dan sistem pendukung
- Terapeutik:
  - ✓ Berikan dukungan dan *caring* dalam pelayanan
  - ✓ Motivasi berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan masyarakat
  - ✓ Motivasi membina hubungan dengan pihak yang memiliki kebutuhan yang sama
  - ✓ Libatkan keluarga, orang penting dan teman dalam perawatan
- Edukasi
  - ✓ Jelaskan hambatan pada sistem pendukung
  - ✓ Informasikan jaringan sosial yang tersedia
  - ✓ Informasikan tingkat sistem pendukung (mis: keluarga, teman dan masyarakat)
  - ✓ Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan
- Kolaborasi:
  - ✓ Rujuk ke kelompok swadaya
  - ✓ Kolaborasi dengan program pencegahan atau pengobatan berbasis masyarakat, jika perlu

12) Terapi kognitif perilaku (1.09323)

a) Definisi: Menggunakan teknik berfikir, merasa dan berperilaku mengenai suatu kejadian untuk memulihkan penyadaran diri

b) Tindakan:

- Observasi:
  - ✓ Identifikasi riwayat diagnostik menyeluruh
  - ✓ Identifikasi gejala, faktor lingkungan, budaya, biologis yang mempengaruhi

- ✓ Identifikasi masalah yang menimbulkan distorsi pikiran dan persepsi negatif
- ✓ Identifikasi asumsi, keyakinan mendasar atau skema dari pola pikir dan distorsi pikiran
- ✓ Identifikasi metode alternatif dalam menyelesaikan masalah (mis: proses koreksi pikiran)
- ✓ Identifikasi distorsi pikiran dan pola perilaku maladaptif spesifik di setiap situasi
- ✓ Monitor pikiran yang dialami (mis: kejadian spesifik yang mengakibatkan masalah emosional)
- ✓ Monitor kemampuan yang telah dilatih
- Terapeutik
  - ✓ Ciptakan hubungan terapeutik dan kolaboratif (pasien, perawat) yang aktif
  - ✓ Analisis distorsi pikiran yang dialami (mis: labelling, overgeneralise, personalisasi)
  - ✓ Lakukan pengamatan pemantauan terhadap pikiran dan perilaku
  - ✓ Buatlah penugasan aktivitas di rumah dalam proses terapi
  - ✓ Arahkan pikiran keliru menjadi sistematis
  - ✓ Buatlah rapot/catatan kegiatan harian dan sharing
  - ✓ Berikan reinforcement positif atas kemampuan yang dimiliki
- Edukasi:
  - ✓ Jelaskan masalah yang dialami (mis: kecemasan, trauma sindrom)
  - ✓ Jelaskan strategi dan proses terapi pikiran perilaku
  - ✓ Diskusikan pikiran keliru yang dialami
  - ✓ Diskusikan self-monitoring dalam memahami kondisi selama terapi
  - ✓ Diskusikan rencana aktivitas harian terkait terapi yang diberikan
  - ✓ Latih teknik relaksasi (mis: pernafasan, latihan otot progresif)
  - ✓ Latih restrukturisasi pikiran dengan metode ABCD (disputing, effects)
  - ✓ Latih keterampilan coping individu
  - ✓ Latih menggunakan prinsip FEAR (feeling frightened, Expecting bad things to happen, Attitude and action, Result and reward) pada usia anak-anak
- Kolaborasi: Kolaborasi dalam pemberian terapi (mis: psikofarmaka, ECT)

13) Teknik menenangkan (1.08248)

a) Definisi: teknik relaksasi dengan pembentukan imajinasi individu dengan menggunakan semua indera melalui pemrosesan kognitif untuk mengurangi stress

b) Tindakan:

- Observasi: identifikasi masalah yang dialami
- Terapeutik
  - ✓ Buat kontrak dengan pasien
  - ✓ Ciptakan ruangan yang tenang dan nyaman
- Edukasi:
  - ✓ Anjurkan mendengarkan musik yang lembut atau musik yang disukai
  - ✓ Anjurkan berdoa, berzikir, membaca kitab suci, ibadah sesuai agama yang dianut
  - ✓ Anjurkan melakukan teknik menenangkan hingga perasaan menjadi tenang

14) Terapi reminisens (1.09327)

a) Definisi: Menggunakan kemampuan mengenang kejadian, perasaan dan pemikiran masa lalu untuk memfasilitasi relaksasi, kualitas hidup, atau adaptasi terhadap keadaan saat ini.

b) Tindakan:

- Observasi:
  - ✓ Identifikasi makna kenangan melalui bahasa tubuh, ekspresi wajah dan nada suara
  - ✓ Identifikasi tema untuk setiap sesi (mis: rutinitas pekerjaan)
  - ✓ Identifikasi sejumlah peserta yang tepat untuk terapi reminisens dalam kelompok
- Terapeutik:
  - ✓ Gunakan pakaian yang nyaman
  - ✓ Batasi lama sesi sesuai rentang perhatian, respons dan kemauan melanjutkan
  - ✓ Tetapkan metode reminisens yang paling efektif (mis: autobiografi, jurnal, review peristiwa kehidupan, catatan, diskusi terbuka atau story telling)
  - ✓ Gunakan teknik mendengar efektif
  - ✓ Gunakan alat bantu peraga (mis: musik untuk stimulasi audio, album foto untuk stimulasi visual, parfum untuk stimulasi penciuman) untuk memfasilitasi sensorik menstimulasi kenangan.
  - ✓ Gunakan pertanyaan langsung dan terbuka tentang kejadian masa lalu.

- ✓ Gunakan album foto untuk menstimulasi kenangan.
- ✓ Gunakan keterampilan komunikasi (mis: memusatkan perhatian, merefleksikan dan mengekspresikan kembali, untuk mengembangkan hubungan).
- ✓ gunakan pertanyaan langsung untuk memfokuskan kembali ke peristiwa kehidupan, jika perlu
- ✓ Pertahankan berfokus pada proses daripada produk setiap selesai sesi
- ✓ berikan dukungan dan empati bagi peserta
- ✓ fasilitasi untuk mengatasi kenangan buruk, menyakitkan atau negatif
- ✓ fasilitasi keluarga terhadap manfaat terapi reminisens
- ✓ berikan umpan balik positif langsung
- ✓ berikan penguatan terhadap keterampilan koping sebelumnya
- ✓ diskusikan kualitas afektif yang menyertai kenangan secara empati
- Edukasi:
  - ✓ anjurkan mengekspresikan perasaan positif dan negatif terhadap kenangan secara lisan
  - ✓ anjurkan menulis kejadian masa lalu
  - ✓ anjurkan menulis surat kepada saudara atau teman lama

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017)

## 5. Implementasi pasien dan keluarga

Sesuai dengan standar asuhan keperawatan diagnosa psikososial oleh (Rochmawati et al., 2018) rencana keperawatan terhadap pasien keputusan antara lain:

### 1) Intervensi Generalis Pada Pasien

#### a) Tujuan

- Dapat mengetahui masalah putus asa
- Dapat mengeksplorasi diri terhadap kegiatan
- Dapat memanfaatkan keluarga sebagai pendukung

#### b) Tindakan Keperawatan

##### 1. SP 1 Pasien

- menciptakan hubungan saling percaya antara klien dengan perawat
- Buat kontrak pertemuan untuk latihan pengendalian keputusan
- Bantu klien mengenali keputusasaannya
- Ajari cara berfikir positif dengan harapan serta penemuan makna hidup

## 2. SP 2 Pasien

- Pertahankan rasa percaya klien
- Buat kontrak ulang
- Mendiskusikan aspek positif dalam individu
- Mendiskusikan kemampuan positif
- Melatih kemampuan positif
- Anjurkan bahwa kegiatan positif berpengaruh dalam membangun harapan serta makna hidup

## 2) Intervensi Generalis Pada Keluarga

### a) Tujuan

- Keluarga bisa mengetahui problem keputusan terhadap anggota keluarganya
- Keluarga bisa menangani anggota keluarga yang menderita keputusan
- Keluarga bisa *memfollow-up* anggota keluarga yang menderita keputusan

### b) Tindakan Keperawatan

#### 1. SP 1 Keluarga

- Bina hubungan saling percaya
- Buat kontrak latihan cara menangani pasien keputusan
- Membantu keluarga mengenali keputusan

#### 2. SP 2 Keluarga

- Pertahankan rasa percaya dengan keluarga
- Buat kontrak ulang
- Sertakan keluarga dalam melatih klien kemampuan positif
- Mendiskusikan pada keluarga follow up serta keadaan klien yang perlu segera ditangani

Implementasi merupakan Tindakan keperawatan untuk mengaplikasikan dari rencana yang telah disusun berdasarkan intervensi, dimana tujuan implementasi ini yaitu untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Implementasi dalam kasus sudah dapat dilaksanakan, namun dalam implementasi ada beberapa Tindakan yang tidak bisa dilaksanakan karena menyesuaikan dengan keadaan ruangan dan keterbatasan waktu peneliti dalam perawatan pasien.

Pada diagnosa keputusan untuk tindakan keperawatan dapat melakukan sesuai pada rencana yang sudah ditentukan. Waktu pelaksanaan selama 3x30 menit dilaksanakan dengan mengajarkan klien sesuai SP. (Carpenito, 2013)

## 6. Evaluasi

Menurut Asmadi, (2008) evaluasi merupakan proses akhir dalam asuhan keperawatan, dapat diartikan sebagai perbandingan sistematis serta

terencana dari hasil akhir yang diamati dengan tujuan ataupun kriteria hasil yang ditetapkan selama intervensi.

Evaluasi dilaksanakan berkesinambungan dengan mengikutsertakan klien serta perawat. Apabila evaluasi menggambarkan pencapaian yang sesuai dengan tujuan serta kriteria hasil, assesment dinyatakan masalah teratasi. Sebaliknya, apabila tujuan serta kriteria hasil tidak terpenuhi, maka assesment masalah belum teratasi sehingga perlu dilakukan analisa data ulang.

## DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L. J. (2013). *Diagnosa Keperawatan: Aplikasi Praktik Klinik (Terjemah)*. EGC.
- Rochmawati, D. H., Setyowati, W. E., Febriana, B., & Wigyo, S. (2018). *Buku Ajar Skill of Laboratory Keperawatan Jiwa I*. UNISSULA PRESS.  
<http://research.unissula.ac.id/pages/buku.php?id=MjczMmFwYXlhZW5rcmlwc2lu eWE/>
- Sutedjo. (2016). *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnosis* (Edisi 1).
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*.



# KETIDAKEFEKTIFAN KOPING INDIVIDU

**Ns. Niken Andarasari, S,Kep., M.Kep**





## KETIDAKEFEKTIFAN KOPING INDIVIDU

(Ns. Niken Andarasari, S,Kep., M.Kep)

### A. KONSEP TEORI

Koping adalah upaya kognitif dan perilaku yang secara konstan dilakukan untuk menguasai, mengurangi, atau mentolerir tuntutan internal dan eksternal yang dapat melelahkan sehingga tidak menyakitkan bagi diri individu (Lazarus & Folkman, 1984). Ketidakefektifan koping individu didefinisikan sebagai ketidakmampuan dalam merespon atau menilai stresor atau tidak mampu menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah (PPNI, 2019).

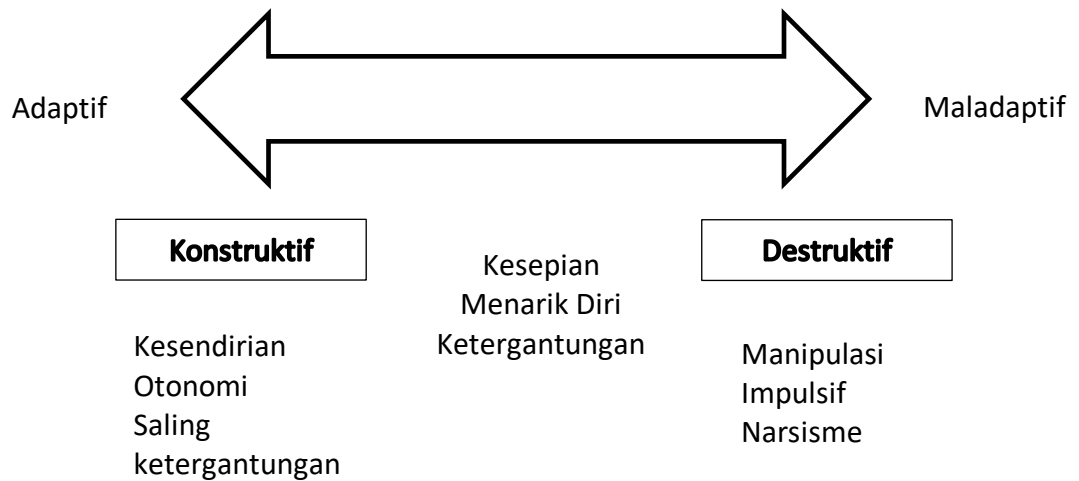
Mekanisme koping dibagi menjadi 2 yaitu adaptif dan maladaptif. Koping adaptif mencakup strategi koping yang ditujukan untuk secara aktif menangani stresor atau emosi terkait yang dialami dalam situasi stres dengan cara yang konstruktif, sedangkan koping maladaptif mencakup strategi untuk melepaskan diri dari stresor atau emosi terkait yang cenderung bersifat disfungsi dan destruktif (Ewert et al., 2021).

Selain adaptif dan maladaptif, mekanisme koping yang terjadi pada individu ketika menghadapi stresor terbagi pula menjadi 2 tipe yaitu koping yang berfokus kepada masalah (*problem focused coping*) dan koping yang berfokus kepada emosi (*emotion focused coping*). Pada mekanisme koping yang berfokus kepada masalah individu akan berusaha untuk mengatasi masalah yang mengancam diri sendiri (misalnya melakukan negosiasi, konfrontasi dan mencari nasihat), sedangkan pada mekanisme koping yang berfokus pada emosi individu akan berorientasi pada penekanan emosi (misalnya menggunakan mekanisme pertahanan seperti *denial* atau *displacement*) (Stuart et al., 2016).

### B. PROSES TERJADINYA

Ketika individu mengalami suatu masalah atau kondisi yang tertekan, individu akan menceritakan permasalahan orang yang dipercaya, menangani masalahnya sendiri, rekreasi, mencari perhatian orang lain, bahkan melarikan diri dari masalah tersebut. Secara alamiah, individu akan mencoba untuk menghadapi masalah ketika dihadapkan pada situasi yang menimbulkan tekanan. Namun beberapa faktor predisposisi seperti biologis, psikologis, dan sosial dapat mempengaruhi setiap individu dalam melakukan mekanisme kopingnya. Jika individu melakukan mekanisme koping yang maladaptif, individu tersebut mengalami kondisi koping yang tidak efektif, karena dengan cara tersebut tidak dapat menyelesaikan masalah yang ada dan individu akan terus terjebak dalam kondisi yang merugikan dirinya (Amy et al., 2017).

### C. RENTANG RESPON



### D. ETIOLOGI (PREDISPOSISI DAN PRESIPITASI)

#### 1. Biologis

Adanya riwayat ansietas dalam keluarga, fobia sosial, depresi mayor, dan gangguan panik; ada riwayat penyakit fisik sakit kepala berat, hipotiroid, *dysmenorrhea* dan kanker; status nutrisi; riwayat penggunaan zat, riwayat putus zat, sensitivitas biologis (sistem neurokimia dan anatomik : gangguan pada sistem limbik, talamus, frontal), dan paparan terhadap racun.

Penelitian sebelumnya mengungkapkan bahwa remaja yang mengalami *dysmenorrhea* dan siklus menstruasi yang tidak teratur dapat memicu coping yang tidak efektif (Acheampong et al., 2019).

#### 2. Psikologis

Intelegensi, gangguan kemampuan verbal, terkadang tidak mampu membuat penilaian, terkadang tidak mampu berkonsentrasi, adanya pembatasan kontak sosial dengan keluarga dan teman, perbedaan budaya, dan lokasi tempat tinggal yang terisolasi proses pengobatan.

Dalam sebuah penelitian menunjukkan bahwa individu dalam kondisi *psychological distress* yang tinggi akan memicu coping inividu yang tidak efektif (Salsabila & Amna, 2022).

#### 3. Sosiokultural

Usia remaja atau dewasa awal, tingkat pendidikan yang rendah, status sosial ekonomi rendah, pekerjaan tidak tetap, budaya yang individualis, nilai budaya yang bertentangan dengan kesehatan, kurang mengamalkan ajaran

agama, perasaan takut akan penolakan interpersonal, dan belum bisa memisahkan diri dari autokritas keluarga.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa anak yang diabaikan dalam pengasuhan saat kecil dan memiliki riwayat kekerasan fisik akan berpengaruh dalam mekanisme kopingnya saat ia beranjak remaja cenderung melarikan diri dari masalah (Sun et al., 2019).

## **E. Manifestasi Klinis**

### **1. Mayor**

Subjektif:

- Tidak mampu melewati dan mengatasi kondisi kehidupan dalam menghadapi stresor
- Tidak mampu meminta bantuan
- Tidak mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari

Objektif:

- Tampak letih
- Sering sakit
- Pola tidur yang berubah

### **2. Minor**

Subjektif:

- Gaya komunikasi berubah
- Perubahan konsentrasi (tidak fokus)

Objektif:

- Bersikap pasif
- Tidak mampu mengikuti ketika diberikan informasi
- Berperilaku destruktif

## **F. Proses Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

#### **a. Alasan Masuk**

Klien dibawa ke poliklinik psikiatri oleh istrinya karena sudah 3 minggu sering tiba-tiba marah kepadanya dan anaknya yang berusia 6 tahun. Hal ini dirasakan semenjak ia dinyatakan gagal dalam test CPNS. Akibat kegagalannya tersebut, klien selalu menyalahkan anaknya karena sering mengganggu ketika ia sedang belajar untuk persiapan tes, sehingga saat itu ia merasa tidak maksimal dalam mengerjakan tes. Saat ini klien lebih banyak diam di rumah, tidak bersemangat untuk mencari kegiatan, jarang mandi dan lebih banyak tidur.

b. Pengkajian Faktor Predisposisi dan Presipitasi

1) Biologi

Klien sebelumnya rutin minum kopi 1 gelas dan rokok 1 bungkus sehari, namun semenjak 3 minggu terakhir mengkonsumsi obat anti nyeri (sakit kepala) hampir setiap hari, minum kopi 3 gelas sehari, merokok 2 bungkus sehari, dan nafsu makan klien menurun. Klien tidak memiliki Riwayat gangguan jiwa sebelumnya ataupun riwayat gangguan jiwa di keluarga.

2) Psikologis

Penilaian klien terhadap dirinya negatif, merasa tidak berharga sebagai kepala keluarga karena tidak punya pekerjaan, klien tidak memiliki motivasi untuk kembali bangkit mencari pekerjaan lain, karena menurutnya satu-satunya jalan untuk menjadi sukses adalah dengan menjadi PNS.

3) Sosiokultural

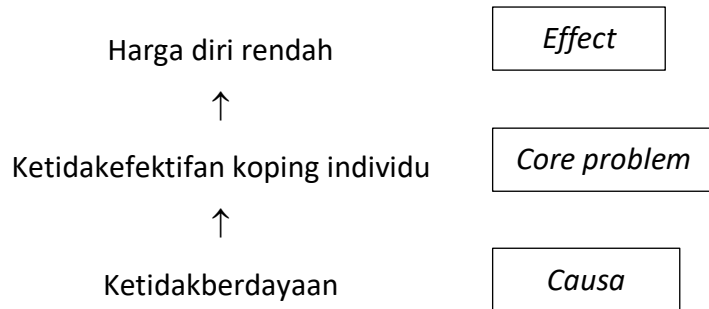
Sebelumnya klien pernah bekerja di sebuah perusahaan selama 3 tahun, namun klien mengajukan berhenti karena konflik dengan rekan kerja. Pendidikan terakhir klien adalah sarjana. Saat ini kebutuhan sehari-hari klien dipenuhi dari hasil berjualan di warung. Klien tinggal bersama istri dan 1 anaknya. Sejak 3 minggu terakhir klien sudah jarang untuk beribadah sholat ke masjid.

**2. Diagnosis**

a. Analisa data

No.	Data	Diagnosa Keperawatan
1.	Subjektif: <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien mengatakan menyalahkan anaknya atas kondisinya saat ini</li><li>- Klien menilai negative dirinya</li><li>- Klien tidak memiliki motivasi untuk bangkit</li><li>- Klien mengatakan lebih banyak tidur</li></ul> Objektif: <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien tampak lebih banyak diam dan pasif saat ditanya</li><li>- Klien tidak bersemangat</li><li>- Penampilan tidak rapi</li></ul>	Koping individu tidak efektif

b. Pohon Masalah



3. Intervensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan Keperawatan
Ketidakefektifan Koping Individu	<p>Kognitif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengetahui perubahan kondisi kesehatan dan kemampuannya mengatasi perubahan</li> <li>Mengetahui pengertian, tanda dan gejala, penyebab serta akibat dari ketidakefektifan koping</li> <li>Mengetahui cara mengatasi ketidakefektifan koping</li> </ol> <p>Afektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Merasakan manfaat Latihan yang dilakukan</li> <li>Mengembangkan koping yang efektif</li> <li>Merasakan manfaat sistem pendukung</li> </ol> <p>Psikomotor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengatasi masalah secara bertahap</li> <li>Memanfaatkan sumber daya atau sistem pendukung dalam mengatasi masalahnya</li> </ol>	<p>Individu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kaji tanda dan gejala ketidakefektifan koping</li> <li>Jelaskan proses terjadinya ketidakefektifan koping pada individu</li> <li>Diskusikan upaya (strategi koping) mengatasi masalah di masa lalu</li> <li>Latihan menggunakan upaya (strategi koping) saat ini dengan cara lama yang berhasil</li> <li>Latih menggunakan upaya (strategi koping) menggunakan cara baru</li> <li>Latih menggunakan sumber daya atau sistem pendukung yang teratur</li> </ol>

		<p>7. Beri motivasi klien untuk melakukan kegiatan secara terjadwal</p> <p>8. Beri pujian atas keberhasilan klien</p> <p>Keluarga</p> <p>1. Kaji masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien</p> <p>2. Jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan proses terjadinya ketidakefektifan koping</p> <p>3. Latih keluarga cara merawat dan membimbing klien dalam mengatasi ketidakefektifan koping</p> <p>4. Latih keluarga untuk menciptakan suasana sebagai sistem pendukung</p> <p>5. Anjurkan untuk <i>follow up</i> ke fasilitas kesehatan secara teratur</p>
--	--	--

#### 4. Implementasi

Nama Pasien : Tn.Z

Tanggal Lahir : 17 Juni 1984

No. RM : 990420

Hari/ Tanggal/ Jam	Implementasi	Perawat
Jumat/ 23 Desember 2022/ 09.00 WIB	<p>1. Melakukan pengkajian tanda dan gejala ketidakefektifan koping</p> <p>2. Menjelaskan proses terjadinya ketidakefektifan koping pada individu</p>	Nama dan tanda tangan

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mendiskusikan upaya (strategi koping) mengatasi masalah di masa lalu</li> <li>4. Melatih klien dalam menggunakan upaya (strategi koping) saat ini dengan cara lama yang berhasil</li> </ol>	
Sabtu/ 24 Desember 2022/ 09.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi dan validasi pertemuan sebelumnya</li> <li>2. Melatih klien menggunakan upaya (strategi koping) menggunakan cara baru</li> <li>3. Memberikan motivasi klien untuk melakukan kegiatan secara terjadwal</li> <li>4. Memberikan pujian atas keberhasilan klien</li> </ol>	Nama dan tanda tangan
Minggu/	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi dan validasi pertemuan sebelumnya</li> <li>2. Melatih klien menggunakan sumber daya atau sistem pendukung yang teratur</li> <li>3. Memberikan motivasi klien untuk melakukan kegiatan secara terjadwal</li> <li>4. Memberikan pujian atas keberhasilan klien</li> </ol>	Nama dan tanda tangan

## DAFTAR PUSTAKA

- Acheampong, K., Baffour-Awuah, D., Ganu, D., Appiah, S., Pan, X., Kaminga, A., & Liu, A. (2019). Prevalence and predictors of dysmenorrhea, its effect, and coping mechanisms among adolescents in Shai Osudoku district, Ghana. *Obstetrics and Gynecology International*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/5834159>
- Amy, N., Achmad, J., & Eka, S. (2017). Deskripsi Gejala Stres Akademik Dan Kecenderungan Pilihan Strategi Koping Siswa Berbakat. *Indonesian Journal of Educational Counseling*, 1(2), 197–208.
- Ewert, C., Vater, A., & Schröder-Abé, M. (2021). Self-Compassion and Coping: a Meta-Analysis. *Mindfulness*, 12(5), 1063–1077. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01563-8>
- PPNI. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. PPNI.
- Salsabila, N., & Amna, Z. (2022). Hubungan Antara Psychological Distress Dengan Strategi Koping Pada Mahasiswa Yang Sedang Menyusun Skripsi DI Universitas Syiah Kuala. *Proyeksi*, 17(1), 41–54.
- Stuart, Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan Praktik: Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (1st ed.). Elsevier.
- Sun, J., Liu, Q., & Yu, S. (2019). Child neglect, psychological abuse and smartphone addiction among Chinese adolescents: The roles of emotional intelligence and coping style. *Computers in Human Behavior*, 90(September 2017), 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.08.032>

# DUKA CITA

**Ns. Nurwulan, S.Kep., M.Kep**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**



## DUKA CITA

(Ns. Nurwulan, S.Kep., M.Kep)

### A. Konsep Teori

Berduka merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai respon psikososial yang ditunjukkan oleh klien akibat kehilangan (orang, objek, fungsi, status, bagian tubuh, atau hubungan) (PPNI, 2019). Seperti ditinggalkan sanak saudara, kehilangan barang atau sesuatu yang sangat berharga, kehilangan jabatan, pasca amputasi, perceraian dan sebagainya. Berduka menjadi 2 jenis yaitu berduka disfungsi dan berduka antisipasi. Berduka disfungsi adalah sesuatu respon terhadap kehilangan yang nyata maupun yang dirasakan dimana individu tetap terfiksasi dalam satu tahap proses berduka untuk suatu periode waktu yang terlalu lama, atau gejala berduka yang normal menjadi berlebih-lebihan untuk suatu tingkat yang mengganggu fungsi kehidupan (Townsend, 2013). Berduka antisipatif yaitu berduka antisipatif merupakan respon emosional sebelum adanya kehilangan yang nyata (Stuart, 2016). Artinya, mereka sudah mulai “melepaskan” sebelum hal tersebut nyata terjadi.

### B. Proses Terjadinya

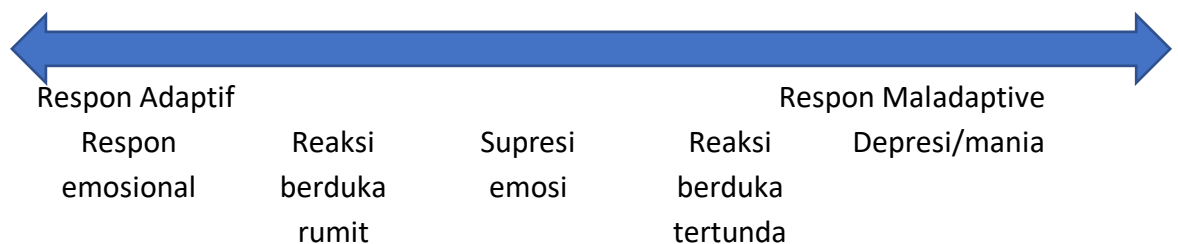
Berduka, atau berkabung, bukanlah proses patologis; itu adalah adaptif respons terhadap stresor nyata (Stuart, 2016). Teori Kubler-Ross menyebutkan bahwa berduka menyerupai mekanisme pertahanan diri yang terlalu linier, kaku, dan pasif untuk digunakan dalam proses kesedihan dan berduka akibat kematian. Dalam psikoanalitik, respon dan reaksi kesedihan terkait dengan upaya untuk memutus dan melepaskan energi dan kedekatan yang telah didapatkan dari orang yang meninggal, serta terganggunya ikatan kasih sayang yang kuat. Individu yang mengalami respon tersebut akan berusaha mendapatkan kembali perasaan kedekatan yang pernah ada sebelumnya. Ketika kematian itu terjadi, kedekatan yang diharapkan tadi tidak akan pernah bisa kembali, hal inilah yang dapat menyebabkan perasaan marah dan putus asa (Muhamad Z. A, 2013).

Selain karena kematian, berduka juga dapat dikaitkan dengan sebuah proses kehilangan salah satunya seperti kehilangan kesehatan/diagnosis suatu penyakit, sehingga salah satu responnya berupa keinginan untuk bangkit dari kesedihan dan sikap/keyakinan terhadap kesehatan (Mujahidah & Hamid, 2015). Teori Kulber Ross menyebutkan bahwa tahapan berduka ada 5 yaitu: denial, anger, bargaining, depresi dan acceptance. Pada setiap tahapan berduka yang muncul ditunjukkan dengan beragam ungkapan verbal maupun non verbal (Mujahidah & Hamid, 2015).

1. **Denail/penolakan**  
Perasaan yang muncul dalam tahapan penolakan seperti perasaan sedih dan tidak menentu dimana seseorang dalam penyangkalan akan merasakan kehampaan hidup, hal ini terlihat dari adanya perasaan tidak menentu, untuk melaluinya individu tersebut akan berusaha setiap harinya menemukan cara untuk terus bertahan dalam hidup (Olivas, 2013).
2. **Anger/Marah**  
Perasaan marah karena kehilangan jika tidak dikendalikan dapat menjauhkan seseorang dari keluarga dan teman-temannya karena perasaan ini dapat memberikan pengaruh yang kurang baik bagi lingkungan (Olivas, 2013). Perasaan marah dapat timbul akibat rasa iri karena merasa hanya dirinya yang kehilangan, marah kepada ketidakadilan tuhan, ataupun menyalahkan pihak ketiga atas kehilangan yang sangat dicintai (Mujahidah & Hamid, 2015)
3. **Bargaining/ Tawar menawar**  
Tahapan ini berisi mengenai pengandaian dan penyesalan atas apa yang telah terjadi (Mujahidah & Hamid, 2015). Hal ini dilakukan sebagai salah satu bentuk pengendalian perasaan atas kehilangan yang telah terlanjur terjadi (Karger, 2014). Pada tahapan ini individu cenderung membandingkan kondisi sebelum peristiwa kehilangan terjadi dengan kondisi yang akan terjadi seandainya yang dicintai masih hidup (Mujahidah & Hamid, 2015).
4. **Depresi**  
Tahap depresi pada mereka yang kehilangan bayinya, muncul perasaan ketidakmampuan mengurus anak, sensitif, perasaan trauma yang mendalam, merasakan kesendirian, dan sulit melupakan (Mujahidah & Hamid, 2015). Menurut Videbeck (2008) tahapan ini lebih banyak dilalui dengan banyak mengenang sesuatu yang telah terjadi.
5. **Acceptance / Tahapan penerimaan**  
Tahap ini merupakan tahap akhir dari berduka, yang ditandai dengan sikap sabar atas kehilangan dan berserah diri pada Tuhan. Pada tahapan ini seseorang menemukan kembali harapan untuk masa depannya (Karger, 2014).

### C. Rentang Respon

Respon berduka dapat melalui adaptif maupun maladaptive.



Berduka yang rumit adalah respon adaptif. Tahap ini berjalan secara konsisten dengan cepat karena dimodifikasi oleh kesulitan dari kehilangan, persiapan seseorang pada kejadian dan pentingnya obyek yang hilang. Berduka rumit adalah proses keterbatasan dari realitas; sebuah fakta nyata dari kehilangan (Stuart, 2016).

Reaksi berduka yang tertunda adalah maladaptif. Sesuatu menghalangi proses berduka berjalan normal. Ketiadaan emosi adalah sinyal penundaan proses berduka. Penundaan mungkin terjadi pada awal proses berkabung, memperlambat proses setelah proses dimulai, atau keduanya. Penundaan dan penolakan berduka mungkin berlangsung selama bertahun-tahun (Stuart, 2016)

#### **D. Etiologi (Predisposisi & Presipitasi)**

Menurut (Keliat et al., 2019) penyebab berduka antara lain:

1. Kematian anggota keluarga atau orang yang berarti
2. Antisipasi Kematian keluarga atau orang yang berarti
3. Kehilangan (Objek, pekerjaan, fungsi, status, bagian tubuh, hubungan sosial)

#### **E. Manifestasi Klinis**

Menurut (Keliat et al., 2019) penyebab berduka antara lain: tanda subjektif mayor dan minor tanda objektif minor:

1. Tidak menerima kehilangan
2. Menyalahkan
3. Merasa bersalah
4. Merasa sedih
5. Merasa tidak ada harapan
6. Marah
7. Menangis
8. Pola tidur berubah
9. Tidak mampu berkonsentrasi
10. Memisahkan diri
11. Mimpi buruk
12. Merasa tidak berguna
13. Memelihara hubungan dengan orang yang hilang
14. Fungsi imunitas terganggu

#### **F. Proses Keperawatan Klien Duka Cita**

Kasus:

Perawat CMHN sedang melaksanakan deteksi dini. Hasil pengkajian ditemukan, Ny. Y usia 34 tahun mengeluh bahwa dirinya saat ini begitu kehilangan suaminya sejak meninggal 3 hari lalu. Klien mengatakan bahwa, masih merasakan bahwa suaminya

pergi bekerja dan pasti akan pulang lagi. Tampak klien menangis menceritakan peristiwa kecelakaan yang membuat suaminya meninggal, klien bingung bagaimana bisa mengurus anak-anak tanpa ada suami. Klien bercerita dengan tatapan kosong. Anaknya menambahkan bahwa, semenjak 3 hari lalu, ibunya menjadi tidak nafsu makan, cenderung melamun, bahkan masih sering menangis.

1. Pengkajian keperawatan jiwa

a. Identitas

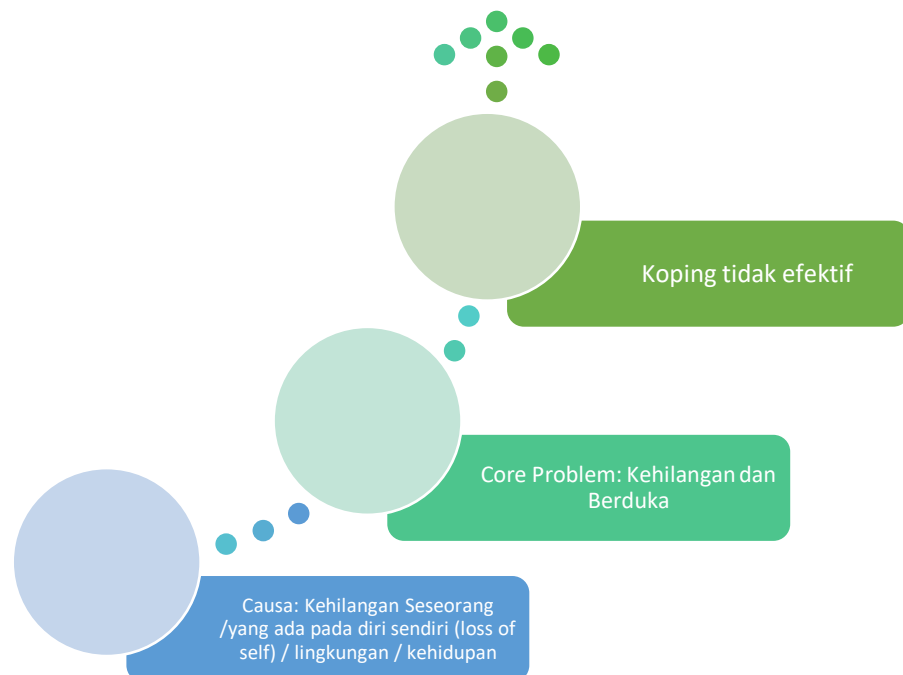
Nama : Ny. Y

Usia : 34 th

b. Analisis Data

Data Subjektif	Data Objektif
1. Mengeluh bahwa dirinya saat ini begitu kehilangan suaminya sejak meninggal 3 hari lalu	1. Tampak klien menangis menceritakan peristiwa kecelakaan yang membuat suaminya meninggal
2. Mengatakan masih merasakan bahwa suaminya pergi bekerja dan pasti akan pulang lagi	2. Klien bercerita dengan tatapan kosong.
	3. cenderung melamun,
	4. sering menangis

c. Pohon Masalah



## 2. Perencanaan (intervensi)

Diagnosa	Tujuan	Tindakan Klien
Duka Cita	<p>1) Kognitif, klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memahami proses kehilangan yang dialami</li> <li>b. Mengetahui cara mengatasi kehilangan seacara bertahap</li> </ol> <p>2) Psikomotor, klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menyadari respons kehidupan</li> <li>b. Menyebutkan fakta-fakta kehilangan.</li> <li>c. Melatih diri bergerak dari harapan ke realitas</li> <li>d. Melatih diri melihat aspek positif</li> <li>e. Melatih rencana yang baru.</li> </ol> <p>3) Afektif, klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Merasakan manfaat Latihan.</li> <li>b. Merasa mampu beradaptasi dengan keadaan</li> <li>c. Merasa lebih optimis</li> </ol>	<p>1. Kaji tanda dan gejala berduka dan identifikasi kehilangan yang terjadi.</p> <p>2. Jelaskan proses teradinya berduka sesuai dengan tahapan kehilangan berduka, yaitu mengingkari, marah, tawar menawar, depresi dan menerima.</p> <p>3. Latih melalui tahapan kehilangan/ berduka:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengingkari : diskusikan fakta-fakta tentang kehilangan. Misalnya :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kehilangan kesehatan : sampaikan hasil pemeriksaan penunjang.</li> <li>b. Kehilangan orang yang di cintai : sampaikan proses kematiannya.</li> </ol> </li> <li>2) Marah : latih relaksasi dan mengekspresikan emosi dengan konstruktif .</li> <li>3) Tawar menawar : diskusikan harapan / rencana yg tidak tercapai kaitkan dengan kenyataan.</li> <li>4) Depresi : latihan mengidentifikasi aspek positif dari kehilangan dan kehidupan yang masih di jalani.</li> <li>5) Menerima : latih melakukan kegiatan hidup sehari-hari dengan pendampingan.</li> </ol> <p>4. Beri pujian, motivasi dan bimbingan.</p> <hr/> <p><b>Tindakan Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji masalah yang di rasakan keluarga dalam merawat klien yag berduka.</li> <li>2. Jelaskan pengertian,tanda dan gejala, dan proses atau tahapan berduka atau kehilangan serta memutuskan cara merawat.</li> <li>3. Latih keluarga cara merawat dan mendampingi klien melalui tahapan berduka/ kehilangan sesuai dengan asuhan keperawatan yang telah di berikan</li> <li>4. Latih keluarga menciptakan sesuatu yang mendukung proses kehilangan.</li> </ol>

		<p>5. Misalnya telah ada yang menemani klien melalui masa berdukanya</p> <p>6. Diskusikan tanda dan gejala berduka yang belum selesai dan memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan. Khususnya bersedih lebih dari 2 minggu</p>
--	--	--

### 3. Evaluasi

- a. Klien tampak kooperatif
- b. Klien mengetahui tanda gejala berduka.
- c. Klien dapat mengetahui proses terjadinya berduka sesuai dengan tahapan kehilangan berduka
- d. Klien dapat melatih melalui tahapan kehilangan/ berduka

### 4. SPTK/implementasi (pasien dan keluarga)

#### a. Salam Terapeutik

“Selamat siang perkenalkan nama saya Perawat Yuni, senang dipanggil Yunda. Ibu namanya siapa, senangnya dipanggil apa?” Tujuan saya kesini adalah untuk melakukan pengkajian kepada Nn.Y. Bagaimana kalau kita berbincang-bincang mengenai tanda gejala berduka dan tahapan berduka selama kurang lebih 30 menit tentang apa yang Nn.I rasakan saat ini”

#### b. Evaluasi

“Bagaimana kabar ibu hari ini? Apa yang ibu rasakan?”

#### c. Kontrak

“Baik bu, bagaimana kalau kita membahas tentang proses berduka, supaya ibu bisa lebih tenang. Tempatnya mau dimana? Sekitar 15 menit berkenan?”

#### d. Kerja

“Baik bu, apakah ibu bisa menceritakan apa yang ibu rasakan saat ini. Baik, kalau boleh saya tau suaminya meninggal karena apa? Baik saya paham sekali apa yang ibu rasakan saat ini, sebelumnya kita perlu tahu bersama bahwa meninggal adalah sesuatu yang pasti. Kita semua mempunyai waktunya masing-masing. Kita tidak dapat mencegahnya, mempercepat maupun memperlambat. Apa yang ibu rasakan adalah tanda gejala dari berduka yaitu merasa sedih, pola tidur berubah, tidak nafsu makan dan tidak menerima kematian. Dan tahapan dari berduka sendiri ada 5 yaitu mengingkari kenyataan, marah, tawar menawar, depresi dan lalu seseorang akan menerima keadaan yang ia alami”

e. Terminasi

1) Evaluasi Subjektif

“Baik bagaimana perasaan ibu setelah berbincang dengan saya selama 15 menit?”

2) Evaluasi Objektif

“Baik kalau begitu, apakah Nn.I dapat mengulangi penjelasan saya mengenai berduka?”

3) Kontrak

“Kalau begitu besok saya apakah boleh datang kembali kita berdiskusi tentang tahapan berduka cara mengatasi kemarahan”

## DAFTAR PUSTAKA

Karger, M. (2014). Exploring Mothers' Experiences Over Time Following Death of Their Young Child From Cancer: Implications For Practice. A Dissertation Submitted In Partial Fulfillment of The Requirements For The Degree of Doctor of Psychology. *University of New Jersey, October.*

Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.

Muhamad Z. A, la A. F. I. Y. H. R. D. (2013). Proses berduka (bereavement) dan spiritualitas keluarga pasien dengan stroke. *BIMIKI, 2*, 51.

Mujahidah, Z., & Hamid, A. Y. S. (2015). *Pengalaman kehilangan dan berduka pada ibu yang mengalami kematian bayi di depok. 3(2)*, 124–136.

Olivas, L. (2013). After-Death Communication: A Parent Who Has Lost a Child. Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy Counseling Psychology. *Walden University November.*

PPNI. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. PPNI.

Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Elsevier.

Townsend, M. C. (2013). Essentials of psychiatric mental health nursing. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>



# **KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN KESEHATAN**

**Ns. Wahyu Dini Candra S, M.Kep., Sp.Kep.J**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**



## **KETIDAKEFEKTIFAN MANAJEMEN KESEHATAN**

**(Ns. Wahyu Dini Candra S, M.Kep., Sp.Kep.J)**

### **A. Konsep Teori**

Manajemen adalah ilmu menggunakan sumber daya secara efektif, efisien dan rasional untuk mencapai tujuan tertentu. Manajemen adalah ilmu terapan yang penerapannya disesuaikan dengan ruang lingkup kegiatan, bentuk kerja sama dan ruang lingkup masalah yang akan ditangani. Ketidakefektifan manajemen kesehatan merupakan pola pengaturan dan pengintegrasian kedalam kebiasaan terapeutik hidup sehari-hari untuk Tindakan terapeutik terhadap penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan Kesehatan spesifik (Keliat et al., 2019). SDKI menyebut kondisi ini dengan manajemen kesehatan tidak efektif yakni, pola pengaturan dan pengintegrasian penanganan masalah kesehatan ke dalam kebiasaan kehidupan sehari hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan (SDKI, 2017).

Batasan karakteristik diagnosis ini adalah kesulitan dalam mengikuti regimen pengobatan, kegagalan dalam menjalankan penatalaksanaan dalam kehidupan sehari-hari, kegagalan dalam mengurangi dan mengontrol faktor risiko, ketidakefektifan pemilihan kegiatan dalam meningkatkan status kesehatan. Faktor yang berhubungan dengan diagnosis ini yaitu: regimen pengobatan yang kompleks, sistem pelayanan kesehatan yang kompleks, konflik dalam mengambil keputusan, masalah perekonomian, konflik keluarga, tuntutan yang berlebihan, pola keluarga terhadap pelayanan keluarga, kurangnya pengetahuan terkait regimen pengobatan yang terapeutik, kurangnya dukungan sosial, halangan yang dirasakan, keuntungan yang dirasakan, ketidakberdayaan (Herdman & Kamitsuru, 2018).

### **B. Proses Terjadinya**

Masalah ketidakefektifan manajemen kesehatan dapat terjadi karena kondisi kronis (mis. kanker, penyakit paru obstruktif kronis, sklerosis multipel, arthritis, gagal ginjal, hati atau jantung kronis). Diagnosis baru yang mengharuskan perubahan gaya hidup. Pola pengaturan yang membutuhkan keterlibatan seseorang dalam pemeliharaan Kesehatan untuk mencapai kesejahteraan sangat berisiko pada kondisi ini (SDKI, 2017).

### **C. Etiologi (Predisposisi & Presipitasi)**

Etiologi dalam hal ini merupakan kondisi factor-faktor yang menyebabkan perubahan status kesehatan. Etiologi menurut SDKI, (2017) pada masalah ini adalah:

1. Kompleksitas sistem pelayanan Kesehatan
2. Kompleksitas program perawatan/pengobatan
3. Konflik pengambilan keputusan
4. Kurang terpapar informasi
5. Kesulitan ekonomi
6. Tuntutan berlebih
7. Konflik keluarga
8. Ketidakefektifan pola perawatan Kesehatan keluarga
9. Ketidacukupan petunjuk untuk bertindak
10. Kekurangan dukungan sosial.

Etiologi masalah ini berkaitan dengan masalah keperawatan lainnya, diagnosis ini merupakan tanda yang gejala pada seseorang berdasarkan pola pengaturan masalah lain.

#### **D. Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis ketidakefektifan manajemen Kesehatan meliputi tanda dan gejala mayor dan minor menurut (Keliat et al., 2019) antara lain:

Mayor

Subjektif:

1. Menyampaikan tidak ada masalah Kesehatan
2. Menyampaikan bahwa perilaku sehat dan tidak sehat sama/tidak berbeda
3. Menyampaikan lelah karena kekambuhan penyakit

Objektif:

1. Tidak mampu melakukan perilaku sehat
2. Kegagalan mengatasi faktor risiko
3. Kegagalan melakukan regimen terapeutik

Minor

Subjektif:

1. Tidak tertarik dengan perilaku sehat
2. Menyampaikan bahwa system pendukung tidak sependapat

Objektif:

1. Riwayat perilaku pencarian bantuan Kesehatan yang kurang sesuai
2. Sikap kurang meningkatkan perilaku sehat

Tanda dan gejala ketidakefektifan manajemen Kesehatan menurut SDKI, (2017) antara lain dengan Tanda dan gejala mayor subjektif adalah mengungkap kesulitan dalam menjalani program/pengobatan, sedangkan Tanda dan gejala minor objektif

adalah gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko, gagal menerapkan program perawatan/pengobatan dalam kehidupan sehari-hari, aktivitas sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan. Tanda dan gejala minor subyektif tidak tersedia, sedangkan tanda dan gejala minor objektif juga tidak tersedia.

## **E. Proses Keperawatan Klien Harga Diri Rendah**

### **1. Pengkajian Keperawatan Jiwa**

Pengkajian merupakan tahapan paling pertama dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan perawat. Pengkajian merupakan proses pengumpulan data yang dilakukan secara sistematis dalam menentukan status kesehatan dan fungsional keluarga (Potter & Perry, 2013).

- a. Identitas
- b. Alasan masuk
- c. Pemeriksaan fisik
- d. Pola pengaturan Kesehatan (Kunjungan pelayanan kesehatan, pola pengaturan diet sesuai anjuran/tidak, serta tanda gejala ketidakefektifan manajemen Kesehatan yg lain)

### **2. Perencanaan (intervensi)**

Penentuan prioritas masalah dihitung berdasarkan skor berdasarkan beberapa kriteria, diantaranya sifat masalah, kemungkinan dapat diubah, potensi untuk dicegah, dan menonjolnya masalah yang ditentukan. Setiap poin diberikan poin dan dijumlahkan skor totalnya. Sehingga total skor yang paling tinggi merupakan masalah keperawatan yang lebih dahulu diintervensi.

Pasien

- 1) Jelaskan proses terjadinya ketidakefektifan manajemen Kesehatan
- 2) Diskusikan masalah Kesehatan, faktor risiko dan manajemen Kesehatan yang perlu dilakukan: daftar risiko masalah Kesehatan
- 3) Latih cara mengatasi faktor risiko
- 4) Latih cara merawat kondisi Kesehatan
- 5) Bantu melihat hasil Latihan mengatasi faktor risiko dan merawat kondisi Kesehatan

Keluarga

- 1) Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya ketidakefektifan manajemen Kesehatan dan cara merawat
- 2) Latih keluarga cara merawat dan mendampingi klien melakukan manajemen kesehatannya sesuai dengan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan
- 3) Latih keluarga menciptakan suasana terapeutik yang mendukung klien melakukan manajemen kesehatannya

- 4) Diskusikan tanda dan gejala ketidakefektifan manajemen Kesehatan yang memerlukan rujukan segera dan tindak lanjut ke fasilitas pelayanan kesehatan
3. SPTK/implementasi (pasien dan keluarga)
- Strategi pelaksanaan Tindakan keperawatan dilakukan pada pasien dan keluarga. Strategi pelaksanaan pada pasien dilakukan sesuai dengan intervensi pada ketidakefektifan manajemen Kesehatan sesuai dengan masalah yang ada pada pasien. Strategi pelaksanaan pada keluarga dilakukan dengan melakukan pengkajian pada keluarga untuk mengetahui kondisi indikator keluarga sehat (IKS) dan *self-reporting questioner 20 (SRQ 20)* untuk melihat kondisi Kesehatan jiwa keluarga yang merawat pasien.

Pasien

Implementasi adalah fase aksi di mana perawat melakukan intervensi keperawatan. Menggunakan terminologi *Nursing Interventions Classification (NIC)*, pelaksanaan terdiri dari melakukan dan mendokumentasikan kegiatan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (Berman, Snyder, Kozier, & Erb, 2014). Perawat melakukan atau mendelegasikan kegiatan keperawatan untuk intervensi yang dikembangkan dalam langkah perencanaan dan kemudian menyimpulkan langkah penerapan dengan merekam kegiatan keperawatan dan tanggapan klien yang dihasilkan. Implementasi dapat dilakukan pada individu dalam keluarga dan pada anggota keluarga lainnya, meliputi: tindakan keperawatan mandiri, observasi, pendidikan kesehatan dan kolaborasi.

<b>Orientasi</b>	SP 1 Pasien
Salam	: “Selamat pagi, saya Ners Wahyu dari Puskesmas Senang Hati “Bapak siapa Namanya? Senang dipanggil apa? Tanggal lahirnya”
Evaluasi	: “Bagaimana Kabarnya hari ini? Apa yang dirasakan?”
Validasi	: “Bagaimana upaya untuk memelihara Kesehatan hipertensi bapak?”
Kontrak:	
Tindakan dan tujuan	: “Kalau begitu saya periksa dulu mengenai perawatan Kesehatan dan cara melakukannya”
Waktu	: “Waktu 30 menit, apakah bapak setuju?”
Tempat	: “Kita lakukan disini ya”
Kerja	
Pengkajian	: “Bagaimana bapak menjaga hipertensi agar tidak naik? Mengapa tidak melakukan sesuai saran? Apa yang menyebabkan?”
	“Apa tanda dan gejala yang saat ini dirasakan?”
	“Dampaknya yang dirasakan apa?”
	Dsb
	Kesimpulan: “Jadi berdasarkan jawaban dari pertanyaan bapak, bapak mengalami ketidakefektifan manajemen kesehatan disebabkan oleh pola .....

Diagnosis	"Baiklah bapak, dari hasil tersebut diagnosis yang muncul adalah ketidakefektifan manajemen Kesehatan"
Kerja	"Baik bapak, untuk mengatasi ketidakefektifan manajemen Kesehatan ini mari kita diskusikan masalah kesehatan bapak mulai dari factor risiko masalah Kesehatan bapak"
	"Baiklah, kiranya bagaimana mengatasinya"
	"Baiklah, kiranya bagaimana merawatnya"
	"Baik luar biasa bapak, bapak sudah berupaya untuk mencari solusi untuk Kesehatan bapak"
Terminasi	
Evaluasi Subjektif	"Bagaimana perasaan bapak setelah kita diskusi?"
Evaluasi Objektif	"Baik, apa yang kita diskusikan dan kita pelajari?"
Rencana Tindak lanjut	"Baiklah, hari rabu kita akan bertemu lagi untuk mendiskusikan perkembangan pemeliharaan Kesehatan bapak dan melakukan Tindakan untuk menambah kemampuan lain apabila diperlukan"
Salam	"Sampai jumpa, semoga lekas sembuh"

## Keluarga

Perawat keluarga dapat melakukan implementasi keperawatan dengan berbagai cara, diantaranya: tindakan keperawatan langsung, menghilangkan hambatan terhadap pelayanan kesehatan, meningkatkan kemampuan keluarga untuk menyelesaikan masalah secara mandiri (Kaakinen, et al. 2010). Implementasi dilakukan berupa aktifitas-aktifitas yang didasarkan pada rencana intervensi yang sudah dibuat. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada keluarga dengan lansia dengan hipertensi mengacu pada lima tugas kesehatan keluarga yang terdiri dari keluarga mampu mengenal masalah, memutuskan untuk mengatasi masalah kesehatan, merawat, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada (Maglaya, 2009). Intervensi keperawatan diberikan dengan tujuan meningkatkan, memelihara, mencegah penyakit, dan memulihkan kesehatan (Potter & Perry, 2013). Hal penting yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan intervensi keperawatan adalah hubungan terapeutik antara perawat dan keluarga.

<b>Orientasi</b>	SP 1 Keluarga
Salam	: "Selamat pagi, saya Ners Wahyu dari Puskesmas Senang Hati yang merawat Bapak A " Bapak siapa Namanya? Senang dipanggil apa?"
Evaluasi	: "Bagaimana kabarnya hari ini? Apa yang dirasakan?"
Validasi	: "Apakah ada kesulitan untuk merawat Bapak A?"
Kontrak:	
Tindakan dan tujuan	: "Kalau begitu saya periksa dulu mengenai perawatan Kesehatan dan cara melakukannya"
Waktu	: "Waktu 30 menit, apakah bapak setuju?"
Tempat	: "Kita lakukan disini ya"

Kerja	
Pengkajian	:”sebelumnya saya izin tanya,, ddengan siapa sajakah bapak A tinggal?, oke baiklah dengan istri, adik dan ipar ya, bapak adik nya ya”
	”Bapak siapa nama lengkapnya, berapa usia saat ini?”
	”Pendidikan terakhir apa bapak? Pekerjaan apa? Untuk kondisi Kesehatan bapak bagaimana”
	”Oke baiklah luar biasa, baik selanjutnya akan saya kaji indicator keluarga sehat terlebih dahulu ya pak?”
	Mengikuti Program Keluarga Berencana Ibu Bersalin di Fasilitas Kesehatan? Bayi Mendapat Imunisasi Dasar Lengkap? Bayi Mendapat ASI? Balita Mendapat Pantauan Pertumbuhan dan Perkembangan? Anggota Keluarga Tidak Ada Yang Merokok? Keluarga Menjadi Anggota Jaminan Kesehatan Nasional? Keluarga Memiliki Akses Sarana Air Bersih? Keluarga Memiliki Akses Jamban Sehat? Penderita TBC Paru Mendapat Pengobatan Standar? Penderita Hipertensi Mendapat Pengobatan Teratur? Penderita Diabetes Melitus Mendapat Pengobatan Teratur? Penderita Kanker Mendapat Pengobatan Teratur? Penderita Gangguan Jiwa Mendapat Pengobatan dan Tidak Terlantar?
	”Oke baiklah luar biasa, baik selanjutnya akan saya kaji keluarga menggunakan SRQ 20 ya bapak?”
	Apakah Anda sering merasa sakit kepala? Apakah Anda kehilangan nafsu makan? Apakah tidur Anda tidak nyenyak? Apakah Anda mudah merasa takut? Apakah Anda merasa cemas, tegang, atau khawatir? Apakah tangan Anda gemetar? Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan? Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih? Apakah Anda merasa tidak bahagia? Apakah Anda lebih sering menangis? Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari? Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan? Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai? Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini? Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal? Apakah Anda merasa tidak berharga? Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda? Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu? Apakah Anda merasa tidak enak di perut? Apakah Anda mudah lelah?
	Kesimpulan: ”Jadi berdasarkan jawaban dari pertanyaan bapak, bapak mengalami kecemasan, biasa jadi karena merawat anggota keluarga yang sakit”

Diagnosis	"Baiklah bapak, dari hasil tersebut diagnosis yang muncul adalah kecemasan"
Kerja	"Baik bapak, untuk mengatasi kecemasan, akan saya ajarkan Tarik nafas dalam"
	"Baik, caranya Tarik nafas dari hidung, tahan beberapa saat, keluarkan melalui mulut"
	"Baiklah, saya contohkan"
	"Baik, selanjutnya bapak peragakan"
	"Baik luar biasa bapak"
	"Selanjutnya adalah disgtaksi/ mengalihkan" "jadi, bisa dialihkan dengan hobi bapak, seperti membaca, menulis, mendengarkan music dll" "Upayakan supaya bapak tidak ada waktu untuk kosong"
	"Baik, selanjutnya adalah hypnosis lima jari ya pak"
	"Satukan jempol dengan telunjuk, ingat saat badan sehat dan bugar"
	"Satukan jempol dengan jari tengah, ingat orang -orang yang peduli, perhatian, sayng pada bapak"
	"Satukan jempol dengan jari manis, ingat prestasi, pencapaian, pujian, hadiah yang membuat bapak senang"
	"Satukan jempol dengan kelingking, ingat saat mengunjungi tempat yang paling indah yang pernah dikunjungi, bayangkan bapak sekarang ada disana dan sangat senang sekali"
	"Baik, selanjtnya kita membahas mengenai masalah Kesehatan kakak bapak"
	"Kakak bapak mengalami ketidakefektifan manajemen Kesehatan yang terjadi karena ..... dengan tanda gejala ....."
	"Kondisi bapak A perlu didukung dengan upaya keluarga yakni ....."
	"Dukung situasi keluarga yang .... Agar bapak A merasa mendapat dukungan"
	"Selanjutnya dilakukan rujukan apabila perlu"
Terminasi	
Evaluasi Subjektif	"Bagaimana perasaan bapak setelah kita diskusi?"
Evaluasi Objektif	"Baik, apa yang kita diskusikan dan kita pelajari?"
Rencana Tindak lanjut	"Baiklah, hari rabu kita akan bertemu lagi untuk mendiskusikan perkembangan pemeliharaan Kesehatan bapak A dan melakukan Tindakan untuk menambah kemampuan lain apabila diperlukan untuk mengatasi kecemasan bapak sebagai anggota keluarga yang sedang merawat keluarga yang sakit"
Salam	"Sampai jumpa, semoga bapak A lekas sembuh"

Implementasi yang ditujukan untuk mengatasi tugas kesehatan keluarga pada setiap tahapan, tahapan yang pertama yaitu keluarga mampu untuk mengenal masalah, dengan memberikan informasi mengenai proses penyakit, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan. Tugas kesehatan kedua, yaitu keluarga memutuskan melakukan perawatan,

membantu keluarga untuk memutuskan melakukan perawatan yang tepat untuk individu dengan mendiskusikan konsekuensi apabila tidak melakukan tindakan dan sumber-sumber yang dimiliki keluarga. Tugas kesehatan ketiga keluarga mampu melakukan perawatan, mendemonstrasikan cara perawatan menggunakan alat dan fasilitas yang tersedia di rumah, antara lain: pengaturan menu diet, latihan fisik, manajemen nyeri, manajemen stress dengan teknik relaksasi pernapasan dalam, distraksi atau hipnosis dan kepatuhan minum obat. Tugas kesehatan keluarga keempat, membantu keluarga memodifikasi lingkungan untuk mendukung perawatan seperti melibatkan anggota keluarga untuk memantau jadwal kegiatan harian terkait diet, latihan atau kepatuhan minum obat yang sudah tersusun, sehingga perawatan dapat dilakukan seoptimal mungkin. Tugas kesehatan keluarga kelima, memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan memberikan informasi pelayanan kesehatan yang tersedia dan mudah dijangkau oleh keluarga.

#### 4. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan akhir dari proses asuhan keperawatan. Pada tahapan ini perawat harus menggunakan pemikiran kritis untuk menentukan sejauh mana keluarga telah mencapai hasil yang telah ditentukan. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan implementasi yang telah dilakukan dengan kriteria yang telah ditetapkan sebagai hasil pencapaian dari implementasi yang telah dilakukan. Pada tahapan ini, perawat dan keluarga juga berdiskusi mengenai rencana tindak lanjut dari intervensi yang dilakukan apakah dapat tetap dilakukan sesuai perencanaan atau akan dilakukan modifikasi (Kaakinen, et al.2010). Evaluasi didokumentasikan dalam bentuk evaluasi subjektif, objektif, analisis dan perencanaan. Selain itu evaluasi sumatif juga perlu dilakukan dengan mengacu pada lima tugas kesehatan keluarga (Maglaya, 2009), dan evaluasi tingkat kemandirian keluarga. Menurut Berman, Snyder, Kozier dan Erb (2014), evaluasi adalah kegiatan yang terencana, berkelanjutan, dan bertujuan di mana klien dan profesional perawatan kesehatan menentukan kemajuan klien sesuai pencapaian tujuan/hasil dan efektivitas rencana asuhan keperawatan. Evaluasi merupakan aspek penting dari proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus dihentikan, dilanjutkan, atau diubah. Selain itu, penting juga bagi perawat untuk menentukan waktu untuk mengakhiri hubungan dan keluarga dan melakukan terminasi dengan baik dengan keluarga.

## DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., & Erb, G. (2014). *Kozier & erb's fundamentals of nursing : concepts, process, and practice* (10th ed.). New Jersey: Pearson
- Herdman, T. H., dan Kamitsuru, S. (2018). *NANDA international nursing diagnoses: definition and classification. 2018-2020. 11<sup>st</sup> Edition*. Oxford : Wiley Blackwell.
- Kaakinen, J., Duff, V., Coehlo, D., & Hanson, S. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (4th ed.). USA: F. A Davis Company.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (1st ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Maglaya, A. (2009). *Nursing practice in the community* (5th ed.). Philippine: Argonauta Corporation.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat Nasional Indonesia.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2013). *Fundamentals of nursing*. Singapore: Elsevier.



# KETIDAKEFEKTIFAN PERFORMA PERAN

**Ns. Eli Saripah, M.Kep., Sp.Kep.J**



**Nuansa  
Fajar  
Cemerlang**



## KETIDAKEFEKTIFAN PERFORMA PERAN

(Ns. Eli Saripah, M.Kep., Sp.Kep.J)

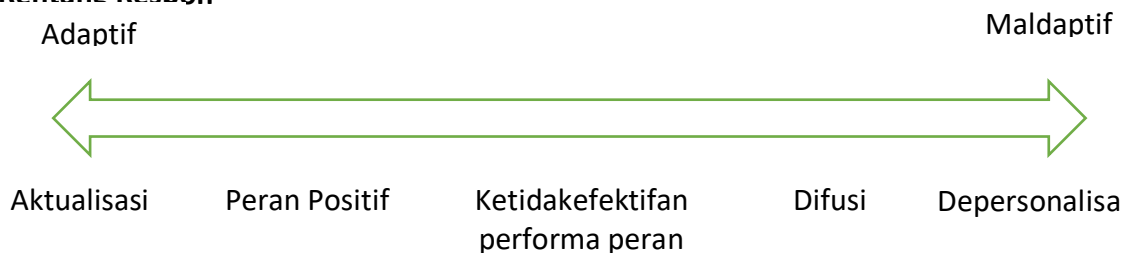
### A. Konsep Teori

Peran merupakan sekumpulan pola perilaku yang diharapkan secara sosial berhubungan dengan fungsi seseorang dalam kelompok sosial yang berbeda (Stuart, 2016). Ketidakefektifan performa peran merupakan suatu pola perilaku dan ekspresi diri yang tidak sesuai dengan harapan, norma, dan konteks lingkungan (Keliat et al., 2019). Peran merupakan seperangkat perilaku yang diharapkan dari seseorang yang menduduki suatu posisi atau kedudukan tertentu dalam masyarakat (Pangesti & Agussafutri, 2017). Peran memiliki pengaruh yang berkaitan dengan kematangan konsep diri individu sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan diri maupun orang lain (R. N. Yusuf et al., 2021).

### B. Proses Terjadinya

Individu yang mengalami perubahan bentuk dan fungsi akan mengalami kesulitan keterbatasan atau hambatan dalam melakukan aktualisasi dan kesulitan dalam melaksanakan peran. Perubahan peran membuat individu sering merasa belum optimal dan menjadi stress berkepanjangan sehingga banyak menghabiskan waktu untuk penyesuaian terhadap kondisi dirinya (Utomo et al., 2022). Individu yang mengalami perubahan bentuk dan fungsi dalam dirinya menganggap penampilan dirinya tidak menarik (Fernando, 2019). Individu yang tidak mampu untuk menerima kondisinya dan mencoba untuk berperan sebagai orang lain dengan perubahan bentuk dan fungsi tubuh yang dimiliki. Kondisi ini akan membuat individu keluar dari identitas sesungguhnya sehingga hal ini tidak akan bertahan lama. Jika kondisi ini tidak dapat dilaksanakan dengan baik, individu akan mulai menyalahkan dirinya sendiri karena kondisi yang dialami. Hal ini akan mengakibatkan perasaan sedih hingga depresi, kondisi ini sejalan dengan hasil penelitian lainnya yang menyatakan bahwa masalah merupakan salah satu hal yang menyebabkan individu mengalami depresi (Utomo et al., 2022). Harga diri tinggi dihasilkan dari peran yang memenuhi kebutuhan dan sesuai dengan ideal diri seseorang (Stuart, 2016).

### C. Rentang Respon



## **D. Etiologi (Predisposisi dan Presipitasi)**

### **1. Biologi**

- a. Adanya riwayat anggota keluarga menderita penyakit genetik dapat menjadi acuan individu memiliki potensi mengalami penyakit genetik yang berhubungan dengan kecacatan. Cacat fisik dapat menjadi penyebab individu merasa tidak nyaman dengan citra tubuhnya apalagi jika mengalami perubahan bentuk dan fungsi yang berbeda dengan individu lainnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang sangat signifikan antara peran individu dengan harga diri pada remaja cacat tuna daksa. Individu dengan cacat fisik menganggap diri mereka tidak kompeten baik secara fisik hingga secara sosial, individu mengalami kesulitan adaptasi dalam kehidupan masyarakat karena label sebagai penyandang disabilitas (Abdussamad & Supradewi, 2020).
  
- b. Menderita penyakit fisik atau mengalami tindakan medis, individu dengan riwayat penyakit medis kronis seperti kanker payudara yang mengakibatkan dilakukannya tindakan mastektomi sehingga menyebabkan perubahan bentuk dan fungsi anggota tubuh dan peran dalam kehidupan sehari-hari (Sriwahyuningsih et al., 2012). Kondisi medis lainnya yang membuat individu mengalami perubahan peran adalah mengidap penyakit kusta (Yunalia & Wahyuni, 2017). Individu yang mengalami fraktur sehingga harus menjalani tindakan amputasi akan berpengaruh terhadap perubahan pada gambaran peran dirinya.

Selain itu, tindakan medis kemoterapi yang dijalani pasien dapat berpengaruh pada bentuk dan fungsi anggota tubuhnya seperti adanya mual, muntah, rambut rontok, keletihan, dan nyeri merupakan beberapa faktor yang dapat menyebabkan responden merasa ada perubahan pada perannya (Sandhi et al., 2017). Tindakan medis lainnya yakni individu menjalani tindakan hemodialisa secara rutin memiliki gambaran perubahan peran. Hal ini karena hemodialisa yang dijalani berpengaruh terhadap perubahan fisik dan perilaku seperti perubahan ukuran dan bentuk tubuh serta keterbatasan gerak (Faridah et al., 2022).

- c. Adanya masalah psikososial yang menyebabkan gangguan makan, BB obesitas atau terlalu kurus. Individu dengan gangguan makan memiliki gejala kesehatan mental lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mengalami (Masheb et al., 2021). Gangguan makan ini membuat perubahan pola makan individu sehingga berdampak pada peningkatan atau penurunan berat badan. Pola makan yang meningkat membuat

individu mengalami obesitas sehingga membuat individu merasa minder dengan kondisi gambaran dirinya serta perannya secara umum (Fogelkvist et al., 2020). kebiasaan pola makan berlebihan dan kurang gerak tubuh memiliki dampak pada gangguan psikososial yakni rasa rendah dan menarik diri, mudah lelah/mengantuk dan kesulitan keseimbangan (Fernando, 2019).

- d. Perubahan fisiologis pada kehamilan dan penuaan. Perubahan bentuk tubuh pada usia kehamilan akan berdampak pada citra tubuh yang negatif sehingga membuat tingkat stress ibu hamil meningkat, beberapa ibu hamil merasa dirinya lebih besar, terlihat buruk, merasa tidak nyaman dan menjadi pemarah saat hamil (Pakasi et al., 2020). Ibu hamil sering merasa tidak puas terhadap perubahan bentuk tubuhnya saat hamil juga perannya yang mulai berubah (Juliadilla, 2017). Walaupun mengalami perubahan peran, namun para ibu hamil hanya menganggap perubahan citra tubuh yang dialami selama kehamilan hanya berlangsung sementara selama usia kehamilan (Gani et al., 2014). Sebaliknya individu yang memiliki gambaran fisik yang bagus cenderung memiliki tingkat stress yang rendah dan tingkat kepercayaan diri yang tinggi (Kim & Chung, 2021).

## 2. Psikologi

Individu dengan ketidakefektifan performa peran memiliki hubungan positif dengan masalah kesehatan mental yakni stress, depresi hingga ide bunuh diri (Yun, 2018). Faktor psikologi pada masalah performa peran dapat dilihat melalui konsep diri yang terdiri atas gambaran diri, identitas diri, peran diri, ideal diri dan harga diri. Individu yang mengalami perubahan bentuk dan fungsi pada anggota tubuhnya akan memersepsikan dirinya negatif dan cenderung membandingkan dirinya dengan individu yang normal (Juliadilla, 2017). Perasaan negatif ini akan mempengaruhi peran yang dijalani, seperti penurunan performa dalam bekerja yang berdampak pada masalah pemenuhan kebutuhan sehari-hari. (Ferani et al., 2015).

Perubahan performa peran yang dialami individu juga berdampak pada motivasi dan harapan individu. Individu akan mengalami penurunan motivasi untuk melangsungkan hidupnya, selain itu, individu juga akan kehilangan harapan, karena merasa tidak dapat mencapai keinginannya karena kondisi yang dialami.

## 3. Sosio Kultural

Faktor sosiokultural yang dapat dilakukan pengkajian pada masalah ketidakefektifan performa peran adalah pendidikan, pekerjaan, pola asuh, status perkawinan dan hubungan sosial. Faktor pendidikan akan mempengaruhi pola pikir individu dalam berperan, individu dengan pendidikan

yang baik cenderung dapat berfikir positif terhadap kondisi yang dialami, dapat beradaptasi dengan mudah untuk kelangsungan hidupnya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa individu dengan pendidikan yang baik memiliki mekanisme koping baik dalam menghadapi suatu penyakit (Rustandi et al., 2018).

Faktor pekerjaan akan mempengaruhi kondisi emosional individu jika mengalami perubahan peran dan fungsi dalam pekerjaannya. Masalah ketidakefektifan performa peran tidak akan dirasakan oleh individu yang tidak mengalami perubahan peran dan fungsi dalam pekerjaannya, namun akan sangat emosioanl yakni sedih, perasaan bersalah hingga kecewa jika berdampak pada tidak mampu melakukan peran dan fungsi yang optimal dalam pekerjaannya.

Pola asuh penting untuk menilai kemampuan individu menghadapi sebuah perubahan. Individu yang mampu beradaptasi dan mau menerima kondisi yang dialami terkait perubahan cenderung memiliki riwayat pola asuh yang baik. Riwayat pola asuh yang baik berpengaruh terhadap mekanisme koping yang adaptif terhadap masalah yang dihadapi (Rokhim et al., 2022). Pola asuh yang baik membuat individu memiliki harga diri yang tinggi, hal ini di pengaruh oleh adanya penerimaan, dukungan orang tua dan cinta, sedangkan individu dengan pola asuh yang kurang membuat individu cenderung merasa tidak berharga karena adanya perasaan tidak berharga (Abdussamad & Supradewi, 2020).

Status perkawinan dan hubungan sosial juga mempengaruhi penilaian dan adaptasi individu dalam menghadapi masalah. Dukungan sosial yang diperoleh individu akan membuat individu menerima perubahan. Anggota keluarga yang senantiasa merawat dan menerima kondisinya justru akan cepat memulihkan kondisi psikologis yang dialami. Sebaliknya jika tidak ada dukungan sosial, individu semakin kehilangan harapan dan cenderung menyalahkan dirinya akibat masalah yang dialami.

Faktor yang mempengaruhi penyesuaian seseorang dalam berperan yaitu pengetahuan, respons konsisten dari orang lain yang berarti, kecocokan dan keseimbangan berbagai peran, kesesuaian norma-norma budaya dan harapan sendiri, dan pemisahan situasi (Stuart, 2016). Peran dalam pengembangan konsep diri yang positif bisa dilakukan dengan cara memberikan sebuah penghargaan terhadap dirinya hal-hal yang dilakukannya secara positif (Ranny et al., 2017).

## E. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala ketidakefektifan performa peran yakni merasa bingung menjalankan peran, merasa harapan tidak terpenuhi, merasa tidak puas menjalankan peran, konflik peran, adaptasi tidak adekuat, strategi koping tidak efektif, merasa cemas, depresi, dukungan sosial kurang, kurang bertanggungjawab dalam menjalankan peran (PPNI, 2017). Kurang pengetahuan atas tuntutan peran, kurang percaya diri, kurang motivasi, kurang terampil, mobilisasi terbatas, tidak berdaya, dan ragu-ragu (Keliat, 2019). Pasien dengan ketidakefektifan performa peran sering mengalami perubahan persepsi peran, ansietas, perubahan kapasitas melaksanakan peran, perubahan pada persepsi orang lain tentang peran, perubahan pola tanggung jawab yang biasa, depresi, diskriminasi, kekerasan dalam rumah tangga, pencabulan, ketidaksesuaian harapan perkembangan, ketidakadekuatan adaptasi terhadap perubahan, strategi koping tidak efektif, kurang kepercayaan diri, kurang dukungan eksternal, kurang pengetahuan, kurang motivasi, kurang kesempatan, kurang manajemen diri, kurang keterampilan, pesimis, tidak berdaya, ambivalensi peran, konflik peran, bingung peran, menyangkal peran, ketidakpuasan peran, ketegangan peran, konflik system, dan ketidakpastian (NANDA, 2018).

## F. Proses Keperawatan

### 1. Pengkajian

#### a. Alasan Masuk

Klien berusia 47 tahun, memiliki 2 anak perempuan sedang berobat ke rumah sakit diantar oleh istrinya karena lemas dan menderita diabetes melitus sejak 1 tahun terakhir. Menurut istrinya, kondisi klien ini bermula sejak dirinya di PHK dari pekerjaannya karena kondisi Covid kemudian klien menderita diabetes melitus dan tidak bekerja lagi sehingga istri klien yang harus menggantikan posisi mencari nafkah keluarga. Klien bahkan tidak melakukan aktivitas selama di rumah.

#### b. Pengkajian Faktor Predisposisi dan presipitasi

##### 1) Biologi

Klien riwayat jatuh dari motor 2 bulan lalu yang menyebabkan kaki klien berjalan kurang sempurna, riwayat klien berobat ke puskesmas, saat ini klien mengkonsumsi obat untuk kaki kanannya yang masih dalam fase pemulihan dan mengkonsumsi obat diabetes mellitus, Klien riwayat mengkonsumsi kopi 2 gelas sehari, kebiasaan merokok ½ bungkus perhari, namun sejak 2 minggu terakhir intensitas merokok berkurang karena menghemat pengeluaran. Nafsu makan mengalami penurunan sejak 3 minggu terakhir, menurut istri klien hanya makan ½ porsi setiap

harinya. Klien tidak ada riwayat anggota keluarga memiliki gangguan jiwa.

2) Sosiokultural

Pendidikan terakhir klien adalah SMA, riwayat bekerja kurang lebih selama 8 tahun, namun saat ini tidak bekerja karena telah di PHK. Setelah di PHK kebutuhan keluarga di penuhi oleh istri yang bekerja sebagai pembantu rumah tangga. Klien tinggal bersama istri dan 2 orang anaknya. Orang tua dan saudaranya tinggal terpisah. Pola asuh klien menurut istrinya di besarkan dengan kasih sayang oleh orang tuanya. Sejak menderita diabetes melitus, klien tidak aktif lagi di kegiatan masyarakat, padahal sebelumnya klien aktif beribadah ke masjid dan sering terlibat kegiatan masjid.

3) Psikologis

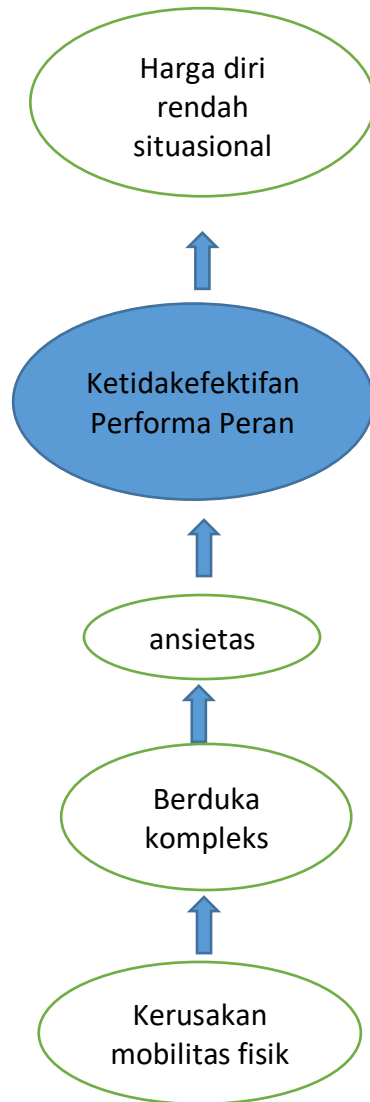
Klien menilai diri tidak mampu dan tidak bias menjadi kepala keluarga lagi. Klien merasa sedih karena harus di PHK akibat pandemi Covid-19. Klien menyalahkan nasibnya saat ini sehingga tidak dapat bekerja dan menjadi kepala keluarga yang baik. Tidak ada motivasi dan semangat untuk dapat sembuh dan bangkit dari perasaan sedih akibat kondisi yang dialami.

2. Diagnosis

**Analisis Data**

No	Data	Diagnosa Keperawatan
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatakan tidak mampu dengan kondisinya saat ini</li> <li>- Menilai negatif terhadap dirinya sendiri</li> <li>- Kaki kanan berjalan kurang sempurna</li> <li>- Merasa sedih</li> <li>- Tidak mau bekerja karena lemas</li> <li>- Berdiam diri</li> <li>- Tidak berdaya</li> <li>- Ragu-ragu</li> <li>- Kurang percaya diri</li> <li>- Kurang motivasi</li> <li>- melamun</li> <li>- Vital Sign : TD=110/60 mmHg, N=92 x/l, P=20 x/mnt, S=36,2°C</li> </ul>	<p>Ketidakefektifan Performa Peran</p>

**D. Pohon Masalah**



**E. Rencana Tindakan Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan Keperawatan
Ketidakefektifan Performa Peran	Kognitif: 1. Ketidakmampuan menyesuaikan peran yang diharapkan 2. Mengungkapkan ketidakpuasan perannya atau kemampuan menampilkan peran 3. Kegagalan transisi peran 4. Kemunduran pola tanggung jawab yang biasa dalam peran	1. Mengenal peran: peran dalam hidup, peran dalam keluarga, periode transisi peran dalam kehidupan, perasaan terhadap peran yang dilakukan 2. Mengenal perubahan peran: perilaku yang diperlukan terhadap perubahan peran, perubahan peran saat sakit

	<p>Afektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambiguity</li> <li>2. Bingung peran</li> <li>3. ketegangan peran</li> <li>4. Proses berkabung yang tidak berfungsi</li> </ol> <p>Fisiologis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan tidur</li> <li>2. Gangguan pola makan</li> <li>3. Psikosomatik</li> <li>4. Penyakit fisik</li> <li>5. Libido menurun</li> </ol> <p>Perilaku:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menangis</li> <li>2. Acting out</li> <li>3. Kehilangan fokus control</li> <li>4. Mengingkari atau menghindari peran</li> </ol> <p>Sosial:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menarik diri dari lingkungan</li> <li>2. Tidak memikirkan orang lain</li> <li>3. Kejenuhan pekerjaan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Melatih klien untuk melakukan strategi manajemen perubahan peran</li> <li>4. Melatih klien cara adaptasi terhadap perubahan peran</li> </ol>
--	--	--

### Implementasi

Nama Pasien : Tn. X

Tanggal Lahir : 15 Desember 1975

No. RM : 0000XXX

Hari / Tanggal / Jam	Implementasi	Perawat
Rabu, 5 Oktober 2022	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatakan kondisinya lemah, tidak mampu melakukan peran sebagai kepala keluarga dalam mencari nafkah</li> <li>- Kaki kanan tidak sempurna</li> <li>- Merasa sedih</li> <li>- Berdiam diri</li> <li>- Melamun</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sedih</li> <li>- Menilai negative kaki kanannya yang tidak sempurna</li> <li>- melamun</li> </ul>	Nama dan TTD

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berdiam diri</li> <li>- Tidak berdaya</li> <li>- Kurang percaya diri</li> <li>- Vital Sign : TD=110/60 mmHg, N=92 x/l, P=20 x/l, S=36,2°C</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa : Ketidakefektifan Performa Peran</li> </ul> <p>Tindakan Keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji tanda dan gejala ketidakefektifan performa peran</li> <li>- Jelaskan proses terjadinya ketidakefektifan performa peran</li> <li>- Diskusikan perubahan kondisi kesehatan yang mengakibatkan tidak dapat melakukan peran yang biasa dilakukan dan memerlukan peran baru terkait kondisi kesehatan</li> <li>- Latih melakukan peran lama yang masih dapat dilaksanakan</li> <li>- Latih peran baru terkait dengan perubahan kondisi kesehatan, seperti pola makan, pola istirahat, dan perilaku hidup sehat</li> <li>- Berikan pujian dan motivasi dalam melakukan peran baru</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa : Ketidakefektifan Performa Peran</li> <li>- Tindakan Keperawatan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi perubahan kondisi kesehatan yang berpengaruh pada peran</li> <li>2. Evaluasi cara melakukan peran baru sesuai perubahan kondisi kesehatan</li> <li>3. Latih klien dengan peran baru sesuai kondisi kesehatan</li> </ol> </li> </ul>	
<p>Kamis, 6 Oktober 2022</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui cara mengatasi ketidakefektifan performa peran</li> <li>- Merasakan manfaat bagian tubuh yang sehat</li> <li>- Kaki kanan dipergunakan semaksimal mungkin</li> <li>- Belajar membangun motivasi diri sendiri</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan peran sehari-hari</li> <li>- Melakukan interaksi dengan orang lain</li> <li>- Berdiam diri</li> <li>- Vital Sign : TD=110/60 mmHg, N=90 x/l, P=20 x/l, S=36°C</li> </ul>	<p>Nama dan TTD</p>

	<p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa: Ketidakefektifan Performa Peran</li> </ul> <p>Tindakan Keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap perannya</li> <li>- Mengevaluasi kemampuan klien menggunakan perannya dalam kehidupan sehari-hari</li> <li>- Melatih klien dalam melaksanakan peran barunya</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa: Ketidakefektifan Performa Peran</li> </ul> <p>Tindakan Keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi perubahan kondisi kesehatan yang berpengaruh pada peran</li> <li>- Evaluasi cara melakukan peran baru sesuai perubahan kondisi kesehatan</li> <li>- Latih klien dengan peran baru sesuai kondisi kesehatan</li> <li>- Motivasi klien melakukan peran sesuai jadwal dan beri pujian</li> <li>- Motivasi klien dalam melakukan kegiatan sosial</li> </ul>	
<p>Jum'at, 7 Oktober 2022</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui cara mengatasi ketidakefektifan performa peran</li> <li>- Merasakan manfaat melakukan peran sesuai dengan perubahan kondisi kesehatan</li> <li>- Merasakan manfaat latihan melakukan peran baru</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Badan lemah</li> <li>- Mampu melakukan peran</li> <li>- Berinteraksi dengan orang lain</li> <li>- Vital Sign: TD=110/60 mmHg, N=92 x/l, P=20 x/l, S=36,2°C.</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa: Ketidakefektifan performa peran</li> <li>- Tindakan Keperawatan: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap perannya</li> <li>2. Mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan peran</li> <li>3. Melatih klien dalam melakukan peran barunya</li> <li>4. Memotivasi klien melakukan latihan sesuai jadwal dan beri pujian</li> </ol> </li> </ul>	<p>Nama dan TTD</p>

	<p>5. Memotivasi klien melakukan kegiatan sosial</p> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diagnosa: Ketidakefektifan performa peran</li><li>- Tindakan Keperawatan:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi persepsi, perasaan dan harapan klien terhadap perannya</li><li>2. Evaluasi kemampuan klien menggunakan perannya dalam kehidupan sehari-hari</li><li>3. Evaluasi kemampuan klien melatih perannya dalam kehidupan sehari-hari</li><li>4. Motivasi klien melakukan latihan sesuai jadwal dan beri pujian</li><li>5. Motivasi klien melakukan kegiatan sosial</li></ol></li></ul>	
--	--	--

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdussamad, Y. P. W., & Supradewi, R. (2020). Hubungan Antara Citra Tubuh Dan Harga Diri Pada Remaja Akhir Penyandang Cacat Tuna Daksa. *Proyeksi*, 13(1), 98. <https://doi.org/10.30659/jp.13.1.98-108>
- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing : Concept, Process and Practice* (10th ed.). Julie Levin Alexander.
- Faridah, U., Hartinah, D., & Himawati, N. (2022). Hubungan Frekuensi Hemodialisa Dengan Perubahan Citra Tubuh Pada Pasien Hemodialisa Di Rs Islam Arafah Rembang. *Indonesia Jurnal Perawat*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.26751/ijp.v6i1.731>
- Ferani, A. A., Karini, S. M., & Nugroho, A. A. (2015). Hubungan antara Citra Tubuh dan Konsep Diri dengan Motivasi Bertato pada Wanita di Surakarta. *Jurnal Ilmiah Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret*, 177–191.
- Fernando, M. L. (2019). Gambaran citra tubuh pada wanita dewasa awal yang mengalami obesitas. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 7(1), 101. <https://doi.org/10.22219/jipt.v7i1.6369>
- Fogelkvist, M., Aila, S., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*, 32, 155–166. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>
- Gani, R., Bidjuni, H., & Lolong, J. (2014). Hubungan Perubahan Citra Tubuh (Body Image) Dengan Depresi Pada Ibu Hamil Trimester II Dan Trimester III Dipuskesmas Tilango Kabupaten Gorontalo. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 2(2), 107337.
- Juliadilla, R. (2017). Dinamika Psikologis Perubahan Citra Tubuh Pada Wanita Pada Saat Kehamilan. *Intuisi : Jurnal Psikologi Ilmiah*, 9(1), 57–66.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Kim, W. K., & Chung, W. C. (2021). Relation between body factors, physical activity, and mental health among adult women and men: The Korea national health and nutrition examination survey. *Indian Journal of Public Health*, 65(2), 116–123. [https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH\\_129\\_20](https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_129_20)
- Masheb, R. M., Ramsey, C. M., Marsh, A. G., Decker, S. E., Maguen, S., Brandt, C. A., & Haskell, S. G. (2021). DSM-5 eating disorder prevalence, gender differences, and mental health associations in United States military veterans. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1171–1180. <https://doi.org/10.1002/eat.23501>
- NANDA. (2018). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2018-2020* (T. H. Herdman & S. Kamitsuru (eds.); Eleventh). Thieme.

- Pakasi, G. P., Zakiyah, & Setyaningsih, W. (2020). Hubungan Citra Tubuh Dengan Tingkat Stres, Kecemasan Dan Depresi Pada Ibu Hamil. *Binawan Student Journal*, 2(1), 172–177. <https://doi.org/10.54771/bsj.v2i1.104>
- Pangesti, C. B., & Agussafutri, W. D. (2017). Hubungan Peran Ibu Dengan Konsep Diri Anak Usia 3-5 Tahun. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, 160–165. <https://doi.org/10.34035/jk.v8i2.236>
- PPNI. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. PPNI.
- Ranny, M, R. A. A., Rianti, E., Amelia, S. H., Novita, M. N. N., & Lestarina, E. (2017). Konsep Diri Remaja dan Peranan Konseling. *Jurnal Penelitian Guru Indonesia*, 2(2), 40–47.
- Rokhim, A., Rohmi, F., & Muhammad, Z. (2022). Hubungan Pola Asuh Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Penderita Skizofrenia. *Nursing Science Journal*, 6(1), 248–253.
- Rustandi, H., Tranado, H., & Darnalia, H. X. (2018). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Mekanisme Koping Pasien Hemodialisa Rsud Dr. M. Yunus Bengkulu. *Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 15–24. <https://doi.org/10.37676/jnph.v6i1.490>
- Sandhi, A. K., Azza, A., & Komarudin. (2017). Hubungan Perubahan Citra Tubuh Dengan Kemampuan Adaptasi Psikososial Pasien Kanker Dengan Kemoterapi Di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember. *Universitas Muhammadiyah Jember*, 13.
- Sriwahyuningsih, Dahrianis, & Askar, M. (2012). *Faktor yang Berhubungan Dengan Gangguan Citra Tubuh (Body Image) Pada Pasien Post Operasi Mastekomi Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar*. 1(1), 3.
- Sr, Dahrianis, & Askar, M. (2012). *Faktor yang Berhubungan Dengan Gangguan Citra Tubuh (Body Image) Pada Pasien Post Operasi Mastekomi Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar*. 1(1), 3.
- Stuart. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Singapore; Elsevier.
- Utomo, E. K., Wahyudi, T., Soleman, S. R., & PH, L. (2022). Intervensi Keperawatan Dalam Menurunkan Gangguan Citra Tubuh Pada Pasien Kanker Payudara : Literatur Review. *Jurnal Keperawatan*, 14(s2), 439–448.
- Xu, N., & Liu, Y. (2020). Coping strategy mediates the relationship between body image evaluation and mental health: A study with Chinese college students with disabilities. *Disability and Health Journal*, 13(1). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100830>
- Yun, H. J. (2018). Effect of Body Image Distortion on Mental Health in Adolescents.

*Journal of Health Informatics and Statistics*, 43(3), 191–191  
<https://doi.org/10.21032/jhis.2018.43.3.191>

Yunalia, E. M., & Wahyuni, T. (2017). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Gangguan Citra Tubuh Pada Penderita Kusta. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(2), 1–8.

Yusuf, A., PK, R. F., & Nihayati, H. E. (2015). Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa (Mental health nursing textbook). In A. Suslia & F. Ganiajri (Eds.), *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

Yusuf, R. N., Musyadad, V. F., Iskandar, Y. Z., & Widiawati, D. (2021). Implikasi Asumsi Konsep Diri Dalam Pembelajaran Orang Dewasa. *Edukatif : Jurnal Ilmu Pendidikan*, 3(4), 1144–1151. <https://edukatif.org/index.php/edukatif/article/view/513>

# DISTRESS SPIRITUAL

**Ns. Helena Pangaribuan, S.Kep., M.Kep**





## **DISTRESS SPIRITUAL**

**(Ns. Helena Pangaribuan, S.Kep., M.Kep)**

### **A. Konsep Teori**

Distres spiritual adalah gangguan pada keyakinan atau sistem nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau Tuhan (PPNI 2016). Distres spiritual didefinisikan sebagai gangguan dalam inti keberadaan manusia dan / atau identitas pribadi, penderitaan jiwa manusia, dan sebagai jenis respons maladaptif terhadap stresor kehidupan (Glenn & Pieper 2019). Distres spiritual merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai gangguan pada keyakinan atau sistem nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan, atau Tuhan. Diagnosis ini diberi kode D.0082, masuk dalam kategori psikologis dan subkategori integritas ego dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Distres spiritual adalah gangguan dalam prinsip hidup meliputi seluruh kehidupan seseorang (Keliat, 2010). Pengertian Distres spiritual adalah gangguan yang berkaitan dengan prinsip-prinsip kehidupan seperti keyakinan maupun keagamaan seseorang yang menyebabkan gangguan pada aktivitas keagamaan/spiritual akibat daripada masalah pada aspek biologis serta psikososial individu dimana dapat mengakibatkan individu merasa tidak memiliki arti kehidupan (PPNI,2019). Distres spiritual adalah gangguan kemampuan untuk mengalami dan mengintegrasikan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri sendiri dan orang lain (NANDA, 2018).

### **B. Proses Terjadinya**

Stress adalah realitas kehidupan manusia sehari-hari. Setiap orang tidak dapat menghindari stres, namun setiap orang diharapkan melakukan penyesuaian terhadap perubahan akibat stres. Ketika kita mengalami stres, otak kita akan berespon untuk terjadi yang menguraikan respon “melawan atau melarikan diri” sebagai suatu rangkaian perubahan biokimia didalam otak yang menyiapkan seseorang menghadapi ancaman yaitu stres. Stres akan menyebabkan korteks serebri mengirimkan tanda bahaya ke hipotalamus. Hipotalamus kemudian akan menstimuli saraf simpatis untuk melakukan perubahan. Sinyal dari hipotalamus ini kemudian ditangkap oleh sistem limbik dimana salah satu bagian pentingnya adalah amigdala yang bertanggung jawab terhadap status emosional seseorang. Gangguan pada sistem limbik menyebabkan perubahan emosional, perilaku dan kepribadian. Kegagalan otak untuk melakukan fungsi kompensasi terhadap stresor akan menyebabkan seseorang mengalami perilaku maladaptif dan sering dihubungkan



9. Peningkatan ketergantungan pada orang lain
10. Kejadian hidup yang tidak diharapkan

**E. Gejala dan tanda distress spiritual**

Menurut PPNI (2016), adapun gejala dan tanda distress spiritual sebagai berikut:

1. Gejala dan tanda mayor
  - a. Subjektif: (Mempertanyakan makna/tujuan hidupnya, menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang bermakna, merasa menderita/tidak berdaya)
  - b. Objektif: (Tidak mampu beribadah, marah pada Tuhan)
2. Gejala dan tanda minor
  - a) Subjektif: (Menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang tenang, mengeluh tidak dapat menerima (kurang pasrah), merasa bersalah, merasa terasing, menyatakan telah diabaikan)
  - b) Objektif: (Menolak berinteraksi dengan orang terdekat/pemimpin spiritual, tidak mampu berkeaktifan (mis. menyanyi, mendengarkan musik, menulis), koping tidak efektif, tidak berminat pada alam/literatur spiritual)

**F. Batasan Karakteristik Distress Spiritual**

Menurut Herdman & Kamitsuru (2014), batasan karakteristik dari distress spiritual yaitu sebagai berikut:

1. Hubungan dengan diri sendiri  
Yang berhubungan dengan diri sendiri yaitu marah, kurangnya ketenangan atau kedamaian, perasaan tidak dicintai, rasa bersalah, kurang dapat menerima atau kurang pasrah, koping yang tidak efektif, tidak cukup tabah, mengungkapkan kurangnya makna hidup.
2. Hubungan dengan orang lain  
Berhubungan dengan orang lain yaitu mengungkapkan rasa terasing, menolak berinteraksi dengan pemimpin spiritual, menolak berinteraksi dengan orang yang dianggap penting, pemisahan dari sistem pendukung.
3. Hubungan dengan seni, musik, literatur, alam  
Berhubungan dengan seni, musik, literatur, alam meliputi ketidakmampuan mengungkapkan kondisi kreativitas sebelumnya (misalnya menyanyi, mendengarkan musik ataupun menulis), dan tidak berminat atau tertarik pada alam maupun membaca literatur spiritual.
4. Hubungan dengan kekuatan yang lebih besar  
Berhubungan dengan kekuatan yang lebih besar dari dirinya yaitu mengungkapkan kemarahan terhadap kekuatan yang lebih besar dari dirinya, merasa ditinggalkan, putus asa, ketidakmampuan untuk introspeksi diri,

ketidakmampuan untuk mengalami pengalaman religiositas, ketidakmampuan berpartisipasi dalam kegiatan keagamaan, ketidakmampuan untuk berdoa, merasakan penderitaan, meminta menemui pemimpin keagamaan, dan mengalami perubahan yang tiba-tiba dalam praktik spiritual. Menurut Carpenito (2013), batasan karakteristik distress spiritual dibagi berdasarkan mayor adalah karakteristik yang harus ada pada distress spiritual yaitu klien mengalami suatu gangguan dalam sistem keyakinan. Berdasarkan karakteristik minor yaitu karakteristik yang mungkin ada pada klien dengan distress (Yusuf, 2015) meliputi: Mempertanyakan makna kehidupan, kematian, dan penderitaan, mempertanyakan kredibilitas terhadap sistem keyakinan, mendemonstrasikan keputusan atau kekecewaan, memilih untuk tidak melakukan ritual keagamaan yang biasa dilakukan, mempunyai perasaan ambivalen (ragu) mengenai keyakinan, mengungkapkan bahwa ia tidak mempunyai alasan untuk hidup, merasakan perasaan kekosongan spiritual, menunjukkan keterpisahan emosional dari diri sendiri dan orang lain, menunjukkan kekhawatiran-marah, dendam, ketakutan- mengenai arti kehidupan, penderitaan, kematian, meminta bantuan spiritual terhadap suatu gangguan dalam sistem keyakinan.

## **G. Faktor yang Mempengaruhi Distres Spiritual**

### **1. Faktor Predisposisi**

Gangguan pada dimensi biologis akan mempengaruhi fungsi kognitif seseorang sehingga akan mengganggu proses interaksi dimana dalam proses interaksi ini akan terjadi transfer pengalaman yang penting bagi perkembangan spiritual seseorang. Faktor predisposisi sosiokultural meliputi usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, tingkatan sosial.

### **2. Faktor Presipitasi**

Kejadian stresfull Mempengaruhi perkembangan spiritual seseorang dapat terjadi karena perbedaan tujuan hidup, kehilangan hubungan dengan orang yang terdekat karena kematian, kegagalan dalam menjalin hubungan baik dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan dan zat yang maha tinggi, Ketegangan hidup. Beberapa ketegangan hidup yang berkontribusi terhadap terjadinya distress spiritual adalah ketegangan dalam menjalankan ritual keagamaan, perbedaan keyakinan dan ketidakmampuan menjalankan peran spiritual baik dalam keluarga, kelompok maupun komunitas (Keliat, 2019).

### **3. Kondisi Klinis Terkait**

- a. Penyakit kronis (mis. Arthritis rheumatoid, sklerosis multiple)
- b. Penyakit terminal
- c. Retardasi mental

- d. Kehilangan bagian tubuh
  - e. *Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)*
  - f. Kelahiran mati, kematian janin, keguguran
  - g. Kemandulan
  - h. Gangguan psikiatrik (PPNI, 2016).
4. Proses Keperawatan
- a. Pengkajian
    - 1) Alasan Masuk
 

Klien dibawa ke Poliklinik psikiatri oleh suaminya karena selalu menangis, berdiam diri di rumah, merasa tidak berdaya, tidak mampu beribadah, menyalahkan Tuhan karena kondisi yang dialaminya, Kondisi ini sudah dialami sejak 8 bulan yang lalu. Menurut suaminya, kondisi klien ini bermula sejak dirinya didiagnosa Diabetes mellitus postoperasi amputasi kaki kanan. Sejak saat itu klien tidak dapat bekerja secara maksimal sebagai ibu rumah tangga, usia klien saat ini 53 tahun, suku melayu, Pendidikan tamat SMA, aktif di kegiatan pengajian di lingkungan sekitar rumah, dan sholat lima waktu, sebelum sakit membantu perekonomian keluarga dengan berjualan di pasar. Menurut suaminya klien selalu menyalahkan dirinya dan menyatakan hidupnya tidak bermakna, merasa menderita dan cobaan yang diberikan begitu berat, tidak mampu beribadah, menyalahkan Tuhan karena kondisi yang dialaminya, tidak berdaya, merasa dasingkan, tidak mau berinteraksi dengan lingkungan sekitar, tidak mampu berkreatifitas, padahal suami mengatakan istri klien sebelum sakit pintar memasak dan menyanyi.
  - b. Pengkajian Faktor Predisposisi dan presipitasi
    - 1) Predisposisi:
 

Klien mengalami Diabetes mellitus postoperasi amputasi kaki kanan 8 bulan lalu yang menyebabkan klien tidak dapat bekerja secara maksimal, riwayat pengobatan, saat ini mengkonsumsi obat Diabetes Mellitus yang masih dalam fase perawatan. Klien berusia 53 tahun, suku melayu mempunyai anak 2 orang, sebelum sakit klien rajin mengikuti pengajian di lingkungan sekitar rumah, dan membantu menopang perekonomian keluarga dengan berjualan di pasar dan sering terlambat makan dan minum karena seriusnya bekerja, sebelum sakit klien rajin memasak dan anak-anak suka dengan masakan klien. Tidak ada riwayat anggota keluarga klien memiliki gagal ginjal dengan haemodialisa.

2) Presipitasi:

Klien masuk Rumah sakit karena seluruh tubuh bengkak dan sesak napas. Hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnose medis klien dinyatakan Diabetes mellitus postoperasi amputasi kaki kanan 8 bulan yang lalu membuat klien marah kepada diri sendiri, orang lain dan kepada Tuhan , klien selalu menyalahkan dirinya dan menyatakan hidupnya tidak bermakna, klien mengatakan merasa menderita dan cobaan yang diberikan begitu berat, setelah sakit malas beribadah, menyalahkan Tuhan karena kondisi yang dialaminya dan klien mengatakan Tuhan tidak adil padahal sudah berbuat baik, klien mengatakan tidak berdaya, merasa ditinggalkan, pasrah dengan kehendak Tuhan yang tidak adil, tidak mau berinteraksi dengan lingkungan sekitar, tidak mampu berkreaitifitas, Klien menilai diri negative dan malu dengan kondisinya yang sakit. Klien merasa sedih karena harus di haemodialisa setiap minggu. Klien menyalahkan dirinya yang sakit dan tidak sembuh sehingga tidak dapat bekerja membantu perekonomian keluarga dan menjadi ibu rumah tangga yang baik. Tidak ada motivasi dan semangat untuk dapat sembuh dan bangkit dari perasaan sedih akibat kondisi penyakit yang dialami.

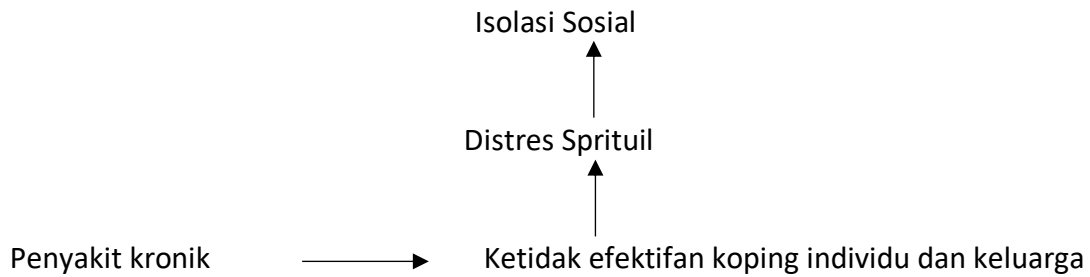
5. Diagnosis

**Analisis Data**

Menurut Budi Anna Keliat, dkk, 2019

No	Mayor	Minor
1	<b>Subjektif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh</li> <li>- menderita</li> <li>- Mempertanyakan</li> <li>- Merasa tidak dicintai</li> <li>- Merasa bersalah</li> <li>- kurang pasrah</li> </ul>	<b>Subjektif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perasaan asing</li> <li>- Perasaan diabaikan</li> <li>- Isolasi diri</li> </ul>
	<b>Objektif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insomnia</li> <li>- Menangis</li> <li>- Ketakutan</li> <li>- Menolak bertemu dengan pemuka agama dan orang terdekat, ritual sekaligus</li> </ul>	<b>Objektif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak dapat melakukan kegiatan ibadah</li> <li>- Mengasingkan diri</li> </ul>

## Pohon Masalah



## Rencana Tindakan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan
Distres Spritual	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3 x 24 jam klien mampu merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan diri, orang lain, lingkungan atau Tuhan. Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi dan makna tujuan hidup meningkat</li> <li>2. Verbalisasi dan kepuasan makna hidup meningkat</li> <li>3. Verbalisasi perasaan keberdayaan meningkat</li> <li>4. Perilaku marah pada Tuhan menurun</li> <li>5. Kemampuan beribadah membaik</li> </ol>	<p><b>Spritual Support</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi perasaan khawatir kesepian, dan ketidakberdayaan</li> <li>b. Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan Kesehatan</li> <li>c. Identifikasi harapan dan kekuatan pasien</li> <li>d. Identifikasi ketaatan dan beragama</li> </ol> </li> <li><b>2. Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>b. Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian</li> <li>c. Berikan kesempatan untuk mengekspresikan dan meredakan marah secara tepat</li> <li>d. Yakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama masa ketidakberdayaan</li> <li>e. Sediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual</li> <li>f. Diskusikan keyakinan dan makna tujuan hidup jika perlu</li> <li>g. Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah</li> </ol> </li> <li><b>3. Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman dan atau orang lain</li> <li>b. Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung</li> <li>c. Ajarkan metode relaksasi dan meditasi, imajinasi terbimbing</li> </ol> </li> <li><b>4. Kolaborasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Atur kunjungan dengan rohaniawan (mis: Ustaz, Pendeta, Romo, Biksu)</li> </ol> </li> </ol>

## Implementasi

Nama Pasien : Ny. A

Tanggal Lahir : 20 April 1969

No. RM : 008778

Hari / Tanggal / Jam	Implementasi	Perawat
Senin, 20 November 2022	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mengeluh dan merasa menderita</li><li>- Mempertanyakan kondisi penyakit yang tidak sembuh-sembuh</li><li>- Klien merasa keluarga tidak mencintainya</li><li>- Klien mengatakan merasa bersalah karena pola hidup yang tidak sehat selama ini</li><li>- Klien mengatakan tuhan tidak adil terhadap musibah yang dialaminya</li><li>- Merasa sedih dan perasaan diabaikan</li></ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Insomnia</li><li>- Menagis</li><li>- Ketakutan</li><li>- -Menolak bertemu dengan pemuka agama dan orang terdekat, ritual sekaligus</li><li>- Tidak dapat melakukan kegiatan ibadah</li><li>- Mengasingkan diri</li><li>- Vital Sign : TD=90/60 mmHg, N=90 x/l, P=20 x/l, S=36°C</li></ul> <p><b>A :</b></p> <p>Diagnosa : Distres Spritual</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tindakan Keperawatan:</li></ul> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identifikasi perasaan khawatir kesepian, dan ketidak berdayaan</li><li>- Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan Kesehatan</li></ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li><li>- Berikan kesempatan mengekresikan perasaan tentang penyakit dan kematian</li><li>- Berikan kesempatan untuk mengekspresikan dan meredakan marah secara tepat</li></ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman dan atau orang lain</li></ul>	Nama dan TTD

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atur kunjungan dengan rohaniawan</li> </ul> <p><b>P :</b> Diagnosa : Distres Spritual</p> <p>Tindakan Keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi harapan dan kekuatan pasien</li> <li>- Evaluasi dan diskusikan keyakinan dan makna tujuan hidup jika perlu</li> <li>- Latih metode relaksasi dan meditasi, imajinasi terbimbing</li> </ul>	
--	--	--

### DAFTAR PUSTAKA

- Angela Sandberg, MSN, APRN, ACNS-BC, Genevieve Beuer, MSN, RN,(2021). *Case discussion: The critically ill older adult in spiritual distress*. Elsevier, <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.01.011>, 280-282
- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing : Concept, Process and Practice* (10th ed.). Julie Levin Alexander.
- Chen J, You H, Liu Y, Kong Q, Lei A, Guo X. *Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. Medicine (Baltimore)*. 2021;100(1):e24264. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024264>.
- Faridah, U., Hartinah, D., & Himawati, N. (2022). Hubungan Frekuensi Hemodialisa Dengan Perubahan Citra Tubuh Pada Pasien Hemodialisa Di Rs Islam Arafah Rembang. *Indonesia Jurnal Perawat*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.26751/ijp.v6i1.731>
- Juliadilla, R. (2017). Dinamika Psikologis Perubahan Citra Tubuh Pada Wanita Pada Saat Kehamilan. *Intuisi : Jurnal Psikologi Ilmiah*, 9(1), 57–66.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Kim, W. K., & Chung, W. C. (2021). Relation between body factors, physical activity, and mental health among adult women and men: The Korea national health and nutrition examination survey. *Indian Journal of Public Health*, 65(2), 116–123. [https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH\\_129\\_20](https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_129_20)
- Michael Connolly, BA, MSc, PhD, RGN, RNT- Spiritual Care for Individuals with Cancer: The Importance of Life Review as a Tool for Promoting Spiritual Well-Being, <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151209>

- Masheb, R. M., Ramsey, C. M., Marsh, A. G., Decker, S. E., Maguen, S., Brandt, C. A., & Haskell, S. G. (2021). DSM-5 eating disorder prevalence, gender differences, and mental health associations in United States military veterans. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1171–1180. <https://doi.org/10.1002/eat.23501>
- NANDA. (2018). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2018-2020* (T. H. Herdman & S. Kamitsuru (eds.); Eleventh). Thieme.
- Nursalam. 2006. Efek Strategi Koping dalam Asuhan Keperawatan pada respons psikologis dan biologis pasien dengan HIV-AIDS. *Jurnal Ners*. 1 (1: 1-7)
- PPNI. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik*. PPNI.
- Rokhim, A., Rohmi, F., & Muhammad, Z. (2022). Hubungan Pola Asuh Keluarga dengan Mekanisme Koping pada Penderita Skizofrenia. *Nursing Science Journal*, 6(1), 248–253.
- Rustandi, H., Tranado, H., & Darnalia, H. X. (2018). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Mekanisme Koping Pasien Hemodialisa Rsud Dr. M. Yunus Bengkulu. *Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 15–24. <https://doi.org/10.37676/jnph.v6i1.490>
- Utomo, E. K., Wahyudi, T., Soleman, S. R., & PH, L. (2022). Intervensi Keperawatan Dalam Menurunkan Gangguan Citra Tubuh Pada Pasien Kanker Payudara : Literatur Review. *Jurnal Keperawatan*, 14(s2), 439–448.
- Xu, N., & Liu, Y. (2020). Coping strategy mediates the relationship between body image evaluation and mental health: A study with Chinese college students with disabilities. *Disability and Health Journal*, 13(1). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100830>
- Yun, H. J. (2018). Effect of Body Image Distortion on Mental Health in Adolescents. *Journal of Health Informatics and Statistics*, 43(3), 191–199. <https://doi.org/10.21032/jhis.2018.43.3.191>
- Yunalia, E. M., & Wahyuni, T. (2017). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Gangguan Citra Tubuh Pada Penderita Kusta. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(2), 1–8.
- Yusuf, A., PK, R. F., & Nihayati, H. E. (2015). Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa (Mental health nursing textbook). In A. Suslia & F. Ganiajri (Eds.), *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika. [https://repository.unair.ac.id/30605/1/cover\\_buku\\_ajar\\_keperawatan\\_kesehatan\\_jiwa.pdf](https://repository.unair.ac.id/30605/1/cover_buku_ajar_keperawatan_kesehatan_jiwa.pdf)

## **SINOPSIS**

Masalah psikososial atau dikenal dengan istilah diagnosis risiko, sering kita jumpai pada klien yang berada di Rumah Sakit Umum dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat/ Puskesmas. Masalah Kesehatan jiwa “risiko” yang dimaksud adalah: ansietas, gangguan citra tubuh, harga diri rendah situasional, ketidakberdayaan, keputusasaan, ketidakefektifan coping individu, dukacita, ketidakefektifan manajemen Kesehatan, ketidakefektifan performa peran, dan distress spiritual.

Buku ini menjelaskan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami masalah psikososial, sesuai dengan kewenangan kompetensi klinis berdasarkan jenjang pendidikan perawat.

Setelah membaca buku ini, diharapkan mahasiswa keperawatan / tenaga perawat dapat lebih memahami asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan diagnosis risiko, sehingga mahasiswa dapat mendongkrak nilai UKOM khususnya untuk soal keperawatan jiwa dan perawat dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di berbagai fasilitas pelayanan Kesehatan.

Masalah psikososial atau dikenal dengan istilah diagnosis risiko, sering kita jumpai pada klien yang berada di Rumah Sakit Umum dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat/ Puskesmas. Masalah Kesehatan jiwa "risiko" yang dimaksud adalah: ansietas, gangguan citra tubuh, harga diri rendah situasional, ketidakberdayaan, keputusasaan, ketidakefektifan koping individu, dukacita, ketidakefektifan manajemen Kesehatan, ketidakefektifan performa peran, dan distress spiritual.

Buku ini menjelaskan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami masalah psikososial, sesuai dengan kewenangan kompetensi klinis berdasarkan jenjang pendidikan perawat. Setelah membaca buku ini, diharapkan mahasiswa keperawatan / tenaga perawat dapat lebih memahami asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan diagnosis risiko, sehingga mahasiswa dapat mendongkrak nilai UKOM khususnya untuk soal keperawatan jiwa dan perawat dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di berbagai fasilitas pelayanan Kesehatan.

**Penerbit :**

PT Nuansa Fajar Cemerlang  
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F  
Jalan S. Parman Kav. 22-24  
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah  
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480  
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-09-2726-3

