

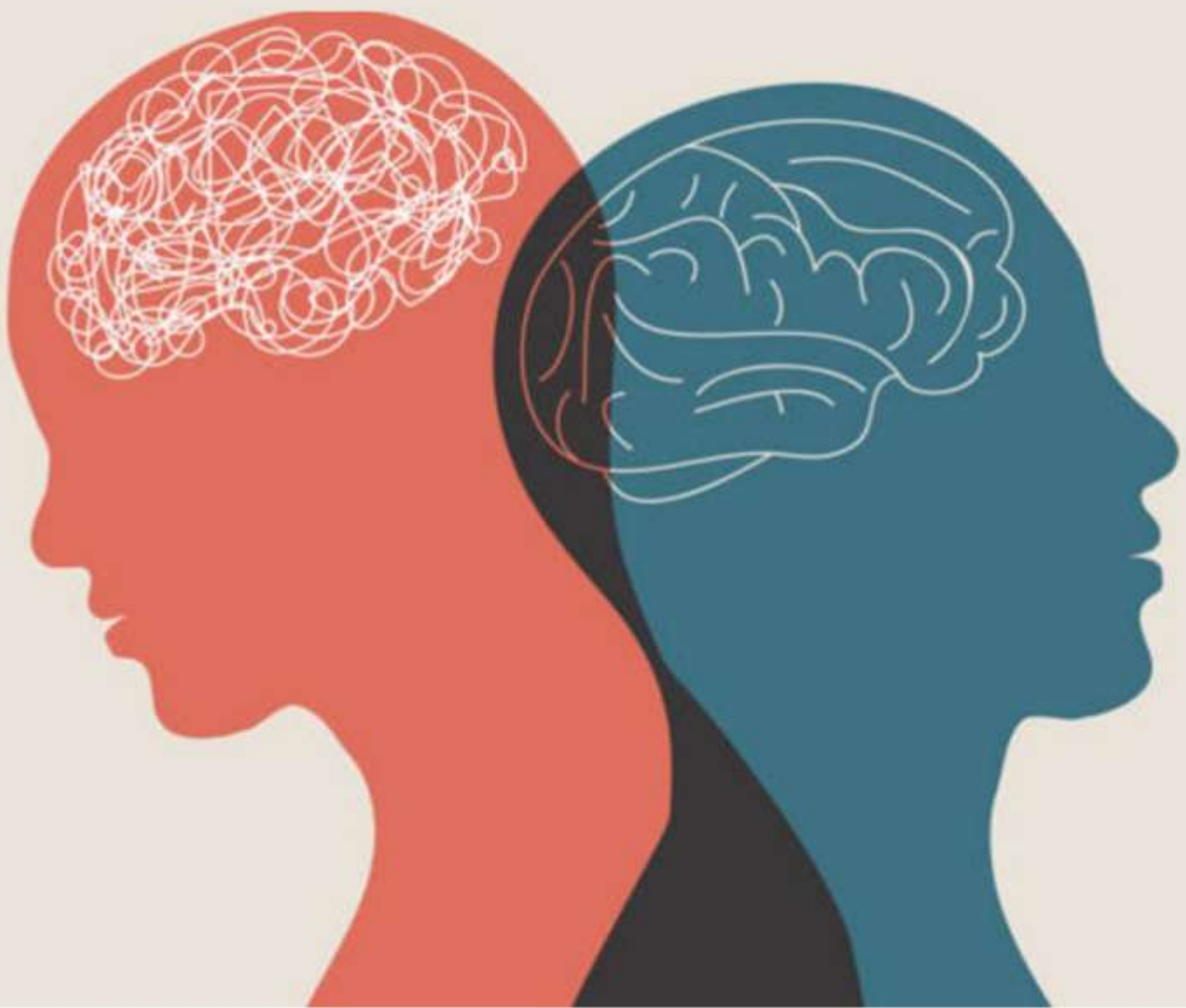
E-ISSN 3048- 0809



Nuansa  
Fajar  
Cemerlang

# Bookchapter **Jiwa**

**Volume 3, Nomor 1, Mei 2026**



# BOOKCHAPTER

## JIWA

Ns. Oril Ardianto, S.Kep.,M.Kep

Hanim Nur Faizah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Ns. Jumilia, S.Kep, M.Kep, Ph.D.



PT Nuansa Fajar Cemerlang

## Book Chapter Jiwa

Nama Jurnal	: Book Chapter Jiwa
Volume & Nomor	: Volume 3, Nomor 1, Mei 2026
ISSN	: 3048-0809
Tahun Terbit	: 2026
Jumlah halaman	: 48 Halaman
Ukuran Book Chapter	: A4

1. Komunikasi Terapeutik pada Pasien dengan Gangguan Jiwa.
2. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Halusinasi Pendengaran
3. Asuhan Keperawatan pada Pasien Perilaku Kekerasan

<i>Copy Editor</i>	: Muhammad Rafli Setiawan
<i>Proofreader</i>	: Muhammad Rafli Setiawan
Penata Isi	: Muhammad Rafli Setiawan
Desainer Sampul	: Muhammad Rafli Setiawan

**Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-Undang**

**Copyright © 2026**

**Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang**



Jurnal ini diterbitkan di bawah lisensi **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)**.

Lisensi ini mengizinkan berbagi, menyalin, mendistribusikan karya turunan untuk penggunaan nonkomersial, dengan atribusi yang sesuai dan lisensi yang sama.

Informasi lebih lanjut: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Diterbitkan oleh:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F, Jl. S. Parman Kav 22-24, Kecamatan Palmerah,  
Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 10340

*Email:* [artikeloptymal@gmail.com](mailto:artikeloptymal@gmail.com)

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

# DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	iii
PENGANTAR PENERBIT .....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
PRAKATA.....	vi
<b>BAB I Komunikasi Terapeutik pada Pasien dengan Gangguan Jiwa.....</b>	<b>1</b>
A. Dinamika Komunikasi Terapeutik Asuhan Keperawatan Jiwa.....	1
B. Prinsip dan Teknik Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan Jiwa .....	3
C. Tahapan Hubungan Terapeutik dan Implementasinya.....	6
D. Hambatan dan Strategi Peningkatan Komunikasi Terapeutik.....	9
E. Penutup.....	12
Referensi.....	14
<b>BAB II Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Halusinasi Pendengaran.....</b>	<b>16</b>
A. Konsep Halusinasi dalam Perspektif Keperawatan .....	16
B. Konsep Halusinasi dalam Keperawatan Jiwa.....	17
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	20
D. Kesimpulan, Peluang dan Tantangan serta Saran.....	26
Referensi.....	28
<b>BAB III Asuhan Keperawatan pada Pasien Perilaku Kekerasan .....</b>	<b>29</b>
A. Pendahuluan.....	29
B. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan .....	30
C. Asuhan Keperawatan .....	36
Referensi.....	39

# PENGANTAR PENERBIT

Dengan mengucap syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, kami selaku penerbit merasa bangga dapat menerbitkan buku ini sebagai bagian dari upaya kami dalam mendukung penyebaran pengetahuan dan pemikiran yang bernilai.

Buku ini merupakan kumpulan karya dari para penulis yang memiliki kepedulian dan perhatian mendalam terhadap berbagai aspek kehidupan manusia. Melalui tulisan-tulisan yang disajikan, pembaca diajak untuk merenung, memahami, dan memperkaya wawasan terhadap hal-hal yang menyentuh sisi terdalam dari eksistensi manusia. Setiap bab ditulis dengan pendekatan yang beragam, baik secara ilmiah, reflektif, maupun praktis, menjadikan buku ini relevan untuk berbagai kalangan.

Sebagai penerbit, kami percaya bahwa pengetahuan tidak hanya bersifat akademis, tetapi juga memiliki kekuatan untuk menyentuh, mengubah, dan membangun manusia secara utuh. Oleh karena itu, kami berharap buku ini dapat menjadi jembatan bagi pemahaman yang lebih luas, dan turut memberikan sumbangsih dalam memperkaya literatur yang bermakna.

Kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh penulis, tim editor, serta semua pihak yang telah bekerja sama dalam mewujudkan terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat diterima dengan baik oleh pembaca dan menjadi salah satu referensi yang berguna di masa kini dan masa mendatang.

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga buku ini akhirnya dapat hadir di tengah pembaca.

Penyusunan buku ini merupakan bentuk kontribusi pemikiran dari para penulis yang berasal dari latar belakang keilmuan yang beragam. Setiap bab ditulis dengan semangat untuk memperkaya wawasan, membuka ruang dialog, serta menumbuhkan kepedulian terhadap hal-hal yang kerap luput dari perhatian namun memiliki dampak besar dalam kehidupan manusia.

Melalui proses kurasi dan penyuntingan yang cermat, kami berupaya menyajikan buku ini dengan kualitas isi yang baik dan tata penyajian yang mudah dipahami. Meskipun tidak luput dari kekurangan, kami berharap buku ini dapat memberikan manfaat yang luas bagi para pembaca, baik dari kalangan akademisi, praktisi, maupun masyarakat umum.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah terlibat dalam proses penyusunan buku ini, khususnya kepada para penulis yang telah menyumbangkan karya terbaiknya. Tak lupa, apresiasi juga kami berikan kepada tim penerbit yang telah mendukung penuh proses penerbitan hingga buku ini dapat diterbitkan.

Akhir kata, semoga kehadiran buku ini dapat menjadi sumber inspirasi dan pengetahuan yang berguna, serta memberi kontribusi positif bagi perkembangan pemikiran dan kehidupan bersama.

# PRAKATA

Segala puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga buku ini dapat disusun dan diterbitkan dengan baik.

Buku yang ada di tangan pembaca ini merupakan hasil kerja sama dari berbagai penulis yang memiliki perhatian dan kepedulian terhadap berbagai persoalan manusia dari sudut pandang batiniah dan keseharian. Setiap bab dalam buku ini menyuguhkan pemikiran, refleksi, maupun hasil kajian ilmiah yang diharapkan dapat memperkaya khazanah pengetahuan serta menjadi bahan renungan yang bermanfaat.

Kami menyadari bahwa menyusun sebuah buku bukanlah pekerjaan yang mudah. Oleh karena itu, kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada para penulis yang telah dengan antusias dan penuh dedikasi menyumbangkan karyanya. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada tim penyunting, penerbit, serta seluruh pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan hingga terbitnya buku ini.

Harapan kami, buku ini dapat menjadi sumber bacaan yang bermakna, menggugah kesadaran, serta memberi kontribusi dalam membangun pemahaman yang lebih dalam terhadap dinamika kehidupan manusia.

# BAB I

## Komunikasi Terapeutik pada Pasien dengan Gangguan Jiwa

Ns. Oril Ardianto, S.Kep.,M.Kep

### A. Dinamika Komunikasi Terapeutik Asuhan Keperawatan Jiwa

Komunikasi terapeutik adalah bagian yang sangat penting dalam praktik keperawatan jiwa karena menjadi alat utama untuk membangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien dengan gangguan mental. Dalam konteks pelayanan kesehatan jiwa, komunikasi tidak hanya berfungsi sebagai media penyampaian informasi, tetapi juga sebagai bentuk intervensi yang secara langsung berkontribusi terhadap proses pemulihan psikologis pasien. Oleh sebab itu, perawat dituntut memiliki keterampilan komunikasi yang efektif, empatik, dan terarah agar mampu membantu pasien mengekspresikan perasaan serta memahami kondisi yang dialaminya (Fosbre, 2022).

Kebutuhan akan komunikasi terapeutik yang optimal semakin penting seiring dengan meningkatnya prevalensi gangguan jiwa secara global maupun nasional. Data dari World Health Organization menunjukkan bahwa sekitar satu dari delapan orang di dunia mengalami gangguan mental, dengan depresi dan kecemasan sebagai kasus yang paling dominan (WHO, 2023). Kondisi ini menuntut tenaga kesehatan, khususnya perawat, untuk meningkatkan kompetensi dalam menerapkan komunikasi terapeutik sebagai bagian dari pendekatan holistik dalam asuhan keperawatan jiwa.

Meskipun demikian, dalam praktiknya masih ditemukan berbagai kendala, seperti keterbatasan keterampilan komunikasi terapeutik pada perawat yang menyebabkan interaksi dengan pasien cenderung kaku dan kurang menunjukkan empati. Selain itu, stigma terhadap individu dengan gangguan jiwa juga menjadi hambatan dalam membangun hubungan terapeutik yang efektif. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan yang sistematis

dan berbasis bukti untuk meningkatkan kualitas komunikasi dalam praktik keperawatan jiwa (Townsend & Morgan, 2021).

Di sisi lain, faktor lingkungan kerja juga berperan dalam memengaruhi kualitas komunikasi terapeutik. Beban kerja yang tinggi dan tekanan pekerjaan dapat menyebabkan kelelahan emosional atau burnout pada perawat, yang berdampak pada menurunnya empati serta kualitas interaksi dengan pasien. Kondisi ini berpotensi meningkatkan risiko terjadinya kesalahan komunikasi dalam praktik klinis (Stuart, 2021).

Selain faktor dari perawat, karakteristik pasien dengan gangguan jiwa turut memengaruhi keberhasilan komunikasi terapeutik. Pasien dengan kondisi seperti skizofrenia, depresi berat, atau gangguan kecemasan sering mengalami hambatan dalam berkomunikasi, seperti gangguan proses pikir, afek yang tidak sesuai, maupun kecenderungan menarik diri. Oleh karena itu, perawat perlu menyesuaikan pendekatan komunikasi agar tetap bersifat terapeutik dan tidak menimbulkan resistensi dari pasien (Videbeck, 2020).

Lebih lanjut, komunikasi terapeutik juga berperan dalam membangun hubungan kolaboratif antara perawat, pasien, dan keluarga. Keterlibatan keluarga menjadi faktor penting dalam mendukung proses pemulihan, karena dapat memberikan dukungan sosial yang kuat. Dalam hal ini, perawat perlu menyampaikan informasi secara jelas, edukatif, dan mudah dipahami agar keluarga mampu berperan aktif dalam perawatan pasien (Townsend & Morgan, 2021).

Peran komunikasi terapeutik tidak hanya terbatas pada interaksi interpersonal, tetapi juga berdampak langsung terhadap hasil klinis pasien. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa komunikasi yang efektif dapat meningkatkan kepatuhan terhadap terapi, menurunkan risiko kekambuhan, serta mempercepat pemulihan psikologis. Dengan demikian, komunikasi terapeutik harus dipandang sebagai kompetensi inti dalam praktik keperawatan jiwa (Bulechek et al., 2023).

Seiring dengan perkembangan teknologi, komunikasi terapeutik juga mulai diadaptasi melalui berbagai media digital, seperti telehealth dan aplikasi kesehatan mental. Meskipun demikian, komunikasi tatap muka tetap dianggap sebagai metode paling efektif karena memungkinkan adanya pengamatan terhadap aspek nonverbal, seperti ekspresi wajah, kontak mata, dan bahasa tubuh, yang memiliki peran penting dalam membangun hubungan terapeutik (Fosbre, 2022)..

Selain itu, pendekatan komunikasi terapeutik saat ini juga berkembang dengan mengadopsi konsep trauma-informed care, yaitu pendekatan yang mempertimbangkan pengalaman traumatis pasien dalam setiap interaksi. Pendekatan ini menekankan pentingnya menciptakan rasa aman, membangun kepercayaan, serta menghindari tindakan yang dapat memicu kembali trauma, sehingga sangat relevan dalam praktik keperawatan jiwa (Stuart, 2021).

Untuk mendukung efektivitas komunikasi terapeutik, perawat juga perlu memiliki kesadaran diri (self-awareness). Kemampuan ini memungkinkan perawat mengenali nilai, sikap, dan emosi pribadi yang dapat memengaruhi interaksi dengan pasien. Dengan kesadaran diri yang baik, perawat dapat meminimalkan bias dan memberikan asuhan yang lebih objektif serta profesional (Townsend & Morgan, 2021).

Selain aspek individu, faktor budaya juga memiliki peranan penting dalam komunikasi terapeutik. Pemahaman terhadap nilai, norma, dan keyakinan pasien akan membantu perawat dalam menghindari kesalahpahaman serta meningkatkan efektivitas komunikasi. Pendekatan yang sensitif terhadap budaya terbukti mampu meningkatkan kepuasan pasien dan keberhasilan intervensi dalam keperawatan jiwa, sebagaimana ditekankan oleh American Psychiatric Association (2022).

Dengan semakin kompleksnya permasalahan kesehatan jiwa di masyarakat, komunikasi terapeutik perlu terus dikembangkan melalui pendekatan berbasis bukti (evidence-based practice). Penelitian dan inovasi dalam bidang ini menjadi sangat penting untuk menghasilkan metode komunikasi yang lebih efektif dan adaptif terhadap kebutuhan pasien. Upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan jiwa secara komprehensif (Videbeck, 2020).

## **B. Prinsip dan Teknik Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan Jiwa**

Komunikasi terapeutik dalam keperawatan jiwa bukan sekadar keterampilan berbicara, melainkan suatu proses interpersonal yang dirancang secara sadar untuk membantu pasien mencapai kondisi psikologis yang lebih adaptif. Proses ini berlandaskan pada prinsip-prinsip utama seperti empati, kehangatan (warmth), keaslian (genuineness), dan penerimaan tanpa syarat. Empati tidak hanya berarti memahami apa yang dirasakan

pasien, tetapi juga mampu menyampaikan pemahaman tersebut sehingga pasien merasa benar-benar didengarkan dan dihargai (Moreno-Poyato et al., 2021).

Dalam praktiknya, kejujuran dan konsistensi sikap perawat menjadi kunci dalam membangun kepercayaan pasien. Banyak pasien dengan gangguan jiwa memiliki pengalaman negatif dalam hubungan sosial, sehingga cenderung sulit mempercayai orang lain. Oleh karena itu, perawat perlu menunjukkan sikap yang stabil, tidak berubah-ubah, serta mampu menjaga komitmen selama proses interaksi terapeutik berlangsung (Halter, 2022).

Selain berpegang pada prinsip dasar, perawat juga dituntut mampu menyesuaikan komunikasi dengan kondisi emosional pasien. Pada pasien dengan kecemasan tinggi, pendekatan yang digunakan sebaiknya bersifat menenangkan, menggunakan nada suara lembut dan kalimat sederhana. Sementara itu, pada pasien dengan depresi, perawat perlu lebih aktif dalam mendorong pasien untuk mengekspresikan perasaan, mengingat kecenderungan mereka untuk menarik diri dan sulit memulai komunikasi (Townsend & Morgan, 2023).

Seiring dengan perkembangan praktik berbasis bukti (*evidence-based practice*), teknik komunikasi terapeutik juga mengalami perkembangan. Salah satu teknik yang paling mendasar adalah mendengarkan aktif, yang tidak hanya berarti diam dan mendengar, tetapi juga melibatkan respons nonverbal seperti kontak mata, anggukan, dan ekspresi wajah yang sesuai. Kehadiran perawat secara penuh dalam interaksi ini memberikan rasa aman dan dihargai bagi pasien (Sharac et al., 2022).

Selain itu, teknik refleksi memiliki peran penting dalam membantu pasien mengenali dan memahami perasaan mereka. Dengan mengulang atau memparafrasekan apa yang disampaikan pasien, perawat dapat memfasilitasi peningkatan kesadaran diri (*insight*), terutama pada pasien yang mengalami kebingungan emosi (Moreno-Poyato et al., 2021). Teknik ini sering dikombinasikan dengan klarifikasi, yang bertujuan untuk memastikan bahwa pesan yang disampaikan pasien benar-benar dipahami secara tepat. Hal ini menjadi penting karena beberapa pasien dengan gangguan jiwa dapat mengalami distorsi persepsi atau gangguan proses pikir (Halter, 2022).

Selanjutnya, teknik eksplorasi digunakan untuk menggali lebih dalam pengalaman, pikiran, dan perasaan pasien. Namun, penggunaannya harus mempertimbangkan kesiapan pasien agar tidak menimbulkan resistensi. Perawat perlu peka terhadap waktu yang tepat

(timing) dan kondisi emosional pasien sebelum menggali informasi yang lebih sensitif (Townsend & Morgan, 2023).

Perkembangan terbaru dalam komunikasi terapeutik juga mengarah pada pendekatan recovery-oriented care, yaitu pendekatan yang menempatkan pasien sebagai individu yang memiliki potensi untuk pulih. Dalam pendekatan ini, komunikasi bersifat kolaboratif, di mana pasien dilibatkan secara aktif dalam pengambilan keputusan terkait perawatan yang dijalani (Slade et al., 2021).

Untuk memberikan gambaran yang lebih sistematis, berikut beberapa teknik komunikasi terapeutik yang sering digunakan dalam praktik keperawatan jiwa:

**Tabel 1.1** Teknik Komunikasi Terapeutik

No	Teknik	Deskripsi	Keterangan
1	Mendengarkan aktif	Fokus penuh pada pasien	Meningkatkan rasa dihargai
2	Refleksi	Mengulang perasaan pasien	Membantu insight
3	Klarifikasi	Memastikan makna pesan	Mencegah salah persepsi
4	Eksplorasi	Menggali pengalaman pasien	Mendukung pengkajian
5	Diam terapeutik	Memberi ruang pasien berpikir	Mendorong ekspresi
6	Memberi informasi	Edukasi yang relevan	Meningkatkan pemahaman
7	Validasi	Menguatkan perasaan pasien	Mengurangi kecemasan
8	Fokus	Mengarahkan pembicaraan	Menjaga tujuan komunikasi

Keterangan:

Sumber: Halter (2022); Townsend & Morgan (2023)

Di antara teknik tersebut, diam terapeutik sering kali dianggap sederhana, namun memiliki makna yang mendalam. Diam memberikan kesempatan bagi pasien untuk mengorganisir pikiran dan mengungkapkan perasaan tanpa tekanan. Namun, penggunaannya harus tepat, karena jika terlalu lama dapat menimbulkan ketidaknyamanan (Sharac et al., 2022).

Selain itu, teknik validasi semakin banyak digunakan dalam praktik modern. Validasi berarti mengakui bahwa perasaan pasien adalah nyata dan bermakna, tanpa harus menyetujui isi pikirannya. Teknik ini efektif dalam menurunkan intensitas emosi, terutama pada pasien dengan gangguan emosional yang kuat (Slade et al., 2021).

Penting untuk dipahami bahwa komunikasi terapeutik tidak dapat diterapkan secara seragam pada setiap pasien. Setiap individu memiliki kebutuhan yang berbeda, sehingga perawat harus fleksibel dalam memilih teknik yang digunakan. Faktor seperti usia, budaya, tingkat pendidikan, serta jenis gangguan jiwa perlu dipertimbangkan agar komunikasi yang dilakukan benar-benar efektif (Halter, 2022).

Dengan demikian, komunikasi terapeutik tidak hanya merupakan keterampilan teknis, tetapi juga seni dalam membangun hubungan manusia yang bermakna. Perawat yang mampu menguasai prinsip dan teknik komunikasi terapeutik secara optimal akan lebih efektif dalam membantu pasien mencapai pemulihan yang menyeluruh, baik dari aspek psikologis maupun sosial (Moreno-Poyato et al., 2021).

## C. Tahapan Hubungan Terapeutik dan Implementasinya

Hubungan terapeutik dalam keperawatan jiwa merupakan proses dinamis yang berkembang secara bertahap dan membutuhkan keterampilan interpersonal yang matang dari perawat. Proses ini tidak hanya berfokus pada interaksi verbal, tetapi juga melibatkan aspek emosional, psikologis, dan sosial pasien. Pemahaman terhadap tahapan hubungan terapeutik akan membantu perawat dalam memberikan asuhan yang lebih terarah, manusiawi, dan berpusat pada pasien (Arnold & Boggs, 2020).

### 1. Tahap Pra-Interaksi

Pada tahap ini, perawat belum berinteraksi langsung dengan pasien, tetapi sudah mulai mempersiapkan diri secara menyeluruh. Persiapan ini meliputi pengumpulan informasi dasar tentang pasien, seperti riwayat kesehatan, kondisi psikologis, serta latar belakang sosialnya. Informasi ini penting sebagai dasar dalam merencanakan pendekatan komunikasi yang tepat (Arnold & Boggs, 2020).

#### a. Refleksi diri perawat

Perawat perlu mengenali perasaan pribadi, seperti rasa takut, cemas, atau prasangka terhadap pasien. Kesadaran ini penting agar perawat tidak membawa emosi negatif

ke dalam interaksi yang dapat memengaruhi kualitas hubungan terapeutik (Barker, 2021).

b. **Persiapan Lingkungan**

Lingkungan yang kondusif seperti ruang yang tenang, nyaman, dan memiliki privasi akan mendukung komunikasi yang lebih efektif. Faktor lingkungan sering kali menjadi penentu awal keterbukaan pasien dalam berinteraksi (Stickley & Wright, 2020).

## **2. Tahap Orientasi**

Tahap orientasi merupakan fase awal pertemuan antara perawat dan pasien. Pada tahap ini, hubungan mulai dibangun dan kepercayaan mulai ditanamkan secara perlahan. Kesan pertama menjadi sangat penting karena akan memengaruhi keberlanjutan hubungan terapeutik (O'Toole, 2021).

a. **Membangun hubungan saling percaya**

Perawat perlu menunjukkan sikap ramah, jujur, dan tidak menghakimi. Pasien dengan gangguan jiwa sering kali memiliki pengalaman negatif sebelumnya, sehingga pendekatan yang hangat akan membantu menurunkan kecemasan (Barker, 2021).

b. **Menyepakati Kontrak**

Kontrak ini mencakup waktu, tempat, serta tujuan interaksi. Adanya kesepakatan ini membantu pasien merasa lebih aman dan memahami arah komunikasi yang akan dilakukan (Stickley & Wright, 2020).

c. **Mengidentifikasi masalah awal**

Perawat mulai menggali informasi dasar terkait kondisi pasien, baik secara fisik maupun psikologis, untuk menentukan fokus intervensi selanjutnya (O'Toole, 2021).

## **3. Tahap Kerja**

Tahap kerja merupakan inti dari hubungan terapeutik, di mana proses komunikasi digunakan secara maksimal untuk membantu pasien memahami dan mengatasi masalahnya. Pada fase ini, hubungan yang sudah terbentuk dimanfaatkan untuk mencapai tujuan terapeutik (Arnold & Boggs, 2020).

a. **Eksplorasi perasaan dan pengalaman**

Perawat membantu pasien mengungkapkan perasaan terdalamnya, termasuk ketakutan, kecemasan, atau konflik yang dialami. Proses ini membutuhkan kesabaran dan empati tinggi (Barker, 2021).

b. Pengembangan mekanisme koping

Pasien dibimbing untuk menemukan cara yang lebih adaptif dalam menghadapi masalah. Perawat dapat memberikan dukungan dan edukasi agar pasien mampu mengelola stres secara lebih sehat (O'Toole, 2021).

c. Mengatasi resistensi

Tidak semua pasien siap terbuka. Perawat perlu memahami bahwa penolakan atau diam merupakan bagian dari proses. Pendekatan yang tidak memaksa akan lebih efektif dibandingkan tekanan yang berlebihan (Stickley & Wright, 2020).

d. Menjaga hubungan profesional

Perawat harus tetap menjaga batasan profesional meskipun hubungan sudah dekat. Hal ini penting untuk mencegah ketergantungan emosional yang berlebihan (Arnold & Boggs, 2020).

#### 4. Tahap Terminasi

Tahap terminasi merupakan fase penutupan hubungan terapeutik yang dilakukan secara terencana dan bertahap. Tujuan utama dari tahap ini adalah mempersiapkan pasien untuk mandiri tanpa ketergantungan pada perawat (O'Toole, 2021).

a. Evaluasi hasil interaksi

Perawat dan pasien bersama-sama meninjau kembali proses yang telah dilalui, termasuk kemajuan yang telah dicapai selama terapi (Barker, 2021).

b. Penguatan kemampuan pasien

Perawat memberikan dukungan dan penguatan agar pasien percaya diri dalam menghadapi kehidupannya setelah hubungan terapeutik berakhir (Stickley & Wright, 2020).

c. Perencanaan tindak lanjut

Pasien diarahkan untuk tetap mendapatkan dukungan, baik melalui keluarga, layanan kesehatan, maupun komunitas. Hal ini penting untuk menjaga keberlanjutan proses pemulihan (Arnold & Boggs, 2020).

d. Mengelola perasaan perpisahan

Baik pasien maupun perawat dapat merasakan emosi tertentu saat hubungan berakhir. Oleh karena itu, proses terminasi perlu dilakukan dengan komunikasi yang terbuka dan suportif (O'Toole, 2021).

Secara keseluruhan, tahapan hubungan terapeutik menggambarkan perjalanan interaksi yang tidak hanya bersifat profesional, tetapi juga manusiawi. Ketika setiap tahap

dijalankan dengan baik, pasien tidak hanya mendapatkan bantuan dalam mengatasi masalahnya, tetapi juga memperoleh pengalaman hubungan yang positif dan bermakna, yang dapat menjadi dasar dalam membangun hubungan sosial yang lebih sehat di masa depan (Barker, 2021).

## **D. Hambatan dan Strategi Peningkatan Komunikasi Terapeutik**

Dalam praktik keperawatan jiwa, komunikasi terapeutik sering kali tidak berjalan semulus teori. Di lapangan, banyak faktor yang memengaruhi keberhasilan interaksi antara perawat dan pasien. Hambatan ini bisa muncul dari kondisi pasien itu sendiri, dari perawat, maupun dari lingkungan tempat pelayanan diberikan. Memahami hambatan ini secara nyata akan membantu perawat lebih siap dalam menghadapi berbagai situasi klinis yang kompleks (Arnold & Boggs, 2020).

### **1. Hambatan yang Berasal dari Pasien**

Pasien dengan gangguan jiwa memiliki karakteristik yang sangat beragam, sehingga cara mereka berkomunikasi pun sering kali tidak seperti komunikasi pada umumnya. Hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi perawat.

#### **a. Gangguan proses piker dan persepsi**

Pada beberapa kondisi seperti skizofrenia, pasien dapat mengalami halusinasi atau waham yang membuat mereka sulit membedakan antara realitas dan persepsi pribadi. Akibatnya, komunikasi bisa menjadi tidak nyambung atau sulit dipahami. Dalam situasi seperti ini, perawat perlu lebih sabar dan tidak langsung menyangkal pengalaman pasien, melainkan mengarahkan secara perlahan ke realitas (Barker, 2021).

#### **b. Menarik diri dan kurang responsive**

Pasien dengan depresi atau gangguan kecemasan berat sering kali cenderung diam, menghindari kontak mata, atau tidak merespons pertanyaan. Kondisi ini bukan berarti pasien tidak mau berkomunikasi, tetapi lebih karena mereka kesulitan mengekspresikan diri (Stickley & Wright, 2020).

#### **c. Perasaan curiga atau tidak percaya**

Sebagian pasien datang dengan rasa tidak aman dan kecurigaan terhadap orang lain, termasuk tenaga kesehatan. Jika tidak ditangani dengan pendekatan yang tepat, hal

ini bisa menjadi penghalang besar dalam membangun hubungan terapeutik (O'Toole, 2021).

## **2. Hambatan yang berasal dari perawat**

Tidak semua hambatan berasal dari pasien. Dalam banyak kasus, faktor dari perawat justru menjadi penentu utama keberhasilan atau kegagalan komunikasi terapeutik.

### **a. Kurang keterampilan komunikasi**

Perawat yang belum terbiasa menggunakan teknik komunikasi terapeutik sering kali cenderung memberikan nasihat secara langsung atau terlalu cepat menyimpulkan kondisi pasien. Padahal, komunikasi terapeutik membutuhkan proses dan tidak bisa dilakukan secara instan (Arnold & Boggs, 2020).

### **b. Kelelahan emosional (*burnout*)**

Beban kerja yang tinggi dan tekanan emosional dalam merawat pasien gangguan jiwa dapat menyebabkan kelelahan psikologis. Ketika perawat mengalami burnout, empati bisa menurun, sehingga komunikasi menjadi kurang hangat dan cenderung mekanis (Wei et al., 2020).

### **c. Sikap atau stigma terhadap pasien**

Tanpa disadari, masih ada tenaga kesehatan yang memiliki pandangan negatif terhadap pasien gangguan jiwa. Sikap ini bisa terlihat dari bahasa tubuh, nada suara, atau cara berinteraksi yang kurang menghargai pasien sebagai individu (Knaak et al., 2021).

## **3. Hambatan yang berasal dari lingkungan**

Lingkungan tempat pelayanan juga memiliki pengaruh besar terhadap kualitas komunikasi terapeutik.

### **a. Kurang privasi**

Komunikasi yang bersifat personal membutuhkan ruang yang aman dan nyaman. Jika interaksi dilakukan di tempat yang terbuka atau ramai, pasien cenderung tidak mau terbuka (Stickley & Wright, 2020).

### **b. Lingkungan yang bising dan kondusif**

Suara bising, lalu lalang orang, atau suasana yang tidak nyaman dapat mengganggu konsentrasi baik perawat maupun pasien dalam berkomunikasi (O'Toole, 2021).

### **c. Keterbatasan waktu pelayanan**

Dalam praktik nyata, perawat sering memiliki waktu yang terbatas karena beban kerja. Hal ini membuat komunikasi terapeutik tidak dilakukan secara optimal (Arnold & Boggs, 2020).

#### 4. Strategi Meningkatkan Komunikasi Terapeutik

Meskipun banyak hambatan, komunikasi terapeutik tetap dapat ditingkatkan melalui berbagai strategi yang realistis dan aplikatif.

a. Penguatan keterampilan komunikasi

Pelatihan secara berkala sangat penting untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam menggunakan teknik komunikasi terapeutik. Pelatihan ini tidak hanya teori, tetapi juga praktik melalui simulasi atau role play (Wei et al., 2020).

b. Pendekatan *patient centered care*

Pendekatan ini menempatkan pasien sebagai pusat pelayanan. Artinya, perawat perlu benar-benar mendengarkan kebutuhan, nilai, dan preferensi pasien, bukan hanya fokus pada diagnosis (Knaak et al., 2021).

c. Meningkatkan empati dan kesadaran diri

Perawat perlu terus melatih kemampuan empati serta melakukan refleksi diri. Dengan memahami diri sendiri, perawat akan lebih mampu memahami orang lain secara lebih objektif (Barker, 2021).

d. Supervisi dan dukungan profesional

Diskusi kasus, supervisi klinis, atau sharing dengan rekan kerja dapat membantu perawat mengatasi kesulitan dalam berkomunikasi dengan pasien. Hal ini juga penting untuk mencegah kelelahan emosional (Wei et al., 2020).

e. Menciptakan lingkungan yang mendukung

Upaya sederhana seperti menyediakan ruang yang tenang, menjaga privasi, dan mengatur waktu interaksi dapat meningkatkan kualitas komunikasi secara signifikan (Stickley & Wright, 2020).

f. Mengurangi stigma dalam pelayanan kesehatan

Pendidikan dan peningkatan kesadaran tentang kesehatan jiwa perlu terus dilakukan agar tenaga kesehatan memiliki sikap yang lebih positif terhadap pasien. Lingkungan yang bebas stigma akan membuat pasien lebih nyaman dalam berinteraksi (Knaak et al., 2021).

Secara keseluruhan, hambatan dalam komunikasi terapeutik adalah hal yang wajar dalam praktik keperawatan jiwa. Namun, yang terpenting adalah bagaimana perawat mampu mengenali

hambatan tersebut dan mencari cara untuk mengatasinya. Komunikasi yang baik bukan hanya soal teknik, tetapi juga tentang sikap, kesabaran, dan kemauan untuk benar-benar memahami pasien sebagai manusia yang utuh (O'Toole, 2021).

## E. Penutup

Komunikasi terapeutik dalam keperawatan jiwa bukan sekadar keterampilan tambahan, melainkan inti dari praktik profesional yang menentukan kualitas hubungan antara perawat dan pasien. Dalam realitas praktik, keberhasilan intervensi keperawatan sering kali tidak hanya ditentukan oleh tindakan klinis, tetapi juga oleh bagaimana perawat mampu hadir secara utuh—mendengarkan, memahami, dan merespons pasien sebagai manusia yang memiliki pengalaman hidup yang kompleks. Ketika komunikasi dilakukan dengan empati dan kesadaran, pasien tidak hanya merasa dirawat, tetapi juga dihargai sebagai individu (McCabe & Timmins, 2021).

Lebih jauh lagi, komunikasi terapeutik memiliki dampak yang nyata terhadap proses pemulihan pasien. Pasien yang merasa didengarkan cenderung lebih terbuka dalam menyampaikan perasaan dan masalahnya. Hal ini memungkinkan perawat untuk memberikan intervensi yang lebih tepat sasaran. Selain itu, hubungan yang baik juga dapat meningkatkan kepercayaan pasien terhadap layanan kesehatan, sehingga mereka lebih patuh terhadap terapi yang diberikan (Norful et al., 2022).

Namun, tantangan dalam komunikasi terapeutik saat ini semakin berkembang. Perubahan sistem pelayanan kesehatan, peningkatan jumlah pasien dengan gangguan jiwa, serta keterbatasan tenaga kesehatan menjadi faktor yang memengaruhi kualitas interaksi antara perawat dan pasien. Dalam kondisi seperti ini, komunikasi sering kali menjadi terburu-buru dan kurang mendalam. Padahal, justru dalam situasi yang kompleks, komunikasi yang berkualitas sangat dibutuhkan (Kwame & Petrucka, 2021).

Selain itu, perkembangan teknologi dalam bidang kesehatan juga membawa perubahan dalam cara perawat berinteraksi dengan pasien. Penggunaan telehealth dan layanan digital memang memberikan kemudahan akses, tetapi juga menimbulkan tantangan dalam membangun kedekatan emosional. Komunikasi yang sebelumnya mengandalkan kontak langsung kini harus beradaptasi dengan media virtual yang memiliki keterbatasan dalam menyampaikan ekspresi nonverbal (Shore et al., 2020).

Di sisi lain, keberagaman latar belakang pasien juga menjadi tantangan tersendiri. Perawat tidak hanya berhadapan dengan perbedaan kondisi psikologis, tetapi juga

perbedaan budaya, bahasa, dan nilai-nilai yang dianut pasien. Oleh karena itu, komunikasi terapeutik perlu dilakukan secara sensitif budaya agar tidak menimbulkan kesalahpahaman. Pendekatan yang menghargai perbedaan ini terbukti dapat meningkatkan efektivitas hubungan terapeutik (Kaihlanen et al., 2021).

Melihat berbagai tantangan tersebut, peningkatan kompetensi perawat dalam komunikasi terapeutik menjadi hal yang sangat penting. Pendidikan keperawatan perlu memberikan porsi yang lebih besar pada pengembangan keterampilan komunikasi, tidak hanya dalam bentuk teori, tetapi juga melalui praktik langsung. Simulasi, role play, dan pembelajaran berbasis kasus dapat membantu mahasiswa keperawatan lebih siap menghadapi situasi nyata di lapangan (McCabe & Timmins, 2021).

Selain pendidikan formal, pelatihan berkelanjutan bagi perawat yang sudah bekerja juga perlu diperkuat. Dunia kesehatan terus berkembang, sehingga keterampilan komunikasi pun harus terus diperbarui. Pelatihan yang berfokus pada empati, komunikasi interpersonal, serta manajemen emosi dapat membantu perawat tetap mampu memberikan pelayanan yang berkualitas di tengah tekanan kerja (Norful et al., 2022).

Rekomendasi lainnya adalah perlunya dukungan sistem dari institusi pelayanan kesehatan. Lingkungan kerja yang sehat, beban kerja yang seimbang, serta adanya supervisi klinis akan sangat membantu perawat dalam mempertahankan kualitas komunikasi terapeutik. Tanpa dukungan sistem yang baik, sulit bagi perawat untuk secara konsisten memberikan komunikasi yang optimal (Kwame & Petrucka, 2021).

Selain itu, penelitian di bidang komunikasi keperawatan jiwa perlu terus dikembangkan. Inovasi dalam metode komunikasi, termasuk pemanfaatan teknologi dan pendekatan berbasis budaya, dapat menjadi solusi untuk meningkatkan efektivitas komunikasi terapeutik di masa depan. Penelitian yang berkelanjutan akan memberikan dasar ilmiah yang kuat bagi praktik keperawatan (Kaihlanen et al., 2021).

Pada akhirnya, komunikasi terapeutik bukan hanya tentang teknik, tetapi tentang bagaimana perawat mampu membangun hubungan yang tulus dan bermakna dengan pasien. Hubungan ini menjadi jembatan bagi proses penyembuhan, di mana pasien merasa diterima, dipahami, dan didukung dalam menghadapi kehidupannya. Dengan komunikasi yang baik, perawat tidak hanya membantu pasien pulih, tetapi juga membantu mereka menemukan kembali harapan dan makna dalam hidupnya (Shore et al., 2020).

# Referensi

- American Psychiatric Association. (2022). *Practice guideline for the treatment of patients with mental disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2020). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses* (8th ed.). Elsevier.
- Barker, P. (2021). *Psychiatric and mental health nursing: The craft of caring* (3rd ed.). CRC Press.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2023). *Nursing interventions classification (NIC)* (8th ed.). Elsevier.
- Fosbre, C. D. (2022). *Vancouver's essentials of psychiatric-mental health nursing: A communication approach to evidence-based care* (5th ed.). Elsevier.
- Halter, M. J. (2022). *Vancouver's foundations of psychiatric-mental health nursing: A clinical approach* (9th ed.). Elsevier.
- Kaihlanen, A. M., Hietapakka, L., & Heponiemi, T. (2021). Increasing cultural awareness: Qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 20(1), 38.
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2021). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 34(2), 79-83.
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). Communication in nurse-patient interaction in healthcare settings: A scoping review. *Nursing Open*, 8(6), 2967-2979.
- McCabe, C., & Timmins, F. (2021). *Communication skills for nursing practice* (3rd ed.). Bloomsbury Publishing.
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., & Delgado-Hito, P. (2021). Therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 1-12. <https://doi.org/10.1111/inm.12795>
- Norful, A. A., de Jacq, K., & Carlino, R. (2022). Improving nurse-patient communication: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1450-1462.
- O'Toole, G. (2021). *Communication: Core interpersonal skills for health professionals* (4th ed.). Elsevier.
- Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., & Wood, A. (2022). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatient wards: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 129, 104191. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104191>
- Shore, J. H., Schneck, C. D., & Mishkind, M. C. (2020). Telepsychiatry and the transformation of mental health care. *Current Psychiatry Reports*, 22(11), 1-8.

- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2021). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 20(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20811>
- Stickley, T., & Wright, N. (2020). *Theories for mental health nursing: A guide for practice*. SAGE Publications.
- Stuart, G. W. (2021). *Principles and practice of psychiatric nursing* (11th ed.). Elsevier.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2021). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (10th ed.). F.A. Davis Company.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. A. (2020). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(3), 287-300.
- World Health Organization. (2023). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health>

## BAB II

# Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Halusinasi Pendengaran

Hanim Nur Faizah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

### A. Konsep Halusinasi dalam Perspektif Keperawatan

Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori di mana individu mengalami sensasi tanpa adanya rangsangan eksternal yang nyata. Kondisi ini dapat berupa pengalaman mendengar, melihat, mencium, merasakan, atau menyentuh sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Halusinasi sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa, terutama skizofrenia, yang ditandai dengan adanya gangguan pada proses berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku (Sari et al., 2022).

Dalam konteks kesehatan mental saat ini, halusinasi menjadi masalah yang cukup kompleks dan masih banyak ditemukan di layanan kesehatan jiwa. Halusinasi merupakan salah satu diagnosa keperawatan yang paling sering muncul pada pasien gangguan jiwa. Sebagian besar pasien dengan skizofrenia dilaporkan mengalami halusinasi yang berdampak pada kemampuan interaksi sosial serta komunikasi (Putri & Wahyuni, 2023). Kondisi ini menunjukkan bahwa halusinasi masih menjadi masalah aktual yang membutuhkan penanganan serius dan berkelanjutan.

Permasalahan utama pada pasien dengan halusinasi adalah ketidakmampuan dalam membedakan antara persepsi yang berasal dari stimulus nyata dan yang berasal dari pikiran sendiri. Akibatnya, pasien sering kali mempercayai halusinasi sebagai sesuatu yang nyata, sehingga dapat memicu perilaku maladaptif seperti berbicara sendiri, marah tanpa sebab, bahkan berisiko melukai diri sendiri atau orang lain (Rahmawati et al., 2021). Kondisi ini juga diperparah dengan kurangnya kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi yang dialami.

Dalam praktik keperawatan, penanganan halusinasi dilakukan melalui pendekatan proses keperawatan yang sistematis, meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Metode ini dilakukan melalui teknik wawancara, observasi, serta dokumentasi untuk memahami kondisi pasien secara menyeluruh (Hidayat & Kusumawati, 2022). Selain itu, penerapan terapi generalis seperti mengenali halusinasi, menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap dengan orang lain, serta melakukan aktivitas terjadwal terbukti efektif dalam membantu pasien mengontrol halusinasi (Pratama et al., 2024).

Berdasarkan uraian tersebut, pembahasan dalam bab ini bertujuan untuk mengkaji secara mendalam konsep halusinasi serta penerapan asuhan keperawatan yang efektif dalam membantu pasien mengontrol halusinasi. Dengan pemahaman yang baik, diharapkan perawat mampu memberikan intervensi yang tepat guna meningkatkan kualitas hidup pasien dengan gangguan persepsi sensori.

## **B. Konsep Halusinasi dalam Keperawatan Jiwa**

### **a. Pengertian Halusinasi Pendengaran**

Halusinasi Pendengaran merupakan salah satu bentuk tanggapan yang diterima oleh seseorang dapat berupa marah yang dicurahkan melalui ancaman, mencederai diri sendiri maupun lingkungan sekitar. Tanda dan gejala Halusinasi Pendengaran dapat berupa terjadinya perubahan fungsi kognitif, afektif, perilaku, dan sosial. Orang yang mengalami Halusinasi Pendengaran seringkali mengalami tekanan darah yang meningkat, mudah tersinggung, marah, mengamuk, serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lainnya (Pardede & Hulu, 2020). Halusinasi Pendengaran merupakan bentuk perilaku seseorang yang mempunyai maksud untuk mencederai diri secara fisik dan psikologis. Pada pengertiannya Halusinasi Pendengaran dapat berupa perkataan pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Halusinasi Pendengaran pada lingkungan dapat berupa tindakan yang bersifat merusak lingkungan seperti melempar kaca, genting, dan apapun yang berhubungan dengan lingkungan (Putri & Fitrianti, 2018). Halusinasi Pendengaran merupakan bentuk kekerasan secara fisik maupun perkataan yang dapat ditunjukkan kepada diri sendiri maupun orang lainnya. Pada orang dengan Halusinasi Pendengaran cenderung bersifat agresif terhadap suatu sisi yang lainnya. Keadaan pada orang dengan Halusinasi Pendengaran terkadang menimbulkan perasaan emosi, benci, frustrasi, atau marah (Kandar & Iswanti, 2019).

### **b. Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran**

Pada orang dengan Halusinasi Pendengaran dapat merasakan denyut nadi meningkat, pernafasan meningkat, mudah tersinggung terhadap orang lainnya, serta mempunyai keinginan untuk mencederai diri sendiri maupun orang lainnya (Pardede, Siregar & Hulu, 2020). Terdapat tanda dan gejala pada orang dengan Halusinasi Pendengaran seperti (Pardede, 2020):

1. Emosi : Tidak cukup menahan emosi, merasa tidak nyaman, rasa terganggu, dan merasa marah
2. Intelektual : Mendominasi, cerewet, suka bicara kotor, gampang berdebat, dan cenderung meremehkan
3. Fisik : Wajah nampak kemerahan, mata tajam, nafas pendek, mudah berkeringat, fisik tidak sehat, menggunakan obat-obatan terlarang, tekanan darah mudah mengalami peningkatan
4. Spiritual : Merasa paling benar, selalu membenarkan diri sendiri, mempunyai kebimbangan, tidak mempunyai etika, berperilaku tidak baik, tidak kreatif
5. Sosial : Tidak mudah bersosialisasi, dijauhi orang lain, merasa tidak dihargai oleh lingkungan sekitar, mendapatkan omongan dari orang lain.

Tanda dan gejala Halusinasi Pendengaran berdasarkan :

1. Subjektif : Mempunyai perasaan jengkel, keinginan untuk melukai orang sekitar, orang lain, suka membentak dan menyerang orang lain.
2. Objektif : Ekspresi mata melebar, tangan menggepal, wajah memerah, postur tubuh tegar, terkadang bicara kasar, mudah marah, dapat melukai orang lain serta diri sendiri.

### **c. Rentang Respon Marah**

Rentang respon kemarahan dapat berupa asertif, frustrasi, agresif, dan mengamuk (Putri, N & Fitrianti, 2018).

- 1) Asertif adalah ungkapan marah tanpa membuat orang sakit hati, membuat luka perasaan orang lain, dan bertujuan untuk membuat orang merasa rendah diri.
- 2) Frustrasi adalah suatu akibat yang timbul akibat seseorang gagal mencapai sesuatu yang diinginkannya. Frustrasi dapat dialami sebagai sesuatu yang dapat menimbulkan kemarahan.
- 3) Pasif adalah suatu perasaan dimana individu tidak mampu untuk menceritakan perasaan yang dialami.

- 4) Agresif adalah perilaku yang menyebabkan marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang dengan perilaku agresif biasanya kurang mengetahui segala sesuatu yang didapatkan orang lain.
- 5) Amuk adalah perasaan marah yang dialami oleh seseorang serta kehilangan control diri. Orang dengan perasaan marah dapat.

#### **d. Etiologi Resiko Halusinasi**

Pendengaran Terjadinya Halusinasi Pendengaran dapat dijelaskan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi faktor predisposisi dan presipitasi (Nurhalimah, 2016) :

##### **a. Faktor predisposisi**

###### **1) Faktor Biologis**

Faktor biologis yaitu faktor yang berasal dari anggota keluarga yang melakukan Halusinasi Pendengaran pada anggota keluarganya, adanya suatu penyakit dan riwayat penggunaan NAPZA.

###### **2) Faktor Psikologis**

Suatu pengalaman marah merupakan keinginan psikologis terhadap stimulasi dari dalam, dan dari luar, maupun lingkungan. Halusinasi Pendengaran bisa terjadi karena hasil dari keinginan yang tidak terpenuhi. Apabila individu tidak dapat mencapai keinginannya untuk mencapai sesuatu maka akan menemui kegagalan atau terhambat. Kebutuhan manusia adalah berperilaku dan jika tidak terpenuhi kebutuhan tersebut maka cenderung akan berperilaku merusak.

###### **3) Faktor Sosiokultural**

Teori lingkungan sosial mengatakan bahwa setiap lingkungan akan berdampak terhadap perilaku individu. Kebiasaan mendapatkan dukungan dalam hal menjawab perilaku asertif atau agresif. Halusinasi Pendengaran dapat dipelajari secara langsung melalui proses hubungan dengan manusia yang lain.

##### **e. Penatalaksanaan Resiko Halusinasi Pendengaran**

Salah satu bentuk upaya untuk mengatasi terapi Halusinasi Pendengaran dengan cara tindakan medis dan non medis. Terapi medis yang diberikan kepada pasien seperti obat antipsikotik adalah Chlorpromazine (CPZ), Risperidon (RSP), Haloperidol (HLP), Clozapin dan Trifluoperazine (TFP). Psikofarmaka adalah obat dengan tujuan untuk mengurangi penyebab gangguan jiwa. Penting bagi penderita gangguan jiwa untuk patuh dalam hal minum obat yang diresepkan oleh dokter karena dengan pengobatan efektif mengatasi gangguan jiwa (Pardede, Keliat & Yulia, 2015).

Suatu bentuk tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam hal mengurangi Halusinasi Pendengaran yaitu dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan bersifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan keluarga. Apabila klien tidak diberikan SP akan mengakibatkan menjadi membahayakan orang di sekitarnya. Strategi yang dilakukan klien yaitu dengan cara mengontrol Halusinasi Pendengaran secara fisik, obat, verbal, dan spiritual. Cara mengontrol Halusinasi Pendengaran fisik dengan cara mengatur relaksasi nafas dalam, memberikan pukulan bantal atau Kasur.

Cara mengontrol verbal yaitu dengan menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan memberikan ungkapan dengan baik. Cara mengontrol spiritual dengan cara shalat dan berdoa. Cara mengontrol Halusinasi Pendengaran dengan minum obat yaitu prinsip 5 benar obat (benar pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) (Sujarwo & Livana, 2018).

## **C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **a. Asuhan Keperawatan**

Berdasarkan Teori Menurut Yusuf (2015) proses keperawatan jiwa di mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

#### **1) Pengkajian**

Pengkajian merupakan proses keperawatan yang runtut dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk memberikan penilaian dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Seorang perawat harus berjaga-jaga dalam hal perilaku klien yang cenderung tidak stabil, hirarki perilaku menyerang dan kekerasan. Perawat harus bisa mengkaji emosi klien yang berhubungan dengan perilaku agresif (Muhith, 2015). Pengkajian terhadap pasien dilakukan dengan cara menanyakan dan mengamati pada pasien dan keluarganya. Tanda dan gejala Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dapat dilihat dengan memberikan sebuah pertanyaan kepada pasien (Nurhalimah, 2016).

1. Identitas Nama, umur, jenis kelamin, No. RM, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian
2. Alasan masuk Alasan klien masuk ke rumah sakit dikarenakan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, mempunyai perbuatan yang kasar, dan pernah ada riwayat penyakit gangguan jiwa sebelumnya dikarenakan pasien tidak mau minum obat

3. Faktor predisposisi
  - a. Mempunyai gangguan kejiwaan di masa sebelumnya
  - b. Pasien dengan gangguan jiwa di masa lalu pernah dirawat atau baru pertama kalinya mengalami gangguan jiwa
  - c. Adanya riwayat pengobatan terdahulu
  - d. Biasanya pasien mempunyai riwayat ke dukun sebagai alternatif serta pernah dipasung kemudian ketika tidak berhasil untuk sembuh di bawa ke rumah sakit jiwa
  - e. Trauma
  - f. Pasien biasanya menyaksikan atau melihat penyiksaan secara fisik, seksual, penolakan dari lingkungan
  - g. Keturunan
  - h. Terdapat bagian keluarga yang mengalami gangguan jiwa, ada hubungannya dengan keluarga, gejala, pengobatan, dan perawatan
  - i. Sebelumnya pasien mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti perasaan di tolak, dihina, dianiaya, dan mendapatkan penolakan dari lingkungan sekitar
  - j. Fisik
  - k. Mengukur dan melihat tanda-tanda vital seperti tekanan darah yang meningkat, nadi yang berubah, suhu, pernafasan terlihat lebih cepat dari sebelumnya
  - l. Mengukur tinggi badan dan berat badan
  - m. Pada saat melakukan pemeriksaan fisik dapat kita lihat yaitu pandangan mata tajam, tangan menggemang erat, rahang mengantup, wajah terlihat kemerahan
  - n. Verbal seperti ingin mengancam, berbicara dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada yang kasar
4. Psikososial
  - a. Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang harus menceritakan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini harus mudah dipahami dan diingat saat pasien dan keluarga sewaktu dilakukan pengkajian
  - b. Konsep diri

Citra tubuh merupakan bagian tubuh yang tidak disenangi oleh pasien yang sangat berpengaruh bagi klien untuk menjalin relasi dengan orang lainnya

sehingga pasien merasa tidak berharga, dan diejek dengan kondisi pasien tersebut

c. Identitas

Klien dengan Halusinasi Pendengaran merasa tidak puas dengan suatu pekerjaannya dan juga statusnya, baik di lingkungan sekitar maupun tempat tinggalnya.

d. Harga diri

Pasien dengan harga diri yang rendah biasanya berhubungan dengan merasa tidak berharga, dihina, tidak disenangi dalam lingkungan keluarga maupun di luar lingkungan sekitar. Pasien dengan harga dirinya tidak baik akan ada perasaan tidak puas, sosialisasi dengan orang sekitar menurun, dan merasa akan mengalami kegagalan di masa yang akan datang (Dirgayunita, 2016).

e. Hubungan sosial

Hubungan sosial berarti tempat untuk mengadu, berbicara sehingga apabila hubungan sosialnya tidak baik maka akan menyebabkan pasien sulit diterima di masyarakat. Peran serta pasien di masyarakat apakah berperan aktif atau tidak serta hambatan yang berhubungan dengan keterlibatan pasien dengan orang lainnya harus baik.

f. Spiritual

Nilai dan keyakinan pada pasien dengan gangguan jiwa biasanya merasa tidak mengalami gangguan jiwa. Kegiatan ibadah pada pasien dengan gangguan jiwa cenderung jarang dan malas untuk beribadah.

g. Status mental

Penampilan pasien dengan gangguan jiwa biasanya kotor. Pembicaraan pasien dengan gangguan jiwa cenderung kasar, keras, cepat, dan dengan nada yang tinggi dan juga mudah untuk tersinggung. Aktivitas motoric pasien merasa terlihat tegang, gelisah, Gerakan berubah-ubah. Alam perasaan pasien biasanya merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan. Pasien mudah marah dan sering tersinggung tanpa sebab. Interaksi pasien biasanya susah diajak komunikasi dan tidak mau menatap lawan bicaranya. Persepsi pasien masih bisa menjawab dengan jelas. Isi pikiran merasa dirinya baik-baik saja. Tingkat kesadaran pasien tampak bingung. Daya ingat pasien dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam jangka waktu yang lama. Pasien mampu menilai ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.

h. **Kebutuhan pasien pulang**

Pasien membutuhkan makanan, BAB/BAK pasien dengan gangguan jiwa tidak ada masalah. Pasien jarang mandi serta sikat gigi, pakaian klien jarang diganti, istirahat tidur pasien terkadang frekuensinya berubah-ubah, pasien berpenampilan lusuh, pasien cenderung tidak memperhatikan kesehatan dirinya, aktivitas sehari-hari pasien mampu merencanakan dan mengatur.

i. **Masalah psikologis**

Pasien merasa tidak diterima dan mengalami masalah sosialisasi dengan lingkungan.

2) **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan merupakan proses menjelaskan pola respon pasien baik secara langsung maupun tidak langsung dalam memilih intervensi yang di tetapkan ( Nurhalimah, 2016).

1. **Data subjektif :** Pasien mengatakan merasa kesal dengan orang lain, merasa dimusuhi, merasa tidak nyaman, tidak berdaya, ingin berkelahi, dan dendam
2. **Data objektif :** Pasien bersuara keras, tangan menggenggam erat, wajah merah, pandangan mata tajam, bicara dengan nada kasar dan tinggi

Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien dengan resiko Halusinasi Pendengaran adalah :

1) **Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D.0146)**

**Definisi**

Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain faktor resiko pemikiran waham/delusi, curiga pada orang lain, halusinasi, berencana bunuh diri, disfungsi sistem keluarga, kerusakan kognitif, disorientasi atau konfusi, kerusakan control impuls, persepsi pada lingkungan tidak akurat, alam perasaan, depresi, riwayat kekerasan pada hewan, kelainan neurologis, lingkungan tidak teratur, penganiayaan atau pengabaian anak, riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi property orang lain, Impulsif, Ilusi

### Kondisi klinis terkait

Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual, Sindrom otak organik (mis. Penyakit alzheimer), Gangguan perilaku, Oppositional defiant disorder, Depresi, Serangan panik, Gangguan Tourette, Delirium, Demensia, Gangguan amnestic, Halusinasi, Upaya bunuh diri, Abnormalitas neurotransmitter otak

### 2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik,

Edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018). Intervensi yang dilakukan untuk diagnosa diatas berdasarkan SIKI dan SLKI adalah :

#### SLKI : Kontrol diri (L.09076)

- Intervensi keperawatan menurut SIKI Pencegahan Halusinasi Pendengaran (I.14544)
- Observasi  
Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali), Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung, dan Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. Pisau cukur)
- Terapeutik  
Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin, dan libatkan keluarga dalam perawatan
- Edukasi  
Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien, Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif, dan latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis. Relaksasi, bercerita)  
Promosi koping (I.09312)
- 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, dan 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, memberikan fasilitas informasi yang diperlukan, memberikan pilihan yang nyata mengenai bagian-bagian dalam perawatan, dorong untuk membuat harapan yang nyata, melihat kembali dalam mengambil keputusan, Jauhi pengambilan keputusan saat pasien sedang banyak pikiran, Berikan dukungan agar dapat bersosialisasi dengan lingkungan yang ada, Berikan dukungan agar mendapatkan sistem pendukung yang banyak, Berikan dukungan dengan mendekati diri saat mengalami duka cita, Mengenalkan dengan orang sekitar yang mempunyai peran yang sama, Dorong untuk menggunakan kemampuan melindungi diri dengan tepat, dan Hindari dorongan lingkungan yang dapat menyebabkan bencana

- Edukasi

Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang 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 ketrampilan sosial, sesuai kebutuhan, dan Latih mengembangkan penilaian obyektif

3) Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rencana yang tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dengan memperhatikan masalah utama yang actual. Sebelum merencanakan tindakan keperawatan perawat harus mengetahui dan meyakinkan apakah rencana keperawatan tersebut sesuai atau tidak dengan kondisi pasien saat ini. Tindakan yang diberikan pada implementasi pasien dengan gangguan resiko Halusinasi Pendengaran yaitu dengan Standar Pelaksanaan:

1. Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, Halusinasi Pendengaran yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik. Standar Pelaksanaan
2. Latihan mengontrol Halusinasi Pendengaran dengan obat. Standar Pelaksanaan
3. Latihan mengontrol Halusinasi Pendengaran secara verbal dengan relaksasi nafas dalam. Standar Pelaksanaan
4. Latihan mengontrol Halusinasi Pendengaran secara spiritual

## **D. Kesimpulan, Peluang dan Tantangan serta Saran**

### **a. Kesimpulan**

Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan, dapat disimpulkan bahwa halusinasi pendengaran merupakan gangguan persepsi sensori yang sering terjadi pada pasien dengan gangguan jiwa, khususnya skizofrenia, dan berdampak signifikan terhadap aspek kognitif, emosional, perilaku, serta sosial pasien. Ketidakmampuan pasien dalam membedakan stimulus nyata dan tidak nyata berpotensi menimbulkan perilaku maladaptif, bahkan risiko membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

Asuhan keperawatan memiliki peran penting dalam penanganan halusinasi melalui pendekatan proses keperawatan yang sistematis, mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Intervensi yang tepat, baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis seperti terapi generalis, strategi pelaksanaan (SP), teknik relaksasi, komunikasi terapeutik, serta dukungan keluarga, terbukti dapat membantu pasien dalam mengontrol halusinasi. Dengan demikian, peran perawat yang profesional, empatik, dan konsisten sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

### **b. Peluang dan Tantangan**

Dalam penanganan halusinasi pendengaran, terdapat peluang yang dapat dikembangkan, antara lain meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan mental, berkembangnya metode terapi keperawatan berbasis bukti (evidence-based practice), serta dukungan kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan jiwa. Selain itu, keterlibatan keluarga sebagai sistem pendukung juga menjadi peluang besar dalam keberhasilan perawatan pasien.

Namun demikian, terdapat berbagai tantangan yang masih dihadapi, seperti stigma masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa, keterbatasan sumber daya tenaga kesehatan jiwa, rendahnya kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan, serta kurangnya

pemahaman keluarga dalam merawat pasien di rumah. Tantangan lain adalah kompleksitas kondisi pasien yang sering disertai dengan masalah psikososial, sehingga membutuhkan penanganan yang komprehensif dan berkelanjutan.

**c. Saran**

Berdasarkan hasil pembahasan, disarankan agar tenaga keperawatan terus meningkatkan kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa, khususnya dalam penanganan halusinasi melalui pendekatan yang holistik dan berbasis bukti. Perawat juga perlu membangun hubungan terapeutik yang kuat dengan pasien dan keluarga guna meningkatkan keberhasilan intervensi.

Selain itu, keluarga diharapkan lebih aktif terlibat dalam proses perawatan serta memberikan dukungan emosional dan sosial kepada pasien. Edukasi kesehatan jiwa kepada masyarakat juga perlu ditingkatkan untuk mengurangi stigma dan meningkatkan pemahaman tentang pentingnya penanganan gangguan jiwa secara tepat.

Bagi institusi pelayanan kesehatan, diharapkan dapat meningkatkan fasilitas dan akses layanan kesehatan jiwa, serta memperkuat program rehabilitasi dan tindak lanjut pasien. Penelitian selanjutnya juga disarankan untuk mengembangkan inovasi intervensi keperawatan yang lebih efektif dalam membantu pasien mengontrol halusinasi.

## Referensi

- Anisa, D. L., Budi, A. S., & Suyanta, S. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa: Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jendela Nursing Journal*, 5(2), 106-110.
- Afnuhazi. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. In Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Goyen Publishing.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Rencana Aksi Kegiatan 2020 - 2024*. Ditjen P2P Kemenkes, 29. <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/eperformance/1-401733-4tahunan-440.pdf>
- Pardede & Hulu. (2019). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang mengalami Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189-196. <http://dx.doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. Retrieved from [http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi\\_rakor\\_pop\\_20%0A18/Hasil Riskesdas 2018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakor_pop_20%0A18/Hasil Riskesdas 2018.pdf).
- Tim Pojka SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. (Edisi 1. Cetakan III (Revisi)). Jakarta, Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pojka SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. (Edisi 1. Cetakan II). Jakarta, Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pojka SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. (Edisi 1. Cetakan II). Jakarta, Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Hidayat, A. A., & Kusumawati, E. (2022). Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa Indonesia*, 10(2), 85-92.
- Pratama, R., Nugroho, A., & Lestari, D. (2024). Efektivitas terapi generalis dalam mengontrol halusinasi pada pasien skizofrenia. *Jurnal Kesehatan Mental*, 12(1), 45-53.
- Putri, D. A., & Wahyuni, S. (2023). Gambaran halusinasi pada pasien skizofrenia di rumah sakit jiwa. *Jurnal Keperawatan Klinis*, 11(3), 120-128.
- Rahmawati, F., Sari, M., & Utami, R. (2021). Perilaku pasien dengan halusinasi dan upaya pengendaliannya. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 9(1), 30-38.
- Sari, N. P., Andini, R., & Saputra, H. (2022). Konsep dasar halusinasi dalam keperawatan jiwa. *Jurnal Nursing Update*, 13(2), 60-68.

## BAB III

# Asuhan Keperawatan pada Pasien Perilaku Kekerasan

Ns. Jumilia, S.Kep, M.Kep, Ph.D

### A. Pendahuluan

Kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan secara menyeluruh yang mencakup dimensi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Kesehatan jiwa tidak hanya diartikan sebagai ketiadaan gangguan mental, tetapi juga sebagai kondisi kesejahteraan yang memungkinkan individu berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-hari. Menurut World Health Organization, kesehatan jiwa adalah keadaan di mana individu mampu menyadari potensi dirinya, mengatasi stres kehidupan, bekerja secara produktif, dan berkontribusi kepada masyarakat (WHO, 2022).

Secara konseptual, kesehatan jiwa berada dalam suatu rentang atau spektrum yang bergerak dari kondisi sehat hingga gangguan jiwa. Individu yang berada pada kondisi sehat mampu mengontrol emosi, berpikir rasional, serta menjalin hubungan sosial yang baik. Namun, ketika individu mengalami stres yang berkepanjangan dan tidak mampu mengatasinya secara efektif, maka kondisi tersebut dapat berkembang menjadi masalah kesehatan jiwa. Gangguan jiwa sendiri didefinisikan sebagai sindrom yang ditandai oleh gangguan signifikan dalam kognisi, regulasi emosi, atau perilaku menurut American Psychiatric Association (APA, 2022).

Gangguan kesehatan jiwa secara global terus meningkat dan berkontribusi terhadap munculnya perilaku agresif akibat ketidakmampuan individu dalam mengelola stres dan emosi (WHO, 2023). Perilaku kekerasan merupakan salah satu masalah utama dalam keperawatan jiwa yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan mental. Perilaku ini dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, serta lingkungan sehingga memerlukan penanganan yang tepat dan sistematis melalui asuhan keperawatan (Putri, dkk, 2024).

Kondisi jiwa yang tidak sehat dapat membuat seseorang rentan terhadap konflik dan kesulitan menemukan solusi secara adaptif. Kesehatan jiwa dan fisik saling memengaruhi. Misalnya, kondisi fisik yang lemah dapat memicu masalah kesehatan jiwa, sementara gangguan jiwa dapat menyebabkan keluhan fisik seperti tekanan darah tinggi, sakit kepala, otot tegang, atau sakit perut. Masalah kesehatan mental seperti stres dan ansietas merupakan pengalaman hampir universal yang dialami pasien di berbagai setting klinis serta tenaga kesehatan sendiri, termasuk perawat. Kondisi ini berhubungan dengan respons adaptif tubuh terhadap faktor tekanan internal dan eksternal yang dapat merusak keseimbangan psikologis individu jika tidak dikelola dengan efektif. Konsep ini dijabarkan dalam literatur keperawatan sebagai bagian penting dari keperawatan jiwa yang berorientasi pada pemulihan kesejahteraan pasien (APA, 2022).

Perawat memiliki peran penting dalam mengidentifikasi, mencegah, dan mengontrol perilaku kekerasan melalui pendekatan holistik (Kurniawan, dkk., 2024).

## **B. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan**

### **1. Definisi Perilaku Kekerasan**

Gangguan kesehatan jiwa secara global terus meningkat dan berkontribusi terhadap munculnya perilaku agresif akibat ketidakmampuan individu dalam mengelola stres dan emosi (WHO, 2023). Dalam konteks keperawatan jiwa, perilaku kekerasan termasuk dalam respon maladaptif yang memerlukan intervensi segera untuk mencegah dampak yang lebih buruk (Videbeck, 2020).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk tindakan agresif yang dilakukan individu dengan tujuan melukai diri sendiri, orang lain, atau lingkungan baik secara fisik maupun psikologis (Stuart, 2016). Perilaku ini juga dapat diartikan sebagai ekspresi marah yang tidak terkontrol akibat ketidakmampuan individu dalam mengelola emosi secara adaptif (Townsend & Morgan, 2018).

Perilaku kekerasan adalah tindakan agresif yang bertujuan melukai secara fisik maupun psikologis terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Nari, dkk., 2024). Perilaku kekerasan merupakan salah satu masalah utama dalam keperawatan jiwa yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan mental. Perilaku ini dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, serta lingkungan sehingga memerlukan penanganan yang tepat dan sistematis melalui asuhan keperawatan (Putri, dkk., 2024).

## 2. Etiologi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan disebabkan oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi, meliputi:

### 2.1 Faktor Biologis

Faktor biologis meliputi gangguan neurotransmitter seperti serotonin dan dopamin yang berperan dalam regulasi emosi serta impulsivitas (Stahl, 2021). Kelainan struktur otak seperti pada lobus frontal juga dapat menyebabkan gangguan kontrol perilaku agresif (Townsend & Morgan, 2018).

### 2.2 Faktor Psikologis

Individu dengan kemampuan coping yang buruk cenderung lebih mudah mengalami ledakan emosi yang berujung pada perilaku kekerasan (Videbeck, 2020). Pengalaman trauma masa lalu seperti kekerasan dalam keluarga juga berkontribusi terhadap terbentuknya perilaku agresif (Stuart, 2016).

### 2.3 Faktor Sosial

Lingkungan sosial yang tidak mendukung, seperti konflik keluarga, kemiskinan, dan stigma terhadap gangguan jiwa dapat memperburuk kondisi pasien (Kemenkes RI, 2022). Kurangnya dukungan sosial juga meningkatkan risiko terjadinya kekambuhan dan perilaku kekerasan (WHO, 2023).

## 3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dibagi menjadi beberapa aspek:

### 3.1 Aspek Fisik

- Wajah tegang
- Kaku
- Peningkatan tekanan darah (Stuart, 2016)

### 3.2 Aspek Emosi

- Marah
- Mudah tersinggung
- Frustrasi (Townsend & Morgan, 2018)

### 3.3 Aspek Perilaku

- Berteriak
- Mengancam
- Menyerang (Videbeck, 2020)

Manifestasi klinis perilaku kekerasan dapat diamati melalui tanda dan gejala yang muncul secara bertahap, baik secara subjektif maupun objektif. Menurut Gail W. Stuart,

tanda dan gejala perilaku kekerasan merupakan bagian dari respons marah yang meningkat hingga kehilangan kontrol diri (Stuart, 2016).

Secara umum, tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dibagi menjadi beberapa aspek, yaitu aspek emosional, kognitif, fisiologis, verbal, dan perilaku.

### **1. Gejala Emosional**

Pada tahap awal, pasien menunjukkan perubahan emosi yang signifikan, terutama berupa peningkatan kemarahan dan iritabilitas. Pasien sering merasa mudah tersinggung, tidak sabar, serta mengalami frustrasi yang tinggi terhadap situasi di sekitarnya. Emosi ini dapat berkembang menjadi kebencian dan keinginan untuk melukai orang lain jika tidak dikelola dengan baik (Keliat & Hamid, 2019; Townsend, 2018).

### **2. Gejala Kognitif**

Secara kognitif, pasien dengan perilaku kekerasan sering menunjukkan pola pikir yang negatif dan tidak rasional. Pasien dapat mengalami kecurigaan berlebihan, merasa diperlakukan tidak adil, atau memiliki pikiran untuk menyakiti orang lain. Pada beberapa kasus, terutama pada gangguan psikotik, pasien dapat mengalami waham atau halusinasi yang memerintahkan untuk melakukan tindakan kekerasan (American Psychiatric Association, 2022; Videbeck, 2020).

### **3. Gejala Fisiologis**

Perilaku kekerasan juga disertai dengan perubahan fisiologis akibat aktivasi sistem saraf simpatis. Tanda-tanda yang sering muncul meliputi peningkatan denyut jantung, tekanan darah meningkat, napas cepat, wajah memerah, otot tegang, serta tangan mengempal. Respons fisiologis ini menunjukkan adanya peningkatan arousal yang berkaitan dengan kemarahan (Stuart, 2016; Townsend, 2018).

### **4. Gejala Verbal**

Pasien mulai menunjukkan perubahan dalam pola komunikasi, seperti berbicara dengan nada tinggi, kasar, atau mengancam. Pasien dapat berteriak, memaki, atau menggunakan kata-kata yang menyudutkan orang lain. Komunikasi menjadi tidak terkontrol dan cenderung agresif (Keliat & Hamid, 2019).

### **5. Gejala Perilaku (Motorik)**

Manifestasi yang paling jelas dari perilaku kekerasan adalah perubahan perilaku motorik. Pasien dapat menunjukkan tindakan seperti mondar-mandir dengan gelisah, membanting barang, melempar benda, memukul, menendang, hingga menyerang orang

lain. Pada kondisi yang lebih berat, pasien dapat mengalami amuk, yaitu ledakan kekerasan yang tidak terkendali (Stuart, 2016; Videbeck, 2020).

## 6. Gejala Berdasarkan Tahapan (Eskalasi Kekerasan)

Tanda dan gejala perilaku kekerasan juga dapat dilihat berdasarkan tahapan eskalasi:

### a. Tahap pemicu (triggering phase)

Pasien mulai menunjukkan ketegangan, gelisah, dan mudah tersinggung.

### b. Tahap eskalasi (escalation phase)

Pasien mulai meninggikan suara, menunjukkan ancaman, dan sulit dikendalikan.

### c. Tahap krisis (crisis phase)

Terjadi perilaku kekerasan fisik seperti memukul atau merusak.

### d. Tahap pemulihan (recovery phase)

Pasien mulai tenang, tetapi masih berisiko.

### e. Tahap pasca-krisis (post-crisis phase)

Pasien kembali ke kondisi normal atau baseline (Stuart, 2016).

Tanda dan Gejala Subjektif dan Objektif

### A. Subjektif

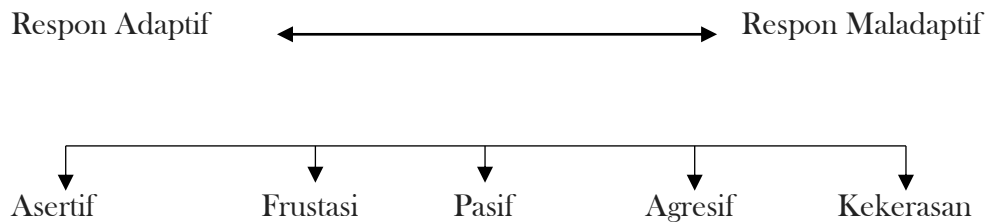
- “Saya marah”
- “Saya ingin memukul”
- “Semua orang mengganggu saya”

### B. Objektif

- Tatapan tajam
- Wajah tegang
- Tangan mengepal
- Nada suara tinggi
- Membanting atau merusak barang (Keliat & Hamid, 2019; Townsend, 2018)

## 4. Rentang Respon Marah

Rentang respon marah terdiri dari:



#### Keterangan:

Kegagalan yang menimbulkan frustrasi dapat menimbulkan respons pasif dan melarikan diri/respon melawan dan menantang.

Respons adaptif: Assertive – Pasif

- Asertif : Individu mampu mengungkapkan marah secara tepat.
- Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan.
- Pasif : Menekan kemarahan.

Respon maladaptif yaitu agresif – kekerasan.

- Agresif : Memperlihatkan permusuhan, keras dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman, memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai. Umumnya klien masih dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.
- Kekerasan : Sering juga disebut dengan gaduh-gelisah atau Amuk. Perilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman melukai disertai melukai pada tingkat ringan dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius. Klien tidak mampu mengendalikan diri (Keliat, B. A., & Hamid, A. Y. S. (2019).

### 5. Dampak Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan masalah serius dalam keperawatan jiwa karena tidak hanya berdampak pada individu yang mengalaminya, tetapi juga pada orang lain, keluarga, serta lingkungan sosial. Dampak tersebut dapat bersifat fisik, psikologis, sosial, hingga ekonomi. Menurut Gail W. Stuart, perilaku kekerasan dapat menimbulkan konsekuensi luas yang mempengaruhi keselamatan dan kualitas hidup individu serta masyarakat (Stuart, 2016).

#### 1. Dampak terhadap Individu (Pasien)

Perilaku kekerasan dapat menyebabkan kerugian yang signifikan bagi pasien itu sendiri. Secara fisik, pasien berisiko mengalami cedera akibat tindakan agresif yang dilakukan, baik

secara langsung maupun akibat intervensi pengamanan seperti restrain. Secara psikologis, pasien dapat mengalami perasaan bersalah, malu, serta penurunan harga diri setelah episode kekerasan terjadi. Selain itu, fungsi sosial dan kemampuan beradaptasi pasien juga mengalami penurunan, sehingga memperburuk kondisi kesehatan jiwa secara keseluruhan (Keliat & Hamid, 2019; Videbeck, 2020).

## 2. Dampak terhadap Orang Lain

Perilaku kekerasan berpotensi menimbulkan cedera fisik maupun trauma psikologis pada orang lain, termasuk keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat sekitar. Tindakan seperti memukul, menyerang, atau mengancam dapat menyebabkan luka fisik serta ketakutan yang berkepanjangan pada korban. Dalam konteks pelayanan kesehatan, perilaku kekerasan juga meningkatkan risiko keselamatan kerja bagi perawat dan tenaga medis (Townsend, 2018; World Health Organization, 2022).

## 3. Dampak terhadap Keluarga

Keluarga sebagai sistem pendukung utama pasien juga mengalami dampak yang signifikan. Mereka sering menghadapi beban emosional berupa stres, kecemasan, dan ketakutan terhadap kemungkinan terjadinya kekerasan berulang. Selain itu, keluarga juga dapat mengalami beban sosial akibat stigma masyarakat terhadap gangguan jiwa dan perilaku kekerasan. Kondisi ini dapat menurunkan kualitas hidup keluarga dan mempengaruhi hubungan interpersonal dalam keluarga (Keliat & Hamid, 2019).

## 4. Dampak terhadap Lingkungan dan Masyarakat

Perilaku kekerasan dapat menyebabkan kerusakan lingkungan, seperti merusak fasilitas umum atau barang milik orang lain. Selain itu, perilaku ini dapat menimbulkan keresahan dan ketidakamanan di masyarakat. Dalam skala yang lebih luas, meningkatnya kasus perilaku kekerasan dapat berdampak pada stabilitas sosial dan meningkatkan stigma terhadap individu dengan gangguan jiwa, sehingga menghambat proses rehabilitasi dan reintegrasi sosial (WHO, 2022; Stuart, 2016).

## 5. Dampak terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan

Perilaku kekerasan juga berdampak pada sistem pelayanan kesehatan, terutama dalam hal peningkatan kebutuhan pengamanan, penggunaan restrain, serta peningkatan beban kerja tenaga kesehatan. Selain itu, penanganan pasien dengan perilaku kekerasan memerlukan sumber daya tambahan, baik dari segi tenaga, waktu, maupun biaya. Hal ini dapat mempengaruhi efektivitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan (Townsend, 2018; Videbeck, 2020).

## 6. Dampak Ekonomi

Secara ekonomi, perilaku kekerasan dapat menimbulkan kerugian akibat biaya pengobatan, perawatan jangka panjang, serta kerusakan properti. Selain itu, penurunan produktivitas pasien dan keluarga juga menjadi beban ekonomi yang tidak kecil. Dalam konteks global, masalah kesehatan jiwa termasuk perilaku kekerasan berkontribusi terhadap beban ekonomi yang signifikan bagi sistem kesehatan dan masyarakat (World Health Organization, 2022).

## C. Asuhan Keperawatan

Asuhan Keperawatan Teoritis pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan (PK) yang disusun berdasarkan standar diagnosis, intervensi, dan luaran keperawatan terbaru (SDKI, SIKI, SLKI 2018) serta referensi akademik yang relevan.

### I. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian difokuskan pada data subjektif dan objektif yang mengindikasikan adanya risiko atau kejadian perilaku kekerasan. Sesuaikan dengan format pengkajian jiwa.

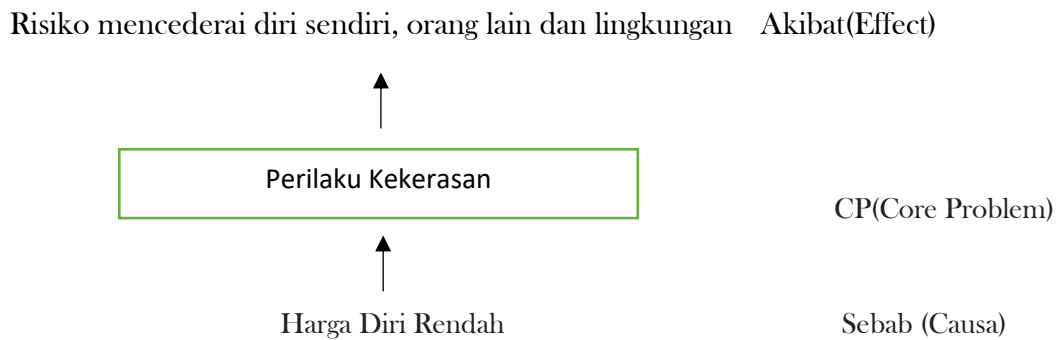
#### Data Subjektif:

- Klien mengancam, mengumpat, atau berbicara dengan nada tinggi.
- Klien mengatakan merasa jengkel, kesal, atau marah.
- Klien merasa orang lain memusuhi atau merasa terancam.

#### Data Objektif:

- Fisik: Mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah.
- Perilaku: Agresif, merusak lingkungan, memukul orang lain, atau melukai diri sendiri.
- Verbal: Kata-kata kasar, nada suara keras, dan mendominasi.

Menjelaskan dengan menggunakan pohon masalah:



## II. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018), diagnosis utama yang ditegakkan adalah:

### 1. Perilaku Kekerasan (D.0132)

Definisi: Rentang respons marah yang paling maladaptif yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

Penyebab: Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah, faktor lingkungan (stresor), atau riwayat kekerasan.

## III. Perencanaan Keperawatan (Intervensi & Luaran)

Mengacu pada SLKI dan SIKI, 2018 tentang:

### 1. Luaran Utama: Kontrol Diri (L.09076)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil:

- Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun.
- Perilaku menyerang menurun.
- Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun.
- Perilaku agresif/amuk menurun.

### 2. Intervensi Utama:

Manajemen Perilaku Kekerasan (I.14518)

Tindakan Observasi:

- Monitor adanya benda berbahaya (pisau, kaca, tali).
- Monitor keamanan lingkungan bagi pasien dan staf.
- Monitor tanda-tanda ancaman perilaku kekerasan (verbal/non-verbal).

Tindakan Terapeutik:

- Pertahankan sikap tenang dan jangan menantang.
- Beri ruang personal yang cukup (jangan terlalu dekat saat pasien marah).
- Singkirkan benda-benda berbahaya dari jangkauan pasien.

#### Tindakan Edukasi (Strategi Pelaksanaan/SP):

SP 1: Latihan mengontrol marah secara fisik (Tarik napas dalam dan pukul kasur/bantal).

SP 2: Latihan mengontrol marah dengan patuh obat (Prinsip 6 benar obat).

SP 3: Latihan mengontrol marah secara sosial/verbal (Cara meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik).

SP 4: Latihan mengontrol marah secara spiritual (Berdoa, berwudhu, atau meditasi).

#### IV. Implementasi Keperawatan

Tindakan dilakukan berdasarkan SP (Strategi Pelaksanaan) secara bertahap sesuai dengan kemampuan adaptasi klien.

#### V. Evaluasi (SOAP)

- S (Subjektif): Pasien mengatakan merasa lebih tenang dan mampu mempraktikkan cara napas dalam saat marah.
- O (Objektif): Tangan tidak mengempal, nada bicara menurun, mampu mendemonstrasikan cara pukul bantal.
- A (Analisis): Kontrol diri meningkat, masalah Perilaku Kekerasan teratasi sebagian
- P (Planning): Lanjutkan intervensi SP 2 (Minum obat)

# Referensi

- American Psychological Association. (2018). Stressor. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org>
- American Psychiatric Association. (2022). DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. APA Publishing.
- Gail W. Stuart. (2016). Principles and Practice of Psychiatric Nursing.
- Halter, M. J. (2018). Varcarolis' Psychiatric Mental Health Nursing. Elsevier.
- Hawari, D. (2016). Manajemen Stres, Cemas dan Depresi. Jakarta: FKUI.
- Keliat, B. A., & Hamid, A. Y. S. (2019). Asuhan keperawatan jiwa. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B. A., et al. (2020). Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC.
- Kurniawan, dkk, (2024). Peran perawat dalam mengidentifikasi dan mengontrol perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 12(2), 100-108.
- Nari, N., dkk. (2024). Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Perilaku Kekerasan.
- Peplau, H. E. (1997). Interpersonal Relations in Nursing. Springer.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). Standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI). Jakarta: DPP PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). Jakarta: DPP PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). Standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI). Jakarta: DPP PPNI
- Putri, A., Sari, B., & Dewi, C. (2024). Asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 12(1), 45-52.
- Puchkors, Rebecca, et.al. (2024). Psychiatric Mental Health Nursing. OpenStax <https://openstax.org/details/books/psychiatric-mental-health?Book%20details>
- Stahl, S. M. (2021). Essential Psychopharmacology. Cambridge University Press.
- Stuart, G. W. (2021). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Elsevier.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2021). Psychiatric Mental Health Nursing. F.A. Davis.
- Varcarolis, E. (2021). Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. Elsevier.
- Videbeck, S. L. (2020). Psychiatric-mental health nursing (8th ed.). Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2022). World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All.

World Health Organization. (2025). Mental health. WHO.  
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Glosarium

APA = American Psychology Assosiation

WHO = World Health Organization

Penerbit  
PT. Nuansa Fajar Cemerlang  
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F Jl. S. Parman Kav 22-24  
Palmerah, Kec. Palmerah, Jakarta Barat, DKI Jakarta  
11490 Telp: (021) 29866919

