

**INTERVENSI INOVASI TERAPI SPIRITUAL DZIKIR  
TERHADAP PERUBAHAN TANDA DAN GEJALA PADA  
PASIEN PERUBAHAN PROSES PIKIR: WAHAM  
DI RUANG TIUNG RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM  
SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2017**

**INTERVENSI INOVASI TERAPI SPIRITUAL DZIKIR  
TERHADAP PERUBAHAN TANDA DAN GEJALA PADA  
PASIEN PERUBAHAN PROSES PIKIR: WAHAM DI RUANG  
TIUNG RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Gelar Profesi Ners  
Pada Program Studi Profesi Ners

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2017**

HALAMAN PENGESAHAN

INTERVENSI INOVASI TERAPI SPIRITUAL DZIKIR TERHADAP PERUBAHAN TANDA  
DAN GEJALA PADA PASIEN PERUBAHAN PROSES PIKIR: WAHAM  
DI RUANG TIUNG RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM  
SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

**EKA SUSILAH**  
NIM: P.1605.273

Telah dipertahankan dalam ujian  
Pada tanggal 08 Desember 2017

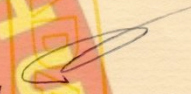
PENGUJI I

**Ns. Retno Eko Sayekti AS, S.Kep**  
NIP: 1977.0426.199903.2.004.

  
(.....)

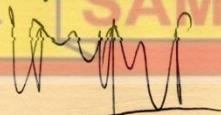
PENGUJI II

**Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep**  
NIK:113072.86.14.071

  
(.....)

Mengetahui,

Ketua  
STIKES Wiyata Husada Samarinda



**Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep**  
NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi  
Ilmu Keperawatan  
STIKES Wiyata Husada Samarinda



**Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep**  
NIK:113072.86.14.071

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eka Susillah

NIM : P 1605 273

Program Studi : Program Studi Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah Akhir Ners : Intervensi Inovasi Terapi Spiritual Dzikir Terhadap Perubahan Tanda dan Gejala Pada Pasien Perubahan Proses Pikir: Waham di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.



Samarinda, Desember 2017

Yang membuat pernyataan,

Eka Susillah  
NIM: P 1605 273

## KATA PENGANTAR



Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat Rahmat dan BimbinganNya saya dapat menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul Intervensi Inovasi Terapi Spiritual Dzikir terhadap Perubahan Tanda dan Gejala pada pasien Perubahan Proses Pikir: Waham di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Karya Ilmiah akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns.) pada Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ibu dr. Hj. Padilah Mante Runa, M.Si, selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
4. Bapak Ns. Sampun, S.Kep., selaku Kepala Ruang Tiung Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
5. Ibu Ns. Retno Eko Sayekti AS., S.Kep., selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk memberi masukan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah akhir Ners ini.
6. Bapak Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Wiyata Husada Samarinda dan selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah akhir Ners ini.
7. Staff perawat Ruang Tiung Rumah Sakit Jiwa daerah Atma Husada Mahakam samarinda
8. Seluruh dosen dan staff pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda
9. Teman-teman profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada samarinda terimakasih atas masukan dan motivasinya
10. Keluarga yang telah memberikan doa, nasehat dan dukungannya

Dan semua pihak yang telah membantu penyusunan Karya Ilmiah akhir Ners ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua. Amin.

Samarinda, Desember 2017

Peneliti



## ABSTRAK

### Intervensi Inovasi Terapi Spiritual Dzikir Terhadap Perubahan Tanda dan Gejala Pada Pasien Perubahan Proses Pikir: Waham di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Susillah, Eka<sup>1</sup>. Eko Sayekti AS., Retno<sup>2</sup>. Rusdi<sup>3</sup>

Latar Belakang, waham merupakan salah satu jenis gangguan jiwa. Waham sering ditemui pada gangguan jiwa berat dan beberapa bentuk waham yang spesifik sering ditemukan pada penderita skizofrenia. Kebanyakan pasien skizofrenia daya tiliknya berkurang dimana pasien tidak menyadari penyakitnya serta kebutuhannya terhadap pengobatan, meskipun gangguan pada dirinya dapat dilihat oleh orang lain (Tomb, 2003 dalam Purba, 2008). teknik dalam upaya membantu mengurangi waham pada pasien skizofrenia. Diantaranya adalah teknik religius, hal itu karena dalam teknik ini terkandung unsur penenangan diri. Teknik ini disebutnya salah satunya teknik dzikir. Dzikir membuat hati seseorang menjadi tenang.

Tujuan untuk melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada klien perubahan proses pikir: waham dengan intervensi inovasi Terapi Spiritual Dzikir terhadap perubahan tanda dan gejala pada pasien dengan asuhan keperawatan perubahan proses pikir: waham

Kesimpulan dan Saran, hasil analisis pelaksanaan intervensi terapi spiritual dzikir yang diterapkan secara kontinyu pada klien dengan masalah keperawatan perubahan proses pikir: waham selama 6 hari perawatan tanggal 24 November sampai 01 Desember 2017 disimpulkan terjadi perubahan respon yang lebih baik setelah penerapan terapi spiritual dzikir.

**Kata Kunci: Terapi Spiritual Dzikir, Perubahan Proses Pikir: Waham**

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Profesi Ners, Stikes Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Dosen Program Studi Profesi Ners, RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

<sup>3</sup>Dosen Program Studi Profesi Ners, Stikes Wiyata Husada Samarinda



## DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul.....	i
Lembar pengesahan .....	ii
Lembar Pernyataan Keaslian .....	iii
Kata Pengantar .....	iv
Abstrak .....	vi
Daftar Isi .....	vii
Daftar Skema .....	viii
Daftar Tabel .....	ix
Daftar Lampiran .....	x

### **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan .....	4
D. Manfaat Penulisan .....	5

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Konsep Teori Waham .....	6
B. Konsep Terapi Modalitas .....	13

### **BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

A. Pengkajian .....	21
B. Diagnosa Keperawatan .....	25
C. Intervensi Keperawatan .....	27
D. Implementasi Keperawatan .....	32
E. Evaluasi keperawatan .....	34

### **BAB IV ANALISA SITUASI**

A. Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda .....	38
B. Analisa Proses Keperawatan .....	39
C. Terapi Spiritual Dzikir .....	42

### **BAB V PENUTUP**

A. Kesimpulan .....	45
B. Saran .....	46

Daftar Pustaka  
Lampiran



## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Rentang Respon Neurobiologis Waham .....	7
Skema 2.2 Pohon Masalah .....	12
Skema 3.1 Genogram .....	22
Skema 3.2 Pohon Masalah Kasus Kelolaan .....	27



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Waham .....	7
Tabel 3.1 Intervensi Perubahan Proses Pikir: Waham .....	27
Tabel 3.2 Intervensi Inovasi Terapi Spiritual Dzikir .....	29
Tabel 3.3 Intervensi Harga Diri Rendah Kronik .....	30
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan .....	32
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan .....	34
Tabel 4.1 Perbedaan Tanda dan gejala perubahan proses pikir: waham sebelum dan sesudah intervensi inovasiterapi spiritual dzikir .....	42



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Standar Prosedur Operasional (SPO) Terapi Spiritual Dzikir
- Lampiran 2 Lafadz Dzikir
- Lampiran 3 Lembar Observasi tanda dan gejala perubahan proses pikir: waham
- Lampiran 4 Hasil Observasi tanda dan gejala perubahan proses pikir: waham



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut WHO (*World Health Organization*) adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain, dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kondisi perkembangan yang tidak sesuai pada individu disebut gangguan jiwa (UU No.18 tahun 2014).

Gangguan jiwa menurut APA (*American Psychiatric Association*) adalah sindrom atau pola psikologis atau pola perilaku yang penting secara klinis, yang terjadi pada individu dan sindrom itu dihubungkan dengan adanya distress (misalnya gejala nyeri, menyakitkan) atau disabilitas (ketidakmampuan pada salah satu bagian atau beberapa fungsi penting) atau kehilangan kebebasan (APA, 1994 dalam Prabowo, 2014).

Menurut data WHO tahun 2016, terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta sekitar 47,5 juta terkena demensia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk; maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Data Riskesdas 2013 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6 % dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2016 mencatat jumlah kasus masuk untuk dirawat sebesar 4527 kasus dengan rata-rata jumlah perhari 12 kasus, di Ruang Tiung jumlah pasien selama tahun 2016 sebanyak 408 kasus dengan persentase 4,6% yang mengalami defisit perawatan diri, 47,96% yang mengalami halusinasi,

17,2% mengalami perilaku kekerasan, 7,85% dengan isolasi sosial, 8,8% mengalami waham, 6,5 % dengan masalah harga diri rendah, dan 7,04% mengalami resiko bunuh diri, Data tahun 2017 (Januari – Juli) tercatat jumlah pasien di Ruang Tiung sebanyak 203 kasus jiwa dengan rata-rata jumlah perbulan 29 orang dengan persentase yang mengalami defisit perawatan diri sebanyak 4,6%, halusinasi 59,7%, perilaku kekerasan 21,8%, isolasi sosial 3,5%, waham 6,5%, harga diri rendah 2,2%, dan resiko bunuh diri 1,7%. Waham mengalami penurunan dari 8,8% tahun 2016 menjadi 6,5% tahun 2017 (Rekam Medik RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda).

Waham merupakan salah satu jenis gangguan jiwa. Waham sering ditemui pada gangguan jiwa berat dan beberapa bentuk waham yang spesifik sering ditemukan pada penderita skizofrenia. Semakin akut psikosis semakin sering ditemui waham disorganisasi dan waham tidak sistematis. Kebanyakan pasien skizofrenia daya tiliknya berkurang dimana pasien tidak menyadari penyakitnya serta kebutuhannya terhadap pengobatan, meskipun gangguan pada dirinya dapat dilihat oleh orang lain (Tomb, 2003 dalam Purba, 2008).

Pasien gangguan jiwa mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas. Salah satu manifestasi yang muncul adalah waham. Waham terjadi karena munculnya perasaan terancam oleh lingkungan, cemas, merasa sesuatu yang tidak menyenangkan terjadi sehingga individu mengingkari ancaman dari persepsi diri atau objek realitas dengan menyalahartikan kesan terhadap kejadian, kemudian individu memproyeksikan pikiran dan perasaan internal pada lingkungan sehingga perasaan, pikiran dan keinginan negatif tidak dapat diterima menjadi bagian eksternal dan akhirnya individu mencoba memberi pembenaran personal tentang realita pada diri sendiri atau orang lain (Purba, 2008). Dampak yang timbulkan dapat diminimaliskan dengan pendekatan dan memberikan penatalaksanaan, seperti terapi farmakologi, ECT, dan non farmakologi. Terapi non farmakologi lebih pada pendekatan terapi modalitas (Videbeck, 2008).

Terapi modalitas adalah terapi dalam keperawatan jiwa, dimana perawat mendasarkan potensi yang dimiliki pasien sebagai titik tolak terapi atau penyembuhan. Ada beberapa jenis terapi modalitas, antara lain: terapi

individual, terapi lingkungan (Milieu terapi), terapi biologis atau terapi somatik, terapi kognitif, terapi keluarga, terapi perilaku, terapi bermain (Yosep, 2007).

Pada tahun 1984 WHO memasukkan dimensi spiritual keagamaan sama pentingnya dengan dimensi fisik, psikologis dan psikososial. Seiring dengan terapi-terapi yang dilakukan mulai menggunakan dimensi spiritual keagamaan, sebagai bagian dari terapi modalitas. Terapi yang demikian disebut dengan terapi holistik artinya terapi yang melibatkan fisik, psikologis, psikososial dan spiritual (Yosep, 2007).

Menghadapi masalah tersebut diatas, maka dibutuhkan suatu teknik dalam upaya membantu mengurangi waham pada pasien skizofrenia. Diantaranya adalah teknik religius, hal itu karena dalam teknik ini terkandung unsur penenangan diri. Teknik ini disebutnya salah satunya teknik dzikir. Dzikir membuat hati seseorang menjadi tenang. Keadaan tenang dan rileks mempengaruhi kerja sistem syaraf dan endokrin. Pada orang stress dan tegang, *corteks adrenal* terangsang untuk mensekresi *cortisol* secara berlebihan sehingga terjadi peningkatan metabolisme tubuh secara mendadak, apabila hal ini berlangsung lama maka akan menurunkan sistem imunitas tubuh. Dengan berdzikir orang akan menyerahkan segala permasalahan kepada Allah, sehingga beban stress yang dihipitnya mengalami penurunan (Yosep, 2007).

Berdasarkan penelitian Larson oleh Dadang Hawari dalam Fanada, M. (2012) menyebutkan bahwa terapi religius shalat dan dzikir dalam penurunan stress pasien halusinasi di ruang Bangau Rumah Sakit Erladi Bahar Palembang. Pada penelitian Supriyadi *et al.* (2017) menemukan dzikir dapat mengurangi stres, hormon kortisol dan kadar gula darah pada lansia dengan hipertensi

Intervensi spiritual berdasarkan prinsipal islam dapat membawa kembali kesehatan mental, meningkatkan harapan dan kualitas, hidup dan akhirnya mengubah ekspresi resptor gen dopamin sehingga mengurangi proliferasi sel, sehingga pencegahan dan pengelolaan lebih baik pada pasien kanker payudara dibandingkan dengan bentuk pengobatan lainnya (Hosseini. L *et al.*, 2016)

Tubuh manusia terdapat syaraf yang mengendalikan hormon, yang tergantung dengan kondisi kejiwaan, apabila kondisi kejiwaan atau psikis

kita baik maka syaraf kita akan baik, atau bahkan sebaliknya dan akan berpengaruh pada hormon, yang pada akhirnya tubuh terjangkit penyakit, ketiga aspek itu harus seimbang dan dalam keadaan sehat. Kondisi psikis kita yang sehat dalam jaringan psiko-neuro-endokrin, dapat mengendalikan kekebalan tubuh, kekebalan tubuh meningkat manakala faktor psikis dalam jaringan tersebut semakin meningkat. Pada akhirnya penurunan kekebalan tubuh akan memudahkan penyakit pada fisik kita. Untuk penyeimbangannya agar tubuh tetap sehat, maka kita akan memberi motivasi pada diri kita sendiri untuk selalu menumbuhkan ketenangan, rasa sabar dan semangat yang tinggi serta kita selalu mendekatkan diri kepada Allah melalui ajaran-ajaran Islam, yang paling utama adalah melakukan dzikir setiap hari.

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan diatas maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien perubahan proses pikir: waham dengan intervensi inovasi Terapi Dzikir terhadap perubahan tanda dan gejala pada pasien perubahan proses pikir: waham di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda tahun 2017.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam Latar belakang tersebut di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Adakah Pengaruh Terapi Religius Dzikir Terhadap perubahan tanda dan gejala pada pasien dengan asuhan keperawatan perubahan proses pikir: waham di RuangTiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda?”

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah untuk melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada klien perubahan proses pikir: waham dengan intervensi inovasi Terapi Religius Dzikir terhadap perubahan tanda dan gejala pada pasien dengan asuhan keperawatan perubahan proses pikir: waham di RuangTiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda tahun 2017.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Tn. D dengan diagnosa keperawatan Perubahan proses pikir: waham.

- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada klien Tn. D dengan diagnosa keperawatan Perubahan proses pikir: waham.
- c. Merencanakan rencana keperawatan pada klien Tn. D dengan diagnosa keperawatan Perubahan proses pikir: waham.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Tn. D dengan diagnosa keperawatan Perubahan proses pikir: waham.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien Tn. D dengan diagnosa keperawatan Perubahan proses pikir: waham.
- f. Menganalisis intervensi Terapi spiritual dzikir pada klien Tn. D dengan diagnosa keperawatan Perubahan proses pikir: waham.

#### **D. Manfaat Penulisan**

##### **1. Manfaat Aplikasi**

Bagi perawat agar Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat menambah pilihan intervensi keperawatan bagi perawat di ruangan berupa penerapan intervensi terapi spiritual dzikir dalam upaya pemberian asuhan keperawatan profesional, bermutu dan ilmiah.

##### **2. Manfaat Bagi Keilmuan Keperawatan**

###### **a. Manfaat Bagi Penulis**

Meningkatkan ilmu dan pengalaman bagi penulis khususnya tentang penanganan klien dengan masalah perubahan proses pikir: waham melalui penerapan intervensi terapi spiritual dzikir.

###### **b. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan**

Karya Ilmiah Akhir Ners ini sebagai *evidence based* dalam mengembangkan tindakan keperawatan sehingga dapat digunakan sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa dan acuan dalam penulisan selanjutnya terkait penanganan klien gangguan proses pikir: waham.

###### **c. Manfaat Bagi Rumah Sakit**

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam program pelayanan asuhan keperawatan berupa peningkatan kemampuan klien dalam mengendalikan pikiran, emosi dan keyakinan yang maladaptif melalui penerapan intervensi terapi spiritual dzikir.



## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Konsep Teori Waham

#### 1. Definisi Waham

Menurut Depkes RI (2000) waham adalah suatu keyakinan klien yang tidak sesuai dengan kenyataan, tetapi dipertahankan dan tidak dapat diubah secara logis oleh orang lain. Keyakinan ini berasal dari pemikiran klien yang sudah kehilangan kontrol (Direja, 2011).

Waham adalah suatu keyakinan yang konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya, ketidakmampuan merespon stimulus internal dan eksternal melalui respon interaksi/informasi secara akurat (Yosep, 2009)

Waham adalah kesalahan dalam menilai diri sendiri atau keyakinan dengan isi pikirannya padahal tidak sesuai dengan kenyataan, atau kepercayaan yang telah terpaku/ terpancang kuat dan tidak dapat dibenarkan berdasarkan fakta dan kenyataan tetapi tetap dipertahankan. Jika disuruh membuktikan berdasar akal sehatnya, tidak bias atau disebut juga kepercayaan yang palsu dan sudah tidak dapat dikoreksi (Baihaqi, 2007).

Gangguan isi pikir adalah ketidakmampuan individu memproses stimulus internal dan eksternal secara akurat. Gangguannya adalah berupa waham yaitu keyakinan individu tersebut tidak sesuai dengan tingkat intelektual dan latar belakang budayanya, serta tidak dapat diubah dengan alasan yang logis. Selain itu keyakinan tersebut diucapkan berulang kali (Kusumawati, 2010).

Gangguan orientasi realitas adalah ketidakmampuan menilai dan berespon pada realitas. Klien tidak dapat membedakan lamunan dan kenyataan sehingga muncul perilaku yang sukar untuk dimengerti dan menakutkan. Gangguan ini biasanya ditemukan pada pasien skizofrenia dan psikotik lain. Waham merupakan bagian dari gangguan orientasi realita pada isi pikir dan pasien skizofrenia menggunakan waham untuk memenuhi kebutuhan psikologisnya yang tidak terpenuhi oleh kenyataan dalam hidupnya, misalnya: harga diri, rasa aman, hukuman yang terkait dengan perasaan bersalah atau perasaan takut mereka tidak dapat mengoreksi dengan alasan atau logika (Kusumawati, 2010).

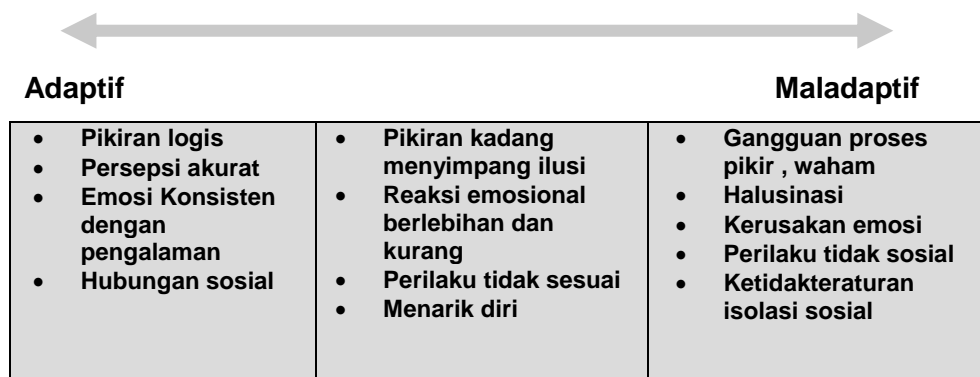
## 2. Klasifikasi Waham

Waham dapat diklasifikasikan menjadi beberapa macam, menurut Direja, 2011, yaitu

Tabel 2.1. Klasifikasi Waham

Jenis Waham	Pengertian	Perilaku Klien
Waham Kebesaran	Keyakinan secara berlebihan bahwa dirinya memiliki kekuatan yang berbeda dengan orang lain, diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan	"Saya ini pejabat di kementerian semarang!" "Saya punya Perusahaan paling besar lho"
Waham agama	Keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan, diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.	"Saya adalah Tuhan yang bisa menguasai dan mengendalikan semua makhluk"
Waham Curiga	Keyakinan seseorang atau sekelompok orang yang mau merugikan atau mencederai dirinya, diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan	"Saya tahu mereka mau menghancurkan saya, karena iri dengan kesuksesan saya"
Waham somatik	Keyakinan seseorang bahwa tubuh atau sebagian tubuhnya terserang penyakit, diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.	"Saya menderita kanker" Padahal hasil pemeriksaan lab tidak ada sel kanker pada tubuhnya
Waham nihilistik	Keyakinan seseorang bahwa dirinya sudah meninggal dunia, diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan	"Ini saya berada di alam kubur ya, semua yang ada disini adalah roh-rohnya"

## 3. Rentang Respon neurobiologi



Skema 2.1 Rentang respon neurobiologis Waham. (sumber : Keliat, 2009)

#### 4. Proses terjadinya waham

Menurut Yosep (2009), proses terjadinya waham meliputi 6 fase, yaitu :

##### **a. *Fase of human need/ Fase Kebutuhan manusia rendah***

Waham diawali dengan terbatasnya kebutuhan-kebutuhan klien baik secara fisik maupun psikis. Secara fisik klien dengan waham dapat terjadi pada orang-orang dengan status sosial dan ekonomi sangat terbatas. Biasanya klien sangat miskin dan menderita. Keinginan ia untuk memenuhi kebutuhan hidupnya mendorongnya untuk melakukan kompensasi yang salah. Ada juga klien yang secara sosial dan ekonomi terpenuhi tetapi kesenjangan antara realiti dengan *self ideal* sangat tinggi.

##### **b. *Fase lack of self esteem/ Fase Kepercayaan diri rendah***

Tidak adanya pengakuan dari lingkungan dan tingginya kesenjangan antara *self ideal* dengan *self reality* (kenyataan dengan harapan) serta dorongan kebutuhan yang tidak terpenuhi sedangkan standar lingkungan sudah melampaui kemampuannya.

##### **c. *Fase control internal external/ Fase pengendalian internal dan eksternal***

Klien mencoba berpikir rasional bahwa apa yang ia yakini atau apa-apa yang ia katakan adalah kebohongan, menutupi kekurangan dan tidak sesuai dengan kenyataan, tetapi menghadapi kenyataan bagi klien adalah suatu yang sangat berat, karena kebutuhannya untuk diakui, kebutuhan untuk dianggap penting dan diterima lingkungan menjadi prioritas dalam hidupnya, karena kebutuhan tersebut belum terpenuhi sejak kecil secara optimal. Lingkungan sekitar klien mencoba memberikan koreksi bahwa sesuatu yang dikatakan klien itu tidak benar, tetapi hal ini tidak dilakukan secara adekuat karena besarnya toleransi dan keinginan menjaga perasaan. Lingkungan hanya menjadi pendengar pasif tetapi tidak mau konfrontatif berkepanjangan dengan alasan pengakuan klien tidak merugikan orang lain.

##### **d. *Fase environment support/ Fase dukungan lingkungan***

Adanya beberapa orang yang mempercayai klien dalam lingkungannya menyebabkan klien merasa didukung, lama

kelamaan klien menganggap sesuatu yang dikatakan tersebut sebagai suatu kebenaran karena seringnya diulang-ulang. Dari sinilah mulai terjadinya kerusakan kontrol diri dan tidak berfungsinya norma (super ego) yang ditandai dengan tidak ada lagi perasaan dosa saat berbohong.

**e. Fase comforting/ Fase nyaman**

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

**f. Fase improving/ Fase peningkatan**

Apabila tidak adanya konfrontasi dan upaya-upaya koreksi, setiap waktu keyakinan yang salah pada klien akan meningkat. Tema waham yang muncul sering berkaitan dengan traumatik masa lalu atau kebutuhan-kebutuhan yang tidak terpenuhi (rantai yang hilang). Waham bersifat menetap dan sulit untuk dikoreksi. Isi waham dapat menimbulkan ancaman diri dan orang lain.

**5. Tanda dan gejala**

**a. Menurut Kusumawati, (2010) yaitu :**

1) Gangguan fungsi kognitif(perubahan daya ingat)

Cara berfikir magis dan primitif, perhatian, isi pikir, bentuk, dan pengorganisasian bicara (tangensial, neologisme, sirkumtansial).

2) Fungsi persepsi

Depersonalisasi dan halusinasi.

3) Fungsi emosi

Afek tumpul → kurang respons emosional, afek datar, afek tidak sesuai, reaksi berlebihan, ambivalen.

4) Fungsi motorik.

Impulsif → gerakan tiba-tiba dan spontan, manerisme, stereotipik gerakan yang diulang-ulang, tidak bertujuan, tidak dipengaruhi stimulus yang jelas, katatonia.

5) Fungsi sosial kesepian.

Isolasi sosial, menarik diri, dan harga diri rendah.

- 6) Dalam tatanan keperawatan jiwa respons neurobiologis yang sering muncul adalah gangguan isi pikir: waham dan PSP: halusinasi.

**b. Tanda dan Gejala Menurut Direja, (2011) yaitu:**

Tanda dan gejala pada klien dengan Waham Adalah: Terbiasa menolak makan, tidak ada perhatian pada perawatan diri, Ekspresi wajah sedih dan ketakutan, gerakan tidak terkontrol, mudah tersinggung, isi pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dan bukan kenyataan, menghindari dari orang lain, mendominasi pembicaraan, berbicara kasar, menjalankan kegiatan keagamaan secara berlebihan.

**6. Faktor Penyebab Waham**

**a. Faktor predisposisi**

**1) Biologi**

Waham dari bagian dari manifestasi psikologi dimana abnormalitas otak yang menyebabkan respon neurologis yang maladaptif yang baru mulai dipahami, ini termasuk hal-hal berikut:

a) Penelitian pencitraan otak sudah mulai menunjukkan keterlibatan otak yang luas dan dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada area frontal, temporal dan limbik paling berhubungan dengan perilaku psikotik.

b) Beberapa kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia. Hasil penelitian sangat menunjukkan hal-hal berikut ini :

- (1) Dopamin neurotransmitter yang berlebihan
- (2) Ketidakseimbangan antara dopamin dan neurotransmitter lain
- (3) Masalah-masalah pada sistem respon dopamine

Penelitian pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi telah diupayakan untuk mengidentifikasi penyebab genetik pada skizofrenia.

Sudah ditemukan bahwa kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian yang tinggi pada

skizofrenia dari pada pasangan saudara kandung yang tidak identik penelitian genetik terakhir memfokuskan pada pemotongan gen dalam keluarga dimana terdapat angka kejadian skizofrenia yang tinggi.

2) Psikologi

Teori psikodinamika untuk terjadinya respon neurobiologik yang maladaptif belum didukung oleh penelitian. Sayangnya teori psikologik terdahulu menyalahkan keluarga sebagai penyebab gangguan ini sehingga menimbulkan kurangnya rasa percaya (keluarga terhadap tenaga kesehatan jiwa profesional).

3) Sosial budaya

Stress yang menumpuk dapat menunjang terhadap awitan skizofrenia dan gangguan psikotik tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan. Seseorang yang merasa diasingkan dan kesepian dapat menyebabkan timbulnya waham (Direja, 2011).

**b. Faktor Presipitasi**

1) Biologi

Stress biologi yang berhubungan dengan respon neurologik yang maladaptif termasuk:

a) Gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi

b) Abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi rangsangan.

2) Stres lingkungan

Stres biologi menetapkan ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Pemicu gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimulus yang sering menunjukkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasa terdapat pada respon neurobiologik yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan. Lingkungan, sikap dan perilaku individu (Direja, 2011).

## 7. Manifestasi Klinik

Perilaku yang dapat ditemukan pada klien dengan Waham antara lain melakukan percobaan bunuh diri, melakukan tindakan, agresif, destruktif, gelisah, tidak biasa diam, tidak ada perhatian terhadap kebersihan diri, ada gangguan eliminasi, merasa cemas, takut. Kadang-kadang panik perasaan bahwa lingkungan sudah berubah pada klien depersonalisasi (Stuart,2013).

## 8. Mekanisme Koping

Menurut Direja (2011), Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman berhubungan dengan respon neurobiologi:

- Regresi berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas, hanya mempunyai sedikit energi yang tertinggal untuk aktivitas hidup sehari-hari
- Proyeksi sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi.
- Menarik diri

## 9. Pohon Masalah



(Fitria, N., 2012)

Skema 2.2. Pohon Masalah

## B. Konsep Terapi Modalitas

### 1. Definisi Terapi Modalitas

Terapi modalitas adalah terapi utama dalam keperawatan jiwa. Terapi ini diberikan dalam upaya mengubah perilaku pasien dan perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif (Kusumawati, 2010). Terapi modalitas keperawatan jiwa dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap klien agar mampu bertahap dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan sistem pendukung yang ada ketika menjalani terapi (Nasir *et.al*, 2011).

Menurut Direja, (2011) terapi modalitas bertujuan agar pola perilaku atau keperibadian seperti keterampilan koping, gaya komunikasi dan tingkat harga diri secara bertahap dapat berkembang. Mengingat bahwa klien dengan gangguan jiwa membutuhkan pengawasan yang ketat dan lingkungan suportif yang aman. Beberapa terapi keperawatan didasarkan ilmu dan seni keperawatan jiwa.

### 2. Jenis Terapi Modalitas

Ada beberapa jenis terapi modalitas, menurut Dahlia, (2009) antara lain:

#### a. Terapi individual

Terapi individual adalah penanganan klien gangguan jiwa dengan pendekatan hubungan individual antara seorang terapis dengan seorang klien. Suatu hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien.

#### b. Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan adalah bentuk terapi yaitu menata lingkungan agar terjadi perubahan perilaku pada klien dari perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. Perawat menggunakan semua lingkungan rumah sakit dalam arti terapeutik. Bentuknya adalah memberi kesempatan klien untuk tumbuh dan berubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi.



### c. Terapi Biologis

Penerapan terapi biologis atau terapi somatik didasarkan pada model medical di mana gangguan jiwa dipandang sebagai penyakit. Ini berbeda dengan model konsep yang lain yang memandang bahwa gangguan jiwa murni adalah gangguan pada jiwa semata, tidak mempertimbangkan adanya kelainan patofisiologis. Tekanan model medical adalah pengkajian spesifik dan pengelompokan gejala dalam sindroma spesifik.

### d. Terapi Kognitif

Terapi kognitif adalah strategi memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Proses yang diterapkan adalah membantu mempertimbangkan stressor dan kemudian dilanjutkan dengan mengidentifikasi pola berfikir dan keyakinan yang tidak akurat tentang stressor tersebut. Gangguan perilaku terjadi akibat klien mengalami pola keyakinan dan berfikir yang tidak akurat. Untuk itu salah satu memodifikasi perilaku adalah dengan mengubah pola berfikir dan keyakinan tersebut. Fokus asuhan adalah membantu klien untuk reevaluasi ide, nilai yang diyakini, harapan-harapan, dan kemudian dilanjutkan dengan menyusun perubahan kognitif

### e. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah terapi yang diberikan kepada seluruh anggota keluarga sebagai unit penanganan (treatment unit). Tujuan terapi keluarga adalah agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya. Untuk itu sasaran utama terapi jenis ini adalah keluarga yang mengalami disfungsi

### f. Terapi kelompok

Terapi kelompok adalah bentuk terapi kepada klien yang dibentuk dalam kelompok, suatu pendekatan perubahan perilaku melalui media kelompok. Dalam terapi kelompok perawat berinteraksi dengan sekelompok klien secara teratur. Tujuannya adalah meningkatkan kesadaran diri klien, meningkatkan hubungan interpersonal dan mengubah perilaku maladaptif.

#### g. Terapi perilaku

Anggapan dasar dari terapi perilaku adalah kenyataan bahwa perilaku timbul akibat proses pembelajaran. Perilaku sehat oleh karenanya dapat dipelajari dan disubstitusi dari perilaku yang tidak sehat. Teknik dasar yang digunakan dalam terapi jenis ini adalah: Role model, Kondisioning operan, Sensitisasi sistematis, Pengendalian diri, Terapi aversi atau releks kondisi

#### h. Terapi bermain

Terapi bermain diterapkan karena ada anggapan dasar bahwa anak-anak akan dapat berkomunikasi dengan baik melalui permainan dari pada dengan ekspresi verbal. Dengan bermain perawat dapat mengkaji tingkat perkembangan, status emosional anak, hipotesa diagnostiknya, serta melakukan intervensi untuk mengatasi masalah anak tersebut

#### i. Terapi psikoreligius/spritual

Terapi psikoreligius/ spritual adalah terapi yang biasanya melalui pendekatan keagamaan.

Fungsi dan Tujuan Terapi

Adapun fungsi terapi sebagai berikut :

- 1) Fungsi pencegahan (*Preventif*). Dengan mempelajari, memahami, dan mengaplikasikan terapi ini, maka seseorang akan terhindar dari hal-hal, keadaan atau peristiwa yang membahayakan dirinya, jiwa, mental, spiritual atau moralnya.
- 2) Fungsi Penyembuhan (*Treatment*). Dengan adanya terapi ini akan membantu seseorang melakukan pengobatan, penyembuhan, dan perawatan terhadap gangguan atau penyakit, khususnya terhadap gangguan mental, spiritual dan kejiwaan seperti dengan dzikrullah, hati dan jiwa menjadi tenang dan damai dan lain sebagainya.
- 3) Fungsi pensucian dan pembersihan (*sterilisasi/purification*). Terapi ini melakukan upaya pensucian-pensucian diri dari dosa. Sedangkan tujuan dari terapi adalah:
  - a) Memberikan pertolongan kepada setiap individu agar sehat jasmani dan rohani atau mental, spiritual dan moral.

- b) Menggali dan mengembangkan potensi esensi sumber daya insani.
- c) Mengantarkan individu kepada perubahan konstruksi dalam kepribadian dan etos kerja.
- d) Meningkatkan kualitas keimanan, keislaman, keikhlasan dan ketauhidan dalam kehidupan sehari-hari dan nyata.
- e) Mengantarkan individu mengenal, mencintai dan berjumpa dengan esensi diri atau jati diri dan citra diri serta dzat Yang Maha Suci yaitu Allah SWT.

### 3. Terapi Spiritual Dzikir

#### a. Definisi Dzikir

Dzikir dan bacaan dalam shalat membuat hati seseorang menjadi tenang. Keadaan tenang dan rileks mempengaruhi kerja sistem syaraf dan endokrin. Pada orang yang stress dan tegang, *corteks adrenal* akan terangsang untuk mensekresi *cortisol* secara berlebihan sehingga terjadi peningkatan metabolisme tubuh secara mendadak, apabila hal ini berlangsung lama maka akan menurunkan sistem immunitas tubuh. Dengan bacaan do'a dan berdzikir orang akan menyerahkan segala permasalahan kepada Allah, sehingga beban stress yang di himpitnya mengalami penurunan (Yosep, 2007).

Secara etimologi, dzikir berasal dari bahasa Arab, yaitu *dzakara*, *yadzkaru*, *dzikr* (نَكَرِيَ نَكَرًا) yang berarti menyebut, mengingat. Dzikir dalam pengertian mengingat Allah sesuai dengan al-Qur'an surat an-Nisa' (4) ayat 1037 sebagai berikut:

الصَّلَاةَ فَأَقِيمُوا اطمأننتم فإذا َّ جنوبكم وعلى وفعودا قياما الله فاذكروا الصلاة قضيتهم فإذا  
موفوتنا كتابا المؤمنين على كانت الصلاة إن َّ

( ٣٠١: انساء سره )

*Artinya: "Maka apabila kamu telah menyelesaikan shalat(mu), ingatlah Allah di waktu berdiri, di waktu duduk dan di waktu berbaring. Kemudian apabila kamu telah merasa aman, maka dirikanlah shalat itu (sebagaimana biasa). Sesungguhnya shalat itu*

adalah fardhu (kewajiban) yang ditentukan waktunya atas orang-orang yang beriman” (QS. An-Nisa’:103).

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia, zikir mempunyai arti puji-pujian kepada Allah yang diucapkan secara berulang. Jadi zikir kepada Allah (*dzikrullah*) secara sederhana dapat diartikan ingat kepada Allah atau menyebut nama Allah secara berulang-ulang. Dzikir dalam pengertian mengingat Allah, sebaiknya dilakukan setiap saat, baik secara lisan maupun dalam hati. Dimanapun kita berada, sebaiknya selalu ingat kepada Allah S.W.T sehingga akan menimbulkan cinta kepada Allah S.W.T serta malu berbuat dosa dan maksiat kepadanya.

Sedangkan dzikir dalam arti menyebut nama Allah yang diamalkan secara rutin, biasa disebut wirid. Dan amalan ini termasuk ibadah mahdhoh, yaitu ibadah langsung kepada Allah S.W.T. Sebagai ibadah mahdhoh, maka dzikir jenis ini terikat dengan norma-norma ibadah langsung kepada Allah S.W.T yaitu harus ma'tsur (Arvitasari, Nurul Wahyu, 2006)

Dari pengertian dzikir di atas, masih banyak lagi pengertian dzikir yang dikemukakan oleh para pakar. Namun, pengertian dzikir yang menjadi kajian dalam pembahasan ini adalah sebagai berikut:

1) Bacaan *Tahlil*

لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ

Artinya: “Tidak ada Tuhan yang sebenarnya yang berhak disembah, melainkan Allah.”

2) Bacaan *Tasbih*

سُبْحَانَ اللَّهِ

Artinya: “Maha Suci Allah

3) Bacaan *Tahmid*

الْحَمْدُ لِلَّهِ

Artinya: “Segala puji hanya bagi Allah Tuhan seru sekalian alam.”

4) Bacaan *Takbir*

اللَّهُ أَكْبَرُ

Artinya: “Allah maha besar”.

5) Bacaan *Istighfar*

أَسْتَغْفِرُ اللَّهَ الْعَظِيمَ

Artinya: “*Aku Mohon Ampun Kepada Allah Yang Maha Agung*”

6) Bacaan Asmaul Husna atau nama-nama yang baik yang merupakan 99 sifat-sifat Allah SWT. (Ash-Shiddieqy Hasbi, Teungku Muhammad. 2006)

Ditinjau dari makna yang terkandung dalam pengertian dzikir, dzikir mempunyai makna dengan suatu kegiatan mengingat dengan menghadirkan hati, lisan maupun tindakan. Ini mengandung arti bahwa orang yang berdzikir, akan bersedia melakukan apa yang diperintahkan oleh Allah, serta meninggalkan apa yang dilarang-Nya. Karena esensi (hakekat) dari dzikir adalah ketakwaan kepada Allah. Taqwa inilah yang merupakan puncak dari dzikrullah.

Dari beberapa pengertian tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa dzikir adalah pernyataan terima kasih kepada Allah S.W.T dengan bentuk pengagungan Asma Allah baik dengan getaran hati maupun lisan yang ditujukan untuk mendekatkan diri kepada Allah kemudian diimplikasikan terhadap perilaku dengan bentuk ketaqwaan (taqwa).

**b. Etika Berdzikir**

Agar dzikir bisa *khusyu'* dan membekas dalam hati, maka perlu dikerjakan sesuai adab yang diajarkan dalam Islam. Sebab kalau tidak, tentu dzikir hanya sekedar ucapan belaka, tidak akan membekas sama sekali. Menurut Baidi Bukhori dalam Albana menyatakan bahwa adab berdzikir antara lain:

- 1) *Kekhusyu'an* dan kesopanan, menghadirkan makna kalimat-kalimat dzikir, berusaha memperoleh kesan-kesannya, dan memperhatikan maksud-maksud serta tujuan-tujuannya.
- 2) Merendahkan suara sewajarnya disertai konsentrasi sepenuhnya dan kemauan secukupnya sampai tidak tercacau oleh sesuatu yang lain.

- 3) Menyesuaikan dzikir kita dengan suara jamaah, kalau dzikir itu dibaca secara berjamaah, maka tak seorang pun yang mendahului atau terlambat dari mereka, dan ketika itu dzikirnya jangan dimulai dari awal jika terlambat datang, tetapi ia harus memulai bersama mereka dari kalimat yang pertama kali ia dapatkan, kemudian setelah selesai, ia harus mengganti dzikir yang belum dibacanya. Hal ini dimaksudkan, agar tidak menyimpang dari bacaan yang semestinya, dan supaya tidak berlainan iramanya.
- 4) Bersih pakaian dan tempat, serta memelihara tempat-tempat yang dihormati dan waktu-waktu yang cocok. Hal ini menyebabkan adanya konsentrasi penuh, kejernihan hati dan keikhlasan niatnya.
- 5) Setelah selesai berdzikir dengan penuh kekhusyuan dan kesopanan, disamping meninggalkan perkataan yang tidak berguna juga meninggalkan permainan yang dapat menghilangkan faedah dan kesan dzikir sehingga efek dzikir akan selalu melekat pada diri pengamal dzikir.

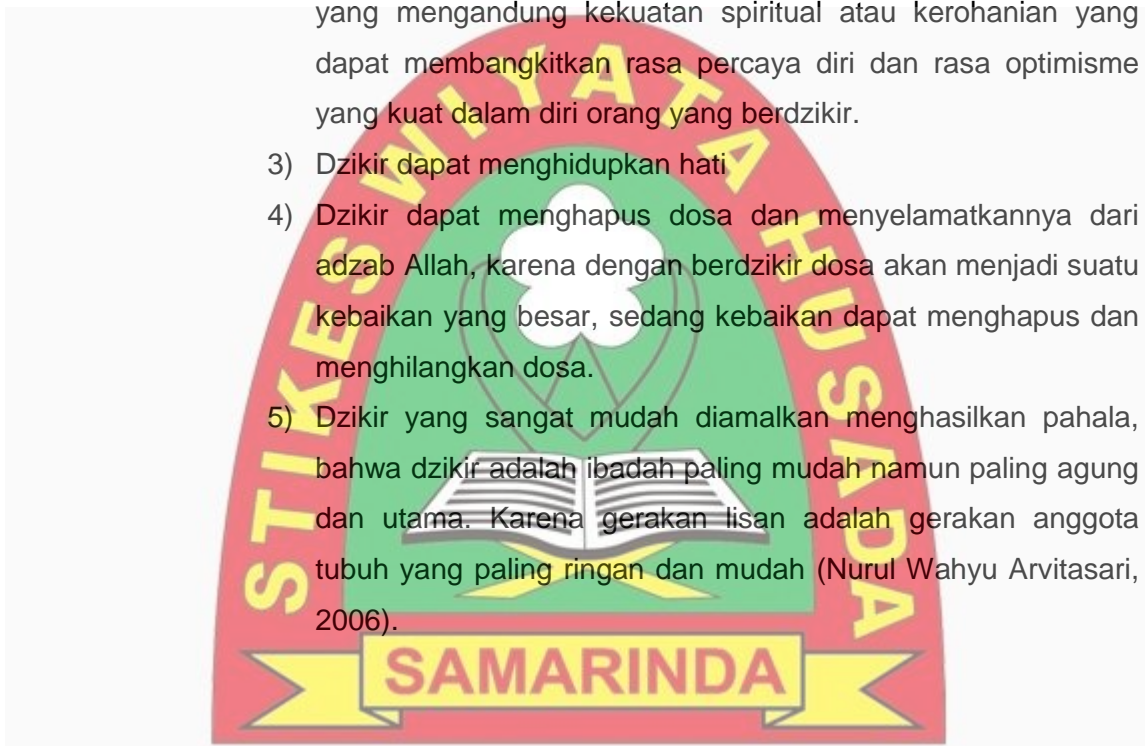
**c. Hikmah Berdzikir**

Banyak orang ingin mendapatkan kebaikan, kebahagiaan atau ketenangan hidup, dan dijauhkan dari kemudharatan. Namun tidak semua orang menyadari dan mau bersungguh-sungguh dalam mencapai keinginan tersebut. Padahal Allah SWT telah menjelaskan kunci-kunci kebaikan itu adalah dzikir kepada Allah SWT. Setiap Muslim tentu mengetahui, betapa utamanya berdzikir itu dan betapa besar manfaatnya. Dzikir merupakan pekerjaan yang mulia dan sangat bermanfaat, sebagai sarana untuk mendekatkan diri pada Allah SWT.

Para ulama dan Shalihin (orang-orang yang saleh) (dalam Inn'amuzzahidin) telah menguatkan keutamaan dzikir ini, dengan menyatakan bahwa seseorang yang dapat memadukan antara *tafakur* hatinya tentang siksa, nikmat, dan kesempurnaan kekuasaan Allah dengan sikap hati-hati (*wara'*) dari mendekati sesuatu yang haram dan Syubhat serta menerima ketentuan-ketentuan-Nya dan dengan dzikir kepada Allah, maka

sesungguhnya ia telah mendekati tindakan para wali, para *shidiqin*, dan *muqarrabin* (orang-orang yang dekat kepada Allah). Adapun keutamaan dan manfaat dzikir antara lain:

- 1) Dzikir dapat mengusir, menundukkan dan membakar setan, karena dzikir bagaikan benteng yang sangat kokoh yang mampu melindungi seorang hamba dari serangan musuh-musuhnya.
- 2) Dzikir dapat menghilangkan kesedihan, kegundahan, depresi dan dapat mendatangkan ketenangan, kebahagiaan dan kelapangan hidup. Karena dzikir merupakan *psikoterapeutik* yang mengandung kekuatan spiritual atau kerohanian yang dapat membangkitkan rasa percaya diri dan rasa optimisme yang kuat dalam diri orang yang berdzikir.
- 3) Dzikir dapat menghidupkan hati
- 4) Dzikir dapat menghapus dosa dan menyelamatkannya dari adzab Allah, karena dengan berdzikir dosa akan menjadi suatu kebaikan yang besar, sedang kebaikan dapat menghapus dan menghilangkan dosa.
- 5) Dzikir yang sangat mudah diamalkan menghasilkan pahala, bahwa dzikir adalah ibadah paling mudah namun paling agung dan utama. Karena gerakan lisan adalah gerakan anggota tubuh yang paling ringan dan mudah (Nurul Wahyu Arvitasari, 2006).



## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

#### A. Pengkajian Kasus

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 23 November 2017 jam 09.00 Wita dengan menggunakan format pengkajian keperawatan jiwa.

##### 1. Identitas Klien

Klien bernama Tn.D, laki-laki, umur 38 tahun, klien sudah menikah, beragama Islam, pendidikan SMA, alamat saat ini Muggu, Rt 003, Kelurahan Muggu, Kecamatan Long Kali, klien masuk Rumah Sakit tanggal 10 November 2017 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 23 November 2017 pukul 09.00 Wita diruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan diagnosa keperawatan Perubahan proses pikir: waham.

##### 2. Alasan Masuk

Pada catatan rekam medik, menjelaskan bahwa alasan Klien masuk adalah klien mengamuk dan mengganggu orang lain ± 1 bulan, klien marah-marah dan mengamuk dan mengganggu orang lain, klien sering terlihat berbicara dan tertawa sendiri, klien sulit tidur, sehari-hari masih bisa mengurus diri sendiri, ini sudah 5 kali masuk RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, terakhir kali 1 bulan yang lalu, setelah itu klien tidak pernah minum obat.

Dari pengakuan klien, klien mengatakan tidak sakit, klien mengatakan sehari-hari tinggal sendiri dan pekerjaannya sebagai jenderal, tidak ada melihat bayangan atau mendengar bisikan. Tidak ada melukai diri sendiri dan orang lain, klien mengatakan badannya pegal semua, klien mengatakan dahulu minum obat, sekarang sudah tidak minum obat karena sembuh.

##### 3. Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan sempat dirawat di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dari tahun 2017, karena tidak teratur minum obat akhirnya pasien kambuh lagi dan keluar masuk rumah sakit, klien telah lima kali masuk di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Klien tidak pernah mengalami penganiayaan fisik.



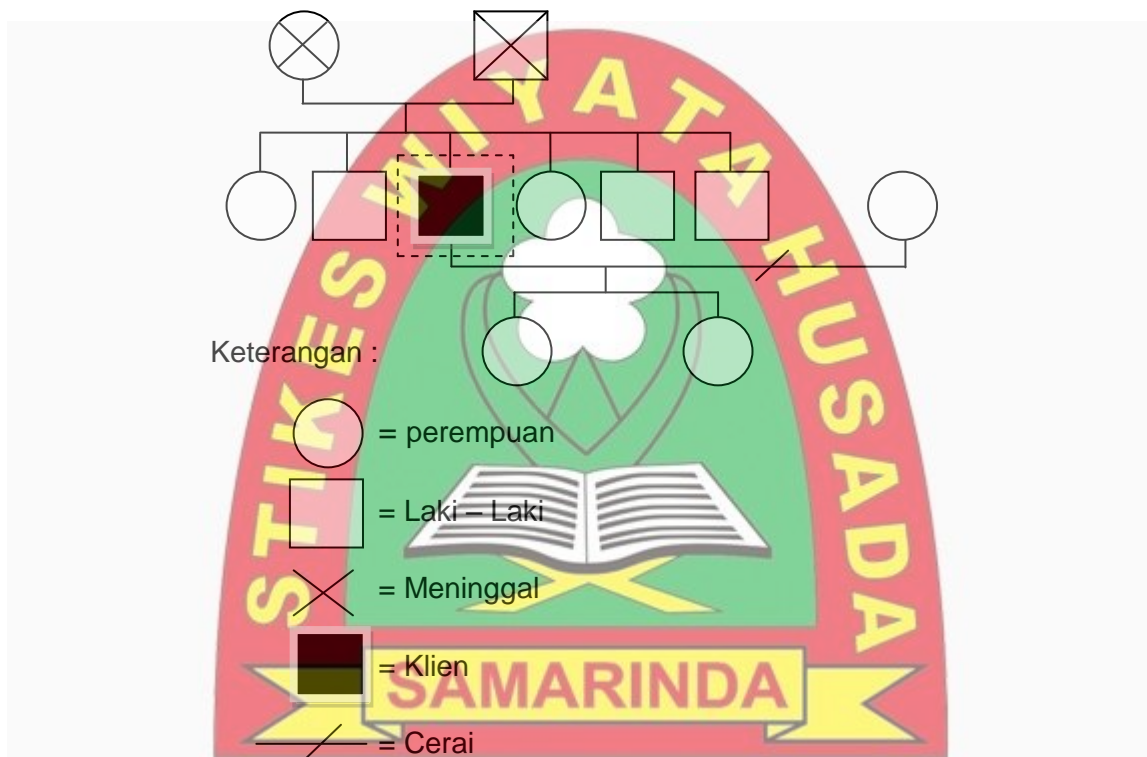
#### 4. Pengalaman yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan saat berpisah dengan istrinya.

#### 5. Pada pemeriksaan Fisik Tn. D. didapatkan hasil:

Pemeriksaan fisik yang penulis dapatkan meliputi tanda-tanda vital klien, dengan tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 kali/menit, suhu 36°C, respirasi 22 kali/menit, tinggi badan 155 cm, berat badan 65 kg, hasil pengkajian fisik tidak ditemukan keluhan pada klien.

#### 6. Psikososial



----- = Tinggal Satu Rumah

———— = Garis keturunan

**Skema 3.1 Genogram**

Pengkajian psikososial didapatkan dari data diatas yaitu pasien anak ke tiga dari enam bersaudara, pasien sudah menikah dan sudah mempunyai dua anak perempuan. Pada riwayat keluarga klien, tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

Pola konsep diri, pada gambaran diri klien mengatakan bagian tubuh yang disukai adalah seluruh anggota tubuhnya, tidak ada anggota tubuh yang tidak disukai, klien tidak mengalami kelainan fisik. Identitas diri, klien adalah seorang laki-laki berusia 38 tahun anak ke tiga dari enam bersaudara dan sudah menikah. Peran diri, klien sebagai kepala keluarga dengan dua anak tetapi saat ini klien sendiri, klien berpisah dengan istri dan anak klien. Ideal diri, klien berharap ingin cepat sembuh dan segera kembali pulang kerumah untuk menjalankan tugasnya seperti sedia kala. Berkumpul dengan keluarga dan teman-teman. Harga diri, klien mengatakan bahwa hubungan dengan orang lain saling menghargai satu sama lain. Tidak suka mengganggu dan tidak mau diganggu oleh orang lain.

Pola hubungan sosial, orang yang paling berarti dalam hidup klien adalah anaknya dan istrinya, tapi saat ini tidak lagi bersama. Peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat, klien mengatakan bahwa klien sering terlibat dalam kegiatan di lingkungan sekitar rumahnya seperti kerja bakti di sekitar rumah klien. Pada pengkajian pola spiritual, nilai dan keyakinan, klien mengatakan bahwa dirinya beragama Islam, kegiatan ibadah; klien mengatakan selama dirumah mengerjakan ibadah sholat lima waktu, selama dirumah sakit klien mengaku jarang melakukan ibadah sholat.

## **7. Status Mental**

Selama dirumah sakit klien berpenampilan cukup rapi, rambut lurus pendek, mandi 2x sehari dan keramas sekali dalam dua hari, baju diganti setiap pagi setiap habis mandi. Pembicaraan klien saat dikaji cukup kooperatif, inkoheren yang mana pembicaraan klien berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat yang lain yang tidak ada kaitannya, seperti ketika klien mengaku sebagai seorang jenderal, kemudian kalimat yang lain mengaku bekerja sebagai General Manager perusahaan sawit. kontak mata kurang. Aktivitas motorik klien kurang tenang, menunjukkan kegelisahan, otot muka terkontrol, tidak kompulsif, dan tidak ada tremor.

Alam perasaan, pada saat observasi klien terlihat sangat gembira, tersenyum dan mengatakan ke mahasiswa akan memberikan gaji ke setiap orang 20 juta. Afek klien labil, mudah tersinggung bila ada

penolakan. Interaksi selama wawancara, klien mau berinteraksi tetapi tidak lama dan perawat harus memulainya terlebih dahulu, kontak mata ada tetapi tidak tahan lama, tatapan mata klien cepat beralih, klien suka berbicara yang tentang dirinya yang merupakan anak dari nabi. Klien mengatakan tidak pernah mendengar suara-suara/bisikan saat ini.

Proses pikir pada saat wawancara *flights of ideas*, pembicaraan meloncat dari satu topik ke topik yang lainnya, seperti tentang pekerjaan klien yang mengaku dirinya sebagai seorang jenderal dan bekerja sebagai seorang general manager, pembicaraan selalu berulang-ulang tentang dirinya yang seorang jenderal, terkadang pembicaraan klien berubah-ubah. Isi pikir, klien mengatakan naik haji sudah 24 kali. Klien mengalami waham kebesaran, selain mengaku naik haji 24 kali, klien juga mengatakan dirinya anak seorang nabi, klien seorang jenderal, klien bekerja sebagai general manager di perusahaan sawit. Tingkat kesadaran komposmentis, orientasi waktu, tempat baik.

Hasil pengkajian memori daya ingat klien masih baik antara jangka pendek pada klien didapatkan klien mampu mengingat nama teman dan aktifitas yang dilakukan tadi pagi dan memori jangka panjang Tn D dapat mengingat kejadian yang lalu.

Tingkat konsentrasi klien mampu berhitung sederhana seperti berhitung 1 sampai 30 tanpa dibantu perawat. Klien mampu mengambil keputusan sederhana seperti, cuci tangan sebelum makan atau mandi terlebih dahulu sebelum beraktivitas. Daya tilik diri klien, klien mengatakan dirinya sehat, klien meningkari penyakit yang dideritanya.

#### **8. Kebutuhan persiapan pulang**

Pada pengkajian kebutuhan persiapan pulang, didapatkan data klien makan 3x sehari dengan teratur dan mandiri, klien makan habis 1 porsi yang disediakan oleh rumah sakit. Klien minum habis  $\pm$  1 botol besar air mineral (1600 ml) dalam sehari. Klien mengatakan BAB/BAK tidak ada gangguan pada saat BAB/BAK selalu dikamar mandi secara mandiri kemudian membersihkan dengan cara mengguyurnya dengan air dan dapat merapikan pakaiannya sendiri setelah selesai BAB/BAK. BAB 1x dalam dua hari dan BAK 4-5x sehari. Klien mandi dengan mandiri, mandi 2x sehari dengan memakai sabun dan menggosok gigi. Klien setelah mandi dapat berhias dan berpakaian sendiri, ganti baju sehari

satu kali. Istirahat tidur, klien tidur sehari kurang lebih 8 sampai 9 jam, tidur malam pukul 21.00 WITA, bangun pagi jam 05.00 WITA, pada saat siang hari kadang tidur kurang lebih 2 jam. Penggunaan obat mengatakan sehabis makan klien selalu minum obat (pagi dan sore) yang disediakan oleh perawat.

### 9. Mekanisme Koping

Pada pengkajian mekanisme koping, mekanisme koping klien bila ada masalah dipendam, tidak mudah untuk mengutarakan apa yang dirasakan oleh klien. Klien adalah pasien ulangan yang keluar masuk rumah sakit, klien mengaku putus obat karena merasa sudah sembuh.

### 10. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan berinteraksi dengan lingkungan masyarakat selama ada di rumah dan bergotong royong. Klien dapat diterima baik dengan masyarakat, tetapi klien mengatakan keluarga klien tidak dekat dengan klien. Pengetahuan yang kurang yaitu klien kurang mengetahui tentang fungsi obat yang telah diberikan oleh perawat sehingga klien selalu putus obat.

### 11. Aspek Medik

Dengan diagnosa medik F.20.3 (skizofrenia tidak terinci). Klien mendapatkan terapi obat yaitu terapi medis meliputi, *Risperidone 2X2mg, Depakote ER 1 x 500 mg*

## B. Diagnosa Keperawatan

### 1. Kerusakan Komunikasi verbal

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, didapatkan data subjektif, klien yang mengaku dirinya sebagai seorang jenderal dan bekerja sebagai seorang general manager, naik haji sebanyak 24 kali. Data objektif didapatkan data proses pikir pada saat wawancara *flights of ideas*, pembicaraan meloncat dari satu topik ke topik yang lainnya.

### 2. Perubahan proses pikir: waham

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, didapatkan data subjektif Klien mengatakan dirinya seorang jenderal Klien mengatakan dirinya bekerja sebagai general manager di perusahaan sawit, Klien

mengatakan dirinya anak nabi, klien mengatakan dirinya sehat, klien mengingkari penyakit yang dideritanya. Data Objektif di dapatkan data pembicaraan klien saat dikaji cukup kooperatif, namun tidak lama, mondar mandir, labil, tidak dapat berorientasi secara realita, pembicaraan berulang-ulang, inkoheren yang mana pembicaraan klien berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat yang lain yang tidak ada kaitannya, seperti ketika klien mengaku sebagai seorang jenderal, kemudian kalimat yang lain mengaku bekerja sebagai General Manager perusahaan sawit.

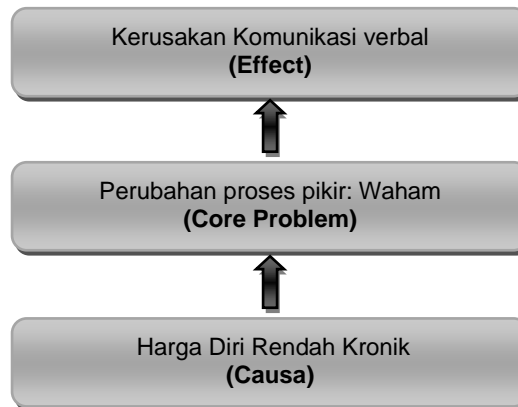
Alam perasaan, pada saat observasi klien terlihat sangat gembira, tersenyum dan mengatakan ke mahasiswa akan memberikan gaji ke setiap orang 20 juta. Afek klien labil, mudah tersinggung bila ada penolakan. Interaksi selama wawancara, klien mau berinteraksi tetapi perawat harus memulainya terlebih dahulu, kontak mata ada tetapi tidak tahan lama, tatapan mata klien cepat beralih, klien suka berbicara yang tentang dirinya yang merupakan anak dari nabi. Klien mengatakan tidak pernah mendengar suara-suara/bisikan saat ini.

Proses pikir pada saat wawancara *flights of ideas*, pembicaraan meloncat dari satu topik ke topik yang lainnya, seperti tentang pekerjaan klien yang mengaku dirinya sebagai seorang jenderal dan bekerja sebagai seorang general manager, pembicaraan selalu berulang-ulang tentang dirinya yang seorang jenderal, terkadang pembicaraan klien berubah-ubah. Isi pikir, klien mengatakan naik haji sudah 24 kali. Klien mengalami waham kebesaran, selain mengaku naik haji 24 kali, klien juga mengatakan dirinya anak seorang nabi, klien seorang jenderal, klien bekerja sebagai general manager di perusahaan sawit. Tingkat kesadaran composmentis, orientasi waktu, tempat baik. Memori jangka panjang Tn D tidak dapat mengingat kejadian yang lalu, klien mengingkari penyakitnya.

### 3. Harga Diri Rendah Kronik

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, didapatkan data objektif klien lebih suka menyendiri, klien tidak dekat dengan keluarga, klien suka melamun, kontak mata kurang.

## Pohon Masalah



(Damaiyanti, M & Iskandar, 2014)

Skema 3.2 Pohon Masalah Kasus Kelolaan

### Masalah Keperawatan

- Kerusakan Komunikasi Verbal
- Perubahan Proses pikir: waham
- Harga Diri Rendah Kronik

### C. Intervensi Keperawatan

#### 1. Perubahan proses pikir: waham

Tabel 3.1 Intervensi Perubahan Proses Pikir: Waham

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
	Tujuan	Intervensi
Perubahan Proses pikir waham	<b>Pasien mampu :</b> a. Berorientasi kepada realitas secara bertahap b. Mampu berinteraksi dengan orang lain & lingkungan c. Menggunakan obat dgn prinsip 6 benar <b>Kriteria Evaluasi :</b> Setelah.....kali pertemuan pasien dapat memenuhi kebutuhannya	<b>SP. 1 (TGL.....)</b> 1. Identifikasi kebutuhan pasien 2. Bicara konteks realita (tidak mendukung atau membantah waham pasien) 3. Latih pasien untuk memenuhi kebutuhannya 4. Masukkan dalam jadwal harian pasien
	Setelah.....kali pertemuan pasien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan & mampu menyebutkan serta memilih kemampuan yg dimiliki	<b>SP. 2 (TGL.....)</b> 1. Evaluasi kegiatan yg lalu (SP. 1) 2. Identifikasi potensi/kemampuan yg dimiliki 3. Pilih & latih potensi/kemampuan yg dimiliki 4. Masukkan dlm jadwal kegiatan pasien

Setelah.....kali pertemuan pasien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan & mampu memilih kemampuan lain yg dimiliki	<b>SP. 3 (TGL.....)</b> 1. Evaluasi kegiatan yg lalu (SP. 1 & SP. 2) 2. Pilih kemampuan yg dpt dilakukan 3. Pilih dan latih potensi kemampuan lain yang dimiliki 4. Masukkan dlm jadwal kegiatan pasien
<b>Keluarga mampu :</b> a. Mengidentifikasi waham pasien b. Memfasilitasi pasien untuk memenuhi kebutuhannya c. Mempertahankan program pengobatan pasien secara optimal <b>Kriteria Evaluasi :</b> Setelah.....kali pertemuan kelg mampu mengidentifikasi masalah dan mampu menjelaskan cara merawat pasien	<b>SP. 1 (TGL.....)</b> 1. Identifikasi masalah kelg dlm merawat pasien 2. Jelaskan proses terjadinya waham 3. Jelaskan tentang cara merawat pasien waham 4. Latih (stimulasi) cara merawat 5. RTL kelg/jadwal merawat pasien
Setelah .....kali pertemuan kelg mampu menyebutkan kegiatan yg sesuai dilakukan & mampu memperagakan cara merawat pasien	<b>SP. 2 (TGL.....)</b> 1. Evaluasi kegiatan yg lalu (SP. 1) 2. Latih keluarga cara merawat (langsung ke pasien) 3. RTL keluarga
Setelah.....kali pertemuan kelg mampu mengidentifikasi masalah dan mampu menjelaskan cara merawat pasien	<b>SP. 3 (TGL.....)</b> 1. Evaluasi kemampuan keluarga 2. Evaluasi kemampuan pasien 3. RTL keluarga : a. Follow Up b. Rujukan

(Damaiyanti, M & Iskandar, 2014)

### Intervensi Inovatif pada klien dengan perubahan proses pikir: waham

Intervensi inovasi yang dilakukan adalah terapi modalitas, terapi spiritual dzikir terhadap penurunan perubahan proses pikir: waham, Intervensi tersebut diterapkan secara kontinyu selama tujuh hari mulai tanggal 23 November 2017 sampai tanggal 01 Desember 2017 untuk melihat keefektifan terapi dzikir yang dilakukan selama 10 menit.

**Tabel 3.2 Intervensi Inovasi Terapi Spiritual Dzikir**

Tujuan	Diagnosa keperawatan	Intervensi Inovasi
Klien mampu: 1. Mampu mengurangi atau menghilangkan tanda dan gejala dari perubahan proses	Perubahan Proses Pikir: Waham	<b>A. Tahap Pra Interaksi</b> Persiapan Alat dan Lingkungan  1. Persiapan perlengkapan ibadah (seperti tasbeih, sajadah, dsb)

<p>pikir: waham</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mampu menurunkan frekuensi waham setelah berdzikir</li> <li>3. Menjelaskan manfaat berdzikir terhadap waham</li> <li>4. Mampu berdzikir saat muncul waham</li> <li>5. Merasa nyaman saat berdzikir setelah muncul waham</li> <li>6. Mampu melafazkan bacaan dzikir</li> <li>7. Mampu menyampaikan perasaannya setelah berdzikir</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Lingkungan yang hening sehingga dapat berkonsentrasi secara penuh</li> </ol> <p><b>B. Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi respon klien</li> <li>2. Menyapa dan menyebut nama klien</li> <li>3. Menanyakan keluhan klien</li> </ol> <p><b>C. Tahap Interaksi</b></p> <p>Langkah-langkah respon rileksasi menurut Dr.dr Samsuridjal Djauzi, SpPD., KAI (2008) antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pilihlah kalimat spiritual yang akan digunakan</li> <li>2. Duduklah dengan santai</li> <li>3. Tutup mata</li> <li>4. Kendurkan otot-otot</li> <li>5. Bernapaslah secara alami dan mulai mengucapkan kalimat spiritual yang dibaca secara berulang-ulang</li> <li>6. Bila ada pikiran yang mengganggu, kembalilah fokuskan pikiran</li> <li>7. Lakukan selama 10 menit</li> <li>8. Jika sudah selesai, jangan langsung berdiri duduklah dulu dan beristirahat, buka pikiran kembali, barulah berdiri dan melakukan kegiatan kembali.</li> </ol> <p><b>D. Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi klien untuk bisa menggunakan terapi spiritual dzikir</li> </ol> <p><b>E. Tahap Evaluasi</b></p> <p>Kriteria Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji proses dan hasil dari terapi spiritual dzikir menggunakan lembar observasi .</li> <li>2. Berpamitan pada klien</li> <li>3. Mendokumentasikan tindakan dan respon klien dalam catatan keperawatan</li> </ol>
--	--	--

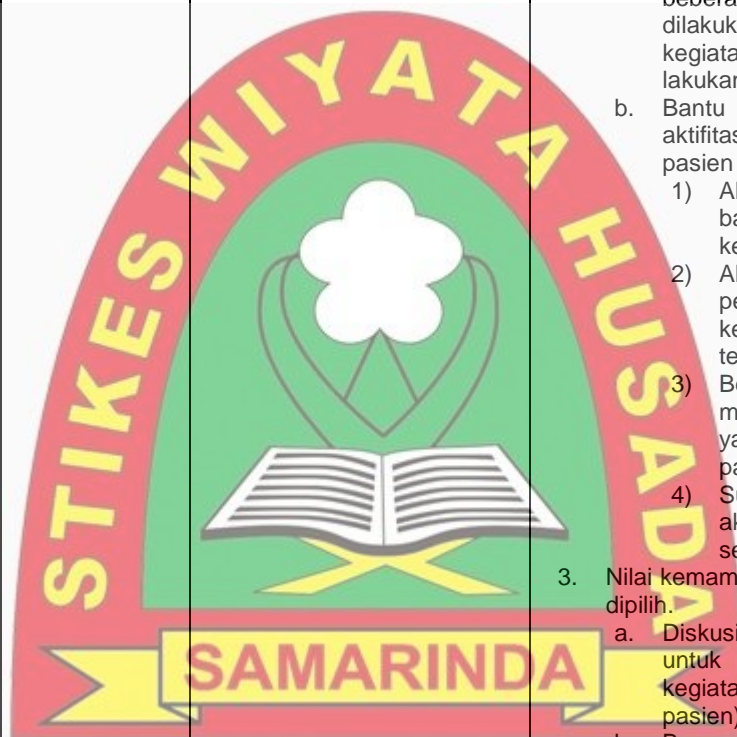
## 2. Harga Diri Rendah Kronik

Tabel 3.3 Intervensi Harga Diri Rendah Kronik

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
	Tujuan	Intervensi
Gangguan konsep diri : harga diri rendah	<p><b>Pasien mampu :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki</li> <li>2. Menilai kemampuan yang dapat di gunakan</li> <li>3. Menetapkan atau memilih kegiatan yang sesuai dengan</li> </ol>	<p><b>SP. 1 (TGL .....)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan pasien di rumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien.</li> </ol> </li> </ol>



	<p>kemampuan</p> <p>4. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya.</p> <p><b>Kriteria Evaluasi :</b> Setelah ..... kali pertemuan klien dapat mengidentifikasi kemampuan aspek positif yang dimiliki, memiliki kemampuan yang dapat digunakan, memilih kegiatan sesuai kemampuan, melakukan kegiatan yang sudah dipilih dan merencanakan kegiatan yang sudah dilatih</p>	<p>b. Beri pujian yang realistis dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian yang negatif</p> <p>c. Nilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini</p> <p>d. Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih digunakan saat ini.</p> <p>e. Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien</p> <p>f. Perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif</p> <p>2. Pilih kemampuan yang akan dilatih</p> <p>a. Diskusikan dengan pasien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari</p> <p>b. Bantu pasien menetapkan aktifitas mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Aktifitas yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga</li> <li>2) Aktifitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien</li> <li>3) Beri contoh cara melaksanakan aktifitas yang dapat dilakukan pasien</li> <li>4) Susun bersama pasien aktifitas atau kegiatan sehari-hari</li> </ol> <p>3. Nilai kemampuan pertama yang telah dipilih.</p> <p>a. Diskusikan dengan pasien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih pasien) yang akan dilatihkan</p> <p>b. Bersama pasien dan keluarga memperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan pasien</p> <p>c. Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai kemajuan yang diperlihatkan pasien</p> <p>4. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Beri kesempatan kepada pasien untuk mencoba kegiatan</li> <li>b. Beri pujian atas aktifitas/kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari</li> <li>c. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi dan perubahan setiap pasien</li> <li>d. Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan bersama</li> </ol>
--	---	--



		<p>pasien dan keluarga</p> <p>e. Berikan kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan</p> <p>f. Yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktifitas yang dilakukan pasien</p>
		<p><b>SP. 2 (TGL.....)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp. 1)</li> <li>2. Pilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan</li> <li>3. Latih kemampuan yang dipilih</li> <li>4. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien</li> </ol>
		<p><b>SP.3 (TGL.....)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp. 1 &amp; Sp. 2)</li> <li>2. Memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan</li> <li>3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien</li> </ol>
	<p><b>Keluarga mampu :</b> Merawat pasien dengan harga diri rendah di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien</p> <p><b>Kriteria Evaluasi :</b> Setelah.....kali pertemuan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diharapkan keluarga mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien</li> <li>2. Menyediakan fasilitas untuk pasien melakukan kegiatan</li> <li>3. Mendorong pasien melakukan kegiatan</li> <li>4. Memuji pasien saat pasien dapat melakukan kegiatan</li> <li>5. Membantu melatih pasien</li> <li>6. Membantu menyusun jadwal kegiatan pasien</li> <li>7. Membantu perkembangan pasien</li> </ol>	<p><b>SP. 1 (TGL.....)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi masalah yang dirasakan dalam merawat pasien</li> <li>2. Jelaskan proses terjadinya HDR</li> <li>3. Jelaskan tentang cara merawat pasien</li> <li>4. Main peran dalam merawat pasien HDR</li> <li>5. Susun RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat pasien</li> </ol>
		<p><b>SP. 2 (TGL.....)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kemampuan Sp. 1</li> <li>2. Latih keluarga langsung ke pasien</li> <li>3. Menyusun RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat pasien</li> </ol>
		<p><b>SP. 3 (TGL.....)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kemampuan keluarga</li> <li>2. Evaluasi kemampuan pasien</li> <li>3. RTL keluarga <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Follow Up</li> <li>b. Rujukan</li> </ol> </li> </ol>

(Damaiyanti, M & Iskandar, 2014)

## D. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan

No	Tgl/ Jam	Implementasi	Evaluasi proses
1	Kamis 23/11/2017 09.00 wita	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kebutuhan pasien</li> <li>Membicarakan konteks realita (tidak mendukung atau membantah waham pasien)</li> <li>Melatih pasien untuk memenuhi kebutuhannya</li> <li>Memasukkan dalam jadwal harian pasien</li> </ol>	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan dirinya seorang jenderal</li> <li>Klien mengatakan dirinya anak nabi</li> <li>Klien mengatakan sudah naik haji sebanyak 24 kali</li> <li>Klien mengatakan dirinya sehat dan tidak sakit</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontak mata klien kurang</li> <li>Klien dapat memenuhi kebutuhannya sendiri</li> <li>Klien belum dapat diorientasi ke realita</li> <li>Proses pikir klien masih flight of idea</li> <li>klien mengatakan hal yang berbeda dengan kenyataan secara berulang-ulang</li> </ul>
2	Jumat 24/22/2017 09.00 wita	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kebutuhan pasien</li> <li>Membicarakan konteks realita (tidak mendukung atau membantah waham pasien)</li> <li>Melatih pasien untuk memenuhi kebutuhannya</li> <li>Melatih terapi spiritual dzikir</li> <li>Memasukkan dalam jadwal harian pasien</li> </ol>	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan salah satu mahasiswa adalah istri keduanya</li> <li>Klien mengatakan manfaat dari berdzikir agar lebih dekat dengan Allah</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontak mata kurang</li> <li>Afek labil</li> <li>Ekspresi wajah sedih ketika adik mahasiswa tersebut mengatakan telah menikah dengan lelaki lain, bukan klien</li> <li>Klien mngembalikan kertas, yang klien percayai sebagai surat nikah kepada mahasiswa tersebut</li> <li>Klien dapat melafazkan dzikir dengan baik</li> </ul>
3	Senin 27/11/2017 09.00 wita	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kebutuhan pasien</li> <li>Membicarakan konteks realita (tidak mendukung atau membantah waham pasien)</li> <li>Melatih pasien untuk memenuhi kebutuhannya</li> <li>Mendampingi klien melakukan terapi spiritual dzikir</li> <li>Memasukkan dalam jadwal harian pasien</li> </ol>	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan dirinya seorang jenderal</li> <li>Klien mengatakan sedikit nyaman setelah melakukan dzikir</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontak mata kurang</li> <li>Klien melakukan aktivitas secara mandiri</li> <li>Klien terkadang melamun</li> <li>Klien lebih suka menyendiri</li> </ul>

4	<p>Selasa 28/11/2017 09.00 wita</p> <p>13.00 wita</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kegiatan yg lalu (SP. 1)</li> <li>2. Mengidentifikasi potensi/kemampuan yg dimiliki</li> <li>3. Memilih &amp; melatih potensi/kemampuan yg dimiliki</li> <li>4. Mendampingi klien melakukan terapi spiritual dzikir</li> <li>5. Memasukkan dlm jadwal kegiatan pasien</li> </ol>	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan malu setelah mengakui dirinya sebagai seorang jenderal</li> <li>• Klien mengatakan mulai kurang melamun dan mengganti dengan berdzikir</li> <li>• Klien mengatakan lebih rileks dan merasa lebih nyaman setelah berdzikir</li> <li>• Klien mengatakan dapat mengatur tempat tidur sendiri dan membersihkan meja makan setelah makan</li> <li>• Klien mengatakan dapat mengatur tempat tidur sendiri</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekspresi klien malu</li> <li>• Klien dapat berorientasi terhadap realita</li> <li>• Klien melakukan aktivitas tanpa bantuan perawat</li> <li>• Klien dapat melakukan latihan berdzikir selama kurang lebih 10 menit</li> <li>• Kontak mata ada</li> <li>• Tempat tidur klien bersih setelah dirapikan</li> </ul>
5	<p>Rabu 29/11/2017 09.00 wita</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kegiatan yg lalu (SP. 1 &amp; SP. 2)</li> <li>2. memilih kemampuan yg dpt dilakukan</li> <li>3. Memilih dan melatih potensi kemampuan lain yang dimiliki</li> <li>4. Memasukkan dlm jadwal kegiatan pasien</li> </ol>	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri</li> <li>• Klien membersihkan tempat tidur jam 06.00 wita</li> <li>• Klien mengatakan akan membersihkan meja makan setelah habis makan</li> <li>• Klien mengatakan pikiran menjadi lebih fokus</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri</li> <li>• Klien membersihkan meja makan, kursi klien kembalikan tempatnya semula, klien mencuci tangan</li> <li>• Klien melakukan dzikir selama kurang lebih 10 menit sebelum tidur siang</li> </ul>
6	<p>Kamis 30/11/2017 09.00 wita</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kegiatan yg lalu (SP. 1 &amp; SP. 2)</li> <li>2. Memilih kemampuan yg dpt dilakukan</li> <li>3. Memilih dan melatih potensi kemampuan lain yang dimiliki</li> <li>4. Mendampingi klien melakukan terapi spiritual dzikir</li> </ol>	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kegiatan yang dilakukan dari pagi membersihkan tempat tidur, mandi, sarapan pagi, membersihkan meja makan, mencuci tempat makan</li> <li>• Klien mengatakan bila nanti</li> </ul>

		5. Memasukkan dlm jadwal kegiatan pasien	<p>pulang klien ingin bekerja lagi, merawat kebun sawit klien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan lebih suka berdzikir pada malam hari sebelum tidur</li> <li>• Klien mengatakan nyaman dan rileks</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontak mata ada</li> <li>• Dapat memulai pembicaraan lebih dahulu</li> <li>• Penampilan klien rapi, bersih</li> <li>• Klien dapat melakukan terapi spiritual dzikir lebih khusyu</li> <li>• Ekspresi klien tenang</li> </ul>
7	Jumat 01/12/2017 09.00 wita	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kegiatan yg lalu (SP. 1 &amp; SP. 2)</li> <li>2. memilih kemampuan yg dpt dilakukan</li> <li>3. Memilih dan melatih potensi kemampuan lain yang dimiliki</li> <li>4. Mendampingi klien melakukan terapi spiritual dzikir</li> <li>5. Memasukkan dlm jadwal kegiatan pasien</li> </ol>	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan ingin pulang</li> <li>• Klien mengatakan dengan berdzikir hati menjadi tenang, semua permasalahan diserahkan kepada Allah SWT</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientasi realita baik</li> <li>• Kontak mata ada</li> <li>• Klien dapat melakukan dzikir secara mandiri</li> </ul>

### E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan

Hari/tgl/jam	Diagnosa	Catatan perkembangan	TTD
Kamis 23/11/2017 10.00 wita	1	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan dirinya seorang jenderal</li> <li>• Klien mengatakan dirinya anak nabi</li> <li>• Klien mengatakan sudah naik haji sebanyak 24 kali</li> <li>• Klien mengatakan dirinya sehat dan tidak sakit</li> <li>• Klien mengatakan minum obat pagi dan sore hari</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontak mata klien kurang</li> <li>• Klien dapat memenuhi kebutuhannya sendiri</li> <li>• Klien belum dapat diorientasi ke realita</li> <li>• Proses pikir klien masih <i>flight of idea</i></li> <li>• Klien mengatakan hal yang berbeda dengan kenyataan secara berulang-ulang</li> <li>• Klien terlihat gelisah, tidak lama berkomunikasi dengan perawat</li> </ul> <p>Assasment: Sp 1 P Belum tercapai Pasien belum mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berorientasi kepada realitas</li> <li>• Memulai pembicaraan dengan orang lain</li> </ul>	

		<p>Planning:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebutuhan pasien</li> <li>2. Bicara konteks realita (tidak mendukung atau membantah waham pasien)</li> <li>3. Latih pasien untuk memenuhi kebutuhannya</li> <li>4. Dampingi klien pelaksanaan terapi spiritual dzikir</li> <li>5. Masukkan dalam jadwal harian pasien</li> </ol>	
<p>Jumat 24/11/2017 10.00 wita</p>	1	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan salah satu mahasiswa adalah istri keduanya</li> <li>• Klien mengatakan salah satu mahasiswa pernah ikut naik haji bersama klien</li> <li>• Klien mengatakan dokter yang merawat klien adalah ibunya</li> <li>• Klien dapat melafazkan dzikir dengan baik</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontak mata kurang</li> <li>• Afek labil</li> <li>• Ekspresi wajah tiba-tiba sedih ketika adik mahasiswa tersebut mengatakan telah menikah dengan lelaki lain, bukan klien</li> <li>• Klien mengembalikan kertas, yang klien percayai sebagai surat nikah kepada mahasiswa tersebut</li> <li>• Klien dapat melakukan terapi dzikir walau belum maksimal</li> <li>• Klien mengatakan manfaat dari berdzikir agar lebih dekat dengan Allah</li> <li>• Pembicaraan masih berulang-ulang</li> </ul> <p>Assasment: Sp 1 P Belum tercapai Pasien belum mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berorientasi kepada realitas</li> <li>• Memulai pembicaraan dengan orang lain</li> </ul> <p>Planning:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebutuhan pasien</li> <li>2. Bicara konteks realita (tidak mendukung atau membantah waham pasien)</li> <li>3. Latih pasien untuk memenuhi kebutuhannya</li> <li>4. Dampingi klien pelaksanaan terapi spiritual dzikir</li> <li>5. Masukkan dalam jadwal harian pasien</li> </ol>	
<p>Senin 27/11/2017 10.00 wita</p>	1	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan dirinya seorang jenderal</li> <li>• Klien mengatakan sedikit nyaman setelah melakukan dzikir</li> <li>• Klien mengatakan klien suka melamun</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afek stabil</li> <li>• Kontak mata kurang</li> <li>• Pembicaraan masih berulang-ulang dan lompat-lompat</li> <li>• Klien tenang</li> <li>• Klien melakukan aktivitas secara mandiri</li> <li>• Klien terkadang melamun</li> <li>• Klien lebih suka menyendiri</li> <li>• Kliendapat berinteraksi dengan orang lain</li> <li>• Klien dapat melakukan dzikir</li> <li>• Klien mengatakan klien dapat membersihkan tempat tidur</li> </ul> <p>Assasment: Sp 1 P tercapai</p> <p>Planning:</p>	

		<p>Lanjutkan Sp2 P</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yg lalu (SP. 1)</li> <li>2. Identifikasi potensi/kemampuan yg dimiliki</li> <li>3. Pilih &amp; latih potensi/kemampuan yg dimiliki</li> <li>4. Dampingi klien pelaksanaan terapi spiritual dzikir</li> <li>5. Masukkan dlm jadwal kegiatan pasien</li> </ol>	
<p>Selasa 28/11/2017 13.10</p>	1	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan malu setelah mengakui dirinya sebagai seorang jenderal</li> <li>• Klien mengatakan mulai kurang melamun dan mengganti dengan berdzikir</li> <li>• Klien mengatakan lebih rileks dan merasa lebih nyaman setelah berdzikir</li> <li>• Klien mengatakan dapat mengatur tempat tidur sendiri dan membersihkan meja makan setelah makan</li> <li>• Klien mengatakan dapat mengatur tempat tidur sendiri</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afek stabil</li> <li>• Kontak mata ada</li> <li>• Ekspresi klien malu</li> <li>• Klien dapat berorientasi terhadap realita</li> <li>• Klien melakukan aktivitas tanpa bantuan perawat</li> <li>• Klien mengutarakan perasaan tenang setelah berdzikir</li> <li>• Klien dapat melakukan latihan berdzikir selama kurang lebih 10 menit</li> <li>• Kontak mata ada</li> <li>• Tempat tidur klien bersih setelah dirapikan</li> <li>• Tempat tidur klien bersih setelah dirapikan</li> <li>• Klien dapat berinteraksi</li> <li>• Tidak ada kegelisahan</li> </ul> <p>Assasment: Sp 2 P tercapai</p> <p>Planning: Lanjutkan Sp3 P</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yg lalu (SP. 1 &amp; SP. 2)</li> <li>2. Pilih kemampuan yg dpt dilakukan</li> <li>3. Pilih dan latih potensi kemampuan lain yang dimiliki</li> <li>4. Dampingi klien pelaksanaan terapi spiritual dzikir</li> <li>5. Masukkan dlm jadwal kegiatan pasien</li> </ol>	
<p>Rabu 29/11/2017 10.00 wita</p>	1	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri</li> <li>• Klien membersihkan tempat tidur jam 06.00 wita</li> <li>• Klien mengatakan akan membersihkan meja makan setelah habis makan</li> <li>• Klien mengatakan pikiran menjadi lebih fokus</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afek stabil</li> <li>• Tidak ada tanda-tanda melakukan kekerasan</li> <li>• Gerakan otot terkontrol</li> <li>• Klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri</li> <li>• Klien membersihkan meja makan, kursi klien</li> </ul>	

		<p>kembalikan ketempatnya semula, klien mencuci tangan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien melakukan dzikir selama kurang lebih 10 menit sebelum tidur siang</li> <li>• Klien mampu menyebutkan manfaat yang didapat dari berdzikir</li> </ul> <p>Assasment: Sp 3 P Tercapai</p> <p>Planning: Optimalkan Sp 3 p Dampingi klien pelaksanaan terapi spiritual dzikir</p>	
Kamis 30/11/2017 10.00 wita	1	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kegiatan yang dilakukan dari pagi membersihkan tempat tidur, mandi, sarapan pagi, membersihkan meja makan, mencuci tempat makan</li> <li>• Klien mengatakan bila nanti pulang klien ingin bekerja lagi, merawat kebun sawit klien</li> <li>• Klien mengatakan lebih suka berdzikir pada malam hari sebelum tidur</li> <li>• Klien mengatakan nyaman dan rileks</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontak mata ada</li> <li>• Afek stabil</li> <li>• Pembicaraan terarah</li> <li>• Klien mau berinteraksi</li> <li>• Dapat memulai pembicaraan lebih dahulu</li> <li>• Penampilan klien rapi, bersih</li> <li>• Klien dapat melakukan terapi spiritual dzikir lebih khusyu</li> <li>• Ekspresi klien tenang</li> </ul> <p>Assasment: Sp 3 P Tercapai</p> <p>Planning: Optimalkan Sp 3 p Dampingi klien pelaksanaan terapi spiritual dzikir</p>	
Jumat 01/12/2017 10.00	1	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan ingin pulang</li> <li>• Klien mengatakan dengan berdzikir hati menjadi tenang, semua permasalahan diserahkan kepada Allah SWT</li> </ul> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientasi realita baik</li> <li>• Dapat berinteraksi</li> <li>• Afek stabil</li> <li>• Kontak mata ada</li> <li>• Klien dapat melakukan dzikir secara mandiri</li> </ul> <p>Assasment: Sp 3 P Tercapai</p> <p>Planning: Lanjutkan Sp1K</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi masalah kelg dlm merawat pasien</li> <li>2. Jelaskan proses terjadinya waham</li> <li>3. Jelaskan tentang cara merawat pasien waham</li> <li>4. Latih (stimulasi) cara merawat</li> <li>5. RTL kelg/jadwal merawat pasien</li> </ol>	



## BAB IV ANALISA SITUASI

### A. Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam Samarinda terletak di Kakap nomor 23 Kota Samarinda. RSJD Atma Husada Mahakam sebagai rujukan satu-satunya di Kalimantan Timur mengenai kesehatan jiwa. Rumah Sakit ini memiliki status akreditasi penuh tingkat lanjut sebagai pengakuan bahwa rumah sakit ini telah memenuhi standar pelayanan yang meliputi: administrasi dan manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, rekam medis, farmasi, K3 dan pengendalian infeksi di rumah sakit.

Adapun layanan unggulan yang diberikan rumah sakit ini adalah klinik berhenti merokok, klinik hipnoterapi, pelayanan rehabilitasi penyalahgunaan dan ketergantuan NAPZA dan terapi gangguan tidur (polisomnografi). Selain itu rumah sakit ini memberikan beberapa jenis pelayanan seperti pelayanan rawat inap psikiatri, pelayanan rawat jalan psikiatri, pelayanan rawat jalan dan rawat inap psikologi, pelayanan gawat darurat psikiatri dan pelayanan NAPZA.

RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda menyediakan fasilitas rawat inap menjadi beberapa ruang kelas perawatan yaitu: Ruang Pergam (kelas I pria), Ruang Tiung (kelas II pria), Ruang Enggang (kelas I dan II wanita), Ruang Elang (kelas III pria), Ruang Gelatik (kelas III pria), Ruang Punai (kelas III wanita), Ruang Belibis (kelas III pria) dan Ruang UPIP.

Ruang IGD merupakan garda terdepan dalam mengatasi kegawatdaruratan psikiatri. Penanganan yang tepat di awal dapat mempercepat proses penyembuhan klien yang mengalami gangguan jiwa. Observasi klien pertama masuk juga dilakukan di ruangan ini guna menentukan diagnosa yang tepat. Biasanya observasi dilakukan dalam 8 jam sebelum dipindahkan ke ruang perawatan inap atau bisa juga langsung di pulangkan tanpa rawat inap sesuai dengan hasil observasi dan keadaan klien.

## B. Analisis Proses Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

Penulis akan menguraikan keterkaitan antara landasan teori dengan hasil Praktik Klinik Keperawatan pada klien Bapak D dengan masalah perubahan proses pikir: waham di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Data pengkajian diperoleh alasan klien masuk adalah klien mengamuk dan mengganggu orang lain ± 1 bulan, klien marah-marah dan mengamuk dan mengganggu orang lain, klien sering terlihat berbicara dan tertawa sendiri, klien sulit tidur, sehari-hari masih bisa mengurus diri sendiri, ini sudah 5 kali masuk RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, terakhir kali 1 bulan yang lalu, setelah itu klien tidak pernah minum obat. Pengakuan klien, klien mengatakan tidak sakit, klien mengatakan sehari-hari tinggal sendiri dan pekerjaannya sebagai jenderal, tidak ada melihat bayangan atau mendengar bisikan. Tidak ada melukai diri sendiri dan orang lain, klien mengatakan badannya pegal semua, klien mengatakan dahulu minum obat, sekarang sudah tidak minum obat karena sembuh, sehingga dari pihak keluarga membawa klien ke RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda untuk mendapatkan perawatan. Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh penulis sudah sesuai dengan konsep teori waham. Menurut Depkes RI (2000) waham adalah suatu keyakinan klien yang tidak sesuai dengan kenyataan, tetapi dipertahankan dan tidak dapat diubah secara logis oleh orang lain. Keyakinan ini berasal dari pemikiran klien yang sudah kehilangan kontrol (Direja, 2011).

Tanda dan gejala yang dialami Tn. D juga sesuai dengan teori Tanda dan Gejala Menurut Direja (2011), yaitu: Terbiasa menolak makan, tidak ada perhatian pada perawatan diri, Ekspresi wajah sedih dan ketakutan, gerakan tidak terkontrol, mudah tersinggung, isi pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dan bukan kenyataan, menghindar dari orang lain, mendominasi pembicaraan, berbicara kasar, menjalankan kegiatan keagamaan secara berlebihan. Diperoleh pula data pengkajian faktor predisposisi penyebab klien masuk yaitu klien merupakan klien ulangan untuk kelima kalinya dan klien mengalami putus obat sehingga pengobatan yang dijalankan tidak efektif, klien juga

tinggal sendiri, klien berpisah dengan istri dan anaknya, klien jarang melihat anaknya, data ini juga sesuai dengan konsep teori Seseorang yang merasa diasingkan dan kesepian dapat menyebabkan timbulnya waham (Direja, 2011).

Dalam pengumpulan data penulis menggunakan metode auto anamneses terhadap klien dan perawat yang merawatnya, observasi langsung terhadap penampilan dan perilaku klien. Pengkajian individu terdiri atas riwayat kesehatan (data subjektif) dan pemeriksaan fisik (data objektif).

Pemeriksaan fisik terdiri dari pemeriksaan tanda - tanda vital, kepala, mata, telinga, mulut, leher, dada, abdomen, kulit dan kuku. Hasil pemeriksaan fisik yang penulis lakukan pada klien didapatkan data sebagai berikut: pemeriksaan fisik yang penulis dapatkan meliputi tanda-tanda vital klien, dengan tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 kali/menit, suhu 36°C, pernapasan 22 kali/menit, tinggi badan 155 cm, berat badan 65 kg, hasil pengkajian fisik tidak ditemukan keluhan penyakit fisik pada klien.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Landasan untuk pemberian asuhan keperawatan kesehatan jiwa adalah pengenalan dan pengidentifikasian pola respon terhadap masalah kesehatan jiwa atau penyakit psikiatri yang aktual atau potensial (Damaiyanti, M & Iskandar, 2014).

Menurut Keliat (2009), pohon masalah pada perubahan proses pikir: waham dapat mengakibatkan klien mengalami kerusakan komunikasi verbal Berdasarkan masalah-masalah tersebut, maka disusun pohon masalah yaitu harga diri rendah sebagai penyebab, perubahan proses: pikir: waham sebagai *core problem* dan kerusakan komunikasi verbal sebagai *effect*.

## 3. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan mencakup perumusan diagnosis, tujuan serta rencana tindakan yang telah distandarisasi (Keliat dan Akemat, 2009). Pada dasarnya tindakan keperawatan terdiri dari tindakan observasi dan pengawasan (*monitoring*), terapi keperawatan,

pendidikan kesehatan dan kolaborasi (Nurjanah, 2004 dalam Damaiyanti, M & Iskandar, 2014).

Intervensi yang dilakukan pada masalah keperawatan perubahan proses pikir: waham pada penelitian ini menggunakan intervensi strategi pelaksanaan (SP) dan ditambah dengan intervensi inovasi Terapi Spiritual Dzikir

#### 4. Implementasi Keperawatan

Strategi pelaksanaan (SP) pada intervensi masalah keperawatan perubahan proses pikir: waham dapat diimplementasi secara keseluruhan kepada Tn. D selama 7 hari, hal ini didukung oleh klien telah kooperatif dalam menerima masukan/ intervensi yang diberikan oleh penulis, begitu juga intervensi inovasi terapi spiritual dzikir, dapat diaplikasikan kepada klien selama 6 hari dengan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang telah dibuat. Sedangkan untuk intervensi keperawatan pada masalah keperawatan harga diri rendah kronis belum dapat diimplementasikan kepada klien karena terbatasnya waktu praktik penulis.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada masalah keperawatan perubahan proses pikir: waham dari tindakan yang penulis lakukan dapat disimpulkan pada hari ke-7 yaitu Jumat, 01 Desember 2017 masalah perubahan proses pikir: waham teratasi dengan data klien mengatakan klien mampu berorientasi secara realita, secara bertahap, mampu berinteraksi dengan orang lain, dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari, mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan, serta memilih kemampuan lain yang dimiliki seperti membersihkan tempat tidur, membersihkan meja makan, ingin pulang dan kembali bekerja, klien juga mengatakan minum obatnya dua kali sehari, klien mengatakan obat yang diminum ada 2 macam yaitu obat warna krem namanya *Risperidone* 2 mg dosis 2 x 1 tablet dan obat warna biru *Depakote ER* 500 mg dosis 1 x 1 tablet. Klien mengatakan bahwa benar obatnya, benar orangnya, benar dosisnya, benar waktunya dan benar cara minumnya. Klien mampu untuk menjelaskan prinsip 5 B. Klien mampu menjelaskan jenis obat yang diminum.

Sebelum dilakukan terapi selalu berpikir tidak logis, orientasi terhadap realita buruk, topik pembicaraan klien melompat-lompat, pembicaraan yang berulang-ulang, kehilangan asosiasi, impulsif, mudah tersinggung. Setelah dilakukan terapi generalis dan terapi spiritual dzikir terdapat perubahan pada tanda dan gejala perubahan prose pikir: waham klien, yakni dapat berpikir logis, dapat berorientasi secara baik, topik pembicaraan tidak melompat-lompat, klien lebih stabil.

### C. Terapi Spiritual Dzikir

Pelaksanaan tindakan keperawatan inovasi memberikan terapi spiritual dzikir pada Tn. D yang dilakukan selama 6 hari dari tanggal 24 sampai 01 Desember 2017 di ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan tujuan untuk mengurangi tanda dan gejala waham berupa respon isi pikir, proses pikir, perilaku dan emosi. Berikut ini adalah hasil dari tindakan keperawatan inovasi pemberian Terapi Spiritual dzikir.

**Tabel 4.1 Perbedaan Tanda dan Gejala Perubahan Proses Pikir: waham sebelum dan sesudah intervensi inovasi terapi spiritual dzikir**

No	Aspek Penilaian	Data Pengkajian 23/11/2017	Evaluasi intervensi hari ke 6 01/12/2017
1	<b>Isi Pikir</b> Selalu berfikir tidak logis: curiga pada orang lain (hampir tidak ada jeda), berespon marah bila tidak ada orang lain yang mengingatkan	Ya	Tidak
2	Ide bunuh diri yang disebabkan karena curiga	Tidak	Tidak
3	Orientasi terhadap realita (waktu, tempat, orang) sangat buruk dan menolak dilakukan orientasi oleh orang lain	Ya	Tidak
4	<b>Proses Pikir</b> <i>Flight of Idea</i> ( topik pembicaraan melompat – lompat)	Ya	Tidak
5	Perservasi (pembicaraan berulang – ulang)	Ya	Tidak
6	Tangensial	Tidak	Tidak
7	Sirkumstiasial	Ya	Tidak
8	Kehilangan asosiasi	Ya	Tidak
9	<b>Perilaku</b> Melakukan Kekerasan ( <i>violence</i> ) pada diri sendiri / orang lain	Tidak	Tidak
10	Impulsif ( spontan )	Tidak	Tidak
11	Agitasi	Ya	Tidak
12	Menolak berinteraksi	Tidak	Tidak
13	Dengan orang lain (terutama pada petugas kesehatan) → mengurung diri	Tidak	Tidak
14	<b>Emosi</b> Mudah tersinggung (labil)	Ya	Tidak
15	Marah	Tidak	Tidak
Total		<b>8</b>	<b>0</b>

Dari hasil intervensi inovasi setelah dilakukan pemberian teknik intervensi inovasi terapi spiritual dzikir secara kontinyu menunjukkan bahwa terjadi perubahan pada respon isi pikir, prose pikir, perilaku dan emosi. Data sebelum intervensi berdasarkan data pengkajian keperawatan pada hari Kamis, 23 November 2017 diperoleh ada 8 tanda dan gejala dari respon yang dialami Tn. D, dan setelah diberikan intervensi inovasi terapi spiritual dzikir tidak didapatkan tanda dan gejala dari respon yang masih dialami Tn. D sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi spiritual dzikir setelah intervensi generalis dapat menurunkan dan menghilangkan tanda dan gejala perubahan proses pikir: waham pada respon isi pikir, poses pikir, perilaku dan emosi.

Dzikir dan bacaan dalam shalat membuat hati seseorang menjadi tenang. Keadaan tenang dan rileks mempengaruhi kerja sistem syaraf dan endokrin. Pada orang yang stress dan tegang, *corteks adrenal* akan terangsang untuk mensekresi *cortisol* secara berlebihan sehingga terjadi peningkatan metabolisme tubuh secara mendadak, apabila hal ini berlangsung lama maka akan menurunkan sistem immunitas tubuh. Dengan bacaan do'a dan berdzikir orang akan menyerahkan segala permasalahan kepada Allah, sehingga beban stress yang di himpitnya mengalami penurunan. (Yosep, 2007)

Menurut W.C.Hidayati (2014) menemukan bahwa terapi religius dzikir berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien halusinasi, ini juga sejalan dengan penelitian Wibowo, A (2016) mengatakan bahwa teknik berdzikir dapat menurunkan tanda dan gejala halusinasi pendengaran. Pendekatan spiritual (psikoreligius) bagi pelayanan kesehatan jiwa masih belum mendapatkan perhatian yang cukup memadai. Padahal aspek spiritual sebenarnya memiliki nilai yang luar biasa. Daniel Freedman mengatakan "di dunia ini ada dua lembaga besar yang berkepentingan dalam kesehatan manusia, yakni kedokteran dan agama", sedangkan Dadang Hawari (1999) mengatakan " Al-Quran adalah teks book kedokteran dan kesehatan jiwa" (Yosep, 2014).

Intervensi terapi spiritual dzikir sebagai salah satu intervensi pilihan tentunya memerlukan beberapa langkah untuk penerapannya, namun dirasakan oleh penulis masih terdapat kendala yang dapat menghambat hal

tersebut. Salah satunya adalah minimnya pengetahuan perawat tentang terapi spiritual dzikir karena merupakan salah satu terapi modalitas dalam ilmu keperawatan jiwa.

Pengaruh terapi spiritual dzikir terhadap penurunan respon isi pikir, proses pikir, perilaku dan emosi pada klien kelolaan ini juga menjadi dasar pentingnya pembahasan lebih lanjut terkait penerapannya menggunakan SPO yang ada. Oleh karena itu perlu dilakukan standarisasi pelaksanaan terapi spiritual dzikir berupa SPO yang berlaku di Bidang Pelayanan Keperawatan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Penerapan intervensi terapi spiritual dzikir sebagai salah satu intervensi pilihan dalam program Pelayanan Keperawatan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda berupa:

1. Peningkatan pengetahuan perawat tentang terapi spiritual dzikir melalui beberapa kegiatan seperti pelatihan dan sosialisasi tentang terapi spiritual dzikir oleh pakar spesialis keperawatan jiwa.
2. Pelaksanaan aplikasi terapi spiritual dzikir pada beberapa kasus perubahan proses pikir: waham di masing-masing ruang rawat inap sehingga dapat diperoleh *evidence based* dalam upaya mengembangkan terapi spiritual dzikir baik pada individu maupun kelompok.
3. Membuat usulan untuk memasukkan terapi spiritual dzikir ke dalam SAK sehingga dapat dibuat SPO terapi spiritual dzikir yang berlaku.



## BAB V PENUTUP

### A. Kesimpulan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang penulis laksanakan pada Tn. D dengan masalah keperawatan perubahan proses pikir: waham di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda diperoleh kesimpulan bahwa proses asuhan keperawatan:

1. Dalam melakukan pengkajian keperawatan memerlukan keterampilan komunikasi yang efektif dari perawat yang secara harfiah memicu proses keperawatan dalam kaitannya dengan pengumpulan data langsung pada individu dan sumber lain. Pengkajian pada Tn. D didapatkan alasan Klien masuk adalah klien mengamuk dan mengganggu orang lain ± 1 bulan, klien marah-marah dan mengamuk dan mengganggu orang lain, klien sering terlihat berbicara dan tertawa sendiri, klien sulit tidur, sehari-hari masih bisa mengurus diri sendiri, ini sudah 5 kali masuk RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, terakhir kali 1 bulan yang lalu, setelah itu klien tidak pernah minum obat.
2. Dalam menentukan diagnosa keperawatan jiwa ditentukan dengan membuat pohon masalah yang terdiri dari *core problem*, *causa* dan *effect*, dimana *core problem* adalah diagnosa keperawatan aktual berdasarkan prioritas. Dalam kasus kelolaan ini pohon masalah yaitu harga diri rendah kronis sebagai penyebab, perubahan proses pikir: waham sebagai *core problem*, kerusakan komunikasi verbal sebagai *effect*.
3. Dalam merencanakan tindakan keperawatan dengan mempertimbangkan sisi afektif, kognitif dan psikomotor serta tetap berorientasi kepada klien sebagai individu, kelompok dan keluarga. Untuk kasus kelolaan penulis menganalisa intervensi perubahan proses pikir: waham pada klien di Ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
4. Dalam implementasi yang diberikan pada pasien selain mengacu pada intervensi dan dagnosa harus memperhatikan kebutuhan pasien dan sesuai keluhan yang dirasakan oleh pasien.



5. Evaluasi hasil pemberian intervensi terapi spiritual dzikir pada klien dengan perubahan proses pikir: waham mengalami perubahan respon yang lebih baik setelah penerapan terapi spiritual dzikir.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Rumah Sakit**

- a. Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan dengan penetapan SPO terapi spiritual dzikir sebagai asuhan keperawatan dengan pendekatan berfikir rasional dapat dilakukan sebagai salah satu terapi penurunan respon isi pikir, proses pikir, perilaku dan emosi pasien dengan perubahan proses pikir: waham.
- b. Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan perawat tentang terapi spiritual dzikir melalui beberapa kegiatan seperti pelatihan dan sosialisasi.

### **2. Bagi Perawat**

Perawat dapat menggunakan terapi spiritual dzikir ini dalam melatih klien dengan perubahan proses pikir: waham untuk penurunan respon klien.

### **3. Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar dan menjadi referensi tambahan sehingga dapat menerapkan intervensi inovasi terapi spiritual dzikir dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan berfikir rasional pada klien perubahan proses pikir: waham.

### **4. Bagi Peneliti**

Diharapkan dapat melaksanakan aplikasi terapi spiritual dzikir pada klien perubahan proses pikir: waham di masing-masing ruang rawat inap dengan membuat grup terapis sehingga dapat diperoleh *evidence based* dalam upaya mengembangkan terapi spiritual dzikir baik pada individu maupun kelompok.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arvitasari, Nurul Wahyu dan In' amuzzahiddin Masyhudi. 2006. *Berdzikir dan Sehat Ala Ustadz H. Hari yono*. Semarang: Syifa Press.
- Ash-Shiddieqy Hasbi,Teungku Muhammad. 2006. *Pedoman Dzikir dan Do'a*. Semarang: Pustaka Rizki Putra.
- Baihaqi dkk, 2005. *Psikiatri (Konsep Dasar dan Gangguan-gangguan)*. Bandung: Refika Aditama.
- Damaiyanti, M dan Iskandar.2014. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Direja, A.H.S. 2011. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Fananda, M. et al. 2012. *Penerapan perawat dalam terapi psikoreligius untu k menurunkan tingkat stress pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Ernaldi Bahar Palembang*.
- Fitria, N. 2012. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hosseini. L et al., 2016. *The Islamic Perspective of Spiritual Intervention Effectiveness on Bio-Psychological Health Displayed by Gene Expression in Breast Cancer Patients*.
- <http://dahliarsj13.blogspot.co.id/2009/02/terapi-modalitas-dalam-keperawatan-jiwa.html> di akses tanggal 22 November 2017.
- <http://peraturan.go.id/uu/nomor-18-tahun-2014.html> diakses tanggal 04 Desember 2017.
- <http://www.depkes.go.id/article/print/16100700005peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat.html> di akses tanggal 04 Desember 2017.
- <http://www.idionline.org/berita/hari-kesehatan-jiwa-sedunia-penyebab-munculnya-gangguan-kesehatan-jiwa/> di akses tanggal 22 November 2017.
- <https://www.scribd.com/doc/211415632/Terapi-Spiritual> di akses tanggal 22 November 2017.
- Keliat. 2009. *Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa* .Jakarta: EGC.
- Kusumawati, F dan Hartono, Y. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Nasir, A dan Muhith, A. 2011. *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa*.Jakarta: Salemba Medika.
- Purba, dkk. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Masalah Psikososial dan Gangguan Jiwa*. Medan: USU Press.

Prabowo, E. 2014. *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Nuha Medika.

Stuart. 2013. *Principles and Practice of psychiatric nursing*. 10<sup>th</sup> edition. St Louis: Elsevier Mosb.

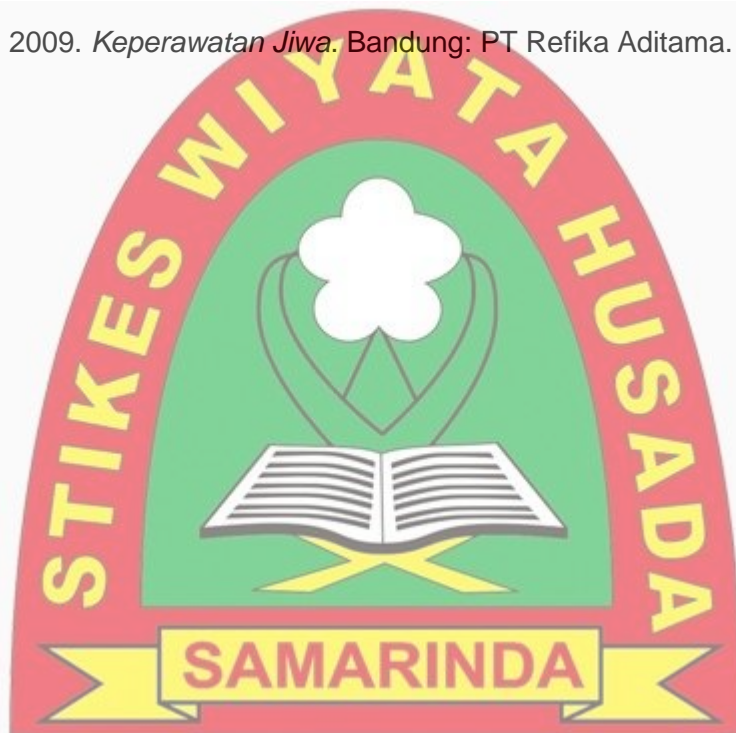
Supriyadi, et al. 2017. *Religious Therapy as an Alternative Treatment in Reducing the Cortisol Hormone And Blood Sugar*.

Survei Indikator Mutu IRNA. 2017. *Data mutu keperawatan Instalasi Rawat Inap periode tahun 2016 dan 2017*. Samarinda: RSJD Atma Husada Mahakam.

Videbeck, S.L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Yosep, I. 2007. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT. Refika Aditama.

\_\_\_\_\_. 2009. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.



	Penerapan terapi modalitas berupa terapi spiritual dzikir		
	Uraian Unit		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman 1 dari ...
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit	Disahkan Oleh	
PENGERTIAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapi yang menggunakan media dzikir mengingat Allah yang bertujuan untuk memfokuskan pikiran. Dengan bacaan do'a dan dzikir orang akan menyerahkan segala permasalahan kepada Allah, sehingga beban stress yang dihipitnya mengalami penurunan. (Fanada, 2012 dikutip Indri W, 2014)</li> <li>• Terapi dzikir merupakan salah satu terapi modalitas, terapi modalitas adalah terapi kombinasi dalam keperawatan jiwa, dimana perawat jiwa memberikan praktek lanjutan untuk menatalaksanakan terapi yang digunakan oleh pasien gangguan jiwa (Videbeck, 2008).</li> </ul>		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dzikir dapat mengusir, menundukkan dan membakar setan, karena dzikir bagaikan benteng yang sangat kokoh yang mampu melindungi seorang hamba dari serangan musuh-musuhnya.</li> <li>2. Dzikir dapat menghilangkan kesedihan, kegundahan, dan depresi, dan dapat mendatangkan ketenangan, kebahagiaan dan kelapangan hidup. Karena dzikir mengandung <i>psikoterapeutik</i> yang mengandung kekuatan spiritual atau kerohanian yang dapat membangkitkan rasa percaya diri dan rasa optimisme yang kuat dalam diri orang yang berdzikir.</li> <li>3. Dzikir dapat menghidupkan hati</li> <li>4. Dzikir dapat menghapus dosa dan menyelamatkannya dari adzab Allah, karena dengan berdzikir dosa akan menjadi suatu kebaikan yang besar, sedang kebaikan dapat menghapus dan menghilangkan dosa.</li> </ol>		
KEBIJAKAN			
PROSEDUR	<p><b>A. Tahap Pra Interaksi</b> Persiapan Alat dan Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan perlengkapan ibadah (seperti tasbeih, sajadah, dsb)</li> <li>2. Lingkungan yang hening sehingga dapat berkonsentrasi secara penuh</li> </ol> <p><b>B. Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi respon klien</li> <li>2. Menyapa dan menyebut nama klien</li> </ol>		

	<p>3. Menanyakan keluhan klien</p> <p><b>C. Tahap Interaksi</b> Langkah-langkah respon rileksasi menurut Dr.dr Samsuridjal Djauzi, SpPD., KAI (2008) antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pilihlah kalimat spiritual yang akan digunakan</li> <li>2. Duduklah dengan santai</li> <li>3. Tutup mata</li> <li>4. Kendurkan otot-otot</li> <li>5. Bernapaslah secara alami dan mulai mengucapkan kalimat spiritual yang dibaca secara berulang-ulang</li> <li>6. Bila ada pikiran yang mengganggu, kembalilah fokuskan pikiran</li> <li>7. Lakukan selama 10 menit</li> <li>8. Jika sudah selesai, jangan langsung berdiri duduklah dulu dan beristirahat, buka pikiran kembali, barulah berdiri dan melakukan kegiatan kembali.</li> </ol> <p><b>D. Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi klien untuk bisa menggunakan terapi spiritual dzikir</li> </ol> <p><b>E. Tahap Evaluasi</b> Kriteria Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji proses dan hasil dari terapi spiritual dzikir menggunakan lembar observasi .</li> <li>2. Berpamitan pada klien</li> <li>3. Mendokumentasikan tindakan dan respon klien dalam catatan keperawatan</li> </ol>
<p><b>UNIT TERKAIT</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instalasi Rawat Inap</li> <li>2. Komite keperawatan</li> </ol>



LAFADZ DZIKIR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Subhanallah “Maha suci ALLAH”

سُبْحَانَ اللَّهِ

Alhamdulillah “Segala Puji Bagi ALLAH”

الْحَمْدُ لِلَّهِ

Allahu Akbar “ALLAH Maha Besar”

اللَّهُ أَكْبَرُ

Lailaha illallah “Tiada Tuhan Selain ALLAH”

لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ

Astaghfirullah hal adzim “Aku mohon ampun kepada Allah yang maha agung”

أَسْتَغْفِرُ اللَّهَ الْعَظِيمَ



## Lembar Observasi

No	Aspek Penilaian	Pre		Post	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<b>Isi Pikir</b> Selalu berfikir tidak logis: curiga pada orang lain (hampir tidak ada jeda), berespon marah bila tidak ada orang lain yang mengingatkan				
2	Ide bunuh diri yang disebabkan karena curiga				
3	Orientasi terhadap realita (waktu, tempat, orang) sangat buruk dan menolak dilakukan orientasi oleh orang lain				
4	<b>Proses Pikir</b> <i>Flight of Idea</i> ( topik pembicaraan melompat – lompat)				
5	Perservasi (pembicaraan berulang – ulang)				
6	Tangensial				
7	Sirkumstasial				
8	Kehilangan asosiasi				
9	<b>Perilaku</b> Melakukan Kekerasan ( <i>violence</i> ) pada diri sendiri / orang lain				
10	Impulsif ( spontan )				
11	Agitasi				
12	Menolak berinteraksi				
13	Dengan orang lain (terutama pada petugas kesehatan) → mengurung diri				
14	<b>Emosi</b> Mudah tersinggung (labil)				
15	Marah				
	<b>Total</b>				

## Lembar Observasi

Tanggal: 23/11/2017

No	Aspek Penilaian	Pengkajian	
		Ya	Tidak
1	<b>Isi Pikir</b> Selalu berfikir tidak logis: curiga pada orang lain (hampir tidak ada jeda), berespon marah bila tidak ada orang lain yang mengingatkan	√	
2	Ide bunuh diri yang disebabkan karena curiga		√
3	Orientasi terhadap realita (waktu, tempat, orang) sangat buruk dan menolak dilakukan orientasi oleh orang lain	√	
4	<b>Proses Pikir</b> <i>Flight of Idea</i> ( topik pembicaraan melompat – lompat)	√	
5	Perservasi (pembicaraan berulang – ulang)	√	
6	Tangensial		√
7	Sirkumstasial	√	
8	Kehilangan asosiasi	√	
9	<b>Perilaku</b> Melakukan Kekerasan ( <i>violence</i> ) pada diri sendiri / orang lain		√
10	Impulsif ( spontan )		√
11	Agitasi	√	
12	Menolak berinteraksi		√
13	Dengan orang lain (terutama pada petugas kesehatan) → mengurung diri		√
14	<b>Emosi</b> Mudah tersinggung (labil)	√	
15	Marah		√
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>7</b>

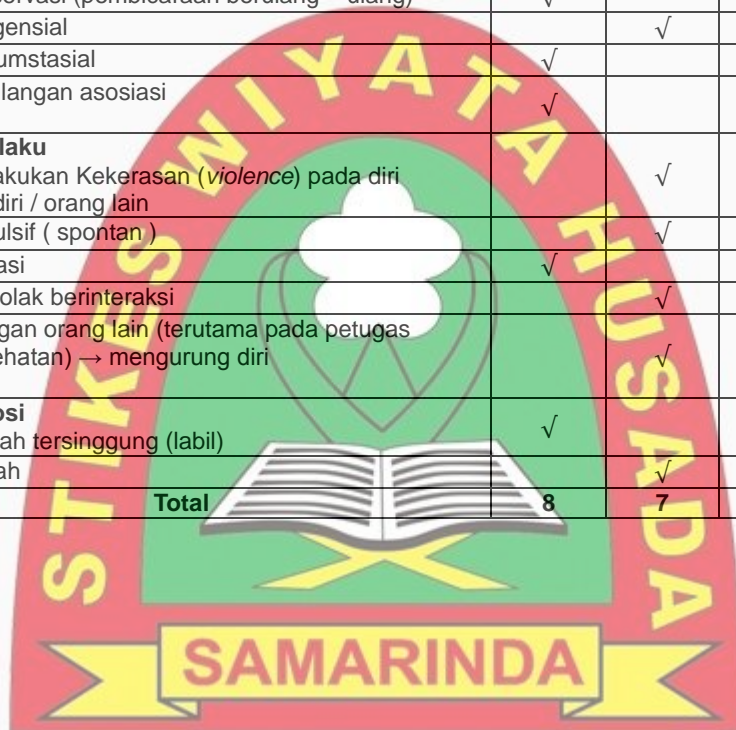




## Lembar Observasi

**Tanggal: 24/11/2017**

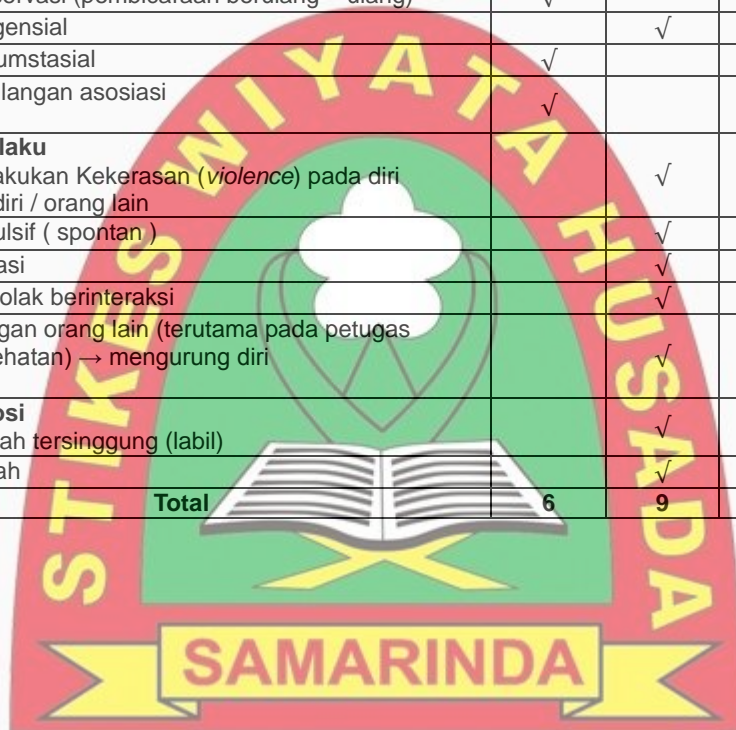
No	Aspek Penilaian	Pre		Post	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<b>Isi Pikir</b> Selalu berfikir tidak logis: curiga pada orang lain (hampir tidak ada jeda), berespon marah bila tidak ada orang lain yang mengingatkan	√		√	
2	Ide bunuh diri yang disebabkan karena curiga		√		√
3	Orientasi terhadap realita (waktu, tempat, orang) sangat buruk dan menolak dilakukan orientasi oleh orang lain	√		√	
4	<b>Proses Pikir</b> <i>Flight of Idea</i> ( topik pembicaraan melompat – lompat)	√		√	
5	Perservasi (pembicaraan berulang – ulang)	√		√	
6	Tangensial		√		√
7	Sirkumstisial	√		√	
8	Kehilangan asosiasi	√		√	
9	<b>Perilaku</b> Melakukan Kekerasan ( <i>violence</i> ) pada diri sendiri / orang lain		√		√
10	Impulsif ( spontan )		√		√
11	Agitasi	√			√
12	Menolak berinteraksi		√		√
13	Dengan orang lain (terutama pada petugas kesehatan) → mengurung diri		√		√
14	<b>Emosi</b> Mudah tersinggung (labil)	√		√	
15	Marah		√		√
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>8</b>



## Lembar Observasi

**Tanggal: 27/11/2017**

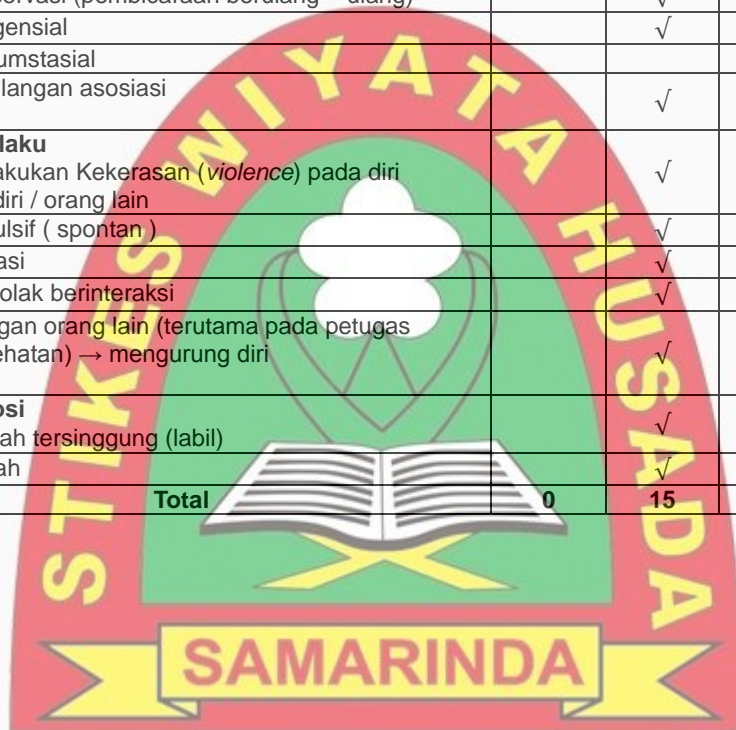
No	Aspek Penilaian	Pre		Post	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<b>Isi Pikir</b> Selalu berfikir tidak logis: curiga pada orang lain (hampir tidak ada jeda), berespon marah bila tidak ada orang lain yang mengingatkan	√			√
2	Ide bunuh diri yang disebabkan karena curiga		√		√
3	Orientasi terhadap realita (waktu, tempat, orang) sangat buruk dan menolak dilakukan orientasi oleh orang lain	√		√	
4	<b>Proses Pikir</b> <i>Flight of Idea</i> ( topik pembicaraan melompat – lompat)	√		√	
5	Perservasi (pembicaraan berulang – ulang)	√		√	
6	Tangensial		√		√
7	Sirkumstisial	√		√	
8	Kehilangan asosiasi	√		√	
9	<b>Perilaku</b> Melakukan Kekerasan ( <i>violence</i> ) pada diri sendiri / orang lain		√		√
10	Impulsif ( spontan )		√		√
11	Agitasi		√		√
12	Menolak berinteraksi		√		√
13	Dengan orang lain (terutama pada petugas kesehatan) → mengurung diri		√		√
14	<b>Emosi</b> Mudah tersinggung (labil)		√		√
15	Marah		√		√
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>10</b>



## Lembar Observasi

**Tanggal: 28/11/2017**

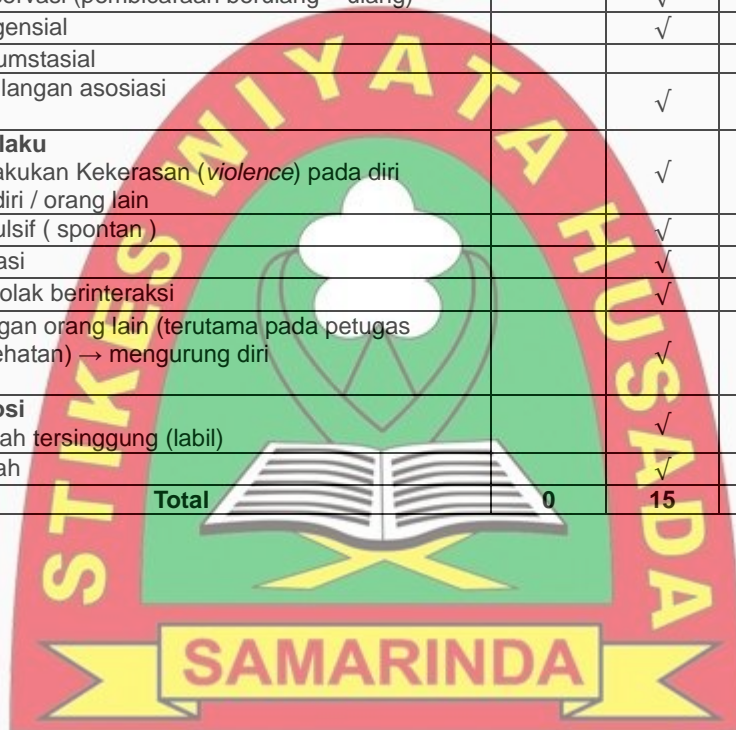
No	Aspek Penilaian	Pre		Post	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<b>Isi Pikir</b> Selalu berfikir tidak logis: curiga pada orang lain (hampir tidak ada jeda), berespon marah bila tidak ada orang lain yang mengingatkan		√		√
2	Ide bunuh diri yang disebabkan karena curiga		√		√
3	Orientasi terhadap realita (waktu, tempat, orang) sangat buruk dan menolak dilakukan orientasi oleh orang lain		√		√
4	<b>Proses Pikir</b> <i>Flight of Idea</i> ( topik pembicaraan melompat – lompat)		√		√
5	Perservasi (pembicaraan berulang – ulang)		√		√
6	Tangensial		√		√
7	Sirkumstisial				
8	Kehilangan asosiasi		√		√
9	<b>Perilaku</b> Melakukan Kekerasan ( <i>violence</i> ) pada diri sendiri / orang lain		√		√
10	Impulsif ( spontan )		√		√
11	Agitasi		√		√
12	Menolak berinteraksi		√		√
13	Dengan orang lain (terutama pada petugas kesehatan) → mengurung diri		√		√
14	<b>Emosi</b> Mudah tersinggung (labil)		√		√
15	Marah		√		√
	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>15</b>



## Lembar Observasi

**Tanggal: 29/11/2017**

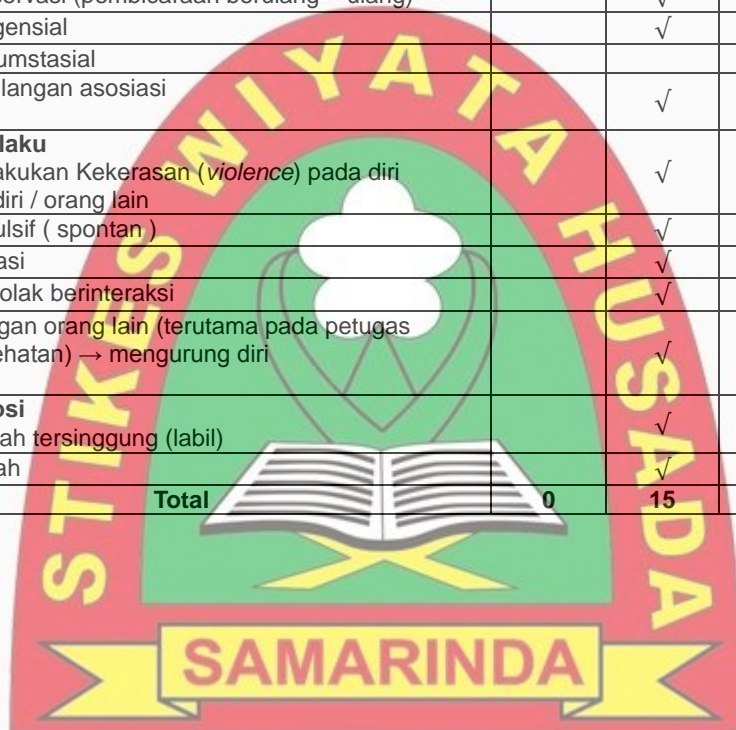
No	Aspek Penilaian	Pre		Post	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<b>Isi Pikir</b> Selalu berfikir tidak logis: curiga pada orang lain (hampir tidak ada jeda), berespon marah bila tidak ada orang lain yang mengingatkan		√		√
2	Ide bunuh diri yang disebabkan karena curiga		√		√
3	Orientasi terhadap realita (waktu, tempat, orang) sangat buruk dan menolak dilakukan orientasi oleh orang lain		√		√
4	<b>Proses Pikir</b> <i>Flight of Idea</i> ( topik pembicaraan melompat – lompat)		√		√
5	Perservasi (pembicaraan berulang – ulang)		√		√
6	Tangensial		√		√
7	Sirkumstisial				
8	Kehilangan asosiasi		√		√
9	<b>Perilaku</b> Melakukan Kekerasan ( <i>violence</i> ) pada diri sendiri / orang lain		√		√
10	Impulsif ( spontan )		√		√
11	Agitasi		√		√
12	Menolak berinteraksi		√		√
13	Dengan orang lain (terutama pada petugas kesehatan) → mengurung diri		√		√
14	<b>Emosi</b> Mudah tersinggung (labil)		√		√
15	Marah		√		√
	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>15</b>



## Lembar Observasi

**Tanggal: 30/11/2017**

No	Aspek Penilaian	Pre		Post	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<b>Isi Pikir</b> Selalu berfikir tidak logis: curiga pada orang lain (hampir tidak ada jeda), berespon marah bila tidak ada orang lain yang mengingatkan		√		√
2	Ide bunuh diri yang disebabkan karena curiga		√		√
3	Orientasi terhadap realita (waktu, tempat, orang) sangat buruk dan menolak dilakukan orientasi oleh orang lain		√		√
4	<b>Proses Pikir</b> <i>Flight of Idea</i> ( topik pembicaraan melompat – lompat)		√		√
5	Perservasi (pembicaraan berulang – ulang)		√		√
6	Tangensial		√		√
7	Sirkumstiasial				
8	Kehilangan asosiasi		√		√
9	<b>Perilaku</b> Melakukan Kekerasan ( <i>violence</i> ) pada diri sendiri / orang lain		√		√
10	Impulsif ( spontan )		√		√
11	Agitasi		√		√
12	Menolak berinteraksi		√		√
13	Dengan orang lain (terutama pada petugas kesehatan) → mengurung diri		√		√
14	<b>Emosi</b> Mudah tersinggung (labil)		√		√
15	Marah		√		√
	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>15</b>



## Lembar Observasi

**Tanggal: 01/12/2017**

No	Aspek Penilaian	Pre		Post	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<b>Isi Pikir</b> Selalu berfikir tidak logis: curiga pada orang lain (hampir tidak ada jeda), berespon marah bila tidak ada orang lain yang mengingatkan		√		√
2	Ide bunuh diri yang disebabkan karena curiga		√		√
3	Orientasi terhadap realita (waktu, tempat, orang) sangat buruk dan menolak dilakukan orientasi oleh orang lain		√		√
4	<b>Proses Pikir</b> <i>Flight of Idea</i> ( topik pembicaraan melompat – lompat)		√		√
5	Perservasi (pembicaraan berulang – ulang)		√		√
6	Tangensial		√		√
7	Sirkumstisial				
8	Kehilangan asosiasi		√		√
9	<b>Perilaku</b> Melakukan Kekerasan ( <i>violence</i> ) pada diri sendiri / orang lain		√		√
10	Impulsif ( spontan )		√		√
11	Agitasi		√		√
12	Menolak berinteraksi		√		√
13	Dengan orang lain (terutama pada petugas kesehatan) → mengurung diri		√		√
14	<b>Emosi</b> Mudah tersinggung (labil)		√		√
15	Marah		√		√
	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>15</b>

