

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Keperawatan Jiwa

a. Definisi Kesehatan Jiwa

Menurut *World Health Organization* (WHO), Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sejahtera secara fisik, sosial, dan mental yang lengkap dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Atau dapat dikatakan bahwa individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental, dan sosial yang terbebas dari gangguan (penyakit) atau tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stress yang timbul. Sehingga memungkinkan individu untuk hidup produktif, dan mampu melakukan hubungan sosial yang memuaskan.

Menurut Undang-undang Kesehatan Jiwa No. 03 Tahun 1966, Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi mental yang sejahtera sehingga memungkinkan seseorang berkembang secara optimal baik fisik, intelektual, dan emosional dan perkembangan tersebut berjalan secara selaras dengan keadaan orang lain sehingga memungkinkan hidup harmonis dan produktif (Nurhalimah,2016).

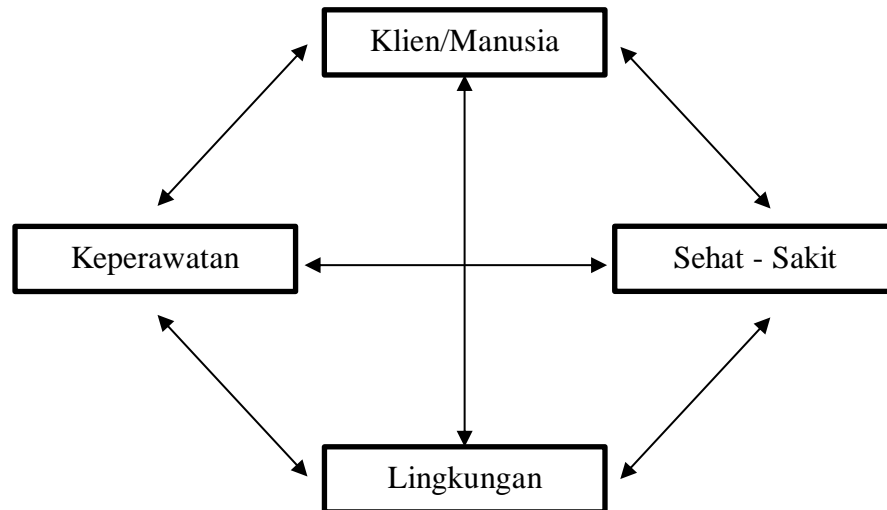
b. Paradigma Keperawatan Jiwa

Dalam melakukan peran dan fungsinya seorang perawat harus memiliki keyakinan terhadap nilai keperawatan yang menjadi pedoman

dalam memberikan asuhan keperawatan. Keyakinan yang harus dimiliki oleh seorang perawat yaitu:

- 1) Bahwa manusia adalah makhluk holistik yang terdiri dari komponen bio-psiko-sosio dan spiritual.
- 2) Tujuan pemberian asuhan keperawatan adalah meningkatkan derajat kesehatan manusia secara optimal.
- 3) Tindakan keperawatan yang diberikan merupakan tindakan kolaborasi antara tim kesehatan, klien maupun keluarga.
- 4) Tindakan keperawatan yang diberikan merupakan suatu metode pemecahan masalah dengan pendekatan proses keperawatan.
- 5) Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat.
- 6) Pendidikan keperawatan harus dilakukan secara terus-menerus.

Gambar dibawah ini merupakan rincian mengenai skema paradigma keperawatan.



Gambar 2.1 Skema Paradigma Keperawatan

Empat komponen dalam paradigma keperawatan meliputi: manusia, keperawatan, lingkungan, dan Kesehatan (Nurhalimah, 2016).

2. Restrain

a. Definisi Restrain

Restrain merupakan suatu bentuk tindakan menggunakan tali untuk mengekang atau membatasi gerakan ekstremitas individu yang berperilaku diluar kendali yang bertujuan untuk memberikan keamanan fisik dan psikologis individu (Kandar *et al*, 2013). Menurut Sulistiyowati (2014), saat melakukan restrain prosedur setiap rumah sakit harus memiliki standar yang sesuai kode etik dan legalitas. Karena, restrain merupakan penerapan kekuatan fisik secara langsung pada

individu tanpa seizin dari individu tersebut dengan tujuan membatasi gerak dari pasien.

Mossa (2009), memaparkan bahwa restrain biasanya digunakan untuk melindungi pasien dan orang lain saat pengobatan dan terapi verbal tidak mencukupi serta mengendalikan pasien yang berpotensi melakukan kekerasan. Restrain dibagi menjadi 3 kelompok yaitu, restrain lingkungan, restrain fisik, dan restrain kimia.

Retrain adalah terapi dengan menggunakan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien. Restrain (dalam psikiatrik) secara umum mengacu pada satu bentuk tindakan menggunakan tali untuk mengekang atau membatasi gerakan ekstremitas individu yang berperilaku di luar kendali yang bertujuan memberikan keamanan fisik dan psikologis individu (Riyadi dan Purwanto, 2009).

Restrain adalah intervensi yang digunakan pada lingkup pelayanan kesehatan jiwa atau di tempat lain untuk mengatur dan mengontrol perilaku seseorang (Kinner *et al*, 2016). Rumah Sakit Jiwa menggunakan istilah emotional.

Restrain adalah menangani situasi dimana pasien dalam keadaan gelisah dan amuk, sehingga beresiko menciderai dirinya dan lingkungannya (Roper *et al*, 2015). Restrain adalah terapi dengan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi pergerakan fisik pasien pada kondisi tertentu, dan merupakan intervensi terakhir jika perilaku pasien

tidak dapat diatasi atau dikontrol dengan strategi perilaku atau modifikasi lingkungan (Widiyodiningrat, R., 2009 dalam Wayan,2014).

b. Tujuan Restrain

Tujuan penggunaan restrain menurut Ernawati dan Wiwin (2019) adalah sebagai berikut:

- 1.) Untuk memastikan keselamatan dan kenyamanan.
- 2.) Memfasilitasi pemeriksaan.
- 3.) Membantu dalam pelaksanaan uji diagnostik dan prosedur terapeutik.
- 4.) Mempertahankan pada posisi yang diinginkan.

c. Prosedur pelaksanaan restrain

Adapun langkah-langkah pelaksanaan pengekangan fisik (restrain) pada klien gangguan jiwa, sesuai Standar Prosedur Operasional di RSJD Surakarta, adalah sebagai berikut:

- 1) Ucapkan salam kepada pasien.
- 2) Lakukan identifikasi Pasien.
- 3) Siapkan peralatan (mitella, selimut) dan tenaga sesuai kondisi pasien (minimal empat orang, satu orang di depan sebagai negoisor, dua orang di samping dan satu orang di belakang).
- 4) Petugas melakukan negoisasi dengan pasien dengan sikap tenang, kata-kata yang menyejukkan dan jaga jarak minimal 6 feet.

- 5) Dua orang petugas di samping pasien selalu siap mengamankan (memegang pasien) dan satu orang petugas di belakang dengan selimut terbuka di tangan.
- 6) Apabila negoisasi tidak berhasil, secara bersama-sama petugas mengamankan pasien dengan cara dua orang dari samping memegang tangan dan satu orang petugas dari belakang dengan selimut ditutupkan ke muka dan kepala pasien dengan memutar beberapa kali.
- 7) Bila pasien demikian gaduh gelisahny, sehingga perlu di jatuhkan dengan cara dua petugas dari samping kiri dan kanan menangkap dan memegang kaki pasien.
- 8) Kemudian pasien di lakukan pengekangan pada tangan dan kakinya dengan posisi telungkup, kepala miring kanan / kiri.
- 9) Setelah kondisi pasien dapat di kendalikan, angkat pasien ke tempat tidur.
- 10) Lakukan pengikatan memakai mitella pada pergelangan tangan, kaki dan dada dengan tempat tidur, dengan posisi terlentang.
- 11) Perhatikan dan ukur kekencangan pengikatan dengan memasukkan satu jari ke sela-sela ikatan supaya tidak terlalu kencang atau kuat.
- 12) Lakukan observasi/monitoring pada pasien dan bila memungkinkan ada petugas berada dekat pasien.
- 13) Periksa pakaian yang di kenakan pasien, singkirkan benda yang membahayakan jika di temukan.

- 14) Periksa tanda-tanda vital, keadaan umum dan kesadaran pasien.
- 15) Telusurilah situasi yang menyebabkan pasien gelisah dan lepas kendali.
- 16) Dokumentasikan semua tindakan yang dilakukan.

d. Indikasi pemasangan restrain

Indikasi restrain meliputi perilaku amuk yang membahayakan diri dan orang lain, perilaku agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan pengobatan, ancaman terhadap integritas fisik yang berhubungan dengan penolakan pasien untuk istirahat, makan, dan minum, permintaan pasien untuk pengendalian perilaku eksternal, (Videbeck, 2008).

e. Pencegahan resiko cedera pada pemasangan restrain

Restrain yang Aman Menggunakan Alat yang Bermanset Hasil penelitian Saseno (2013) tentang pengaruh tindakan restrain fisik dengan manset terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia, menyimpulkan bahwa ada pengaruh tindakan restrain fisik dengan manset terhadap penurunan perilaku kekerasan. Untuk menjamin patient safety dalam tindakan restrain perlu dipilih alat restrain yang aman dan tidak melukai, tali restrain dibuat dari kain yang diberi manset sehingga lembut tetapi tetap kuat, dan penampang manset yang lebar menghindarkan cedera lecet pada bagian kulit ekstremitas yang dilakukan restrain.

f. Jenis Restrain

Menurut Royal College of Nursing (2008) dalam Gallagher (2013) dikatakan bahwa terdapat lima jenis restrain yang digunakan, yaitu restrain fisik, kimia, mekanik, teknologi dan psikologi. Restrain jenis fisik melibatkan dengan cara meretensi gerakan pasien dengan melibatkan tubuh/fisik pasien, dengan cara dipegang/diikat pada bagian lain, restrain jenis kimia dilakukan dengan memberikan obat-obatan jenis penenang, jenis mekanik dengan menggunakan rompi “*posey*” yang diikatkan ke belakang tubuh pasien pada bagian lengan rompi atau dengan cara membatasi gerak pasien dengan menggunakan penghalang tempat tidur, atau menghalangi gerak pasien dengan mendekatkan meja/kursi ke tempat tidur, restrain jenis teknologi dengan menggunakan alarm pada tempat tidur/pintu kamar pasien atau penggunaan kamera pengintai, sedangkan restrain jenis psikologi dengan cara memberitahu pasien/memberikan batasan kapan harus turun/bergerak dari tempat tidur yang dapat menyalahi hak kebebasan, martabat, dan otonomi pasien.

Restrain jenis fisik umumnya banyak digunakan oleh perawat di ranah pelayanan untuk mengurangi risiko gangguan perawatan dan melindungi keselamatan pasien, tetapi masih terdapat kesalahpahaman tentang manfaat dari restrain tersebut, rumah sakit sebagai ranah pelayanan keperawatan, pasti memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) yang mengacu kepada teori tertentu guna mengatur keseragaman

dan menjamin mutu pelayanan. Health Care (2003) menetapkan durasi dilakukannya restrain tidak melebihi 12 jam. Perbedaan standar waktu ini mungkin terjadi mengingat belum adanya kesepakatan dan standar baku dunia memiliki kebijakan masing-masing (Kandar dan Pambudi, 2013).

g. Dampak Pemasangan Restrain

1) Luka atau lecet pada saat restrain

Cedera fisik yang umumnya dialami oleh pasien yang menjalani restrain berupa ketidaknyamanan fisik, lecet pada area pemasangan restrain, peningkatan inkontinensia, ketidakefektifan sirkulasi, peningkatan risiko kontraktur, dan terjadinya iritasi kulit (Kandar, 2014).

2) Penyebab timbulnya luka atau lecet saat restrain

Timbulnya luka atau lecet dan gangguan fisiologis pada tubuh pasien yang menjalani restrain sebagaimana dikemukakan oleh Kandar (2014) bahwa pasien yang mengalami ketidaknyamanan fisik diakibatkan adanya pemasangan restrain, pasien yang mengalami lecet terjadi akibat dari pemasangan restrain yang terlalu kencang, pasien juga mengalami peningkatan inkontinensia yang disebabkan oleh terbatasnya mobilitas fisik klien yang berakibat pada ketidakmampuan klien untuk memenuhi kebutuhan eliminasi, dan pasien mengalami ketidakefektifan sirkulasi yang ditandai dengan terjadinya odem pada area pemasangan restrain.

3) Perawat memberikan lotion selama restrain

Secara teknis seharusnya perawat memberikan *lotion* untuk mengantisipasi timbulnya gangguan fisik pada pasien serta menjaga kenyamanan pasien. Tidak diberikannya *lotion* pada pelaksanaan restrain salah satunya disebabkan kondisi pasien yang menyebabkan pasien secara emosional kurang siap sehingga tidak dapat melaksanakan semua prosedur restrain dengan baik.

Abraham, C dan Shanley (Faiqoh, 2009) mengemukakan bahwa salah satu stressor pada perawat pasien penyakit jiwa adalah karakteristik pasien penyakit jiwa yang negatif seperti sulit diajak berkomunikasi, agresif, dan lain-lain. Keadaan dimana tekanan-tekanan pekerjaan lebih berat karena setiap hari mengurus dan merawat pasien penyakit jiwa mengharuskan perawat pasien penyakit jiwa untuk mampu mengendalikan dan bertindak sesuai dengan tata cara perawatan sehingga tidak membahayakan diri dan pasien.

Keadaan yang rentan dapat menyebabkan stres tersebut juga dapat menyebabkan individu menjadi kurang dapat mengontrol diri dan tingkah lakunya. Keadaan ini dapat menyebabkan individu melakukan tindakan-tindakan yang disebut perilaku antisosial, termasuk perilaku agresif menyebabkan stres tersebut juga dapat menyebabkan individu menjadi kurang dapat mengontrol diri dan tingkah lakunya. Keadaan ini dapat menyebabkan individu

melakukan tindakan-tindakan yang disebut perilaku antisosial, termasuk perilaku agresif.

4) Kesulitan bergerak selama restrain

Kesulitan bergerak selama restrain merupakan salah satu langkah untuk merendahkan tingkat agresifitas pasien. Restrain adalah terapi dengan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi pergerakan fisik pasien pada kondisi tertentu, dan merupakan intervensi terakhir jika perilaku pasien tidak dapat di atasi atau dikontrol dengan strategi perilaku atau modifikasi lingkungan (Widyodiningrat, R.,2009 dalam Wayan, 2014)

5) Pengikatan yang dilakukan terlalu kencang

Pelaksanaan restrain pada pasien gangguan jiwa dengan perilaku agresifitas harus dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip menjaga hak asasi manusia, baik pada pasien maupun keluarga pasien. Malfasari (2014) mengemukakan bahwa perlindungan HAM pada pasien gangguan jiwa pelaksanaan restrain adalah menjadikan restrain bukan sebagai hukuman. *International Bill of Human Rights* menyatakan bahwa setiap orang berhak untuk tidak mendapatkan kekerasan baik itu kekerasan fisik maupun mental. Jika restrain dilaksanakan karena alasan untuk menghukum pasien, berarti perorangan atau organisasi tersebut melanggar HAM.

6) Perlakuan kasar perawat selama restrain

Perlakuan kasar yang dilakukan oleh perawat dalam pelaksanaan restrain sebenarnya tergantung dari kondisi pasien ketika mengalami perilaku kekerasan. Perawat yang merasa dirinya terancam ketika menjalankan restrain maka akan memunculkan sikap bertahan pada diri perawat sehingga seakan-akan sikap tersebut menjadi perilaku yang kasar kepada pasien. As'ad dan Sucipto (2010) mengemukakan bahwa perilaku agresifitas yang dilakukan pasien gangguan jiwa merupakan salah satu ancaman bagi kesehatan fisik dan psikologis perawat. Perawat cenderung menjadi korban dalam perilaku kekerasan pasien gangguan jiwa. Perawat harus menghadapi kekerasan secara fisik hampir setiap hari sehingga memunculkan sikap defensive dan hati-hati pada diri perawat dalam penanganan pasien gangguan jiwa.

3. Kecemasan

a. Definisi Kecemasan.

Kecemasan atau dalam Bahasa Inggrisnya "*anxiety*" berasal dari Bahasa Latin "*angustus*" yang berarti kaku, dan "*ango, anci*" yang berarti mencekik. Kecemasan atau *anxieties* adalah rasa khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam dan merupakan hal normal yang terjadi yang disertai perkembangan, perubahan, serta dalam menemukan identitas diri dan hidup (Kaplan *et al*, 2010)

Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan perubahan fisiologis dan psikologis. Kecemasan dalam pandangan kesehatan juga merupakan suatu keadaan yang mengguncang karena adanya ancaman terhadap kesehatan (Kaplan *et al*, 2010)

Secara garis besar, kecemasan merupakan suatu keadaan emosional yang mempunyai ciri keterangsangan fisiologis, perasaan tegang, yang tidak menyenangkan dan kekhawatiran diri akibat kondisi atau keadaan yang sedang dialami yang akan mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis seorang individu (Fatayi, 2008).

Kecemasan merupakan suatu keadaan *aprehensi* atau keadaan khawatir yang mengeluh bahwa suatu yang buruk akan segera terjadi. Banyak yang dapat menimbulkan kecemasan, misalnya, ujian, kesehatan, relasi sosial, karier, relasi internasional dan kondisi lingkungan adalah beberapa hal yang menjadi sumber kekhawatiran (Hidayati, 2008).

b. Macam Macam Kecemasan

Menurut Freud (dalam Suryabrata, 2008) mengemukakan adanya 3 macam kecemasan yaitu:

1) Kecemasan Realistis

Kecemasan atau ketakutan yang realistis, atau takut akan kenyataan.

2) Kecemasan Neurotis.

Kecemasan kalau insting tidak dapat dikendalikan dan menyebabkan orang berbuat sesuatu yang dapat dihukum.

3) Kecemasan Moral

Orang yang superegonya baik cenderung merasa dosa apabila dia melakukan sesuatu yang bertentangan dengan norma-norma moral.

Kecemasan ini mempunyai dasar yang realistis, karena di masa yang lampau orang telah mendapatkan hukuman sebagai akibat dari perbuatan yang melanggar kode moral dan mungkin akan mendapatkan hukuman.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

1) Tingkat Pengetahuan Semakin banyak pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang maka seseorang tersebut akan lebih siap dalam menghadapi sesuatu yang akan terjadi dan dapat mengurangi kecemasan.

2) Stres

Perasaan *stressfull* yang disebabkan oleh tindakan.

3) Kepercayaan Diri

Adanya kepercayaan tertentu yang tidak membenarkan adanya informasi. Sehingga seseorang mempunyai persepsi bahwa perubahan yang akan dialami adalah sebuah hal yang tidak baik dan akan menimbulkan suatu masalah (Wangmuba, 2019).

4) Menurut (Stuart dan Sundeen,2008) ada 2 faktor yang mempengaruhi kecemasan :

a) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat menyebabkan timbulnya kecemasan, yang berupa ;

- 1) Peristiwa traumatik yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu.
- 2) Konflik emosional yang dialami individu dan terselesaikan dengan baik.
- 3) Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berpikir secara realitas sehingga akan menimbulkan kecemasan.
- 4) Frustrasi akan menimbulkan rasa ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan.
- 5) Gangguan fisik menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman terhadap integritas fisik yang mempengaruhi konsep diri.

b) Faktor Presipitasi

Faktor Presipitasi adalah ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan, yang dikelompokkan menjadi 2 :

1) Ancaman terhadap integritas fisik meliputi ;

Sumber internal: kegagalan mekanisme fisiologi sistem imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal (hamil).

Sumber eksternal: paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal.

2) Ancaman terhadap harga diri meliputi sumber internal dan eksternal ;

Sumber internal: kesulitan dalam berhubungan interpersonal dirumah dan tempat kerja, penyesuaian terhadap tempat baru.

Sumber eksternal: kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok.

c) Tanda dan gejala kecemasan

Keluhan-keluhan yang terjadi ketika seseorang mengalami gangguan kecemasan antara lain sebagai berikut:

1) Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pemikirannya sendiri, mudah tersinggung.

2) Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.

- 3) Takut sendirian, takut pada keramaian.
 - 4) Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
 - 5) Gangguan konsentrasi dan daya ingat.
 - 6) Keluhan-keluhan somatik, misalnya: rasa sakit pada otot, dan tulang, pendengaran berdenging (*tinitus*), berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, dan sakit kepala (Hawari, 2011).
- d) Tingkat kecemasan

Menurut Hawari (2011) tingkat kecemasan dibagi menjadi 4, yaitu:

1) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan merupakan kecemasan yang normal dirasakan agar seseorang lebih waspada dan dapat meningkatkan motivasi belajar dan meningkatkan kreatifitas. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah kelelahan, kesadaran tinggi, mampu untuk belajar, motivasi meningkat, dan tingkah laku sesuai situasi.

2) Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan perhatian pada masalah yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu hal untuk mengatasi kecemasannya. Manifestasi yang terjadi

pada tingkat ini yaitu kelelahan meningkat, kecepatan denyut jantung dan pernafasan meningkat, ketegangan otot meningkat, bicara cepat dengan volume tinggi, untuk belajar tidak optimal, konsentrasi menurun, tidak sabar, mudah lupa, marah dan menangis.

3) Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang dengan kecemasan berat cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat melakukan sesuatu.

4) Kecemasan berat sekali (*Panik*)

Tahap ini merupakan tahap seseorang merasa terperangah, ketakutan dan teror karena kehilangan kendali. Tanda dan gejala yang terjadi pada keadaan ini adalah susah bernafas, pucat, pembicaraan inkoheren, tidak dapat merespon terhadap perintah yang sederhana, berteriak, menjerit, mengalami halusinasi.

d. Pengukuran Kecemasan

Menurut Hawari (2011), untuk mengetahui derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat, atau berat sekali. Dengan menggunakan alat ukur *Hamilton Rating Scale For Anxiety (HRS-A)*.

Alat ukur terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (skor). Antara 0-4 yang artinya adalah:

Nilai 0 = tidak ada gejala: tidak ada keluhan yang dirasakan

Nilai 1 = gejala ringan: Satu dari gejala yang ada

Nilai 2 = gejala sedang: $\frac{1}{2}$ dari gejala yang ada

Nilai 3 = gejala berat: lebih dari $\frac{1}{2}$ gejala yang ada

Nilai 4 = gejala sangat berat: semua gejala ada

Penilaian alat ukur ini dilakukan oleh psikiater dengan teknik wawancara langsung, masing-masing nilai angka (skor) dari 14 kelompok gejala dijumlah dan dari hasil penjumlahan dapat diketahui derajat kecemasan:

Skor kurang dari 14 : tidak ada kecemasan.

Skor 14-20 : kecemasan ringan.

Skor 21-27 : kecemasan sedang.

Skor 28-41 : kecemasan berat.

Skor 42-56 : kecemasan berat sekali.

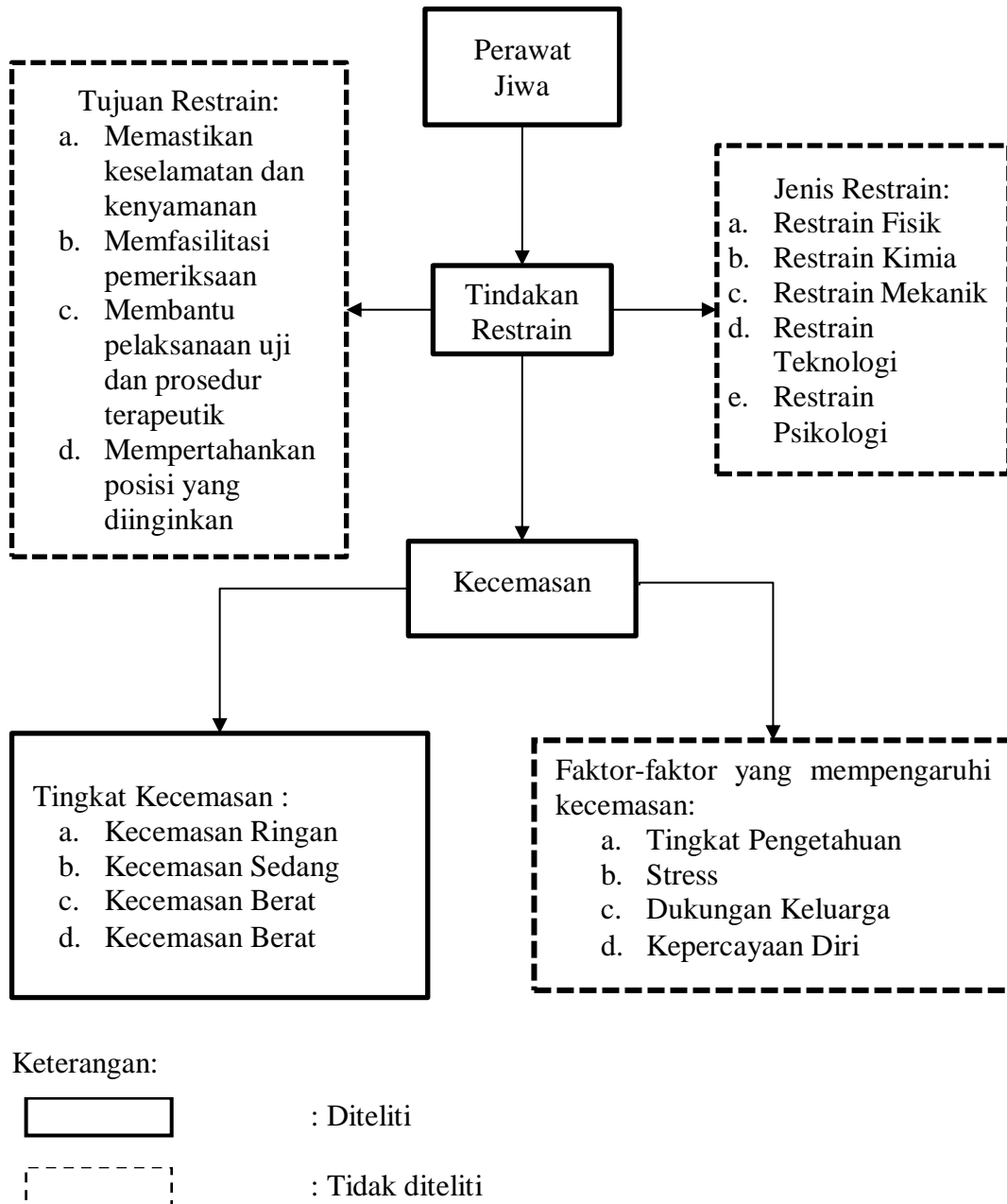
HARS Menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* penilaian kecemasan terdiri dan 14 item, meliputi:

- 1) Perasaan cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.

- 2) Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
- 3) Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
- 4) Gangguan tidur: sulit memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
- 5) Gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
- 6) Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- 7) Gejala *somatik*: nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
- 8) Gejala sensorik: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
- 9) Gejala kardiovaskuler: takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
- 10) Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek.
- 11) Gejala *gastrointestinal*: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
- 12) Gejala urogenital: sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.

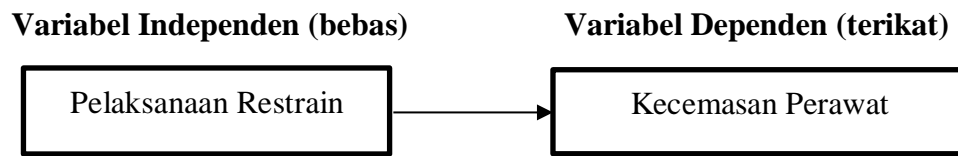
- 13) Gejala vegetatif: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
- 14) Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, otot tegang dan nafas pendek dan cepat.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori
 Sumber: Hawari (2011), (Wangmuba, 2019)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang diperoleh dalam penelitian ini sebagai berikut:

Ada hubungan yang signifikan antara pelaksanaan restrain dengan tingkat kecemasan perawat dalam penanganan pasien gangguan jiwa di RSJD Surakarta