

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Komunikasi

Komunikasi merupakan salah satu dari aktivitas manusia yang dikenali oleh semua orang namun sangat sedikit yang dapat mendefinisikannya secara memuaskan. Komunikasi memiliki variasi yang tidak terhingga seperti; saling berbicara satu sama lain, televisi, penyebaran informasi, gaya rambut kita, kritik sastra dan masih banyak (Fikse 2014, 1). Komunikasi yang kita lakukan selalu dengan berhadapan muka (langsung tanpa media), kita sebut komunikasi tatap muka, dengan orang – orang yang berada dan paling dekat dengan kita (Liliweri 2015, 7).

Komunikasi merupakan proses yang menjadi dasar pertama memahami hakikat manusia, dikatakan sebagai proses karena ada aktivitas yang melibatkan peranan banyak elemen atau tahapan yang meskipun terpisah – pisah, namun semua tahapan ini saling terkait sepanjang waktu (Liliweri 2011, 35). Hakikat komunikasi adalah proses pernyataan antar manusia, yang dinyatakan itu adalah pikiran atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan bahasa sebagai alat penyalurannya (Uchjana 1993, 28). Seperti yang dikatakan *Ashley Montagu*, kita belajar menjadi manusia melalui komunikasi. Kepribadian terbentuk sepanjang hidup kita, selama itu pula komunikasi menjadi penting untuk pertumbuhan pribadi kita (Rakhmat 2018, 16).

Menurut Wood (1997), *Communications as a sytemic process in which individuals interact with and though symbols to create and interpret meanings.* Berdasarkan definisi ini, Wood memandang bahwa komunikasi adalah suatu proses yang sistematis dalam berinteraksi antar individu, dengan berbagai simbol untuk digunakan dalam rangka menciptakan dan menginterpretasi suatu makna atau arti (Enjang 2009, 12). Komunikasi memiliki komponen dasar diantaranya pengirim pesan, saluran atau media, penerima pesan dan *feedback*. Adanya keterkaitan dan pengaruh komponen satu dengan yang lainnya, hal ini dapat dilihat dari pentingnya komunikasi disegala aspek kehidupan baik keluarga, lingkungan pertemanan maupun masyarakat.

Komunikasi merupakan kebutuhan dalam menjembatani dalam berbagai pokok kehidupan, karena itu komunikasi merupakan bagian sangat penting dari kehidupan. Dalam keseharian, kita cenderung banyak menghasilkan waktu untuk berkomunikasi daripada melakukan aktivitas lainnya, dan sudah dipastikan bahwa kita berkomunikasi di hampir semua aspek kehidupan (Enjang 2009, 9). Sebagai jembatan untuk mengantar pada kebutuhan sehari – hari, menurut Potter & Perry komunikasi memiliki komponen (Damaiyanti 2010, 2) :

- 1) Komunikator, merupakan suatu penyampai informasi atau sumber informasi
- 2) Komunikan, adalah penerima informasi atau memberi respon terhadap stimulus yang disampaikan oleh komunikator.
- 3) Pesan, adalah gagasan atau pendapat, fakta, informasi atau stimulus yang disampaikan.
- 4) Media komunikasi, adalah saluran yang dipakai oleh komunikator untuk menyampaikan pesan.
- 5) Kegiatan “*encoding*”, adalah perumusan pesan oleh komunikator sebelum disampaikan kepada komunikan.

- 6) Kegiatan “*decoding*”, adalah penafsiran pesan oleh komunikan pada saat menerima pesan.

Dalam komunikasi juga memiliki suatu tingkatan hubungan salah satunya, komunikasi interpersonal. Komunikasi Interpersonal adalah komunikasi antar orang – orang secara tatap muka, yang menginginkan setiap peserta menangkap reaksi lain secara langsung baik secara verbal maupun non verbal (Enjang 2009, 138). Terdapat pula bentuk – bentuk dari komunikasi sehingga memudahkan kita dalam mengkategorikan, yaitu:

1) Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal adalah sarana utama untuk menyatakan pikiran, perasaan dan maksud seseorang. Komunikasi atau bahasa verbal menggunakan kata – kata yang merepresentasikan berbagai aspek realitas individual seseorang (Enjang 2009, 75). Menurut *Potter & Perry* dalam (Damaiyanti 2010, 5), dalam komunikasi verbal mempunyai ciri khas yang jelas dan ringkas. Mengkhazanah kata mulai dimengerti, mempunyai arti denotatif dan konotatif, intonasi nada mampu mempengaruhi isi pesan, kecepatan bicara yang memiliki kecepatan dan jeda yang tepat, serta disertai unsur humor.

2) Komunikasi Non Verbal

Komunikasi non verbal memiliki dampak yang besar daripada verbal. *Stuart & Sundeen* (Damaiyanti 2010, 7) mengatakan bahwa pemahaman kata – kata sekitar 7%, bahasa paralinguistik sekitar 30% dan bahasa tubuh

sekitar 55%. Terdapat beberapa cara dalam menyampaikan komunikasi non-verbal yaitu penampilan fisik, sikap tubuh dan cara berjalan, ekspresi wajah maupun sentuhan. Secara tidak langsung kita bisa mengetahui kebenaran pesan yang disampaikan. Karena menurut Deddy Djamiludin Malik, melalui komunikasi nonverbal seseorang dapat mengetahui suasana emosional seseorang (Enjang 2009, 69).

Komunikasi verbal dan non verbal menurut *Potter & Perry* (1993) mempunyai hubungan yang saling mempengaruhi satu sama lain, diantaranya dalam pengulangan – syarat verbal dan non verbal dengan mengatakan hal yang sama tapi dengan cara yang berbeda, kontradiksi – isyarat verbal dan non verbal menyampaikan pesan yang berbeda, komplementasi – pesan non verbal ditambah ke pesan verbal, penekanan – isyarat non verbal menekankan pesan verbal, relasi dan regulasi – isyarat non verbal mengindikasikan kapan harus melalui atau berhenti berbicara, dan substitusi – isyarat non verbal digunakan untuk menggantikan kata – kata (Damaiyanti 2010, 9).

Implikasinya, untuk memahami orang dengan baik, selain memperhatikan kata – kata, kita pun harus memperhatikan dan memahami komunikasi verbal dan non verbal dengan baik (Rahman 2013, 92). Dengan ini proses komunikasi akan berlangsung dengan sesuai, *Potter & Perry* menyebutkan ada beberapa faktor yang mempengaruhi komunikasi (Damaiyanti 2010, 3-5), diantaranya:

- 1) Perkembangan
- 2) Persepsi
- 3) Nilai
- 4) Latar belakang sosial budaya
- 5) Emosi
- 6) Jenis kelamin
- 7) Pengetahuan
- 8) Peran dan hubungan
- 9) Lingkungan
- 10) Jarak

Judy C. Pearson & Paul E. Nelson mengemukakan bahwa komunikasi mempunyai dua fungsi umum. Pertama, untuk kelangsungan hidup sendiri yang meliputi: keselamatan fisik, meningkatkan kesadaran pribadi, menampilkan diri kita sendiri kepada orang lain dan mencapai ambisi pribadi. Kedua, untuk kelangsungan hidup masyarakat, tepatnya untuk memperbaiki hubungan sosial dan mengembangkan keberadaan suatu masyarakat (Mulyadi 2016, 5). Adapun *noise* atau hambatan semua jenis gangguan yang bersumber dari faktor – faktor seperti *self-awareness*, *self-perception*, persepsi, motivasi, hambatan mental yang mengganggu kelancaran pengiriman dan penerimaan pesan (Liliweri 2011, 41).

Komunikasi mempunyai tujuan utama adalah untuk membangun / menciptakan pemahaman atau pengertian bersama. Saling memahami atau mengerti bukan berarti harus menyetujui tetapi mungkin dengan komunikasi terjadi suatu perubahan sikap, pendapat, perilaku ataupun perubahan secara sosial (Muhith dan Siyoto 2018, 36-37):

a. Perubahan Sikap (*Attitude Change*)

Seorang komunikan setelah menerima pesan kemudian sikapnya berubah, baik positif maupun negatif. Dalam berbagai situasi kita berusaha memengaruhi sikap orang lain dan berusaha agar orang lain bersikap positif sesuai keinginan kita.

b. Perubahan Pendapat (*Opinion Change*)

Komunikasi berusaha menciptakan pemahaman. Pemahaman ialah kemampuan memahami pesan secara cermat sebagaimana dimaksudkan oleh komunikator.

c. Perubahan Perilaku (*Behavior Change*)

Komunikasi bertujuan untuk mengubah perilaku maupun tindakan seseorang, dari perilaku yang destruktif (tidak mencerminkan perilaku hidup sehat, menuju perilaku hidup sehat)

d. Perubahan Sosial (*Social Change*)

Membangun dan memelihara ikatan hubungan dengan orang lain sehingga menjadi hubungan yang makin baik.

2.2 Komunikasi Terapeutik

2.2.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting didalam kehidupan manusia. Dengan memiliki kesehatan, manusia bisa melaksanakan seluruh aktifitas dalam kehidupan ke-sehariannya dengan normal. Adapun menurut

Undang-Undang Pokok Kesehatan Nomor 9 tahun 1960, dalam pasal 2 dikatakan bahwa yang dimaksud kesehatan adalah yang meliputi kesehatan badan, rohani (mental), dan sosial, dan bukan hanya keadaan yang bebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan. Oleh karena itu dalam menjaga kesehatan manusia bukan semata-mata dari luar saja, akan tetapi juga dari dalam jiwa manusia (Nihaya 2016).

Menurut As *Hornby*, terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Maka disini dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Sehingga komunikasi terapeutik itu sendiri adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu atau pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional bagi psikiater (Damaiyanti 2010, 11).

Komunikasi terapeutik termasuk ke dalam komunikasi kesehatan, karena pada hakikatnya komunikasi yang dilakukan di ranah kesehatan yang dilakukan untuk mendorong tercapainya keadaan atau status yang sehat secara utuh, baik fisik, mental maupun sosial. Komunikasi merupakan inti dari usaha untuk menjaga kesehatan. Seorang dokter, perawat, dan bidan harus mampu berkomunikasi dengan pasien untuk mendapatkan data yang cukup dan akurat tentang kondisi pasien, dengan bertanya kepada pasien, menafsirkan pesan, dan menggali informasi lebih lanjut (Junaedi dan Sukmono 2018, 5-6).

Komunikasi terapeutik memiliki tujuan menurut Purwanto (1994) (Damaiyanti 2010, 11), diantaranya:

- 1) Membantu pasien memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan.
- 2) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- 3) Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan dirinya sendiri.

Psikiater akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan pasien jika memiliki keterampilan berkomunikasi terapeutik, sehingga untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan akan lebih efektif dan juga akan meningkatkan profesi. Manfaat komunikasi terapeutik (Damaiyanti 2010, 12) :

- 1) Memotivasi dan menganjurkan kerjasama antara seorang psikiater dengan pasien melalui hubungan psikiater – pasien.
- 2) Mengenali, menunjukan perasaan, dan meneliti masalah dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan oleh psikiater.

Syarat dalam komunikasi terapeutik (Damaiyanti 2010, 12), menurut *Stuart & Sudeen* ada dua persyaratan dasar, yaitu:

- 1) Semua komunikasi harus ditujukan untuk menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan.

- 2) Komunikasi yang menciptakan saling pengertian harus dilakukan terlebih dahulu sebelum memberikan sarana, informasi maupun saran.

Persyaratan – persyaratan pada komunikasi terapeutik ini dibutuhkan dalam membentuk hubungan psikiater – pasien sehingga pasien memungkinkan untuk mengimplementasikan proses keperawatan. Prinsip – prinsip dalam komunikasi terapeutik menurut *Carl Rogers* (Damaiyanti 2010, 13) adalah:

- 1) Psikiater harus mengenal dirinya sendiri yang berarti menghayati, memahami atas dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
- 2) Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
- 3) Psikiater harus menyadari dalam pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental.
- 4) Psikiater diharuskan menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut.
- 5) Psikiater diharuskan menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi dalam mengubah dirinya baik sikap, tingkah laku atau perbuatan sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah – masalah yang dihadapi.
- 6) Psikiater harus mampu dalam menguasai perasaan sendiri secara bertahap kemudian untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustrasi.
- 7) Mampu di dalam menentukan batasan waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya.
- 8) Memahami sekali arti empati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya simpati bukan tindakan yang terapeutik.
- 9) Kejujuran dan berkomunikasi yang terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik.
- 10) Mampu berperan sebagai *role model* agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu psikiater perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik mental, spiritual, dan gaya hidup.

- 11) Disarankan untuk mengekspresikan suatu perasaan bila dianggap mengganggu.
- 12) *Altruisme* untuk mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi.
- 13) Berpegangan pada etika dengan berusaha sedapat mungkin mengambil keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
- 14) Bertanggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggung jawab terhadap diri sendiri atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain.

Menurut Egan (Damaiyanti 2010, 14) terdapat lima sikap atau cara untuk mengidentifikasi kehadiran diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi terapeutik, yaitu:

- 1) Berhadapan; artinya dari posisi ini adalah saya siap untuk anda.
- 2) Mempertahankan kontak mata; kontak mata pada level yang sama berarti menghargai pasien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.
- 3) Membungkuk ke arah pasien; posisi ini menunjukkan keinginan untuk menyatakan atau mendengar sesuatu.
- 4) Memperlihatkan sikap terbuka; tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi dan siap membantu.
- 5) Tetap rileks; tetap dapat mengendalikan keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respon terhadap pasien, meskipun dalam situasi yang kurang menyenangkan.

2.2.2 Komunikasi Efektif Dalam Terapeutik

No man is the lord of anything, Though in and of him there be much consisting, Till he communicate his parts to others. Disinilah letak pentingnya kemampuan mengembangkan komunikasi efektif yang merupakan salah satu keterampilan yang amat diperlukan dalam rangka pengembangan diri kita baik secara personal maupun profesional. Paling

tidak kita harus menguasai empat jenis keterampilan dasar dalam berkomunikasi yaitu menulis – membaca (bahasa tulisan) dan mendengar – berbicara (bahasa lisan). Unsur paling penting dalam komunikasi bukan sekedar pada apa yang kita tulis atau kita katakan, tetapi pada karakter kita dan bagaimana kita menyampaikan pesan kepada penerima pesan (Muhith dan Siyoto 2018, 191-192).

Dalam komunikasi efektif terdapat lima hukum (*The five Inevitable Laws of Effective Communication*) dalam terapeutik ini yang dikembangkan dan di satukan dalam satu kata yang mencerminkan dasar dari komunikasi itu sendiri yaitu *REACH*, yang memiliki arti merengkuh atau meraih. Kelima hukum tersebut antara lain (Muhith dan Siyoto 2018, 197-204):

- 1) *Respect*. Hukum pertama dalam mengembangkan komunikasi yang efektif adalah sikap menghargai setiap individu yang menjadi sasaran pesan yang kita sampaikan.
- 2) *Emphaty*. Yaitu kemampuan kita untuk menempatkan diri kita pada situasi atau kondisi yang dihadapi orang lain. Salah satu prasyarat utama dalam memiliki sikap empati adalah kemampuan kita untuk mendengarkan atau mengerti terlebih dahulu sebelum didengarkan atau dimengerti oleh orang lain.
- 3) *Audible*. Makna dari *audible* antara lain, dapat didengar atau dimengerti dengan baik. Jika empati berarti kita harus mendengar terlebih dahulu ataupun mampu menerima umpan balik dengan baik, maka *audible* berarti pesan yang kita sampaikan dapat diterima oleh penerima pesan.
- 4) *Clarity*. Yaitu kejelasan dari pesan itu sendiri sehingga tidak menimbulkan multiinterpretasi atau berbagai penafsiran yang berlainan. *Clarity* dapat diartikan juga keterbukaan atau transparansi.
- 5) *Humble*. Yaitu sikap rendah hati. Sikap rendah hati yang dimiliki psikiater bertujuan agar pasien tidak merasa rendah diri, menolak berkomunikasi dan selalu perhatian dengan psikiater.

Joseph de Vito menyebutkan 5 kualitas umum yang dipertimbangkan untuk efektivitas sebuah komunikasi dalam terapeutik. Kualitas ini antara lain (Muhith dan Siyoto 2018, 204):

Tabel 2.1
Kualitas Komunikasi

Kualitas Komunikasi	Deskripsi
<i>Openess</i>	Adanya keterbukaan
<i>Supportiveness</i>	Saling mendukung
<i>Positiviness</i>	Bersikap positif
<i>Emphaty</i>	Memahami perasaan orang lain
<i>Equality</i>	Kesetaraan

2.2.3 Teknik – Teknik Komunikasi Terapeutik

Ada beberapa teknik komunikasi terapeutik menurut *Wilson & Kneist* (1992) serta *Stuart & Sudeen* (1998) (Damaiyanti 2010, 14-20) :

1) Mendengarkan dengan penuh perhatian.

Dengan cara mendengarkan dalam hal ini psikiater berusaha mengerti apa yang ingin disampaikan oleh pasien. Pasien adalah satu – satunya orang yang dapat menceritakan dengan jelas kepada psikiater tentang perasaan, pikiran dan persepsi pasien. Mendengarkan ada dua macam, yaitu mendengar pasif dan mendengar aktif.

2) Menunjukkan penerimaan.

Menerima tidak berarti menyetujui. Menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan. Psikiater harus waspada terhadap ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menyatakan tidak setuju.

3) Menanyakan pertanyaan yang berhubungan.

Psikiater bertanya adalah bertujuan untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai apa yang disampaikan oleh pasien, pertanyaan sebaiknya yang berkaitan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata – kata yang sesuai dengan konteks sosial budaya pasien.

4) Pertanyaan terbuka (*Open-Ended Question*).

Pertanyaan yang memerlukan jawaban yang luas dan tidak memerlukan jawaban “ya” dan “mungkin”, sehingga pasien dapat mengemukakan masalahnya, perasaannya dengan kata – kata sendiri atau dapat memberikan informasi yang diperlukan.

5) Mengulang ucapan pasien dengan menggunakan kata – kata sendiri.

Dalam pengulangan kembali kata – kata kepada pasien, psikiater memberikan *feedback* atau umpan balik bahwa ia mengerti pesan pasien dan berharap komunikasi dilanjutkan.

6) Mengklarifikasi.

Klarifikasi terjadi pada saat psikiater berusaha untuk menjelaskan dalam kata – kata, ide atau pikiran (implisit maupun eksplisit) yang tidak jelas dikatakan oleh pasien.

7) Memfokuskan.

Metode ini bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga percakapan menjadi lebih spesifik dan dimengerti.

8) Menyatakan hasil observasi.

Psikiater harus memberikan umpan balik kepada pasien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga pasien dapat mengetahui apakah pesannya diterima dengan benar atau tidak.

9) Menawarkan informasi.

Memberikan tambahan informasi merupakan tindakan penyuluhan kesehatan untuk pasien, yang bertujuan untuk memfasilitasi dalam mengambil keputusan.

10) Diam atau memelihara ketenangan.

Diam memberikan peluang kepada psikiater dan pasien untuk mengorganisir pikirannya. Metode ini memerlukan keterampilan dan ketepatan waktu, jika tidak akan menimbulkan perawasaan tidak enak.

11) Meringkas.

Meringkas adalah pengulangan ide utama telah dikomunikasikan secara singkat. Metode ini bermanfaat untuk membantu meningkatkan topik yang telah dibahas sebelum meneruskan pembicaraan berikutnya.

12) Memberikan penghargaan.

Penghargaan jangan sampai jadi beban untuk pasien. Dalam arti jangan sampai pasien berusaha keras dan melakukan segalanya demi untuk mendapatkan pujian atau persetujuan atas perbuatannya.

13) Menawarkan diri.

Psikiater menyediakan diri tanpa respon bersyarat atau respon yang diharapkan menurut *Schult & Videbeck* (1998).

14) Memberikan kesempatan pada pasien untuk memulai pembicaraan.

Memberikan kesempatan pada pasien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Untuk pasien yang merasa ragu – ragu dan tidak pasti tentang perannya dalam interaksi ini, psikiater dapat menstimulasinya untuk mengambil inisiatif dan merasakan bahwa ia diharapkan untuk membuka pembicaraan.

15) Mengajukan untuk meneruskan pembicaraan.

Teknik ini memberikan kesempatan pada pasien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan. Teknik ini juga mengindikasikan bahwa

psikiater mengikuti apa yang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang dibicarakan selanjutnya.

16) Menempatkan kejadian secara beruntunan.

Mengurutkan kejadian secara teratur akan membantu psikiater dan pasien untuk melihat dalam satu perspektif.

17) Memberikan peluang pada pasien untuk menguraikan persepsinya.

Jika psikiater ingin mengerti pasien, maka harus melihat segala sesuatu dari perspektif pasien. Pasien harus merasa bebas atau tidak tertekan untuk menguraikan pendapatnya kepada psikiater. Dalam hal ini psikiater harus waspada terhadap gejala ansietas yang mungkin muncul.

18) Refleksi.

Refleksi ini memberikan kesempatan pada pasien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri.

19) *Assertive*.

Assertive adalah kemampuan dengan secara meyakinkan dan nyaman mengekspresikan pikiran dan perasaan diri dengan tetap menghargai orang lain.

20) Humor.

Dugan (1989) menyebutkan humor sebagai hal yang penting dalam komunikasi verbal dikarenakan tertawa mengurangi ketegangan dan rasa sakit akibat stres dan meningkatkan keberhasilan asuhan psikiater.

2.2.4 Fase Hubungan Terapeutik Psikiater Dengan Pasien

Hubungan terapeutik dimana psikiater untuk memaksimalkan keterampilan komunikasi, pengertian akan tingkah laku manusia dan kekuatan pribadi dalam memaksimalkan pertumbuhan pasien. Ide pada pasien, pengalaman dan perasaan pasien merupakan fokus hubungan.

King cit Varcarolis (1990) menggambarkan hubungan terapeutik sebagai pengalaman belajar bagi pasien dan psikiater. Tujuan hubungan terapeutik menurut *Stuart & Sundeen* (Damaiyanti 2010, 21), yang diarahkan kepada pertumbuhan pasien meliputi:

- 1) Relasi diri, penerimaan diri, dan rasa hormat terhadap diri sendiri.
- 2) Identitas diri yang jelas dan rasa integritas diri yang tinggi.
- 3) Kemampuan membina hubungan interpersonal yang intim, saling tergantung dan mencintai.
- 4) Peningkatan fungsi dan kemampuan memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realitas.

Dalam membina hubungan terapeutik (berinteraksi) psikiater mempunyai 4 tahap yang pada setiap tahapnya mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh psikiater menurut *Stuart & Sundeen* (Damaiyanti 2010, 21-28), yaitu:

1) Fase Prainteraksi

Prainteraksi merupakan masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan pasien. Anda perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan yang dimiliki. Jika merasakan ketidak pastian maka anda perlu membaca kembali, diskusi dengan teman sekelompok atau diskusi dengan tutor. Jika saudara telah siap maka anda perlu membuat rencana interaksi dengan pasien. Fase ini dibagi menjadi 3, diantaranya:

- a. Evaluasi diri
- b. Penetapan tahapan hubungan/interaksi
- c. Rencana interaksi

2) Fase Perkenalan/Orientasi

- a. Fase perkenalan

Perkenalan merupakan kegiatan yang anda lakukan saat pertama kali bertemu dengan pasien. Hal – hal yang perlu dilakukan adalah memberi salam, memperkenalkan diri psikiater, menanyakan nama pasien, menyepakati pertemuan

(kontrak), menghadapi kontrak, memulai percakapan awal, menyepakati masalah pasien, dan mengakhiri perkenalan.

b. Fase orientasi

Fase orientasi dilaksanakan pada awal setiap pertemuan kedua dan seterusnya. Tujuan fase orientasi adalah memvalidasi kekurangan data, rencana yang telah dibuat dengan keadaan pasien saat ini dan mengevaluasi hasil tindakan yang lalu. Umumnya dikaitkan dengan hal yang telah dilakukan bersama pasien, yaitu memberi salam, memvalidasi data pasien, dan mengingat kontrak.

3) Fase Kerja

Fase kerja adalah inti dari hubungan dalam perawatan pasien sesuai dengan tujuan yang akan dicapai maka yang terkait erat dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan. Tujuan tindakan keperawatan adalah:

- a. Meningkatkan pengertian dan pengenalan pasien akan dirinya, perilakunya, perasaannya, pikirannya. Tujuan ini sering disebut tujuan kognitif.
- b. Mengembangkan, mempertahankan dan meningkatkan kemampuan pasien secara mandiri menyelesaikan masalah yang dihadapi. Tujuan ini sering disebut tujuan afektif dan psikomotor.
- c. Melaksanakan terapi/teknikal keperawatan.
- d. Melaksanakan pendidikan kesehatan.
- e. Melaksanakan kolaborasi.
- f. Melaksanakan observasi dan monitoring.

4) Fase Terminasi

Tahap akhir dari setiap pertemuan psikiater dan pasien adalah fase terminasi. Terminasi dibagi menjadi dua, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir.

2.2.5 Teori Sosial Kognitif (*Social Cognitive Theory*)

Teori kognitif sosial (*social cognitive theory*) merupakan penerapan baru penerapan baru dari teori belajar sosial (*social learning theory*) yang dikembangkan oleh *Albert Bandura*. Pada beberapa publikasinya, Bandura mengelaborasi proses belajar sosial dengan faktor – faktor kognitif dan behavioral yang mempengaruhi seseorang dalam proses belajar sosial (Wikipedia 2019 : http://id.m.wikipedia.org/wiki/Teori_Kognitif_Sosial).

Kognisi adalah istilah yang mengelompokkan proses – proses mental seperti mengamati, mengenali, membayangkan, menilai, dan melakukan penalaran. Paradigma kognitif berfokus pada bagaimana manusia (dan juga hewan menyusun berbagai pengalaman mereka, bagaimana mereka membuat pengalaman – pengalaman tersebut masuk akal, dan bagaimana mereka menghubungkan berbagai pengalaman masa kini dengan berbagai pengalaman masa lalu yang disimpan dalam memori (Davison, Neale dan Kring 2014, 72-73).

Para psikiater kognitif menganggap proses belajar jauh lebih kompleks dibanding formasi pasif hubungan stimulus baru – respons. Penjelasan

kognitif dewasa ini semakin sering muncul dalam pencarian penyebab abnormalitas dan metode – metode intervensi baru, sebuah pandangan yang diterima secara luas mengenai depresi, sebagai contoh, menganggap serangkaian kognitif tertentu sebagai penyebabnya, yaitu perasaan tidak berdaya mengenai individu (Davison, Neale dan Kring 2014, 73).

Dalam proses sosial kognitif atau belajar sosial juga dipengaruhi oleh beberapa aspek (Santoso 2014, 33-101), yaitu kepribadian, kebudayaan, belajar sosial sebagai proses dan hasil, dan pengaruh – pengaruh sosial lain terhadap kepribadian.

Banyak orang yang mengalami depresi meyakini bahwa mereka tidak berpengaruh penting terhadap lingkungannya terlepas apapun yang mereka lakukan. Para terapis perilaku kognitif memberikan peristiwa – peristiwa dalam diri pemikiran, persepsi, penilaian, pernyataan diri, bahkan asumsi – asumsi yang tidak diucapkan (tidak disadari) dan telah mempelajari serta memanipulasi proses – proses tersebut dalam upaya memahami dan mengubah perilaku bermasalah yang terlihat mampu yang tidak terlihat.

Psikiater *Aaron Beck* adalah salah satu terapis perilaku kognitif terkemuka. Dia mengembangkan terapi kognitif untuk depresi berdasarkan ide bahwa mood yang tertekan disebabkan oleh penyimpangan dalam cara memahami berbagai pengalaman hidup (Davison, Neale dan Kring 2014, 74).

2.3 Gangguan Kesehatan Jiwa (*Mental Illness*)

2.3.1 Pengertian Gangguan Kesehatan Jiwa (*Mental Illness*)

Dari berbagai penyelidikan dikatakan bahwa gangguan kesehatan jiwa menurut Yosep (2007) adalah kumpulan dari keadaan- keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan fisik maupun dengan jiwa. Keabnormalan atau ketidak normalan terlihat dari berbagai macam gejala, yang terpenting diantaranya adalah ketegangan (*tension*), rasa putus asa dan murung, gelisah, cemas, perbuatan – perbuatan yang terpaksa (*convulsive*), histeria, rasa lemah, dan tidak mampu mencapai tujuan, takut pikiran – pikiran dan sebagainya (Damaiyanti 2010, 63-64).

Sumber penyebab gangguan kesehatan jiwa dipengaruhi oleh faktor – faktor yang terus menerus mempengaruhi menurut Yosep (Damaiyanti 2010, 64), yaitu:

- a. Berdasarkan faktor – faktor psikologik (psikogenetik) atau psikoedukatif.
 - a) Interaksi ibu – anak: normal (rasa percaya dan aman) atau abnormal berdasarkan kekurangan, distorsi, dan keadaan yang terputus (perasaan tak percaya dan kebimbangan).
 - b) Peranan ayah.
 - c) Persaingan antara saudara kandung.
 - d) Intelegensi.
 - e) Hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permainan, dan masyarakat.
 - f) Kehilangan yang mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu atau rasa salah.
 - g) Konsep diri, pengertian identitas diri sendiri lawan peranan yang tidak menentu.
 - h) Keterampilan, bakat, dan kreativitas.

- i) Pola adaptasi dan pembelaan sebagai reaksi terhadap bahaya.
- j) Tingkat perkembangan emosi.

b. Berdasarkan faktor – faktor sosio – budaya (sosiogenik) atau sosiokultural.

- a) Kestabilan keluarga.
- b) Pola mengurus anak.
- c) Tingkatan ekonomi.
- d) Perumahan: perkantoran lawan pedesaan.

Menurut Sundari (2005) di dalam gejala umum gangguan kesehatan jiwa yang ada pada seseorang yang mengalaminya (Damaiyanti 2010, 65-67), di antaranya:

a. Keadaan fisik.

Gejala fisik dapat dirasakan oleh yang bersangkutan, terkadang dapat diketahui juga oleh orang lain. Beberapa contohnya sebagai berikut:

- a) Temperatur badan berubah.
- b) Denyut nadi menjadi cepat.
- c) Berkeringat banyak.
- d) Nafsu makan kurang.
- e) Gangguan sistem organ dalam tubuh.

b. Keadaan Mental

Orang yang normal mempunyai kemampuan berpikir teratur, dapat menarik kesimpulan secara sehat. Bagi seseorang yang sedang

mengalami gangguan jiwa, misalnya mengalami kekecewaan yang mendalam. Kemampuan berpikir menjadi kacau karena diselingi oleh rangsangan lain. Bila berpikir secara baik akan memakan waktu yang lama. Nampak adanya tanda – tanda :

- a) Ilusi.
- b) Halusinasi.
- c) Obsesi.
- d) Kompulsi.
- e) Fobia.
- f) Delusi.

c. Keadaan emosi

Emosi adalah bagian dari perasaan yang sedang terjadi, sehingga dapat disaksikan. Dapat dilihat dalam berupa perubahan tingkah laku, sikap sedih atau sebaliknya gembira.

- a) Sering merasa sedih.
- b) Sering merasa tegang.
- c) Sering merasa girang.

Menurut data dari WHO (2010) yang dikutip dari portal berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bahwa angka bunuh diri di Indonesia mencapai 1,6 hingga 1,8% per 100.000 jiwa. Lebih dari 19 juta orang berusia diatas 15 tahun terkena gangguan mental emosional, dan lebih dari 12 juta orang berusia diatas 15 tahun diperkirakan telah mengalami depresi (Jayani 2019 : <http://www.bbc.com/indonesia/indonesia-49987127>).

Terdapat banyak sekali jenis gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) namun diantaranya adalah gangguan kecemasan (*Anxiety*), gangguan mood (*Bipolar*), dan *sekizofernia*.

a. Gangguan kecemasan (*anxiety*)

Gangguan kecemasan (*anxiety*) yaitu suatu perasaan takut atau khawatir yang tidak menyenangkan. Gangguan anxietas didiagnosis jika secara jelas terdapat perasaan cemas yang dialami secara subjektif. DSM-IV-TR mengajukan enam kategori utama, yaitu fobia, gangguan panik, gangguan anxietas menyeluruh, gangguan obsesif kompulsif, gangguan stres pascatrauma, dan gangguan stres akut (Davison, Neale dan Kring 2014, 182).

b. Gangguan mood (*Bipolar*)

Gangguan mood (*bipolar*) adalah kondisi emosional atau mood yang intens, namun merupakan kesedihan maupun kegembiraan amat sangat yang tidak beralasan atau mudah tersinggung yang disertai hiperaktivitas, banyak berbicara, pikiran yang melompat – lompat, perhatian yang mudah teralih, dan rencana yang tidak praktis atau kebesaran (*grandiose*) (Davison, Neale dan Kring 2014, 373).

c. *Skizofernia*

Skizofernia merupakan suatu gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku – perilaku yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru, afek yang datar atau tidak sesuai, dan berbagai gangguan aktivitas motorik. Pasien *skizofernia* menarik diri dari orang lain dan kenyataan, seringkali masuk kedalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi (Davison, Neale dan Kring 2014, 444).



2.3.2 Stigma Masyarakat Terhadap Gangguan Kesehatan Jiwa

Penderita gangguan mental menerima berbagai bentuk stigma dari dirinya sendiri maupun masyarakat menurut *Benny Siauw*, pendiri *Into the Light* – sebuah komunitas advokasi, riset dan pencegahan bunuh diri di Indonesia. Stigma tersebut diantaranya (Nadhifa, Syskia & Gabriella 2019 : <https://www.economica.id/2019/10/04/melawan-stigma-gangguan-kesehatan-mental/>):

1. *Self - Stigma*

Stigma pertama diterima oleh individu ketika ia menyadari bahwa dirinya mengalami masalah kesehatan mental. Dalam *Journal of Counseling and Development* yang berjudul “Stigma dan Kesehatan Mental,” sikap dimana seseorang mengevaluasi atau menilai kondisi dirinya sendiri adalah bentuk stigma ini dapat disebut juga sebagai *self-stigma*. Seseorang mulai menyadari gangguan psikologis seperti susah tidur, sering merasa cemas, dan panik, serta sedih berkepanjangan bahwa ia memiliki masalah kesehatan jiwa saat mengalami ciri tersebut.

Seseorang yang secara tidak langsung telah memberikan stigma negatif terhadap gangguan jiwa yang sedang dialaminya akan mengesampingkan kondisi psikologi yang sedang dialami atau menganggap hal itu tidak penting. Dengan adanya stigma tersebut akan mengakibatkan penderita menyangkal tentang kondisi kesehatan mentalnya dan tidak mau untuk mencari bantuan kepada orang yang ahli di bidang tersebut. Oleh karena itu

masalah kesehatan mental yang awalnya masih dapat diatasi dan dicegah, justru semakin parah.

2. Stigma Sosial

Bentuk stigma kedua didapatkan ketika seseorang ingin mendatangi tenaga profesional seperti psikolog dan psikiater. Umumnya, penderita akan menerima stigma bahwa pergi ke tenaga profesional akan menghabiskan banyak uang, membongkar aib sendiri, tanda seseorang lemah, sampai dianggap gila. Padahal sama halnya dengan penyakit fisik, pergi ke tenaga profesional merupakan salah satu upaya untuk mencegah suatu penyakit bertambah parah.

Akibatnya, orang tersebut akan menunda untuk pergi ke tenaga profesional, atau menyembunyikan fakta bahwa ia pergi ke sana agar tidak diketahui oleh orang-orang terdekat karena hal ini dianggap memalukan. Seseorang pasien yang melakukan terapi dan pengobatan dengan tenaga profesional, juga harus didukung oleh orang-orang disekitarnya untuk membantu proses terapi, hal ini tentu saja berlawanan dengan metode penyembuhan masalah kesehatan jiwa.

Stigma juga dapat diterima ketika penderita memutuskan untuk melakukan terapi dan pengobatan rutin. Hanya satu dari sepuluh penderita depresi yang melakukan pengobatan medis. Rendahnya angka tersebut dapat dipengaruhi oleh stigma yang ada di masyarakat terhadap penderita

yang melakukan pengobatan rutin dengan datang ke psikolog serta psikiater menurut data Riskesdas tahun 2018.

Stigma yang umumnya mereka dapat adalah anggapan bahwa mereka gila, mengalami gangguan jiwa serius karena butuh obat, dan sebagainya. Adanya stigma menyebabkan ODGJ yang seharusnya melakukan pengobatan secara rutin untuk menyembuhkan penyakitnya, menjadi enggan untuk berobat. Hal ini berdampak pada lambatnya proses penyembuhan dan meningkatnya peluang untuk kembali mengalami gangguan jiwa.

3. Stigma terhadap keluarga pasien

Stigma tidak hanya diterima oleh penderita gangguan kesehatan jiwa, tetapi juga dapat berdampak kepada keluarga penderita, terutama orang tua. Orang tua penderita kerap kali menerima stigma bahwa mereka tidak bisa mendidik anak dengan benar. Padahal kenyataannya, semua orang memiliki peluang yang sama untuk terkena gangguan kesehatan mental, tidak peduli perempuan atau laki-laki, berapa pun umurnya, dan apa pun profesinya.

Menurut *Benny* stigma yang diterima oleh orang tua, menyebabkan sebagian dari mereka tidak dapat menerima fakta bahwa anaknya mengalami gangguan kesehatan jiwa dan harus segera disembuhkan agar kondisinya tidak semakin parah. Tidak hanya itu, mereka cenderung menolak pemberian obat untuk anaknya, dan memaksakan agar sang anak dapat disembuhkan hanya dengan melakukan terapi. Hal ini terjadi karena

adanya anggapan bahwa penderita gangguan kesehatan jiwa yang diberikan obat, memiliki kondisi gangguan jiwa yang sudah akut. Padahal, obat yang diberikan bertujuan untuk membantu menjaga keseimbangan kimiawi pada otak yang berfungsi memberikan impuls untuk mengatur suasana hati dan emosi.

“Ada juga anggapan lebih baik bawa anak ke mantri, orang pintar, atau paranormal dibandingkan ke tenaga profesional seperti psikolog dan psikiater karena si anak dianggap kena guna-guna atau kerasukan,” tambah Benny.

Anggapan seperti ini justru dapat memperparah kondisi penderita karena penderita tidak mendapat penanganan yang baik dan sesuai. Padahal salah satu faktor yang paling berpengaruh dalam kesembuhan gangguan kesehatan jiwa adalah adanya dukungan dari keluarga. Ketika orang tua dan keluarga dapat menerima kondisi anak, maka terapi yang dijalani penderita akan memberikan hasil yang positif. Hal ini dapat diwujudkan apabila keluarga berperan sebagai salah satu support system dalam proses terapi.

2.3.3 Komunikasi Terapeutik Psikiater – Pasien Gangguan Kesehatan

Jiwa

Dalam kesehatan jiwa pasien harus memiliki *Insight* / tilikan yang baik agar dapat membantu psikiater menjalani terapi. *Insight* / tilikan adalah kesadaran atau pemahaman pasien terhadap penyakitnya, ada beberapa tingkatan untuk mencapai tilikan yang baik (Kartikadewi, 2015; 15-16) :

- a) Penyangkalan total atas penyakitnya.
- b) Sedikit memahami bahaya dia butuh bantuan, kemudian yang bersamaan dia menyangkal.
- c) Sadar kalau dia sakit tapi menyalahkan faktor eksternal.
- d) Kesadaran bahwa sakitnya disebabkan karena faktor yang tidak diketahui dalam dirinya.
- e) Tilikan intelektual : kesadaran bahwa penyakitnya disebabkan oleh sesuatu yang tidak benar dalam dirinya tapi tidak menggunakan kesadaran ini untuk pengalaman dimasa depan.
- f) Tilikan emosional sejati : kesadaran emosional atas motif dan perasaan dalam diri pasien dan orang disekitarnya yang menyebabkan perubahan perilaku mendasar.

Untuk mencapai tilikan yang baik psikiater membangun komunikasi terapeutik antara psikiater dengan pasien atau membangun rapport, di antaranya:

- 1) Pasien dengan masalah harga diri rendah

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Tanda gejala harga diri rendah (Damaiyanti 2010, 80-81), di antaranya:

- a. Mengkritik diri sendiri.
- b. Perasaan tidak mampu.
- c. Pandangan hidup yang pesimis.
- d. Penurunan produktivitas.
- e. Penolakan terhadap kemampuan diri.

Selain data diatas, dapat juga mengamati penampilan seseorang dengan harga diri rendah, terlihat dari kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan kurang, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan sura nada lemah.

Tindakan keperawatan pasien dengan harga diri rendah:

- a. Membina hubungan percaya psikiater – pasien
- b. Pasien dapat mengidentifikasi aspek yang dimiliki pasien dapat menilai kemampuan yang digunakan.
- c. Pasien dapat menilai kemampuan yang digunakan.
- d. Pasien dapat menetapkan rencana kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.
- e. Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuannya.
- f. Pasien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada.

Tindakan keperawatan keluarga pasien dengan harga diri rendah:

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- b. Jelaskan pada keluarga tentang harga diri rendah yang ada pada pasien.
- c. Diskusikan dengan keluarga kemampuan yang dimiliki pasien dan memuji pasien atas kemampuannya.
- d. Jelaskan cara – cara merawat pasien dengan harga diri rendah.
- e. Demonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah.

- f. Beri kesempatan kepada keluarga untuk mempraktikkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah seperti yang telah psikiater demonstrasikan sebelumnya.
- g. Bantu keluarga menyusun rencana kegiatan pasien dirumah.

2) Pasien dengan masalah isolasi sosial

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain. Tanda dan gejala isolasi sosial (Damaiyanti 2010, 97-100), di antaranya:

- a. Tidak memiliki teman dekat.
- b. Menarik diri.
- c. Tidak komunikatif.
- d. Tindakan berulang dan tidak bermakna.
- e. Asyik dengan pikirannya sendiri.
- f. Tak ada kontak mata.
- g. Tampak sedih, afek tumpul.

Tindakan keperawatan pasien dengan isolasi sosial:

- a. Bina hubungan saling percaya psikiater – pasien.
- b. Pasien dapat menyebutkan penyebab menarik diri.
- c. Pasien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
- d. Pasien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap.
- e. Pasien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain.

Tindakan keperawatan keluarga pasien dengan isolasi sosial:

- a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
- b. Menjelaskan tentang, masalah sosial dan dampaknya pada pasien, penyebab isolasi sosial, cara – cara merawat pasien dengan isolasi sosial.
- c. Memperagakan merawat pasien dengan isolasi sosial.
- d. Membantu keluarga mempraktikkan cara merawat yang telah dipelajari, mendiskusikan yang dihadapi.
- e. Menyusun perencanaan pulang bersama keluarga.

3) Pasien dengan masalah perilaku kekerasan

Perilaku kekerasan adalah bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan kepada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat dilakukan dalam dua bentuk, yaitu saat berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Berikut tanda perilaku kekerasan (Damaiyanti 2010, 67-70) :

- a. Muka merah dan tegang
- b. Pandangan tajam
- c. Mengatupkan rahang yang kuat
- d. Mengepalkan tangan
- e. Jalan mondar mandir
- f. Bicara kasar
- g. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- h. Mengancam secara verbal atau fisik
- i. Melempar atau memukul benda/orang lain
- j. Merusak barang atau benda
- k. Tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan.

Tindakan keperawatan pasien dengan perilaku kekerasan

- a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien
- b. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- c. Pasien dapat mengidentifikasi tanda – tanda perilaku kekerasan
- d. Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- e. Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- f. Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan
- g. Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan
- h. Pasien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan
- i. Pasien menggunakan obat – obatan yang diminum dan kegunaannya

Tindakan keperawatan keluarga pasien dengan perilaku kekerasan

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- b. Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan
- c. Diskusikan bersama keluarga kondisi – kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada psikiater
- d. Latih keluarga merawat pasien dengan perilaku kekerasan
- e. Buat rencana pulang bersama keluarga

4) Pasien dengan masalah halusinasi

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana pasien mengalami perubahan sensori persepsi, mengalami sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Data yang penting untuk di dapatkan saat pengkajian (Damaiyanti 2010, 87-90) :

- a. Jenis halusinasi
- b. Isi halusinasi
- c. Waktu, frekuensi, yang menyebabkan munculnya halusinasi
- d. Respons halusinasi

Tindakan keperawatan pasien dengan halusinasi

- a. Membina hubungan saling percaya psikiater – pasien
- b. Pasien dapat mengenali halusinasi
- c. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- d. Pasien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi
- e. Pasien memanfaatkan obat dengan baik

Tindakan keperawatan keluarga pasien dengan halusinasi

- a. Diskusikan masalah yang dialami keluarga dalam merawat pasien.
- b. Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami oleh pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, dan cara merawat pasien halusinasi.
- c. Berkesempatan kepada keluarga untuk mempragakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di depan pasien.
- d. Buat perencanaan pulang bersama keluarga.

5) Pasien dengan masalah waham

Waham adalah suatu keyakinan yang salah dipertahankan secara kuat/terus menerus namun tidak sesuai dengan kenyataan. Tanda dan gejala waham (Damaiyanti 2010, 106-110) :

- a. Waham kebesaran
- b. Waham curiga
- c. Waham agama
- d. Waham somatik
- e. Waham nihilistik

Tindakan keperawatan pasien dengan waham,

- a. Membina hubungan saling percaya antara psikiater dengan pasien.
- b. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki.
- c. Pasien dapat mengidentifikasi kebutuhan yang tidak terpenuhi.
- d. Pasien dapat berhubungan dengan realitas.
- e. Pasien dapat menggunakan obat dengan benar.

Tindakan keperawatan keluarga pasien dengan waham,

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga saat merawat pasien di rumah.
- b. Diskusikan dengan keluarga tentang waham yang dialami pasien.
- c. Diskusikan dengan keluarga tentang cara merawat, *follow up* dan keteraturan obat dan lingkungan untuk pasien.
- d. Diskusikan dengan keluarga tentang obat pasien.
- e. Diskusikan dengan keluarga kondisi pasien yang memerlukan konsultasi segera.
- f. Latih cara merawat.
- g. Menyusun rencana pulang pasien bersama keluarga.

6) Pasien dengan masalah kurangnya perawatan diri

Kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas keperawatan diri menurun. Kurang perawatan diri ditandai dari dari ketidak mampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan *toileting* / buang air besar maupun kecil (Damaiyanti 2010, 115-118).

Tindakan keperawatan pasien dengan kurangnya keperawatan diri,

- a. Pasien dapat mengenal tentang pentingnya kebersihan diri.
- b. Pasien dapat melakukan kebersihan diri dengan bantuan psikiater.
- c. Pasien dapat melakukan kebersihan diri secara mandiri.
- d. Pasien dapat mempertahankan kebersihan diri secara mandiri.
- e. Pasien mendapatkan dukungan keluarga dalam meningkatkan kebersihan diri.

Tindakan keperawatan keluarga pasien dengan kurangnya perawatan diri,

- a. Diskusikan dengan keluarga tentang masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- b. Jelaskan pentingnya perawatan diri untuk mengurangi stigma.
- c. Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien.
- d. Anjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat pasien dan membantu mengingatkan pasien dalam merawat diri.
- e. Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam merawat diri.
- f. Latih keluarga cara merawat pasien dengan kurangnya perawatan diri.

7) Pasien dengan masalah risiko bunuh diri

Bunuh diri merupakan tindakan secara sadar dilakukan oleh pasien untuk mengakhiri hidupnya. Berdasarkan besarnya kemungkinan bunuh diri, ada tiga macam perilaku bunuh diri (Damaiyanti 2010, 125-128) :

- a. Isyarat bunuh diri : ditunjukan dengan berperilaku secara tidak langsung ingin bunuh diri.
- b. Ancaman bunuh diri : umumnya diucapkan oleh pasien, berisi keinginan untuk mati disertai dengan rencana untuk mengakhiri kehidupan dan persiapan alat untuk melaksanakan rencananya tersebut.
- c. Percobaan bunuh diri : tindakan pasien menciderai atau melukai diri sendiri untuk mengakhiri kehidupannya.

Tindakan keperawatan pasien dengan risiko bunuh diri,

- a. Pasien dengan percobaan bunuh diri : memahami pasien, menjauhkan dari benda berbahaya, memastikan pasien bahwa sudah meminum obatnya dan dengan lembut menjelaskan pada pasien bahwa psikiater akan melindungi pasien sampai tidak ada keinginan bunuh diri.
- b. Pasien dengan isyarat bunuh diri : mendiskusikan tentang cara mengatasi keinginan bunuh diri, meningkatkan harga

diri pasien dan meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah.

Tindakan keperawatan keluarga pasien dengan risiko bunuh diri,

- a. Pasien dengan percobaan bunuh diri : menganjurkan keluarga untuk mengawasi pasien, menjauhkan barang – barang berbahaya, mendiskusikan dengan keluarga untuk menjaga pasien agar tidak melamun dan menjelaskan pentingnya pasien untuk minum obat.
- b. Pasien dengan isyarat bunuh diri : mengajarkan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri, mengajarkan cara melindungi pasien dari perilaku bunuh diri, mengajarkan keluarga tentang hal – hal yang dapat dilakukan apabila pasien melakukan percobaan bunuh diri dan membantu keluarga mencari rujukan fasilitas kesehatan bagi pasien.