

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A (30 TAHUN) DENGAN
GANGGUAN ANSIETAS AKIBAT GANGGUAN
SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI
MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Di Institut Kesehatan
Karsa Husada Garut

Oleh:

DHEIRA PUTRI ALICIA PRADANA
KHGA23050



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
2026**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A (30 TAHUN)
DENGAN GANGGUAN ANSIETAS AKIBAT GANGGUAN
SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL
NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT
NAMA : DHEIRA PUTRI ALICIA PRADANA
NIM : KHGA23050

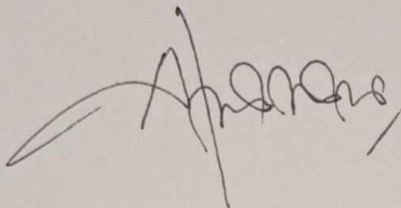
Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan
perbaikan Karya Tulis Ilmiah

Garut, Juli 2026

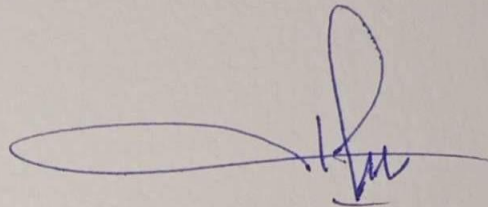
Menyetujui,

Penelaah I

Penelaah II



Angga Dipa Nagara., Ners., M.kep

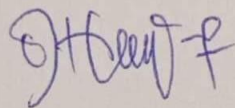


Wahyudin., S.Kep., M.Kes

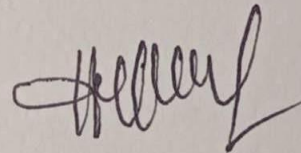
Mengatahui,

Ka. Prodi D III Keperawatan Institut
Kesehatan Karsa Husada Garut

Pembimbing



Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd.



Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.H.Kes

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A (30 TAHUN) DENGAN GANGGUAN ANSIETAS AKIBAT GANGGUAN SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

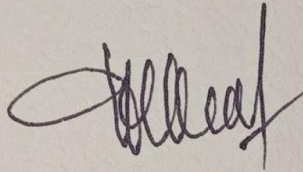
Disusun oleh:
Dheira Putri Alicia Pradana
KHGA23050

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disidangkan Dihadapkan Tim Punguji
Program Studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2026
Menyetujui,

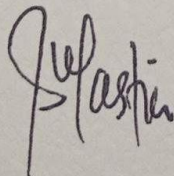
Pembimbing



Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.H.Kes

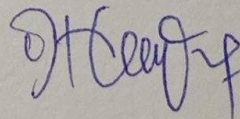
Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Mengesahkan
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Dan Kebidanan



Sulastini, S.Kep., Ns., M.Kep.

Mengetahui,
Ka.Prodi



Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A (30 TAHUN) DENGAN GANGGUAN ANSIETAS AKIBAT GANGGUAN SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

DHEIRA PUTRI ALICIA PRADANA
KHGA23050

IV Bab, 120 Halaman, 5 Bagan, 9 Tabel, 4 Lampiran

Judul karya tulis ilmiah ini “ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A (30 TAHUN) DENGAN GANGGUAN ANSIETAS AKIBAT GANGGUAN SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT”. Penulis tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien yang mengalami ansietas, dikarenakan ansietas adalah manifestasi paling umum bagi penderita skizofrenia. Tujuan dari penulisan ini adalah untuk memperoleh pemahaman, keterampilan, dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif kepada pasien dengan gangguan ansietas. Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan Teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dan studi Pustaka. Fokus utama kajian adalah pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis ansietas. Proses asuhan mencakup pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan intervensi, hingga evaluasi. Hasil studi kasus menunjukkan bahwa klien, Tn. A mengalami dua masalah keperawatan utama, yaitu ansietas dan Risiko perilaku kekerasan. Intervensi dilakukan menggunakan pendekatan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK), yang menunjukkan hasil positif berupa mampu membina hubungan saling percaya. Kesimpulannya, keberhasilan asuhan keperawatan sangat dipengaruhi oleh keterlibatan keluarga, pengetahuan tentang gangguan jiwa, kemampuan pasien dalam mengelola ansietas, dan kepatuhan terhadap obat. Oleh karena itu, pendekatan holistic, kolaboratif, dan berkelanjutan sangat penting dalam mendukung pemulihan pasien.

Kata kunci : *Asuhan Keperawatan, Gangguan Skizofrenia, Gangguan Ansietas,*

Daftar Pustaka: 31 buah, Tahun 2016 s.d 2025

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya yang memungkinkan penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A (30 TAHUN) DENGAN GANGGUAN ANSIETAS AKIBAT GANGGUAN SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT'' ini tepat pada waktunya.

Penulis menyadari bahwa tanpa dukungan dan kontribusi dari semua pihak, karya tulis ini tidak akan tercapai sesuai harapan. Karena itu, penulis mengungkapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, khusus kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., yang menjabat sebagai ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M. Si., yang menjabat sebagai ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep., yang menjabat sebagai ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd., yang menjabat sebagai ketua Program Studi D III Keperawatan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Bapak Gin Gin Sugih P., S.Kep.,M.H.Kes., yang berperan sebagai pembimbing yang berperan sebagai pembimbing yang memberikan arahan dengan penuh kebaikan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini ditengah kesibukan yang bapak miliki.
6. Bapak Angga Dipanagara, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Bapak Wahyudin, M.Kes selaku dosen penguji.
7. Semua tenaga pengajar yang pernah memberikan Pelajaran dan pengajaran kepada penulis.
8. Teh viera yang berperan sebagai pembimbing klinik yang selalu memberikan bimbingan, dukungan, dan informasi mengenai asuhan keperawatan.
9. Tn. A yang telah berkenan menjadi klien kelolaan selama masa PKK.
10. Kepada kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan baik berupa materi dan non materi, semoga anak mu kelak dimudahkan mendapatkan pekerjaan dan kehidupan yang dia impikan. Terima kasih atas semua dukungannya di sela-sela padatnya jadwal kerja kalian, terima kasih telah mengajarkan putri kecil kalian baca tulis sehingga bisa sampai dititik ini. Terima kasih kepada ayah tercinta, meski sulit untuk saling mengungkapkan rasa sayang dan cinta namun kasihmu terpatir dalam setiap usahaku. Terima kasih ibu, meski terkadang Bahasa sayang dan cinta kita menimbulkan kesalah pahaman, peluk hangatmu yang lama tak kurasakan karena kau usahakan hidupku nyaman, kasih cintamu mengalir di setiap pembuluh darahku.
11. Kepada keluarga di Majalaya yang telah menjaga penulis selama penulis PKK di Majalaya sehingga penulis dapat melanjutkan ke tahap ini.
12. Terima kasih kepada almh. Mamah (nenek) dan alm. Bapa (kakek) yang selalu menyayangi penulis sebagai cucu perempuan pertamanya dengan

sepenuh hati, kini cucumu menjadi penerus yang berkecimpung di ruang lingkup Kesehatan yang selalu kalian impikan untuk penerus kalian.

13. Kepada adik-adik tercinta yang selalu memberikan dukungan, perhatian dan kebahagiaan.
14. Kepada mahasiswi dengan NIM KHGA23049, KHGA23047, KHGA23046, KHGA23035, KHGA23018, KHGA23001.
15. Kepada pemilik NIM KHGA23090 yang selalu menemani penulis dalam suka dan duka.
16. Kepada Hindia, Nadin, Feast, Lomba sihir, yang dengan lagunya membuat penulis semangat menjalani kehidupan yang berat,
17. *Last but not least, I wanna thank me. I wanna thank me for believing in me, I wanna thank me for doing all this hard work, I wanna thank me for having no days off, I wanna thank me for never quitting.*

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih terdapat kekurangan dan ketidaksempurnaan karena keterbatasan ilmu pengetahuan.

Garut, Juli 2026

Penulis



Dheira Putri Alicia Pradana

DAFTAR ISI

LEMBAR Persetujuan	i
LEMBAR Pengesahan	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	6
1.Tujuan Umum	6
2.Tujuan Khusus	6
C. Metode Telaahan	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Konsep Dasar.....	9

1.Konsep Skizofrenia	9
2.Konsep Ansietas	16
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	34
1.Pengkajian Keperawatan	34
2.Analisa Data	41
3.Diagnosa Keperawatan.....	42
4.Intervensi Keperawatan.....	43
5.Implementasi keperawatan	49
6.Evaluasi Keperawatan	49
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	51
A. Tinjauan Kasus	51
1.Pengkajian Keperawatan	51
2.Analisa Data	67
3.Diagnosa Keperawatan.....	69
4.Intervensi	70
5.Implementasi dan Evaluasi.....	76
6.Catatan Perkembangan	79
B. Pembahasan	85
1.Tahap Pengkajian	85

2.Tahap Diagnosa.....	86
3.Tahap Intervensi.....	87
4.Tahap Implementasi	88
5.Tahap Evaluasi	89
6.Tahap Dokumentasi.....	90
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	91
A. Kesimpulan.....	91
B. Rekomendasi.....	92
DAFTAR PUSTAKA	93
LAMPIRAN.....	96
DOKUMENTASI KEGIATAN.....	104

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabiltasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode 2025-2026	2
Tabel 1. 2Masalah Keperawatan Jiwa di Klnikik Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode 2026	5
Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan.....	43
Tabel 3. 1 Terapi Medis	61
Tabel 3. 2 Hamilton Rating Scale For Anxiety (HARS)	62
Tabel 3. 3 Analisa Data.....	67
Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan.....	70
Tabel 3. 5 Implementasi dan Evaluasi	76
Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan.....	79

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Rentang Respon Ansietas	18
Bagan 2. 2 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan	32
Bagan 2.3 Pohon Masalah	49
Bagan 3. 1 Genogram.....	54
Bagan 3. 2 Pohon Masalah.....	68

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) Ansietas	96
Lampiran II Dokumentasi	104
Lampiran III Daftar Riwayat Hidup	105

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan mental adalah kondisi kesejahteraan mental yang memungkinkan seseorang untuk mengatasi tekanan hidup, menyadari kemampuan mereka, belajar dan bekerja dengan baik, serta berkontribusi kepada masyarakat. Kesehatan mental memiliki nilai intrinsik dan instrumental, serta merupakan hak asasi manusia mendasar.(World Health Organization, 2025).

Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) RI No. 29 Tahun 2022 BAB I pasal 1 kesehatan jiwa adalah keadaan fisik, mental, spiritual, dan sosial yang memungkinkan individu menyadari kemampuan mereka, mengatasi stres, bekerja secara efektif, dan berkontribusi terhadap komunitas mereka (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

Kesehatan mental didefinisikan sebagai kondisi keseimbangan internal yang dinamis yang mendukung individu untuk mengaktualisasikan potensinya selaras dengan norma sosial kemasyarakatan. Kondisi stabil ini dibentuk oleh kombinasi berbagai elemen krusial, meliputi kapabilitas kognitif dan sosial dasar, regulasi serta ekspresi emosional yang matang, empati, resiliensi dalam menghadapi krisis, optimalisasi peran sosial, serta keselarasan fungsi antara aspek fisik dan psikologis. (Basrowi et al., 2024)

Skizofrenia adalah gangguan mental berat yang memengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan berperilaku, sering kali menyebabkan penderitanya kesulitan membedakan antara kenyataan dan khayalan (world health organization, 2025)

Skizofrenia merupakan bentuk gangguan dalam fungsi alam pikiran berupa disorganisasi dalam isi pikiran yang ditandai oleh gejala gangguan pemahaman, gangguan persepsi berupa halusinasi atau ilusi serta dijumpai daya nilai realitas yang terganggu ditunjukkan dengan perilaku aneh (Damaiyanti et al., 2024)

Secara global, data menunjukkan bahwa skizofrenia diderita oleh sekitar 23 hingga 24 juta orang di seluruh dunia. Angka ini setara dengan kira-kira 1 dari setiap 300 orang (0,32%) populasi bumi secara keseluruhan, menghitung kelompok usia dewasa. (world health organization, 2025)

Menurut laporan dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 didapat bahwa di Indonesia memiliki penderita skizofrenia sebanyak 315.621 jiwa.(Kebijakan Pembangunan et al., 2023.)

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Jawa Barat terdapat 1.839 jiwa yang mengalami gangguan jiwa di Kabupaten Garut pada tahun 2025. (Dinas Kesehatan Jawa Barat, 2026)

Data yang diperoleh di lokasi penelitian yaitu di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut, 10 Juni 2026. 41 kasus (2026). Dengan skizofrenia 7 kasus (19%), bipolar 32 kasus (80%), dan Retardasi mental 2 kasus (1%).

Tabel 1. 1 Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabiltasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode 2025-2026

No	Diagnosa Penyakit	Jumlah Orang	Presentasi
1	Gangguan Apektif Bipolar	32 kasus	80 %
2	Skizofrenia	7 kasus	19%
3	Intelektual <i>Disability</i>	2 kasus	1%
Jumlah		41 orang	100%

(sumber: Klinik Rehabiltasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut)

Secara garis besar dikelompokkan menjadi gejala positif dan gejala negatif (Owen et al., 2023)

1. Gejala Positif (gejala nyata)

Gejala positif merupakan manifestasi klinis berupa bertambahnya distorsi dari fungsi normal tubuh. Penderita memperlihatkan perilaku atau keyakinan yang tidak ada pada orang sehat, meliputi:

- a. Waham (delusi), yaitu keyakinan kuat yang salah, tidak memiliki dasar yang realitas, namun dipertahankan secara gigih oleh penderita
- b. Halusinasi, yaitu gangguan persepsi panca indra di mana penderita merasakan rangsangan yang sebenarnya tidak ada
- c. Perilaku agitasi dan agresif, yaitu munculnya gerakan motorik yang gelisah, tidak tenang atau tindakan agresif akibat ketakutan
- d. Gangguan berpikir dan pola bicara, yaitu kekacauan dalam mengorganisasi pikiran sehingga kata-kata yang diucapkan melompat-lompat atau tidak sinkron

2. Gejala Negatif

Gejala negative mencerminkan penurunan drastis atau hilangnya fungsi normal emosi dan sosial yang seharusnya dimiliki oleh manusia, meliputi:

- a. Afek datar/blunting, yaitu hilangnya kemampuan mengekspresikan emosi
- b. Avolisi, yaitu kehilangan kemauan atau motivasi secara ekstrem untuk memulai dan menyelesaikan suatu aktivitas, termasuk abai terhadap kebersihan tubuh
- c. Anhedonia, yaitu ketidakmampuan penderita untuk merasakan kesenangan atau kegembiraan dalam aktivitas yang dulunya mereka sukai
- d. Menarik diri dari sosial, yaitu kecenderungan penderita untuk mengisolasi diri secara total dari interaksi dengan keluarga maupun lingkungan sekitarnya

Menurut (Feola et al., 2025) gangguan yang mendominasi pada penderita skizofrenia adalah gangguan kecemasan,

Berdasarkan data klinis, penderita skizofrenia memiliki tingkat prevalensi gangguan kecemasan yang jauh lebih tinggi, yakni mencapai 45,16% (chandra kiran & supakash chaudhury, 2016)

Menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, mengatur secara menyeluruh tentang fasilitas layanan kesehatan mental yang mencakup pengelolaan ODGJ, sistem rujukan, perawatan rawat jalan dan rawat inap, peran tenaga kesehatan, penegakan hukum, hak-hak ODGJ, serta larangan terhadap tindakan yang merugikan. Pasal 77 menetapkan kewajiban Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah untuk menciptakan kondisi Kesehatan jiwa yang setinggi-tingginya serta menjamin ketersediaan sarana dan prasarana layanan bagi Masyarakat berisiko dan ODGJ. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2023)

Klinik Rehabilitasi Nurillahi Assanie merupakan fasilitas kesehatan dimana individu mendapat dukungan penanganan atau pemulihan dengan gangguan mental di wilayah Kabupaten Garut. Klinik Nurillahi Assanie adalah institusi rehabilitasi mental yang mengkhususkan diri dalam perawatan kesehatan jiwa. Fasilitas kesehatan ini terletak di Kecamatan Samarang Kabupaten Garut Provinsi Jawa Barat.

Setiap individu yang dirawat menunjukkan keluhan dan kebutuhan penanganan yang berbeda, mulai dari gejala psikotik seperti halusinasi dan waham, hingga gangguan psikososial seperti harga diri rendah dan risiko perilaku kekerasan. Pemahaman mendalam terhadap pola distribusi dan frekuensi masalah-masalah ini sangat penting untuk merancang intervensi keperawatan yang tepat sasaran. Berikut gambaran komprehensif jumlah dan persentase masalah keperawatan jiwa yang ditangani di klinik selama periode 2026: halusinasi 25 orang, RPK 4 orang, DPD 4 orang, HDR 1 orang, waham 2 orang, isolasi sosial 4 orang, PK 12, orang.

**Tabel 1. 2 Masalah Keperawatan Jiwa di Klinik Nur Illahi Assanie
Samarang Garut Juni 2026**

No	Masalah keperawatan jiwa	Jumlah (orang)	Presentasi
1	Halusinasi	25 korang	60%
2	Harga Diri Rendah	1 orang	2,5%
3	Risiko Perilaku Kekerasan (RPK)	4 orang	10 %
4	Waham	2 orang	5%
5	Perilaku Kekerasan	1 orang	2,5%
6	Isolasi Sosial	4 orang	10%
7	Defisit Perawatan Diri	4 orang	10%
Jumlah		41 orang	100%

(sumber; Buku Register Klinik Nur illahi Assanie Samarang Garut)

Ansietas merupakan bentuk gangguan mental emosional yang bermanifestasi sebagai kecemasan dan depresi, sehingga berpotensi menghambat optimalisasi proses pemulihan pasien. Dalam konteks intervensi keperawatan, terapi relaksasi autogenik telah terbukti secara klinis sebagai salah satu metode efektif yang mampu memberikan dampak positif signifikan dalam mereduksi tingkat kecemasan yang dirasakan oleh pasien. (Fika Trisyani et al., 2024)

Dengan perencanaan tindakan keperawatan yang tepat, pemantauan secara berkala, dan dukungan psikososial diharapkan dapat mempercepat pemulihan serta reintegrasi sosial pasien. Oleh karena itu, penelitian ini diharapkan menghasilkan model asuhan keperawatan yang efektif dan kontekstual bagi pasien skizofrenia dengan gangguan ansietas di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

Dengan pertimbangan mendalam atas urgensi klinis dan juga potensi kontribusi terhadap peningkatan kualitas layanan kesehatan, penulis memfokuskan kajian pada penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa yang

komprehensif meliputi seluruh tahapan proses keperawatan (pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi) dengan judul: **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A (30 tahun) Dengan Gangguan Ansietas Akibat Gangguan Skizofrenia Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penyusun memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Ansietas..

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan ansietas penyusun:

1. Mampu melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn. A dengan Gangguan Ansietas akibat Gangguan Skizofrenia di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan, merumuskan rencana keperawatan, melakukan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang timbul pada Tn. A dengan Gangguan Ansietas akibat Gangguan Skizofrenia di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut
3. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Ansietas akibat Gangguan Skizofrenia di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut
4. Mampu melaksanakan implementasi/tindakan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Ansietas akibat Gangguan Skizofrenia di Klinik Nur Illahi Samarang Assanie Samarang Garut
5. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. A dengan Gangguan Ansietas Akibat Gangguan Skizofrenia di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut

6. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Ansietas di Klinik Rehabilitas Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

C. Metode Telaahan

Dalam analisis ini, penulis menerapkan pendekatan deskriptif yang meliputi proses keperawatan secara menyeluruh melalui sebuah studi kasus. Berikut adalah salah satu contoh metode pengumpulan data yang digunakan oleh penulis:

1. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan metode komunikasi terapeutik. Dalam proses ini, penulis biasanya akan membuka sesi wawancara dengan membina hubungan saling percaya kemudian mengajukan pertanyaan yang terkait dengan isu yang dihadapi oleh klien, berdasarkan komunikasi yang diperoleh langsung dari klien, keluarganya, dan anggota tim kesehatan lainnya.

2. Observasi

Observasi ini mencakup pemantauan berbagai hal, seperti tanda vital, perilaku, tingkat kesadaran, rasa sakit, serta kondisi klien yang bersifat adaptif maupun maladaptif.

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai tanda vital dan kondisi umum, sehingga informasi dari pasien dapat diperoleh yang dapat membantu mengungkapkan masalah kesehatan yang dialami oleh klien.

4. Studi kepustakaan

Penulis meneliti buku-buku dari koleksi perpustakaan lembaga dan sumber online untuk mendapatkan teori-teori yang sesuai dengan kasus yang sedang dianalisis.

5. Partisipasi aktif

Partisipasi aktif terkait tindakan penulis dalam memberikan perawatan keperawatan kepada Tn. A yang mengalami Gangguan Ansietas akibat

Gangguan Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie
Samarang Garut.

D. Sistematika Penulisan

1. Bagian I: Pendahuluan

Bagian ini menjelaskan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, metode analisis, serta sistematika penulisan yang digunakan dengan pola penyusunan gagasan umum ke khusus

2. Bagian II: Tinjauan Teoritis

Menggabungkan gagasan dari berbagai sumber (seperti teori manifestasi klinis skizofrenia atau dampak ansietas) ke dalam sebuah paragraph, serta proses perawatan jiwa yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3. Bagian III: Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Bagian ini menjelaskan tentang perawatan keperawatan yang dilakukan secara langsung di lapangan melalui proses keperawatan yang mencakup tahapan pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi, serta catatan perkembangan pada klien yang mengalami Gangguan Ansietas akibat Gangguan Skizofrenia. Pembahasannya berfokus pada kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara pendekatan medis dengan tindakan yang dilakukan langsung pada kasus serta solusi terhadap permasalahan yang ada.

4. Bagian IV: Kesimpulan dan Rekomendasi

Bagian ini berisi kesimpulan penulis setelah melakukan perawatan keperawatan serta saran atau rekomendasi yang bersifat konstruktif berdasarkan kesimpulan untuk perbaikan di masa mendatang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Konsep Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia adalah gangguan mental berat yang memengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan berperilaku, sering kali menyebabkan penderitanya kesulitan membedakan antara kenyataan dan khayalan (world health organization, 2025)

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, “shizein” artinya terpisah atau pecah, dan “phren” artinya jiwa. Skizofrenia terjadi ketidakserasian antara afeksi, kognitif dan perilaku.(Muthmainnah Muthmainnah & Fazil Amris, 2024)

Skizofrenia didefinisikan sebagai gangguan jiwa yang ditandai oleh distorsi persepsi dan ketidakmampuan menilai realitas secara objektif. Dalam studi psikoneuroimunologi, berbagai bentuk abnormalitas pada penderita skizofrenia kini telah dihubungkan dengan interaksi antara sistem saraf, fungsi psikologis, dan respons imun tubuh. (Muthmainnah Muthmainnah & Fazil Amris, 2024)

Dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah suatu kondisi medis yang membuat penderitanya tidak dapat membedakan antara realita dengan khayalannya.

b. Etiologi

Etiologi skizofrenia menurut Muthmainnah Muthmainnah & Fazil Amris, (2024) meliputi:

1) Faktor genetik

Skizofrenia ditemukan lebih tinggi pada kembar monozigotik (50%) dibandingkan kembar dizigotik (20%). Hal ini mengindikasikan bahwa interaksi antara akumulasi variasi genetik tertentu dan paparan faktor

Risiko lingkungan berkontribusi signifikan terhadap peningkatan risiko seseorang menidap skizofrenia.

2) Faktor lingkungan

Hipotesis perkembangan saraf menyebutkan bahwa gangguan pada masa kehamilan dapat mengganggu perkembangan otak janin di dalam Rahim (*intrauterine*), yang kemudian meningkatkan Risiko skizofrenia saat dewasa. Beberapa bukti pendukung hipotesis ini meliputi tingginya kasus skizofrenia pada individu yang lahir di musim dingin (terkait paparan influenza), adanya komplikasi persalinan (seperti prematuritas, hipoksia, dan preeklampsia), keterlambatan tumbuh kembang, serta Riwayat trauma masa kecil seperti perundungan atau penganiayaan. Selain itu, infeksi mikroba selama kehamilan (seperti toksoplasmosis) dan paparan virus HSV-1 juga terbukti merusak struktur otak. Analisis berbasis *Voxel-Based Morphometry (VBM)* menunjukkan bahwa pasien skizofrenia dengan antibodi HSV-1 positif mengalami penyusutan substansia grisea di area penting seperti thalamus, serebelum, dan korteks prefrontal. Kondisi ini berdampak pada penurunan fungsi memori verbal, eksekutif, dan kecepatan psikomotorik. Di samping faktor biologis tersebut, penggunaan obat-obatan terlarang seperti konsumsi kanabis berlebih pada masa remaja serta pengaruh gejala positif juga turut memicu dan memengaruhi manifestasi klinis skizofrenia.

3) Abnormalitas neurologi

Dukungan terhadap hipotesis perkembangan saraf diperkuat dengan hasil pemindaian *computed tomography (CT)* dan *magnetic resonance imaging (MRI)* pada pasien skizofrenia, yang menunjukkan adanya reduksi volume substansia grisea serta pembesaran ukuran ventrikel otak.

c. Patofisiologi

Menurut patofisiologi skizofrenia sangat kompleks dan belum sepenuhnya dipahami, tetapi para ahli sepakat bahwa gangguan ini disebabkan oleh interaksi ketidakseimbangan zat kimia otak

(neurotransmitter), kelainan struktur otak, serta faktor genetik dan lingkungan

Pada dasarnya dopamine dilepaskan sebagai motivator dan penanda hal penting,. Namun pada skizofrenia, dopamine membanjiri jalur emosi (mesolimbic) secara acak tanpa ada pemicu yang nyata.(Hany & Rizvi, 2024)

d. Manifestasi Klinis

Menurut (Muthmainnah Muthmainnah & Fazil Amris, 2024) skizofrenia dikelompokkan ke dalam tiga kategori manifestasi klinis utama:

1) Gejala positif

Meliputi halusinasi dan delusi, yang dipicu oleh hiperaktivitas neurotransmitter dopamine di jalur mesolimbik otak.

2) Gejala negatif

Gejala ini terbagi menjadi bentuk primer (bawaan dari penyakit itu sendiri) dan sekunder (efek samping obat antipsikotik).

Manifestasi utamanya dikenal sebagai konsep 5A *apathy* (hilangnya ketertarikan pada lingkungan sekitar), *avolition* (ketidakmampuan memulai atau menyelesaikan aktivitas), *alogia* (kemiskinan bicara atau respon verbal yang minimal), *affective blunting* (penumpukan ekspresi emosi melalui wajah, tatapan, dan gestur), serta *anhedonia/asociality* (ketidakmampuan merasakan kesenangan dan penarikan diri dari lingkungan). Termasuk di dalamnya adalah *affective incongruity*, di mana ekspresi emosi tidak selaras dengan situasi nyata.

3) Gangguan kognitif

Ditandai dengan fenomena hipofrontalitas, yaitu penurunan fungsi pada korteks frontalis yang mengganggu aspek memori, kemampuan eksekutif, dan atensi. Gangguan atensi ini mencakup kelemahan, ada tiga domain utama: kewaspadaan (kecepatan merespons stimulus), orientasi (seleksi input sensorik), dan kontrol eksekutif (kemampuan mengelola konflik internal dalam pikiran dan emosi).

e. Klasifikasi

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa (PNPK jiwa), kondisi ini dikelompokkan ke dalam beberapa subtype klinis sebagai berikut:

1) Skizofrenia Paranoid

Jenis yang paling sering dijumpai dengan dominasi gejala positif yang sangat kuat, seperti halusinasi pendengaran serta berbagai bentuk waham (misalnya merasa dikejar, dicurigai, atau merasa menjadi orang penting)

2) Skizofrenia Disorganisasi (hebefrenik)

Subtype yang berfokus pada kekacauan

3) Skizofrenia katatonik

Ditandai oleh gangguan ekstrem pada fungsi motorik, yang dapat berupa kondisi tubuh kaku atau mematung dalam waktu lama (*stupor flexibilitas cerea*), atau sebaliknya, mengalami kegelisahan serta gerakan motorik yang berlebihan tanpa tujuan yang jelas

4) Skizofrenia tak terinci (*undifferentiated*)

Kategori yang digunakan ketika pasien jelas mengalami gejala-gejala klinis skizofrenia, namun kondisinya merupakan campuran dan tidak didominasi oleh satu subtype tertentu secara spesifik

5) Skizofrenia residual

Fase ketika gejala positif seperti waham dan halusinasi sudah sangat mereda atau minimal, namun pasien masih didominasi oleh gejala-gejala negatif jangka panjang seperti sikap masa bodoh (*apatis*), penumpilan emosi, serta penarikan diri dari lingkungan sosial

6) Skizofrenia simpleks

Jenis skizofrenia yang berkembang secara perlahan dan bertahap, di mana pasien mengalami penurunan mutu perilaku, hilangnya minat,

malas, dan menarik diri dari pergaulan sosial tanpa didahului oleh Riwayat episode psikotik akut yang jelas (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

f. Penatalaksanaan

Berdasarkan dokumen resmi Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa (PNPK jiwa), penatalaksanaan skizofrenia dibagi ke dalam tiga fase klinis utama

1) Fase akut

Bertujuan untuk mencegah pasien melukai diri sendiri atau orang lain, mengendalikan perilakudestruktif, serta meredakan intensitas gejala psikotik dan manifestasi klinis penyerta seperti agitasi, agresi, dan gaduh gelisah

a) Intervensi Non-Farmakologis awal

Langkah pertama yang harus dilakukan adalah menjalin komunikasi terapeutik dengan berbicara kepada pasien guna memberikan ketenangan

b) Keputusan terapi obat injeksi

Apabila diperlukan awitan kerja (*onset of action*) yang cepat untuk resolusi gejala segera, pemberian obat secara injeksi intramuscular (IM) atau intravena (IV).

c) Farmakoterapi oral

Terapi oral segera diinisiasi setelah diagnosis ditegakkan. dosis dimulai dari dosis anjuran terendah, kemudian dinaikkan secara bertahap dalam kurun waktu 1-3 minggu hingga mencapai dosis optimal yang efektif mengendalikan gejala.

d) Tindakan restriksi khusus

Tindakan pengikatan fisik (*restrain*) atau isolasi hanya boleh dilakukan sebagai pilihan terakhir apabila pasien mengejawantahkan perilaku yang membahayakan diri sendiri

dan lingkungan, serta setelah usaha restriksi lainnya tidak berhasil. pengikatan bersifat sementara dengan durasi sekitar 2-4 jam dan difungsikan untuk memulai prosedur pengobatan.

e) Terapi kejang Listrik (ECT)

Prosedur ini dapat diindikasikan pada kasus skizofrenia katatonik serta pasien yang bersifat refrakter (kebal terhadap pengobatan)

f) Psikoedukasi fase akut

Intervensi ditunjukkan untuk mereduksi stimulus lingkungan yang berlebihan, meminimalkan stressor, serta memberikan lingkungan yang nyaman, toleran, dan suportif melalui komunikasi yang efektif

2) Fase stabilisasi

Fase stabilisasi bertujuan untuk mempertahankan remisi gejala klinis, meminimalkan Risiko serta konsekuensi kekambuhan (*relapse*), dan mengoptimalkan fungsi serta proses kesembuhan (*recovery*) pasien

a) Farmakoterapi pemeliharaan optimal

Setelah dosis optimal tercapai pada fase akut, dosis tersebut harus dipertahankan selama kurang lebih 8 hingga 10 minggu sebelum pasien memasuki tahap rumatan. pada fase ini, pemberian antipsikotika jangka panjang (*long acting injectable*) setiap 2-4 minggu juga dapat dipertimbangkan.

b) Psikoedukasi fase stabilisasi

Intervensi difokuskan untuk meningkatkan kapailitas pasien dan keluarga dalam mengelola gejala klinis, melatih kemandirian dalam merawat diri, serta membangun kepatuhan yang konsisten terhadap regimen pengobatan melalui Teknik intervensi perilaku.

3) Fase rumatan (*maintenance*)

Fase rumatan berfokus pada Upaya preventif terhadap kekambuhan jangka panjang serta mempersiapkan pasien untuk berintegrasi Kembali secara fungsional ke dalam kehidupan Masyarakat.

a) Titrasi penurunan dosis

Dosis antipsikotika diturunkan secara bertahap hingga mencapai dosis minimal yang masih memiliki efikasi untuk mencegah kekambuhan.

b) Durasi terapi jangka panjang

Untuk penyakit akut terapi diberikan selama minimal 2 tahun .apabila penyakit telah bersifat kronis dengan Riwayat kekambuhan berulang, maka terapi dianjurkan untuk diberikan selama 5 tahun hingga seumur hidup

c) Rehabilitasi dan psikoedukasi

Implementasi modalitas rehabilitasi spesifik mencakup remediasi kognitis, pelatihan keterampilan sosial, dan terapi vokasional. pasien beserta keluarga juga diedukasi untuk mengenali serta mengelola gejala prodromal guna mengantisipasi serangan berikutnya.

4) Penatalaksanaan efek samping obat

a) Sindrom ekstrapiramidal (EPS)

Jika pasien mengalami efek samping motorik seperti dystonia akut atau parkinsonisme, Langkah pertama adalah menurunkan dosis antipsikotika. Apabila gejala menetap, diberikan agen antikolinergik seperti triheksifenidil, amantadine, propranolol, lorazepam, atau injeksi difenhidramin/sulfas atropine sesuai indikasi klinis.

b) Tardif diskinesia

Dilakukan penurunan dosis antipsikotika. jika kondisi psikotik pasien memburuk, pengobatan dihentikan dan dialihkan ke antipsikotika generasi kedua, khususnya klopazin.

c) Sindroma neuroleptic malignansi (SNM)

Kondisi ini merupakan kegawatdaruratan medis akut yang mengancam jiwa. Langkah penanganan meliputi penghentian total seluruh penggunaan antipsikotika secara segera, pelaksanaan terapi simptomatik, pemantauan ketat terhadap tanda-tanda vital, serta pemeliharaan keseimbangan cairan tubuh. terapi spesifik yang diberikan adalah dantrolene (dosis 0,6-2,5 mg/kgBB/hari) atau bromokriptin (dosis 20-30 mg/hari dalam 4 dosis terbagi). Apabila pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien harus segera dirujuk ke Unit Perawatan Intensif (ICU).

(Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

g. Komplikasi

Skizofrenia berdampak luas pada berbagai dimensi kehidupan penderita melalui rangkaian komplikasi yang kompleks. Di ranah kognitif dan perilaku, gangguan ini memicu penurunan fungsi eksekutif- seperti gangguan memori, atensi, dan pengambilan Keputusan serta penarikan diri dari lingkungan sosial yang berujung pada isolasi. Secara klinis, pasien juga menghadapi peningkatan Risiko komorbiditas berupa gangguan kecemasan, depresi, penyalahgunaan zat, serta kerentanan terhadap penyakit fisik seperti gangguan kardiovaskular, sindrom metabolic, infeksi, hingga kecenderungan bunuh diri. Ketidakstabilan gejala dan frekuensi rawat inap yang tinggi, dan perawatan kebersihan diri. Tantangan ini diperberat oleh beban hukum, finansial, serta stigma dan diskriminasi sosial. (Manassa Hanny & Abid Rizvi, 2024).

2. Konsep Ansietas

a. Ansietas

1) Pengertian

Menurut sutejo dalam buku *keperawatan jiwa konsep dan praktik asuhan keperawatan Kesehatan jiwa gangguan jiwa dan psikososial*. (sutejo, 2019) Ansietas adalah suatu perasaan

tidak santai yang samar-samar karena adanya ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respon.

2) Patofisiologi

Amigdala mengalami peningkatan sensitivitas secara patologis dalam mendeteksi dan memproses stimuli lingkungan. Hal ini menyebabkan interpretasi keliru terhadap stimuli netral sebagai sebuah ancaman fungsional yang membahayakan tubuh.

Terjadi penurunan fungsi kontrol kognitif pada area korteks prefrontal. Akibatnya, sistem saraf pusat gagal memberikan sinyal hambatan untuk menekan dan mereduksi respons kepanikan yang diproduksi oleh amigdala.(Chan P. Suma & Marwaha, 2023)

3) Tingkat Ansietas

Menurut sutejo dalam buku *keperawatan jiwa konsep dan praktik asuhan keperawatan Kesehatan jiwa gangguan jiwa dan psikososial*.(sutejo, 2019)

a) Ansietas ringan

Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam hidup sehari-hari sehingga menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas membutuhkan motivasi belajar serta menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

b) Ansietas sedang

Membawa individu pada kondisi perhatian selektif. Fokus seseorang akan terpusat hanya pada hal-hal yang dianggap krusial dengan mengabaikan aspek lain, sehingga tindakan yang diambil menjadi lebih terarah.

c) Ansietas berat

Mengakibatkan penyempitan ruang persepsi secara signifikan. Individu cenderung terpaku pada detail yang

sangat spesifik dan kesulitan memikirkan hal lain. Seluruh perilaku berorientasi pada Upaya meredakan ketegangan, sehingga ia memerlukan bantuan atau arahan intensif untuk mengalihkan fokusnya.

d) **Tingkat panik**

Ditandai dengan perasaan takut yang ekstrem dan rasa terror, di mana individu benar-benar tidak berdaya meskipun telah diberikan petunjuk. Pada fase ini, aktivitas motorik meningkat, namun kemampuan bersosialisasi menurun, terjadi distorsi persepsi, serta hilangnya kemampuan berpikir rasional.

4) Rentang Respon

Rentang respon kecemasan terdiri atas dua yaitu respon adaptif dan maladaptive. Respon adaptif menggunakan koping yang bersifat membangun (konstruktif) dalam mengatasi kecemasan yakni berupa antisipasi. Respon maladaptive merupakan koping yang bersifat merusak (destruktif) dan disfungsional seperti individu menghindari kontak dengan orang lain atau mengurung diri, dan tidak mau mengurus diri.

Bagan 2. 1 Rentang Respon Ansietas

Adaptif ←————→ maladaptive

Respon adaptif akan didapatkan jika individu dapat menerima dan mengatur kecemasan

Respon maladaptive ketika kecemasan tidak dapat diatur, individu menggunakan mekanisme koping yang disfungsi dan tidak berkesinambungan dengan yang lainnya.

5) Penyebab Ansietas

Dikutip berdasarkan buku *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (2024)*, penyebab ansietas terdiri dari beberapa hal, yaitu:

- a) Perubahan status Kesehatan: kondisi sehat-sakit seseorang bersifat dinamis dan dipengaruhi oleh berbagai aspek, mulai dari faktor genetic, lingkungan, perkembangan, sosial-budaya, hingga Riwayat masa lalu dan ekspektasi pribadi. Ketika status Kesehatan ini berubah, sering kali muncul dampak psikologis berupa kecemasan.
- b) Hospitalisasi: proses perawatan yang mengharuskan seorang anak menetap di rumah sakit untuk menjalani terapi medis hingga dinyatakan sembuh dan diizinkan pulang.
- c) Ancaman kematian: Rasa cemas juga kerap dipicu oleh adanya ancaman terhadap nyawa, yang biasanya berkaitan dengan diagnosis penyakit terminal atau kronis seperti penyakit jantung dan kanker stadium lanjut.
- d) Bencana alam dan bencana non-alam: Bencana alam disebabkan oleh fenomena alam (misalnya gempa bumi, banjir, tsunami, tanah longsor, dan angin topan).

Bencana non-alam: dipicu oleh faktor luar alam, seperti kegagalan teknologi atau modernisasi, serta penyebaran epidemi dan wabah penyakit. (Hidaayah Nur et al., 2024)

6) Jenis-Jenis Ansietas

Menurut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025) gangguan kecemasan dapat

dikategorikan ke dalam beberapa jenis manifestasi klinis, antara lain:

- a) Gangguan kecemasan umum (*generalized anxiety disorder/GAD*): ditandai dengan kekhawatiran yang persisten, meluas, dan sulit dikendalikan terkait berbagai aspek kehidupan sehari-hari
- b) Gangguan kecemasan sosial (*sosial anxiety disorder*): ketakutan intens terhadap situasi sosial atau performa di depan publik, yang dipicu oleh kekhawatiran akan penilaian negative, penolakan, atau rasa malu.
- c) Fobia spesifik: ketakutan patologis dan irasional yang dipicu oleh objek atau situasi tertentu misalnya ketakutan pada ruang terbuka.
- d) Gangguan panik (*panic disorder*): ditandai dengan serangan panik spontan. Mendadak, dan berulang tanpa adanya faktor pencetus yang nyata.

7) Manifestasi Klinis

Menurut (Sulistiyani et al., 2024) terdapat beberapa gejala, diantaranya:

- a) Gejala fisik /somatik (hiperaktivitas otonom & ketegangan motorik)
Tubuh mengalami reaksi langsung akibat pelepasan hormon stress (adrenalin dan kortisol):
 - (1) Kardiovaskular: jantung berdebar keras atau cepat (palpitasi), dada terasa sesak, atau nyeri dada
 - (2) Respirasi: napas menjadi pendek, cepat (takipnea), atau merasa tercekik.

- (3) Neuromuscular: otot-otot tubuh menegang (khususnya leher dan bahu), tubuh gemetar, atau mudah Lelah.
 - (4) Gastrointestinal: nyeri ulu hati, mual, perut kembung, diare, atau justru sembelit.
 - (5) Gejala fisik lain: pusing, sakit kepala, berkeringat berlebih (diaphoresis), mulut kering, dan tangan atau kaki terasa dingin/kesemutan.
- b) Gejala kognitif (pikiran)
- (1) Pikiran kosong: sulit berkonsentrasi atau merasa otak tiba-tiba “blank”.
 - (2) Kekhawatiran kronis: memikirkan scenario terburuk secara berulang-ulang mengenai masa depan.
 - (3) Distorsi pikiran: ketakutan irasional akan kehilangan kendali diri, menjadigila, atau ketakutan akan kematian yang segera terjadi
 - (4) Kewaspadaan berlebih: otak terus-menerus memindai lingkungan sekitar untuk mencari potensi bahaya
- c) Gejala afektif (psikologis & emosional)
- (1) Iritabilitas: menjadi sangat sensitive, mudah tersinggung, atau mudah marah tanpa alasan jelas.
 - (2) Ketegangan batin: perasaan gelisah, was-was, gugup, atau merasa seperti berada “di ujung tanduk”
 - (3) Ketakutan menetap: rasa takut yang samar tetapi intens terhadap situasi yang sebenarnya tidak berbahaya.

d) Gejala perilaku (*behavioral*)

- (1) Perilaku menghindar: menjauhi tempat, orang, atau mondar-mandir, meremas-remas tangan, atau mengetuk-ngetukkan kaki.
- (2) Gangguan tidur: sulit untuk mulai tidur, sering terbangun di malam hari, atau tidur yang tidak nyenyak dan sering mimpi buruk.

8) Komplikasi

Menurut (Munir Sadaf & Takov Veronica, 2022) terdapat beberapa komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita ansietas, antara lain:

a) Penurunan Kesehatan mental dan psikis

- (1) Komorbiditas depresi mayor: distress mental yang berlangsung secara kontinu menguras energi psikologis. Hal ini memicu keputusasaan dan hilangnya motivasi hidup, hingga berkembang menjadi depresi berat.
- (2) Ketergantungan zat terlarang: penderita sering kali melakukan *self-medication* dengan mengonsumsi alkohol atau obat penenang secara ilegal untuk meredakan kecemasan, yang berisiko tinggi memicu adiksi.
- (3) Risiko bunuh diri: tekanan psikis yang konsisten disertai penurunan kualitas hidup secara drastis meningkatkan Risiko munculnya pikiran mendesak untuk mengakhiri hidup.

b) Komplikasi pada Kesehatan fisik

- (1) Patologi kardiovaskular: hiperaksi hormon adrenalin dan kortisol meningkatkan denyut jantung serta tekanan pembuluh darah, dalam jangka panjang, hal ini meningkatkan Risiko hipertensi, aritmia, hingga penyakit jantung.

- (2) Sindrom iritasi usus besar (IBS): otak dan saluran pencernaan terhubung sangat erat (*gut-brain axis*). Ansietas kronis merusak sensitivitas saraf lambung dan usus, memicu komplikasi seperti maag kronis, diare berulang, kram perut, atau sembelit
 - (3) Insomnia kronis: kesulitan tidur yang dialami penderita ansietas dapat berkembang menjadi gangguan tidur menetap. Kurang tidur kronis ini pada akhirnya memperlemah sistem imun tubuh, membuat penderita rentan terhadap infeksi virus atau bakteri.
 - (4) Nyeri kronis dan nyeri otot: ketegangan motorik yang konsisten memicu komplikasi fisik berupa sakit kepala tegang (*tension headache*), migrain, dan nyeri otot kronis.
- c) Komplikasi fungsi sosial dan produktivitas
- (1) Isolasi sosial: perilaku menghindar akibat cemas (terutama pada *social anxiety disorder*) membuat penderita menarik diri dari lingkungan, memicu kesepian yang memperburuk kondisi psikis.
 - (2) Penurunan fungsi eksekutif: ansietas merusak fokus, kemampuan mengambil Keputusan, dan pengelolaan emosi. Akibatnya, penderita sering mengalami penurunan performa belajar di sekolah atau penurunan produktivitas kerja,
 - (3) Risiko perilaku kekerasan: (Chung et al., 2019) membuktikan secara kuantitatif bahwa skor kecemasan yang tinggi berhubungan signifikan dengan perilaku agresif. Ditunjukkan pula bahwa sub-domain kecemasan memicu munculnya kemarahan dan permusuhan yang jauh lebih kuat dibandingkan bentuk agresi lainnya, yang memicu tindakan kekerasan.

9) Penatalaksanaan

Menurut (Ade Sucipto, 2025) intervensi keperawatan pada pasien ansietas antara lain:

- a) Membangun hubungan terapeutik (bina hubungan saling percaya)
- b) Psikoedukasi dan mengenal ansietas
- c) Implementasi terapi relaksasi dan koping (non-farmakologi), seperti modifikasi lingkungan, Latihan relaksasi otot, terapi komplementer mandiri (metode hypnosis lima jari)
- d) Memberikan motivasi berkelanjutan

Dalam buku berjudul *Gangguan Jiwa Pada Remaja dan Anak* (Sri Laela, 2025) menjelaskan bahwa penanganan pada gangguan kecemasan dapat diklasifikasikan ke dalam tiga pendekatan utama yaitu: Teknik regulasi fisiologis, pendekatan psikoterapi dan perilaku, serta pendekatan spiritual (psikoterapi islam)

a) Regulasi fisiologis: Teknik *deep breathing*

Teknik pernapasan dalam (*deep breathing*) merupakan intervensi berbasis fisiologis yang efektif untuk mereduksi kecemasan sosial. Efektivitas Teknik ini bertumpu pada tingkat relaksasi kesadaran individu. Prosedur pelaksanaannya meliputi Langkah-langkah berikut:

- (1) Postur: individu duduk dengan posisi tegak namun rileks, serta memosisikan kedua tangan di antara lutut.
- (2) Inspirasi: mata dipejamkan dilanjutkan Engan proses menghirup udara secara perlahan melalui mulut hingga kapasitas paru-paru terisi secara maksimal.

(3) Ekspirasi: udara dihembuskan Kembali secara perlahan lewat mulut dengan mengoptimalkan kontraksi perut.

(4) Retensi dan replikasi: proses pengosongan udara di dalam paru-paru dirasakan secara mendalam, diikuti dengan fase istirahat sejenak sebelum Teknik ini direplikasi dalam beberapa siklus.

b) Pendekatan psikologis dan modifikasi perilaku

(1) Ekspresif (*journaling*): menuliskan narasi pikiran negative yang memicu kecemasan untuk mengalihkan fokus kognitif dari kekhawatiran yang belum tentu terjadi (*anticipatory anxiety*),

(2) Evaluasi diri (*self-evaluation*): melakukan penilaian objektif terhadap kapasitas diri guna mengukur validitas ancaman sosial dan menentukan strategi koping yang relevan.

(3) Penerimaan diri: mengembangkan sikap menerima realita situasi sebagai fondasi utama dalam manajemen regulasi emosi/

(4) Aktivitas fisik: melakukan olahraga secara teratur dengan durasi minimal 20 menit guna mengurangi ketegangan somatis dan menurunkan level kecemasan.

(5) Restrukturisasi kognitif (berpikir positif): mengubah pola pikir distorsif-negatif menjadi konstruktif-positif untuk mengeliminasi ketakutan yang berlebihan.

(6) Terapi perilaku kognitif: melatih individu untuk mengontrol, mengelola, dan bertanggung jawab atas perubahan pada domain kognisi (pikiran), afeksi (perasaan), dan konduksi (perilaku).

c) Pendekatan spiritual melalui perspektif psikoterapi islam

Integrasi nilai-nilai islam dalam psikoterapi tidak hanya berfokus pada restrukturisasi kognitif dan perubahan cara pandang individu terhadap eksistensi dirinya, melainkan juga pada implementasi perilaku baru yang meningkatkan kualitas hidup secara holistic, penanganan berbasis islam meliputi aspek-aspek berikut:

- (1) Melukis atau memiliki sikap menolong: Rasulullah SAW menganjurkan aktivitas sosial dan kerelawanan. Membantu sesama mampu memperluas perspektif kognitif individu, memberikan makna hidup, serta mengalihkan fokus dari kecemasan
- (2) Membaca Al-Qur'an: membaca Al-Qur'an dan berzikir memberikan efek sugesti positif yang secara psikologis mampu mereduksi intensitas kecemasan, sekaligus menjadi bentuk penyerahan diri atas segala problematika kehidupan kepada Allah SWT.
- (3) Mengenal Allah: menumbuhkan kesadaran teologi bahwa terdapat kekuatan absolut yang mengendalikan alam semesta (sebagaimana diisyaratkan dalam QS. Al-Ahqaf 46:33). Kesadaran ini menuntut individu untuk melepaskan kontrol ego, berserah diri (tawakal), dan meyakini bahwa takdir-Nya adalah ketentuan terbaik
- (4) Ibadah shalat lima waktu: shalat berfungsi sebagai sarana terapeutik medis yang menstabilkan kondisi psikologis. Selaras dengan QS. Al-Baqarah 2:45, menjadikan shalat dan kesabaran sebagai instrument

koping utama dapat memberikan ketenangan jiwa melalui penyerahan diri secara total

d) Optimalisasi potensi internal

(1) Efikasi diri: membangun keyakinan yang tinggi terhadap kapabilitas personal demi meningkatkan rasa percaya diri dan mereduksi kecemasan.

(2) Mencintai diri sendiri: mengembangkan penerimaan terhadap diri sendiri tanpa membandingkannya dengan individu lain, sehingga tercipta rasa percaya diri yang stabil dalam menunjang aktivitas produktif sehari-hari.

10) Instrumen Pengukuran Tingkat Ansietas

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), pertama kali dikembangkan oleh Max Hamilton pada tahun 1956, untuk mengukur semua tanda kecemasan baik psikis maupun somatik. Alat ukur ini menggunakan 14 butir indikator pertanyaan terstruktur untuk menilai tingkatan ansietas pada kelompok usia anak-anak maupun dewasa.

Penilaian dilakukan dengan memberikan nilai dengan kategori 0: tidak ada gejala atau keluhan, 1: ringan (jika ditemukan minimal 1 dari gejala keluhan yang ada), 2: sedang (jika ditemukan 50% dari gejala keluhan yang ada sesuai dengan indikator), 3: berat (jika ditemukan lebih dari 50% dari keseluruhan gejala/keluhan yang ada) 4: berat sekali (jika ditemukan seluruh/semua gejala yang ada) (chrisnawati & Aldino, 2019)

b. Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

1) Pengertian

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) Risiko perilaku kekerasan memiliki definisi sebagai berisiko

membahayakan secara fisik, emosi, dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain.

2) Etiologi

Menurut (Laela Sri et al., 2024) proses terjadinya Risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi beberapa faktor, yaitu:

a) Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan aspek risiko yang memengaruhi cara seseorang berespons terhadap suatu stressor, di mana aspek ini mencakup elemen biologi, psikologis, dan sosiokultural. Keberadaan faktor Risiko tersebut pada akhirnya akan memengaruhi dan menentukan cara individu dalam menginterpretasikan atau menilai stressor yang dihadapinya.

(1) Aspek biologis: meliputi faktor genetic atau Riwayat gangguan jiwa dalam keluarga, adanya trauma serta penyakit pada area kepala, serta Riwayat konsumsi NAPZA

(2) Aspek psikologis: mencakup tingkat inteligensi yang ditandai dengan penurunan konsentrasi dan prestasi akademik. Selain itu, terdapat hambatan keterampilan verbal seperti kesulitan berkomunikasi secara efektif, kecenderungan melebih-lebihkan informasi, ketidakmampuan mengungkapkan kemarahan secara lisan, atau adanya gangguan fungsi bicara. Faktor kepribadian (seperti tertutup, pesimis, pemurung, dan agresif), rendahnya kontrol diri, konsep diri, serta motivasi juga turut berpengaruh. Nilai moral yang bertentangan dengan lingkungan dapat memicu kemarahan yang berwujud tindakan amoral tanpa rasa bersalah. Pengaruh ini diperkuat oleh

pengalaman masa lalu yang traumatis, seperti penolakan, penganiayaan pada masa kanak-kanak, atau proses meniru akibat sering menyaksikan kekerasan oleh orang tua.

- (3) Aspek sosiokultural: meliputi karakteristik demografi dan sosial individu yang mencakup usia, jenis kelamin, tingkat Pendidikan, status pekerjaan, pendapatan, posisi sosial, latar belakang budaya, nilai keagamaan, serta peran dan pengalaman sosial di Masyarakat.

b) Stressor presipitasi

Stressor merupakan stimulus yang dapat diartikan sebagai tantangan, ancaman, maupun tuntutan bagi seseorang, yang berpotensi memicu ketegangan serta stress. Stimulus ini dapat berupa aspek biologis, psikologis, dan sosiokultural yang bersumber dari dalam diri (internal) maupun luar diri (eksternal). Di samping itu, tingkat kesulitan dalam mengatasi stressor sangat dipengaruhi oleh kompleksitas dan akumulasi jumlah stimulus yang terjadi secara simultan. Karakteristik stimulus ini dipetakan melalui empat dimensi utama:

- (1) *Nature* (sifat): bersifat unik dan berbeda bagi setiap individu, yang mencakup permasalahan biologis, psikologis, dan sosiokultural yang dialami pada saat ini.
- (2) *Origin* (asal): meliputi sumber internal yang berasal dari persepsi pribadi atau kegagalan dalam menginterpretasikan keyakinan diri, serta sumber eksternal yang berasal dari kurangnya dukungan keluarga maupun Masyarakat terhadap keyakinan individu tersebut.

(3) *Timing* (waktu): merujuk pada momen kemunculan stressor pada situasi yang tidak kodusif, durasi atau cara terjadinya (secara mendadak atau bertahap), serta frekuensi kejadiannya yang berulang atau saling berdekatan

(4) *Number* (jumlah): mengacu pada kuantitas dan bobot kualitas stressor, di mana paparan stimulus yang banyak dengan intensitas tinggi akan memperberat beban individu

c) Penilaian terhadap stressor

Penilaian terhadap stressor atau sering disebut dengan respon individu, merupakan pemaknaan dan pemahaman individu terhadap stimulus yang berdampak pada kondisi/kestabilan individu. Respon individu tersebut berupa:

(1) Respon Kognitif: memiliki peran sentral dalam proses adaptasi. Kemampuan berpikir ini berfungsi untuk mengevaluasi tingkat bahaya dari stressor serta mengidentifikasi sumber daya yang dimiliki. Penilaian kognitif ini menjadi penentu utama dalam pemilihan strategi koping, serta memengaruhi reaksi fisik, emosional, perilaku, dan sosial seseorang.

(2) Respon Afektif: berkaitan dengan reaksi emosional terhadap stressor, seperti rasa cemas, takut, marah, sedih, senang, terkejut, tidak percaya, maupun sikap menerima. Selain mengidentifikasi jenis emosinya, intensitas perasaan tersebut juga perlu dinilai untuk melihat apakah masih berupa suasana hati atau sudah menetap menjadi sikap. Seseorang dengan sikap

positif, optimis, dan berpandangan luas umumnya lebih mudah melakukan adaptasi yang konstruktif.

- (3) Respon Fisiologi; merujuk pada perubahan biologis tubuh akibat paparan stressor. Melalui mekanisme *fight-or-flight*, tubuh merespons stress dengan memicu kerja sistem saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas kelenjar pituitary. Selain itu, kondisi stress yang berkepanjangan juga dapat menurunkan sistem imunitas serta mengganggu keseimbangan neuroendokrin tubuh.
- (4) Respon Perilaku: merupakan tindakan nyata yang lahir dari perpaduan antara reaksi emosional dan perubahan fisik, yang diproses melalui penalaran kognitif individu dalam menghadapi situasi penuh stress.
- (5) Respon Sosial: keterlibatan aspek sosial dalam menghadapi stressor, yang diwujudkan melalui Upaya individu dalam mencari Solusi masalah. Hal ini mencakup proses mengidentifikasi faktor-faktor penyebab masalah serta membandingkan kondisinya dengan orang lain yang mengalami situasi serupa. Kemampuan memanfaatkan dukungan sosial ini juga sangat dipengaruhi oleh faktor predisposisi individu

3) Sumber Koping

Sumber koping merupakan berbagai pilihan atau strategi yang dimiliki individu dalam usahanya untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi. Sumber koping ini mencakup asset material, motivasi, Teknik bertahan, serta kemampuan dan keterampilan pribadi. Dalam model ini, interaksi dan

hubungan individu dengan keluarga, kelompok, serta Masyarakat sekitar menjadi poin yang sangat krusial.

Selain itu, beberapa aspek penentu yang dapat dioptimalkan sebagai sumber coping meliputi status Kesehatan saat ini, dukungan spiritual, keyakinan positif, keterampilan sosial, tingkat pengetahuan, serta inteligensi seseorang. Keyakinan spiritual berperan penting dalam menumbuhkan harapan positif terhadap strategi coping yang dipilih. Di sisi lain, keterampilan pemecahan masalah diwujudkan melalui kemampuan individu dalam menghimpun informasi, mengenali akar masalah, memetakan berbagai alternatif Solusi, hingga merancang rencana tindakan nyata demi menyelesaikan masalah tersebut.

4) Rentang Respon

Bagan 2. 2 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan



Keterangan

- a) Asertif : adalah respon marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
- b) Frustasi: adalah respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
- c) Pasif: adalah respon di mana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.

- d) Agresif: merupakan perilaku yang menyertai marah, namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Individu berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
- e) Kekerasan adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Pada keadaan ini, individu dapat merusak dirinya sendiri atau terhadap orang lain.

5) Tanda dan Gejala

Menurut (Ade Sucipto, 2025) tanda dan gejala Risiko perilaku kekerasan antara lain:

a) Data subjektif

Mengungkapkan kebencian atau kekesalan terhadap orang lain. Menyatakan keinginan untuk memukul orang lain. Mengaku tidak mampu mengendalikan perilaku kekerasan, menyampaikan niat untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain serta merusak lingkungan.

b) Data objektif

Mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, mondar-mandir, tekanan darah meningkat, nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, berbicara dengan nada tinggi dan kasar, mendominasi pembicara, menggunakan sarkasme, merusak lingkungan, memukul orang lain.

6) Penatalaksanaan

Menurut (Nari et al., 2024) penatalaksanaan Risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan melalui kombinasi terapi psikofarmaka (medis) dan intervensi keperawatan jiwa yang

terbagi menjadi strategi pelaksanaan (SP) yang melatih pasien mengendalikan emosinya secara bertahap, mulai dari Teknik relaksasi fisik, penyaluran energi motorik, komunikasi asertif, pendekatan spiritual, hingga kepatuhan minum obat. Disamping itu, pelibatan aktif keluarga melalui SP keluarga sangat krusial untuk mengoptimalkan fungsi sistem pendukung di rumah. Pada kondisi darurat di mana pasien mengalami amuk dan membahayakan lingkungan, penatalaksanaan dilakukan melalui protocol kegawatdaruratan psikiatri, seperti Teknik de-eskalasi verbal, pengikatan fisik (*restraint*) yang aman, atau penempatan di ruang seklusi, yang dikombinasikan dengan pemberian obat penenang kerja cepat melalui kolaborasi medis.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada pasien yang mengalami ansietas memerlukan pendekatan holistic dan komprehensif. Proses ini bertujuan untuk mengukur derajat kecemasan serta mengidentifikasi faktor-faktor etiologic yang memengaruhinya.

a. Identitas

Melakukan pengenalan BHSP dan kontrak waktu dengan klien meliputi informasi tentang identitas pasien, seperti nama, usia, jenis kelamin, status pernikahan, keyakinan keagamaan, tanggal kedatangan pasien, orang yang memberikan informasi, tanggal pengkajian, dan Alamat.

b. Keluhan utama/alasan masuk

Menanyakan alasan mengapa pasien masuk ke rumah sakit jiwa, Langkah-langkah yang telah diambil oleh keluarga atau pasien sebelum pasien dibawa ke rumah sakit jiwa, dan hasilnya.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Menanyakan kondisi klien pada saat proses pengkajian, biasanya klien mengeluh cemas, tampak tegang, mengeluh sulit tidur.

d. Analisis faktor predisposisi dan presipitasi

Evaluasi ini bertujuan untuk memetakan etiologic dan faktor pencetus (*triggering factors*) yang memicu atau memperberat status kecemasan pasien. Pengkajian ini berfokus pada:

- 1) Stressor psikososial dan lingkungan: identifikasi disfungsi dalam hubungan interpersonal, konflik di lingkungan kerja, serta tekanan sosio-kultural.
- 2) Faktor historois: penelusuran terhadap Riwayat trauma masa lalu atau peristiwa kehidupan signifikan yang memengaruhi ambang batas toleransi stress pasien

e. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada kasus ansietas utamanya bertujuan untuk menghindari kemungkinan penyakit fisik (kondisi medis umum, yang gejalanya mirip kecemasan, sekaligus mengidentifikasi tanda-tanda hiperaktivitas sistem saraf otonom.

- 1) Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV)
 - a) Biasanya denyut nadi cepat lebih dari 100 kali permenit
 - b) Laju pernapasan: ditemukan napas cepat dan dangkal (takipnea) atau pola hiperventilasi
 - c) Tekanan darah: mengalami peningkatan sementara (hipertensi situasional) akibat vasokonstriksi pembuluh darah

- d) Suhu tubuh: biasanya normal, berguna untuk membedakan ansietas dengan infeksi akut

2) Pemeriksaan fisik *head-to-toe*

- a) Sistem saraf dan oto: adanya tremor (gemetar halus) pada jari tangan saat diluruskan, ketegangan otot yang nyata pada area leher, bahu, dan punggung, refleks tendon fisiologis yang menjadi lebih sensitive atau meningkat
- b) Kulit (integument): telapak tangan dan kaki terasa dingin dan basah akibat keringat berlebihan, wajah tampak pucat atau terkadang kemerahan di area leher dan dada.
- c) Kepala dan leher: pemeriksaan kelenjar tiroid untuk melihat ada tidanya pembesaran guna menghindari penyakit hipertiroidisme.
- d) Sistem saraf dan pencernaan: nyeri tekan ringan pada ulu hati dan bising usus yang meningkat (terkait keluhan lambung/diare)

f. Psikososial

1) Genogram

Menyusun pohon keluarga hingga tiga generasi untuk memetakan Riwayat gangguan jiwa, pola komunikasi gaya asuh dan struktur pengambilan Keputusan keluarga

2) Konsep diri

a) Citra Tubuh

Tanyakan bagaimana klien memandang tubuhnya dan bagian yang dirasa nyaman atau tidak nyaman,

b) Identitas Diri

Gali kepuasan klien terhadap jenis kelamin, peran dalam keluarga, dan status sosialnya.

c) Peran Diri

Identifikasi kesulitan klien menjalankan tugas sosial atau perannya dalam keluarga/Masyarakat. Pada klien

yang mengalami ansietas biasanya klien lebih banyak menyendiri.

d) Ideal Diri

Tanyakan harapan klien terhadap proses penyembuhan dan perannya pasca perawatan. Pada klien dengan ansietas biasanya memiliki kecemasan berlebih,

e) Harga Diri

Nilai rasa percaya diri klien dalam berinteraksi.

3) Hubungan Sosial

Mintalah klien menyebutkan anggota keluarga atau teman terdekat serta kelompok sosial yang diikutinya. Perhatikan pola interaksi misalnya kedekatan dengan orang tua atau isolasi dari tetangga untuk menilai dukungan sosial dan potensi stress interpersonal. Klien dengan ansietas cenderung memiliki sedikit teman dekat yang dipercayainya.

4) Spiritual

a) Nilai Keyakinan

Ajukan pertanyaan kepada klien mengenai pandangan dan keyakinan terhadap agama yang diikutinya. Apakah kecemasannya mempengaruhi keyakinan klien dengan tuhan.

b) Kegiatan Ibadah

Tanyakan kepada klien mengenai kegiatan ibadah yang dilakukan di rumah, baik secara individu maupun secara Bersama-sama dengan kelompok.

g. Status Mental

1) Penampilan

Melakukan pengamatan terhadap penampilan klien dari ujung rambut hingga ujung kaki, termasuk aspek seperti rambut yang berantakkan, kancing baju yang tidak terpasang

dengan benar, pakaian yang terbalik, dan pilihan pakaian yang tidak sesuai.

2) Pembicaraan

Mengamati pola bicara klien, apakah itu cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat, atau berpindah-pindah dari satu topik ke topik lain.

3) Aktivitas Motorik

Amati tanda agitasi (pacing, gelisah) katatonia (immobilitas), tremor, atau gerakan mulut meniru bicara, sebagai indikasi kecemasan ekstrem atau disfungsi neuromotor. Klien dengan ansietas tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor, sesekali menggerakkan kaki atau tangannya.

4) Alam Perasaan

Gali kondisi emosional mendasar seperti depresi, kecemasan, atau euphoria termasuk lamanya dan intensitasnya untuk mengidentifikasi gangguan afektif.

5) Afek

Lihat kesesuaian ekspresi wajah dengan suasana hati, afek yang datar (*flat*), tidak sesuai (*incongruent*), atau labil menunjukkan disfungsi regulasi emosional.

6) Interaksi Selama Wawancara

Nilai kemampuan kontak mata, sikap kooperatif dan inisiatif berbicara. Penarikan diri, defensive, atau agresif. Mengganggu proses pengkajian dan perlu strategi pendekatan khusus dalam melakukan pengkajian,

7) Presepsi

Identifikasi ansietas termasuk dampaknya pada kegiatan sehari-hari

8) Pola Pikir

Mengamati proses berpikir klien selama wawancara, apakah itu terhenti atau terputus

9) Isi Pikir

Amati adanya delusi (paranoid, referensial), obsesi, atau pikiran bunuh diri.

10) Tingkat Kesadaran

Mengamati tingkat kesadaran klien,

11) Memori

Periksa memori jangka pendek (misalnya mengulang tiga kata) dan jangka panjang (Riwayat pribadi untuk mendeteksi amnesia atau konfabulasi).

12) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Tes sederhana seperti menghitung mundur dari 20.

13) Kemampuan Penilaian

Mengamati kemampuan klien dalam membuat keputusan

14) Daya Tilik Diri

Mengamati pemahaman klien tentang penyakit yang dideritanya,

h. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Ajukan pertanyaan dan perhatikan tentang jumlah, frekuensi, variasi, dan jenis makanan yang dikonsumsi klien, serta kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan peralatan makan.

2) BAB/BAK

Amati kemampuan klien untuk buang air besar dan buang air kecil, seperti pergi ke toilet dan membersihkan diri.

3) Mandi

Tanyakan dan amati seberapa sering klien mandi, metode mandi, menyikat gigi, mencuci rambut, gunting kuku, dan bercukur, serta perhatikan tingkat kebersihan tubuh dan bau badan klien.

4) Berpakaian

Amati kemampuan klien dalam mengenakan pakaian dan alas kaki, serta perhatikan penampilan dan gaya berpakaian klien.

5) Istirahat dan Tidur

Tanyakan dan perhatikan durasi tidur siang/malam klien, aktivitas sebelum tidur, dan aktivitas setelah bangun tidur.

6) Penggunaan Obat

Tanyakan dan amati penggunaan obat oleh klien dan keluarga, serta reaksi yang ditimbulkannya.

7) Pemeliharaan Kesehatan

Tanyakan kepada klien dan keluarga mengenai jenis, cara, waktu, dan tempat lanjutan, serta sistem yang pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, dan Lembaga pelayanan Kesehatan) dan cara penggunaannya.

8) Kegiatan Dalam Rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, membersihkan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu dan mengepel), mencuci pakaian sendiri, dan mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9) Kegiatan di Luar Rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam berbelanja untuk keperluan sehari-hari, serta aktivitas lain di luar rumah (pembayaran tagihan Listrik/telepon/air, kunjungan ke kantor pos, dan ke bank)

i. Mekanisme Koping

Pengkajian ini dilakukan untuk menganalisis strategi kognitif dan perilaku yang dimanifestasikan oleh pasien dalam memoderasi ansietas:

- 1) Koping adaptif: identifikasi respons konstruktif yang mendukung regulasi emosi, seperti penerapan Teknik relaksasi, komunikasi terapeutik, atau pemecahan masalah secara rasional.
- 2) Koping maladaptive: identifikasi respons destruktif atau destruktif semu yang dapat memperburuk status Kesehatan, seperti penyalahgunaan zat atau mekanisme pengingkaran (denial)
- 3) Implikasi klinis: hasil evaluasi ini menjadi landasan dalam merumuskan rencana intervensi keperawatan yang presisi dan efektif.

j. Pengetahuan

Umumnya, klien memiliki pemahaman yang memadai tentang kondisinya, memungkinkannya untuk menerima keadaan penyakitnya dan merespons perawatan yang diberikan.

k. Aspek Medis

Pengobatan yang diterima oleh pasien dapat meliputi pengobatan obat, terapi psikomotor, terapi okupasi, layanan TAK, dan program rehabilitasi.

2. Analisa Data

Analisa data adalah proses mengelompokkan data subjektif (DS) dan data objektif (DO) untuk menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

a. Data subjektif

- 1) Klien merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- 2) Klien mengeluh sulit berkonsentrasi

- 3) Klien merasa bingung
- 4) Klien mengeluh sulit tidur (insomnia)
- b. Data objektif
 - 1) Klien tampak gelisah dan tegang
 - 2) Frekuensi nadi meningkat
 - 3) Klien tampak sering berkeringat
 - 4) Kontak mata kurang atau tampak waspada
- c. Etiologic

Krisis situasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kurang terpapar informasi, atau perubahan kondisi lingkungan.

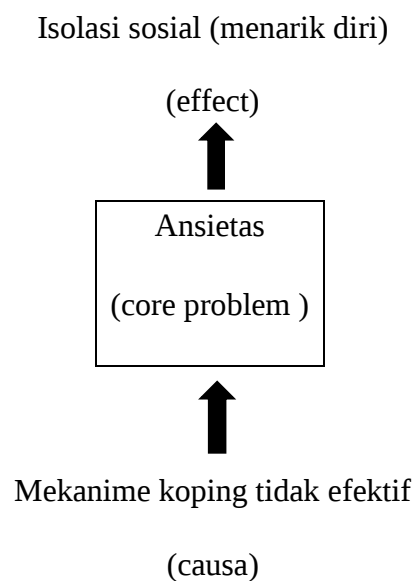
3. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Ade Sucipto, 2025) dalam buku berjudul *Keperawatan Jiwa Dasar*

- a. Ansietas
- b. Isolasi sosial (menarik diri)
- c. Koping individu tidak efektif

Pohon masalah

Bagan 2.3 Pohon Masalah



4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

N o	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Strategi pelaksanaan	Rasional
1	Ansietas, (D.0080)	Pasien mampu: 1. Menganal ansietas 2. mengatasi ansietas 3. memperaga kan dan menggunak an Teknik relaksasi	Pasien menunjukkan tanda-tanda dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat yaitu dengan 1. wajah bersahabat 2. menunjukkan rasa senang 3. pasien bersedia menjabat tangan 4.	Sp 1: assessment ansietas dan Latihan relaksasi 1. bina hubungan saling percaya 2. buat kontrak waktu (inform consent) Latihan pengendalian ansietas 3. bantu pasien mengenal ansietas (penyebab, perilaku) 4. Latihan Teknik relaksasi	Sp: menerapkan Teknik mendengarkan aktif dan empati untuk menciptakan suasana aman, sehingga pasien merasa dihargai dan mengungkapkan perasaannya meliputi penyebab ansietas, perilaku ansietas dan menenal cara mengatasinya dengan Teknik relaksasi Sp 2: Mengetahui perkembangan klien setelah berbincang-bincang, Teknik relaksasi, dan hipnotis 5 jari

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Strategi pelaksanaan	Rasional
			ada kontak mata 5. pasien bersedia duduk berdampingan dengan perawat 6. pasien bersedia mengutarakan masalah yang dihadapinya	Sp 2: evaluasi assessment ansietas, manfaat Teknik relaksasi, dan Latihan hipnotis diri sendiri (Latihan 5 jari) dan kegiatan spiritual	
2	Risiko perilaku kekerasan (D.0146)	Klien mampu mengatasi atau mengendalikan Risiko perilaku kekerasan	Klien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat melalui: 1. ekspresi wajah cerah, tersenyum 2.	Sp 1: bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsip komunikasi terapeutik 1. identifikasi penyebab-penyebab perilaku kekerasan 2.	Sp I: kepercayaan dari klien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya terhadap klien Sp II: evaluasi terhadap efektifitas aktifitas fisik bertujuan untuk memastikan bahwa aktivitas tersebut membantu pasien

No	Diagnosa perawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Strategi pelaksanaan	Rasional
			mau berkenalan 3. ada kontak mata 4. Bersedia menceritakan perasaannya 5. Bersedia mengungkapkan masalah	Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Identifikasi akibat dari perilaku kekerasan 5. Bantu klien mempraktikkan Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik (Latihan nafas dalam) 6. Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian klien Sp II: 1.	menyalurkan energi berlebih secara positif Sp III: Latihan Teknik komunikasi verbal dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam menyampaikan perasaan tanpa kekerasan Sp IV: aktivitas spiritual dapat menurunkan ketegangan dan meningkatkan regulasi emosi melalui pendekatan religious yang menenangkan Sp V: kepatuhan terhadap obat psikiatri penting dalam pengendalian impuls dan emosi

No	Diagnosa perawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Strategi pelaksanaan	Rasional
				Evaluasi jadwal kegiatan klien 2. Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik: pukul kasur dan bantal 3. Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian klien Sp III: 1. Evaluasi jadwal kegiatan klien 2. Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 3.	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Strategi pelaksanaan	Rasional
				Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian klien Sp IV: 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian 2. Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian Sp V: 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat secara teratur	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Strategi pelaksanaan	Rasional
				3. Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian klien	

(sutejo, 2019)

5. Implementasi keperawatan

Menurut (Heri Ridwan & Kep, 2024) dikutip dari buku *Proses Keperawatan* implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan yang berupa pelaksanaan nyata dari rencana tindakan (intervensi) yang telah disusun untuk membantu pasien mencapai kriteria hasil yang diharapkan.

6. Evaluasi Keperawatan

Dalam buku *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan* (Hutahaean Serri, 2021) evaluasi keperawatan merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawatan dan mengomunikasikan status Kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi.

Tipe dokumentasi evaluasi keperawatan ada 2 yaitu:

- a. Evaluasi formatif: evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi dilakukan.
- b. Evaluasi sumatif: respon jangka panjang terhadap tujuan atau hasil akhir yang diharapkan setelah pemberian asuhan keperawatan dengan pendekatan pada SOAP, yaitu:
 - 1) S: data subjektif, yaitu data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut
 - 2) O: data objektif, yaitu data yang didapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit klien
 - 3) A: analisis, yaitu Analisa ataupun Kesimpulan dari data subjektif dan data objektif

- 4) P: perencanaan, yaitu pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status Kesehatan klien yang optimal.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama : Tn. A
Tempat tanggal lahir : Tangerang, 18 April 1996
Jenis kelamin : Laki-Laki
Pendidikan : SLTA
Agama : Islam
Status pernikahan : Belum menikah
Alamat : Pamulang permai, Kota Tangerang
Selatan, Provinsi Banten
Tanggal Masuk : 4 Mei 2026
Tanggal Pengkajian : 9 Mei 2026

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. T
Umur : 77 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Hubungan dg Klien : ayah kandung Klien

b. Alasan Masuk

Pada tanggal 4 Mei 2026 klien datang diantar oleh keluarganya karena di tempat kerjanya kurang semangat, sering melamun, muram, dan mudah mengantuk saat bekerja.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji tanggal 9 Mei 2026 di Klinik Nur Ilahi Assanie Samarang Garut. Klien mengatakan dirinya merasa cemas, klien mengatakan cemas akan masa depannya, “bisakah dia sukses, bisakah dia membanggakan orangtuanya”, kecemasannya itu terkadang membuatnya terbangun saat tidur

Klien juga mengatakan merasa kesal/ jengkel saat mengingat ayahnya.

d. Faktor Predisposisi

1) Riwayat Gangguan Jiwa Dahulu

Klien mengatakan pernah masuk UGD pada bulan oktober tahun 2024 karena marah-marah, sampai memukul-mukul benda dan warga sekitar.

2) Riwayat Pengobatan Sebelumnya

Pengobatan klien sebelumnya kurang berhasil pada tahun 2024, klien mengatakan sempat salah obat sampai klien harus Ganti psikiater, klien juga mengatakan sempat menjadi MC di sebuah acara pensi pada bulan Desember 2025 namun pada saat bekerja di 2026 klien kurang semangat, sering melamun, muram, dan mudah mengantuk saat bekerja. Sehingga keluarganya membawanya ke Klinik Rehabilitasi Mental Nurillahi Assanie Samarang Garut.

3) Riwayat Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami klien saat ini.

4) Pengalaman Masa Lalu Yang Tidak Menyenangkan

Pada saat dikaji klien mengatakan di masa SMA klien pernah putus dengan pacarnya karena berbeda agama, klien sempat sedih lalu mengalihkan kesedihannya itu dengan bermain game online.

5) Riwayat Aniaya Fisik, Seksual, dalam Keluarga dan Tindakan Kriminal.

Pada saat dikaji klien mengatakan di masa lalunya klien pernah dirantai dan dikurung di kamarnya karena keseringan bermain game oleh ayahnya.

e. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum : Baik

2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah : 120/90 mmHg

Nadi : 110 x/menit,

Suhu : 36,5 °C

Frekuensi Pernafasan : 23 x/menit

3) Antropometri

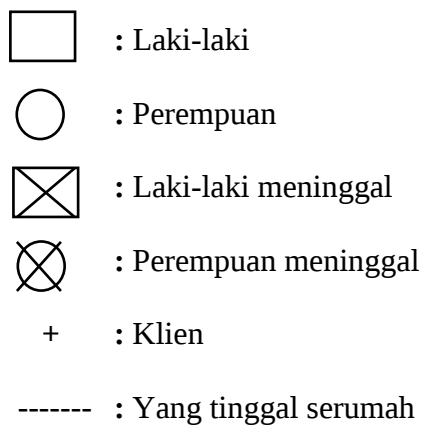
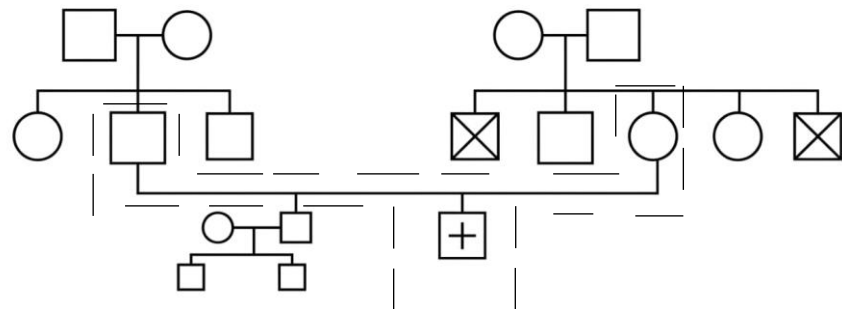
Tinggi Badan : 160 cm Berat Badan : 68 kg

4) Keluhan Fisik pada system musculoskeletal

Tampak tegang, cemas, gelisah, sesekali memainkan tangannya. Dan menggoyang-goyangkan kakinya

f. Psikososial

1) Genogram

Bagan 3. 1 Genogram

Klien sudah 5 hari berada di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut. Klien merupakan anak ke 2 dari 2 bersaudara, klien berstatus belum menikah. Klien tinggal Bersama ibu dan ayahnya, dengan ayahnya sebagai pengambil Keputusan

2) Konsep diri

a) Gambaran diri

Klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya dan bersyukur memiliki anggota tubuh yang lengkap, namun klien paling suka wajahnya karena enak dilihat.

b) Identitas diri

Klien mengatakan status dan posisinya sebelum dirawat di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahi Assanie adalah sebagai anak dari kedua orang tuanya dan belum menikah. Klien mengatakan dirinya adalah seorang laki-laki berusia 30 tahun dan merupakan anak terakhir dari kedua orang tuanya. Klien sering merasa cemas akan masa depannya.

Masalah keperawatan: ansietas

c) Peran diri

Klien mengatakan bahwa tugasnya dikeluarga adalah untuk menjalani kehidupannya secara mandiri dengan bekerja dan menabung untuk kehidupan masa depannya, klien juga mengatakan bekerja di sebuah tempat konveksi.

d) Ideal diri

Klien mengatakan harapannya ingin cepat sembuh dan pulang ke rumahnya, klien mengatakan mencemaskan masa depannya, klien mengatakan saat sudah pulang akan belajar untuk kerja ke Australia akan tetapi klien mengatakan cemas apakah bisa atau tidak.

Masalah keperawatan: ansietas

e) Harga diri

Klien mengatakan tidak malu dengan keadaan sekarang yang dialaminya.

3) Hubungan sosial

a) Orang terdekat

Klien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah teman dekatnya yang bernama faiz, pada saat di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahi Assanie Semarang Garut klien mengatakan sering mengobrol dengan bimo.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok

Klien selalu ikut serta dalam kegiatan kelompok seperti senam, pengajian, dan bermain game, namun terkadang dengan tatapan tajam dan menyendiri.

Masalah keperawatan: Risiko perilaku kekerasan

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan bahwa klien beragama islam dan meyakini bahwa semuanya yang terjadi adalah kehendak allah SWT.

b) Kegiatan ibadah

Klien mengatakan jika klien melakukan ibadah solat 5 waktu namun terkadang lupa melaksanakan solat subuh.

g. Status mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan rapih, penggunaan baju sesuai dengan aturan di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut, klien mandi 1 kali sehari dan rajin menggosok gigi, kebersihan mulut baik, serta kuku tampak bersih.

2) Pembicaraan

Klien berbicara dengan normal tidak berbelit-belit, namun ketika memulai komunikasi harus dimulai dari orang lain. Nada pembicaraan tenang, namun terkadang suaranya tidak stabil.

Masalah Keperawatan: ansietas

3) Aktivitas motorik

Klien tampak tegang, cemas, gelisah, sesekali memainkan tangannya dan menggoyang-goyangkan kakinya.

Masalah keperawatan: ansietas

4) Alam perasaan

Klien mengatakan merasa kesal/jengkel saat mengingat ayahnya dan gelisah.

Masalah keperawatan: Risiko perilaku kekerasan dan ansietas

5) Afek

Pada saat dikaji tampak ekspresi labil, kontak mata klien ada, saat dilakukan wawancara klien tampak kooperatif menjawab pertanyaan saat diberi pertanyaan.

Masalah keperawatan: Risiko perilaku kekerasan

6) Interaksi wawancara

Klien sangat kooperatif setiap ditanya selalu menjawab, kontak mata klien ada, sorot mata tajam.

Masalah keperawatan: Risiko perilaku kekerasan

7) Persepsi halusinasi

Klien mengatakan tidak mengalami halusinasi

8) Proses pikir

Klien pada saat pengkajian mengungkapkan isi hatinya, terbuka atas masalah hidupnya, pembicaraan klien tidak berbelit-belit ketika diberi pertanyaan klien langsung menjawab dengan baik dan langsung ke intinya.

9) Isi pikir

Tidak ada gangguan isi pikir

10) Tingkat kesadaran

Tingkat Kesadaran klien Baik, klien mengetahui saat ini klien berada di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Garut, klien mengenal teman-teman kamarnya dan orang-orang di sekitarnya.

11) Memori

Klien lupa beberapa kejadian di masa sekolahnya baik di masa SMP maupun SMA, klien juga lupa matakuliah apa saja yang sedang dia pelajari.

Masalah keperawatan: ansietas

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien bisa berhitung 1-10 dan bisa berhitung saat membeli jajanan dibuktikan dengan klien berkata “aku beli jajanan 5.000 2 biji kalau mau tambah satu yang 5.000 jadi lima belas ribu”, namun kadang tidak berkonsentrasi saat diajak bicara mengingat masa lalu misalnya pejalaran yang sedang dipelajarinya.

Masalah keperawatan: ansietas

13) Kemampuan penilaian

Klien dapat memberikan keputusan saat diberi pertanyaan, “Bapak kalau disuruh milih, bapa mau milih makan dulu atau minum dulu?”. Kemudian klien dapat memutuskan sendiri, “makan dulu baru minum”

14) Daya tilik diri

Klien mampu menyadari bahwa saat ini klien sedang dalam keadaan sakit dan harus menjalani pengobatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

h. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Klien makan 1 porsi 3x/hari, makan sendiri dengan menu yang tersedia. Klien makan dengan tenang dan tertib. Klien mampu mengambil dan merapihkan kembali bekas makanannya.

2) BAB/BAK

Bila ada keinginan BAB/BAK, klien selalu ke WC atau kamar mandi tanpa bantuan. Klien mampu membersihkan kembali bekas BAK/BAB nya.

3) Mandi

Klien melakukan aktivitas mandi 1-2 kali dalam sehari

4) Berpakaian /berhias

Klien berpakaian sesuai.

i. Mekanisme Koping

Adaptif: klien bisa bicara dengan orang di sekitar, klien juga selalu mengikuti kegiatan olahraga

Maladaptif: klien kadang berdiam diri dengan tatapan tajam

Masalah keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan

j. Masalah psikososial dan lingkungan

1) Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mampu berbaur atau bergabung dengan yang lain, namun terkadang berdiam diri dengan tatapan tajam

Masalah keperawatan: Risiko perilaku kekerasan

2) Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien sering berinteraksi dengan orang di sekitarnya tetapi klien tidak bisa memulai pembicaraan atau obrolan duluan

Klien mengatakan merasa kesal setiap kali melihat ayahnya

Masalah keperawatan: Risiko perilaku kekerasan

3) Masalah dengan Pendidikan

Klien mengatakan pernah kuliah di universitas Pembangunan nasional veteran negri (UPN) di Jakarta, fakultas ekonomi fakultas administrasi keuangan, hanya menempuh satu semester tidak dilanjutkan karena tidak sesuai dengan bidangnya, kemudian pindah ke universitas Pancasila Jakarta, fakultas fisip-komunikasi sampai dengan semester terakhir, tidak selesai, skripsi tidak bisa dilanjutkan karena narasumber sulit ditemui, dan saat ini melanjutkan kuliah di universitas terbuka (UT) Jakarta, di fakultas fisip-komunikasi

4) Masalah pekerjaan

Klien mengatakan di tempat kerjanya kurang semangat, sering melamun, muram dan mudah mengantuk

5) Masalah perumahan

Klien mengatakan tinggal Bersama kedua orangtuanya dan selalu didukung oleh keluarganya

6) Masalah dengan ekonomi

Klien mengatakan mendapatkan nasihat dari ayahnya bahwa seharusnya di usianya sudah bisa mengurus ayahnya, tetapi dengan kondisinya saat ini klien disuruh untuk fokus kuliah terlebih dahulu

7) Masalah dengan pelayanan Kesehatan

Klien mengatakan pernah salah obat sampai harus Ganti psikiater

8) Pengetahuan kurang tentang

Pada saat pengkajian klien mengatakan sedikit tahu dengan penyakit yang dideritanya

k. Aspek penunjang

Diagnose medis: skizofrenia

Terapi medis

Tabel 3. 1 Terapi Medis

No	Nama obat	Dosis	Waktu	Cara pemberian	Manfaat	Golongan
1	Sertraline	50 mg	1-0-1	Oral	Untuk mengatasi kecemasan, gangguan obsesi kompulsif, gangguan stress pascatrauma,	Antidepresan
2	Aripripazole	5 mg	½-0-½	Oral	Untuk menyeibangkan kadardopamin dan serotonin di dalam otak, yang berfungsi untuk menstabilkan suasana hati, pikiran dan perilaku	Antipsikotik
3	Clobazam	5 mg	½-bilaperlu	Oral	Untuk mengatasi gangguan kecemasan,	Benzodiapine

HAMILTON RATING SCALE FOR ANXIETY (HARS)

Nama responden : Tn. A

Tanggal pemeriksaan : 11 Mei 2026

Skor: 0: tidak ada ditemukan gejala atau keluhan

1: ringan (jika ditemukan minimal 1 dari gejala/keluhan yang ada)

2: sedang (jika ditemukan 50% dari gejala/keluhan yang ada sesuai dengan indikator)

3: berat (jika ditemukan lebih dari 50% dari keseluruhan gejala/keluhan yang ada)

4: berat sekali (jika ditemukan seluruh/semua gejala yang ada)

Total skor:

< 14: tidak ada kecemasan

14-20: kecemasan ringan

21-27: kecemasan sedang

28-41: kecemasan berat

42-56: kecemasan berat sekali

Tabel 3. 2 HAMILTON RATING SCALE FOR ANXIETY (HARS)

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan ansietas - Cemas ✓ - Firasat buruk ✓ - Takut akan pikiran sendiri ✓ - Mudah				✓	

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
2	Ketegangan - Merasa tegang ✓ - Lesu - Tak bisa istirahat tenang ✓ - Mudah terkejut - Mudah menangis - Gemetar ✓ - Gelisah ✓				✓	
3	Ketakutan - Pada gelap - Pada orang asing - Ditinggal sendiri - Pada Binatang besar - Pada keramaian lalu lintas - Pada kerumunan orang banyak	✓				
4	Gangguan tidur				✓	

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
	- Sukar masuk tidur ✓ - Terbangun malam hari ✓ - Tidak nyenyak ✓ - Bangun dengan lesu ✓ - Banyak mimpi-mimpi - Mimpi buruk - Mimpi menakutkan					
5	Gangguan kecerdasan - Sukar konsentrasi ✓ - Daya ingat buruk ✓					✓
6	Perasaan depresi - Hilangnya minat ✓ - Berkurangnya kesenangan pada hobi - Sedih - Bangun dini hari - Perasaan berubah-ubah sepanjang hari		✓			
7	Gejala somatik (otot) - Sakit dan nyeri di otot-otot - Kaku - Kedutan otot - Gigi gemerutuk		✓			

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
	- suara tidak stabil ✓					
8	Gejala somatic (sensorik) - tinitus - penglihatan kabur ✓ - muka merah atau pucat - merasa lemah - perasaan ditusuk-tusuk		✓			
9	Gejala kardiovaskuler - takhikardia ✓ - berdebar - nyeri di dada - denyut nadi mengeras - perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan - detak jantung menghilang (berhenti sekejap)		✓			
10	Gejala respiratori - rasa tertekan atau sempit di dada - perasaan tercekik - sering menarik napas ✓ - napas pendek/sesak		✓			
11	Gejala gastrointestinal - Sulit menelan - Perut melilit		✓			

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
	- Gangguan pencernaan - Nyeri sebelum dan sesudah makan - Perasaan terbakar di perut - Rasa penuh atau kembung ✓ - Mual - Muntah - Buang air lembek - Kehilangan berat badan - Sukar buang air besar (konstipasi)					
12	Gejala urogenital - Sering buang air kecil ✓ - Tidak dapat menahan air seni - Amenorrhoe - Menorrhagia - Menjadi dingin (frigid) - Ejakulasi praecoeks - Ereksi hilang - Bulu-bulu berdiri		✓			
14	Tingkah laku pada wawancara - Gelisah ✓ - Tidak tenang ✓ - Jari gemetar - Kerut kening		✓			

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
	- Muka tegang - Tonus otot meningkat - Napas pendek dan cepat - Muka merah					
Skor total= 22 (kecemasan sedang)						

2. Analisa data

Tabel 3. 3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds: klien mengatakan cemas akan masa depannya “bisakah sukses dan membanggakan orang tuanya” Klien juga mengatakan sering terbangun di malam hari Do:tampak gelisah, tampak tegang, tampak sesekali memainkan tangannya, dan tampak menggoyang-goyangkan kakinya , jarang memulai obrolan, Saat wawancara pembicaraannya terkadang suaranya tidak stabil, kadang tidak konsentrasi saat proses wawancara, terkadang tidak berkonsentrasi saat diajak bicara mengingat masa lalu misalnya pelajaran yang sedang dipelajarinya, nadi 110x/menit, hasil dari Hamilton Rating Scale	Ancaman terhadap konsep diri	Ansietas (D.0080)

No	Data	Etiologi	Masalah
	for anxiety (HARS) dengan total nilai 22 atau kecemasan sedang		
2	Ds: klien mengatakan sebelumnya pernah masuk UGD karena marah-marah sampai memukul-mukul benda, klien juga mengatakan merasa kesal setiap kali mengingat ayahnya Do: klien tampak gelisah, kadang diam, sorot mata tampak tajam, afek labil, jarang memulai obrolan	Riwayat perilaku kekerasan	Risiko perilaku kekerasan (D.0146)

Pohon masalah

Bagan 3. 2 Pohon Masalah

Risiko perilaku kekerasan

(effect)



Ansietas

(core problem)



Mekanisme koping tidak efektif

(causa)

3. Diagnosa keperawatan

1. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri ditandai klien mengatakan cemas akan masa depannya, klien sering memikirkan apakah dirinya bisa sukses, apakah dirinya bisa membanggakan orangtuanya atau tidak, tampak gelisah, tampak tegang, tampak sesekali memainkan tangannya, tampak menggoyang-goyangkan kakinya. Saat wawancara pembicaraannya terkadang suaranya tidak stabil, kadang tidak konsentrasi saat proses wawancara, terkadang tidak berkonsentrasi saat diajak bicara mengingat masa lalu misalnya pelajaran yang sedang dipelajarinya, nadi 110x/menit.
2. Risiko perilaku kekerasan ditandai dengan klien mengatakan sebelumnya pernah masuk UGD karena marah-marah sampai sampai memukul-mukul benda, klien juga mengatakan merasa kesal setiap kali melihat ayahnya. Klien tampak gelisah, kadang diam, sorot mata tampak tajam, afek labil, jarang memulai obrolan.

4. Intervensi

Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Strategi pelaksanaan	Rasional
1	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri ditandai klien mengatakan cemas akan masa depannya, klien sering memikirkan apakah dirinya bisa sukses, apakah dirinya bisa membanggakan orangtuanya atau tidak, tampak gelisah, tampak tegang,	Pasien mampu: 1. Mengenal ansietas 2. mengatasi ansietas 3. memperagakan dan menggunakan Teknik relaksasi	Pasien menunjukkan tanda-tanda dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat yaitu dengan 1. wajah bersahabat 2. menunjukkan rasa senang 3. pasien bersedia menjabat tangan 4. ada kontak mata	Sp 1: assessment ansietas dan Latihan relaksasi 1. bina hubungan saling percaya 2. buat kontrak waktu (inform consent) Latihan pengendalian ansietas 3. bantu pasien mengenal ansietas (penyebab, perilaku) 4. Latihan Teknik relaksasi Sp 2: evaluasi ansietas,	Sp: menerapkan Teknik mendengarkan aktif dan empati untuk menciptakan suasana aman, sehingga pasien merasa dihargai dan mengungkapkan perasaannya meliputi penyebab ansietas, perilaku ansietas dan mengenal cara mengatasinya dengan Teknik relaksasi Sp 2: Mengetahui perkembangan klien setelah berbincang-bincang, Teknik relaksasi, dan hipnotis 5 jari

No	Diagnosa perawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Strategi pelaksanaan	Rasional
	tampak sesekali memainkan tangannya, tampak menggoyang-goyangkan kakinya. Saat wawancara pembicaraannya terkadang suaranya tidak stabil, kadang tidak konsentrasi saat proses wawancara, terkadang tidak berkonsentrasi saat diajak bicara mengingat masa lalu misalnya pelajaran yang sedang		5. pasien bersedia duduk berdampingan dengan perawat 6. pasien bersedia mengutarakan masalah yang dihadapinya	manfaat Teknik relaksasi, dan Latihan hipnotis diri sendiri (Latihan 5 jari) dan kegiatan spiritual	

No	Diagnosa perawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Strategi pelaksanaan	Rasional
	dipelajarinya, nadi 110x/menit .(D.0080)				
2	Risiko perilaku kekerasan ditandai dengan klien mengatakan sebelumnya pernah masuk UGD karena marah-marah sampai sampai memukul-mukul benda, klien juga mengatakan merasa kesal setiap kali melihat ayahnya. Klien tampak	Klien mampu mengatasi atau mengendalikan Risiko perilaku kekerasan	Klien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat melalui: 1. ekspresi wajah cerah, tersenyum 2. mau berkenalan 3. ada kontak mata 4.	Sp 1: bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsip komunikasi terapeutik 1. identifikasi penyebab-penyebab perilaku kekerasan 2. Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Identifikasi perilaku kekerasan yang 4.	Sp I: kepercayaan dari klien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya terhadap klien Sp II: evaluasi terhadap efektifitas aktifitas fisik bertujuan untuk memastikan bahwa aktivitas tersebut membantu pasien menyalurkan energi berlebih secara positif Sp III: Latihan Teknik komunikasi verbal dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam menyampaikan perasaan tanpa kekerasan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Strategi pelaksanaan	Rasional
	gelisah, kadang diam, sorot mata tampak tajam, afek labil, jarang memulai obrolan (D.0146)		Bersedia menceritakan perasaannya 5. Bersedia mengungkapkan masalah	Identifikasi akibat dari perilaku kekerasan 5. Bantu klien mempraktikkan Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik (Latihan nafas dalam) 6. Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian klien Sp II: 1. Evaluasi jadwal kegiatan klien 2. Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik: pukul kasur dan bantal 3.	Sp IV:aktivitas spiritual dapat menurunkan ketegangan dan meningkatkan regulasi emosi melalui pendekatan religious yang menenangkan Sp V:kepatuhan terhadap obat psikiatri penting dalam pengendalian impuls dan emosi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Strategi pelaksanaan	Rasional
				Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian klien Sp III: 1. Evaluasi jadwal kegiatan klien 2. Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial 3. Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian klien Sp IV: 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian 2. Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria hasil	Strategi pelaksanaan	Rasional
				3. Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian Sp V: 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat secara teratur 3. Anjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian klien	

5. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 5 Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnosa keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
	Ansietas (D.0080)	11 Mei 2026 jam 9.00 WIB	1. membina hubungan saling percaya Respon: wajah klien tersenyum mau berkenalan ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau duduk berdampingan, dan bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapinya 2. mencari tau tingkat ansietas menggunakan HRS Respon: klien mengalami ansietas ringan dengan skor 22 3. membuat kontrak (infirm consent) pengendalian ansietas Respon: klien bersedia	11 mei 2026 jam 10.00 WIB S: klien mengatakan cemas akan masa depannya sehingga tidurnya sering terbangun O:klien tampak cemas, tegang, tidak bersemangat A: ansietas P: lanjutkan intervensi 1. bantu pasien mengenali ansietas 2. latih Teknik relaksasi 3. kolaborasi pemberian obat sesuai jadwal	 Dheira

No	Diagnosa keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2	Risiko perilaku kekerasan	11 Mei 2026 jam 10.00 WIB	1. mengidentifikasi perilaku kekerasan Respon: karena kesal terhadap ayahnya 2. mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan Respon: tatapan tajam 3. mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan Respon: klien tidak melakukan perilaku kekerasan 4. membantu klien mempraktikkan Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik (Latihan nafas dalam) Respon: klien mampu melakukan Tarik nafas dalam 5. menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian klien	11 Mei 2026 jam 11.30 S: klien mengatakan kesal terhadap ayahnya O: klien tampak tegang, tatapan tajam, napas cepat, afek labil A: Risiko perilaku kekerasan P: 1. evaluasi tindakan sebelumnya 2. latih klien cara mengatasi perilaku kekerasan dengan cara fisik : pukul Kasur dan bantal 3. latih klien cara mengatasi perilaku marah dengan cara verbal spiritual	 Dheira

No	Diagnosa keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			Respon: klien setuju untuk memasukkan ke jadwal harian	4. kolaborasi pemberian obat sesuai jadwal	

6. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 6 Catatan Perkembangan

No	Diagnosa	Waktu	Catatan perkembangan	paraf
1	Ansietas (D.0080)	Selasa, 12 Mei 2026	S: klien mengatakan tahu tentang kecemasannya, yaitu karena tuntutan dari ayahnya O:klien tampak tegang, sorot mata tampak bersahabat, klien tampak berbincng-bincang dengan temannya yang lain A:ansietas P: 1. Evaluasi Tindakan sebelumnya 2. Latih melakukan Teknik relaksasi 3. Kolaborasi pemberian obat sesuai jadwal I: 1. Mengevaluasi Tindakan sebelumnya Respon: klien merasakan tenang setelah melakukan terapi , klien mengetahui penyebab kecemasan 2. Melatih melakukan Teknik relaksasi Respon: klien melakukan Teknik relaksasi dengan baik, klien mengatakan lebih tenang dan tampak tidak tegang 1. Berkolaborasi pemberian obat sesuai jadwal Respon: memberikan obat sertraline 50 mg, 1-0-1 via oral, aripripazole 5mg ½-0-½ E: masalah belum teratasi, klien mampu mengetahui penyebab cemas, dan mampu melakukan Teknik relaksasi	 Dheira

No	Diagnosa	Waktu	Catatan perkembangan	paraf
			R: intervensi 1. Evaluasi Tindakan sebelumnya 2. Ajarkan teknik hipnotis diri sendiri Latihan 5 jari 3. Masukkan ke dalam jadwal harian 4. Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai jadwal	
2	Risiko perilaku kekerasan (D.0146)	Selasa, 12 Mei 2026	S: klien mengatakan merasa lega setelah melakukan terapi O: klien tampak tenang, sorot mata tampak bersahabat, klien tampak berbincang-bincang dengan temannya yang lain. A: Risiko perilaku kekerasan P: 1. Evaluasi Tindakan sebelumnya 2. latih klien cara mengatasi perilaku kekerasan dengan cara fisik : pukul Kasur dan bantal 3. latih klien cara mengatasi perilaku marah dengan cara verbal dan spiritual 4. kolaborasi pemberian obat sesuai jadwal I: 1. mengevaluasi Tindakan sebelumnya respon: klien mengatakan merasa lega setelah melakukan terapi 2. melatih klien cara mengatasi perilaku kekerasan dengan cara fisik: pukul Kasur dan bantal respon: klien faham dan bersedia melakukan terapi tersebut	 Dheira

No	Diagnosa	Waktu	Catatan perkembangan	paraf
			3. melatih klien cara mengatasi perilaku marah dengan cara verbal dan spiritual respon: klien bersedia mengucapkan istigfar atau mengambil wudhu saat merasa kesal 2. berkolaborasi dalam pemberian obat sesuai jadwal respon: memberikan obat sertraline 50 mg, 1-0-1 via oral, aripripazole 5mg ½-0-½ R: Intervensi 1. evaluasi tindakan sebelumnya 2. jelaskan obat yang dikonsumsi 3. masukkan ke dalam jadwal harian 4. kolaborasi pemberian obat sesuai jadwal	
1	Ansietas (D.0080)	Rabu, 13 Mei 2026	S: klien mengatakan lumayan merasa tenang dan agak lega, mencoba memaafkan ayahnya O: klien tampak tenang, sorot mata tampak bersahabat, klien tampak berbincang-bincang dengan teman yang lainnya, tampak tersenyum A: ansietas P: 1. evaluasi Tindakan sebelumnya 2. ajarkan Teknik hipnotis diri sendiri Latihan 5 jari 3. masukkan ke dalam jadwal harian 4. kolaborasi dalam pemberian obat sesuai jadwal I:	 Dheira

No	Diagnosa	Waktu	Catatan perkembangan	paraf
			- mengevaluasi Tindakan sebelumnya respon: klien mengatakan merasa tenang setelah melakukan terapi, klien tampak tenang - mengajarkan Teknik hipnotis diri sendiri Latihan 5 jari respon: klien mampu melakukan terapi dengan baik, klien mengatakan merasa lebih tenang - memasukkan ke dalam jadwal harian respon: klien bersedia melakukan terapi tersebut setiap mau tidur - berkolaborasi dalam pemberian obat sesuai jadwal respon: memberikan obat sertraline 50 mg, 1-0-1 via oral, aripripazole 5mg ½-0-½ E: masalah belum teratasi, klien mampu melakukan terapi R: - latih cara mengontrol kecemasan - kolaborasi dalam pemberian obat sesuai jadwal	
2	Risiko perilaku kekerasan (D.0146)	Rabu, 13Mei 2026	S: klien mengatakan rasa kesal mulai berkurang, merasa senang karena berbincang-bincang dengan orang lain O: tampak tersenyum Bahagia/ramah saat mengobrol, tampak bercakap-cakap dengan orang lain A: Risiko perilaku kekerasan P: - evaluasi Tindakan sebelumnya - ajarkan konsumsi obat sesuai jadwal	 Dheira

No	Diagnosa	Waktu	Catatan perkembangan	paraf
			3. jelaskan obat yang dikonsumsi 4. masukkan ke jadwal harian I: a. mengevaluasi tindakan sebelumnya respon: klien mengatakan dengan terapi sebelumnya klien merasa lega b. mengajarkan mengkonsumsi obat sesuai jadwal respon: klien mengatakan selalu mengkonsumsi obat sesuai jadwal karena dibantu perawat c. menjelaskan obat yang dikonsumsi klien respon: klien mendengarkan dan mengerti d. memasukkan ke dalam jadwal harian respon: klien bersedia mengkonsumsi obat sesuai jadwal memberikan obat sertraline 50 mg, 1-0-1 via oral, aripipazole 5mg ½-0-½ E: masalah belum teratasi, klien mengetahui obat yang dikonsumsi R: Intervensi A. latih cara control Risiko perilaku kekerasan B. kenal yang membuat kesal	

No	Diagnosa	Waktu	Catatan perkembangan	paraf
1	Ansietas (D.0080)	Kamis, 14 Mei 2026	S: klien mengatakan bisa mengontrol kecemasan O: klien tampak ramah, klien tampak berbincang-bincang, klien tampak aktif berkegiatan A; ansietas P: latih cara mengontrol kecemasan I: mengenal ansietas, mengontrol kecemasan dengan Teknik relaksasi, mengontrol kecemasan dengan teknik hipnotis diri sendiri latihan 5 jari E: klien mampu melakukan control kecemasan dengan sp 1: mengenal ansietas, sp 2: mengontrol kecemasan, masalah teratasi intervensi dihentikan	 Dheira
2	Risiko perilaku kekerasan (D.0146)	Kamis, 14 Mei 2026	S: klien mengatakan sudah bisa menerima dan memaafkan ayahnya sehingga perasaannya cukup lega dan tidak kesal lagi O: klien tampak tersenyum ramah, klien tampak berbincang-bincang, klien tampak aktif berkegiatan, tatapan tidak mengintimidasi lagi A: Risiko perilaku kekerasan P: melatih cara mengontrol Risiko perilaku kekerasan I: sp 1:menegal yang membuat kesal, sp 2:memukul bantal, sp 3: melatih kekerasan verbal, sp 4: kontrol dengan ibadah, sp 5: mengonsumsi obat	 Dheira

B. Pembahasan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. A (60 tahun) yang mengalami Ansietas Akibat Gangguan Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut pada tanggal 9-14 Mei 2026, pada BAB ini akan mengkaji kesenjangan antara landasan teoritis dengan fakta di lapangan.

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengkajian tanggal 4 Mei 2026 penulis melakukan komunikasi terapeutik yang meliputi pendekatan kepada klien (bina hubungan saling percaya). Pendekatan ini mencakup wawancara dan observasi. Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa klien mencemaskan masa depannya hingga terkadang dia terbangun dari tidurnya. Hal ini selaras dengan yang tercantum dalam *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (Hidaayah Nur et al., 2024)* bahwa perubahan status Kesehatan dan ekspektasi terhadap diri sendiri dapat menimbulkan kecemasan.

Dari hasil pengkajian ditemukan data bahwa klien datang ke klinik rehabilitasi mental diantar oleh keluarganya Pada tanggal 4 Mei 2026 karena di tempat kerjanya kurang semangat, sering melamun, muram, dan mudah mengantuk saat bekerja. Klien juga mengatakan pernah masuk UGD pada bulan oktober tahun 2024 karena marah-marah, sampai memukul-mukul benda dan warga sekitar.

Menurut data hasil pengkajian yang dialami klien mengatakan cemas akan masa depannya “bisakah sukses dan membanggakan orang tuanya”, klien juga mengatakan sering terbangun di malam hari, klien tampak gelisah, tampak tegang, tampak memainkan tangannya, dan tampak menggoyang-goyangkan kakinya Saat wawancara pembicaraannya terkadang suaranya tidak stabil, kadang tidak konsentrasi saat proses wawancara, terkadang tidak berkonsentrasi saat diajak bicara mengingat masa lalu misalnya pelajaran yang sedang dipelajarinya nadi 110x/menit. Hal ini selaras dengan yang disampaikan oleh (Sulistiyani et al., 2024) bahwa beberapa gejala pada ansietas yaitu, sering memikirkan scenario terburuk secara berulang-ulang mengenai masa depan, merasa gelisah,

menghindar, meremas remas tangan atau mengetuk-ngetukkan kaki, sering terbangun di malam hari atau tidur yang tidak nyenyak dan sering mimpi buruk.

2. Tahap Diagnosa

Setelah dilakukan pengkajian, kemudian penulis merumuskan diagnose yang muncul pada Tn. A dengan gangguan ansietas. Adapun diagnose yang ditemukan pada Tn. A adalah:

a. Ansietas

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data klien mengatakan cemas akan masa depannya “bisakah sukses dan membanggakan orang tuanya”, klien juga mengatakan sering terbangun di malam hari, klien tampak gelisah, tampak tegang, tampak memainkan tangannya. Data ini sesuai dengan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) di mana pasien yang mengalami ansietas akan mengalami beberapa tanda dan gejala diantaranya, merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

Hal ini juga didukung oleh (Feola et al., 2025) bahwa gangguan yang mendominasi pada penderita skizofrenia adalah gangguan kecemasan,

b. Risiko perilaku kekerasan

Selain ansietas pada saat pengkajian klien juga memiliki Risiko perilaku kekerasan hal ini dibuktikan dengan adanya temuan data: klien mengatakan sebelumnya pernah masuk UGD karena marah-marah sampai memukul-mukul benda, klien juga mengatakan merasa kesal setiap kali melihat ayahnya, klien tampak gelisah, kadang diam, sorot mata tampak tajam, afek labil, jarang memulai obrolan.

Menurut (Ade Sucipto, 2025) tanda gejala Risiko perilaku kekerasan yaitu mengungkapkan kebencian atau kekesalan terhadap orang lain, selaras dengan Tn. A yang mengatakan kesal setiap kali melihat ayahnya, lalu pandangan tajam.

3. Tahap Intervensi

Pada tahap ini penulis Menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan dengan memperhatikan literatur yang ada. Seperti menurut (Ade Sucipto, 2025) perencanaan keperawatan yang dirumuskan oleh penulis sesuai dengan diagnosa yang telah ditetapkan adalah sebagai berikut:

a. Ansietas

- 1) Strategi Pelaksanaan (SP) I: assessment ansietas dan Latihan relaksasi meliputi: bina hubungan saling percaya, buat kontrak waktu (inform consent), Latihan pengendalian ansietas, bantu pasien mengenal ansietas (penyebab, perilaku), Latihan tekknik relaksasi
- 2) Strategi Pelaksanaan (SP) 2:evaluasi assessmeneansietas, manfaat Teknik relaksasi, dan Latihan hipnotis diri sendiri (Latihan 5 jari) dan kegiatan spiritual

b. Risiko perilaku kekerasan

- 1) Bina hubungan saling percaya meliputi: sapa klien dengan ramah, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap dan panggilan yang disukai klien sambil menjabat tangan, jelaskan tujuan pertemuan, berikan rasa aman dan sikap empati.
- 2) Strategi Pelaksanaan (SP) I meliputi:identifikasi penyebab, tanda gejala, akibat perilaku kekerasan,latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik Tarik napas dalam dan masukkan ke dalam jadwal harian klien
- 3) Strategi Pelaksanaan (SP) 2 meliputi: evaluasi kegiatan yang lalu (SP I), latih cara fisik pukul bantal, guling atau Kasur. Masukkan ke dalam jadwal harian klien.
- 4) Strategi Pelaksanaan (SP) 3 meliputi: evaluasi kegiatan yang lalu (SP I dan SP 2), latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal seperti mengungkapkan marah dengan verbal, menolak dengan baik, meminta dengan baik. Masukkan kek dalam jadwal kegiatan klien.

- 5) Strategi Pelaksanaan (SP) 4 meliputi: evaluasi kegiatan yang lalu (SP I, SP 2, SP3), latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual yaitu berisi mengucapkan istigfar atau mengambil wudhu saat merasa kesal.
- 6) Strategi Pelaksanaan (SP) 5 meliputi: evaluasi kegiatan yang lalu (SP I, SP 2, SP 3, dan SP 4), latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh obat yaitu dengan meminum obat secara teratur menggunakan prinsip 6 benar dan susun jadwal minum obat secara teratur, masukkan ke dalam jadwal harian klien.

4. Tahap Implementasi

Pada tahap ini, penulis menjalankan tindakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya.

Pada tanggal 11 Mei 2026 dilakukan tindakan untuk diagnosa ansietas dan Risiko perilaku kekerasan, untuk diagnose ansitas dilakukan tindakan membina hubungan saling percaya dan membuat kontrak (*inform consent*) Latihan pengendalian ansietas. Untuk diagnosa Risiko perilaku kekerasan dilakukan mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan, mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan, membantu klien mempraktikkan Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik (Latihan napas dalam), menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian.

Pada tanggal 12 Mei 2026 dilakukan tindakan untuk diagnosa ansietas dan risiko perilaku kekerasan. Untuk diagnosa ansietas dilakukan tindakan mengevaluasi tindakan sebelumnya, melatih melakukan Teknik relaksasi. Untuk diagnosa Risiko perilaku kekerasan dilakukan tindakan mengevaluasi tindakan sebelumnya, melatih klien cara mengatasi perilaku marah dengan cara verbal dan spiritual.

Pada tanggal 13 Mei 2026 dilakukan tindakan untuk diagnose ansietas dan Risiko perilaku kekerasan. Untuk diagnosa ansietas dilakukan tindakan mengevaluasi tindakan sebelumnya, mengajarkan Teknik hipnotis

diri sendiri Latihan 5 jari, memasukkan ke dalam jadwal harian. Untuk diagnosa Risiko perilaku kekerasan dilakukan tindakan mengevaluasi tindakan sebelumnya, mengajarkan mengkonsumsi obat sesuai jadwal, menjelaskan obat yang dikonsumsi klien, memasukkan ke dalam jadwal harian.

Pada tanggal 13 Mei 2026 dilakukan tindakan untuk diagnose ansietas dan Risiko perilaku kekerasan. Untuk diagnosa ansietas dilakukan tindakan mengenal ansietas, mengontrol kecemasan dengan Teknik relaksasi, mengontrol kecemasan dengan Teknik hipnotis diri sendiri Latihan 5 jari. Untuk diagnosa Risiko perilaku kekerasan dilakukan tindakan mengenal yang membuat kesal, SP 1, memukul bantal SP 2, melatih kekerasan verbal SP 3, bercakap-cakap SP 4, mengkonsumsi obat SP5.

5. Tahap Evaluasi

Pada tahap ini dilakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan. Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan, hasil evaluasi terkait diagnosis keperawatan ansietas setelah dilakukan 4 kali pertemuan klien dapat memenuhi tujuan dengan baik yaitu: mengenal ansietas, mengatasi ansietas melalui Teknik relaksasi, memperagakan dan menggunakan Teknik relaksasi untuk mengatasi ansietas dengan kriteria hasil tercapai: klien menunjukkan tanda-tanda dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat yaitu dengan wajah bersahabat, klien menunjukkan rasa senang, klien bersedia berjabat tangan, klien bersedia menyebutkan nama, ada kontak mata, pasien bersedia duduk berdampingan dengan perawat, klien bersedia mengutarakan masalah yang dihadapinya

Sementara itu, hasil evaluasi dari diagnosis keperawatan resiko perilaku kekerasan, setelah dilakukan 4 kali pertemuan, klien dapat memenuhi tujuan dengan baik yaitu: klien mampu mengatasi atau mengendalikan Risiko perilaku kekerasan dengan kriteria hasil: klien mampu menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat melalui ekspresi

wajah cerah, tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, bersedia menceritakan perasaannya, bersedia mengungkapkan masalah.

6. Tahap Dokumentasi

Pada tahap dokumentasi penulis melakukan proses pendokumentasian dengan cara tertulis dan secara elektronik. Dokumentasi ini mencatat detail tentang perawatan dan tindakan yang diberikan oleh penulis kepada klien mulai dari tahap pengkajian, Analisa data, penegakkan diagnose, intervensi, implementasi, hingga evaluasi,

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn. A yang mengalami gangguan ansietas di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut dari tanggal 9 Mei 2026 sampai dengan 14 Mei 2026 akhirnya penyusun dapat merumuskan beberapa Kesimpulan sebagai berikut:

1. Mampu melakukan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn. A dengan Gangguan Ansietas akibat Gangguan Skizofrenia di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan, merumuskan rencana keperawatan, melakukan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang timbul pada Tn. A dengan Gangguan Ansietas akibat Gangguan Skizofrenia di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut
3. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Ansietas akibat Gangguan Skizofrenia di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut
4. Mampu melaksanakan implementasi/tindakan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Ansietas akibat Gangguan Skizofrenia di Klinik Nur Illahi Samarang Assanie Samarang Garut
5. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. A dengan Gangguan Ansietas Akibat Gangguan Skizofrenia di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut
6. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Ansietas di Klinik Rehabilitas Nur Illahi Assanie Samarang Garut

B. Rekomendasi

Rekomendasi yang dapat dipertimbangkan untuk dilakukan studi kasus selanjutnya yaitu:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan sumber referensi terbaru terkait gangguan jiwa terkhusus dengan diagnosa ansietas.

2. Bagi Profesi Perawat

Diharapkan dalam merawat klien dengan diagnosis ansietas melakukan tindakan bina hubungan saling percaya guna meningkatkan kepercayaan klien.

3. Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan klien dan keluarga dapat kooperatif ikut serta dalam perawatan dan mendukung secara penuh Upaya pengobatan yang dilakukan untuk kesembuhan klien. Perawatan akan lebih mudah jika keluarga dan klien interaktif, menerima kondisi klien , dan memberi dukungan untuk klien.

4. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan dapat lebih meningkatkan kualitas kebersihan seperti durasi berganti pakaian guna mempertahankan kebersihan klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Ade Sucipto, N. (2025). *KEPERAWATAN JIWA DASAR PENERBIT CV. EUREKA MEDIA AKSARA*.
- Basrowi, R. W., Wiguna, T., Samah, K., Djuwita F Moeloek, N., Soetrisno, M., Purwanto, S. A., Ekowati, M., Elisabeth, A., Rahadian, A., Ruru, B., & Pelangi, B. (2024). Exploring Mental Health Issues and Priorities in Indonesia Through Qualitative Expert Consensus. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 20(1). <https://doi.org/10.2174/0117450179331951241022175443>
- Chan P. Suma, & Marwaha, R. (2023). *anxiety* . <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>
- Chandra kiran, & suprakash chaudhury. (2016). Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia. <https://Pmc.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Articles/PMC5248417/>.
- Chrisnawati, G., & Aldino, T. (2019). Aplikasi Pengukuran Tingkat Kecemasan Berdasarkan_. *Jurnal Teknik Komputer AMIK BSI*.
- Chung, J. E., Song, G., Kim, K., Yee, J., Kim, J. H., Lee, K. E., & Gwak, H. S. (2019). Association between anxiety and aggression in adolescents: A cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1479-6>
- Damaiyanti, M., Suparna, I., Studi, P. S., Ilmu Keperawatan, F., & Muhammadiyah Kalimantan Timur, U. (2024). *HUBUNGAN KEPATUHAN MINUM OBAT TERHADAP TINGKAT KEKAMBUHAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI WILAYAH KOTA SAMARINDA*. 5(3).
- Dinas Kesehatan Jawa Barat. (2026, June 10). *Jumlah Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Kabupaten/Kota di Jawa Barat*. <https://opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj-berat-yang-mendapat-pelayanan-kesehatan-berdasarkan-kabupatenkota-di-jawa-barat>
- Feola, B., Jenkins, M., Sheffield, J. M., & Blackford, J. U. (2025). Fear and Anxiety in Schizophrenia: A Focus on Development, Assessment, and Mechanisms. In *Current topics in behavioral neurosciences* (Vol. 73, pp. 581–607). https://doi.org/10.1007/7854_2024_558
- Fika Trisyani, Madepan Mulia, & Deni Metri. (2024). Penerapan Terapi Autogenik Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Ansietas Di Puskesmas Kotabumi ILampung Utara. *Jurnal Dunia Ilmu*

- Kesehatan (JURDIKES)*, 2(2), 64–68.
<https://doi.org/10.59435/jurdikes.v2i2.432>
- Hany, M., & Rizvi, A. (2024). *Skizofrenia* . https://www.ncbi.nlm.nih.gov/translate.google/books/NBK539864/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=sge
- Heri Ridwan, H., & Kep, S. (2024). *PROSES KEPERAWATAN PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA*.
- Hidaayah Nur, Banon Endang, Faizah Nur Hanim, Wisnusakti Khrisna, Pranata Dwi Agus, Oktaviana Wita, Saripah Eli, Astutik Windu, & Siagian Ocktavia Ira. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial* . <https://nuansafajarcemerlang.github.io/repository-ilmiah/files/buku-ajar-keperawatan-kesehatan-jiwa-dan-psikososial-2.pdf>
- Hutahaean Serri. (2021). *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*.
- Kebijakan Pembangunan, B., Kementerian, K., & Ri, K. (n.d.). *DALAM ANGKA TIM PENYUSUN SKI 2023 DALAM ANGKA KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2022 Tentang Pedoman Pemeriksaan Jiwa Untuk Kepentingan Atau Pekerjaan Tertentu*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Jenis-jenis Gangguan Mental, Mungkin Kamu Mengalami Salah Satunya*. <https://kemkes.go.id/id/jenis-jenis-gangguan-mental-mungkin-kamu-mengalami-salah-satunya>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan*.
- Laela Sri, Nyumirah Sri, Siagian Ocktavia Ira, Hasniah, Astuti Puji Ana, Amaliah Lia Siti, Supriatun Evi, Ariani Putri Ayu Gusti, & Ismailinar. (2024). *buku-ajar-keperawatan-jiwa-2*.
- Manassa Hanny, & Abid Rizvi. (2024). *schizophrenia*. National Library of Medicine . https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/#_article-28759_s12_
- Menteri Kesehatan Rebuplik Indonesia. (2015). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa. Menteri Kesehatan Republik Indonesia* .
- Munir Sadaf, & Takov Veronica. (2022). *Generalized Anxiety Disorder* . <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/>

- Muthmainnah Muthmainnah, & Fazil Amris. (2024). Tinjauan Skizofrenia Secara Psikoneuroimunologi. *Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan Dan Kedokteran*, 2(3), 01–15. <https://doi.org/10.55606/termometer.v2i3.3684>
- Nari, N., Happy, D., Sari, A., Yuderna, V., Afnuhazi, R., Keperawatan, D., Psikologi, F., Kesehatan, D., & Padang, U. N. (2024). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. D Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Merpati RSJ Prof.HB Sa'anin Padang. In *Jurnal Keperawatan Medika* (Vol. 3, Number 1).
- Owen, M. J., Legge, S. E., Rees, E., Walters, J. T. R., & O'Donovan, M. C. (2023). Genomic findings in schizophrenia and their implications. In *Molecular Psychiatry* (Vol. 28, Number 9, pp. 3638–3647). Springer Nature. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02293-8>
- Sri Laela, N. (2025). *BUNGA RAMPAI GANGGUAN JIWA PADA REMAJA DAN ANAK*. www.nuansafajarcemerlang.com
- Sulistiyani, I., Nur Rahmawati Fakultas Kesehatan, A., Harapan Bangsa, U., Raden Patah No, J., & Tengah, J. (2024). *PENERAPAN RELAKSASI HIPNOSIS 5 JARI PADA PASIEN DENGAN ANSIETAS*. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>
- Sutejo. (2019). *Keperawatan jiwa konsep dan praktik asuhan keperawatan kesehatan jiwa: gangguan jiwa dan psikososial*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.
- World Health Organization. (2025). *World mental health today Latest data*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31714489-1345-4439-8b37-6cbdc52e15ca/content>
- World health organization. (2025, October 6). *Schizophrenia*. World Health Organization.

LAMPIRAN

Lampiran I

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN ANSIETAS

Nama klien : Tn. A

Umur : 30 Tahun

Hari ke-1 tanggal 11 Mei 2026

1. Proses keperawatan

a. Kondisi klien

Data subjektif:

- 1) Klien cemas akan masa depannya, bisakah dia sukses,
bisakah dia membanggakan kedua orang tuanya

Data objektif

- 1) Tampak gelisah
- 2) Tampak tegang
- 3) Tampak sesekali memainkan tangannya
- 4) Tampak sesekali menggoyang-goyangkan kakinya
- 5) Sorot mata tajam
- 6) Tampak labil

b. Diagnosa keperawatan

- 1) Ansietas
- 2) Risiko perilaku kekerasan

c. Tujuan keperawatan

- 1) Klien mampu mengebal ansietas
- 2) Klien mampu mengatasi ansietas melalui Teknik relaksasi
- 3) Klien mampu mempragakan dan menggunakan Teknik relaksasi untuk mengetahui ansietas

d. Tindakan keperawatan

Ansietas

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien
- 2) Ajarkan pasien mengenal ansietas
- 3) Ajarkan Teknik relaksasi
- 4) Ajarkan hipnotis diri sendiri Latihan 5 jari dan kegiatan spiritual

Risiko perilaku kekerasan

- 1) Ajarkan klien mengontrol perilaku kekerasan dengan melatih cara fisik I : Tarik nafas dalam
- 2) Ajarkan klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan melatih cara fisik II : pukul bantal/Kasur
- 3) Ajarkan klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial
- 4) Ajarkan klien cara mengontrol perilaku dengan cara spiritual
- 5) Ajarkan klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat

Strategi Pelaksanaan

Hari ke-1 Tanggal 11 Mei 2026

09.00 WIB

a. Fase orientasi

“assalamualaikum, selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Dheira putri alicia pradana biasa dipanggil dheira. Saya mahasiswa IKKHG yang sedang melakukan praktik di sini selama 9 hari ke depan. Hari ini saya berdinis pagi dari jam 07.00 WIB sampai jam 13/00 WIB”

“nama bapa siapa? Senang dipanggil apa?”

b. Fase kerja

“bagaimana perasaan bapa saat ini?”

“ada pusing tidak pa?”

“apakah tidur bapa pulas?”

“apa yang bapa pikirkan saat ini?”

“bapa, ada beberapa cara untuk meringankan rasa cemas bapa misalnya dengan cara relaksasi, hipnotis diri sendiri Latihan 5 jari dan kegiatan spiritual, mungkin nanti kita bahas besok hari ya pa”

c. Fase terminasi

“bagaimanan perasaan bapa setelah bercakap-cakap tadi?”

“besok saya akan datang lagi untuk menjelaskan tentang cara melakukan Teknik relaksasi”

“Baik, bagaimana kalau sekarang saya berbincang – bincang mengenai Risiko perilaku kekerasan? Tempatnya disini aja ya pak”.

10.01 WIB

a. Fase Orientasi

“Sesuai yang saya tadi bicarakan bagaimana kalau sekarang kita mencari tahu penyebab perilaku kekerasan Bapak apakah Bapak bersedia? Bagaimana perasaan Bapak saat ini?, Masih ada perasaan kesal atau marah? Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah Bapak. Berapa lama Bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?”.

b. Fase Kerja

“Apa yang membuat Bapak merasa marah?”

“Pernahkah sebelumnya Bapak merasa marah? Jika ya, apa penyebabnya?”

“Apakah penyebabnya sama dengan yang sekarang?”

“Ketika ada situasi yang membuat Bapak marah, bagaimana perasaan yang Bapak rasakan?”

“Apakah Bapak merasa kesal, dengan dada berdebar-debar, mata menatap tajam, rahang terkatup rapat, dan tangan mengepal? Apa yang biasanya dilakukan Bapak setelah merasa seperti itu?”

“Apakah dengan perasaan kesal/ jengkel bahkan melakukan hal yang tidak terkontrol seperti kata Bapak, keadaan menjadi lebih baik?”

“Menurut Bapak, adakah cara lain yang lebih baik selain itu?”

“Apakah Bapak tertarik untuk belajar cara mengungkapkan rasa marah dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?”

Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah. Hari ini kita akan belajar satu cara: Ketika Bapak merasakan tanda-tanda marah, Bapak bisa berdiri, tarik nafas dalam dari hidung dan tahan selama 5 detik, lalu buang perlahan-lahan melalui mulut tahan sebentar, lalu keluarkan perlahan-lahan dari mulut seperti melepaskan kemarahan. Coba lakukan ini sebanyak 3 kali. Bagus sekali, Bapak sudah berhasil melakukannya. Sebaiknya latihan ini dilakukan secara rutin ya pa, sehingga jika suatu saat rasa marah muncul kembali, Bapak sudah terbiasa”.

c. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah berdiskusi tentang kemarahan? Bapak, bisakah sebutkan apa penyebabnya saat Bapak merasa marah, apa yang Bapak rasakan, apa yang biasanya Bapak lakukan, dan apa akibatnya? Baik, sekarang kita akan menambahkan latihan tadi ke dalam jadwal harian, Pak. Berapa kali sehari Bapak ingin melatih teknik tarikan napas dalam? Bagus, nanti tolong Bapak tulis: B jika Bapak melakukannya sendiri, D jika dibantu, dan T' jika tidak melakukannya. Baik Pak, bagaimana jika besok kita mencoba teknik lain untuk mencegah dan mengendalikan kemarahan? Bagaimana kalau kita lakukan di sini saja? Baik. Sampai jumpa besok, ya, Bapak. Saya pamit dulu. Assalamualaikum”.

Hari ke-2 Tanggal 12 Mei 2026

a. Fase Orientasi:

"Selamat pagi, Pak. Masih ingat saya? Bagaimana tidurnya semalam? Masih dipraktikkan napas dalamnya? Hari ini kita akan belajar dua cara sekaligus: mengalihkan pikiran dan melemaskan otot yang tegang. Waktunya 20 menit ya."

b. Fase Kerja

"Pertama, distraksi. Kalau Bapak mulai cemas, segera lakukan hobi Bapak, misalnya membaca atau mengobrol dengan teman. Kedua, relaksasi otot: kepalkan tangan Bapak sekuat mungkin, tahan, lalu lepaskan. Rasakan rileksnya. Lalu tarik bahu ke atas, tahan, dan jatuhkan. Cara ini akan membuang rasa kaku di badan Bapak."

c. Fase Terminasi

"Bagaimana rasanya? Badan jadi lebih ringan ya? Jadi sudah ada tiga cara: napas dalam, distraksi, dan otot progresif. Jangan lupa dicatat di jadwal. Besok kita akan belajar cara membayangkan hal indah dengan lima jari."

a. Tahap Orientasi

"Baik Bapak, seperti yang kita sepakati sebelumnya, sekarang kita akan belajar cara mengendalikan kemarahan yang Bapak rasakan. Untuk sesi kali ini, saya akan mengajarkan cara kedua, yaitu menggunakan aktivitas fisik seperti memukul bantal atau kasur. Bagaimana kalau waktunya 10 menit, dan kita akan melakukannya di sini. Bagaimana pendapat Bapak?"

b. Tahap Kerja

"Baik pak, sekarang saya akan mengajarkan cara kepada Bapak untuk mengendalikan kemarahan menggunakan cara kedua, yaitu pukul bantal/kasur. Jadi, ketika Bapak merasa marah atau kesal, Bapak bisa melakukan memukul bantal/kasur. Saya akan memberikan contoh terlebih dahulu, kemudian Bapak bisa memperhatikan. Jika Bapak ingin mencoba memukul bantal, ambil bantal yang ada di kamar, dan pukul sepuasnya sampai Bapak merasa lebih tenang. Seperti ini, pak. Sekarang, coba Bapak praktikkan seperti yang saya ajarkan tadi. Bagus sekali, pak! Bapak sudah dapat melakukannya dengan baik. Baiklah, selanjutnya mari kita jadwalkan ke dalam aktivitas harian pak. Berapa kali Bapak ingin melakukan Latihan fisik ini dalam sehari? Jam berapa yang Bapak pilih untuk melakukannya?"

c. Tahap Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah kita belajar mengontrol dengan cara kedua secara fisik yaitu pukul bantal atau kasur? Apakah masih ingat apa yang saya ajarkan tadi, coba Bapak ulangi? Iya bagus pak. Bapak dapat melakukannya dengan baik”. Besok kita akan berbicara lagi, saya akan mengajari tentang cara mengatasi marah dengan spiritual dan berbicara dengan baik, bagaimana kalau jamnya jam 10.20 saja. . Baiklah sampai jumpa besok. Sekarang Bapak istirahat terlebih dahulu. Assalamu’alaikum”.

Hari ke-3 Tanggal 13 Mei 2026

a. Fase Orientasi:

"Selamat pagi, Pak. Wah, tampaknya Bapak sudah lebih tenang. Apakah teknik yang kemarin sudah membantu? Bagus. Hari ini kita akan belajar cara menenangkan pikiran dengan hipnosis lima jari. Kita latihan di sini sekitar 15 menit ya."

b. Fase Kerja:

"Sekarang pejamkan mata Bapak. Sentuhkan ibu jari ke telunjuk, bayangkan Bapak sedang sehat. Ibu jari ke jari tengah, bayangkan orang-orang yang mencintai Bapak. Ibu jari ke jari manis, bayangkan saat Bapak dipuji orang lain. Ibu jari ke kelingking, bayangkan Bapak sedang di tempat yang sangat indah. Tarik napas... dan buka mata."

c. Fase Terminasi:

"Bagaimana perasaannya? Lebih nyaman ya? Teknik ini sangat bagus dipakai saat Bapak sulit tidur karena cemas. Masukkan ke jadwal lagi ya. Besok adalah pertemuan terakhir kita untuk latihan cara spiritual."

a. Tahap Orientasi

“Baik Bapak, seperti yang kita sepakati sebelumnya, sekarang, kita akan belajar cara ketiga secara verbal yaitu mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan Benar dan belajar cara yang keempat yaitu secara spiritual, waktunya 15 menit dan tempatnya disini, bagaimana apakah Bapak setuju?”.

b. . Tahap Kerja

“Baik pak, sekarang kita akan belajar cara mengendalikan kemarahan yang ketiga, yaitu dengan cara verbal, yaitu dengan mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik dan benar. Mengungkapkan perasaan kesal: Jika ada perlakuan dari orang lain yang membuat Bapak kesal, Bapak bisa mengatakan, “Saya ingin menyampaikan bahwa saya marah dengan perkataanmu tadi”. Menolak dengan baik: Jika ada yang menyuruh Bapak melakukan sesuatu yang tidak ingin dilakukan, Bapak bisa mengatakan, “Maaf, saya tidak bisa melakukannya karena ada banyak pekerjaan”. Meminta dengan baik: Saat meminta bantuan atau sesuatu dengan sopan dan tanpa menggunakan kata-kata kasar, seperti “Tolong ambilkan saya minum, makanan, atau handuk”. Sudah mengerti, pak? Sekarang, coba ulangi apa yang telah kita pelajari tadi. Bagus sekali, pak! Bapak dapat mengulanginya dengan baik”. “Baik pak, sekarang saya akan mengajarkan cara kepada Bapak untuk mengendalikan kemarahan dengan cara keempat, yaitu secara spiritual. Jadi, jika Bapak merasa marah atau kesal, Bapak dapat mengendalikannya dengan mengucapkan istighfar, “Astaghfirullahaladzim”, dan juga melakukan wudhu, sholat, serta berdzikir. Namun, untuk kali ini kita akan fokus pada dua kegiatan spiritual untuk mengendalikan marah, yaitu mengucapkan istighfar dan melakukan wudhu. Sudah mengerti, pak? Sekarang, coba praktikkan kembali apa yang telah saya ajarkan tadi. Bagus, pak! Bapak dapat melakukannya dengan baik. Baiklah, sekarang mari kita jadwalkan ke dalam aktivitas harian

Bapak. Berapa kali Bapak ingin melatih ini setiap hari? Jam berapa yang Bapak pilih untuk melakukannya?”.

c. . Tahap Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah kita belajar cara yang ketiga dan keempat, Apakah Bapak masih ingat apa yang saya ajarkan tadi, coba Bapak ulangi? Bagus, Bapak dapat mengulanginya dengan baik. Baik pak, kita akan bertemu lagi besok pukul 11.00 WIB untuk mempelajari cara mengendalikan kemarahan dengan cara minum obat”.

Hari ke-4 Tanggal 14 Mei 2026

a. Fase Orientasi:

"Selamat pagi, Pak. Hari ini adalah hari terakhir kita latihan. Bagaimana perasaannya setelah menguasai beberapa teknik kemarin? Hari ini kita akan coba pendekatan spiritual dan mengevaluasi semua latihan kita."

b. Fase Kerja:

"Pak, biasanya apa yang Bapak lakukan secara agama jika sedang cemas? Berdoa atau berzikir? Mari kita praktikkan. Dengan mengadu kepada Tuhan, hati akan lebih tenang. Selain itu, coba Bapak tunjukkan kembali semua cara yang sudah kita pelajari dari hari pertama sampai sekarang. Hebat, Bapak sudah hafal semua!"

c. Fase Terminasi:

"Bagaimana perasaan Bapak setelah semua latihan ini? Saya harap Bapak bisa terus melakukannya secara mandiri meski saya tidak dampingi lagi. Tetap isi jadwal kegiatannya ya, Pak. Semoga Bapak cepat pulih dan tidak cemas lagi. Terima kasih atas kerja samanya."

a. Tahap orientasi

Baik Bapak, seperti yang kita sepakati sebelumnya, sekarang, kita akan mempelajari tahap terakhir yaitu dengan meminum obat”

b. Tahap kerja

“apakah bapak tau obat apa saja yang bapak minum?”

“berapa kali bapak meminum obat itu dalam sehari?”

“sudahkah bapak meminum obatnya?”

c. Tahap terminasi

“setelah meminum obat apa perasaan yang bapak rasakan?”

Lampiran II

DOKUMENTASI KEGIATAN





Lampiran III

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas

Nama	: Dheira Putri Alicia Pradana
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir	: Garut, 08 Juni 2005
Agama	: Islam
Status	: Mahasiswa
Alamat	: Kp. Campaka
Motto	: “Que Sera Sera (yang terjadi, terjadilah)”

B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1. TK RA. Al- Istiqomah | : Tahun 2010-2011 |
| 2. MI At-Tarbiyah | : Tahun 2011-2017 |

3. SMPN 2 Karangpawitan : Tahun 2017-2020
4. SMAN 11 Garut : Tahun 2020-2023
5. Institut Kesehatan Karsa Husada Garut : Tahun 2023- Sekarang

Lampiran IV

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Dheira Putri Alicia Pradana

NIM : KHGA23050

Pembimbing : Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.H.Kes

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN GANGGUAN ANSIETAS AKIBAT GANGGUAN SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MEMINTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD mahasiswa	TTD pembimbing
1	9 Juni 2026	BAB 1	Perbaiki judul cover dan spacing, diujukan tidak dicetak miring, disusun tidak perlu kapital		
2	10 Juni 2026	BAB 1	Kata pengantar dime new roman 12, BAB 1 latar belakang dengan format umum ke khusus, rapikan penulisan		
3	14 Juni 2026		ACC BAB 1 Lanjut BAB II		

4	16 Juni 2026	BAB II	Perbaiki Spasi, dalam tabel spasi 1, tambah pohon masalah, harus ada sumber dari buku	Jh	
5	20 Juni 2026		ACC BAB II Lanjut BAB III	Jh	
6	24 Juni 2026	BAB III	Tambah kan Pembahasannya	Jh	
7	1 Juli 2026		ACC BAB III Lanjut Buat PPT	Jh	
8	2 Juli 2026	PPT	ACC Sidang	Jh	