

BUKU AJAR
KEPERAWATAN
KESEHATAN JIWA

Ah. Yusuf
Rizky Fitryasari PK
Hanik Endang Nihayati



**Penerbit
Salemba Medika**

Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa

Ah. Yusuf, Rizky Fitryasari PK, Hanik Endang Nihayati

General Manager: Suwartono
Supervisor Editor: Akliia Suslia
Editor: Faqihani Ganiajri
Tata Letak: Hilda Yunita
Desain Sampul: Deka Hasbiy



Hak Cipta © 2015, Penerbit Salemba Medika

Jln. Raya Lenteng Agung No. 101
Jagakarsa, Jakarta Selatan 12610
Telp. : (021) 781 8616
Faks. : (021) 781 8486
Website : <http://www.penerbitsalemba.com>
E-mail : info@penerbitsalemba.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

UNDANG-UNDANG NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama **7 (tujuh) tahun** dan/atau denda paling banyak **Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)**.
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama **5 (lima) tahun** dan/atau denda paling banyak **Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)**.

Pengetahuan medis senantiasa berubah. Oleh karena itu, standar tindakan pencegahan serta perubahan dalam perawatan dan terapi wajib diikuti seiring dengan penelitian dan pengalaman klinis baru yang memperluas pengetahuan. Pembaca disarankan untuk memeriksa informasi terbaru yang disediakan oleh produsen masing-masing obat (yang akan diberikan) untuk memverifikasi dosis, metode, dan interval pemberian yang direkomendasikan serta kontraindikasinya. Merupakan tanggung jawab dari praktisi dengan memperhatikan pengalaman dan pengetahuan pasien untuk menentukan dosis dan perawatan terbaik bagi masing-masing pasien. Penerbit maupun penulis tidak bertanggung jawab atas kecelakaan dan/atau kerugian yang dialami seseorang atau sesuatu yang diakibatkan oleh penerbitan buku ini.

Ah. Yusuf
Rizky Fitryasari PK
Hanik Endang Nihayati

Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa/Ah. Yusuf, Rizky Fitryasari PK, Hanik Endang Nihayati

—Jakarta: Salemba Medika, 2015
1 jil., 366 hlm., 17 × 24 cm

ISBN 978-xxx-xxx-xx-x

1. Keperawatan
I. Judul
2. Kesehatan Jiwa
II. Ah. Yusuf
Rizky Fitryasari PK
Hanik Endang Nihayati

TENTANG PENULIS



AH. YUSUF, lahir di Mojokerto pada tanggal 1 Januari 1967, menyelesaikan pendidikan Madrasah Ibtidaiyah Miftakhul Huda Dlanggu Mojokerto tahun 1981, Madrasah Tsanawiyah Al-Hidayah Dlanggu Mojokerto tahun 1984, SMA Al-Hidayah Dlanggu Mojokerto tahun 1987, Akademi Keperawatan Rumah Sakit Islam Surabaya tahun 1990, Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung tahun 1998, Magister Kesehatan Jiwa Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya tahun 2003, dan Program Pendidikan S-3 Ilmu Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya tahun 2012.

Saat ini aktif sebagai dosen tetap di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya pada Program Studi Sarjana Keperawatan, Program Pendidikan Ners, Magister Keperawatan, Magister Kesehatan Masyarakat, juga mengajar di beberapa fakultas keperawatan dan kesehatan, serta sekolah tinggi ilmu kesehatan di Jawa Timur.

Penulis aktif pada berbagai organisasi keperawatan, yakni dipercaya sebagai Ketua Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Provinsi Jawa Timur, Dewan Pakar Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Jawa Timur, anggota Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP) Jawa Timur, dan anggota Satgas AFTA Provinsi Jawa Timur.



RIZKY FITRYASARI PK, lahir di Yogyakarta pada tanggal 22 Februari 1980, menyelesaikan pendidikan SDN 3 Cepu tahun 1992, SMPN 2 Cepu tahun 1995, SMAN 3 Semarang tahun 1998, Program Ners Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2003, Program Magister kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2009.

Saat ini, penulis aktif sebagai dosen tetap di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya pada Program Pendidikan Ners, Magister Keperawatan, serta aktif pada organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Jawa Timur.



HANIK ENDANG NIHAYATI, lahir di Blitar pada tanggal 16 Juni 1976, menyelesaikan pendidikan SDN Kalipang 2 tahun 1990, SMPN Sutojayan 1 Blitar tahun 1993, SMAN 1 Talun Blitar tahun 1996, Akademi Keperawatan Darul Ulum Jombang tahun 1999, Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya tahun 2004, Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tahun 2010, dan saat ini sedang menempuh Program Pendidikan S-3 Ilmu Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Saat ini, penulis aktif sebagai dosen tetap di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya pada Program Studi Sarjana Keperawatan, Program Pendidikan Ners, Magister Keperawatan, serta aktif pada organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Jawa Timur.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat, taufik, dan hidayah-Nya kami dapat menyelesaikan buku ajar ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat dan membantu para mahasiswa keperawatan baik pada program studi sarjana keperawatan maupun program studi lain yang sedang mempelajari keperawatan kesehatan jiwa. Jiwa adalah unsur manusia yang bersifat nonmateri, serta tidak berbentuk objek benda. Oleh karena itu, pada tahap awal mahasiswa sering mengalami kesulitan dalam mempelajari ilmu jiwa dan keperawatan jiwa. Buku ini diharapkan dapat membantu mahasiswa mengenali dan mempelajari manifestasi jiwa, sehingga dapat dengan mudah mengamati tanda dan gejala gangguan jiwa. Dengan demikian, mahasiswa dapat merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan terhadap berbagai masalah keperawatan yang timbul.

Buku ini disusun secara linier berdasarkan struktur program pembelajaran mata ajar keperawatan kesehatan jiwa pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, terdiri atas tiga bagian utama yaitu Keperawatan Jiwa 1 sebanyak 4 SKS pada semester 4, Keperawatan Jiwa 2 sebanyak 3 SKS pada semester 5, dan Keperawatan Jiwa 3 sebanyak 2 semester 5 bersamaan dengan Keperawatan Jiwa 2. Metode pembelajaran meliputi ceramah, diskusi, *small group discussion* (SGD), presentasi, dan pengalaman belajar praktik untuk menerapkan berbagai keterampilan yang telah didapatkan. Mata ajar ini belum termasuk mata ajar keperawatan jiwa pada program profesi Ners sebanyak 2 SKS.

Buku ini dikembangkan dari berbagai buku teks seperti tercantum pada daftar bacaan, ditambah dengan berbagai hasil penelitian, lokakarya nasional keperawatan kesehatan jiwa, karya ilmiah baik yang dipublikasikan maupun tidak. Untuk mempermudah pemahaman ditambahkan berbagai kasus nyata yang pernah dirawat para penulis selama menekuni

VI

Kata Pengantar

keperawatan kesehatan jiwa di sarana pelayanan kesehatan. Meskipun demikian, para pembaca dipersilakan memperkaya diri dengan berbagai buku teks, jurnal dan karya ilmiah yang lain.

Semoga buku ini bermanfaat, khususnya dalam mempelajari keperawatan kesehatan jiwa.

Surabaya, Agustus 2014

Penulis

DAFTAR ISI

TENTANG PENULIS	III
KATA PENGANTAR	V
BAGIAN I : Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa	1
• BAB 1 KONSEP DASAR KESEHATAN JIWA	3
Pengertian Jiwa	4
Pengertian Kesehatan Jiwa	5
Sejarah Perkembangan Keperawatan Kesehatan Jiwa	6
<i>Zaman Mesir Kuno</i>	6
<i>Zaman Yunani (Hypocrates)</i>	7
<i>Zaman Vesalius</i>	7
<i>Revolusi Prancis I</i>	8
<i>Revolusi Kesehatan Jiwa II</i>	8
<i>Revolusi Kesehatan Jiwa III</i>	8
Gangguan Jiwa	8
<i>Pengertian Gangguan Jiwa</i>	8
<i>Sumber Penyebab Gangguan Jiwa</i>	9
<i>Klasifikasi Gangguan Jiwa</i>	9
Latihan	11
Bacaan	11
• BAB 2 KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA	13
Pengertian Keperawatan Jiwa	14
Falsafah Keperawatan Jiwa	16
Model Praktik Keperawatan Jiwa	17
Model Stres Adaptasi dalam Keperawatan Jiwa	20
<i>Faktor Predisposisi</i>	23
<i>Faktor Presipitasi</i>	23
<i>Penilaian terhadap Stresor</i>	23
<i>Sumber Koping</i>	24
<i>Mekanisme Koping</i>	24
Aspek Legal dan Etik dalam Keperawatan Jiwa	28
<i>Standar Praktik Keperawatan Jiwa</i>	30
<i>Aspek Etik dalam Keperawatan Jiwa</i>	34
Latihan	37
Bacaan	37

• BAB 3	PROSES KEPERAWATAN DALAM KEPERAWATAN JIWA	39
	Proses Keperawatan dalam Keperawatan Jiwa	40
	<i>Pengkajian</i>	40
	<i>Diagnosis</i>	43
	<i>Rencana Tindakan Keperawatan</i>	43
	<i>Implementasi Tindakan Keperawatan</i>	46
	<i>Evaluasi</i>	46
	Analisis Proses Interaksi	47
	<i>Pengertian</i>	47
	<i>Tujuan</i>	47
	<i>Komponen API</i>	47
	<i>Contoh Form Analisis Proses Interaksi</i>	48
	<i>Petunjuk Pengisian Analisis Proses Interaksi</i>	49
	Latihan	52
	Bacaan	52
	<i>Formulir Pengkajian</i>	53
	<i>Keperawatan Kesehatan Jiwa</i>	53
	<i>Fakultas Keperawatan Unair</i>	53
	<i>Petunjuk Teknis</i>	62
	<i>Pengisian Format Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa</i>	62
	<i>Fakultas Keperawatan Unair</i>	62
• BAB 4	ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL KEHILANGAN DAN BERDUKA	73
	Pengertian Kehilangan dan Berduka	74
	Rentang Respons Emosi	75
	Tahapan Proses Kehilangan dan Berduka	75
	<i>Tahapan Proses Kehilangan</i>	76
	Bentuk Kehilangan	79
	Pengkajian Keperawatan	79
	<i>Faktor Predisposisi</i>	79
	<i>Faktor Presipitasi</i>	79
	<i>Perilaku</i>	79
	<i>Mekanisme Koping</i>	80
	Diagnosis Keperawatan	80
	Rencana Intervensi	80
	<i>Prinsip Intervensi</i>	80
	<i>Tindakan Keperawatan</i>	81
	Evaluasi	82
	Latihan	82
	Bacaan	83
• BAB 5	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL: KECEMASAN	85
	Pengertian Kecemasan	86
	Rentang Respons Tingkat Kecemasan	86
	Pengkajian	86
	<i>Faktor Predisposisi</i>	86
	<i>Faktor Presipitasi</i>	87
	<i>Sumber Koping</i>	87
	<i>Mekanisme Koping</i>	87
	Diagnosis	88

Rencana Intervensi	88
Evaluasi	89
Latihan	89
Bacaan	90
• BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI	91
Pengertian Konsep Diri	92
Rentang Respons Konsep Diri	92
Komponen Konsep Diri	93
<i>Citra Tubuh</i>	93
<i>Ideal Diri</i>	93
<i>Harga Diri</i>	94
<i>Peran</i>	94
<i>Identitas Diri</i>	94
Pengkajian	95
<i>Faktor Predisposisi</i>	95
<i>Faktor Presipitasi</i>	96
<i>Perilaku</i>	96
<i>Mekanisme Koping</i>	97
Diagnosis	98
<i>Pohon Masalah</i>	98
<i>Daftar Diagnosis</i>	98
Rencana Intervensi	98
<i>Tindakan Keperawatan pada Pasien</i>	99
<i>Tindakan Keperawatan pada Keluarga</i>	100
Evaluasi	100
Latihan	101
Bacaan	101
• BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL: MENARIK DIRI	103
Pengertian Menarik Diri	104
<i>Rentang Respons Sosial</i>	104
GANGGUAN HUBUNGAN SOSIAL	104
Perkembangan Hubungan Sosial	105
<i>Bayi (0–18 Bulan)</i>	105
<i>Prasekolah (18 Bulan–5 Tahun)</i>	105
<i>Anak Sekolah (6–12 Tahun)</i>	105
<i>Remaja (12–20 Tahun)</i>	105
<i>Dewasa Muda (18–25 Tahun)</i>	106
<i>Dewasa Tengah (25–65 Tahun)</i>	106
<i>Dewasa Lanjut (Lebih dari 65 Tahun)</i>	106
Pengkajian Keperawatan	106
<i>Objektif</i>	106
<i>Subjektif</i>	107
Diagnosis	107
<i>Pohon Masalah</i>	107
<i>Diagnosis Keperawatan</i>	107
Rencana Intervensi	107
<i>Tindakan Keperawatan untuk Pasien</i>	107
<i>Tindakan Keperawatan untuk Keluarga</i>	108

Evaluasi	109
Latihan	109
<i>Kasus B</i>	109
Bacaan	109
• BAB 8 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERUBAHAN PROSES PIKIR: WAHAM	111
Pengertian Waham	112
Proses Terjadinya Waham	112
Klasifikasi Waham	113
Pengkajian Keperawatan	113
Diagnosis	115
<i>Pohon Masalah</i>	115
<i>Diagnosis Keperawatan</i>	115
Rencana Intervensi	116
<i>Tindakan Keperawatan untuk Pasien</i>	116
<i>Tindakan Keperawatan untuk Keluarga</i>	116
Evaluasi	117
Latihan	117
<i>Kasus C</i>	117
Bacaan	118
• BAB 9 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI	119
Pengertian Halusinasi	120
Rentang Respons Neurobiologi	120
Intensitas Level Halusinasi	121
Klasifikasi Halusinasi	122
Pengkajian Keperawatan	122
<i>Faktor Predisposisi</i>	122
<i>Faktor Presipitasi</i>	123
Diagnosis	123
<i>Pohon Masalah</i>	123
<i>Diagnosis Keperawatan</i>	123
Rencana Intervensi	124
<i>Tindakan Keperawatan untuk Pasien</i>	124
<i>Tindakan Keperawatan untuk Keluarga</i>	124
Evaluasi	124
Latihan	125
<i>Kasus D</i>	125
Bacaan	125
• BAB 10 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN	127
Pengertian Perilaku Kekerasan	128
Rentang Respons Marah	128
Gejala Atau Tanda Marah (Perilaku)	129
Proses Terjadinya Marah	130
Proses Terjadinya Amuk	131
Pengkajian Keperawatan	131
<i>Faktor Predisposisi</i>	131

<i>Faktor Presipitasi</i>	132
Diagnosis	133
<i>Pohon Masalah</i>	133
<i>Diagnosis Keperawatan</i>	133
Rencana Intervensi	133
<i>Risiko Perilaku Kekerasan</i>	133
<i>Strategi Penahanan</i>	135
Evaluasi	136
Latihan	137
<i>Kasus E</i>	137
Bacaan	137
• BAB 11 ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN RISIKO BUNUH DIRI	139
Pengertian Bunuh Diri	140
Rentang Respons Protektif Diri	140
Proses Terjadinya Perilaku Bunuh Diri	141
Mitos Tentang Bunuh Diri	141
Klasifikasi Bunuh Diri	141
<i>Jenis Bunuh Diri</i>	141
<i>Pengelompokan Bunuh Diri</i>	142
Pengkajian Keperawatan	142
<i>Faktor Risiko</i>	143
<i>Faktor Perilaku</i>	144
<i>Faktor Lain</i>	144
<i>Faktor Predisposisi</i>	146
<i>Faktor Presipitasi</i>	147
<i>Sumber Koping</i>	148
<i>Mekanisme Koping</i>	148
Diagnosis	148
<i>Pohon Masalah</i>	148
<i>Diagnosis</i>	148
Rencana Intervensi	148
<i>Tindakan Keperawatan untuk Pasien</i>	149
<i>Tindakan Keperawatan untuk Keluarga</i>	149
Isyarat Bunuh Diri Dengan Diagnosis Harga Diri Rendah	149
<i>Tindakan Keperawatan untuk Pasien Isyarat Bunuh Diri</i>	149
<i>Tindakan Keperawatan untuk Keluarga dengan Pasien Isyarat Bunuh Diri</i>	150
Evaluasi	151
Latihan	152
<i>Kasus F</i>	152
Bacaan	152
• BAB 12 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI	153
Pengertian Defisit Perawatan Diri	154
Lingkup Defisit Perawatan Diri	154
Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Gangguan Jiwa	154
Pengkajian Keperawatan	154
Diagnosis Keperawatan	155
Rencana Intervensi	155
<i>Tindakan Keperawatan untuk Pasien</i>	155

<i>Tindakan Keperawatan pada Keluarga</i>	156
Evaluasi	157
Latihan	157
<i>Kasus G</i>	157
Bacaan	157

BAGIAN II : Keperawatan Kesehatan Jiwa Pada Kelompok Khusus 159

• BAB 13 TINJAUAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK	161
Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	162
<i>Dasar Kepercayaan (Basic Trust) vs Ketidakpercayaan (Mistrust) (0–1,5 Tahun)</i>	162
<i>Otonomi (Autonomy) vs Malu dan Ragu (Shame and Doubt) (1,5 Tahun)</i>	162
<i>Inisiatif (Initiative) vs Rasa Bersalah (Guilt) (3–6 Tahun)</i>	163
<i>Kerja Keras (Industry) vs Inferioritas (Inferiority) (7–11 Tahun)</i>	163
<i>Identitas (Identity) vs Difusi Peran (Role Diffusion) (12–18 Tahun)</i>	163
Faktor yang Memengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	164
<i>Faktor Mikrokosmos</i>	165
<i>Faktor Makrokosmos</i>	167
Sebelas Memo Pembelajaran Anak	169
Gangguan Jiwa yang Lazim Terjadi Pada Anak dan Remaja	170
Latihan	171
Bacaan	172
• BAB 14 ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN RETARDASI MENTAL	173
Pengertian Retardasi Mental	174
Klasifikasi Retardasi Mental	174
Ciri Pertumbuhan dan Perkembangan Retardasi Mental	175
<i>Retardasi Mental</i>	175
<i>Retardasi Mental Sedang</i>	176
<i>Retardasi Mental Berat</i>	176
<i>Retardasi Mental Sangat Berat</i>	176
Etiologi	177
Karakteristik Retardasi Mental	179
Tanda dan Gejala Retardasi Mental	181
Masalah Keperawatan yang Timbul	181
Penanganan Retardasi Mental	182
<i>Pencegahan Primer</i>	182
<i>Pencegahan Sekunder</i>	182
<i>Pencegahan Tertier</i>	182
Latihan	182
Bacaan	182
• BAB 15 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN PERILAKU: ADHD (ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER)	183
Pengertian ADHD	184
Etiologi	184
Tanda Dan Gejala	184
<i>Perhatian Kurang (Inattention)</i>	184
<i>Hiperaktif (Hyperactive)</i>	185
<i>Impulsif (Impulsive)</i>	185
Masalah Keperawatan yang Timbul	185

Tindakan Keperawatan	185
<i>Prognosis</i>	185
Latihan	186
Bacaan	186
• BAB 16 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SOSIALISASI (AUTISME)	187
Pengertian Autisme	188
Penyebab Autisme	188
<i>Faktor Internal</i>	188
<i>Faktor Eksternal</i>	188
Kelainan di Otak Akibat Autisme	189
<i>Kelainan Neurokimia</i>	189
<i>Kelainan Neuroanatomi</i>	189
Gejala Autisme	190
Penatalaksanaan Menyeluruh	191
Masalah Keperawatan yang Timbul	194
Diet untuk Anak Autis	194
<i>Makanan yang Harus Dihindari</i>	194
<i>Makanan yang Boleh</i>	195
Latihan	195
Bacaan	195
• BAB 17 ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN PENGGUNAAN NAPZA	197
Pengertian Napza	198
Jenis Zat Adiktif	198
Akibat Penggunaan Zat Adiktif	198
Rentang Respons Gangguan Penggunaan Zat Adiktif	199
Zat Adiktif yang Disalahgunakan	200
Efek dan Cara Penggunaan	200
Permasalahan yang Sering Timbul	201
<i>Ancaman Kehidupan (Kondisi Overdosis)</i>	201
<i>Kondisi Intoksikasi</i>	201
<i>Sindroma Putus Zat (Withdrawal)</i>	202
<i>Pascadetoksikasi (Rehabilitasi Mental Emosional)</i>	202
Tindakan	203
Pencegahan Penyalahgunaan Napza	203
Latihan	205
Bacaan	205
• BAB 18 KEDARURATAN PSIKIATRI (PSYCHIATRIC INTENSIVE CARE UNIT—PICU)	207
Pengertian Kedaruratan Psikiatri	208
Alur Penerimaan Pasien di Upip	209
<i>Triase</i>	209
Asuhan Keperawatan Intensif Pada Pasien Perilaku Kekerasan	212
<i>Pengkajian</i>	212
<i>Asuhan Keperawatan Intensif I (24 Jam Pertama)</i>	213
<i>Asuhan Keperawatan Intensif II (25–72 Jam)</i>	215
<i>Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam–10 Hari)</i>	216
Asuhan Keperawatan Intensif pada Pasien Risiko Bunuh Diri	218

<i>Pengkajian</i>	218
<i>Asuhan Keperawatan Fase Intensif I (24 Jam Pertama)</i>	219
<i>Asuhan Keperawatan Fase Intensif II (24–72 jam)</i>	219
<i>Asuhan Keperawatan Fase Intensif III (72 jam–10 hari)</i>	220
<i>Evaluasi</i>	221
<i>Dokumentasi Asuhan Keperawatan</i>	221
Asuhan Keperawatan Intensif pada Gangguan Panik di UPIP	222
<i>Pengkajian</i>	222
<i>Asuhan Keperawatan Intensif I (24 Jam Pertama)</i>	222
<i>Asuhan Keperawatan Intensif II (25–72 Jam)</i>	224
<i>Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam–10 Hari)</i>	225
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi	227
<i>Pengkajian</i>	227
<i>Asuhan Keperawatan Intensif I (24 Jam Pertama)</i>	227
<i>Asuhan Keperawatan Intensif II (24–72 Jam)</i>	229
<i>Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam–10 Hari)</i>	231
Askep Keperawatan Intensif Pada Pasien Napza	232
<i>Pengkajian</i>	232
<i>Asuhan Keperawatan Intensif I (24 Jam Pertama)</i>	233
<i>Asuhan Keperawatan Intensif II (25 Jam–72 Jam)</i>	234
<i>Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam–10 Hari)</i>	234
Latihan	235
Bacaan	235
• BAB 19 PERILAKU KEKERASAN DALAM KELUARGA	237
Pengertian Perilaku Kekerasan dalam Keluarga	238
Faktor Penyebab Perilaku Kekerasan dalam Keluarga	238
<i>Lingkup Kekerasan dalam Rumah Tangga</i>	238
<i>Klasifikasi Kekerasan dalam Rumah Tangga</i>	238
<i>Bentuk Kekerasan dalam Rumah Tangga</i>	239
Kekerasan Pada Anak	239
<i>Pengertian Kekerasan pada Anak</i>	239
<i>Jenis Kekerasan</i>	239
<i>Masalah Keperawatan Akibat Kekerasan pada Anak</i>	241
Strategi Pencegahan Kekerasan dalam Rumah Tangga	241
Latihan	242
Bacaan	242
• BAB 20 KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA USIA LANJUT	243
Pengertian Usia Lanjut	244
Teori Proses Menua	244
<i>Teori Biologi</i>	244
<i>Teori Sosial</i>	245
<i>Teori Psikologis</i>	246
Perubahan yang Terjadi Pada Lanjut Usia	247
<i>Perubahan Fisik</i>	248
<i>Perubahan Psikologis</i>	250
Penatalaksanaan Keperawatan Jiwa Usia Lanjut	253
Latihan	255
Bacaan	255
• BAB 21 KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA MASYARAKAT	257
PENGETIAN KESEHATAN JIWA MASYARAKAT	258

Area Keperawatan Kesehatan Jiwa di Masyarakat	261
Upaya Kesehatan Jiwa Masyarakat	261
Aplikasi CMHN	262
<i>Pencegahan Primer</i>	262
<i>Pencegahan Sekunder</i>	264
<i>Pencegahan Tersier</i>	265
Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa Pada Cmhn	266
<i>Pengkajian</i>	266
<i>Diagnosis Keperawatan</i>	266
<i>Perencanaan Keperawatan</i>	267
<i>Tindakan Keperawatan</i>	268
<i>Evaluasi Asuhan Keperawatan</i>	268
LATIHAN	269
BACAAN	269

BAGIAN III : Terapi Modalitas dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa 271

• BAB 22 TERAPI MODALITAS DALAM KEPERAWATAN JIWA	273
Pengertian Terapi Modalitas	274
Latihan	277
Bacaan	277
• BAB 23 PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN PSIKOFARMAKA	279
Pengertian Psikofarmaka	280
<i>Antipsikotik</i>	280
<i>Antidepresan</i>	282
<i>Antiansietas (Anxiolytic Sedative)</i>	283
<i>Antimanik (Mood Stabilizer)</i>	284
Peran Perawat dalam Pemberian Psikofarmaka	286
Latihan	288
Bacaan	288
• BAB 24 PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN TERAPI KEJANG LISTRIK (ECT)	289
Pengertian Terapi Kejang Listrik (Electroconvulsive Therapy—ECT)	290
Latihan	292
Bacaan	292
• BAB 25 TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK)	293
Pengertian Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)	294
Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok	294
Kerangka Teoritis Terapi Aktivitas Kelompok	295
<i>Model Focal Conflict</i>	295
<i>Model Komunikasi</i>	295
<i>Model Interpersonal</i>	296
<i>Model Psikodrama</i>	296
Tahap Perkembangan Kelompok	296
Jenis Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)	298
<i>Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Sensori</i>	298
<i>Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas</i>	298
<i>Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Sosialisasi</i>	298
<i>Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi</i>	299
<i>Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Peningkatan Harga Diri</i>	299
<i>Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Mengontrol Halusinasi</i>	299

Pengorganisasian Terapi Aktivitas Kelompok	300
Program Antisipasi Masalah dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)	300
Latihan	302
Bacaan	302
• BAB 26 TERAPI KOGNITIF	303
Pengertian Terapi Kognitif	304
Tujuan Terapi Kognitif	304
Karakteristik Pasien	304
Masalah Keperawatan	305
Tujuan Keperawatan	305
Teknik Kontrol Mood	305
Pelaksanaan Terapi Kognitif	305
Contoh Metode Teknik Panah Vertikal	307
Contoh Metode Teknik Tiga Kolom	308
Distorsi Kognitif	308
Latihan	309
Bacaan	310
• BAB 27 TERAPI KELUARGA	311
Pengertian Terapi Keluarga	312
<i>Ciri Sistem Keluarga yang Fungsional</i>	312
<i>Ciri Disfungsional Keluarga</i>	313
Indikasi Terapi Keluarga	313
Perkembangan Terapi Keluarga	313
Aplikasi Terapi Keluarga	318
<i>Pengkajian</i>	318
<i>Diagnosis</i>	319
<i>Tujuan Jangka Panjang</i>	319
<i>Tujuan Jangka Pendek</i>	319
<i>Tindakan Keperawatan</i>	319
Manfaat Terapi Keluarga	319
Latihan	320
Bacaan	320
• BAB 28 TERAPI LINGKUNGAN (MILLEU THERAPY)	321
Pengertian Terapi Lingkungan	322
Tujuan Terapi Lingkungan	322
Karakteristik Umum Terapi Lingkungan	322
<i>Distribusi Kekuatan</i>	322
<i>Komunikasi Terbuka</i>	322
<i>Struktur Interaksi</i>	322
<i>Aktivitas Kerja</i>	323
<i>Peran Serta Keluarga dan Masyarakat dalam Proses Terapi</i>	323
<i>Lingkungan yang Mendukung</i>	323
Strategi dalam Terapi Lingkungan	324
<i>Aspek Fisik</i>	324
<i>Aspek Intelektual</i>	324
<i>Aspek Sosial</i>	324
<i>Aspek Emosional</i>	325
<i>Aspek Spiritual</i>	325
Peran Perawat dalam Terapi Lingkungan	325

Latihan	326
Bacaan	326
• BAB 29 TERAPI PERILAKU (MODIFIKASI PERILAKU)	327
Pengertian Terapi Perilaku	328
Pengondisian Klasik (Classical Conditioning)	328
Pengondisian Operant (Operant Conditioning)	329
Teknik Untuk Memodifikasi Perilaku Pasien	330
Latihan	332
Bacaan	333
• BAB 30 REHABILITASI PSIKIATRI	335
Pengertian Rehabilitasi Psikiatri	336
Langkah Pelaksanaan Terapi Rehabilitasi	339
<i>Tahap Persiapan</i>	339
<i>Tahap Penyaluran (Bengkel Kerja Terlindung—BKT)</i>	342
<i>Tahap Pengawasan</i>	342
Latihan	343
Bacaan	343

BAGIAN I

KONSEP DASAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Tujuan Instruksional

Pokok bahasan ini merupakan dasar dari semua aspek keperawatan kesehatan jiwa, mulai dari konsep dasar, klasifikasi gangguan, masalah keperawatan kesehatan jiwa, fokus pengkajian, rencana tindakan keperawatan sampai evaluasi dalam keperawatan. Oleh karenanya, setelah mempelajari pokok bahasan ini diharapkan mahasiswa akan mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan konsep dasar kesehatan jiwa.
2. Menjelaskan konsep dasar keperawatan jiwa.
3. Melakukan penyusunan proses keperawatan jiwa.
4. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial kehilangan dan berduka.
5. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial kecemasan.
6. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan konsep diri.
7. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial: menarik diri.
8. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan perubahan proses pikir: waham.
9. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan perubahan persepsi sensori: halusinasi.
10. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
11. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko bunuh diri.
12. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri.



1 Konsep Dasar Kesehatan Jiwa

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar kesehatan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan pengertian jiwa.
2. Mengetahui kriteria sehat jiwa.
3. Mengetahui sejarah perkembangan kesehatan jiwa.
4. Mengetahui definisi gangguan jiwa.
5. Mengetahui penyebab gangguan jiwa.
6. Mengidentifikasi klasifikasi gangguan jiwa.

PENGERTIAN JIWA

Jiwa adalah unsur manusia yang bersifat nonmateri, tetapi fungsi dan manifestasinya sangat terkait pada materi. Mahasiswa yang pertama kali mempelajari ilmu jiwa dan keperawatan jiwa sering mengalami kesulitan dengan hal yang harus dipelajari, karena jiwa bersifat abstrak dan tidak berwujud benda. Setiap manusia memiliki jiwa, tetapi ketika ditanya, “Mana jiwamu?” hanya sebagian kecil yang dapat menunjukkan tempat jiwanya. Hal ini karena jiwa memang bukan berupa benda, melainkan sebuah sistem perilaku, hasil olah pemikiran, perasaan, persepsi, dan berbagai pengaruh lingkungan sosial. Semua ini merupakan manifestasi sebuah kejiwaan seseorang. Oleh karena itu, untuk mempelajari ilmu jiwa dan keperawatannya, pelajarilah dari manifestasi jiwa terkait pada materi yang dapat diamati berupa perilaku manusia.

Manifestasi jiwa antara lain tampak pada kesadaran, afek, emosi, psikomotor, proses berpikir, persepsi, dan sifat kepribadian. Kesadaran dalam hal ini lebih bersifat kualitatif, diukur dengan memperhatikan perbedaan stimulus (*stressor*) dan respons (perilaku yang ditampilkan), serta tidak diukur dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS). Suatu saat kami (K) sedang menjenguk teman (T) yang dirawat di unit psikiatri sebuah rumah sakit di Surabaya. Ketika kami sampai di pintu ruang perawatan, spontan dia marah dan berteriak keras sembari menuding ke arah kami, seraya berkata seperti pada percakapan berikut.

T: *“Jika kamu tidak suka dengan aku, tidak usah ke sini. Buat apa kamu datang jika tidak suka sama aku, pergi kamu, pergiliii...”*

K: kami tertegun, kemudian menjawab *“Justru aku ke sini karena aku suka kamu, kami ada perhatian dengan kamu, kami ingin tahu bagaimana kabar dan keadaanmu”*.

T: *“Tapi kenapa kamu pakai baju merah?”* (salah satu di antara kami ada yang memakai baju merah).

K: *“Memang kenapa? Ada apa dengan baju merah?”*

T: *“Merah kan artinya Stop, tidak boleh jalan, dilarang masuk. Berarti kamu tidak suka dengan aku, pergi kamu, pergiliii...”*

Dari sepenggal percakapan di atas, kita dapat menganalisis betapa pasien memberikan makna berlebihan terhadap warna merah. Pasien berkonotasi dengan hal lain yang tidak ada kaitannya dengan pakaian warna merah. Kemudian diekspresikan dengan perilaku marah, berteriak, dan menciptakan suasana tidak kondusif. Inilah contoh kesadaran yang terlalu tinggi, yakni hanya dengan sedikit stimulasi (baju merah) dia memberikan makna atau reaksi berlebihan.

Jiwa adalah unsur manusia yang bersifat nonmateri, tetapi fungsi dan manifestasinya sangat terkait pada materi

Selain kesadaran terlalu tinggi, dalam keperawatan kesehatan jiwa kita sering menemukan kesadaran terlalu rendah. Hal ini sering dialami oleh pasien depresi atau yang tertekan. Dengan stimulasi yang banyak, pasien tetap tidak memberikan respons, seperti diajak makan tidak mau, diajak mandi tidak mau, diajak jalan jalan tidak mau. Pasien hanya duduk diam, tidak beranjak dari tempatnya, bahkan diajak bicara pun pasien tidak menjawab. Selain itu, mungkin kita temukan kesadaran pasien yang fluktuatif, kadang marah, kadang diam, sebentar marah sebentar lagi tertawa.

Aspek kesadaran pada masalah kejiwaan mungkin kita temukan kesadaran yang terlalu tinggi, terlalu rendah, atau fluktuatif. Inilah manifestasi jiwa, tampak dari perilaku yang diekspresikan (secara lebih detail, ekspresi perilaku pasien akan dipelajari pada komponen pengkajian tanda dan gejala gangguan jiwa).

PENGERTIAN KESEHATAN JIWA

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, sehat adalah dalam keadaan bugar dan nyaman seluruh tubuh dan bagian-bagiannya. Bugar dan nyaman adalah relatif, karena bersifat subjektif sesuai orang yang mendefinisikan dan merasakan. Bagi seorang kuli bangunan, kaki kejatuhan batu, tergencet, dan berdarah-darah adalah hal biasa, karena hanya dengan sedikit dibersihkannya, kemudian disobekkan pakaian kumalnya, lalu dibungkus, kemudian dapat melanjutkan pekerjaan lagi. Namun, bagi sebagian orang, sakit kepala sedikit harus berobat ke luar negeri. Seluruh komponen tubuh juga relatif, apakah karena adanya panu, kudis, atau kurap pada kulit, seseorang disebut tidak sehat? Padahal komponen tubuh manusia bukan hanya fisik, melainkan juga psikologis dan lingkungan sosial bahkan spiritual.

Jiwa yang sehat sulit didefinisikan dengan tepat. Meskipun demikian, ada beberapa indikator untuk menilai kesehatan jiwa. **Karl Menninger** mendefinisikan orang yang sehat jiwanya adalah orang yang mempunyai kemampuan untuk menyesuaikan diri pada lingkungan, serta berintegrasi dan berinteraksi dengan baik, tepat, dan bahagia. **Michael Kirk Patrick** mendefinisikan orang yang sehat jiwa adalah orang yang bebas dari gejala gangguan psikis, serta dapat berfungsi optimal sesuai apa yang ada padanya. **Clausen** mengatakan bahwa orang yang sehat jiwa adalah orang yang dapat mencegah gangguan mental akibat berbagai stresor, serta dipengaruhi oleh besar kecilnya stresor, intensitas, makna, budaya, kepercayaan, agama, dan sebagainya.

World Health Organization (WHO) pada tahun 2008 menjelaskan kriteria orang yang sehat jiwanya adalah orang yang dapat melakukan hal berikut.

1. Menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk.
2. Merasa bebas secara relatif dari ketegangan dan kecemasan.
3. Memperoleh kepuasan dari usahanya atau perjuangan hidupnya.
4. Merasa lebih puas untuk memberi dari pada menerima.

5. Berhubungan dengan orang lain secara tolong-menolong dan saling memuaskan.
6. Mempunyai daya kasih sayang yang besar.
7. Menerima kekecewaan untuk digunakan sebagai pelajaran di kemudian hari.
8. Mengarahkan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.

Di Indonesia draf rencana undang undang (RUU) kesehatan jiwa belum selesai dibahas. Pada perundangan terdahulu, UU Kesehatan Jiwa No. 3 Tahun 1966 tentang Upaya Kesehatan Jiwa, memberikan batasan bahwa upaya kesehatan jiwa adalah suatu kondisi dapat menciptakan keadaan yang memungkinkan atau mengizinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional yang optimal pada seseorang, serta perkembangan ini selaras dengan orang lain. Menurut UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pada Bab IX tentang kesehatan jiwa menyebutkan Pasal 144 ayat 1 “Upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa”. Ayat 2, “Upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa, dan masalah psikososial”.

Batasan ini pun sulit dipenuhi, sehingga semua kriteria dapat dipertimbangkan dalam menilai kesehatan jiwa. Oleh karenanya, orang yang sehat jiwanya adalah orang yang sebagai berikut.

1. Melihat setiap hari adalah baik, tidak ada satu alasan sehingga pekerjaan harus ditunda, karena setiap hari adalah baik.
2. Hari besok adalah hari yang baik.
3. Tahu apa yang diketahui dan tahu apa yang tidak diketahui.
4. Bisa menyesuaikan diri dengan lingkungan dan membuat lingkungan menjadi lebih baik.
5. Selalu dapat mengembangkan usahanya.
6. Selalu puas dengan hasil karyanya.
7. Dapat memperbaiki dirinya dan tidak menganggap dirinya selalu benar.

SEJARAH PERKEMBANGAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Zaman Mesir Kuno

Pada zaman ini, gangguan jiwa dianggap disebabkan karena adanya roh jahat yang bersarang di otak. Oleh karena itu, cara menyembuhkannya dengan membuat lubang pada tengkorak kepala untuk mengeluarkan roh jahat yang bersarang di otak tersebut.

Hal ini terbukti dengan ditemukannya lubang di kepala pada orang yang pernah mengalami gangguan jiwa. Selain itu, ditemukan pada tulisan Mesir Kuno tentang siapa saja yang pernah kena roh jahat dan telah dilubangi kepalanya.

Tahun-tahun berikutnya, pasien yang mengalami gangguan jiwa diobati dengan dibakar, dipukuli, atau dimasukkan dalam air dingin dengan cara diajak jalan melewati sebuah jembatan lalu diceburkan dalam air dingin dengan maksud agar terkejut, yakni semacam syok terapi dengan harapan agar gangguannya menghilang.

Hasil pengamatan berikutnya diketahui ternyata orang yang menderita skizofrenia tidak ada yang mengalami epilepsi (kejang atau hiperplasia). Padahal penderita epilepsi setelah kejangnya hilang dapat pulih kembali. Oleh karenanya, pada orang skizofrenia dicoba dibuat hiperplasia dengan membuat terapi koma insulin dan terapi kejang listrik (*elektro convulsif therapy*).

Zaman Yunani (Hypocrates)

Pada zaman ini, gangguan jiwa sudah dianggap suatu penyakit. Upaya pengobatannya dilakukan oleh dokter dan orang yang berdoa untuk mengeluarkan roh jahat. Pada waktu itu, orang sakit jiwa yang miskin dikumpulkan dan dimasukkan dalam rumah sakit jiwa. Jadi, rumah sakit jiwa lebih banyak digunakan sebagai tempat penampungan orang gangguan jiwa yang miskin, sehingga keadaannya sangat kotor dan jorok. Sementara orang kaya yang mengalami gangguan jiwa dirawat di rumah sendiri.

Pada tahun 1841, Dorothea Line Dick melihat keadaan perawatan gangguan jiwa. Ia tersentuh hatinya, sehingga berusaha memperbaiki pelayanan kesehatan jiwa. Bersamaan dengan itu, Herophilus dan Erasistratus memikirkan apa yang sebenarnya ada dalam otak, sehingga ia mempelajari anatomi otak pada binatang. Khale kurang puas hanya mempelajari otak, sehingga ia berusaha mempelajari seluruh sistem tubuh hewan (Notosoedirjo, 2001).

Zaman Vesalius

Vesalius tidak yakin hanya dengan mempelajari anatomi hewan saja, sehingga ia ingin mempelajari otak dan sistem tubuh manusia. Namun, membelah kepala manusia untuk dipelajari merupakan hal yang mustahil, apalagi mempelajari seluruh sistem tubuh manusia. Akhirnya, ia berusaha mencuri mayat manusia untuk dipelajari. Sayangnya kegiatannya tersebut diketahui masyarakat, sehingga ia ditangkap, diadili, dan diancam hukuman mati (pancung). Namun, ia bisa membuktikan bahwa kegiatannya itu untuk kepentingan keilmuan, maka akhirnya ia dibebaskan. Vesalius bahkan mendapat penghargaan karena bisa menunjukkan adanya perbedaan antara manusia dan binatang. Sejak saat itu dapat diterima bahwa gangguan jiwa adalah suatu penyakit. Namun kenyatannya, pelayanan di rumah sakit jiwa tidak pernah berubah. Orang yang mengalami gangguan jiwa dirantai, karena petugasnya khawatir dengan keadaan pasien.

Revolusi Prancis I

Phillipe Pinel, seorang direktur di RS Bicetri Prancis, berusaha memanfaatkan Revolusi Prancis untuk membebaskan belenggu pada pasien gangguan jiwa. Revolusi Prancis ini dikenal dengan revolusi humanisme dengan semboyan utamanya “*Liberty, Equality, Fraternity*”. Ia meminta kepada walikota agar melepaskan belenggu untuk pasien gangguan jiwa. Pada awalnya, walikota menolak. Namun, Pinel menggunakan alasan revolusi, yaitu “Jika tidak, kita harus siap diterkam binatang buas yang berwajah manusia”. Perjuangan ini diteruskan oleh murid-murid Pinel sampai Revolusi II.

Revolusi Kesehatan Jiwa II

Dengan diterima gangguan jiwa sebagai suatu penyakit, maka terjadilah perubahan orientasi pada organo biologis. Pada saat ini, Qubius menuntut agar gangguan jiwa masuk dalam bidang kedokteran. Oleh karena itu, gangguan jiwa dituntut mengikuti paradigma *natural sciences*, yaitu ada taksonomi (penggolongan penyakit) dan nosologi (ada tanda/gejala penyakit). Akhirnya, Emil Craepelee mampu membuat penggolongan dari tanda-tanda gangguan jiwa. Sejak saat itu, kesehatan jiwa terus berkembang dengan berbagai tokoh dan spesifikasinya masing-masing.

Revolusi Kesehatan Jiwa III

Pola perkembangan pada Revolusi Kesehatan Jiwa II masih berorientasi pada berbasis rumah sakit (*hospital base*), maka pada perkembangan berikutnya dikembangkanlah basis komunitas (*community base*) dengan adanya upaya pusat kesehatan mental komunitas (*community mental health centre*) yang dipelopori oleh J.F. Kennedy. Pada saat inilah disebut revolusi kesehatan jiwa III.

GANGGUAN JIWA

Pengertian Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Maslim, 2002; Maramis, 2010).

Gangguan jiwa merupakan deskripsi sindrom dengan variasi penyebab. Banyak yang belum diketahui dengan pasti dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis. Pada umumnya ditandai adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar atau tumpul (Maslim, 2002).

Sumber Penyebab Gangguan Jiwa

Manusia bereaksi secara keseluruhan—somato-psiko-sosial. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, unsur ini harus diperhatikan. Gejala gangguan jiwa yang menonjol adalah unsur psikisnya, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia seutuhnya (Maramis, 2010).

1. **Faktor somatik (somatogenik)**, yakni akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.
2. **Faktor psikologik (psikogenik)**, yang terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antarsaudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga akan memengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. Apabila keadaan ini kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan.
3. **Faktor sosial budaya**, yang meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.

Klasifikasi Gangguan Jiwa

Klasifikasi diagnosis gangguan jiwa telah mengalami berbagai penyempurnaan. Pada tahun 1960-an, World Health Organization (WHO) memulai menyusun klasifikasi diagnosis seperti tercantum pada *International Classification of Disease (ICD)*. Klasifikasi ini masih terus disempurnakan, yang saat ini telah sampai pada edisi ke sepuluh (ICD X). Asosiasi dokter psikiatri Amerika juga telah mengembangkan sistem klasifikasi berdasarkan diagnosis dan manual statistik dari gangguan jiwa (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder—DSM*). Saat ini, klasifikasi DSM telah sampai pada edisi DSM-IV-TR yang diterbitkan tahun 2000. Indonesia menggunakan pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ), yang saat ini telah sampai pada PPDGJ III (Maslim, 2002; Cochran, 2010; Elder, 2012; Katona, 2012).

Sistem klasifikasi pada ICD dan DSM menggunakan sistem kategori. ICD menggunakan sistem aksis tunggal (*uniaksis*), yang mencoba menstandarkan diagnosis menggunakan definisi deskriptif dari berbagai sindroma, serta memberikan pertimbangan untuk diagnosis banding. Kriteria diagnosis pada DSM menggunakan sistem multiaksis, yang menggambarkan berbagai gejala yang harus ada agar diagnosis dapat ditegakkan (Katona, 2012). Multiaksis tersebut meliputi hal sebagai berikut.

1. Aksis 1 : sindroma klinis dan kondisi lain yang mungkin menjadi fokus perhatian klinis.

2. Aksis 2 : gangguan kepribadian dan retardasi mental.
3. Aksis 3 : kondisi medis secara umum.
4. Aksis 4 : masalah lingkungan dan psikososial.
5. Aksis 5 : penilaian fungsi secara global.

Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia (PPDGJ) pada awalnya disusun berdasarkan berbagai klasifikasi pada DSM, tetapi pada PPDGJ III ini disusun berdasarkan ICD X. Secara singkat, klasifikasi PPDGJ III meliputi hal berikut.

1. F00 – F09 : gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simtomatik).
2. F10 – F19 : gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.
3. F20 – F29 : skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham.
4. F30 – F39 : gangguan suasana perasaan (mood/afektif).
5. F40 – F48 : gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stres.
6. F50 – F59 : sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik.
7. F60 – F69 : gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa.
8. F70 – F79 : retardasi mental.
9. F80 – F89 : gangguan perkembangan psikologis.
10. F90 – F98 : gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja.

Secara umum, klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 dibagi menjadi dua bagian, yaitu (1) gangguan jiwa berat/kelompok psikosa dan (2) gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan, dan sebagainya. Untuk skizofrenia masuk dalam kelompok gangguan jiwa berat.

Klasifikasi diagnosis keperawatan pada pasien gangguan jiwa dapat ditegakkan berdasarkan kriteria NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) ataupun NIC (*Nursing Intervention Classification*) NOC (*Nursing Outcome Criteria*). Untuk di Indonesia menggunakan hasil penelitian terhadap berbagai masalah keperawatan yang paling sering terjadi di rumah sakit jiwa. Pada penelitian tahun 2000, didapatkan tujuh masalah keperawatan utama yang paling sering terjadi di rumah sakit jiwa di Indonesia, yaitu:

1. perilaku kekerasan;
2. halusinasi;
3. menarik diri;
4. waham;
5. bunuh diri;

6. defisit perawatan diri (berpakaian/berhias, kebersihan diri, makan, aktivitas sehari-hari, buang air);
7. harga diri rendah.

Hasil penelitian terakhir, yaitu tahun 2005, didapatkan sepuluh diagnosis keperawatan terbanyak yang paling sering ditemukan di rumah sakit jiwa di Indonesia adalah sebagai berikut.

1. Perilaku kekerasan.
2. Risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan, verbal).
3. Gangguan persepsi sensori: halusinasi (pendengaran, penglihatan, pengecap, peraba, penciuman).
4. Gangguan proses pikir.
5. Kerusakan komunikasi verbal.
6. Risiko bunuh diri.
7. Isolasi sosial.
8. Kerusakan interaksi sosial.
9. Defisit perawatan diri (mandi, berhias, makan, eliminasi).
10. Harga diri rendah kronis.

Dari seluruh klasifikasi diagnosis keperawatan yang paling sering ditemukan di rumah sakit jiwa ini, telah dibuat standar rencana tindakan yang dapat digunakan acuan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kesehatan jiwa.

LATIHAN

1. Bagaimana cara mempelajari kejiwaan seseorang?
2. Sebutkan manifestasi jiwa!
3. Jelaskan kriteria sehat jiwa!
4. Faktor apa yang menyebabkan gangguan jiwa?
5. Sebutkan klasifikasi gangguan jiwa!

BACAAN

Cochrane, E.M., Barkway P., Nizette D. 2010. *Mosby's Pocketbook of Mental Health*. Australia: Elsevier.

Depkes RI. 2014. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013*. Jakarta: Depkes RI.

Elder, R, Evans K., Nizette D. 2012. *Psychiatric and Memntal Health Nursing 2nd*. Australia: Elsevier.

- Frisch dan Frisch. 2006. *Psychiatry Mental Health Nursing*. Kanada: Thompson Delmar Learning.
- Kaplan dan Sadock. 1997. *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Psikiatri Klinis Jilid 1*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Katona, C., Cooper C., dan Robertson M, 2012. *At a Glance Psikiatri 4th*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Maramis, W.F. 2010. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maslim, Rusdi. 2002. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III)*. Jakarta : FK Unika Atmajaya.
- Notosoedirjo, M. Latipun. 2001. *Kesehatan Mental; Konsep dan Penerapan*. Malang: UMM Press.
- Stuart dan Laraia. 2008. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th Edition*. St Louis: Mosby
- World Health Organization. 2008. *Investing in Mental Health*. Geneva: WHO

2 Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Mengetahui pengertian keperawatan kesehatan jiwa.
2. Mengetahui cara penggunaan diri secara terapeutik dalam keperawatan jiwa.
3. Mengetahui falsafah keperawatan kesehatan jiwa.
4. Mengetahui standar praktik keperawatan jiwa.
5. Mengidentifikasi aspek legal dan etika dalam keperawatan jiwa.
6. Menjelaskan berbagai model dalam praktik keperawatan jiwa.
7. Menjelaskan model stres adaptasi dalam keperawatan jiwa.
8. Mengetahui psikodinamika terjadinya gangguan jiwa.

PENGERTIAN KEPERAWATAN JIWA

Stuart dan Sundeen memberikan batasan tentang keperawatan jiwa, yaitu suatu proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku, yang berkontribusi pada fungsi yang terintegrasi. Sementara ANA (American Nurses Association) mendefinisikan keperawatan kesehatan jiwa adalah suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri secara terapeutik sebagai kiatnya (Stuart, 2007). Berdasarkan dua pengertian di atas, maka setiap perawat jiwa dituntut mampu menguasai bidangnya dengan menggunakan ilmu perilaku sebagai landasan berpikir dan berupaya sedemikian rupa sehingga dirinya dapat menjadi alat yang efektif dalam merawat pasien (Depkes RI, 1998).

Penggunaan diri secara terapeutik secara detail sudah dibahas pada mata ajar ilmu dasar keperawatan pada topik komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik adalah suatu cara dalam berkomunikasi dengan menekankan pengalaman belajar bersama dengan pasien untuk memperbaiki emosi pasien. Walaupun perawat atau tenaga kesehatan lain lebih mengerti tentang masalah kesehatan, seseorang yang lebih mengerti tentang masalah pasien adalah pasien. Oleh karenanya, perawat harus menciptakan rasa percaya (*trust*) agar pasien dapat mempercayai perawat sebagai tempat berkeluh kesah tentang masalah kesehatannya. Perawat mengkaji data secara verbal dan nonverbal sehingga dapat dirumuskan masalah keperawatan untuk diselesaikan bersama dengan pasien. Dengan demikian, perawat dapat menggunakan dirinya sebagai seorang penolong (*helper*).

Ada beberapa pertanyaan yang bisa dijawab untuk mengetahui (introspeksi) perawat adalah orang yang layak membantu atau “penolong”, antara lain sebagai berikut (Stuart dan Laraia, 2005).

1. Apakah saya dapat dipandang sebagai orang yang dapat dipercaya, serta dapat dijadikan pegangan atau konsisten dalam arti yang mendalam?
2. Apakah saya cukup ekspresif?
3. Apakah saya bersikap positif, hangat, perhatian, menyukai, menaruh perhatian, dan respek?
4. Apakah saya cukup stabil untuk berpisah dengan seseorang?
5. Apakah saya dapat membiarkan diri sepenuhnya “masuk ke dunia” orang lain (perasaan, makna diri) dan menerima pihak lain apa adanya?
6. Apakah perilaku saya tidak dianggap sebagai ancaman pihak lain?
7. Apakah saya membebaskan pasien dari perasaan terancam oleh kritik/kecaman/penilaian eksternal?
8. Apakah saya menerima pasien sebagai “*on becoming individu*” ataukah terikat oleh kesan yang lalu?

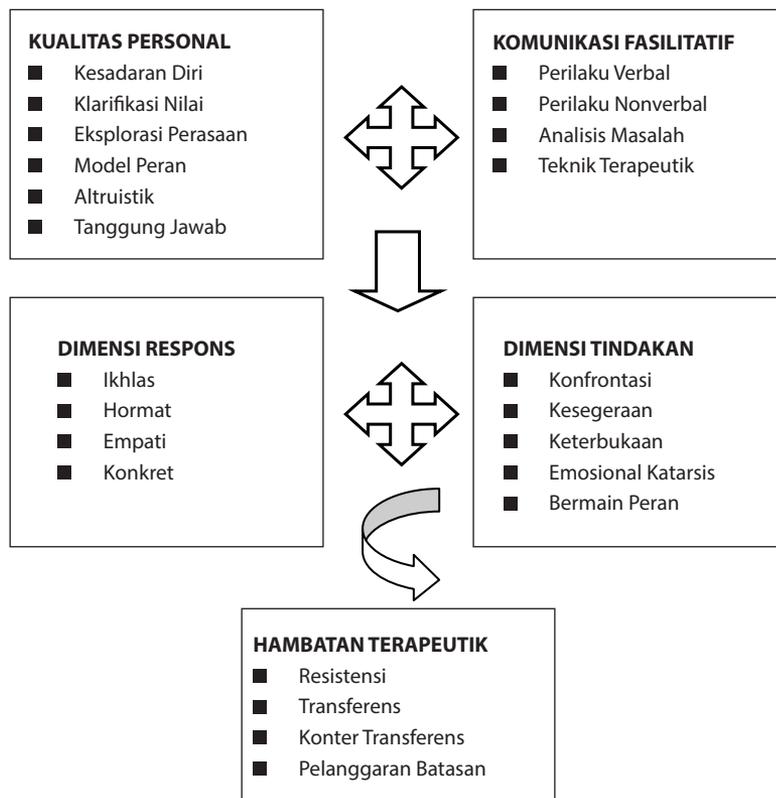
Beberapa pertanyaan di atas merupakan indikator yang harus dipenuhi apabila perawat ingin menjadi seorang *helper*. Selain seorang *helper*, perawat harus menyadari

bahwa kemampuan terapeutik perawat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi respons, dimensi tindakan, dan hambatan dalam komunikasi.

Kualitas personal, tercermin dari kemampuan perawat untuk melakukan menganalisis diri. Apabila perawat mampu melakukan analisis diri. Perawat diharapkan dapat menggunakan dirinya secara terapeutik untuk membantu dan mengembangkan pengalaman bersama pasien dalam menyelesaikan permasalahan pasien.

Komunikasi fasilitatif merupakan cerminan kemampuan perawat untuk menerapkan prinsip komunikasi dan berbagai faktor yang memengaruhi. Komunikasi fasilitatif meliputi perilaku verbal, perilaku nonverbal, kemampuan perawat menganalisis masalah, dan menerapkan teknik terapeutik.

Dimensi respons merupakan reaksi perawat terhadap komunikasi yang terjadi. Dimensi respons ini terdiri atas sikap ikhlas, hormat, empati, dan konkret. Setelah dimensi respons, biasanya akan diikuti oleh dimensi tindakan, seperti konfrontasi, kesegeraan, keterbukaan, emosional katarsis, dan bermain peran.



GAMBAR 2.1 Elemen yang Memengaruhi Kemampuan Perawat untuk Terapeutik (Stuart dan Laria, 2005)

Selain semua faktor di atas, masih ada faktor yang memengaruhi komunikasi terapeutik yaitu hambatan terapeutik atau kebutuhan terapeutik. Hambatan terapeutik ini dapat berasal dari perawat ataupun pasien. Hambatan terapeutik dari pasien biasanya berupa resistensi dan transferen. Sementara hambatan terapeutik yang dari perawat dapat berupa konter transferen dan pelanggaran batasan.

Setelah memahami konsep penggunaan diri secara terapeutik, seorang perawat jiwa harus menggunakan ilmu perilaku untuk membantu menyelesaikan masalah. Secara umum tidak ada seseorang menangis jika tidak ada sebabnya, tidak ada orang marah jika tidak ada sebabnya, dan seterusnya. Pelajarilah berbagai teori perilaku, teori alasan bertindak (*theory reason action*), dan teori perencanaan bertindak (*theory plan behavior*), sehingga dapat dikembangkan berbagai falsafah dalam keperawatan kesehatan jiwa.

Keperawatan jiwa adalah suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku sebagai ilmunya dan penggunaan diri secara terapeutik sebagai kiatnya.

FALSAFAH KEPERAWATAN JIWA

Beberapa keyakinan mendasar yang digunakan dalam keperawatan jiwa antara lain sebagai berikut (Depkes RI, 1998).

1. Individu memiliki harkat dan martabat, sehingga setiap individu perlu dihargai.
2. Tujuan individu meliputi tumbuh, sehat, otonomi, dan aktualisasi diri.
3. Setiap individu mempunyai potensi untuk berubah.
4. Manusia adalah makhluk holistik yang berinteraksi dan bereaksi dengan lingkungan sebagai manusia yang utuh.
5. Setiap orang memiliki kebutuhan dasar yang sama.
6. Semua perilaku individu adalah bermakna.
7. Perilaku individu meliputi persepsi, pikiran, perasaan, dan tindakan.
8. Individu memiliki kapasitas coping yang bervariasi, yang dipengaruhi oleh kondisi genetik, lingkungan, kondisi stres, dan sumber yang tersedia.
9. Sakit dapat menumbuhkan dan mengembangkan psikologis bagi individu.
10. Setiap orang mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama.
11. Kesehatan mental adalah komponen kritis dan penting dari pelayanan kesehatan yang komprehensif.
12. Individu mempunyai hak untuk berpartisipasi dalam pembuatan keputusan untuk kesehatan fisik dan mentalnya.
13. Tujuan keperawatan adalah meningkatkan kesejahteraan, memaksimalkan fungsi (meminimalkan kecacatan/ketidakmampuan), dan meningkatkan aktualisasi diri.
14. Hubungan interpersonal dapat menghasilkan perubahan dan pertumbuhan pada individu.

MODEL PRAKTIK KEPERAWATAN JIWA

Model adalah suatu cara untuk mengorganisasikan pengetahuan yang kompleks, membantu praktisi, serta memberi arah dan dasar dalam menentukan bantuan yang diperlukan. Model praktik keperawatan jiwa mencerminkan sudut pandang dalam mempelajari penyimpangan perilaku dan proses terapeutik dikembangkan. Model praktik dalam keperawatan kesehatan jiwa ini menggambarkan sebuah psikodinamika terjadinya gangguan jiwa.

Psikodinamika terjadinya gangguan jiwa menggambarkan serangkaian peristiwa, sehingga gangguan jiwa terjadi. Oleh karenanya, diperlukan pengkajian mendalam terhadap berbagai faktor penyebab gangguan jiwa, tanda dan gejala, serta urutan kejadian peristiwa. Dengan demikian, akan tergambarkan sebagai masalah keperawatan yang ditemukan (pada komponen pengkajian keperawatan jiwa), sehingga dapat disusun jejaring urutan kejadian masalah dalam sebuah pohon masalah.

Beberapa model praktik yang dikembangkan dalam keperawatan kesehatan jiwa antara lain model psikoanalisis, model interpersonal, model sosial, eksistensial, suportif, komunikasi, perilaku, model medik, dan yang paling sering digunakan dalam keperawatan jiwa adalah model stres adaptasi.

Secara singkat beberapa model dalam praktik keperawatan jiwa seperti terangkum pada tabel berikut.

TABEL 2.1 Model Praktik Keperawatan Jiwa

Model	Pandangan Terhadap Penyimpangan Perilaku	Proses Terapeutik	Peran Terapis dan Pasien
Psikoanalitik (S. Frued, Erikson, Klein, Horney, Fromm-Reichmann, Menninger)	Perilaku didasarkan pada perkembangan dini dan resolusi konflik yang tidak adekuat. Pertahanan ego tidak adekuat untuk mengontrol ansietas. Gejala merupakan upaya untuk mengatasi ansietas dan berkaitan dengan konflik yang tidak terselesaikan	Psikoanalisis menggunakan teknik asosiasi bebas dan analisis mimpi. Hal ini menginterpretasi perilaku, menggunakan transferen untuk memperbaiki pengalaman masa lalu, dan mengidentifikasi area masalah melalui interpretasi resistensi pasien.	Pasien mengungkapkan semua pikiran dan mimpi serta mempertimbangan interpretasi terapis. Terapis tetap mengupayakan perkembangan transferen, serta menginterpretasikan pikiran dan mimpi pasien dalam kaitannya dengan konflik, transferen, dan resistensi.

Model	Pandangan Terhadap Penyimpangan Perilaku	Proses Terapeutik	Peran Terapis dan Pasien
Interpersonal (Sullivan, Peplau)	<p>Ansietas timbul dan dialami secara interpersonal.</p> <p>Rasa takut yang mendasar adalah takut terhadap penolakan.</p> <p>Seorang membutuhkan rasa aman dan kepuasan yang diperoleh melalui hubungan interpersonal yang positif.</p>	<p>Hubungan antara terapis dan pasien membangun perasaan aman.</p> <p>Terapis membantu pasien mengalami hubungan yang penuh rasa percaya dan mencapai kepuasan interpersonal.</p> <p>Pasien kemudian dibantu untuk mengembangkan hubungan akrab di luar situasi terapi.</p>	<p>Pasien menceritakan ansietas dan perasaannya pada terapis.</p> <p>Terapis menjalin hubungan akrab dengan pasien, menggunakan empati untuk merasakan perasaan pasien, dan menggunakan hubungan sebagai suatu pengalaman interpersonal korektif.</p>
Sosial (Szasz, Caplan)	<p>Faktor sosial dan lingkungan menciptakan stres, yang menyebabkan ansietas, serta mengakibatkan timbulnya gejala. Perilaku yang tidak dapat diterima (menyimpang) diartikan secara sosial dan memenuhi kebutuhan sistem sosial.</p>	<p>Pasien dibantu untuk mengatasi sistem sosial. Mungkin digunakan intervensi krisis.</p> <p>Manipulasi lingkungan dan menunjukkan dukungan sosial juga diterapkan.</p> <p>Dukungan kelompok sebaya dianjurkan.</p>	<p>Pasien secara aktif menyampaikan masalahnya kepada terapis dan bekerja sama dengan terapis untuk menyelesaikan masalahnya. Menggunakan sumber yang ada di masyarakat.</p> <p>Terapis menggali sistem sosial pasien dan membantu pasien menggunakan sumber yang tersedia atau menciptakan sumber baru.</p>
Eksistensial (Perls, Glesser, Ellis, Rogers, Frankl)	<p>Hidup ini akan sangat berarti apabila seseorang dapat mengalami dan menerima diri (<i>self acceptance</i>) sepenuhnya. Penyimpangan perilaku terjadi jika individu gagal dalam upayanya untuk menemukan dan menerima diri. Menjadi diri sendiri bisa dialami melalui hubungan murni dengan orang lain.</p>	<p>Individu dibantu untuk mengalami kemurnian hubungan.</p> <p>Terapi sering dilakukan dalam kelompok.</p> <p>Pasien dianjurkan untuk menggali dan menerima diri dan dibantu untuk mengendalikan perilakunya.</p>	<p>Pasien bertanggung jawab terhadap perilakunya dan berperan serta dalam suatu pengalaman yang berarti untuk mempelajari tentang diri yang sebenarnya.</p> <p>Terapis membantu pasien untuk mengenal nilai diri. Terapis mengklarifikasi realitas dari suatu situasi dan mengenalkan pasien tentang perasaan tulus dan memperluas kesadaran dirinya.</p>

Model	Pandangan Terhadap Penyimpangan Perilaku	Proses Terapeutik	Peran Terapis dan Pasien
Supportif (Werman, Rockland)	Masalah terjadi sebagai akibat dari faktor bio-psiko-sosial. Penekanan pada respons koping maladaptif saat ini.	Uji coba realitas dan peningkatan harga diri. Dukungan sosial diidentifikasi dan respons koping yang adaptif dikuatkan.	Pasien secara aktif terlibat dalam pengobatan. Terapis menjalin hubungan yang hangat dan penuh empati dengan pasien
Komunikasi (Berne, Watzlawick)	Gangguan perilaku terjadi apabila pesan tidak dikomunikasikan dengan jelas. Bahasa dapat digunakan untuk merusak makna pesan bisa diteruskan secara serentak pada berbagai tingkatan. Kesan verbal dan nonverbal mungkin tidak selaras.	Pola komunikasi dianalisis dan umpan balik diberikan untuk mengklarifikasi area masalah. Analisis transaksional berfokus pada permainan dan belajar untuk berkomunikasi secara langsung tanpa bersandiwara.	Pasien memperhatikan pola komunikasi, termasuk permainan, dan bekerja untuk mengklarifikasi komunikasinya sendiri serta memvalidasi pesan dari orang lain. Terapis menginterpretasi pola komunikasi kepada pasien dan mengajarkan prinsip-prinsip komunikasi yang baik.
Perilaku (Bandura, Pavlov, Wolpe, Skinner)	Perilaku dipelajari. Penyimpangan terjadi karena manusia telah membentuk kebiasaan perilaku yang tidak diinginkan. Oleh karena perilaku dapat dipelajari, maka perilaku juga dapat tidak dipelajari. Perilaku menyimpang terjadi berulang karena berguna untuk mengurangi ansietas. Jika demikian, perilaku lain yang dapat mengurangi ansietas dapat dipakai sebagai pengganti.	Terapi merupakan proses pendidikan. Penyimpangan perilaku tidak dihargai; perilaku yang produktif dikuatkan. Terapi relaksasi dan latihan keasertifan merupakan pendekatan perilaku.	Pasien mempraktikkan teknik perilaku yang digunakan, mengerjakan pekerjaan rumah, dan penggalakan latihan. Pasien membantu mengembangkan hierarki perilaku. Terapis mengajar pasien tentang pendekatan perilaku, membantu mengembangkan hierarki perilaku dan menguatkan perilaku yang diinginkan.
Medik (Meyer, Kraepelin, Spitzer, Frances)	Gangguan perilaku disebabkan oleh penyakit biologis.	Diagnosis penyakit dilandasi oleh kondisi yang ada dan informasi historis serta pemeriksaan diagnostik.	Pasien mempraktikkan regimen terapi yang dianjurkan dan melaporkan efek terapi kepada dokter.

Model	Pandangan Terhadap Penyimpangan Perilaku	Proses Terapeutik	Peran Terapis dan Pasien
	Gejala timbul sebagai akibat dari kombinasi faktor fisiologik, genetik, lingkungan, dan sosial. Perilaku menyimpang berhubungan dengan toleransi pasien terhadap stres.	Pengobatan meliputi terapi somatik dan farmakologik, serta berbagai teknik interpersonal.	Pasien menjalani terapi jangka panjang apabila diperlukan. Terapis menggunakan kombinasi terapi somatik dan terapi interpersonal. Terapis menegakkan diagnosis penyakit dan menentukan pendekatan terapeutik.
Stres adaptasi (Gail Stuart)	Sehat sakit diidentifikasi sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan.	Mengidentifikasi faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan pasien.	Membantu pasien lebih adaptif dalam menghadapi stresor.

MODEL STRES ADAPTASI DALAM KEPERAWATAN JIWA

Model ini pertama kali dikembangkan oleh Gail Stuart pada tahun 1983. Fakta menunjukkan bahwa banyak pasien mengalami gangguan jiwa karena kegagalan beradaptasi, misal pada ringkasan kasus berikut.

Kasus 1

Nona A lulusan sekolah menengah atas dan termasuk dalam peringkat sepuluh besar. Rumah agak terpencil dan jauh dari kota besar. Sepulang dari kelulusan SMA, ia dengan bangga bercerita kepada ibunya dan mengutarakan rencana kuliah yang ingin ditempuh. Ibunya tidak terlalu menanggapi keinginan anaknya untuk kuliah, bahkan ibu memberikan nasihat, “Sudahlah Nak, kamu ini wanita, untuk apa sekolah sampai perguruan tinggi, toh setelah itu kamu akan kembali ke dapur, sumur, dan kasur”.

Nona A terkejut menegaskannya untuk tetap kuliah di beberapa perguruan tinggi negeri di kota yang sudah dipilih. Dengan modal peringkat sepuluh besarnya, Nona A yakin dapat menembus seleksi penerimaan mahasiswa baru, kemudian bisa mendapatkan beasiswa. Bagi Nona A, meskipun wanita dan tinggal di desa, harus tetap menempuh pendidikan sampai perguruan tinggi, apalagi modal dasar kepandaian sudah di tangan.

Ibu tetap melarang anaknya yang sudah berusia 17 tahun itu pergi ke kota untuk menempuh pendidikan di perguruan tinggi, meskipun secara finansial sebenarnya orang tuanya mampu untuk membiayai pendidikan anaknya. Akhirnya ibu berkata, “Sudahlah Nak, kamu tidak usah kuliah. Kamu ini wanita. Sebenarnya Ibu sudah memilihkan jodoh

untuk dirimu, biarlah tidak terlalu tampan, yang penting dapat menjamin kehidupanmu di masa yang akan datang”.

Nona A tetap pada idealismenya dan ibu tetap pada keinginan untuk segera menikahkan anaknya karena sudah berjanji dengan calon menantu. Akhirnya dengan berbagai cara ibu merayu anaknya, tidak berhasil, meminta tolong saudara perempuannya, bahkan pada ibu guru ngajinya tidak berhasil.

Akhirnya sang Nona A menjadi pemarah, terutama setiap ketemu wanita dewasa. Oleh karena selalu marah setiap ketemu wanita dewasa inilah, akhirnya Nona A dibawa ke unit psikiatri. Terjadilah gangguan jiwa, risiko mencederai diri, orang lain, atau lingkungan.

Setelah ada *trust* saat dikaji oleh perawat, ternyata Nona A marah setiap ketemu wanita dewasa, karena Nona A menganggap pasti dia akan menyuruhnya untuk menikah.

Gangguan jiwa bukan disebabkan karena roh halus yang bersarang di tubuh manusia, melainkan karena kegagalan beradaptasi dengan kenyataan yang harus dihadapi.

Gambaran kasus di atas menunjukkan adanya konflik antara anak dan ibu, yang saling mempertahankan keinginannya sehingga tidak didapatkan adaptasi yang memuaskan.

Kasus 2

Nona B masih kelas 3 SMA, serta tinggal bersama ibu dan neneknya. Ayahnya sudah bercerai sehingga ibunya harus mencari nafkah untuk anak dan keluarganya. Pada saat tiga bulan menjelang ujian akhir, Nona B tertarik untuk mengikuti audisi MamaMia yang diselenggarakan di televisi yang dilihatnya. Nona B yakin sekali bahwa dia bisa memenangkan audisi ini, jika dibandingkan dengan para nominator sebelumnya. Nona B yakin kemampuan dirinya melebihi kualifikasi para pemenang sebelumnya, karena dia memang hobi musik dan bernyanyi, bahkan sudah sering naik panggung ketika tetangganya punya hajatan. Dia yakin sekali bahwa suara, gaya, penampilan, dan trik untuk menguasai penonton sudah dikuasai dengan baik.

Setelah form diisi, Nona B dipanggil untuk seleksi audisi tahap awal. Sebelum berangkat Nona B pamit pada semua teman sekelasnya, “*Teman-teman doakan aku yaa, mudah-mudahan aku berhasil mengikuti audisi MamaMia, aku yakin, aku mampu kok*”. Pada tahap seleksi awal, Nona B dinilai bagus berdasarkan suara, gaya, model, dan lain-lain. Tahap berikutnya, mama dari Nona B dipanggil. Nona B baru sadar bahwa dia mengikuti audisi tidak bersama mamanya tetapi dengan neneknya, karena mamanya harus bekerja.

Salah satu kriteria penilaian pada audisi MamaMia adalah dinilai kekompakan, kemampuan, serta keserasian antara peserta dengan mamanya pada saat beraksi dan bernyanyi di panggung. Oleh karena Nona B tidak bersama mamanya, maka dia terkena diskualifikasi, sebab ini bukan audisi NenekMia.

Nona B pulang dengan kecewa, karena hal yang dijanjikan pada teman-temannya untuk memenangi audisi ini sudah gagal total. Saat sampai di rumah, Nona B sangat malu, sehingga tidak mau ketemu tetangga dan tidak mau pergi ke. Sehari-hari hanya mengurung

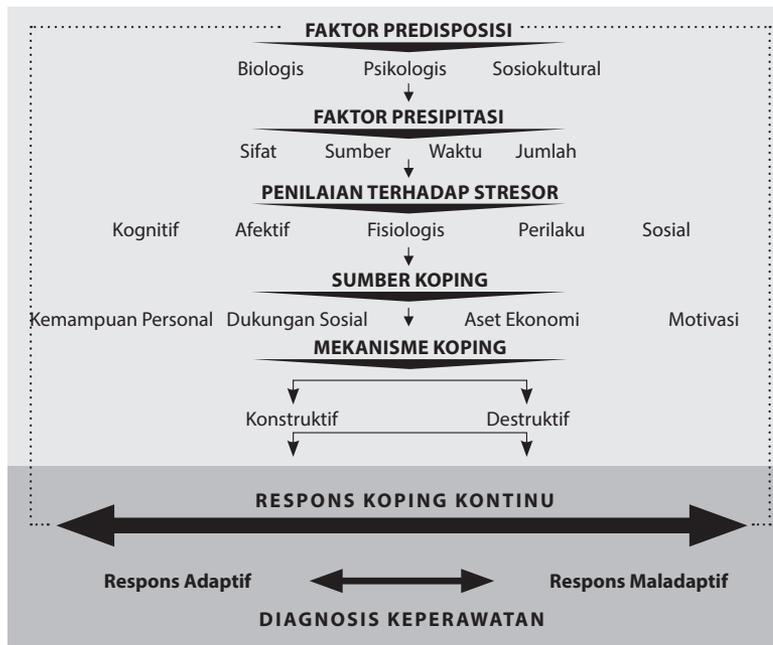
diri di kamar, mulai jarang mandi, dan jarang makan. Terjadilah penurunan kemampuan aktivitas sehari-hari sampai gangguan fungsi peran dan defisit perawatan diri. Setelah dua bulan semakin menyendiri, Nona B dibawa ke unit psikiatri.

Orang yang sukses adalah bukan orang tidak pernah gagal, melainkan sejauh mana dia berhasil bangkit ketika mengalami kegagalan.

Keperawatan kesehatan jiwa menggunakan model stres adaptasi dalam mengidentifikasi penyimpangan perilaku. Model ini mengidentifikasi sehat sakit sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan. Model ini mengintegrasikan komponen biologis, psikologis, serta sosial dalam pengkajian dan penyelesaian masalahnya. Apabila masalah disebabkan karena fisik, maka pengobatan dengan fisik atau kimiawi. Apabila masalah psikologis, maka harus diselesaikan secara psikologis. Demikian pula jika masalah sosial, maka lebih sering dapat diselesaikan dengan pendekatan sosial melalui penguatan psikologis.

Beberapa hal yang harus diamati dalam model stres adaptasi adalah faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan. Ada dua kemungkinan koping terpilih yaitu berada antara adaptif dan maladaptif. Koping ini bersifat dinamis, bukan statis pada satu titik. Dengan demikian, perilaku manusia juga selalu dinamis, yakni sesuai berbagai faktor yang memengaruhi koping terpilih.

Secara lengkap komponen pengkajian model stres adaptasi dalam keperawatan kesehatan jiwa adalah sebagai berikut.



GAMBAR 2.2 Pengkajian Model Stres Adaptasi (Stuart dan Laraia, 2005)

Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stres yang memengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stres baik yang biologis, psikososial, dan sosiokultural. Secara bersama-sama, faktor ini akan memengaruhi seseorang dalam memberikan arti dan nilai terhadap stres pengalaman stres yang dialaminya. Adapun macam-macam faktor predisposisi meliputi hal sebagai berikut.

1. Biologi: latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan umum, dan terpapar racun.
2. Psikologis: kecerdasan, keterampilan verbal, moral, personal, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, dan kontrol.
3. Sosiokultural: usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, dan tingkatan sosial.

Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis, dan sosiokultural. Waktu merupakan dimensi yang juga memengaruhi terjadinya stres, yaitu berapa lama terpapar dan berapa frekuensi terjadinya stres. Adapun faktor presipitasi yang sering terjadi adalah sebagai berikut.

1. Kejadian yang menekan (*stressful*)
Ada tiga cara mengategorikan kejadian yang menekan kehidupan, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial. Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek legal, dan krisis komunitas. Lingkungan sosial adalah kejadian yang dijelaskan sebagai jalan masuk dan jalan keluar. Jalan masuk adalah seseorang yang baru memasuki lingkungan sosial. Keinginan sosial adalah keinginan secara umum seperti pernikahan.
2. Ketegangan hidup
Stres dapat meningkat karena kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja, dan kesendirian. Beberapa ketegangan hidup yang umum terjadi adalah perselisihan yang dihubungkan dengan hubungan perkawinan, perubahan orang tua yang dihubungkan dengan remaja dan anak-anak, ketegangan yang dihubungkan dengan ekonomi keluarga, serta *overload* yang dihubungkan dengan peran.

Penilaian terhadap Stresor

Penilaian terhadap stresor meliputi penentuan arti dan pemahaman terhadap pengaruh situasi yang penuh dengan stres bagi individu. Penilaian terhadap stresor ini meliputi respons

kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respons sosial. Penilaian adalah dihubungkan dengan evaluasi terhadap pentingnya suatu kejadian yang berhubungan dengan kondisi sehat.

1. Respons kognitif

Respons kognitif merupakan bagian kritis dari model ini. Faktor kognitif memainkan peran sentral dalam adaptasi. Faktor kognitif mencatat kejadian yang menekan, memilih pola koping yang digunakan, serta emosional, fisiologis, perilaku, dan reaksi sosial seseorang. Penilaian kognitif merupakan jembatan psikologis antara seseorang dengan lingkungannya dalam menghadapi kerusakan dan potensial kerusakan. Terdapat tiga tipe penilaian stresor primer dari stres yaitu kehilangan, ancaman, dan tantangan.

2. Respons afektif

Respons afektif adalah membangun perasaan. Dalam penilaian terhadap stresor respons afektif utama adalah reaksi tidak spesifik atau umumnya merupakan reaksi kecemasan, yang hal ini diekspresikan dalam bentuk emosi. Respons afektif meliputi sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya,antisipasi, atau kaget. Emosi juga menggambarkan tipe, durasi, dan karakter yang berubah sebagai hasil dari suatu kejadian.

3. Respons fisiologis

Respons fisiologis merefleksikan interaksi beberapa neuroendokrin yang meliputi hormon, prolaktin, hormon adrenokortikotropik (ACTH), vasopresin, oksitosin, insulin, epineprin, norepineprin, dan neurotransmitter lain di otak. Respons fisiologis melawan atau menghindari (*the fight-or-flight*) menstimulasi divisi simpatik dari sistem saraf autonomi dan meningkatkan aktivitas kelenjar adrenal. Sebagai tambahan, stres dapat memengaruhi sistem imun dan memengaruhi kemampuan seseorang untuk melawan penyakit.

4. Respons perilaku

Respons perilaku hasil dari respons emosional dan fisiologis.

5. Respons sosial

Respons ini didasarkan pada tiga aktivitas, yaitu mencari arti, atribut sosial, dan perbandingan sosial.

Sumber Koping

Sumber koping meliputi aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial, serta motivasi.

Mekanisme Koping

Koping mekanisme adalah suatu usaha langsung dalam manajemen stres. Ada tiga tipe mekanisme koping, yaitu sebagai berikut.

1. Mekanisme koping *problem focus*
Mekanisme ini terdiri atas tugas dan usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri.
Contoh: negosiasi, konfrontasi, dan mencari nasihat.
2. Mekanisme koping *cognitively focus*
Mekanisme ini berupa seseorang dapat mengontrol masalah dan menetralsasinya.
Contoh: perbandingan positif, *selective ignorance*, *substitution of reward*, dan *devaluation of desired objects*.
3. Mekanisme koping *emotion focus*
Pasien menyesuaikan diri terhadap distres emosional secara tidak berlebihan.
Contoh: menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti *denial*, supresi, atau proyeksi.

Mekanisme koping dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Mekanisme konstruktif terjadi ketika kecemasan diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan individu menerima sebagai tantangan untuk menyelesaikan masalah. Mekanisme koping destruktif menghindari kecemasan tanpa menyelesaikan konflik.

Selain dapat dikategorikan dalam tiga tipe di atas, mekanisme koping dapat dikategorikan sebagai *task oriented reaction* dan *ego oriented reaction*. *Task oriented reaction* adalah berpikir serta mencoba berhati-hati untuk menyelesaikan masalah, menyelesaikan konflik, dan memberikan kepuasan. *Task oriented reaction* berorientasi dengan kesadaran secara langsung dan tindakan. Sementara, *ego oriented reaction* sering digunakan untuk melindungi diri. Reaksi ini sering disebut sebagai mekanisme pertahanan. Setiap orang menggunakan mekanisme pertahanan dan membantu seseorang mengatasi kecemasan dalam tingkat ringan sampai dengan sedang. *Ego oriented reaction* dilakukan pada tingkat tidak sadar.

TABEL 2.2 Mekanisme Pertahanan

Mekanisme Koping	Keterangan
Fantasi	Keinginan yang tidak terakumulasi dipuaskan dalam imajinasi, mengkhayal seolah-olah menjadi seperti yang diinginkan.
Penyangkalan (<i>denial</i>)	Melindungi diri terhadap kenyataan yang tak menyenangkan dengan menolak menghadapi hal itu, yang sering dilakukan dengan cara melarikan diri seperti menjadi "sakit" atau kesibukan lain. Tidak berani melihat dan mengakui kenyataan yang menakutkan. Contoh: <ul style="list-style-type: none"> • Tutup mata karena takut terhadap sesuatu yang mengerikan. • Tidak mau mengakui atau mengerti bahwa ia mempunyai penyakit menakutkan.

Mekanisme Koping	Keterangan
Rasionalisasi	<p>Berusaha membuktikan bahwa perbuatannya (yang sebenarnya tidak baik) rasional adanya, sehingga dapat disetujui dan diterima oleh diri sendiri dan masyarakat.</p> <p>Contoh:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mau bermain bulu tangkis karena “badan kurang enak” atau “besok ada ujian” padahal sebenarnya takut kalah.
Identifikasi	<p>Menambah harga diri dengan menyamakan dirinya dengan seorang atau suatu hal yang dikaguminya.</p> <p>Contoh:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak merokok atau membaca koran seperti kebiasaan ayahnya. • Anak bersolek seperti ibunya. • Bergaya “pahlawan” seperti bintang film, atlet, penyanyi, dan sebagainya.
Introjeksi	<p>Identifikasi yang berbentuk primitif. Menyatukan nilai dan norma luar dengan struktur egonya sehingga individu tidak bergantung pada belas kasihan tentang hal-hal yang dirasakan sebagai ancaman.</p> <p>Contoh:</p> <p>Memasukkan aspek kepercayaan ke dalam pendiriannya dalam menghadapi keadaan yang mengancamnya.</p>
Represi	<p>Secara tidak sadar menekan pikiran yang berbahaya dan menyedihkan dari alam sadar ke alam tidak sadar, semacam penyingkiran.</p> <p>Contoh:</p> <p>Melihat temannya meninggal. Perilaku seolah-olah lupa kejadian tersebut.</p>
Supresi	<p>Individu secara sadar menolak pikirannya keluar dari alam sadarnya dan memikirkan hal yang lain. Supresi tidak begitu berbahaya karena dilakukan secara sengaja dan individu mengetahui apa yang dibuatnya.</p>
Regresi	<p>Mundur ke tingkat perkembangan yang lebih rendah, dengan respons yang kurang matang dan biasanya dengan aspirasi yang kurang.</p> <p>Contoh:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak yang punya adik lagi. Perilaku kakaknya menjadi isap jempol atau ngompol untuk menarik perhatian. • Orang dewasa bila ingin sesuatu harus segera terpenuhi, bila tidak akan marah-marah seperti anak kecil. • Pengantin baru bila ada kesukaran sedikit saja dalam keluarga maka lari ke ibu atau orang tua.
Proyeksi	<p>Menyalahkan orang lain mengenai kesulitannya sendiri atau melemparkan kepada orang lain keinginannya yang tidak baik.</p> <p>Contoh:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak tidak lulus karena guru sentimen. • Suami berzina karena wanita lain menggodanya. • Pemain tidak baik permainannya melihat raketnya.
Penyusunan reaksi (reaksi formasi)	<p>Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan.</p> <p>Contoh:</p> <p>Fanatik dalam mengutuk perjudian agar dapat menindas kecenderungan diri ke arah itu.</p>

Mekanisme Koping	Keterangan
Sublimasi	Mencari pemuasan atau menghilangkan keinginan seksual dalam kegiatan nonseksual. Nafsu yang tidak terpenuhi (terutama seksual) disalurkan kepada kegiatan lain yang dapat diterima oleh masyarakat. Contoh: Individu yang belum atau tidak kawin, berusaha mementingkan dan mengejar karier untuk mendapat kepuasan.
Kompensasi	Menutupi kelemahan dengan menonjolkan sifat yang baik atau frustrasi terhadap satu bidang, bisa juga mencari kepuasan secara berlebihan dalam bidang lain. Contoh: Individu tidak pintar, dia berusaha dirinya menjadi jagoan.
Pemindahan (<i>displacement</i>)	Emosi atau fantasi terhadap seseorang atau benda dicurahkan kepada seseorang/benda lain yang biasanya lebih kurang berbahaya dari semula. Contoh: Anak dimarahi ibu, maka anak ganti memukul adik.
Pelepasan atau penebusan (<i>undoing</i>)	Meniadakan atau membatalkan suatu pikiran. Kecenderungan atau tindakan yang tidak disetujui/tidak bermoral. Bentuk pelepasan/penebusan antara lain meminta maaf, menyesalkan, memberi pilihan, atau melakukan penitensi dan menjalani hukuman Contoh: <ul style="list-style-type: none"> • Suami tidak setia memberi bermacam hadiah pada istri. • Pedagang/pegawai yang berbuat tidak sesuai dengan etika, maka memberi sumbangan besar untuk kegiatan sosial.
Penyekatan emosional	Mengurangi keterlibatan ego dan menarik diri menjadi pasif untuk melindungi diri sendiri dari kesakitan atau kekecewaan. Contoh: Tidak menaruh harapan terlalu tinggi.
Isolasi (intelektualisasi, disosiasi)	Suatu bentuk penyekatan emosional karena beban emosi dalam suatu keadaan yang menyakitkan, diputuskan, atau diubah (distorsi). Contoh: <ul style="list-style-type: none"> • Rasa sedih karena kematian orang dekat, maka mengatakan "sudah nasibnya" atau "sekarang ia sudah tidak menderita lagi". • Dalam keadaan menyakitkan berkata, "Biarlah tidak apa-apa". • Seorang pedagang yang kasar bisa menjadi seorang ayah yang lemah lembut.
Simpatisme	Berusaha mendapatkan simpati dengan cara menceritakan berbagai kesukarannya, misalnya penyakit atau kesusahan yang lain. Oleh karena bila orang simpati maka harga diri meningkat walaupun ada kegagalan.
Memberontak (<i>acting out</i>)	Mengurangi kecemasan yang dibangkitkan oleh berbagai keinginan yang terlarang dengan membiarkan ekspresinya dan melakukannya.

ASPEK LEGAL DAN ETIK DALAM KEPERAWATAN JIWA

Pokok bahasan aspek legal dan etis dalam keperawatan jiwa diawali dengan pembahasan peran fungsi perawat jiwa, domain aktivitas keperawatan jiwa, standar praktik keperawatan jiwa, dan penerapan konsep etika dalam keperawatan jiwa.

Peran dan fungsi perawat jiwa saat ini telah berkembang secara kompleks dari elemen historis aslinya (Stuart, 2002). Peran perawat jiwa sekarang mencakup parameter kompetensi klinik, advokasi pasien, tanggung jawab fiskal (keuangan), kolaborasi profesional, akuntabilitas (tanggung gugat) sosial, serta kewajiban etik dan legal. Dengan demikian, dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa perawat dituntut melakukan aktivitas pada tiga area utama yaitu:

1. aktivitas asuhan langsung,
2. aktivitas komunikasi, dan
3. aktivitas pengelolaan/penatalaksanaan manajemen keperawatan.

TABEL 2.3 Domain Aktivitas Keperawatan Jiwa

Aktivitas Asuhan Langsung	Aktivitas Komunikasi	Aktivitas Penatalaksanaan
<ul style="list-style-type: none"> • Advokasi • Tindak lanjut setelah keperawatan • Penanggulangan perilaku • Konsultasi kasus • Pengelolaan kasus • Penanggulangan kognitif • Penyuluhan komunitas • Konseling kepatuhan • Intervensi krisis • Perencanaan pulang • Intervensi keluarga • Kerja kelompok • Peningkatan kesehatan • Penyuluhan kesehatan • Pengkajian risiko tinggi • Kunjungan rumah • Konseling individu • Skrining dan evaluasi masukan • Pemberian pengobatan • Penatalaksanaan pengobatan • Peningkatan kesehatan mental • Pernik-pernik terapi • Konseling nutrisi • <i>Informed consent</i> • Penyuluhan orang tua 	<ul style="list-style-type: none"> • Konferensi kasus klinik • Mengembangkan rencana penanggulangan • Dokumentasi asuhan • Kesaksian forensik • Hubungan antaragen • Umpan balik sejawat • Menyiapkan laporan • Jaringan kerja perawat profesional • Pertemuan staf • Penulisan order • Pertemuan tim • Laporan verbal tentang asuhan 	<ul style="list-style-type: none"> • Alokasi sumber dan anggaran • Penyelia klinik • Kolaborasi • Peran serta komite • Tindakan komunitas • Hubungan konsultasi • Negosiasi kontrak • Koordinasi pelayanan • Delegasi penugasan • Penulisan jaminan • Pemasaran dan humas • Mediasi dan resolusi konflik • Pengkajian dan perkiraan kebutuhan • Penguasaan organisasi • Penatalaksanaan hasil • Evaluasi kinerja • Pengembangan kebijakan dan prosedur • Presentasi profesional • Evaluasi program • Perencanaan program • Publikasi • Aktivitas peningkatan kualitas • Aktivitas rekrutmen dan retensi

Aktivitas Asuhan Langsung	Aktivitas Komunikasi	Aktivitas Penatalaksanaan
<ul style="list-style-type: none"> • Triase pasien • Pengkajian fisik • Penanganan psikologis • Terapi bermain • Obat-obatan yang diresepkan • Memberikan keamanan lingkungan • Pengkajian psikososial • Psikoterapi • Pencegahan kekambuhan • Implementasi penelitian • Aktivitas perawatan diri • Pelatihan ketrampilan sosial • Penanganan somatik • Penatalaksanaan stres 		<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitas badan legislatif • Penatalaksanaan risiko • Pengembangan perangkat lunak • Penjadwalan staf • Penyuluhan staf dan peserta didik • Perencanaan strategis • Penguasaan unit • Umpan balik pendayagunaan

Sumber: Hamid, 2008.

Meskipun tidak semua perawat berperan serta dalam semua aktivitas, mereka tetap mencerminkan sifat dan lingkup terbaru dari asuhan yang kompeten dari perawat jiwa. Selain itu, perawat jiwa harus mampu melakukan hal-hal sebagai berikut.

1. Membuat pengkajian kesehatan biopsikososial yang peka terhadap budaya.
2. Merancang dan mengimplementasikan rencana tindakan untuk pasien dan keluarga dengan masalah kesehatan yang kompleks dan kondisi yang dapat menimbulkan sakit.
3. Berperan serta dalam aktivitas pengelolaan kasus, seperti mengorganisasi, mengkaji, negosiasi, koordinasi, dan mengintegrasikan pelayanan serta perbaikan bagi individu dan keluarga.
4. Memberikan pedoman pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, dan kelompok untuk menggunakan sumber yang tersedia di komunitas kesehatan mental termasuk pemberi pelayanan terkait, teknologi, dan sistem sosial yang paling tepat.
5. Meningkatkan, memelihara kesehatan mental, serta mengatasi pengaruh penyakit mental melalui penyuluhan dan konseling.
6. Memberikan asuhan kepada mereka yang mengalami penyakit fisik dengan masalah psikologik dan penyakit jiwa dengan masalah fisik.
7. Mengelola dan mengoordinasi sistem pelayanan yang mengintegrasikan kebutuhan pasien, keluarga, staf, dan pembuat kebijakan.

Dalam menjalankan peran fungsinya, perawat jiwa harus mampu mengidentifikasi, menguraikan, dan mengukur hasil asuhan yang mereka berikan pada pasien, keluarga, dan komunitas. Hasil adalah semua hal yang terjadi pada pasien dan keluarga ketika mereka berada dalam sistem pelayanan kesehatan, dapat meliputi status kesehatan, status fungsional,

kualitas kehidupan, ada atau tidaknya penyakit, jenis respons coping, serta kepuasan terhadap tindak penanggulangan.

Evaluasi hasil dapat berfokus pada kondisi klinik, intervensi, dan proses pemberian asuhan. Berbagai hasil dapat dievaluasi mencakup indikator-indikator klinik, fungsional, finansial, serta perseptual kepuasan pasien dan keluarga seperti pada tabel berikut.

TABEL 2.4 Indikator Hasil Tindakan Keperawatan Jiwa

Indikator Hasil Tindakan	
Indikator Hasil Klinik	
<ul style="list-style-type: none"> • Perilaku risiko tinggi • Simptomatologi • Respons coping • Kekambuhan • Kejadian berulang 	<ul style="list-style-type: none"> • Masuk kembali di rumah sakit • Jumlah episode penanggulangan • Komplikasi medik • Laporan insidens • Mortalitas
Indikator Hasil Fungsional	
<ul style="list-style-type: none"> • Status fungsional • Interaksi sosial • Aktivitas hidup sehari-hari • Kemampuan okupasional 	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitas hidup • Hubungan keluarga • Penataan rumah
Indikator Hasil Perseptual, Kepuasan Pasien, dan Keluarga	
<ul style="list-style-type: none"> • Hasil • Pemberi pelayanan • Sistem pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan yang diterima • Organisasi
Indikator Hasil Finansial	
<ul style="list-style-type: none"> • Biaya perepisode penanggulangan • Pajak tiap episode penanggulangan • Lama masa rawat inap 	<ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan sumber pelayanan kesehatan • Biaya yang berhubungan dengan kecacatan

Sumber: Hamid, 2008.

Standar Praktik Keperawatan Jiwa

Standar praktik klinik keperawatan jiwa menguraikan tingkat kompetensi dan kinerja perawat yang terlibat di tiap tatanan praktik keperawatan kesehatan jiwa. Standar ini ditujukan kepada perawat yang memenuhi persyaratan pendidikan dan pengalaman praktik baik pada tingkat dasar atau tingkat lanjut keperawatan kesehatan jiwa (Stuart, 2007). Oleh karena beberapa aktivitas keperawatan sangat bergantung pada variabel seperti situasi pasien, tatanan klinik, dan penilaian individual yang cepat, maka istilah seperti “sebagaimana mestinya”, “bila memungkinkan”, dan “bila dapat diterapkan” digunakan untuk mengakui suatu keadaan yang mungkin terjadi pengecualian.

Kondisi keperawatan dan perilaku keperawatan berhubungan dengan tiap tahap proses keperawatan sebagai berikut.

Standar I Pengkajian

Perawat kesehatan jiwa mengumpulkan data kesehatan pasien.

Rasional:

Wawancara pengkajian yang memerlukan keterampilan komunikasi efektif secara linguistik dan kultural, wawancara, observasi perilaku, tinjauan catatan-catatan data dasar, serta pengkajian komprehensif terhadap pasien dan sistem yang relevan memungkinkan perawat kesehatan jiwa-psikiatri untuk membuat penilaian klinis dan rencana tindakan yang tepat dengan pasien.

Standar II Diagnosis

Perawat kesehatan jiwa menganalisis data pengkajian dalam menentukan diagnosis.

Rasional:

Landasan untuk pemberian asuhan keperawatan kesehatan jiwa adalah pengenalan dan pengidentifikasian pola respons terhadap masalah kesehatan jiwa atau penyakit psikiatri yang aktual dan potensial.

Standar III Identifikasi Hasil

Perawat kesehatan jiwa mengidentifikasi hasil yang diharapkan dan bersifat individual untuk tiap pasien.

Rasional:

Dalam konteks pemberian asuhan keperawatan, tujuan yang paling utama adalah memengaruhi hasil kesehatan dan meningkatkan status kesehatan pasien.

Standar IV Perencanaan

Perawat kesehatan jiwa mengembangkan rencana asuhan yang menggambarkan intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan.

Rasional:

Rencana asuhan digunakan untuk memandu intervensi terapeutik secara sistematis dan mencapai hasil pasien yang diharapkan.

Standar V Implementasi

Perawat kesehatan jiwa mengimplementasikan intervensi yang teridentifikasi dalam rencana asuhan.

Rasional:

Dalam mengimplementasikan rencana asuhan, perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi yang dirancang untuk mencegah penyakit fisik dan mental, meningkatkan, mempertahankan, serta memulihkan kesehatan fisik dan mental. Perawat kesehatan jiwa-psikiatri memilih intervensi sesuai dengan tingkat praktiknya. Pada tingkat dasar, perawat dapat memilih konseling, terapi lingkungan, aktivitas asuhan mandiri, intervensi psikobiologis, penyuluhan kesehatan, manajemen kasus, peningkatan kesehatan dan pemeliharaan kesehatan, serta berbagai pendekatan lain untuk memenuhi kebutuhan kesehatan mental pasien. Selain pilihan intervensi yang tersedia untuk perawat kesehatan jiwa-psikiatri tingkat dasar, pada tingkat lanjut spesialis yang diakui (yang mempunyai sertifikasi) boleh memberikan konsultasi, terlibat dalam psikoterapi, dan menentukan agen farmakologis sesuai dengan peraturan negara bagian.

Standar Va. Konseling

Perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi konseling untuk membantu pasien meningkatkan atau memperoleh kembali kemampuan koping, memelihara kesehatan mental, dan mencegah penyakit atau ketidakmampuan mental.

Standar Vb. Terapi Lingkungan

Perawat kesehatan jiwa memberikan, membentuk, serta mempertahankan suatu lingkungan yang terapeutik dalam kolaborasinya dengan pasien dan pemberi pelayanan kesehatan lain.

Standar Vc. Aktivitas Asuhan Mandiri

Perawat kesehatan jiwa membentuk intervensi sekitar aktivitas kehidupan sehari-hari pasien untuk memelihara asuhan mandiri dan kesejahteraan jiwa dan fisik.

Standar Vd. Intervensi Psikobiologis

Perawat kesehatan jiwa menggunakan pengetahuan intervensi psikobiologis dan menerapkan keterampilan klinis untuk memulihkan kesehatan pasien dan mencegah ketidakmampuan lebih lanjut.

Standar Ve. Penyuluhan Kesehatan

Perawat kesehatan jiwa, melalui penyuluhan kesehatan, serta membantu pasien dalam mencapai pola kehidupan yang memuaskan, produktif, dan sehat.

Standar Vf. Manajemen Kasus

Perawat kesehatan jiwa menyajikan manajemen kasus untuk mengoordinasi pelayanan kesehatan yang komprehensif serta memastikan kesinambungan asuhan.

Standar Vg. Pemeliharaan dan Peningkatan Kesehatan

Perawat kesehatan jiwa menerapkan strategi dan intervensi untuk meningkatkan, memelihara kesehatan jiwa, serta mencegah penyakit jiwa.

Catatan:**Intervensi Praktik Tahap Lanjut Vh–Vj**

Intervensi berikut ini (Vh–Vj) hanya mungkin dilakukan oleh spesialis yang bersertifikasi dalam keperawatan kesehatan jiwa-psikiatri.

Standar Vh. Psikoterapi

Spesialis yang bersertifikasi dalam keperawatan kesehatan jiwa menggunakan psikoterapi individu, psikoterapi kelompok, psikoterapi keluarga, psikoterapi anak, serta pengobatan terapeutik lain untuk membantu pasien untuk memelihara kesehatan jiwa, mencegah penyakit jiwa dan ketidakmampuan, serta memperbaiki atau mencapai kembali status kesehatan dan kemampuan fungsional pasien.

Standar Vi. Preskripsi Agen Farmakologis

Spesialis yang bersertifikasi menggunakan preskripsi agen farmakologis sesuai dengan peraturan praktik keperawatan negara bagian, untuk mengatasi gejala-gejala gangguan jiwa dan meningkatkan status kesehatan fungsional.

Standar Vj. Konsultasi

Spesialis yang bersertifikasi memberikan konsultasi kepada pemberi pelayanan kesehatan dan lainnya untuk memengaruhi rencana asuhan kepada pasien, dan memperkuat kemampuan yang lain untuk memberikan pelayanan kesehatan jiwa dan psikiatri serta membawa perubahan dalam sistem pelayanan kesehatan jiwa dan psikiatri.

Standar VI. Evaluasi

Perawat kesehatan jiwa mengevaluasi perkembangan pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan.

Rasional:

Asuhan keperawatan adalah proses dinamik yang melibatkan perusahaan dalam status kesehatan pasien sepanjang waktu, pemicu kebutuhan terhadap data baru, berbagai diagnosis, dan modifikasi rencana asuhan. Oleh karena itu, evaluasi merupakan suatu proses penilaian berkesinambungan tentang pengaruh intervensi keperawatan dan regimen pengobatan terhadap status kesehatan pasien dan hasil kesehatan yang diharapkan.

Aspek Etik dalam Keperawatan Jiwa

Etika berasal dari Bahasa Yunani *ethos* yang berarti karakter, watak kesusilaan, atau adat kebiasaan yang etika tersebut berhubungan erat dengan konsep individu atau kelompok sebagai alat penilai kebenaran atau evaluasi terhadap sesuatu yang telah dilakukan. Penerapan aspek etik dalam keperawatan jiwa sangat terkait dengan pemberian diagnosis, perlakuan atau cara merawat, hak pasien, stigma masyarakat, serta peraturan atau hukum yang berlaku.

Pemberian Diagnosis

Seseorang yang telah didiagnosis gangguan jiwa, misal skizofrenia, maka dia akan dianggap sebagai orang yang mengalami pecah kepribadian (*schizo* = kepribadian, *phren* = pecah). Beberapa kriteria diagnosis menyebutkan gangguan jiwa adalah ketidakmampuan seseorang dalam mengadakan relasi dan pembatasan terhadap orang lain dan lingkungan. Dengan demikian, seseorang yang telah didiagnosis gangguan jiwa, berarti dia sudah tidak mampu lagi menjalin hubungan dengan lingkungan. Apabila mampu, dia tidak bisa membatasi apa yang harus atau tidak untuk dilakukan. Ia telah mengalami gangguan perilaku, peran, dan fungsi dalam melakukan aktivitas rutin harian. Dari kriteria diagnosis ini akan menimbulkan stigma di masyarakat bahwa gangguan jiwa adalah orang gila. Padahal, setelah dipelajari ternyata gangguan jiwa sangat luas spektrumnya.

Inti adalah ada gangguan jiwa ringan dan gangguan jiwa berat. Gangguan jiwa ringan merupakan adanya masalah pada aspek psikososial (cemas dan gangguan respons kehilangan atau berduka). Setiap orang mengalami masalah psikososial karena merupakan tantangan dalam kehidupan agar manusia lebih maju dan berkembang. Gangguan jiwa berat memang merupakan gangguan perilaku kronis, yang sebenarnya merupakan gangguan perilaku yang telah lama diabaikan. Di sinilah pelanggaran etika terjadi, bergantung pada diagnosis yang dialami pasien. Oleh karenanya, untuk mendiagnosis gangguan jiwa berat (skizofrenia) harus menggunakan kriteria waktu bahwa gangguan yang dialami pasien telah terjadi dalam waktu yang lama (seperti pada PPDGJ).

Cara merawat pasien gangguan jiwa juga sangat erat dengan pelanggaran etika. Beberapa keluarga pasien malah melakukan “pasung” terhadap pasien. Jika di rumah sakit, diikat harus menggunakan seragam khusus dengan berbagai ketentuan khusus. Keadaan ini membuat pasien diperlakukan berbeda dengan pasien fisik umumnya. Secara teoretis dan filosofis, perawatan pasien gangguan jiwa harus tetap memperhatikan aspek etika sesuai diagnosis yang muncul dan falsafah dalam keperawatan kesehatan jiwa.

Hak Pasien

Beberapa aturan di Indonesia sering mendiskreditkan pasien gangguan jiwa, yaitu seseorang yang mengalami gangguan jiwa tanda tangannya tidak sah. Dengan demikian, semua dokumen (KTP, SIM, paspor, surat nikah, surat wasiat, atau dokumen apapun) tidak sah

jika ditandatangani pasien gangguan jiwa. Haruskah demikian? Bagaimana dengan hak pasien sebagai warga negara umumnya? Proses rawat inap dapat menimbulkan trauma atau dukungan, yang bergantung pada institusi, sikap keluarga dan teman, respons staf, serta jenis penerimaan atau cara masuk rumah sakit. Ada tiga jenis proses penerimaan pasien yang masuk ke rumah sakit jiwa, yaitu masuk secara informal, sukarela, atau masuk dengan paksaan.

Beberapa ketentuan di atas mungkin tidak berlaku di Indonesia, tetapi perlu diperhatikan hak pasien sebagai warga negara setelah pasien menjalani perawatan di rumah sakit jiwa.

Hak pasien sangat bergantung pada peraturan perundangan. Menurut Undang-Undang Kesehatan Pasal 144 mengatakan, “Menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa”. Beberapa hak pasien yang telah diadopsi oleh banyak Negara Bagian di Amerika antara lain sebagai berikut.

1. Hak untuk berkomunikasi dengan orang di luar rumah sakit.
Pasien bebas untuk mengunjungi dan berbicara melalui telepon secara leluasa dan mengirim surat tertutup kepada siapapun yang dipilihnya.
2. Hak terhadap barang pribadi.
Pasien berhak untuk membawa sejumlah terbatas barang pribadi bersamanya. Namun, bukan menjadi tanggung jawab rumah sakit untuk keamanan dan tidak membebaskan staf rumah sakit tentang jaminan keamanan pasien.
3. Hak menjalankan keinginan.
Kemampuan seseorang untuk menyatakan keinginannya yang dikenal sebagai “surat wasiat”. Pasien dapat membuat wasiat yang apsaah jika ia (1) mengetahui bahwa ia membuat surat wasiat, (2) mengetahui sifat dan besar miliknya, dan (3) mengetahui siapa teman dan keluarganya serta hubungannya dengan mereka. Tiap kriteria ini harus dipenuhi dan didokumentasikan agar surat wasiat tersebut dapat dianggap apsaah.
4. Hak terhadap “*Habeas Corpus*”.
Semua pasien mempunyai hak, yang memperkenankan pengadilan hukum, untuk mensyaratkan pelepasan secepatnya bagi tiap individu yang dapat menunjukkan bahwa ia sedang kehilangan kebebasannya dan ditahan secara tidak legal.
5. Hak terhadap pemeriksaan psikiatrik yang mandiri.
Pasien boleh menuntut suatu pemeriksaan psikiatri oleh dokter yang dipilihnya sendiri. Jika dokter tersebut menentukan bahwa pasien tidak menderita gangguan jiwa, maka pasien harus dilepaskan.
6. Hak terhadap keleluasaan pribadi.
Individu boleh merahasiakan beberapa informasi tentang dirinya dari orang lain. “Kerahasiaan” membolehkan pemberian informasi tertentu kepada orang lain, tetapi sangat terbatas pada orang yang diberi kewenangan saja. “Komunikasi dengan hak istimewa” merupakan suatu pernyataan legal yang hanya dapat digunakan dalam

TABEL 2.5 Cara Masuk Pasien ke Rumah Sakit Jiwa

	Informal	Sukarela	Paksaan
Masuk	Permintaan lisan oleh pasien.	Pendaftaran tertulis oleh pasien.	Pendaftaran tidak diperoleh dari pasien.
Pemulangan	Dicetuskan oleh pasien.	Dicetuskan oleh pasien.	Dicetuskan oleh pengadilan/RS.
Status Hak Warga Negara	Dicapai kembali secara penuh oleh pasien.	Dicapai kembali secara penuh oleh pasien.	Mungkin tidak bisa dicapai, sebagian, atau penuh, bergantung hukum negara dari bagian.
Pembenaran	Sukarela mencari bantuan.	Sukarela mencari bantuan.	Sakit jiwa dan satu atau lebih dari hal berikut. <ul style="list-style-type: none"> • Membahayakan diri sendiri/orang lain. • Membutuhkan perawatan. • Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri.

proses yang berkaitan dengan pengadilan. Ini berarti bahwa pendengar tidak dapat memberikan informasi yang diperoleh dari seseorang kecuali pembicara memberikan izin. Komunikasi dengan hak istimewa tidak termasuk menggunakan catatan rumah sakit, serta sebagian besar negara tidak memberikan hak istimewa komunikasi antara perawat dan pasien. Selain itu, terapis bertanggung jawab terhadap pelanggaran kerahasiaan hubungan untuk memperingatkan individu yang potensial menjadi korban tindak kekerasan yang disebabkan oleh pasien.

7. Hak persetujuan tindakan (*informed consent*).

Dokter harus menjelaskan tentang pengobatan kepada pasien, termasuk potensial komplikasi, efek samping, dan risiko. Dokter harus mendapatkan persetujuan pasien, yang harus kompeten, dipahami, dan tanpa paksaan.

8. Hak pengobatan.

Kriteria untuk pengobatan yang adekuat didefinisikan dalam tiga area, yaitu (1) lingkungan fisik dan psikologis manusia, (2) staf yang berkualitas dan jumlah anggota yang mencukupi untuk memberikan pengobatan, serta (3) rencana pengobatan yang bersifat individual.

9. Hak untuk menolak pengobatan.

Pasien dapat menolak pengobatan kecuali jika ia secara legal telah ditetapkan sebagai tidak berkemampuan. “Ketidakmampuan” menunjukkan bahwa orang yang mengalami gangguan jiwa dapat menyebabkan ketidakmampuannya untuk memutuskan dan gangguan ini membuat ia tidak mampu untuk mengatasi sendiri masalahnya. Ketidakmampuan hanya dapat dipulihkan melalui sidang pengadilan lain.

Beberapa teori ilmiah dan aturan perundangan ini perlu diperhatikan untuk penyelesaian masalah jika ada pelanggaran etik. Meskipun demikian, aturan perundangan hanya berlaku bagi negara yang bersangkutan.

LATIHAN

1. Keperawatan jiwa adalah spesialisasi dari praktik keperawatan. Ilmu apa yang digunakan sebagai dasar kajian?
2. Bagaimana cara penggunaan diri secara terapeutik dalam keperawatan jiwa?
3. Sebutkan falsafah yang digunakan dalam keperawatan jiwa?
4. Tindakan apa yang sangat terkait dengan aspek etika dalam keperawatan jiwa?
5. Apa yang dimaksud dengan psikodinamika terjadinya gangguan jiwa?
6. Apa dasar mempelajari penyimpangan perilaku dalam keperawatan jiwa?
7. Apa model teori yang paling sering dikembangkan dalam keperawatan kesehatan jiwa?

BACAAN

- Depkes RI. 1998. *Buku Standar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Penerapan Standar Asuhan Keperawatan pada Kasus di RSJ dan RS Ketergantungan Obat*. Jakarta.
- Depkes RI. 2014. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013*. Jakarta: Depkes RI.
- Frisch dan Frisch. 2006. *Psychiatry Mental Health Nursing*. Kanada: Thompson Delmar Learning.
- Hamid, A.Y. 2008. *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kaplan dan Sadock. 1997. *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Psikiatri Klinis*. Jilid 1. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Maramis, W.F. 2010. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maslim, Rusdi. 2004. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III)*. Jakarta: FK Jiwa Unika Atmajaya.
- Notosoedirjo, M. Latipun. 2001. *Kesehatan Mental; Konsep dan Penerapan*. Malang: UMM Press.
- Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th edition*. St. Louis: Mosby.
- Stuart, Gail W. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta : EGC
- World Health Organization. 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva:WHO.
- _____. 2008. *Investing in Mental Health*. Geneva: WHO.

3 Proses Keperawatan dalam Keperawatan Jiwa

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu mempelajari penerapan proses keperawatan dalam keperawatan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa akan mampu melakukan hal sebagai berikut.

1. Menyebutkan definisi proses keperawatan jiwa.
2. Mengidentifikasi pengkajian dalam keperawatan jiwa.
3. Melakukan analisis data dalam keperawatan jiwa.
4. Menyusun psikodinamika terjadinya gangguan jiwa, dengan membuat pohon masalah.
5. Menegakkan diagnosis keperawatan dalam keperawatan jiwa.
6. Menentukan rencana tindakan dalam keperawatan jiwa.
7. Menyusun laporan pendahuluan strategi pelaksanaan (LPSP).
8. Melakukan evaluasi dalam pelaksanaan proses keperawatan jiwa.
9. Menyusun analisis proses interaksi (API).

PROSES KEPERAWATAN DALAM KEPERAWATAN JIWA

Proses keperawatan merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan pada pasien (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat) yang logis, sistematis, dinamis, dan teratur (Depkes, 1998; Keliat, 1999). Proses ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pelaksanaan proses keperawatan jiwa bersifat unik, karena sering kali pasien memperlihatkan gejala yang berbeda untuk kejadian yang sama, masalah pasien tidak dapat dilihat secara langsung, dan penyebabnya bervariasi. Pasien banyak yang mengalami kesulitan menceritakan permasalahan yang dihadapi, sehingga tidak jarang pasien menceritakan hal yang sama sekali berbeda dengan yang dialaminya. Perawat jiwa dituntut memiliki kejelian yang dalam saat melakukan asuhan keperawatan. Proses keperawatan jiwa dimulai dari pengkajian (termasuk analisis data dan pembuatan pohon masalah), perumusan diagnosis, pembuatan kriteria hasil, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Fortinash, 1995).

Pengkajian

Pengkajian sebagai tahap awal proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif (Stuart dan Sundeen, 2002) karena hal tersebut menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Oleh karenanya, dapat membantu pasien menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimilikinya.

Stuart dan Sundeen (2002) menyebutkan bahwa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki pasien adalah aspek yang harus digali selama proses pengkajian.

Secara lebih terstruktur pengkajian kesehatan jiwa meliputi hal berikut.

1. Identitas pasien
2. Keluhan utama/alasan masuk
3. Faktor predisposisi
4. Aspek fisik/biologis
5. Aspek psikososial
6. Status mental
7. Kebutuhan persiapan pulang
8. Mekanisme koping



9. Masalah psikososial dan lingkungan
10. Pengetahuan
11. Aspek medis

Format pengkajian dan petunjuk teknis pengisian format pengkajian terlampir pada bagian akhir pokok bahasan ini.

Data tersebut dapat dikelompokkan menjadi data objektif dan data subjektif. Data objektif adalah data yang didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan secara langsung oleh perawat. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh pasien dan/atau keluarga sebagai hasil wawancara perawat.

Jenis data yang diperoleh dapat sebagai data primer bila didapat langsung oleh perawat, sedangkan data sekunder bila data didapat dari hasil pengkajian perawat yang lain atau catatan tim kesehatan lain.

Setelah data terkumpul dan didokumentasikan dalam format pengkajian kesehatan jiwa, maka seorang perawat harus mampu melakukan analisis data dan menetapkan suatu kesimpulan terhadap masalah yang dialami pasien. Kesimpulan itu mungkin adalah sebagai berikut.

1. Tidak ada masalah tetapi ada kebutuhan.
 - a. Pasien memerlukan pemeliharaan kesehatan dengan *follow up* secara periodik, karena tidak ada masalah serta pasien telah memiliki pengetahuan untuk antisipasi masalah.
 - b. Pasien memerlukan peningkatan kesehatan berupa upaya prevensi dan promosi sebagai program antisipasi terhadap masalah.
2. Ada masalah dengan kemungkinan.
 - a. Risiko terjadinya masalah, karena sudah ada faktor yang mungkin dapat menimbulkan masalah.
 - b. Aktual terjadi masalah dengan disertai data pendukung.

Hasil kesimpulan tersebut kemudian dirumuskan menjadi masalah keperawatan. Dalam merumuskan masalah sebaiknya mengacu pada rumusan pada tabel di bawah ini.

TABEL 3.1 Rumusan Masalah Keperawatan

Pernyataan Diagnostik	Tujuan Keperawatan	Fokus Intervensi
Aktual	Perubahan dalam perilaku pasien (beralih ke arah resolusi diagnosis atau perbaikan status).	Mengurangi atau menghilangkan masalah.
Risiko tinggi	Pemeliharaan kondisi yang ada.	Mengurangi faktor-faktor risiko untuk mencegah terjadinya masalah aktual.

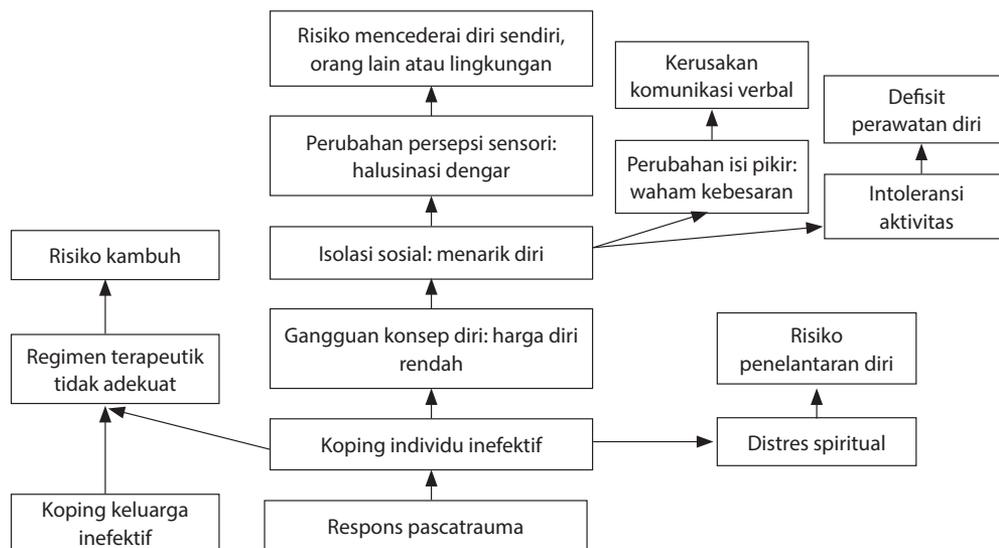


Pernyataan Diagnostik	Tujuan Keperawatan	Fokus Intervensi
Mungkin	Tidak ditentukan kecuali masalah divalidasi.	Mengumpulkan data tambahan untuk menguatkan atau menetapkan tan dan gejala atau faktor risiko.
Masalah kolaboratif	Tujuan keperawatan.	Menentukan awitan atau status masalah penatalaksanaan perubahan status.

Sumber: Carpenito, 1997 dikutip oleh Keliat, 1999

Pasien biasanya memiliki lebih dari satu masalah keperawatan. Sejumlah masalah pasien akan saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah (FASID, 1983; INJE, 1996). Untuk membuat pohon masalah, minimal harus ada tiga masalah yang berkedudukan sebagai penyebab (*causa*), masalah utama (*core problem*), dan akibat (*effect*). Meskipun demikian, sebaiknya pohon masalah merupakan sintesis dari semua masalah keperawatan yang ditemukan dari pasien. Dengan demikian, pohon masalah merupakan rangkai urutan peristiwa yang menggambarkan urutan kejadian masalah pada pasien sehingga dapat mencerminkan psikodinamika terjadinya gangguan jiwa.

1. Masalah utama adalah prioritas masalah dari beberapa masalah yang ada pada pasien. Masalah utama bisa didapatkan dari alasan masuk atau keluhan utama saat itu (saat pengkajian).
2. Penyebab adalah sal satu dari beberapa masalah yang merupakan penyebab masalah utama, masalah ini dapat pula disebabkan oleh salah satu masalah yang lain, demikian seterusnya.



GAMBAR 3.1 Contoh Pohon Masalah

3. Akibat adalah salah satu dari beberapa akibat dari masalah utama. Efek ini dapat menyebabkan efek yang lain dan demikian selanjutnya.

Contoh pohon masalah ini menggambarkan proses terjadinya masalah risiko mencederai diri, orang lain, atau lingkungan. Pada penerapan di kasus nyata, semua daftar masalah yang ditemukan saat pengkajian keperawatan harus diidentifikasi dan disusun berdasar urutan peristiwa sehingga menggambarkan psikodinamika yang komprehensif.

Diagnosis

Menurut Carpenito (1998), diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah. Perumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Misalnya pada pohon masalah di atas, maka dapat dirumuskan diagnosis sebagai berikut.

1. Sebagai diagnosis utama, yakni masalah utama menjadi etiologi, yaitu risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan berhubungan dengan halusinasi pendengaran.
2. Perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran berhubungan dengan menarik diri.
3. Isolasi sosial: menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah kronis.

Pada rumusan diagnosis keperawatan yang menggunakan *typology single diagnosis*, maka rumusan diagnosis adalah menggunakan etiologi saja. Berdasarkan pohon masalah di atas maka rumusan diagnosis sebagai berikut.

1. Perubahan sensori persepsi: halusinasi.
2. Isolasi sosial: menarik diri.
3. Gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis.

Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri atas empat komponen, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan, dan rasional. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian masalah (P). Tujuan ini dapat dicapai jika tujuan khusus yang ditetapkan telah tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi (E). Tujuan ini merupakan rumusan kemampuan pasien yang harus dicapai. Pada umumnya kemampuan ini terdiri atas tiga aspek, yaitu sebagai berikut (Stuart dan Sundeen, 2002).

1. Kemampuan kognitif diperlukan untuk menyelesaikan etiologi dari diagnosis keperawatan.

2. Kemampuan psikomotor diperlukan agar etiologi dapat selesai.
3. Kemampuan afektif perlu dimiliki agar pasien percaya akan kemampuan menyelesaikan masalah.

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai setiap tujuan khusus. Sementara rasional adalah alasan ilmiah mengapa tindakan diberikan. Alasan ini bisa didapatkan dari literatur, hasil penelitian, dan pengalaman praktik. Rencana tindakan yang digunakan di tatanan kesehatan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia. Standar keperawatan Amerika menyatakan terdapat empat macam tindakan keperawatan, yaitu (1) asuhan mandiri, (2) kolaboratif, (3) pendidikan kesehatan, dan (4) observasi lanjutan.

Tindakan keperawatan harus menggambarkan tindakan keperawatan yang mandiri, serta kerja sama dengan pasien, keluarga, kelompok, dan kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa yang lain.

Mengingat sulitnya membuat rencana tindakan pada pasien gangguan jiwa, mahasiswa disarankan membuat Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan (LPSP), yang berisi tentang proses keperawatan dan strategi pelaksanaan tindakan yang direncanakan. Proses keperawatan dimaksud dalam LPSP ini adalah uraian singkat tentang satu masalah yang ditemukan, terdiri atas data subjektif, objektif, penilaian (*assessment*), dan perencanaan (*planning*) (SOAP). Satu tindakan yang direncanakan dibuatkan strategi pelaksanaan (SP), yang terdiri atas fase orientasi, fase kerja, dan terminasi.

Fase orientasi menggambarkan situasi pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan, kontrak waktu dan tujuan pertemuan yang diharapkan. Fase kerja berisi beberapa pertanyaan yang akan diajukan untuk pengkajian lanjut, pengkajian tambahan, penemuan masalah bersama, dan/atau penyelesaian tindakan. Fase terminasi merupakan saat untuk evaluasi tindakan yang telah dilakukan, menilai keberhasilan atau kegagalan, dan merencanakan untuk kontrak waktu pertemuan berikutnya.

Dengan menyusun LPSP, mahasiswa diharapkan tidak mengalami kesulitan saat wawancara atau melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien gangguan jiwa. Hal ini terjadi karena semua pertanyaan yang akan diajukan sudah dirancang, serta tujuan pertemuan dan program antisipasi telah dibuat jika tindakan atau wawancara tidak berhasil. Berikut salah satu contoh bentuk LPSP.

**LAPORAN PENDAHULUAN STRATEGI PELAKSANAAN
TINDAKAN KEPERAWATAN (SP 1)**

Senin, 15 September 2013

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien:

Bapak D mendengar suara-suara yang memaki-maki dirinya, ekspresi wajah tampak tegang, gelisah, dan mulut komat-kamit.

2. Diagnosis/Masalah Keperawatan: Gangguan sensori persepsi: halusinasi

3. Tujuan:

TUM : Klien tidak mencederai, diri, orang lain, dan lingkungan

Tuk 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya

Tuk 2 : Klien dapat mengenal halusinasinya

Tuk 3 : Klien dapat mengontrol halusinasi

4. Tindakan keperawatan.

- a. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :
- b. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya dan diskusikan dengan klien mengenai isi, waktu, frekuensi halusinasi, situasi yang menimbulkan halusinasi, hal yang dirasakan jika berhalusinasi, hal yang dilakukan untuk mengatasi, serta dampak yang dialaminya.
- c. Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi.
- d. Diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi.
- e. Bantu klien memilih satu cara yang sudah dianjurkan dan latih untuk mencobanya.

B. Strategi Pelaksanaan

Orientasi:

"Selamat pagi pak, nama saya Rizki, nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa?"

"Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Bagaimana dengan tidurnya semalam?"

"Tidak bisa tidur? Apa yang menyebabkan Bapak tidak bisa tidur?"

"Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang membuat bapak tidak bisa tidur? Di mana kita duduk? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit"

Kerja:

"Bapak D mendengar suara tanpa ada wujud? Apa yang dikatakan suara itu?"

"Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering Bapak D dengar suara? Berapa kali sehari Bapak D alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar?"

"Saya mengerti Bapak D mendengar suara itu tapi saya sendiri tidak mendengarnya". "Apa yang bapak D rasakan pada saat mendengar suara itu?" "Apa yang Bapak D lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?"

"Bapak D, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur."

"Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik."

"Caranya yaitu saat suara-suara itu muncul, langsung Bapak D bilang, 'Pergi saya tidak mau dengar, ... Saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu'. Begitu diulang-ulang sampai suara itu tak terdengar lagi. Coba bapak D peragakan! Nah begitu, ... bagus! "Coba lagi!" "Ya bagus Bapak D sudah bisa."

"Sekarang cara yang sudah Bapak bisa itu kita masukkan ke dalam jadwal yah Pak?"

"Jam berapa saja Bapak D mau latihan?" "Selain jam 11 jam berapa lagi?" "Yah jam 4 sore ya Pak, bagaimana kalau malam hari juga, karena Bapak D dengar suara itu malam hari, baiklah jam berapa Bapak D mau latihan untuk yang malam hari?" "Jam 9 malam yah Bapak D? Saya tulis disini Bapak D".

Terminasi

"Bagaimana perasaan Bapak D setelah latihan tadi? Bisa Bapak D ulang lagi cara apa saja yang bisa Bapak D lakukan untuk mengurangi suara-suara itu?" "Bagus sekali, Bapak D bisa peragakan kembali satu cara yang sudah kita praktikkan?" "Bagus ya Bapak D. Kalau Bapak lihat jadwal ini jam berapa saja Bapak D harus latihan?" "Bagus Bapak D, jadi nanti jangan lupa di jam itu Bapak D harus latihan ya!" "Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Jam berapa Bapak D? Bagaimana kalau satu jam lagi? Berapa lama kita akan bicara? Di mana tempatnya. Sampai ketemu nanti ya Pak, selamat pagi Bapak D?"

Implementasi Tindakan Keperawatan

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan.

Saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan terkait dengan standar tindakan yang telah ditentukan dan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan.

Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ada dua macam, yaitu (1) evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan (2) evaluasi hasil atau sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut.

- S : respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- O : respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- A : analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.
- P : tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa hal sebagai berikut.

1. Rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah).
2. Rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil belum memuaskan).

3. Rencana dibatalkan (jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada).

Rencana selesai jika tujuan sudah tercapai dan perlu mempertahankan keadaan baru.

ANALISIS PROSES INTERAKSI

Pengertian

Analisis proses interaksi (API) adalah suatu alat kerja yang dipakai oleh perawat untuk memahami interaksi yang terjadi antara perawat dengan pasien. API ini adalah merupakan alat untuk mengevaluasi pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan dalam Laporan Pendahuluan Strategi Pelaksanaan (LPSP). Pada LPSP, perawat sudah merencanakan berbagai pertanyaan untuk mengkaji atau bahkan melaksanakan intervensi keperawatan. Sementara itu, pelaksanaan kegiatan ini ditulis dalam analisis proses interaksi.

Ketepatan diagnosis keperawatan yang ditemukan akan dengan mudah dikoreksi dari hasil wawancara dan pengkajian yang dilakukan dalam pelaksanaan fase kerja LPSP. Dari hal ini, akan tergambar data yang ditemukan baik verbal maupun nonverbal dan teknik wawancara yang diterapkan. Dengan demikian, API dapat mengoreksi ketepatan diagnosis atau intervensi yang diberikan.

Beberapa komponen yang harus ditulis dalam API adalah komunikasi verbal, komunikasi nonverbal perawat dan pasien, analisis berpusat pada perawat, dan analisis berpusat pada pasien. Setelah itu, berikan alasan perawat melakukan tindakan berupa komunikasi verbal dan nonverbal di atas, serta temukan masalah pasien dari apa yang terjadi dengan pasien selama wawancara. Jelaskan alasan rasional teknik terapeutik yang dilakukan oleh perawat. Dengan demikian, API adalah merupakan alat evaluasi dari kemampuan terapeutik perawat.

Tujuan

1. Meningkatkan keterampilan komunikasi.
2. Meningkatkan kepekaan perawat terhadap kebutuhan pasien.
3. Mempermudah perkembangan dan perubahan pendekatan perawat.
4. Memberi dasar pembelajaran, yang berarti bahwa API merupakan alat untuk mengkaji kemampuan perawat dalam berinteraksi dengan pasien dan menjadi data bagi pembimbing klinik atau supervisor untuk memberi arahan.
5. Membantu perawat dalam penerapan proses keperawatan.

Komponen API

1. Komunikasi verbal perawat dan pasien.
2. Komunikasi nonverbal perawat dan pasien.

3. Analisis berpusat pada perawat, yang merupakan identifikasi perasaan perawat serta kemungkinan komunikasi yang dapat dilakukan perawat.
4. Analisis berpusat pada pasien, yang merupakan identifikasi persepsi perawat terhadap emosi dan komunikasi pasien.
5. Rasional dan makna dari komunikasi.
6. Kesan perawat yang merupakan evaluasi terhadap efektivitas komunikasi yang telah dilakukan.
7. Rencana tindak lanjut, yang merupakan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan berikutnya berdasarkan hasil evaluasi dari komunikasi yang telah dilakukan.

Contoh Form Analisis Proses Interaksi

ANALISIS PROSES INTERAKSI

Inisial Pasien	:	Nama Mahasiswa	:
Status interaksi perawat-pasien	:	Tanggal	:
Lingkungan	:	Waktu	:
Deskripsi Pasien	:	Tempat	:
	:		
Tujuan Interaksi	:		

Komunikasi Verbal	Komunikasi Nonverbal	Analisis Berpusat pada Perawat	Analisis Berpusat pada Pasien	Rasional
P:.....	P:.....
	K:.....		
K:.....	K:.....		
	P:.....
				dst.....

KESAN PERAWAT:

.....

Petunjuk Pengisian Analisis Proses Interaksi

1. Inisial pasien
Tulis inisial bukan nama lengkap.
2. Status interaksi
Pertemuan seberapa dengan pasien atau pada fase apa saat berhubungan dengan pasien.
3. Lingkungan
Tempat interaksi, situasi tempat interaksi, serta posisi perawat dan pasien.
4. Deskripsi pasien
Penampilan umum pasien.
5. Tujuan
Tujuan yang akan dicapai dalam interaksi saat itu. Tujuan ini berpusat pada pasien dan terkait dengan proses keperawatan pasien.
6. Komunikasi verbal
Ucapan verbal perawat dan pasien (apa yang diucapkan oleh perawat dan apa yang didengar pasien).
7. Komunikasi nonverbal
Sikap, gerakan, arah/pandangan mata, serta ekspresi wajah pasien dan perawat pada saat bicara atau pada saat mendengar
8. Analisis berpusat pada perawat
Analisis bisa terdiri atas komponen sebagai berikut.
 - a. Perasaan sendiri
Waspada terhadap respons perasaan sendiri, apa dan mengapa perasaan itu bisa muncul. Bagaimana perasaan perawat dipengaruhi oleh pasien.
 - b. Tingkah laku nonverbal
Kenali dan analisis tingkah laku nonverbal diri sendiri.
 - c. Isi pembicaraan yang muncul dan terselubung
Kenali dengan menggunakan teknik komunikasi.
 - d. Tujuan interaksi
 - 1) Perawat berperan sebagai apa? Pasien sebagai apa?
 - 2) Apa anggapan perawat terhadap kejadian yang ada?
 - 3) Bagaimana seharusnya mereka berinteraksi?
 - 4) Bagaimana pengaruh proses interaksi pada mereka?
 - 5) Apakah ada yang perlu diubah? Jika perlu mengapa?
 - 6) Apakah interaksi ini mempengaruhi tujuan dan rencana interaksi yang akan datang?
 - e. Mengubah intervensi
Setelah perawat mendiskusikan komunikasinya, ajukan perubahan intervensi yang mungkin lebih efektif dan gunakan teori yang mendukung.

9. Analisis berpusat pada pasien

Analisis bisa terdiri atas komponen sebagai berikut.

- a. Tingkah laku nonverbal: kenali dan analisis tingkah laku nonverbal pasien.
- b. Isi pembicaraan yang muncul dan terselubung.
- c. Perasaan pasien
 - 1) Temukan dan cari arti tingkah laku pasien.
 - 2) Identifikasi dan diskusikan keadaan perasaan pasien.
 - 3) Ketahui perasaan pasien dipengaruhi oleh perawat.
- d. Kebutuhan pasien

Cari kebutuhan pasien dengan menggunakan data dari interaksi yang baru terjadi, interaksi sebelumnya, riwayat pasien, dan teori.

10. Rasional

Merupakan sintesis dan terapan teori pada proses interpersonal. Berikan alasan teoretis intervensi Anda, tunjukkan peningkatan kemampuan dalam mendiskusikan tingkah laku pasien dengan teori psikodinamika, teori adaptasi, dan teori lainnya. Gunakan teori komunikasi, komunikasi terapeutik, teori interpersonal, dan berbagai teknik komunikasi terapeutik.

TABEL 3.2 Contoh Teknik Komunikasi

Teknik	Definisi	Contoh	Nilai Terapeutik	Ancaman Nonterapeutik
Mendengar	Proses aktif dari penerimaan informasi dan penelaahan reaksi seseorang terhadap pesan yang diterima.	Mempertahankan kontak mata dan komunikasi nonverbal reseptif.	Secara nonverbal mengomunikasikan kepada pasien tentang minat dan penerimaan perawat.	Gagal mendengarkan.
Pembukaan yang luas	Memberikan dorongan pada pasien untuk memilih topik yang akan dibicarakan.	<i>"Apa yang sedang Anda pikirkan?"</i>	Menunjukkan penerimaan oleh perawat dan nilai inisiatif pasien.	Dominasi interaksi oleh perawat, serta penolakan terhadap respons.
Pengulangan pernyataan	Mengulang kembali pada pasien pikiran utama yang telah diekspresikan.	<i>"Anda mengatakan bahwa ibu Anda telah meninggal ketika Anda berusia 5 tahun"</i>	Menunjukkan bahwa perawat sedang mendengarkan dan memvalidasi, menguatkan, atau mengembalikan perhatian pasien pada sesuatu yang telah diucapkan pasien.	Kurang validasi tentang interpretasi perawat mengenai pesan, bersikap mendakwa, memberikan jaminan, dan membela diri.

Teknik	Definisi	Contoh	Nilai Terapeutik	Ancaman Nonterapeutik
Klarifikasi	Berupaya untuk menjelaskan ke dalam kata-kata ide atau pikiran pasien yang tidak jelas atau meminta pasien untuk menjelaskan artinya.	<i>"Saya tidak jelas dengan apa yang Anda maksudkan. Dapatkah Anda menjelaskannya kembali?"</i>	Membantu mengklarifikasi perasaan, ide, dan persepsi pasien, serta memberikan kejelasan tentang hubungan antara perasaan, ide, dan persepsi pasien dengan tindakannya.	Gagal untuk memastikan karena mengasumsi bahwa mengerti.
Refleksi	Mengarahkan kembali ide, perasaan, pertanyaan, dan isi pembicaraan kepada pasien.	<i>"Anda tampak tegang dan cemas, apakah ini berhubungan dengan pembicaraan Anda dengan ibu Anda semalam?"</i>	Memvalidasi pengertian perawat tentang apa yang diucapkan pasien dan menekankan empati, minat, dan rasa hormat terhadap pasien.	Menstereotipikan respons pasien: waktu dan kedalaman perasaan yang tidak sesuai, ketidaktepatan respons terhadap pengalaman kultural serta tingkat pendidikan pasien.
Pemusatan	Pertanyaan atau pernyataan yang membantu pasien untuk meluaskan topik pembicaraan yang penting.	<i>"Saya pikir kita seharusnya membicarakan lebih lanjut tentang hubungan Anda dengan ayah Anda."</i>	Memberi kesempatan kepada pasien untuk membahas masalah sentral dan tetap mengarahkan komunikasi kepada pencapaian tujuan.	Membiarkan terjadi abstraksi dan generalisasi: penggantian topik.
Berbagi persepsi	Meminta pasien untuk memastikan pengertian perawat tentang apa yang dipikirkan dan dirasakan olehnya.	<i>"Anda tersenyum, tetapi saya merasa bahwa Anda sangat marah kepada saya."</i>	Menyampaikan pengertian perawat dan mempunyai kemampuan untuk meluruskan kerancuan.	Menantang pasien; menerima respons harfiah; memastikan; mencoba; membela diri.
Identifikasi tema	Isu atau masalah pokok yang timbul berulang kali.	<i>"Saya perhatikan dari semua hubungan yang Anda uraikan, Anda selalu dikecewakan oleh pria. Menurut Anda apakah ini yang menjadi isu pokok?"</i>	Memberikan kesempatan kepada perawat untuk meningkatkan sebaik mungkin eksplorasi dan pengertian pasien tentang pentingnya masalah tersebut.	Memberikan saran, memberikan jaminan, dan tidak menyetujui.

Teknik	Definisi	Contoh	Nilai Terapeutik	Ancaman Nonterapeutik
Diam	Kurang komunikasi verbal untuk alasan terapeutik.	Duduk bersama pasien dan mengomunikasikan minat dan peran serta perawat secara nonverbal.	Memberikan waktu kepada pasien untuk berpikir, menghayati, memperlambat tempo, dan mendorong pasien untuk mengawali percakapan.	Menanyakan pada pasien “mengapa” terhadap respons untuk menghentikan kediamannya.
Humor	Pengeluaran energi melalui menikmati ketidaksempurnaan.	Hal ini memberikan makna yang benar baru untuk kata “gugup” diucapkan dengan nada bercanda.	Dapat meningkatkan penghayatan diri secara sadar merepresikan topik, mengatasi paradoksikal, berlawanan, dan memberikan pilihan baru merupakan sublimasi yang dapat diterima.	Penggunaan tanpa pengecualian, merendahkan pasien, menyaring untuk menghindari keakraban nonterapeutik.

LATIHAN

1. Jelaskan perbedaan proses keperawatan pada pasien gangguan jiwa dengan pada pasien gangguan fisik umumnya!
2. Jelaskan cara menyusun pohon masalah dalam keperawatan jiwa!
3. Jelaskan apa yang dimaksud dengan Laporan Pendahuluan Strategi Pelaksanaan (LPSP)!
4. Jelaskan apa yang dimaksud dengan analisis proses interaksi!
5. Jelaskan tujuan penulisan analisis proses interaksi!

BACAAN

- Depkes RI. 1998. *Buku Standar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Penerapan Standar Asuhan Keperawatan pada Kasus di RSJ dan RS Ketergantungan Obat*. Jakarta.
- Keliat, B.A., Herawati N., Panjaitan R.U., dan Helena N. 1999. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W. dan Laraia, M.T. 2005. *Principle and Practise of Psychiatric Nursing, 8th Edition*. Elsevier Mosby Inc.
- Stuart, G. W. dan Sundeen S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 3. Jakarta : ECG.
- Carpenito, L.J. 1998. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Edisi 8. Jakarta: EGC.

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA FAKULTAS KEPERAWATAN UNAIR

RUANGAN RAWAT.....

TANGGAL DIRAWAT.....

I. IDENTITAS PASIEN

Initial: (L/P)

Tanggal Pengkajian :

Umur:

RM No. :

Informan :

II. ALASAN MASUK

.....
.....

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu? Ya Tidak
2. Pengobatan sebelumnya: Berhasil Kurang Berhasil Tidak Berhasil

3.	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Aniaya fisik	[][]	[][]	[][]
Aniaya seksual	[][]	[][]	[][]
Penolakan	[][]	[][]	[][]
Kekerasan dalam keluarga	[][]	[][]	[][]
Tindakan kriminal	[][]	[][]	[][]

Jelaskan no. 1, 2, 3 :

Masalah Keperawatan:

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perubahan proses keluarga.
3. Respons pascatrauma.
4. Risiko tinggi kekerasan.

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Ya Tidak

Hubungan keluarga	Gejala	Riwayat pengobatan/perawatan
.....
.....

Masalah Keperawatan:

1. Koping keluarga tidak efektif: ketidakmampuan koping.
2. Koping keluarga tidak efektif: gangguan koping.
3. Potensial untuk pertumbuhan koping keluarga.

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan:

.....
.....

Masalah Keperawatan:

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perubahan proses keluarga.
3. Respons pascatrauma.

IV. FISIK

1. Tanda vital : TD: N : S: P:
 2. Ukur : TB: BB:
 3. Keluhan Fisik : Ya Tidak
- Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Risiko tinggi perubahan suhu tubuh.
2. Hipotermia.
3. Hipertermia.
4. Defisit volume cairan.
5. Kelebihan volume cairan.
6. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh.
7. Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh.
8. Perubahan nutrisi: potensial lebih dari kebutuhan tubuh.
9. Kerusakan menelan.
10. Perubahan eliminasi feses.
11. Perubahan pola eliminasi urine.

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram:
Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Koping keluarga inefektif: ketidakmampuan koping.
2. Koping keluarga inefektif: gangguan koping.
3. Potensial untuk pertumbuhan koping keluarga.

2. Konsep diri
 - a. Gambaran diri :
 - b. Identitas :
 - c. Peran :
 - d. Ideal diri :
 - e. Harga diri :

Masalah Keperawatan:

1. Pengabaian unilateral.
2. Gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis.
3. Gangguan konsep diri: harga diri rendah situasional.

3. Hubungan sosial:
 - a. Orang yang berarti:
 -
 - b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:
 -
 - c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:
 -

Masalah Keperawatan:

1. Kerusakan komunikasi.
2. Perubahan kinerja peran.
3. Kerusakan interaksi sosial.

4. Spiritual:
 - a. Nilai dan keyakinan:
 -
 - b. Kegiatan ibadah:
 -

Masalah Keperawatan:

1. Distres spiritual.

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan:

<input type="checkbox"/> Tidak rapi	<input type="checkbox"/> Penggunaan pakaian	<input type="checkbox"/> Cara berpakaian
tidak sesuai	tidak seperti biasanya	

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Risiko tinggi perubahan fungsi pernapasan.

2. Pembicaraan:

<input type="checkbox"/> Cepat	<input type="checkbox"/> Keras	<input type="checkbox"/> Gagap	<input type="checkbox"/> Inkoheren
<input type="checkbox"/> Apatis	<input type="checkbox"/> Lambat	<input type="checkbox"/> Membisu	<input type="checkbox"/> Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Kerusakan komunikasi.

3. Aktivitas motorik:

<input type="checkbox"/> Lesu	<input type="checkbox"/> Tegang	<input type="checkbox"/> Gelisah	<input type="checkbox"/> Agitasi
<input type="checkbox"/> TIK	<input type="checkbox"/> Grimasen	<input type="checkbox"/> Tremor	<input type="checkbox"/> Kompulsif

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Risiko tinggi terhadap cedera.
2. Intoleransi aktivitas.
3. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah.

4. Alam perasaan:
- Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir Gembira berlebihan

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Risiko tinggi terhadap cedera.	4. Ketidakberdayaan.
2. Ansietas.	5. Ketidakmampuan.
3. Ketakutan.	6. Risiko tinggi membahayakan diri.

5. Afek:
- Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Risiko tinggi terhadap cedera.
2. Kerusakan komunikasi.
3. Perubahan peran.

6. Interaksi selama wawancara:
- Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung
 Kontak mata kurang Defensif Curiga

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Kerusakan komunikasi.	4. Risiko tinggi membahayakan diri.
2. Perubahan peran.	5. Risiko tinggi kekerasan.
3. Kerusakan interaksi sosial.	

7. Persepsi:
- Pendengaran Pengelihatn Perabaan
 Pengecapan Penciuman

Masalah keperawatan :

Masalah Keperawatan:

1. PSP: pengelihatn/pendengaran/kinetik/pengecap/perabaan/penciuman

8. Proses pikir:
- Sirkumtansial Tangensial Kehilangan asosiasi
 Fligh of ideas *Blocking* Pengulangan pembicaraan/perseverasi

Masalah Keperawatan:

1. Perubahan proses pikir

9. Isi pikir:

- Obsesi Fobia Hipokondria
 Depersonalisasi Ide yang terkait Pikiran magis

Waham:

- Agama Somatik Kebesaran Curiga
 Nihilistik Sisip pikir Siar pikir Kontrol pikir

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:
1. Perubahan proses pikir.

10. Tingkat kesadaran:

- Bingung Sedasi Stupor

Disorientasi

- Waktu Tempat Orang

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:
1. Risiko tinggi terhadap cedera.
2. Perubahan proses pikir.

11. Memori:

- Gg daya ingat jangka panjang Gg daya ingat jangka pendek
 Gg daya ingat saat ini Konfabulasi

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:
1. Perubahan proses pikir.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung:

- Mudah beralih Tidak mampu berkonsentrasi
 Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:
1. Perubahan proses pikir.
2. Kerusakan interaksi sosial.

13. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:
1. Perubahan proses pikir.

14. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita Menyalahkan hal-hal di luar dirinya

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.
2. Risiko tinggi ketidakpatuhan.
3. Perubahan proses pikir.

VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Kemampuan pasien memenuhi/menyediakan kebutuhan:

	Ya	Tidak		Ya	Tidak
Makanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pakaian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keamanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transportasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempat tinggal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perawatan kesehatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perilaku mencari bantuan kesehatan.

2. Kegiatan hidup sehari-hari

a. Perawatan diri:

	Bantuan minimal	Bantuan total
Mandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAB/BAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kebersihan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganti pakaian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perubahan eliminasi feses.
3. Perubahan pola eliminasi urine.
4. Defisit aktivitas hiburan.
5. Risiko tinggi perubahan fungsi pernapasan.

b. Nutrisi:

- Apakah Anda puas dengan pola makan Anda? Ya Tidak
- Apakah Anda memisahkan diri?
Jika ya, jelaskan alasannya:
- Frekuensi makan per hari : kali
- Frekuensi kudapan per hari: kali

- Nafsu makan
- BB
- Diet khusus

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Risiko tinggi terhadap infeksi.
2. Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh.

c. Tidur:

- | | Ya | Tidak |
|--|--|--------------------------|
| • Apakah ada masalah? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Apakah Anda merasa segar setelah bangun tidur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Apakah ada kebiasaan tidur siang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Apa yang menolong anda untuk tidur | | |
| • Waktu tidur malam, jam:....., Waktu bangun, jam: | | |
| • Beri tanda "✓" sesuai dengan keadaan pasien: | | |
| Sulit untuk tidur <input type="checkbox"/> | Terbangun saat tidur <input type="checkbox"/> | |
| Bangun terlalu pagi <input type="checkbox"/> | Gelisah saat tidur <input type="checkbox"/> | |
| Somnabulisme <input type="checkbox"/> | Berbicara dalam tidur <input type="checkbox"/> | |

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Gangguan pola tidur.

- | | Ya | Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 3. Kemampuan pasien dalam: | | |
| • Mengantisipasi kebutuhan sendiri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mengatur penggunaan obat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Melakukan pemeriksaan kesehatan (<i>follow up</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Penatalaksanaan regimen terapeutik inefektif.
2. Ketidakpatuhan.
3. Konflik pengambilan keputusan.

4. Pasien memiliki sistem pendukung :

- | | Ya | Tidak | | Ya | Tidak |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Keluarga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teman sejawat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Profesional/terapis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kelompok sosial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:

1. Perilaku mencari bantuan kesehatan.

- 5. Apakah pasien menikmati saat bekerja, kegiatan yang menghasilkan atau hobi
Ya Tidak

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:
1. Sindroma disuse.

VIII. MEKANISME KOPING

Adaptif

- Bicara dengan orang lain
- Mampu menyelesaikan masalah
- Teknik relaksasi
- Aktivitas konstruktif
- Olahraga
- Lainnya:

Maladaptif

- Minum alkohol
- Reaksi lambat/berlebih
- Bekerja berlebihan
- Menghindar
- Mencederai diri
- Lainnya:

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik:
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik:
- Masalah dengan pendidikan, spesifik:
- Masalah dengan pekerjaan, spesifik:
- Masalah dengan perumahan, spesifik:
- Masalah ekonomi, spesifik:
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik:
- Masalah lainnya, spesifik:

Masalah Keperawatan:

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.	5. Ketidakmampuan.
2. Perilaku mencari bantuan kesehatan.	6. Gangguan konsep diri.
3. Perubahan pola eliminasi urine.	7. Konflik peran orang tua.
4. Ketidakberdayaan.	8. Sindroma stres relokasi.

X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

- Penyakit jiwa
- Faktor presipitasi
- Koping
- Lainnya:
- Sistem pendukung
- Penyakit fisik
- Obat-obatan

Masalah Keperawatan:

- 1. Perilaku mencari bantuan kesehatan.
- 2. Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.
- 3. Ketidapatuhan.
- 4. Kurang pengetahuan.....

XI. ASPEK MEDIK

Diagnosis medik :

Terapi medik :

Masalah Kolaboratif:

- 1. PK: efek merugikan terapi obat-obatan.
- 2. PK: efek merugikan terapi anti ansietas.
- 3. PK: efek merugikan terapi anti depresan.
- 4. PK: efek merugikan terapi anti psikotik.

XII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

.....

.....

.....

.....

XIII. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

.....

.....

.....

.....
Mahasiswa,

.....

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA FAKULTAS KEPERAWATAN UNAIR

Setiap melakukan pengkajian, tulis tempat pasien dirawat dan tanggal dirawat.

I. IDENTITAS

1. Perawat yang merawat pasien melakukan perkenalan dan kontak dengan pasien tentang: nama perawat, nama pasien, panggilan perawat, panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan.
2. Usia dan No. RM dapat dengan melihat rekam medis.
3. Mahasiswa menuliskan sumber data yang didapat.

II. ALASAN MASUK

Tanyakan kepada pasien/keluarga pertanyaan berikut.

1. Apa yang menyebabkan pasien/keluarga datang ke RS saat ini?
2. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini?
3. Bagaimana hasilnya?

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Tanyakan kepada pasien/keluarga apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, bila ya, beri tanda “✓” pada kotak “Ya” dan bila tidak, maka beri tanda “✓” pada kotak “Tidak”.
2. Apabila pada Poin 1 “Ya”, maka tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya. Apabila dia dapat beradaptasi di masyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa, maka beri tanda “✓” pada kotak “Berhasil”. Apabila dia dapat beradaptasi tapi masih ada gejala-gejala sisa, maka beri tanda “✓” pada kotak “Kurang Berhasil”. Apabila tidak ada kemajuan atau gejala-gejala bertambah atau menetap, maka beri tanda “✓” pada kotak “Kurang Berhasil”.
3. Tanyakan pada pasien apakah pasien pernah melakukan dan atau mengalami dan/atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Beri tanda “✓” sesuai dengan penjelasan pasien/keluarga apakah pasien sebagai pelaku dan/atau korban, dan/atau saksi, maka beri tanda “✓” pada kotak pertama. Isi usia saat kejadian pada kotak kedua.

Jika pasien pernah sebagai pelaku, korban, dan saksi (dua atau lebih) tuliskan pada penjelasan.

- a. Beri penjelasan secara singkat dan jelas tentang kejadian yang dialami pasien terkait nomor 1, 2, 3.
- b. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

4. Tanyakan kepada pasien/keluarga apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa. Jika ada, maka beri tanda “✓” pada kotak “Ya” dan jika tidak, maka beri tanda “✓” pada kotak tidak.

Apabila ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa, maka tanyakan bagaimana hubungan pasien dengan anggota keluarga tersebut. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut.

5. Tanyakan kepada pasien/keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/perpisahan/kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami pasien pada masa lalu.

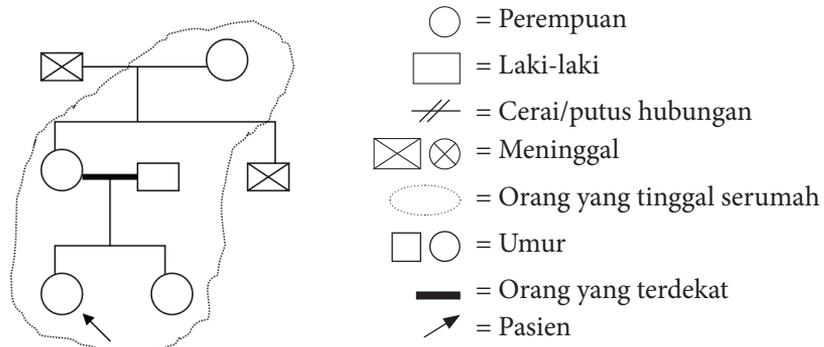
IV. FISIK

Pengkajian difokuskan pada sistem dan fungsi organ.

1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital, seperti tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan pasien.
2. Ukur tinggi badan dan berat badan pasien.
3. Tanyakan kepada pasien/keluarga, apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh pasien, bila ada beri tanda “✓” pada kotak “Ya” dan bila tidak beri tanda “✓” pada kotak “Tidak”.
4. Kaji lebih lanjut sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.
5. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data yang ada.

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram
 - a. Buatlah genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan pasien dan keluarga, misalnya sebagai berikut.



- b. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh.
- c. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

2. Konsep diri
 - a. Citra tubuh
 - 1) Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, dan bagian yang tidak disukai.
 - b. Identitas diri, tanyakan tentang hal berikut.
 - 1) Status dan posisi pasien sebelum dirawat.
 - 2) Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok).
 - 3) Kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan.
 - c. Peran, tanyakan mengenai hal berikut.
 - 1) Tugas/peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/masyarakat.
 - 2) Ke mana saja pasien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.
 - d. Ideal diri, tanyakan hal sebagai berikut.
 - 1) Harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/peran.
 - 2) Harapan pasien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat).
 - 3) Harapan pasien terhadap penyakitnya.
 - e. Harga diri, tanyakan hal berikut.
 - 1) Hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi No. 2a, b, c, dan d.
 - 2) Penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.
 - f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
3. Hubungan sosial
 - a. Tanyakan pada pasien siapa orang terdekat dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, serta minta bantuan atau sokongan.
 - b. Tanyakan pada pasien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.
 - c. Tanyakan pada pasien sejauhmana ia terlibat dalam kelompok di masyarakat.
 - d. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
4. Spiritual
 - a. Nilai dan keyakinan, tanyakan hal berikut.
 - 1) Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut.
 - 2) Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.
 - b. Kegiatan ibadah, tanyakan hal berikut.
 - 1) Kegiatan ibadah di rumah secara individu dan kelompok.
 - 2) Pendapat pasien/keluarga tentang kegiatan ibadah.
 - c. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

VI. STATUS MENTAL

Beri tanda ✓ pada kotak sesuai dengan keadaan pasien boleh lebih dari satu.

1. Penampilan

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

- a. Penampilan tidak rapi jika dari ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapi. Misalnya, rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti-ganti.
- b. Penggunaan pakaian tidak sesuai, misalnya pakaian dalam dipakai di luar baju.
- c. Cara berpakaian tidak seperti biasanya, jika penggunaan pakaian tidak tepat (waktu, tempat, identitas, situasi/kondisi).
- d. Jelaskan hal yang ditampilkan pasien dan kondisi lain yang tidak tercantum
- e. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

2. Pembicaraan

- a. Amati pembicaraan yang ditemukan pada pasien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis, dan/atau lambat.
- b. Bila pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat satu ke kalimat yang lain yang tidak ada kaitannya, maka beri tanda ✓ pada kotak inkoheren.
- c. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
- d. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

3. Aktivitas motorik

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

- a. Lesu, tegang, gelisah sudah jelas.
- b. Agitasi: gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan.
- c. Tik: gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol.
- d. Grimasen: gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol pasien.
- e. Tremor: jari-jari yang tampak gemetar ketika pasien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari.
- f. Kompulsif: kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan, dan sebagainya.
- g. Jelaskan aktivitas yang ditampilkan pasien dan kondisi lain yang tidak tercantum.
- h. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

4. Alam perasaan

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

- a. Sedih, putus asa, gembira yang berlebihan sudah jelas.
- b. Ketakutan: objek yang ditakuti sudah jelas.

- c. Khawatir: objek belum jelas.
 - d. Jelaskan kondisi pasien yang belum tercantum.
 - e. Masalah keperawatan ditulis sesuai data.
5. Afek
- Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.
- a. Datar: tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.
 - b. Tumpul: hanya bereaksi jika ada stimulus emosi yang kuat.
 - c. Labil: emosi yang cepat berubah-ubah.
 - d. Tidak sesuai: emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada.
 - e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
 - f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
6. Interaksi selama wawancara
- Data ini didapatkan melalui hasil wawancara dan observasi perawat dan keluarga.
- a. Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung sudah jelas.
 - b. Kontak mata kurang: tidak mau menatap lawan bicara.
 - c. Defensif: selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.
 - d. Curiga: menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain.
 - e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
 - f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
7. Persepsi
- a. Jenis-jenis halusinasi sudah jelas, kecuali menghidung sama dengan penciuman.
 - b. Jelaskan isi halusinasi dan frekuensi gejala yang tampak pada saat pasien halusinasi.
 - c. Masalah keperawatan sesuai dengan masalah yang ada.
8. Proses pikir
- Data diperoleh dari observasi pada saat wawancara.
- a. Sirkumtansial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai dengan tujuan pembicaraan.
 - b. Tangensial: pembicaraan yang berbelit-belit tetapi tidak sampai dengan tujuan pembicaraan.
 - c. Kehilangan asosiasi: pembicaraan tidak ada hubungannya antara satu kalimat satu dengan kalimat lainnya dan pasien tidak menyadarinya.
 - d. *Flight of ideas*: pembicaraan meloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis, dan tidak sampai pada tujuan.
 - e. *Blocking*: pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.

- f. Perseverasi: pembicaraan yang diulang berkali-kali.
 - g. Jelaskan apa yang dikatakan pasien pada saat wawancara.
 - h. Masalah keperawatan sesuai dengan data.
9. Isi pikir
- Data didapatkan melalui wawancara.
- a. Obsesi: pikiran yang selalu muncul walaupun pasien selalu berusaha menghilangkannya.
 - b. Fobia: ketakutan yang patologis/tidak logis terhadap objek/situasi tertentu.
 - c. Hipokondria: keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada.
 - d. Depersonalisasi: perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang, atau lingkungan.
 - e. Ide yang terkait: keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi di lingkungan dan terkait pada dirinya.
 - f. Pikiran yang magis : keyakinan pasien tentang keyakinannya melakukan hal-hal mustahil/di luar kemampuannya.
 - g. Waham.
 - 1) Agama: keyakinan pasien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
 - 2) Somatik: pasien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
 - 3) Kebesaran: pasien mempunyai keyakinan berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
 - 4) Curiga: pasien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok, yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - 5) Nihilistik: pasien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia/meninggal yang dinyatakan secara berulang, tidak sesuai kenyataan.
- Waham yang aneh (*bizarre*) antara lain sebagai berikut.
- 1) Sisip pikir: pasien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan di dalam pikiran yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - 2) Siar pikir: pasien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - 3) Kontrol pikir: pasien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar.
 - h. Jelaskan apa yang dikatakan oleh pasien pada saat wawancara.
 - i. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

10. Tingkat kesadaran

Data tentang bingung dan sedasi diperoleh melalui wawancara dan observasi, stupor diperoleh melalui observasi, orientasi pasien (waktu, tempat, orang) diperoleh melalui wawancara.

- a. Bingung: tampak bingung dan kacau.
- b. Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar/tidak sadar.
- c. Stupor: gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh pasien dapat diletakkan dalam sikap canggung dan dipertahankan pasien, tapi pasien dapat mengerti semua yang terjadi di lingkungan.
- d. Orientasi waktu, tempat, orang jelas.
- e. Jelaskan data objektif dan subjektif yang terkait hal-hal di atas.
- f. Masalah keperawatan sesuai dengan data.
- g. Jelaskan apa yang dikatakan oleh pasien pada saat wawancara.

11. Memori

Data diperoleh melalui wawancara antara lain sebagai berikut.

- a. Gangguan daya ingat jangka panjang: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan.
- b. Gangguan daya ingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir.
- c. Gangguan daya ingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi.
- d. Konfabulasi: pembicaraan tidak sesuai kenyataan, dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.
- e. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
- f. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Data diperoleh melalui wawancara antara lain sebagai berikut.

- a. Mudah dialihkan: perhatian pasien mudah berganti dari satu objek ke objek lain.
- b. Tidak mampu berkonsentrasi: pasien minta selalu agar pertanyaan diulang/tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
- c. Tidak mampu berhitung.
- d. Jelaskan sesuai data terkait.
- e. Masalah keperawatan sesuai data.

13. Kemampuan penilaian

- a. Gangguan kemampuan penilaian ringan: dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contohnya, berikan kesempatan pada pasien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, pasien dapat mengambil keputusan.

- b. Gangguan kemampuan penilaian bermakna: tidak dapat mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Contohnya, berikan kesempatan pada pasien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, maka pasien masih tidak mampu mengambil keputusan.
 - c. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
 - d. Masalah keperawatan sesuai dengan data.
14. Daya tilik diri
- Data diperoleh melalui wawancara antara lain sebagai berikut.
- a. Mengingkari penyakit yang diderita: tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan.
 - b. Menyalahkan hal-hal di luar dirinya: menyalahkan orang lain/lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.
 - c. Jelaskan dengan data terkait.
 - d. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

- 1. Makan
 - a. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka/pantang), dan cara makan.
 - b. Observasi kemampuan pasien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.
- 2. BAB/BAK
 - a. Observasi kemampuan pasien untuk BAB/BAK.
 - 1) Pergi, menggunakan, dan membersihkan WC.
 - 2) Membersihkan diri dan merapikan pakaian.
- 3. Mandi
 - a. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, dan cukur (kumis, jenggot, dan rambut).
 - b. Observasi kebersihan tubuh dan bau badan.
- 4. Berpakaian
 - a. Observasi kemampuan pasien dalam mengambil, memilih, serta mengenakan pakaian dan alas kaki.
 - b. Observasi penampilan dandanan pasien.
 - c. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian.
 - d. Nilai kemampuan yang harus dimiliki pasien: mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian.
- 5. Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan tentang hal berikut.

 - a. Lama dan waktu tidur siang/malam.
 - b. Persiapan sebelum tidur seperti menyikat gigi, cuci kaki, dan berdoa.

- c. Aktivitas sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi/cuci muka, dan menyikat gigi.
6. Penggunaan obat

Observasi dan tanyakan kepada pasien dan keluarga tentang hal berikut.

 - a. Penggunaan obat: frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara pemberian.
 - b. Reaksi obat.
7. Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada pasien dan keluarga tentang hal berikut.

 - a. Apa, bagaimana, kapan, dan ke mana perawatan lanjut.
 - b. Siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.
8. Aktivitas di dalam rumah

Tanyakan tentang kemampuan pasien dalam hal berikut.

 - a. Merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan.
 - b. Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel).
 - c. Mencuci pakaian sendiri.
 - d. Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.
9. Aktivitas di luar rumah

Tanyakan kemampuan pasien dalam hal berikut.

 - a. Belanja untuk keperluan sehari-hari.
 - b. Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum.
 - c. Aktivitas lain yang dilakukan di luar rumah (bayar listrik/telepon/air, kantor pos, dan bank).
10. Jelaskan data terkait.
11. Masalah keperawatan ditulis sesuai data.

VIII. MEKANISME KOPING

Data didapatkan melalui wawancara pada pasien atau keluarganya. Beri tanda pada kotak koping yang dimiliki pasien, baik adaptif maupun maladaptif.

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Data didapatkan melalui wawancara pada pasien atau keluarganya. Pada tiap masalah yang dimiliki pasien beri uraian spesifik, singkat, dan jelas.

X. PENGETAHUAN

Data didapatkan melalui wawancara pada pasien. Pada tiap item yang dimiliki oleh pasien simpulkan dalam masalah.

XI. ASPEK MEDIK

Tuliskan diagnosis medik pasien yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat. Tuliskan obat-obatan yang pasien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka, dan terapi lain.

XII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Tuliskan semua masalah disertai data pendukung, yaitu data subjektif dan data objektif.
2. Buat pohon masalah dari data yang telah dirumuskan.

XIII. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Rumuskan diagnosis dengan rumusan P (permasalahan) dan E (etiologi) berdasarkan pohon masalah.
2. Urutkan diagnosis sesuai dengan prioritas.
3. Pada akhir pengkajian, tulis tempat dan tanggal pengkajian, serta tanda tangan dan nama jelas mahasiswa.

4 Asuhan Keperawatan Pasien dengan Masalah Psikososial Kehilangan dan Berduka

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah psikososial kehilangan dan berduka.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan definisi kehilangan.
2. Menjelaskan rentang respons emosi (kehilangan dan berduka).
3. Menjelaskan tahapan proses kehilangan dan berduka.
4. Melakukan pengkajian pasien dengan kehilangan dan berduka.
5. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan kehilangan dan berduka.
6. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien kehilangan kehilangan dan berduka.
7. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien kehilangan kehilangan dan berduka.

PENGERTIAN KEHILANGAN DAN BERDUKA

Kehilangan adalah suatu keadaan individu mengalami kehilangan sesuatu yang sebelumnya ada dan dimiliki. Kehilangan merupakan sesuatu yang sulit dihindari (Stuart, 2005), seperti kehilangan harta, kesehatan, orang yang dicintai, dan kesempatan. Berduka adalah reaksi terhadap kehilangan, yaitu respons emosional normal dan merupakan suatu proses untuk memecahkan masalah. Seorang individu harus diberikan kesempatan untuk menemukan coping yang efektif dalam melalui proses berduka, sehingga mampu menerima kenyataan kehilangan yang menyebabkan berduka dan merupakan bagian dari proses kehidupan.

Kehilangan dapat terjadi terhadap objek yang bersifat aktual, dipersepsikan, atau sesuatu yang diantisipasi. Jika diperhatikan dari objek yang hilang, dapat merupakan objek eksternal, orang yang berarti, lingkungan, aspek diri, atau aspek kehidupan. Berbagai hal yang mungkin dirasakan hilang ketika seseorang mengalami sakit apalagi sakit kronis antara lain sebagai berikut.

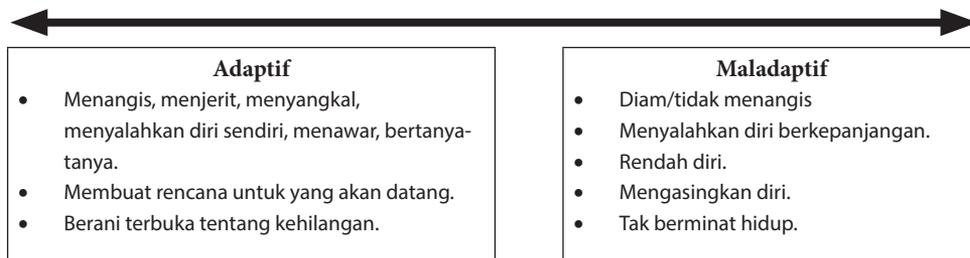
TABEL 4.1 Kehilangan yang Potensial pada Penyakit Kronis

<ul style="list-style-type: none"> • Kesehatan • Kemandirian • Rasa mengontrol kehidupannya sendiri • Privasi • Kesopanan • Gambar diri • Hubungan • Peran di dalam dan luar rumah yang telah ada • Status sosial • Kepercayaan diri 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepemilikan • Keamanan keuangan • Makna produktivitas dan pemenuhan diri • Gaya hidup • Rencana atau impian di masa depan • Impian untuk kekal • Uang • Rutinitas sehari-hari • Tidur • Fungsi seksual • Aktivitas di waktu luang
--	---

Berduka merupakan respons terhadap kehilangan. Berduka dikarakteristikan sebagai berikut.

1. Berduka menunjukkan suatu reaksi syok dan ketidakyakinan.
2. Berduka menunjukkan perasaan sedih dan hampa bila mengingat kembali kejadian kehilangan.
3. Berduka menunjukkan perasaan tidak nyaman, sering disertai dengan menangis, keluhan sesak pada dada, tercekik, dan nafas pendek.
4. Mengenang orang yang telah pergi secara terus-menerus.
5. Mengalami perasaan berduka.
6. Mudah tersinggung dan marah.

RENTANG RESPONS EMOSI



Situasi emosi sebagai respons kehilangan dan berduka seorang individu berada dalam rentang yang fluktuatif, dari tingkatan yang adaptif sampai dengan maladaptif.

TAHAPAN PROSES KEHILANGAN DAN BERDUKA

Kehilangan meliputi fase akut dan jangka panjang.

1. Fase akut

Berlangsung selama 4 sampai 8 minggu setelah kematian, yang terdiri atas tiga proses, yaitu syok dan tidak percaya, perkembangan kesadaran, serta restitusi.

a. Syok dan tidak percaya

Respons awal berupa penyangkalan, secara emosional tidak dapat menerima pedihnya kehilangan. Akan tetapi, proses ini sesungguhnya memang dibutuhkan untuk menoleransi ketidakmampuan menghadapi kepedihan dan secara perlahan untuk menerima kenyataan kematian.

b. Perkembangan kesadaran

Gejala yang muncul adalah kemarahan dengan menyalahkan orang lain, perasaan bersalah dengan menyalahkan diri sendiri melalui berbagai cara, dan menangis untuk menurunkan tekanan dalam perasaan yang dalam.

c. Restitusi

Merupakan proses yang formal dan ritual bersama teman dan keluarga membantu menurunkan sisa perasaan tidak menerima kenyataan kehilangan.

2. Fase jangka panjang

a. Berlangsung selama satu sampai dua tahun atau lebih lama.

b. Reaksi berduka yang tidak terselesaikan akan menjadi penyakit yang tersembunyi dan termanifestasi dalam berbagai gejala fisik. Pada beberapa individu berkembang menjadi keinginan bunuh diri, sedangkan yang lainnya mengabaikan diri dengan menolak makan dan menggunakan alkohol.

Menurut Schulz (1978), proses berduka meliputi tiga tahapan, yaitu fase awal, pertengahan, dan pemulihan.

1. Fase awal

Pada fase awal seseorang menunjukkan reaksi syok, tidak yakin, tidak percaya, perasaan dingin, perasaan kebal, dan bingung. Perasaan tersebut berlangsung selama beberapa hari, kemudian individu kembali pada perasaan berduka berlebihan. Selanjutnya, individu merasakan konflik dan mengekspresikannya dengan menangis dan ketakutan. Fase ini akan berlangsung selama beberapa minggu.

2. Fase pertengahan

Fase kedua dimulai pada minggu ketiga dan ditandai dengan adanya perilaku obsesif. Sebuah perilaku yang terus mengulang-ulang peristiwa kehilangan yang terjadi.

3. Fase pemulihan

Fase terakhir dialami setelah tahun pertama kehilangan. Individu memutuskan untuk tidak mengenang masa lalu dan memilih untuk melanjutkan kehidupan. Pada fase ini individu sudah mulai berpartisipasi kembali dalam kegiatan sosial.

Tahapan Proses Kehilangan

Proses kehilangan terdiri atas lima tahapan, yaitu penyangkalan (*denial*), marah (*anger*), penawaran (*bargaining*), depresi (*depression*), dan penerimaan (*acceptance*) atau sering disebut dengan DABDA. Setiap individu akan melalui setiap tahapan tersebut, tetapi cepat atau lamanya seseorang melalui bergantung pada koping individu dan sistem dukungan sosial yang tersedia, bahkan ada stagnasi pada satu fase marah atau depresi.

Tahap Penyangkalan (*Denial*)

Reaksi awal seorang individu ketika mengalami kehilangan adalah tidak percaya, syok, diam, terpaku, gelisah, bingung, mengingkari kenyataan, mengisolasi diri terhadap kenyataan, serta berperilaku seperti tidak terjadi apa-apa dan pura-pura senang. Manifestasi yang mungkin muncul antara lain sebagai berikut.

1. “Tidak, tidak mungkin terjadi padaku.”
2. “Diagnosis dokter itu salah.”
3. Fisik ditunjukkan dengan otot-otot lemas, tremor, menarik napas dalam, panas/dingin dan kulit lembap, berkeringat banyak, anoreksia, serta merasa tak nyaman.
4. Penyangkalan merupakan pertahanan sementara atau mekanisme pertahanan (*defense mechanism*) terhadap rasa cemas.
5. Pasien perlu waktu beradaptasi.
6. Pasien secara bertahap akan meninggalkan penyangkalannya dan menggunakan pertahanan yang tidak radikal.

7. Secara intelektual seseorang dapat menerima hal-hal yang berkaitan dengan kematian, tapi tidak demikian dengan emosional.

Suatu contoh kasus, saat seseorang mengalami kehilangan akibat kematian orang yang dicintai. Pada tahap ini individu akan beranggapan bahwa orang yang dicintainya masih hidup, sehingga sering berhalusinasi melihat atau mendengar suara seperti biasanya. Secara fisik akan tampak letih, lemah, pucat, mual, diare, sesak napas, detak jantung cepat, menangis, dan gelisah. Tahap ini membutuhkan waktu yang panjang, beberapa menit sampai beberapa tahun setelah kehilangan.

Tahap Marah (Anger)

Tahap kedua seseorang akan mulai menyadari tentang kenyataan kehilangan. Perasaan marah yang timbul terus meningkat, yang diproyeksikan kepada orang lain atau benda di sekitarnya. Reaksi fisik menunjukkan wajah memerah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, dan tangan mengepal. Respons pasien dapat mengalami hal seperti berikut.

1. Emosional tak terkontrol.
“Mengapa aku?”
“Apa yang telah saya perbuat sehingga Tuhan menghukum saya?”
2. Kemarahan terjadi pada Sang Pencipta, yang diproyeksikan terhadap orang atau lingkungan.
3. Kadang pasien menjadi sangat rewel dan mengkritik.
“Peraturan RS terlalu keras/kaku.”
“Perawat tidak becus!”
4. Tahap marah sangat sulit dihadapi pasien dan sangat sulit diatasi dari sisi pandang keluarga dan staf rumah sakit.
5. Perlu diingat bahwa wajar bila pasien marah untuk mengutarakan perasaan yang akan mengurangi tekanan emosi dan menurunkan stres.

Tahap Penawaran (Bargaining)

Setelah perasaan marah dapat tersalurkan, individu akan memasuki tahap tawar-menawar. Ungkapan yang sering diucapkan adalah “...*seandainya saya tidak melakukan hal tersebut.. mungkin semua tidak akan terjadi*” atau “*misalkan dia tidak memilih pergi ke tempat itu ... pasti semua akan baik-baik saja*”, dan sebagainya. Respons pasien dapat berupa hal sebagai berikut.

1. Pasien mencoba menawar, menunda realitas dengan merasa bersalah pada masa hidupnya sehingga kemarahan dapat mereda.
2. Ada beberapa permintaan, seperti kesembuhan total, perpanjangan waktu hidup, terhindar dari rasa kesakitan secara fisik, atau bertobat.

3. Pasien berupaya membuat perjanjian pada Tuhan. Hampir semua tawar-menawar dibuat dengan Tuhan dan biasanya dirahasiakan atau diungkapkan secara tersirat atau diungkapkan di ruang kerja pribadi pendeta.

“Bila Tuhan memutuskan untuk mengambil saya dari dunia ini dan tidak menanggapi permintaan yang diajukan dengan marah, Ia mungkin akan lebih berkenan bila aku ajukan permintaan itu dengan cara yang lebih baik.”

“Bila saya sembuh, saya akan.....”

4. Pasien mulai dapat memecahkan masalah dengan berdoa, menyesali perbuatannya, dan menangis mencari pendapat orang lain.

Tahap Depresi

Tahap depresi merupakan tahap diam pada fase kehilangan. Pasien sadar akan penyakitnya yang sebenarnya tidak dapat ditunda lagi. Individu menarik diri, tidak mau berbicara dengan orang lain, dan tampak putus asa. Secara fisik, individu menolak makan, susah tidur, letih, dan penurunan libido.

Fokus pikiran ditujukan pada orang-orang yang dicintai, misalnya *“Apa yang terjadi pada anak-anak bila saya tidak ada?”* atau *“Dapatkah keluarga saya mengatasi permasalahannya tanpa kehadiran saya?”*

Depresi adalah tahap menuju orientasi realitas yang merupakan tahap yang penting dan bermanfaat agar pasien dapat meninggalkan dalam tahap penerimaan dan damai. Tahap penerimaan terjadi hanya pada pasien yang dapat mengatasi kesedihan dan kegelisahannya.

Tahap Penerimaan (Acceptance)

Tahap akhir merupakan organisasi ulang perasaan kehilangan. Fokus pemikiran terhadap sesuatu yang hilang mulai berkurang. Penerimaan terhadap kenyataan kehilangan mulai dirasakan, sehingga sesuatu yang hilang tersebut mulai dilepaskan secara bertahap dan dialihkan kepada objek lain yang baru. Individu akan mengungkapkan, *“Saya sangat mencintai anak saya yang telah pergi, tetapi dia lebih bahagia di alam yang sekarang dan saya pun harus berkonsentrasi kepada pekerjaan saya.....”*

Seorang individu yang telah mencapai tahap penerimaan akan mengakhiri proses berdukanya dengan baik. Jika individu tetap berada di satu tahap dalam waktu yang sangat lama dan tidak mencapai tahap penerimaan, disitulah awal terjadinya gangguan jiwa. Suatu saat apabila terjadi kehilangan kembali, maka akan sulit bagi individu untuk mencapai tahap penerimaan dan kemungkinan akan menjadi sebuah proses yang disfungsi.

BENTUK KEHILANGAN

1. Kehilangan orang bermakna, misalnya seseorang yang dicintai meninggal atau dipenjara.
2. Kehilangan kesehatan bio-psiko-sosial, misalnya menderita suatu penyakit, amputasi bagian tubuh, kehilangan pendapatan, kehilangan perasaan tentang diri, kehilangan pekerjaan, kehilangan kedudukan, dan kehilangan kemampuan seksual.
3. Kehilangan milik pribadi, misalnya benda yang berharga, uang, atau perhiasan.

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Faktor Predisposisi

1. Genetik
Seorang individu yang memiliki anggota keluarga atau dibesarkan dalam keluarga yang mempunyai riwayat depresi akan mengalami kesulitan dalam bersikap optimis dan menghadapi kehilangan.
2. Kesehatan fisik
Individu dengan kesehatan fisik prima dan hidup dengan teratur mempunyai kemampuan dalam menghadapi stres dengan lebih baik dibandingkan dengan individu yang mengalami gangguan fisik.
3. Kesehatan mental
Individu dengan riwayat gangguan kesehatan mental memiliki tingkat kepekaan yang tinggi terhadap suatu kehilangan dan berisiko untuk kambuh kembali.
4. Pengalaman kehilangan sebelumnya
Kehilangan dan perpisahan dengan orang berarti di masa kanak-kanak akan memengaruhi kemampuan individu dalam menghadapi kehilangan di masa dewasa.

Faktor Presipitasi

Faktor pencetus kehilangan adalah perasaan stres nyata atau imajinasi individu dan kehilangan yang bersifat bio-psiko-sosial, seperti kondisi sakit, kehilangan fungsi seksual, kehilangan harga diri, kehilangan pekerjaan, kehilangan peran, dan kehilangan posisi di masyarakat.

Perilaku

1. Menangis atau tidak mampu menangis.
2. Marah.
3. Putus asa.
4. Kadang berusaha bunuh diri atau membunuh orang lain.

Mekanisme Koping

1. Denial
2. Regresi
3. Intelektualisasi/rasionalisasi
4. Supresi
5. Proyeksi

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Masalah keperawatan yang sering timbul pada pasien kehilangan adalah sebagai berikut.

1. Berduka berhubungan dengan kehilangan aktual.
2. Berduka disfungsional.
3. Berduka fungsional.

RENCANA INTERVENSI

Prinsip Intervensi

1. Prinsip intervensi keperawatan pada tahap penyangkalan (*denial*) adalah memberi kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya dengan cara berikut.
 - a. Dorong pasien mengungkapkan perasaan kehilangan.
 - b. Tingkatkan kesadaran pasien secara bertahap tentang kenyataan kehilangan pasien secara emosional.
 - c. Dengarkan pasien dengan penuh pengertian. Jangan menghukum dan menghakimi.
 - d. Jelaskan bahwa sikap pasien sebagai suatu kewajiban pada individu yang mengalami kehilangan.
 - e. Beri dukungan secara nonverbal seperti memegang tangan, menepuk bahu, dan merangkul.
 - f. Jawab pertanyaan pasien dengan bahasan yang sederhana, jelas, dan singkat.
 - g. Amati dengan cermat respons pasien selama bicara.
2. Prinsip intervensi keperawatan pada tahap marah (*anger*) adalah dengan memberikan dorongan dan memberi kesempatan pasien untuk mengungkapkan marahnya secara verbal tanpa melawan kemarahannya. Perawat harus menyadari bahwa perasaan marah adalah ekspresi frustrasi dan ketidakberdayaan.
 - a. Terima semua perilaku keluarga akibat kesedihan (marah, menangis).
 - b. Dengarkan dengan empati. Jangan mencela.
 - c. Bantu pasien memanfaatkan sistem pendukung.

3. Prinsip intervensi keperawatan pada tahap tawar-menawar (*bargaining*) adalah membantu pasien mengidentifikasi perasaan bersalah dan perasaan takutnya.
 - a. Amati perilaku pasien.
 - b. Diskusikan bersama pasien tentang perasaan pasien.
 - c. Tingkatkan harga diri pasien.
 - d. Cegah tindakan merusak diri.
4. Prinsip intervensi keperawatan pada tahap depresi adalah mengidentifikasi tingkat depresi, risiko merusak diri, dan membantu pasien mengurangi rasa bersalah.
 - a. Observasi perilaku pasien.
 - b. Diskusikan perasaan pasien.
 - c. Cegah tindakan merusak diri.
 - d. Hargai perasaan pasien.
 - e. Bantu pasien mengidentifikasi dukungan positif.
 - f. Beri kesempatan pasien mengungkapkan perasaan.
 - g. Bahas pikiran yang timbul bersama pasien.
5. Prinsip intervensi keperawatan pada tahap penerimaan (*acceptance*) adalah membantu pasien menerima kehilangan yang tidak dapat dihindari dengan cara berikut.
 - a. Menyediakan waktu secara teratur untuk mengunjungi pasien.
 - b. Bantu pasien dan keluarga untuk berbagi rasa.

Tindakan Keperawatan

Tindakan Keperawatan pada Pasien

1. Tujuan

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.
- b. Pasien dapat mengenali peristiwa kehilangan yang dialami pasien.
- c. Pasien dapat memahami hubungan antara kehilangan yang dialami dengan keadaan dirinya.
- d. Pasien dapat mengidentifikasi cara-cara mengatasi berduka yang dialaminya.
- e. Pasien dapat memanfaatkan faktor pendukung.

2. Tindakan

- a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien.
- b. Berdiskusi mengenai kondisi pasien saat ini (kondisi pikiran, perasaan, fisik, sosial, dan spiritual sebelum/sesudah mengalami peristiwa kehilangan serta hubungan antara kondisi saat ini dengan peristiwa kehilangan yang terjadi).
- c. Berdiskusi cara mengatasi berduka yang dialami.
 - 1) Cara verbal (mengungkapkan perasaan).
 - 2) Cara fisik (memberi kesempatan aktivitas fisik).
 - 3) Cara sosial (*sharing* melalui *self help group*).
 - 4) Cara spiritual (berdoa, berserah diri).

- d. Memberi informasi tentang sumber-sumber komunitas yang tersedia untuk saling memberikan pengalaman dengan saksama.
- e. Membantu pasien memasukkan kegiatan dalam jadwal harian.
- f. Kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa di puskesmas.

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

1. Tujuan

- a. Keluarga mengenal masalah kehilangan dan berduka.
- b. Keluarga memahami cara merawat pasien berduka berkepanjangan.
- c. Keluarga dapat mempraktikkan cara merawat pasien berduka disfungsi.
- d. Keluarga dapat memanfaatkan sumber yang tersedia di masyarakat.

2. Tindakan

- a. Berdiskusi dengan keluarga tentang masalah kehilangan dan berduka dan dampaknya pada pasien.
- b. Berdiskusi dengan keluarga cara-cara mengatasi berduka yang dialami oleh pasien.
- c. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan berduka disfungsi.
- d. Berdiskusi dengan keluarga sumber-sumber bantuan yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga untuk mengatasi kehilangan yang dialami oleh pasien.

Evaluasi

1. Pasien mampu mengenali peristiwa kehilangan yang dialami.
2. Memahami hubungan antara kehilangan yang dialami dengan keadaan dirinya.
3. Mengidentifikasi cara-cara mengatasi berduka yang dialaminya.
4. Memanfaatkan faktor pendukung.
5. Keluarga mengenal masalah kehilangan dan berduka.
6. Keluarga memahami cara merawat pasien berduka berkepanjangan.
7. Keluarga mempraktikkan cara merawat pasien berduka disfungsi.
8. Keluarga memanfaatkan sumber yang tersedia di masyarakat.

LATIHAN

1. Jelaskan definisi kehilangan dan berduka!
2. Jelaskan tahapan proses berduka!
3. Apakah yang mungkin hilang pada saat seseorang mengalami penyakit kronis?
4. Jelaskan prinsip intervensi sesuai dengan tahapan proses berduka!

BACAAN

- Keliat, BA., Helena, N.C.D., dan Farida P. 2007. *Manajemen Keperawatan Psikosisial dan Kader Kesehatan Jiwa: CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta: EGC.
- Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Praticce of Psychiatric Nursing, 8th Edition*. St.Loius: Mosby.
- Stuart, G. W, dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Suliswati, dkk. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Varcarolis. 2006. *Fundamental of Psychiatric Nursing, Edisi 5*. St.Louis: Elsevier.
- WHO. 2001. *The World Health Reports 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.

5 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Psikososial: Kecemasan

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah psikososial kecemasan.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan definisi kecemasan.
2. Menjelaskan rentang respons tingkat kecemasan.
3. Melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami kecemasan.
4. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan kecemasan.
5. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan kecemasan.
6. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan kecemasan.

PENGERTIAN KECEMASAN

Kecemasan adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman.

Kejadian dalam hidup seperti menghadapi tuntutan, persaingan, serta bencana dapat membawa dampak terhadap kesehatan fisik dan psikologis. Salah satu contoh dampak psikologis adalah timbulnya kecemasan atau ansietas.

RENTANG RESPONS TINGKAT KECEMASAN

1. **Ansietas ringan** berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas menumbuhkan motivasi belajar serta menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.
2. **Ansietas sedang** memungkinkan seseorang untuk memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif tetapi dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.
3. **Ansietas berat** sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Adanya kecenderungan untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain.
4. **Tingkat panik** dari ansietas berhubungan dengan ketakutan dan merasa diteror, serta tidak mampu melakukan apapun walaupun dengan pengarahan. Panik meningkatkan aktivitas motorik, menurunkan kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, serta kehilangan pemikiran rasional.

PENGAJIAN

Faktor Predisposisi

Menurut Stuart dan Laraia (1998) terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan ansietas, di antaranya sebagai berikut.

1. Faktor biologis.
Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine. Reseptor ini membantu mengatur ansietas. Penghambat GABA juga berperan utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas sebagaimana halnya dengan endorfin. Ansietas mungkin

disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor.

2. Faktor psikologis

- a. **Pandangan psikoanalitik.** Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara antara dua elemen kepribadian—id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- b. **Pandangan interpersonal.** Ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang yang mengalami harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.
- c. **Pandangan perilaku.** Ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap sebagai dorongan belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Individu yang terbiasa dengan kehidupan dini dihadapkan pada ketakutan berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas dalam kehidupan selanjutnya.

3. Sosial budaya

Ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan ansietas dan antara gangguan ansietas dengan depresi. Faktor ekonomi dan latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas.

Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dibedakan menjadi berikut.

1. Ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
2. Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang.

Sumber Koping

Individu mengatasi ansietas dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan.

Mekanisme Koping

Tingkat ansietas sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping yaitu sebagai berikut.

1. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistis tuntutan situasi stres, misalnya perilaku menyerang untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Menarik diri untuk memindahkan dari sumber stres. Kompromi untuk mengganti tujuan atau mengorbankan kebutuhan personal.
2. Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi berlangsung tidak sadar, melibatkan penipuan diri, distorsi realitas, dan bersifat maladaptif.

DIAGNOSIS

Kecemasan.

RENCANA INTERVENSI

Tindakan Keperawatan untuk Pasien

1. Tujuan

- a. Pasien mampu mengenal ansietas.
- b. Pasien mampu mengatasi ansietas melalui teknik relaksasi.
- c. Pasien mampu mempragakan dan menggunakan teknik relaksasi untuk mengatasi ansietas.

2. Tindakan keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya.
Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi. Tindakan yang harus dilakukan dalam membina hubungan saling percaya adalah sebagai berikut.
 - 1) Mengucapkan salam terapeutik.
 - 2) Berjabat tangan.
 - 3) Menjelaskan tujuan interaksi.
 - 4) Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien.
- b. Bantu pasien mengenal ansietas.
 - 1) Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya.
 - 2) Bantu pasien menjelaskan situasi yang menimbulkan ansietas.
 - 3) Bantu pasien mengenal penyebab ansietas.
 - 4) Bantu pasien menyadari perilaku akibat ansietas.
- c. Ajarkan pasien teknik relaksasi untuk meningkatkan kontrol dan rasa percaya diri.
 - 1) Pengalihan situasi.
 - 2) Latihan relaksasi dengan tarik napas dalam, mengerutkan, dan mengendurkan otot-otot.
 - 3) Hipnotis diri sendiri (latihan lima jari).
- d. Motivasi pasien melakukan teknik relaksasi setiap kali ansietas muncul.

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

1. Tujuan:

- a. Keluarga mampu mengenal masalah ansietas pada anggota keluarganya.
- b. Keluarga mampu memahami proses terjadinya masalah ansietas.
- c. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami ansietas.
- d. Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan ansietas.
- e. Keluarga mampu merujuk anggota keluarga yang mengalami ansietas.

2. Tindakan keperawatan

- a. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
- b. Diskusikan tentang proses terjadinya ansietas serta tanda dan gejala.
- c. Diskusikan tentang penyebab dan akibat dari ansietas.
- d. Diskusikan cara merawat pasien dengan ansietas dengan cara mengajarkan teknik relaksasi.
 - 1) Mengalihkan situasi.
 - 2) Latihan relaksasi dengan napas dalam, mengerutkan, dan mengendurkan otot.
 - 3) Menghipnotis diri sendiri (latihan lima jari).
- e. Diskusikan dengan keluarga perilaku pasien yang perlu dirujuk dan bagaimana merujuk pasien.

EVALUASI

1. Menyebutkan penyebab ansietas.
2. Menyebutkan situasi yang menyertai ansietas.
3. Menyebutkan perilaku terkait ansietas.
4. Melakukan teknik pengalihan situasi, yaitu tarik napas dalam, relaksasi otot, dan teknik lima jari.
5. Keluarga menyebutkan pengertian ansietas.
6. Keluarga menyebutkan tanda dan gejala ansietas.
7. Keluarga mengajarkan ke pasien teknik pengalihan situasi, tarik napas dalam, relaksasi otot, dan teknik lima jari.

LATIHAN

1. Jelaskan pengertian ansietas!
2. Jelaskan rentang respons ansietas!
3. Dari rentang respons ansietas, jelaskan rentang yang mulai maladaptif pada fase apa?
4. Masalah keperawatan apakah yang sering timbul pada pasien dengan ansietas?
5. Jelaskan intervensi yang bisa diajarkan ke pasien untuk menurunkan ansietas!

BACAAN

Keliat, B.A., Helena, N.C.D., dan Farida, P. 2007. *Manajemen Keperawatan Psikosisial dan Kader Kesehatan Jiwa: CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta: EGC.

Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th Edition*. St. Louis: Mosby.

Stuart, G. W, dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.

Suliswati, dkk. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Varcarolis. 2006. *Fundamentals of Psychiatric Nursing Edisi 5*. St.Louis; Elsevier.

6 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Konsep Diri

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah gangguan konsep diri.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan definisi konsep diri.
2. Menjelaskan rentang respons konsep diri.
3. Menjelaskan komponen konsep diri.
4. Melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami gangguan konsep diri.
5. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan gangguan konsep diri.
6. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan konsep diri.
7. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan konsep diri.

PENGERTIAN KONSEP DIRI

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, perasaan, kepercayaan, serta pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan memengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain. Konsep diri belum muncul saat bayi, tetapi mulai berkembang secara bertahap. Bayi mampu mengenal dan membedakan dirinya dengan orang lain serta mempunyai pengalaman dalam berhubungan dengan orang lain. Konsep diri dipelajari melalui pengalaman pribadi setiap individu, hubungan dengan orang lain, dan interaksi dengan dunia di luar dirinya. Memahami konsep diri penting bagi perawat karena asuhan keperawatan diberikan secara utuh bukan hanya penyakit tetapi menghadapi individu yang mempunyai pandangan, nilai dan pendapat tertentu tentang dirinya.

RENTANG RESPONS KONSEP DIRI

Konsep diri seseorang terletak pada suatu rentang respons antara ujung adaptif dan ujung maladaptif, yaitu aktualisasi diri, konsep diri positif, harga diri rendah, kekacauan identitas, dan depersonalisasi.



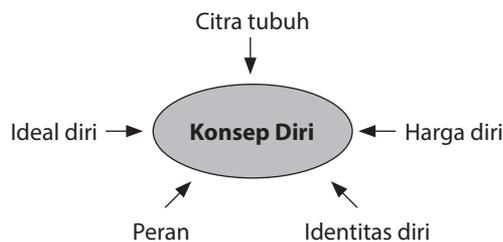
GAMBAR 6.1 Rentang Respons

Rentang respons konsep diri yang paling adaptif adalah aktualisasi diri. Menurut Maslow karakteristik aktualisasi diri meliputi:

1. realistik,
2. cepat menyesuaikan diri dengan orang lain,
3. persepsi yang akurat dan tegas,
4. dugaan yang benar terhadap kebenaran/kesalahan,
5. akurat dalam memperbaiki masa yang akan datang,
6. mengerti seni, musik, politik, filosofi,
7. rendah hati,
8. mempunyai dedikasi untuk bekerja,
9. kreatif, fleksibel, spontan, dan mengakui kesalahan,
10. terbuka dengan ide-ide baru,
11. percaya diri dan menghargai diri,
12. kepribadian yang dewasa,
13. dapat mengambil keputusan,

14. berfokus pada masalah,
15. menerima diri seperti apa adanya,
16. memiliki etika yang kuat,
17. mampu memperbaiki kegagalan.

KOMPONEN KONSEP DIRI



GAMBAR 6.2 Komponen Konsep Diri

Citra Tubuh

Citra tubuh adalah kumpulan sikap individu baik yang disadari maupun tidak terhadap tubuhnya, termasuk persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran, fungsi, keterbatasan, makna, dan objek yang kontak secara terus-menerus (anting, *make up*, pakaian, kursi roda, dan sebagainya) baik masa lalu maupun sekarang. Citra tubuh merupakan hal pokok dalam konsep diri. Citra tubuh harus realistis karena semakin seseorang dapat menerima dan menyukai tubuhnya ia akan lebih bebas dan merasa aman dari kecemasan sehingga harga dirinya akan meningkat. Sikap individu terhadap tubuhnya mencerminkan aspek penting dalam dirinya misalnya perasaan menarik atau tidak, gemuk atau tidak, dan sebagainya.

Ideal Diri

Persepsi individu tentang seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau nilai yang diyakininya. Penetapan ideal diri dipengaruhi oleh kebudayaan, keluarga, ambisi, keinginan, dan kemampuan individu dalam menyesuaikan diri dengan norma serta prestasi masyarakat setempat. Individu cenderung menyusun tujuan yang sesuai dengan kemampuannya, kultur, realita, menghindari kegagalan dan rasa cemas, serta *inferiority*. Ideal diri harus cukup tinggi supaya mendukung respek terhadap diri tetapi tidak terlalu tinggi, terlalu menuntut, serta samar-samar atau kabur. Ideal diri akan melahirkan harapan individu terhadap dirinya saat berada di tengah masyarakat dengan norma tertentu. Ideal diri berperan sebagai pengatur internal dan membantu individu mempertahankan kemampuannya menghadapi konflik atau kondisi yang membuat bingung. Ideal diri penting untuk mempertahankan kesehatan dan keseimbangan mental.

Harga Diri

Penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dan menganalisis seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Individu akan merasa harga dirinya tinggi bila sering mengalami keberhasilan. Sebaliknya, individu akan merasa harga dirinya rendah bila sering mengalami kegagalan, tidak dicintai, atau tidak diterima lingkungan. Harga diri dibentuk sejak kecil dari adanya penerimaan dan perhatian. Harga diri akan meningkat sesuai meningkatnya usia dan sangat terancam pada masa pubertas. Coopersmith dalam buku Stuart dan Sundeen (2002) menyatakan bahwa ada empat hal yang dapat meningkatkan harga diri anak, yaitu:

1. memberi kesempatan untuk berhasil,
2. menanamkan idealisme,
3. mendukung aspirasi/ide,
4. membantu membentuk koping.

Peran

Serangkaian pola sikap, perilaku, nilai, dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat sesuai posisinya di masyarakat/kelompok sosialnya. Peran memberikan sarana untuk berperan serta dalam kehidupan sosial dan merupakan cara untuk menguji identitas dengan memvalidasi pada orang yang berarti. Hal-hal yang memengaruhi penyesuaian individu terhadap peran antara lain sebagai berikut.

1. Kejelasan perilaku yang sesuai dengan peran dan pengetahuannya tentang peran yang diharapkan.
2. Respons/tanggapan yang konsisten dari orang yang berarti terhadap perannya.
3. Kesesuaian norma budaya dan harapannya dengan perannya.
4. Perbedaan situasi yang dapat menimbulkan penampilan peran yang tidak sesuai.

Identitas Diri

Identitas adalah kesadaran tentang “diri sendiri” yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian terhadap dirinya, serta menyadari individu bahwa dirinya berbeda dengan orang lain. Pengertian identitas adalah organisasi, sintesis dari semua gambaran utuh dirinya, serta tidak dipengaruhi oleh pencapaian tujuan, atribut/jabatan, dan peran. Dalam identitas diri ada otonomi yaitu mengerti dan percaya diri, hormat terhadap diri, mampu menguasai diri, mengatur diri, dan menerima diri.

Ciri individu dengan identitas diri yang positif adalah sebagai berikut.

1. Mengenal diri sebagai individu yang utuh terpisah dari orang lain.
2. Mengakui jenis kelamin sendiri.

3. Memandang berbagai aspek diri sebagai suatu keselarasan.
4. Menilai diri sesuai penilaian masyarakat.
5. Menyadari hubungan masa lalu, sekarang dan yang akan datang.
6. Mempunyai tujuan dan nilai yang disadari.

Ciri individu yang berkepribadian sehat antara lain sebagai berikut.

1. Citra tubuh positif dan sesuai.
2. Ideal diri realistis.
3. Harga diri tinggi.
4. Penampilan peran memuaskan.
5. Identitas jelas.

PENGKAJIAN

Faktor Predisposisi

1. Citra tubuh
 - a. Kehilangan/kerusakan bagian tubuh (anatomi dan fungsi).
 - b. Perubahan ukuran, bentuk, dan penampilan tubuh (akibat tumbuh kembang atau penyakit).
 - c. Proses penyakit dan dampaknya terhadap struktur dan fungsi tubuh.
 - d. Proses pengobatan, seperti radiasi dan kemoterapi.
2. Harga diri
 - a. Penolakan.
 - b. Kurang penghargaan.
 - c. Pola asuh overprotektif, otoriter, tidak konsisten, terlalu dituruti, terlalu dituntut.
 - d. Persaingan antara keluarga.
 - e. Kesalahan dan kegagalan berulang.
 - f. Tidak mampu mencapai standar.
3. Ideal diri
 - a. Cita-cita yang terlalu tinggi.
 - b. Harapan yang tidak sesuai dengan kenyataan.
 - c. Ideal diri samar atau tidak jelas.
4. Peran
 - a. Stereotipe peran seks.
 - b. Tuntutan peran kerja.
 - c. Harapan peran kultural.

5. Identitas diri
 - a. Ketidakpercayaan orang tua.
 - b. Tekanan dari teman sebaya.
 - c. Perubahan struktur sosial.

Faktor Presipitasi

1. Trauma.
2. Ketegangan peran.
3. Transisi peran perkembangan.
4. Transisi peran situasi.
5. Transisi peran sehat-sakit.

Perilaku

1. Citra tubuh
 - a. Menolak menyentuh atau melihat bagian tubuh tertentu.
 - b. Menolak bercermin.
 - c. Tidak mau mendiskusikan keterbatasan atau cacat tubuh.
 - d. Menolak usaha rehabilitasi.
 - e. Usaha pengobatan mandiri yang tidak tepat.
 - f. Menyangkal cacat tubuh.
2. Harga diri rendah
 - a. Mengkritik diri sendiri/orang lain.
 - b. Produktivitas menurun.
 - c. Gangguan berhubungan.
 - d. Merasa diri paling penting.
 - e. Destruktif pada orang lain.
 - f. Merasa tidak mampu.
 - g. Merasa bersalah dan khawatir.
 - h. Mudah tersinggung/marah.
 - i. Perasaan negatif terhadap tubuh.
 - j. Ketegangan peran.
 - k. Pesimis menghadapi hidup.
 - l. Keluhan fisik.
 - m. Penolakan kemampuan diri.
 - n. Pandangan hidup bertentangan.
 - o. Destruktif terhadap diri.
 - p. Menarik diri secara sosial.
 - q. Penyalahgunaan zat.
 - r. Menarik diri dari realitas.

3. Kerancuan identitas
 - a. Tidak ada kode moral.
 - b. Kepribadian yang bertentangan.
 - c. Hubungan interpersonal yang eksploitatif.
 - d. Perasaan hampa.
 - e. Perasaan mengambang tentang diri.
 - f. Kerancuan gender.
 - g. Tingkat ansietas tinggi.
 - h. Tidak mampu empati terhadap orang lain.
 - i. Masalah estimasi.

4. Depersonalisasi

TABEL 6.1 Depersonalisasi

Afektif	Perseptual	Kognitif	Perilaku
<ul style="list-style-type: none"> • Kehilangan identitas. • Perasaan terpisah dari diri. • Perasaan tidak realistis. • Rasa terisolasi yang kuat. • Kurang rasa berkesinambungan. • Tidak mampu mencari kesenangan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Halusinasi dengar dan lihat. • Bingung tentang seksualitas diri. • Sulit membedakan diri dari orang lain. • Gangguan citra tubuh. • Dunia seperti dalam mimpi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bingung. • Disorientasi waktu. • Gangguan berpikir. • Gangguan daya ingat. • Gangguan penilaian. • Kepribadian ganda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasif. • Komunikasi tidak sesuai. • Kurang spontanitas. • Kehilangan kendali terhadap impuls. • Tidak mampu memutuskan. • Menarik diri secara sosial.

Mekanisme Koping

1. Pertahanan jangka pendek
 - a. Aktivitas yang dapat memberikan pelarian sementara dari krisis, seperti kerja keras, nonton, dan lain-lain.
 - b. Aktivitas yang dapat memberikan identitas pengganti sementara, seperti ikut kegiatan sosial, politik, agama, dan lain-lain.
 - c. Aktivitas yang sementara dapat menguatkan perasaan diri, seperti kompetisi pencapaian akademik.
 - d. Aktivitas yang mewakili upaya jarak pendek untuk membuat masalah identitas menjadi kurang berarti dalam kehidupan, seperti penyalahgunaan obat.
2. Pertahanan jangka panjang
 - a. Penutupan identitas
Adopsi identitas prematur yang diinginkan oleh orang yang penting bagi individu tanpa memperhatikan keinginan, aspirasi, dan potensi diri individu.

- b. Identitas negatif
Asumsi identitas yang tidak wajar untuk dapat diterima oleh nilai-nilai harapan masyarakat.
3. Mekanisme pertahanan ego
 - a. Fantasi
 - b. Disosiasi
 - c. Isolasi
 - d. Proyeksi
 - e. *Displacement*
 - f. Marah/amuk pada diri sendiri

DIAGNOSIS

Pohon Masalah



Daftar Diagnosis

1. Isolasi sosial: menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah.
2. Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah.
3. Gangguan konsep diri: citra tubuh berhubungan dengan koping keluarga inefektif.
4. Gangguan konsep diri: identitas personal berhubungan dengan perubahan penampilan peran.

RENCANA INTERVENSI

Rencana intervensi keperawatan disesuaikan dengan diagnosis yang ditemukan. Pada rencana intervensi berikut memberikan gambaran pada gangguan konsep diri, yaitu harga diri rendah.

Tindakan Keperawatan pada Pasien

1. Tujuan

- a. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.
- b. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- c. Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan.
- d. Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan.
- e. Pasien dapat merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya.

2. Tindakan keperawatan

- a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien.
 - 1) Mendiskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan pasien di rumah, serta adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien.
 - 2) Beri pujian yang realistis/nyata dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian yang negatif.
- b. Membantu pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.
 - 1) Mendiskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini setelah mengalami bencana.
 - 2) Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien.
 - 3) Perlihatkan respons yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif.
- c. Membantu pasien dapat memilih/menetapkan kegiatan sesuai dengan kemampuan.
 - 1) Mendiskusikan dengan pasien beberapa aktivitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari.
 - 2) Bantu pasien menetapkan aktivitas yang dapat pasien lakukan secara mandiri, aktivitas yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga, dan aktivitas yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien. Berikan contoh cara pelaksanaan aktivitas yang dapat dilakukan pasien. Susun bersama pasien dan buat daftar aktivitas atau kegiatan sehari-hari pasien.
- d. Melatih kegiatan pasien yang sudah dipilih sesuai kemampuan.
 - 1) Mendiskusikan dengan pasien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih pasien) yang akan dilatihkan.
 - 2) Bersama pasien dan keluarga memperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan pasien.
 - 3) Berikan dukungan dan pujian yang nyata setiap kemajuan yang diperlihatkan pasien.
- e. Membantu pasien dapat merencanakan kegiatan sesuai kemampuannya.
 - 1) Memberi kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan.

- 2) Beri pujian atas aktivitas/kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari.
- 3) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap aktivitas.
- 4) Susun daftar aktivitas yang sudah dilatihkan bersama pasien dan keluarga.
- 5) Berikan kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.
- 6) Yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktivitas yang dilakukan pasien.

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1. Tujuan

- a. Keluarga dapat membantu pasien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki.
- b. Keluarga memfasilitasi aktivitas pasien yang sesuai kemampuan.
- c. Keluarga memotivasi pasien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan latihan yang dilakukan.
- d. Keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan pasien.

2. Tindakan keperawatan

- a. Diskusi dengan keluarga kemampuan yang dimiliki pasien.
- b. Anjurkan memotivasi pasien agar menunjukkan kemampuan yang dimiliki.
- c. Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien dalam melakukan kegiatan yang sudah dilatihkan pasien dengan perawat.
- d. Ajarkan keluarga cara mengamati perkembangan perubahan perilaku pasien.

EVALUASI

1. Kemampuan yang diharapkan dari pasien.
 - a. Pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien.
 - b. Pasien dapat membuat rencana kegiatan harian.
 - c. Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki.
2. Kemampuan yang diharapkan dari keluarga.
 - a. Keluarga membantu pasien dalam melakukan aktivitas.
 - b. Keluarga memberikan pujian pada pasien terhadap kemampuannya melakukan aktivitas.

LATIHAN

Kasus A

Nn. S (28 tahun) dirawat di RSJ X. Saat dikaji, Nn.S mengatakan kalau dirinya adalah wanita yang paling tidak beruntung. Sejak ditinggal pacarnya untuk menikah dengan sahabatnya setahun yang lalu, Nn. S merasa bahwa ia tidak akan bisa mendapatkan pasangan lagi, bahkan tidak mau menikah meskipun ada yang mengajaknya. Enam bulan yang lalu, Nn. S berhenti dari bekerja karena merasa malu, setiap pekerjaannya selalu tidak pernah benar dan mendapatkan peringatan dari atasannya. Saat ini, didapatkan Nn. S sering menunduk saat berbicara, kontak mata ada tetapi minimal, serta tampak tidak bersemangat dan malas melakukan kegiatan apapun.

1. Tentukan masalah keperawatan utama dari kasus A!
2. Tuliskan data subjektif dan data objektif untuk menegakkan masalah keperawatan No. 1!
3. Susunlah intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan No 1!

BACAAN

1. Keliat, B.A., Akemat, Helena, N.C.D., dan Nurhaeni, H. 2007. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
2. Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Praticice of Psychiatric Nursing. 8th Edition*. St. Louis: Mosby.
3. Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.
4. Suliswati, dkk. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
5. Varcarolis. 2006. *Fundamentalis of Psychiatric Nursing Edisi 5*. St. Louis: Elsevier.

7 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial: Menarik Diri

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah isolasi sosial: menarik diri.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan definisi gangguan hubungan sosial.
2. Menjelaskan rentang respons sosial.
3. Menjelaskan perkembangan hubungan sosial.
4. Melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami isolasi sosial: menarik diri.
5. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial: menarik diri.
6. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial: menarik diri.
7. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial: menarik diri.

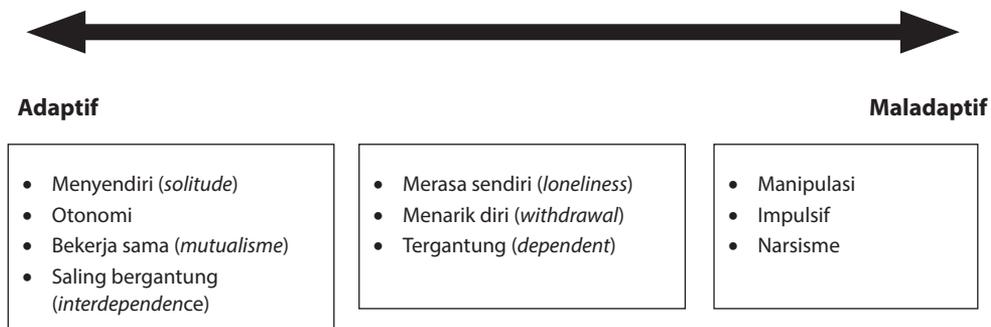
PENGERTIAN MENARIK DIRI

Menarik diri merupakan suatu percobaan untuk menghindari interaksi dan hubungan dengan orang lain (Rawlins, 1993). Isolasi sosial adalah keadaan seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

Hubungan yang sehat dapat digambarkan dengan adanya komunikasi yang terbuka, mau menerima orang lain, dan adanya rasa empati. Pemutusan hubungan interpersonal berkaitan erat dengan ketidakpuasan individu dalam proses hubungan yang disebabkan oleh kurang terlibatnya dalam proses hubungan dan respons lingkungan yang negatif. Hal tersebut akan memicu rasa tidak percaya diri dan keinginan untuk menghindar dari orang lain.

Rentang Respons Sosial

Suatu hubungan antarmanusia akan berada pada rentang respons adaptif dan maladaptif seperti tergambar di bawah ini.



GAMBAR 7.1 Rentang Respons Sosial

GANGGUAN HUBUNGAN SOSIAL

1. Menarik diri: menemukan kesulitan dalam membina hubungan dengan orang lain.
2. Dependen: sangat bergantung pada orang lain sehingga individu mengalami kegagalan dalam mengembangkan rasa percaya diri.
3. Manipulasi: individu berorientasi pada diri sendiri dan tujuan yang hendak dicapainya tanpa mempedulikan orang lain dan lingkungan dan cenderung menjadikan orang lain sebagai objek.

PERKEMBANGAN HUBUNGAN SOSIAL

Bayi (0–18 Bulan)

Bayi mengomunikasikan kebutuhan menggunakan cara yang paling sederhana yaitu menangis. Respons lingkungan terhadap tangisan bayi mempunyai pengaruh yang sangat penting untuk kehidupan bayi di masa datang. Menurut **Ericson**, respons lingkungan yang sesuai akan mengembangkan rasa percaya diri bayi akan perilakunya dan rasa percaya bayi pada orang lain. Kegagalan pemenuhan kebutuhan pada masa ini akan mengakibatkan rasa tidak percaya pada diri sendiri dan orang lain serta perilaku menarik diri.

Prasekolah (18 Bulan–5 Tahun)

Anak prasekolah mulai membina hubungan dengan lingkungan di luar keluarganya. Anak membutuhkan dukungan dan bantuan dari keluarga dalam hal pemberian pengakuan yang positif terhadap perilaku anak yang adaptif sehingga anak dapat mengembangkan kemampuan berhubungan yang dimilikinya. Hal tersebut merupakan dasar rasa otonomi anak yang nantinya akan berkembang menjadi kemampuan hubungan interdependen. Kegagalan anak dalam berhubungan dengan lingkungan dan disertai respons keluarga yang negatif akan mengakibatkan anak menjadi tidak mampu pengontrol diri, tidak mandiri, ragu, menarik diri, kurang percaya diri, pesimis, dan takut perilakunya salah.

Anak Sekolah (6–12 Tahun)

Anak sekolah mulai meningkatkan hubungannya pada lingkungan sekolah. Di usia ini anak akan mengenal kerja sama, kompetisi, dan kompromi. Pergaulan dengan orang dewasa di luar keluarga mempunyai arti penting karena dapat menjadi sumber pendukung bagi anak. Hal itu dibutuhkan karena konflik sering kali terjadi akibat adanya pembatasan dan dukungan yang kurang konsisten dari keluarga. Kegagalan membina hubungan dengan teman sekolah, dukungan luar yang tidak adekuat, serta inkonsistensi dari orang tua akan menimbulkan rasa frustrasi terhadap kemampuannya, merasa tidak mampu, putus asa, dan menarik diri dari lingkungannya.

Remaja (12–20 Tahun)

Usia remaja anak mulai mengembangkan hubungan intim dengan teman sejenis atau lawan jenis dan teman seusia, sehingga anak remaja biasanya mempunyai teman karib. Hubungan dengan teman akan sangat dependen sedangkan hubungan dengan orang tua mulai independen. Kegagalan membina hubungan dengan teman sebaya dan kurangnya dukungan orang tua akan mengakibatkan keraguan identitas, ketidakmampuan mengidentifikasi karier di masa mendatang, serta tumbuhnya rasa kurang percaya diri.

Dewasa Muda (18–25 Tahun)

Individu pada usia ini akan mempertahankan hubungan interdependen dengan orang tua dan teman sebaya. Individu akan belajar mengambil keputusan dengan tetap memperhatikan saran dan pendapat orang lain (pekerjaan, karier, pasangan hidup). Selain itu, individu mampu mengekspresikan perasaannya, menerima perasaan orang lain, dan meningkatnya kepekaan terhadap kebutuhan orang lain. Oleh karenanya, akan berkembang suatu hubungan mutualisme. Kegagalan individu pada fase ini akan mengakibatkan suatu sikap menghindari hubungan intim dan menjauhi orang lain.

Dewasa Tengah (25–65 Tahun)

Pada umumnya pada usia ini individu telah berpisah tempat tinggal dengan orang tua. Individu akan mengembangkan kemampuan hubungan interdependen yang dimilikinya. Bila berhasil akan diperoleh hubungan dan dukungan yang baru. Kegagalan pada tahap ini akan mengakibatkan individu hanya memperhatikan diri sendiri, produktivitas dan kreativitas berkurang, serta perhatian pada orang lain berkurang.

Dewasa Lanjut (Lebih dari 65 Tahun)

Di masa ini, individu akan mengalami banyak kehilangan, misalnya fungsi fisik, kegiatan, pekerjaan, teman hidup, dan anggota keluarga, sehingga akan timbul perasaan tidak berguna. Selain itu, kemandirian akan menurun dan individu menjadi sangat bergantung kepada orang lain. Individu yang berkembang baik akan dapat menerima kehilangan yang terjadi dalam kehidupannya dan mengakui bahwa dukungan orang lain dapat membantu dalam menghadapi kehilangan yang dialaminya. Kegagalan individu pada masa ini akan mengakibatkan individu berperilaku menolak dukungan yang ada dan akan berkembang menjadi perilaku menarik diri.

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Objektif

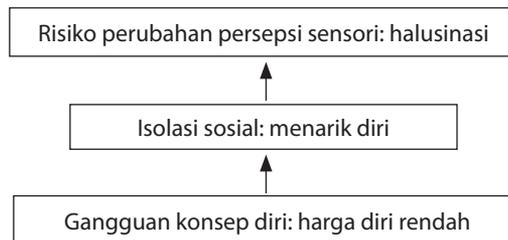
1. Apatis, ekspresi sedih, afek tumpul.
2. Menghindari orang lain, tampak menyendiri, dan memisahkan diri dari orang lain.
3. Komunikasi kurang/tidak ada, pasien tidak tampak bercakap-cakap dengan orang lain.
4. Tidak ada kontak mata dan sering menunduk.
5. Berdiam diri di kamar.
6. Menolak berhubungan dengan orang lain, memutuskan pembicaraan, atau pergi saat diajak bercakap-cakap.
7. Tidak tampak melakukan kegiatan sehari-hari, perawatan diri kurang, dan kegiatan rumah tangga tidak dilakukan.
8. Posisi janin pada saat tidur.

Subjektif

1. Pasien menjawab dengan singkat “ya”, “tidak”, “tidak tahu”.
2. Pasien tidak menjawab sama sekali.

DIAGNOSIS

Pohon Masalah



Diagnosis Keperawatan

1. Risiko perubahan sensori persepsi: halusinasi berhubungan dengan menarik diri.
2. Isolasi sosial: menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah.

RENCANA INTERVENSI

Tindakan Keperawatan untuk Pasien

1. Tujuan

Setelah tindakan keperawatan, pasien mampu melakukan hal berikut.

- a. Membina hubungan saling percaya.
- b. Menyadari penyebab isolasi sosial.
- c. Berinteraksi dengan orang lain.

2. Tindakan

- a. Membina hubungan saling percaya.
 - 1) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.
 - 2) Berkenalan dengan pasien, seperti memperkenalkan nama dan nama panggilan yang Anda sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien.
 - 3) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.
 - 4) Buat kontrak asuhan, misalnya apa yang Anda akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempatnya di mana.
 - 5) Jelaskan bahwa Anda akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.
 - 6) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien.
 - 7) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.

- b. Membantu pasien menyadari perilaku isolasi sosial.
 - 1) Tanyakan pendapat pasien tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain.
 - 2) Tanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain.
 - 3) Diskusikan keuntungan bila pasien memiliki banyak teman dan bergaul akrab dengan mereka.
 - 4) Diskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain.
 - 5) Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik pasien.
- c. Melatih pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap.
 - 1) Jelaskan kepada pasien cara berinteraksi dengan orang lain.
 - 2) Berikan contoh cara berbicara dengan orang lain.
 - 3) Beri kesempatan pasien mempraktikkan cara berinteraksi dengan orang lain yang dilakukan di hadapan Anda.
 - 4) Mulailah bantu pasien berinteraksi dengan satu orang teman/anggota keluarga.
 - 5) Bila pasien sudah menunjukkan kemajuan, tingkatkan jumlah interaksi dengan dua, tiga, empat orang, dan seterusnya.
 - 6) Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien.
 - 7) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah berinteraksi dengan orang lain. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus-menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan interaksinya.

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

1. Tujuan

Setelah tindakan keperawatan, keluarga mampu merawat pasien isolasi sosial di rumah.

2. Tindakan

Melatih keluarga merawat pasien isolasi sosial.

- a. Menjelaskan tentang hal berikut.
 - 1) Masalah isolasi sosial dan dampaknya pada pasien.
 - 2) Penyebab isolasi sosial.
 - 3) Sikap keluarga untuk membantu pasien mengatasi isolasi sosialnya.
 - 4) Pengobatan yang berkelanjutan dan mencegah putus obat.
 - 5) Tempat rujukan bertanya dan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi pasien.
- b. Memperagakan cara berkomunikasi dengan pasien.
- c. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempraktikkan cara berkomunikasi dengan pasien.

EVALUASI

1. Evaluasi kemampuan pasien
 - a. Pasien menunjukkan rasa percayanya kepada saudara sebagai perawat dengan ditandai dengan pasien mau bekerja sama secara aktif dalam melaksanakan program yang saudara usulkan kepada pasien.
 - b. Pasien mengungkapkan hal-hal yang menyebabkan tidak mau bergaul dengan orang lain, kerugian tidak mau bergaul, dan keuntungan bergaul dengan orang lain.
 - c. Pasien menunjukkan kemajuan dalam berinteraksi dengan orang lain secara bertahap.
2. Evaluasi kemampuan keluarga

Keluarga ikut bekerja sama merawat pasien sesuai anjuran yang Anda berikan.

LATIHAN

Kasus B

Ny. L (56 tahun) di bawa ke RSJ A setelah selama dua minggu tidak mau keluar kamar, tidak mau mandi, dan tidak mau bicara. Saat dilakukan pengkajian, Ny. L hanya diam, tidak mau menatap mata perawat, dan sesekali mengembuskan napas dengan panjang lalu kembali tidur. Keluarga mengatakan hal ini terjadi semenjak anaknya pergi dari rumah dan membawa seluruh uang yang dimilikinya.

1. Tentukan masalah keperawatan utama dari kasus B!
2. Tuliskan data subjektif dan data objektif untuk menegakkan masalah keperawatan No. 1!
3. Susunlah intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan No. 1!

BACAAN

Keliat, B.A., Akemat, Helena, N.C.D., dan Nurhaeni, H. 2007. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.

Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Praticice of Psychiatric Nursing, 8th Edition*. St. Louis: Mosby.

Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.

Suliswati, dkk. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Varcarolis. 2006. *Fundamentalis of Psychiatric Nursing Edisi 5*. St.Louis: Elsevier.

8 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perubahan Proses Pikir: Waham

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah perubahan proses pikir: waham.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan definisi waham.
2. Menjelaskan rentang respons neurobiologi.
3. Menjelaskan proses terjadinya waham.
4. Menjelaskan klasifikasi waham.
5. Melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami perubahan proses pikir: waham.
6. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan perubahan proses pikir: waham.
7. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan perubahan proses pikir: waham.
8. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan perubahan proses pikir: waham.

PENGERTIAN WAHAM

Waham adalah suatu keyakinan yang salah yang dipertahankan secara kuat atau terus-menerus, tapi tidak sesuai dengan kenyataan. Waham adalah termasuk gangguan isi pikiran. Pasien meyakini bahwa dirinya adalah seperti apa yang ada di dalam isi pikirannya. Waham sering ditemui pada gangguan jiwa berat dan beberapa bentuk waham yang spesifik sering ditemukan pada penderita skizofrenia.

PROSES TERJADINYA WAHAM

1. Fase kebutuhan manusia rendah (*lack of human need*)
Waham diawali dengan terbatasnya berbagai kebutuhan pasien baik secara fisik maupun psikis. Secara fisik, pasien dengan waham dapat terjadi pada orang dengan status sosial dan ekonomi sangat terbatas. Biasanya pasien sangat miskin dan menderita. Keinginan ia untuk memenuhi kebutuhan hidupnya mendorongnya untuk melakukan kompensasi yang salah. Hal itu terjadi karena adanya kesenjangan antara kenyataan (*reality*), yaitu tidak memiliki finansial yang cukup dengan ideal diri (*self ideal*) yang sangat ingin memiliki berbagai kebutuhan, seperti mobil, rumah, atau telepon genggam.
2. Fase kepercayaan diri rendah (*lack of self esteem*)
Kesenjangan antara ideal diri dengan kenyataan serta dorongan kebutuhan yang tidak terpenuhi menyebabkan pasien mengalami perasaan menderita, malu, dan tidak berharga.
3. Fase pengendalian internal dan eksternal (*control internal and external*)
Pada tahapan ini, pasien mencoba berpikir rasional bahwa apa yang ia yakini atau apa yang ia katakan adalah kebohongan, menutupi kekurangan, dan tidak sesuai dengan kenyataan. Namun, menghadapi kenyataan bagi pasien adalah sesuatu yang sangat berat, karena kebutuhannya untuk diakui, dianggap penting, dan diterima lingkungan menjadi prioritas dalam hidupnya, sebab kebutuhan tersebut belum terpenuhi sejak kecil secara optimal. Lingkungan sekitar pasien mencoba memberikan koreksi bahwa sesuatu yang dikatakan pasien itu tidak benar, tetapi hal ini tidak dilakukan secara adekuat karena besarnya toleransi dan keinginan menjadi perasaan. Lingkungan hanya menjadi pendengar pasif tetapi tidak mau konfrontatif berkepanjangan dengan alasan pengakuan pasien tidak merugikan orang lain.
4. Fase dukungan lingkungan (*environment support*)
Dukungan lingkungan sekitar yang mempercayai (keyakinan) pasien dalam lingkungannya menyebabkan pasien merasa didukung, lama-kelamaan pasien menganggap sesuatu yang dikatakan tersebut sebagai suatu kebenaran karena seringnya diulang-ulang. Oleh karenanya, mulai terjadi kerusakan kontrol diri dan tidak berfungsinya norma (superego) yang ditandai dengan tidak ada lagi perasaan dosa saat berbohong.

5. Fase nyaman (*comforting*)

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

6. Fase peningkatan (*improving*)

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

KLASIFIKASI WAHAM

1. Waham kebesaran

Meyakini bahwa ia memiliki kebesaran atau kekuasaan khusus, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan. Misalnya, “*Saya ini direktur sebuah bank swasta lho..*” atau “*Saya punya beberapa perusahaan multinasional*”.

2. Waham curiga

Meyakini bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan/mencederai dirinya, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan. Misalnya, “*Saya tahu..kalian semua memasukkan racun ke dalam makanan saya*”.

3. Waham agama

Memiliki keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan. Misalnya, “*Kalau saya mau masuk surga saya harus membagikan uang kepada semua orang*.”

4. Waham somatik

Meyakini bahwa tubuh atau bagian tubuhnya terganggu/terserang penyakit, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan. Misalnya, “*Saya sakit menderita penyakit menular ganas*”, setelah pemeriksaan laboratorium tidak ditemukan tanda-tanda kanker, tetapi pasien terus mengatakan bahwa ia terserang kanker.

5. Waham nihilistik

Meyakini bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia/meninggal, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan. Misalnya, “*Ini kan alam kubur ya, semua yang ada di sini adalah roh-roh*”.

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Tanda dan gejala dari perubahan isi pikir waham, yaitu pasien menyatakan dirinya sebagai seorang besar mempunyai kekuatan, pendidikan, atau kekayaan luar biasa, serta pasien

menyatakan perasaan dikejar-kejar oleh orang lain atau sekelompok orang. Selain itu, pasien menyatakan perasaan mengenai penyakit yang ada dalam tubuhnya, menarik diri dan isolasi, sulit menjalin hubungan interpersonal dengan orang lain, rasa curiga yang berlebihan, kecemasan yang meningkat, sulit tidur, tampak apatis, suara memelan, ekspresi wajah datar, kadang tertawa atau menangis sendiri, rasa tidak percaya kepada orang lain, dan gelisah.

Menurut Kaplan dan Sadock (1997) beberapa hal yang harus dikaji antara lain sebagai berikut.

1. Status mental
 - a. Pada pemeriksaan status mental, menunjukkan hasil yang sangat normal, kecuali bila ada sistem waham abnormal yang jelas.
 - b. Suasana hati (*mood*) pasien konsisten dengan isi wahamnya.
 - c. Pada waham curiga didapatkannya perilaku pencuriga.
 - d. Pada waham kebesaran, ditemukan pembicaraan tentang peningkatan identitas diri dan mempunyai hubungan khusus dengan orang yang terkenal.
 - e. Adapun sistem wahamnya, pemeriksa kemungkinan merasakan adanya kualitas depresi ringan.
 - f. Pasien dengan waham tidak memiliki halusinasi yang menonjol/menetap kecuali pada pasien dengan waham raba atau cium. Pada beberapa pasien kemungkinan ditemukan halusinasi dengar.
2. Sensorium dan kognisi (Kaplan dan Sadock, 1997)
 - a. Pada waham, tidak ditemukan kelainan dalam orientasi, kecuali yang memiliki waham spesifik tentang waktu, tempat, dan situasi.
 - b. Daya ingat dan proses kognitif pasien dengan utuh (*intact*).
 - c. Pasien waham hampir seluruh memiliki daya tilik diri (*insight*) yang jelek.
 - d. Pasien dapat dipercaya informasinya, kecuali jika membahayakan dirinya, keputusan yang terbaik bagi pemeriksa dalam menentukan kondisi pasien adalah dengan menilai perilaku masa lalu, masa sekarang, dan yang direncanakan.

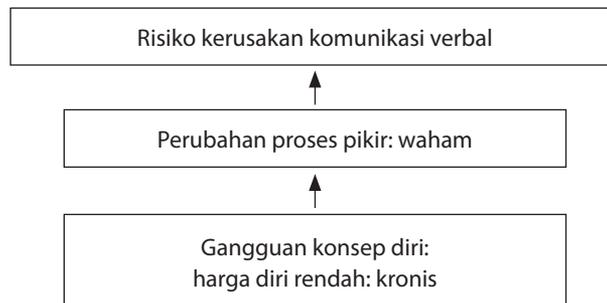
Tanda dan gejala waham dapat juga dikelompokkan sebagai berikut.

1. Kognitif
 - a. Tidak mampu membedakan nyata dengan tidak nyata.
 - b. Individu sangat percaya pada keyakinannya.
 - c. Sulit berpikir realita.
 - d. Tidak mampu mengambil keputusan.
2. Afektif
 - a. Situasi tidak sesuai dengan kenyataan.
 - b. Afek tumpul.

3. Perilaku dan hubungan sosial
 - a. Hipersensitif
 - b. Hubungan interpersonal dengan orang lain dangkal
 - c. Depresif
 - d. Ragu-ragu
 - e. Mengancam secara verbal
 - f. Aktivitas tidak tepat
 - g. Strotif
 - h. Impulsif
 - i. Curiga
4. Fisik
 - a. Kebersihan kurang
 - b. Muka pucat
 - c. Sering menguap
 - d. Berat badan menurun
 - e. Nafsu makan berkurang dan sulit tidur

DIAGNOSIS

Pohon Masalah



Diagnosis Keperawatan

1. Risiko kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan waham.
2. Perubahan proses pikir: waham berhubungan dengan harga diri rendah.

RENCANA INTERVENSI

Tindakan Keperawatan untuk Pasien

1. Tujuan

- a. Pasien dapat berorientasi kepada realitas secara bertahap.
- b. Pasien dapat memenuhi kebutuhan dasar.
- c. Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan.
- d. Pasien menggunakan obat dengan prinsip lima benar.

2. Tindakan

- a. Bina hubungan saling percaya.
 - 1) Mengucapkan salam terapeutik.
 - 2) Berjabat tangan.
 - 3) Menjelaskan tujuan interaksi.
 - 4) Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien.
- b. Bantu orientasi realitas.
 - 1) Tidak mendukung atau membantah waham pasien.
 - 2) Yakinkan pasien berada dalam keadaan aman.
 - 3) Observasi pengaruh waham terhadap aktivitas sehari-hari.
 - 4) Jika pasien terus-menerus membicarakan wahamnya, dengarkan tanpa memberikan dukungan atau menyangkal sampai pasien berhenti membicarakannya.
 - 5) Berikan pujian bila penampilan dan orientasi pasien sesuai dengan realitas.
- c. Diskusikan kebutuhan psikologis atau emosional yang tidak terpenuhi sehingga menimbulkan kecemasan, rasa takut, dan marah.
 - 1) Tingkatkan aktivitas yang dapat memenuhi kebutuhan fisik dan emosional pasien.
 - 2) Berdiskusi tentang kemampuan positif yang dimiliki.
 - 3) Bantu melakukan kemampuan yang dimiliki.
 - 4) Berdiskusi tentang obat yang diminum.
 - 5) Melatih minum obat yang benar.

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

1. Tujuan

- a. Keluarga mampu mengidentifikasi waham pasien.
- b. Keluarga mampu memfasilitasi pasien untuk memenuhi kebutuhan yang dipenuhi oleh wahamnya.
- c. Keluarga mampu mempertahankan program pengobatan pasien secara optimal.

2. Tindakan

- a. Diskusikan dengan keluarga tentang waham yang dialami pasien.
- b. Diskusikan dengan keluarga tentang hal berikut.
 - 1) Cara merawat pasien waham di rumah.
 - 2) *Follow up* dan keteraturan pengobatan.
 - 3) Lingkungan yang tepat untuk pasien.
- c. Diskusikan dengan keluarga tentang obat pasien (nama obat, dosis, frekuensi, efek samping, akibat penghentian obat).
- d. Diskusikan dengan keluarga kondisi pasien yang memerlukan konsultasi segera.

EVALUASI

1. Pasien mampu melakukan hal berikut.
 - a. Mengungkapkan keyakinannya sesuai dengan kenyataan.
 - b. Berkomunikasi sesuai kenyataan.
 - c. Menggunakan obat dengan benar dan patuh.
2. Keluarga mampu melakukan hal berikut.
 - a. Membantu pasien untuk mengungkapkan keyakinannya sesuai kenyataan.
 - b. Membantu pasien melakukan kegiatan-kegiatan sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan pasien.
 - c. Membantu pasien menggunakan obat dengan benar dan patuh.

LATIHAN

Kasus C

Tn. J (35 tahun) dibawa ke RSJ K setelah dua hari menghilang dari rumah dan ditemukan oleh keluarga di bawah jembatan layang dalam keadaan tidak memakai baju. Saat dilakukan pengkajian, Tn. J mengatakan kalau dia adalah orang bebas yang suci dari dosa. Tn. J banyak berbicara tetapi tidak bisa dipahami isi pembicaraannya, sering berganti topik, dan menjawab tidak sesuai dengan pertanyaan perawat. Menurut keluarga, hal itu terjadi setelah Tn. J dipecat dari tempatnya bekerja satu tahun yang lalu karena dituduh menggelapkan uang proyek di perusahaannya. Setelah itu, Tn. J tidak mau bekerja lagi dan selalu di rumah.

1. Tentukan masalah keperawatan utama dari kasus C!
2. Tuliskan data subjektif dan data objektif untuk menegakkan masalah keperawatan No. 1!
3. Susunlah intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan No. 1!

BACAAN

- Kaplan dan Sadock. 1997. *Sinopsis Psikiatri, Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. Jilid I. Edisi 7*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Keliat, B.A., Akemat, Helena, N.C.D., dan Nurhaeni, H. 2007. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Lab/UPF Kedokteran Jiwa. 1994. *Pedoman Diagnosis dan Terapi*. RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- Maramis, W.F. 2010. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press: Surabaya.
- Stuart dan Laraia. 2005. *Principles dan Praticice of Psychiatric Nursing. 8th Edition*. St.Louis: Mosby.
- Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Suliswati, dkk. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Varcarolis. 2006. *Fundamentalis of Psychiatric Nursing Edisi 5*. St. Louis: Elsevier.

9 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah perubahan persepsi sensori: halusinasi.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan definisi halusinasi.
2. Menjelaskan rentang respons neurobiologi.
3. Menjelaskan intensitas level halusinasi.
4. Menjelaskan klasifikasi halusinasi.
5. Melakukan pengkajian pada pasien dengan perubahan persepsi sensori: halusinasi.
6. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan perubahan persepsi sensori: halusinasi.
7. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan perubahan persepsi sensori: halusinasi.
8. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan perubahan persepsi sensori: halusinasi.

PENGERTIAN HALUSINASI

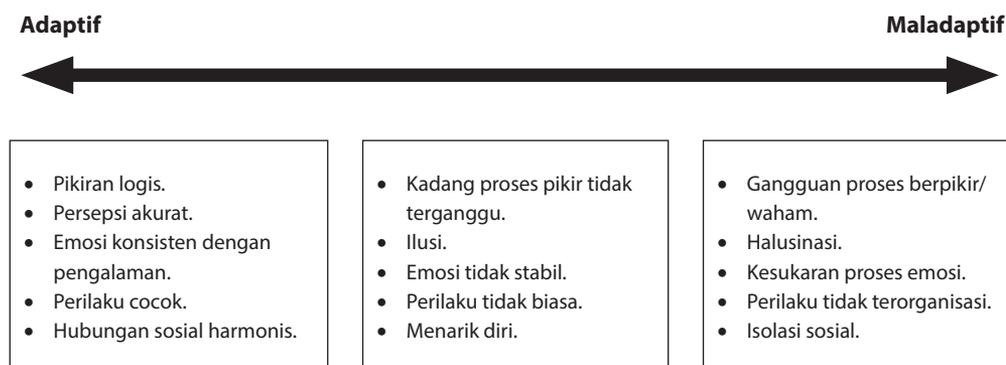
Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada.

Pasien gangguan jiwa mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas. Salah satu manifestasi yang muncul adalah halusinasi yang membuat pasien tidak dapat menjalankan pemenuhan dalam kehidupan sehari-hari.

RENTANG RESPONS NEUROBIOLOGI

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, waham merupakan gangguan pada isi pikiran. Keduanya merupakan gangguan dari respons neurobiologi. Oleh karenanya secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi.

Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Rentang respons yang paling maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi.



GAMBAR 9.1 Rentang Respons Neurologi

INTENSITAS LEVEL HALUSINASI

TABEL 9.1 Karakteristik dan Perilaku Pasien Halusinasi

Level	Karakteristik Halusinasi	Perilaku Pasien
TAHAP I Memberi rasa nyaman. Tingkat ansietas sedang. Secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan.	<ul style="list-style-type: none"> Mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas. Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika kecemasan dikontrol). 	<ul style="list-style-type: none"> Tersenyum/tertawa sendiri. Menggerakkan bibir tanpa suara. Penggerakan mata yang cepat. Respons verbal yang lambat. Diam dan berkonsentrasi.
TAHAP II Menyalahkan. Tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati.	<ul style="list-style-type: none"> Pengalaman sensori menakutkan. Mulai merasa kehilangan kontrol. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut. Menarik diri dari orang lain. 	<ul style="list-style-type: none"> Peningkatan sistem saraf otak, tanda-tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. Rentang perhatian menyempit. Konsentrasi dengan pengalaman sensori. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita.
NON PSIKOTIK		
TAHAP III Mengontrol tingkat kecemasan berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi.	<ul style="list-style-type: none"> Pasien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya. Isi halusinasi menjadi atraktif. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir. 	<ul style="list-style-type: none"> Perintah halusinasi ditaati. Sulit berhubungan dengan orang lain. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit. Gejala fisika ansietas berat berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah.
PSIKOTIK		
TAHAP IV Menguasai tingkat kecemasan panik secara umum diatur dan dipengaruhi oleh waham.	<ul style="list-style-type: none"> Pengalaman sensori menjadi ancaman. Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari (jika tidak diintervensi). 	<ul style="list-style-type: none"> Perilaku panik. Potensial tinggi untuk bunuh diri atau membunuh. Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonia. Tidak mampu berespons terhadap perintah yang kompleks. Tidak mampu berespons terhadap lebih dari satu orang.
PSIKOTIK		

KLASIFIKASI HALUSINASI

TABEL 9.2 Klasifikasi Halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Halusinasi dengar/ suara	<ul style="list-style-type: none"> Bicara atau tertawa sendiri. Marah-marah tanpa sebab. Mengarahkan telinga ke arah tertentu. Menutup telinga. 	<ul style="list-style-type: none"> Mendengar suara-suara atau kegaduhan. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
Halusinasi penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas. 	<ul style="list-style-type: none"> Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu, atau monster.
Halusinasi penciuman	<ul style="list-style-type: none"> Mencium seperti sedang membaui bau-bauan tertentu. Menutup hidung. 	<ul style="list-style-type: none"> Membaui bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi pengecapan	<ul style="list-style-type: none"> Sering meludah Muntah 	<ul style="list-style-type: none"> Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses.
Halusinasi perabaan	<ul style="list-style-type: none"> Menggaruk-garuk permukaan kulit. 	<ul style="list-style-type: none"> Mengatakan ada serangga di permukaan kulit. Merasa seperti tersengat listrik.

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Faktor Predisposisi

1. Faktor perkembangan
Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.
2. Faktor sosial budaya
Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi.
3. Faktor psikologis
Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat terakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.
4. Faktor biologis
Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

5. Faktor genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

Faktor Presipitasi

1. Stresor sosial budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

2. Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, norepineprin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

3. Faktor psikologis

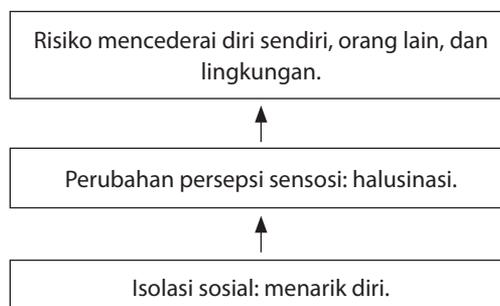
Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

4. Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

DIAGNOSIS

Pohon Masalah



Diagnosis Keperawatan

1. Risiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan berhubungan dengan halusinasi.
2. Perubahan persepsi sensor: halusinasi berhubungan dengan menarik diri.

RENCANA INTERVENSI

Tindakan Keperawatan untuk Pasien

1. Tujuan tindakan untuk pasien meliputi hal berikut.
 - a. Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya.
 - b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya.
 - c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal.
2. Tindakan keperawatan
 - a. Membantu pasien mengenali halusinasi dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respons pasien saat halusinasi muncul.
 - b. Melatih pasien mengontrol halusinasi. Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi, Anda dapat melatih pasien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi, yaitu sebagai berikut.
 - 1) Menghardik halusinasi.
 - 2) Bercakap-cakap dengan orang lain.
 - 3) Melakukan aktivitas yang terjadwal.
 - 4) Menggunakan obat secara teratur.

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

1. Tujuan
 - a. Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah sakit maupun di rumah.
 - b. Keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.
2. Tindakan keperawatan
 - a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
 - b. Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, serta cara merawat pasien halusinasi.
 - c. Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien.
 - d. Buat perencanaan pulang dengan keluarga.

EVALUASI

Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah Anda lakukan untuk pasien halusinasi adalah sebagai berikut.

1. Pasien mempercayai kepada perawat.
2. Pasien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada objeknya dan merupakan masalah yang harus diatasi.
3. Pasien dapat mengontrol halusinasi.
4. Keluarga mampu merawat pasien di rumah, ditandai dengan hal berikut.
 - a. Keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang dialami oleh pasien.
 - b. Keluarga mampu menjelaskan cara merawat pasien di rumah.
 - c. Keluarga mampu memperagakan cara bersikap terhadap pasien.
 - d. Keluarga mampu menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien.
 - e. Keluarga melaporkan keberhasilannya merawat pasien.

LATIHAN

Kasus D

Tn. S (45 tahun) dirawat di RSJ M setelah setiap malam di rumah berteriak-teriak tanpa sebab di kamarnya. Saat dikaji oleh perawat, Tn. S menceritakan bahwa saat mulai tertidur tiba-tiba muncul suara menakutkan di belakang telinga yang mengatakan, “*Kamu adalah pembunuh, sebentar lagi juga akan dibunuh*”. Suara itu terus berulang sampai pagi. Hal ini terjadi setelah kejadian kecelakaan yang menimpa Tn. S dan anaknya yang menyebabkan anaknya meninggal dunia.

1. Tentukan masalah keperawatan utama dari kasus D!
2. Tuliskan data subjektif dan data objektif untuk menegakkan masalah keperawatan No. 1!
3. Susunlah intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan No. 1!

BACAAN

Keliat, B.A., Akemat, Helena, N.C.D., dan Nurhaeni, H. 2007. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.

Lab/UPF Kedokteran Jiwa. 1994. *Pedoman Diagnosis dan Terapi*. RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Maramis, W.F. 2010. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press: Surabaya.

Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition*. St.Louis: Mosby.

Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.

Suliswati, dkk. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Varcarolis. 2006. *Fundamentalis of Psychiatric Nursing Edisi 5*. St.Louis: Elsevier.

10 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan definisi marah.
2. Menjelaskan rentang respons marah.
3. Menjelaskan proses terjadinya marah.
4. Melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan.
5. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
6. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
 - a. Risiko perilaku kekerasan.
 - b. Teknik manajemen krisis.
7. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

PENGERTIAN PERILAKU KEKERASAN

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genteng, dan semua yang ada di lingkungan. Pasien yang dibawa ke rumah sakit jiwa sebagian besar akibat melakukan kekerasan di rumah. Perawat harus jeli dalam melakukan pengkajian untuk menggali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan selama di rumah.

Perilaku kekerasan merupakan bagian dari rentang respons marah yang paling maladaptif, yaitu amuk. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman. (Stuart dan Sundeen, 1991). Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Keliat, 1991).

RENTANG RESPONS MARAH



GAMBAR 10.1 Rentang Respons Marah

Keterangan:

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat.

Pasif : Respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol.

TABEL 10.1 Perbandingan perilaku pasif, asertif, dan agresif

Karakteristik	Pasif	Asertif	Amuk
Nada bicara	<ul style="list-style-type: none"> Negatif Menghina diri Dapatkah saya lakukan? Dapatkah ia lakukan? 	<ul style="list-style-type: none"> Positif Menghargai diri sendiri Saya dapat/akan lakukan 	<ul style="list-style-type: none"> Berlebihan Menghina orang lain Anda selalu/tidak pernah?

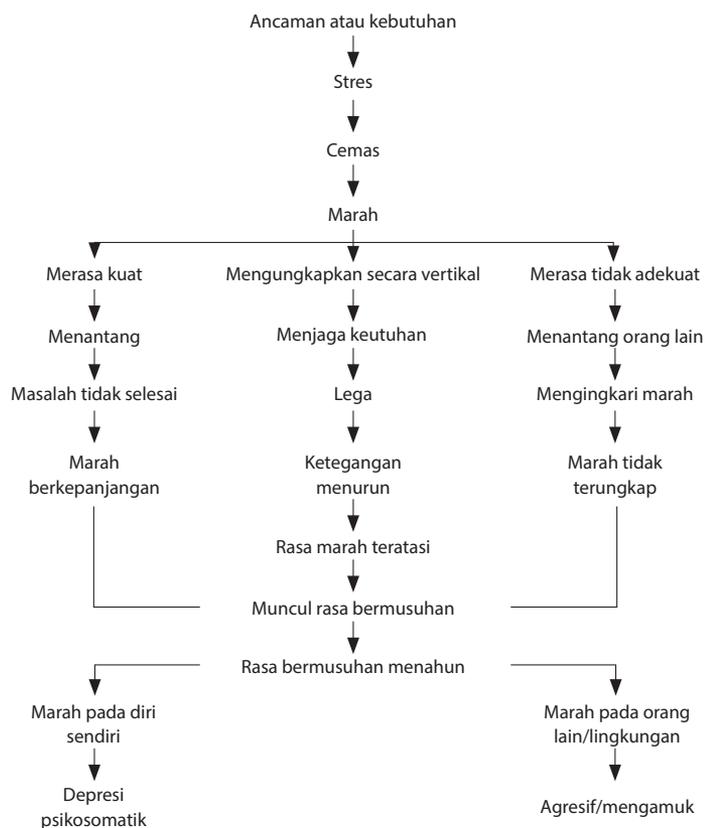
Karakteristik	Pasif	Asertif	Amuk
Nada suara	<ul style="list-style-type: none"> • Diam • Lemah • Merengek 	<ul style="list-style-type: none"> • Diatur 	<ul style="list-style-type: none"> • Tinggi • Menuntut
Sikap tubuh	<ul style="list-style-type: none"> • Melorot • Menundukan kepala 	<ul style="list-style-type: none"> • Tegak • Relaks 	<ul style="list-style-type: none"> • Tegang • Bersandar ke depan
Personal Space	<ul style="list-style-type: none"> • Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjaga jarak yang menyenangkan • Mempertahankan hak tempat/teritorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Memiliki teritorial orang lain
Gerakan	<ul style="list-style-type: none"> • Minimal • Lemah • Resah 	<ul style="list-style-type: none"> • Memperlihatkan gerakan yang sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengancam, ekspansi gerakan
Kontak mata	<ul style="list-style-type: none"> • Sedikit/tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> • Sekali-sekali (intermiten) sesuai dengan kebutuhan interaksi 	<ul style="list-style-type: none"> • Melotot

GEJALA ATAU TANDA MARAH (PERILAKU)

1. Emosi
 - a. Tidak adekuat
 - b. Tidak aman
 - c. Rasa terganggu
 - d. Marah (dendam)
 - e. Jengkel
2. Intelektual
 - a. Mendominasi
 - b. Bawel
 - c. Sarkasme
 - d. Berdebat
 - e. Meremehkan
3. Fisik
 - a. Muka merah
 - b. Pandangan tajam
 - c. Napas pendek
 - d. Keringat
 - e. Sakit fisik
 - f. Penyalahgunaan zat
 - g. Tekanan darah meningkat

4. Spiritual
 - a. Kemahakuasaan
 - b. Kebijakan/kebenaran diri
 - c. Keraguan
 - d. Tidak bermoral
 - e. Kebejatan
 - f. Kreativitas terlambat
5. Sosial
 - a. Menarik diri
 - b. Pengasingan
 - c. Penolakan
 - d. Kekerasan
 - e. Ejekan
 - f. Humor

PROSES TERJADINYA MARAH



GAMBAR 10.2 Konsep Marah (Beck, Rawlins, Williams, 1986: 447 dikutip oleh Keliat dan Sinaga, 1991:8)

PROSES TERJADINYA AMUK

Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Keliat, 1991). Amuk adalah respons marah terhadap adanya stres, rasa cemas, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, dan ketidakberdayaan.

Respons marah dapat diekspresikan secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif. Respons marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu (1) mengungkapkan secara verbal, (2) menekan, dan (3) menantang.

Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada individu. Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku agresif dan menantang, biasanya dilakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku yang destruktif dan amuk.

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Faktor Predisposisi

1. Psikoanalisis
Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif adalah merupakan hasil dari dorongan insting (*instinctual drives*).
2. Psikologis
Berdasarkan teori frustrasi-agresif, agresivitas timbul sebagai hasil dari peningkatan frustrasi. Tujuan yang tidak tercapai dapat menyebabkan frustrasi berkepanjangan.
3. Biologis
Bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas sebagai berikut.
 - a. Sistem limbik
Merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seperti makan, agresif, dan respons seksual. Selain itu, mengatur sistem informasi dan memori.
 - b. Lobus temporal
Organ yang berfungsi sebagai penyimpan memori dan melakukan interpretasi pendengaran.
 - c. Lobus frontal
Organ yang berfungsi sebagai bagian pemikiran yang logis, serta pengelolaan emosi dan alasan berpikir.
 - d. Neurotransmitter
Beberapa neurotransmitter yang berdampak pada agresivitas adalah serotonin (5-HT), Dopamin, Norepineprin, Acetylcholine, dan GABA.

4. Perilaku (*behavioral*)
 - a. Kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam berespons positif terhadap frustrasi.
 - b. Penekanan emosi berlebihan (*over rejection*) pada anak-anak atau godaan (*seduction*) orang tua memengaruhi kepercayaan (*trust*) dan percaya diri (*self esteem*) individu.
 - c. Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak (*child abuse*) atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai coping.

Teori belajar sosial mengatakan bahwa perilaku kekerasan adalah hasil belajar dari proses sosialisasi dari internal dan eksternal, yakni sebagai berikut.

- a. Internal : penguatan yang diterima ketika melakukan kekerasan.
- b. Eksternal : observasi panutan (*role model*), seperti orang tua, kelompok, saudara, figur olahragawan atau artis, serta media elektronik (berita kekerasan, perang, olahraga keras).

5. Sosial kultural

a. Norma

Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi. Kadang kontrol sosial yang sangat ketat (*strict*) dapat menghambat ekspresi marah yang sehat dan menyebabkan individu memilih cara yang maladaptif lainnya.

- b. Budaya asertif di masyarakat membantu individu untuk berespons terhadap marah yang sehat.

Faktor sosial yang dapat menyebabkan timbulnya agresivitas atau perilaku kekerasan yang maladaptif antara lain sebagai berikut.

- a. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan hidup.
- b. Status dalam perkawinan.
- c. Hasil dari orang tua tunggal (*single parent*).
- d. Pengangguran.
- e. Ketidakmampuan mempertahankan hubungan interpersonal dan struktur keluarga dalam sosial kultural.

Faktor Presipitasi

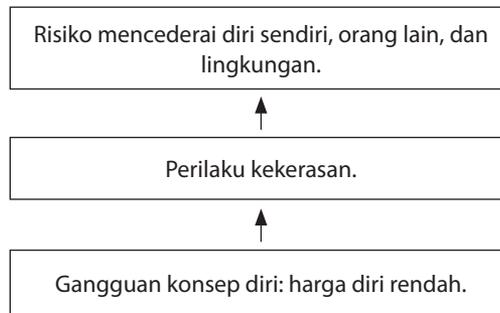
Semua faktor ancaman antara lain sebagai berikut.

1. Internal
 - a. Kelemahan.
 - b. Rasa percaya menurun.

- c. Takut sakit.
 - d. Hilang kontrol.
2. Eksternal
- a. Penganiayaan fisik.
 - b. Kehilangan orang yang dicintai.
 - c. Kritik.

Diagnosis

Pohon Masalah



Diagnosis Keperawatan

1. Risiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan.
2. Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah.

RENCANA INTERVENSI

Risiko Perilaku Kekerasan

Tindakan Keperawatan untuk Pasien

1. Tujuan
 - a. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
 - b. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
 - c. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.
 - d. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.
 - e. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya.
 - f. Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmaka.

2. Tindakan

- a. Bina hubungan saling percaya.
 - 1) Mengucapkan salam terapeutik.
 - 2) Berjabat tangan.
 - 3) Menjelaskan tujuan interaksi.
 - 4) Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien.
- b. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu.
- c. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan.
 - 1) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik.
 - 2) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis.
 - 3) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial.
 - 4) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual.
 - 5) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual.
- d. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara:
 - 1) verbal,
 - 2) terhadap orang lain,
 - 3) terhadap diri sendiri,
 - 4) terhadap lingkungan.
- e. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya.
- f. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara:
 - 1) fisik, misalnya pukul kasur dan batal, tarik napas dalam;
 - 2) obat;
 - 3) sosial/verbal, misalnya menyatakan secara asertif rasa marahnya;
 - 4) spiritual, misalnya sholat atau berdoa sesuai keyakinan pasien.
- g. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, yaitu latihan napas dalam dan pukul kasur/bantal, secara sosial/verbal, secara spiritual, dan patuh minum obat.
- h. Ikut sertakan pasien dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi mengontrol perilaku kekerasan.

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

1. Tujuan

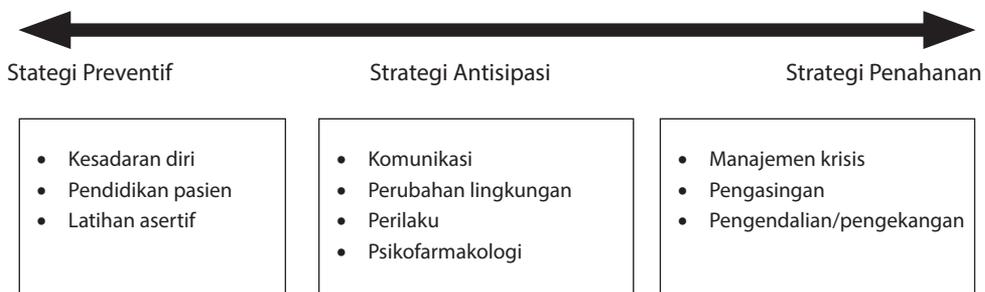
Keluarga dapat merawat pasien di rumah.

2. Tindakan

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- b. Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, serta perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut).
- c. Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain.

- d. Latih keluarga merawat pasien dengan perilaku kekerasan.
 - 1) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat.
 - 2) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat.
 - 3) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan.
- e. Buat perencanaan pulang bersama keluarga.

Strategi Penahanan



GAMBAR 10.3 Rangkaian Intervensi Keperawatan dalam Manajemen Perilaku Kekerasan

Manajemen Krisis

1. Identifikasi pemimpin tim krisis.
2. Susun atau kumpulkan tim krisis.
3. Beritahu petugas keamanan yang diperlukan.
4. Pindahkan semua pasien dari area tersebut.
5. Siapkan atau dapatkan alat pengekang (*restraints*).
6. Susun strategi dan beritahu anggota lain.
7. Tugas penanganan pasien secara fisik.
8. Jelaskan semua tindakan pada pasien, “*Kami harus mengontrol Tono, karena perilaku Tono berbahaya pada Tono dan orang lain. Jika Tono sudah dapat mengontrol perilakunya, kami akan lepaskan*”.
9. Ikat/kekang pasien sesuai instruksi pemimpin (posisi yang nyaman).
10. Berikan obat psikofarmaka sesuai instruksi.
11. Jaga tetap kalem dan konsisten.
12. Evaluasi tindakan dengan tim.
13. Jelaskan kejadian pada pasien lain dan staf seperlunya.
14. Secara bertahap integrasikan pasien pada lingkungan.

Pengasingan

Pengasingan dilakukan untuk memisahkan pasien dari orang lain di tempat yang aman dan cocok untuk tindakan keperawatan. Tujuannya adalah melindungi pasien, orang lain, dan staf dari bahaya. Hal ini legal jika dilakukan secara terapeutik dan etis. Prinsip pengasingan antara lain sebagai berikut (Stuart dan Sundeen, 1995: 738).

1. Pembatasan gerak
 - a. Aman dari mencederai diri.
 - b. Lingkungan aman dari perilaku pasien.
2. Isolasi
 - a. Pasien butuh untuk jauh dari orang lain, contohnya paranoid.
 - b. Area terbatas untuk adaptasi, ditingkatkan secara bertahap.
3. Pembatasan input sensoris
Ruang yang sepi akan mengurangi stimulus.

Pengekangan

Tujuan dari pengekangan adalah mengurangi gerakan fisik pasien, serta melindungi pasien dan orang lain dari cedera. Indikasi antara lain sebagai berikut.

1. Ketidakmampuan mengontrol perilaku.
2. Perilaku tidak dapat dikontrol oleh obat atau teknik psikososial.
3. Hiperaktif dan agitasi.

Prosedur pelaksanaan pengekangan adalah sebagai berikut.

1. Jelaskan pada pasien alasan pengekangan.
2. Lakukan dengan hati-hati dan tidak melukai.
3. Ada perawat yang ditugaskan untuk mengontrol tanda vital, sirkulasi, dan membuka ikatan untuk latihan gerak.
4. Penuhi kebutuhan fisik, yaitu makan, minum, eliminasi, dan perawatan diri.
5. Selengkapnya baca Stuart dan Sundeen (1995: 739) dan pedoman pengikatan.

EVALUASI

1. Pada pasien
 - a. Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, serta akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
 - b. Pasien mampu menggunakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi:
 - 1) secara fisik,
 - 2) secara sosial/verbal,

- 3) secara spiritual,
 - 4) terapi psikofarmaka.
2. Pada keluarga
- a. Keluarga mampu mencegah terjadinya perilaku kekerasan.
 - b. Keluarga mampu menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien.
 - c. Keluarga mampu memotivasi pasien dalam melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan.
 - d. Keluarga mampu mengidentifikasi perilaku pasien yang harus dilaporkan pada perawat.

LATIHAN

Kasus E

Nn. K (27 tahun) dibawa ke RSJ K setelah di rumah melempari rumah tetangga dengan batu. Nn. K mengatakan bahwa dia tersinggung dengan tetangganya itu karena selalu menghina ibunya yang janda dan miskin saat acara pernikahan adiknya. Saat dikaji, Nn. K tampak emosi, tangannya menegang, dan tidak mau terlalu dekat dengan perawat. Beberapa saat tampak berdiam diri lalu tiba-tiba bangkit dan mengebrak pintu kamar.

1. Tentukan masalah keperawatan utama dari kasus E!
2. Tuliskan data subjektif dan data objektif untuk menegakkan masalah keperawatan No. 1!
3. Susunlah intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan No. 1!

BACAAN

- Keliat, B.A., Akemat, Helena, N.C.D., dan Nurhaeni, H. 2007. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Lab/UPF Kedokteran Jiwa. 1994. *Pedoman Diagnosis dan Terapi*. RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- Maramis, W.F. 2010. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press: Surabaya.
- Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition*. St.Louis: Mosby.
- Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Suliswati, dkk. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Varcarolis. 2006. *Fundamental of Psychiatric Nursing Edisi 5*. St. Louis: Elsevier.

11 Asuhan Keperawatan Pasien dengan Risiko Bunuh Diri

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah risiko bunuh diri.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

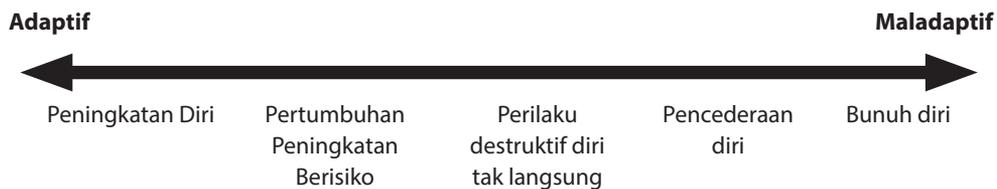
1. Menjelaskan definisi bunuh diri.
2. Menjelaskan rentang respons protektif diri.
3. Menjelaskan proses terjadinya perilaku bunuh diri.
4. Menjelaskan klasifikasi perilaku bunuh diri.
5. Melakukan pengkajian pada pasien yang berisiko bunuh diri.
6. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan risiko bunuh diri.
7. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan risiko bunuh diri.
 - a. Pasien yang mengancam dan mencoba bunuh diri.
 - b. Pasien yang menunjukkan isyarat bunuh diri.
8. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan risiko bunuh diri.

PENGERTIAN BUNUH DIRI

Bunuh diri merupakan tindakan agresif yang merusak diri sendiri dan dapat mengakhiri kehidupan (Wilson dan Kneisl, 1988). Bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri karena pasien berada dalam keadaan stres yang tinggi dan menggunakan coping yang maladaptif. Situasi gawat pada bunuh diri adalah saat ide bunuh diri timbul secara berulang tanpa rencana yang spesifik atau percobaan bunuh diri atau rencana yang spesifik untuk bunuh diri. Oleh karena itu, diperlukan pengetahuan dan keterampilan perawat yang tinggi dalam merawat pasien dengan tingkah laku bunuh diri, agar pasien tidak melakukan tindakan bunuh diri.

Menurut Stuart dan Sundeen (1995), faktor penyebab bunuh diri adalah perceraian, pengangguran, dan isolasi sosial. Sementara menurut Tishler (1981) (dikutip oleh Leahey dan Wright, 1987) melalui penelitiannya menyebutkan bahwa motivasi remaja melakukan percobaan bunuh diri, yaitu 51% masalah dengan orang tua, 30% masalah dengan lawan jenis, 30% masalah sekolah, dan 16% masalah dengan saudara.

RENTANG RESPONS PROTEKTIF DIRI

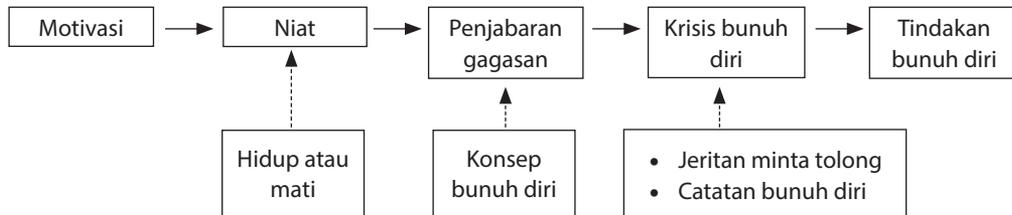


GAMBAR 11.1 Rentang Respons Protektif Diri

Keterangan

1. Peningkatan diri yaitu seorang individu yang mempunyai pengharapan, yakin, dan kesadaran diri meningkat.
2. Pertumbuhan-peningkatan berisiko, yaitu merupakan posisi pada rentang yang masih normal dialami individu yang mengalami perkembangan perilaku.
3. Perilaku destruktif diri tak langsung, yaitu setiap aktivitas yang merusak kesejahteraan fisik individu dan dapat mengarah kepada kematian, seperti perilaku merusak, mengebut, berjudi, tindakan kriminal, terlibat dalam rekreasi yang berisiko tinggi, penyalahgunaan zat, perilaku yang menyimpang secara sosial, dan perilaku yang menimbulkan stres.
4. Pencederaan diri, yaitu suatu tindakan yang membahayakan diri sendiri yang dilakukan dengan sengaja. Pencederaan dilakukan terhadap diri sendiri, tanpa bantuan orang lain, dan cedera tersebut cukup parah untuk melukai tubuh. Bentuk umum perilaku pencederaan diri termasuk melukai dan membakar kulit, membenturkan kepala atau anggota tubuh, melukai tubuhnya sedikit demi sedikit, dan menggigit jari.
5. Bunuh diri, yaitu tindakan agresif yang langsung terhadap diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan.

PROSES TERJADINYA PERILAKU BUNUH DIRI



GAMBAR 11.2 Psikodinamika Upaya Percobaan Bunuh Diri

Setiap upaya percobaan bunuh diri selalu diawali dengan adanya motivasi untuk bunuh diri dengan berbagai alasan, berniat melaksanakan bunuh diri, mengembangkan gagasan sampai akhirnya melakukan bunuh diri. Oleh karena itu, adanya percobaan bunuh diri merupakan masalah keperawatan yang harus mendapatkan perhatian serius. Sekali pasien berhasil mencoba bunuh diri, maka selesai riwayat pasien. Untuk itu, perlu diperhatikan beberapa mitos (pendapat yang salah) tentang bunuh diri.

MITOS TENTANG BUNUH DIRI

1. Mitos: Ancaman bunuh diri hanya cara individu untuk menarik perhatian dan tidak perlu dianggap serius.
Fakta: Semua perilaku bunuh diri harus dianggap serius.
2. Mitos: Bunuh diri tidak memberi tanda.
Fakta: Delapan dari 10 individu memberi tanda secara verbal atau perilaku sebelum melakukan percobaan bunuh diri.
3. Mitos: Berbahaya membicarakan pikiran bunuh diri pada pasien.
Fakta: Hal yang paling penting dalam perencanaan keperawatan adalah pengkajian yang akurat tentang rencana bunuh diri pasien.
4. Mitos: Kecenderungan bunuh diri adalah keturunan.
Fakta: Tidak ada data dan hasil riset yang menyokong pendapat ini karena pola perilaku bunuh diri bersifat individual.

KLASIFIKASI BUNUH DIRI

Jenis Bunuh Diri

1. Bunuh diri egoistik
Akibat seseorang yang mempunyai hubungan sosial yang buruk.

2. Bunuh diri altruistik
Akibat kepatuhan pada adat dan kebiasaan.
3. Bunuh diri anomik
Akibat lingkungan tidak dapat memberikan kenyamanan bagi individu.

Pengelompokan Bunuh Diri

1. Isyarat bunuh diri
Isyarat bunuh diri ditunjukkan dengan berperilaku secara tidak langsung ingin bunuh diri, misalnya dengan mengatakan “Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh!” atau “Segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya.” Pada kondisi ini pasien mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, tetapi tidak disertai dengan ancaman dan percobaan bunuh diri. Pasien umumnya mengungkapkan perasaan seperti rasa bersalah/sedih/marah/putus asa/tidak berdaya. Pasien juga mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah.
2. Ancaman bunuh diri
Ancaman bunuh diri umumnya diucapkan oleh pasien, yang berisi keinginan untuk mati disertai dengan rencana untuk mengakhiri kehidupan dan persiapan alat untuk melaksanakan rencana tersebut. Secara aktif pasien telah memikirkan rencana bunuh diri, tetapi tidak disertai dengan percobaan bunuh diri. Walaupun dalam kondisi ini pasien belum pernah mencoba bunuh diri, pengawasan ketat harus dilakukan. Kesempatan sedikit saja dapat dimanfaatkan pasien untuk melaksanakan rencana bunuh dirinya.
3. Percobaan bunuh diri
Percobaan bunuh diri adalah tindakan pasien mencederai atau melukai diri untuk mengakhiri kehidupannya. Pada kondisi ini, pasien aktif mencoba bunuh diri dengan cara gantung diri, minum racun, memotong urat nadi, atau menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi.

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Pengkajian tingkah laku bunuh diri termasuk aplikasi observasi melekat dan keterampilan mendengar untuk mendeteksi tanda spesifik dan rencana spesifik. Perawat harus mengkaji tingkat risiko bunuh diri, faktor predisposisi, presipitasi, mekanisme koping, dan sumber koping pasien. Beberapa kriteria untuk menilai tingkat risiko bunuh diri seperti pada tabel berikut.

Faktor Risiko

- Menurut Hatton, Valente, dan Rink, 1977 (dikutip oleh Shiver, 1986)

TABEL 11.1 Faktor Risiko Bunuh Diri Menurut Hatton, Valente, dan Rink

No.	Perilaku/ Gejala	Intensitas Risiko		
		Rendah	Sedang	Berat
1	Cemas	Rendah	Sedang	Tinggi atau panik
2	Depresi	Rendah	Sedang	Berat
3	Isolasi/menarik diri	Perasaan depresi yang samar, tidak menarik diri.	Perasaan tidak berdaya, putus asa, menarik diri.	Tidak berdaya, putus asa, menarik diri, protes pada diri sendiri.
4	Fungsi sehari-hari	Umumnya baik pada semua aktivitas.	Baik pada beberapa aktivitas.	Tidak baik pada semua aktivitas.
5	Sumber-sumber	Beberapa	Sedikit	Kurang
6	Strategi koping	Umumnya konstruktif.	Sebagian konstruktif.	Sebagian besar destruktif.
7	Orang penting/dekat	Beberapa	Sedikit atau hanya satu	-
8	Pelayanan psikiater yang lalu	Tidak, sikap positif.	Ya, umumnya memuaskan.	Bersikap negatif terhadap pertolongan.
9	Pola hidup	Stabil	Sedang (stabil–tidak stabil)	Tidak stabil
10	Pemakai alkohol dan obat	Tidak sering	Sering	Terus-menerus
11	Percobaan bunuh diri sebelumnya	Tidak atau yang tidak fatal.	Dari tidak sampai dengan cara yang agak fatal.	Dari tidak sampai berbagai cara yang fatal.
12	Disorientasi dan disorganisasi	Tidak ada	Beberapa	Jelas atau ada
13	Bermusuhan	Tidak atau sedikit	Beberapa	Jelas atau ada
14	Rencana bunuh diri	Samar, kadang-kadang ada pikiran, tidak ada rencana.	Sering dipikirkan, kadang-kadang ada ide untuk merencanakan.	Sering dan konstan dipikirkan dengan rencana yang spesifik.

- Menurut SIRS (*Suicidal Intention Rating Scale*)

Skor 0 : Tidak ada ide bunuh diri yang lalu dan sekarang.

Skor 1 : Ada ide bunuh diri, tidak ada percobaan bunuh diri, tidak mengancam bunuh diri.

Skor 2 : Memikirkan bunuh diri dengan aktif, tidak ada percobaan bunuh diri.

Skor 3 : Mengancam bunuh diri, misalnya, “Tinggalkan saya sendiri atau saya bunuh diri”.

Skor 4 : Aktif mencoba bunuh diri.

3. Menurut Stuart dan Sundeen (1987)

TABEL 11.2 Faktor Risiko Bunuh Diri Menurut Stuart dan Sundeen

Faktor	Risiko Tinggi	Risiko Rendah
Umur	> 45 tahun dan remaja	25–45 tahun atau < 12 tahun
Jenis kelamin	Laki-laki	Perempuan
Status perkawinan	Cerai, pisah, janda/duda	Kawin
Jabatan	Profesional	Pekerja kasar
Pekerjaan	Pengangguran	Pekerja
Penyakit kronis	Kronik, terminal	Tidak ada yang serius
Gangguan mental	Depresi, halusinasi	Gangguan kepribadian

Faktor Perilaku

1. Ketidapatuhan

Ketidapatuhan biasanya dikaitkan dengan program pengobatan yang dilakukan (pemberian obat). Pasien dengan keinginan bunuh diri memilih untuk tidak memperhatikan dirinya.

2. Pencederaan diri

Cedera diri adalah sebagai suatu tindakan membahayakan diri sendiri yang dilakukan dengan sengaja. Pencederaan diri dilakukan terhadap diri sendiri, tanpa bantuan orang lain, dan cedera tersebut cukup parah untuk melukai tubuh.

3. Perilaku bunuh diri

Biasanya dibagi menjadi tiga kategori, yaitu sebagai berikut.

- a. Ancaman bunuh diri, yaitu peringatan verbal dan nonverbal bahwa orang tersebut mempertimbangkan untuk bunuh diri. Orang tersebut mungkin menunjukkan secara verbal bahwa ia tidak akan berada di sekitar kita lebih lama lagi atau mungkin juga mengomunikasikan secara nonverbal melalui pemberian hadiah, merevisi wasiatnya, dan sebagainya.
- b. Upaya bunuh diri, yaitu semua tindakan yang diarahkan pada diri sendiri yang dilakukan oleh individu yang dapat mengarahkan pada kematian jika tidak dicegah.
- c. Bunuh diri mungkin terjadi setelah tanda peringatan terlewatkan atau terabaikan. Orang yang melakukan upaya bunuh diri dan yang tidak benar-benar ingin mati mungkin akan mati jika tanda-tanda tersebut tidak diketahui tepat pada waktunya.

Faktor Lain

Faktor lain yang perlu diperhatikan dalam pengkajian pasien destruktif diri (bunuh diri) adalah sebagai berikut (Stuart dan Sundeen, 1995).

1. Pengkajian lingkungan upaya bunuh diri.
 - a. Presipitasi peristiwa kehidupan yang menghina/menyakitkan.
 - b. Tindakan persiapan/metode yang dibutuhkan, mengatur rencana, membicarakan tentang bunuh diri, memberikan barang berharga sebagai hadiah, catatan untuk bunuh diri.
 - c. Penggunaan cara kekerasan atau obat/racun yang lebih mematikan.
 - d. Pemahaman letalitas dari metode yang dipilih.
 - e. Kewaspadaan yang dilakukan agar tidak diketahui.
2. Petunjuk gejala
 - a. Keputusanasaan.
 - b. Celaan terhadap diri sendiri, perasaan gagal, dan tidak berharga.
 - c. Alam perasaan depresi.
 - d. Agitasi dan gelisah.
 - e. Insomnia yang menetap.
 - f. Penurunan berat badan.
 - g. Berbicara lamban, keletihan, menarik diri dari lingkungan sosial.
3. Penyakit psikiatrik
 - a. Upaya bunuh diri sebelumnya.
 - b. Kelainan afektif.
 - c. Alkoholisme dan atau penyalahgunaan obat.
 - d. Kelainan tindakan dan depresi pada remaja.
 - e. Demensia dini dan status kekacauan mental pada lansia.
 - f. Kombinasi dari kondisi di atas.
4. Riwayat psikososial
 - a. Baru berpisah, bercerai, atau kehilangan.
 - b. Hidup sendiri.
 - c. Tidak bekerja, perubahan, atau kehilangan pekerjaan yang baru dialami.
 - d. Stres kehidupan ganda (pindah, kehilangan, putus hubungan yang berarti, masalah sekolah, ancaman terhadap krisis disiplin).
 - e. Penyakit medis kronis.
 - f. Minum yang berlebihan dan penyalahgunaan zat.
5. Faktor-faktor kepribadian
 - a. Impulsif, agresif, rasa bermusuhan.
 - b. Kekakuan kognitif dan negatif.
 - c. Keputusanasaan.
 - d. Harga diri rendah.
 - e. Batasan atau gangguan kepribadian antisosial.
6. Riwayat keluarga
 - a. Riwayat keluarga berperilaku bunuh diri.
 - b. Riwayat keluarga gangguan afektif, alkoholisme, atau keduanya.

Faktor Predisposisi

Mengapa individu terdorong untuk melakukan bunuh diri? Banyak pendapat tentang penyebab dan atau alasan termasuk hal-hal berikut.

1. Kegagalan atau adaptasi, sehingga tidak dapat menghadapi stres.
2. Perasaan terisolasi dapat terjadi karena kehilangan hubungan interpersonal atau gagal melakukan hubungan yang berarti.
3. Perasaan marah atau bermusuhan. Bunuh diri dapat merupakan hukuman pada diri sendiri.
4. Cara untuk mengakhiri keputusan.
5. Tangisan minta tolong.

Lima domain faktor risiko menunjang pada pemahaman perilaku destruktif diri sepanjang siklus kehidupan, yaitu sebagai berikut.

1. **Diagnosis psikiatri**
Lebih dari 90% orang dewasa yang mengakhiri hidupnya dengan bunuh diri mempunyai hubungan dengan penyakit jiwa. Tiga gangguan jiwa yang dapat membuat individu berisiko untuk bunuh diri yaitu gangguan afektif, skizofrenia, dan penyalahgunaan zat.
2. **Sifat kepribadian**
Tiga aspek kepribadian yang berkaitan erat dengan besarnya risiko bunuh diri adalah rasa bermusuhan, impulsif, dan depresi.
3. **Lingkungan psikososial**
Baru mengalami kehilangan, perpisahan atau perceraian, kehilangan yang dini, dan berkurangnya dukungan sosial merupakan faktor penting yang berhubungan dengan bunuh diri.
4. **Riwayat keluarga**
Riwayat keluarga yang pernah melakukan bunuh diri merupakan faktor risiko penting untuk perilaku destruktif.
5. **Faktor biokimia**
Data menunjukkan bahwa secara serotonergik, opiatergik, dan dopaminergik menjadi media proses yang dapat menimbulkan perilaku merusak diri.

Faktor penyebab tambahan terjadinya bunuh diri antara lain sebagai berikut (Cook dan Fontaine, 1987).

1. **Penyebab bunuh diri pada anak**
 - a. Pelarian dari penganiayaan dan pemerkosaan.
 - b. Situasi keluarga yang kacau.
 - c. Perasaan tidak disayangi atau selalu dikritik.

- d. Gagal sekolah.
 - e. Takut atau dihina di sekolah.
 - f. Kehilangan orang yang dicintai.
 - g. Dihukum orang lain.
2. Penyebab bunuh diri pada remaja.
 - a. Hubungan interpersonal yang tidak bermakna.
 - b. Sulit mempertahankan hubungan interpersonal.
 - c. Pelarian dari penganiayaan fisik atau pemerkosaan.
 - d. Perasaan tidak dimengerti orang lain.
 - e. Kehilangan orang yang dicintai.
 - f. Keadaan fisik.
 - g. Masalah dengan orang tua.
 - h. Masalah seksual.
 - i. Depresi.
 3. Penyebab bunuh diri pada mahasiswa.
 - a. *Self ideal* terlalu tinggi.
 - b. Cemas akan tugas akademik yang terlalu banyak.
 - c. Kegagalan akademik berarti kehilangan penghargaan dan kasih sayang orang tua.
 - d. Kompetisi untuk sukses.
 4. Penyebab bunuh diri pada usia lanjut.
 - a. Perubahan status dari mandiri ke ketergantungan.
 - b. Penyakit yang menurunkan kemampuan berfungsi.
 - c. Perasaan tidak berarti di masyarakat.
 - d. Kesepian dan isolasi sosial.
 - e. Kehilangan ganda, seperti pekerjaan, kesehatan, pasangan.
 - f. Sumber hidup bergantung.

Faktor Presipitasi

1. Psikososial dan klinik
 - a. Keputusan
 - b. Ras kulit putih
 - c. Jenis kelamin laki-laki
 - d. Usia lebih tua
 - e. Hidup sendiri
2. Riwayat
 - a. Pernah mencoba bunuh diri.
 - b. Riwayat keluarga tentang percobaan bunuh diri.
 - c. Riwayat keluarga tentang penyalahgunaan zat.

3. Diagnostis
 - a. Penyakit medis umum
 - b. Psikosis
 - c. Penyalahgunaan zat

Sumber Koping

Tingkah laku bunuh diri biasanya berhubungan dengan faktor sosial dan kultural. Durkheim membuat urutan tentang tingkah laku bunuh diri. Ada tiga subkategori bunuh diri berdasarkan motivasi seseorang, yaitu sebagai berikut.

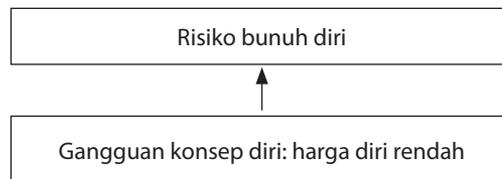
1. Bunuh diri egoistik
Akibat seseorang yang mempunyai hubungan sosial yang buruk.
2. Bunuh diri altruistik
Akibat kepatuhan pada adat dan kebiasaan.
3. Bunuh diri anomik
Akibat lingkungan tidak dapat memberikan kenyamanan bagi individu.

Mekanisme Koping

Mekanisme pertahanan ego yang berhubungan dengan perilaku pengerusakan diri tak langsung adalah pengingkaran (*denial*). Sementara, mekanisme koping yang paling menonjol adalah rasionalisasi, intelektualisasi, dan regresi.

DIAGNOSIS

Pohon Masalah



Diagnosis

1. Risiko bunuh diri berhubungan dengan harga diri rendah.

RENCANA INTERVENSI

Ancaman/percobaan bunuh diri dengan diagnosis keperawatan risiko bunuh diri.

Tindakan Keperawatan untuk Pasien

1. Tujuan

Pasien tetap aman dan selamat.

2. Tindakan

Untuk melindungi pasien yang mengancam atau mencoba bunuh diri, maka Anda dapat melakukan tindakan berikut.

- a. Menemani pasien terus-menerus sampai dia dapat dipindahkan ke tempat yang aman.
- b. Menjauhkan semua benda yang berbahaya, misalnya pisau, silet, gelas, tali pinggang.
- c. Memeriksa apakah pasien benar-benar telah meminum obatnya, jika pasien mendapatkan obat.
- d. Menjelaskan dengan lembut pada pasien bahwa Anda akan melindungi pasien sampai tidak ada keinginan bunuh diri.

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

1. Tujuan

Keluarga berperan serta melindungi anggota keluarga yang mengancam atau mencoba bunuh diri.

2. Tindakan

- a. Menganjurkan keluarga untuk ikut mengawasi pasien serta jangan pernah meninggalkan pasien sendirian.
- b. Menganjurkan keluarga untuk membantu perawat menjauhi barang-barang berbahaya di sekitar pasien.
- c. Mendiskusikan dengan keluarga ja untuk tidak sering melamun sendiri.
- d. Menjelaskan kepada keluarga pentingnya pasien minum obat secara teratur.

ISYARAT BUNUH DIRI DENGAN DIAGNOSIS HARGA DIRI RENDAH

Tindakan Keperawatan untuk Pasien Isyarat Bunuh Diri

1. Tujuan

- a. Pasien mendapat perlindungan dari lingkungannya.
- b. Pasien dapat mengungkapkan perasaannya.
- c. Pasien dapat meningkatkan harga dirinya.
- d. Pasien dapat menggunakan cara penyelesaian masalah yang baik.

2. Tindakan

- a. Mendiskusikan tentang cara mengatasi keinginan bunuh diri, yaitu dengan meminta bantuan dari keluarga atau teman.
- b. Meningkatkan harga diri pasien dengan cara berikut.
 - 1) Memberi kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya.
 - 2) Berikan pujian bila pasien dapat mengatakan perasaan yang positif.
 - 3) Meyakinkan pasien bahwa dirinya penting.
 - 4) Membicarakan tentang keadaan yang sepatutnya disyukuri oleh pasien.
 - 5) Merencanakan aktivitas yang dapat pasien lakukan.
- c. Meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah dengan cara berikut.
 - 1) Mendiskusikan dengan pasien cara menyelesaikan masalahnya.
 - 2) Mendiskusikan dengan pasien efektivitas masing-masing cara penyelesaian masalah.
 - 3) Mendiskusikan dengan pasien cara menyelesaikan masalah yang lebih baik.

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga dengan Pasien Isyarat Bunuh Diri

1. Tujuan

Keluarga mampu merawat pasien dengan risiko bunuh diri.

2. Tindakan

- a. Mengajarkan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri.
 - 1) Menanyakan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri yang pernah muncul pada pasien.
 - 2) Mendiskusikan tentang tanda dan gejala yang umumnya muncul pada pasien berisiko bunuh diri.
- b. Mengajarkan keluarga cara melindungi pasien dari perilaku bunuh diri.
 - 1) Mendiskusikan tentang cara yang dapat dilakukan keluarga bila pasien memperlihatkan tanda dan gejala bunuh diri.
 - 2) Menjelaskan tentang cara-cara melindungi pasien, antara lain sebagai berikut.
 - a) Memberikan tempat yang aman. Menempatkan pasien di tempat yang mudah diawasi. Jangan biarkan pasien mengunci diri di kamarnya atau meninggalkan pasien sendirian di rumah.
 - b) Menjauhkan barang-barang yang bisa digunakan untuk bunuh diri. Jauhkan pasien dari barang-barang yang bisa digunakan untuk bunuh diri, seperti tali, bahan bakar minyak/bensin, api, pisau atau benda tajam lainnya, serta zat yang berbahaya seperti obat nyamuk atau racun serangga.
 - c) Selalu mengadakan dan meningkatkan pengawasan apabila tanda dan gejala bunuh diri meningkat. Jangan pernah melonggarkan pengawasan, walaupun pasien tidak menunjukkan tanda dan gejala untuk bunuh diri.
 - 3) Menganjurkan keluarga untuk melaksanakan cara tersebut di atas.

- c. Mengajarkan keluarga tentang hal-hal yang dapat dilakukan apabila pasien melakukan percobaan bunuh diri, antara lain sebagai berikut.
 - 1) Mencari bantuan pada tetangga sekitar atau pemuka masyarakat untuk menghentikan upaya bunuh diri tersebut.
 - 2) Segera membawa pasien ke rumah sakit atau puskesmas mendapatkan bantuan medis.
- d. Membantu keluarga mencari rujukan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi pasien.
 - 1) Memberikan informasi tentang nomor telepon darurat tenaga kesehatan.
 - 2) Menganjurkan keluarga untuk mengantarkan pasien berobat/kontrol secara teratur untuk mengatasi masalah bunuh dirinya.
 - 3) Menganjurkan keluarga untuk membantu pasien minum obat sesuai prinsip lima benar yaitu benar orangnya, benar obatnya, benar dosisnya, benar cara penggunaannya, dan benar waktu penggunaannya

EVALUASI

1. Untuk pasien yang memberikan ancaman atau melakukan percobaan bunuh diri, keberhasilan asuhan keperawatan ditandai dengan keadaan pasien yang tetap aman dan selamat.
2. Untuk keluarga pasien yang memberikan ancaman atau melakukan percobaan bunuh diri, keberhasilan asuhan keperawatan ditandai dengan kemampuan keluarga berperan serta dalam melindungi anggota keluarga yang mengancam atau mencoba bunuh diri.
3. Untuk pasien yang memberikan isyarat bunuh diri, keberhasilan asuhan keperawatan ditandai dengan hal berikut.
 - a. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya.
 - b. Pasien mampu meningkatkan harga dirinya.
 - c. Pasien mampu menggunakan cara penyelesaian masalah yang baik.
4. Untuk keluarga pasien yang memberikan isyarat bunuh diri, keberhasilan asuhan keperawatan ditandai dengan kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan risiko bunuh diri, sehingga keluarga mampu melakukan hal berikut.
 - a. Keluarga mampu menyebutkan kembali tanda dan gejala bunuh diri.
 - b. Keluarga mampu mempragakan kembali cara-cara melindungi anggota keluarga yang berisiko bunuh diri.
 - c. Keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia dalam merawat anggota keluarga yang berisiko bunuh diri.

LATIHAN

Kasus F

Nn. H (20 tahun) dirawat di IGD RS L karena mencoba untuk mengiris pergelangan tangannya dan tidak sadarkan diri. Setelah kondisi emosi stabil dan dapat diwawancarai, perawat mendapatkan data bahwa Nn. H merasa tidak kuat lagi melanjutkan hidup karena selalu gagal dalam mengikuti SNMPTN. Nn. H merasa bodoh dan menyusahkan orang tuanya yang sudah menaruh harapan besar untuk bisa sekolah di perguruan tinggi negeri seperti kedua kakaknya.

1. Tentukan masalah keperawatan utama dari kasus F!
2. Tuliskan data subjektif dan data objektif untuk menegakkan masalah keperawatan No. 1!
3. Susunlah intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan No. 1!

BACAAN

Keliat, B.A., Akemat, Helena, N.C.D., dan Nurhaeni, H. 2007. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.

Lab/UPF Kedokteran Jiwa. 1994. *Pedoman Diagnosis dan Terapi*. RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Maramis, W.F. 2010. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press: Surabaya.

Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th Edition. St. Louis: Mosby

Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.

Suliswati, dkk. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Varcarolis. 2006. *Fundamentals of Psychiatric Nursing Edisi 5*. St.Louis: Elsevier.

12 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Defisit Perawatan Diri

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah defisit keperawatan diri.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan definisi defisit keperawatan diri.
2. Menjelaskan lingkup defisit keperawatan diri.
3. Menjelaskan proses terjadinya defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa.
4. Melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami defisit perawatan diri.
5. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri.
6. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri.
 - a. Perawatan diri
 - b. Berdandan
 - c. Makan
 - d. Buang air kecil dan buang air besar
7. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri.

PENGERTIAN DEFISIT PERAWATAN DIRI

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan pasien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat.

LINGKUP DEFISIT PERAWATAN DIRI

1. Kebersihan diri
Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.
2. Berdandan atau berhias
Kurang minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.
3. Makan
Mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.
4. *Toileting*
Ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan.

PROSES TERJADINYA DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA PASIEN GANGGUAN JIWA

Kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan *toileting* (buang air besar [BAB] atau buang air kecil [BAK]) secara mandiri.

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Untuk mengetahui apakah pasien mengalami masalah kurang perawatan diri maka tanda dan gejala dapat diperoleh melalui observasi pada pasien yaitu sebagai berikut.

1. Gangguan kebersihan diri ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, serta kuku panjang dan kotor.
2. Ketidakmampuan berhias/berdandan ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, serta pada pasien wanita tidak berdandan.
3. Ketidakmampuan makan secara mandiri ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
4. Ketidakmampuan BAB atau BAK secara mandiri ditandai dengan BAB atau BAK tidak pada tempatnya, serta tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK.

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Defisit perawatan diri kebersihan diri, makan, berdandan, dan BAK/BAB.

RENCANA INTERVENSI

Tindakan Keperawatan untuk Pasien

1. Tujuan

- a. Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.
- b. Pasien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik.
- c. Pasien mampu melakukan makan dengan baik.
- d. Pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri.

2. Tindakan keperawatan

- a. Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri.
Untuk melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri, Anda dapat melakukan tahapan tindakan berikut.
 - 1) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri.
 - 2) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri.
 - 3) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri.
 - 4) Melatih pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.
- b. Melatih pasien berdandan/berhias.
Anda sebagai perawat dapat melatih pasien berdandan. Untuk pasien laki-laki tentu harus dibedakan dengan wanita.
 - 1) Untuk pasien laki-laki latihan meliputi:
 - a) berpakaian,
 - b) menyisir rambut,
 - c) bercukur.

- 2) Untuk pasien wanita, latihannya meliputi:
 - a) berpakaian,
 - b) menyisir rambut,
 - c) berhias.
- c. Melatih pasien makan secara mandiri.

Untuk melatih makan pasien, Anda dapat melakukan tahapan sebagai berikut.

 - 1) Menjelaskan cara mempersiapkan makan.
 - 2) Menjelaskan cara makan yang tertib.
 - 3) Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan.
 - 4) Praktik makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.
- d. Pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri.

Anda dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut.

 - 1) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai.
 - 2) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK.
 - 3) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK.

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1. Tujuan

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kurang perawatan diri.

2. Tindakan keperawatan

Untuk memantau kemampuan pasien dalam melakukan cara perawatan diri yang baik, maka Anda harus melakukan tindakan kepada keluarga agar keluarga dapat meneruskan melatih pasien dan mendukung agar kemampuan pasien dalam perawatan dirinya meningkat. Tindakan yang dapat Anda lakukan antara lain sebagai berikut.

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

EVALUASI

1. Pasien dapat menyebutkan hal berikut.
 - a. Penyebab tidak merawat diri.
 - b. Manfaat menjaga perawatan diri.
 - c. Tanda-tanda bersih dan rapi.
 - d. Gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan.
2. Pasien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri dalam hal berikut.
 - a. Kebersihan diri
 - b. Berdandan
 - c. Makan
 - d. BAB/BAK
3. Keluarga memberikan dukungan dalam melakukan perawatan diri.
 - a. Keluarga menyediakan alat-alat untuk perawatan diri.
 - b. Keluarga ikut serta mendampingi pasien dalam perawatan diri.

LATIHAN

Kasus G

Tn. K (50 tahun) sudah satu minggu di rawat di bangsal psikiatri RSJ L. Saat dilakukan pengkajian, Tn. K tampak pucat, menolak berinteraksi, berpakaian lusuh, dan tercium bau tidak sedap. Saat ditanya apakah sudah mandi, Tn. K menggeleng dan menolak untuk dimandikan, Tn. K berkata, "Buat apa mandi".

1. Tentukan masalah keperawatan utama dari kasus G!
2. Tuliskan data subjektif dan data objektif untuk menegakkan masalah keperawatan No. 1!
3. Susunlah intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan No. 1!

BACAAN

Keliat, B.A., Akemat, Helena, N.C.D., dan Nurhaeni, H. 2007. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.

Lab/UPF Kedokteran Jiwa. 1994. *Pedoman Diagnosis dan Terapi*. RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Maramis, W.F. 2010. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press: Surabaya.

- Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th Edition*. St.Louis: Mosby.
- Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Suliswati, dkk. 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Townsend M. C. 1998. *Diagnosis Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri Pedoman untuk Pembuatan Rencana Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Varcarolis. 2006. *Fundamentals of Psychiatric Nursing Edisi 5*. St.Louis: Elsevier.

BAGIAN II

KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA PADA KELOMPOK KHUSUS

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada kelompok khusus.

Tujuan Instruksional Khusus

Pada akhir perkuliahan, mahasiswa diharapkan mampu melakukan hal berikut.

1. Menguraikan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa anak dan remaja.
2. Menguraikan asuhan keperawatan pada pasien napza.
3. Menguraikan konsep penanganan kasus kedaruratan psikiatri (PICU).
4. Menguraikan asuhan keperawatan jiwa pada kasus kekerasan dalam keluarga.
5. Menguraikan keperawatan kesehatan jiwa pada usia lanjut.
6. Menyusun asuhan keperawatan jiwa di masyarakat (CMHN).



13 Tinjauan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menguraikan pertumbuhan dan perkembangan anak.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa akan mampu melakukan hal sebagai berikut.

1. Menyebutkan karakteristik pertumbuhan dan perkembangan anak.
2. Mengidentifikasi berbagai faktor yang memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.
3. Mengidentifikasi berbagai gangguan jiwa yang lazim terjadi pada usia anak dan remaja.

PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK

Manusia mengalami pertumbuhan dan perkembangan dimulai dari lahir, bayi tumbuh menjadi anak, remaja, melalui masa dewasa, tua sampai akhirnya meninggal dunia. Selama perjalanan dari bayi, seorang anak akan melalui titik kritis perkembangan yang timbul di setiap tahap perkembangannya. Titik kritis akan menentukan berhasil tidaknya anak mencapai tugas perkembangan pada tahap yang bersangkutan. Titik kritis ini menentukan apakah anak mampu bertahan dan melanjutkan perkembangan secara progresif atau anak akan mengalami stagnasi perkembangan prekoks.

Lima tahap dasar yang akan dilalui oleh seorang anak adalah sebagai berikut.

1. Dasar kepercayaan (*basic trust*) vs ketidakpercayaan (*mistrust*) (0–1,5 tahun).
2. Otonomi (*autonomy*) vs malu dan ragu (*shame and doubt*) (1,5 tahun).
3. Inisiatif (*initiative*) vs rasa bersalah (*guilt*) (3–6 tahun).
4. Kerja keras (*industry*) vs inferioritas (*inferiority*) (7–11 tahun).
5. Identitas (*identity*) vs difusi peran (*role diffusion*) (12–18 tahun).

Dasar Kepercayaan (Basic Trust) vs Ketidakpercayaan (Mistrust) (0–1,5 Tahun)

Bayi sejak dilahirkan dan mulai kontak dengan dunia luar sangat bergantung pada orang lain dan lingkungannya. Ia mengharapkan mendapatkan rasa aman dan rasa percaya pada lingkungan, terutama ibunya sebagai perantara dengan lingkungan luar. Apabila hubungan orang tua dengan bayi berjalan dengan baik, maka rasa percaya (*trust*) terhadap lingkungan dapat berkembang dengan baik, dan sebaliknya. Bayi menggunakan mulut dan pancaindera sebagai alat untuk berhubungan dengan dunia luar.

Gangguan yang mungkin timbul pada anak usia ini antara lain seperti sulit makan (setelah usia 6 bulan), iritabilitas, takut/cemas, dan ingin selalu melekat pada ibu. Adanya tingkat bergantung yang kuat dapat diinterpretasikan sebagai kurang berkembangnya dasar kepercayaan dan menjadi faktor predisposisi dalam menimbulkan kelainan jiwa seperti depresi, skizofrenia, dan adiksi.

Otonomi (Autonomy) vs Malu dan Ragu (Shame and Doubt) (1,5 Tahun)

Anak pada usia 1,5 tahun tumbuh dan berkembang sejalan dengan kemampuan alat gerak, dan didukung rasa kepercayaan dari ibu dan lingkungan, maka tumbuh kesadaran bahwa dirinya dapat bergerak dan ingin mendapatkan kepuasan gerak sehingga anak berbuat sesuai dengan kemauannya. Pada usia ini berkembang rasa otonomi diri bahwa dirinya dapat menolak ataupun memberi sesuatu pada lingkungannya sesuai dengan keinginannya tanpa dipengaruhi orang lain. Kemampuan ini penting sebagai dasar membentuk keyakinan yang kuat dan harga diri seorang anak di kemudian hari. Saat berhubungan dengan orang lain, anak cenderung egosentrik.

Lingkunganpun berperan dalam membentuk kepribadian anak, sehingga gangguan pada masa ini menyebabkan anak menjadi pemalu, ragu-ragu, dan cenderung memberi pengekangan pada diri. Gangguan jiwa yang mungkin timbul yaitu kemarahan, sadistik, keras kepala, menentang, agrasi, enkopersis, enuresis, obsesi kompulsif, dan paranoid.

Inisiatif (Initiative) vs Rasa Bersalah (Guilt) (3–6 Tahun)

Tahap ketiga anak belajar cara mengendalikan diri dan memanipulasi lingkungan. Rasa inisiatif mulai timbul menguasai anak, tetapi lingkungan mulai menuntut anak untuk melakukan tugas tertentu. Anak akan merasa bahwa dirinya adalah bagian dari lingkungannya dan ingin diikutsertakan sebagai seorang individu yang mempunyai peran. Adanya keterbatasan seorang anak dalam memenuhi tuntutan lingkungan akan menimbulkan rasa kecewa dan rasa bersalah. Hubungan ibu, ayah, dan anak sangat penting karena akan menjadi dasar kemantapan identitas diri. Selain itu, anak mulai membentuk peran sesuai jenis kelamin yang wajar, serta mencoba berlatih mengintegrasikan peran sosial dan tanggung jawab. Hubungan dengan teman sebaya atau saudara akan cenderung untuk menang sendiri.

Gangguan yang mungkin timbul pada masa ini adalah kesulitan belajar, masalah di sekolah, pergaulan dengan teman-teman, serta anak menjadi pasif, takut, dan mungkin terjadi neurosis.

Kerja Keras (Industry) vs Inferioritas (Inferiority) (7–11 Tahun)

Anak mulai mengenal lingkungan yang lebih luas, yaitu sekolah. Anak dihadapkan pada keadaan yang menuntut untuk mampu menyelesaikan suatu tugas dan perbuatan hingga menghasilkan sesuatu. Hubungan ibu-ayah-anak mulai berakhir dan anak siap meninggalkan rumah dan orang tua dalam waktu terbatas untuk pergi ke sekolah. Anak mulai merasakan sifat kompetitif, mengembangkan sikap saling memberi dan menerima, serta setia kawan dan berpegangan pada aturan yang berlaku.

Gangguan yang mungkin timbul pada masa ini adalah rasa kekurangan pada diri, merasa tidak mampu, rasa inferior, gangguan pada prestasi belajar, dan takut berkompetisi.

Identitas (Identity) vs Difusi Peran (Role Diffusion) (12–18 Tahun)

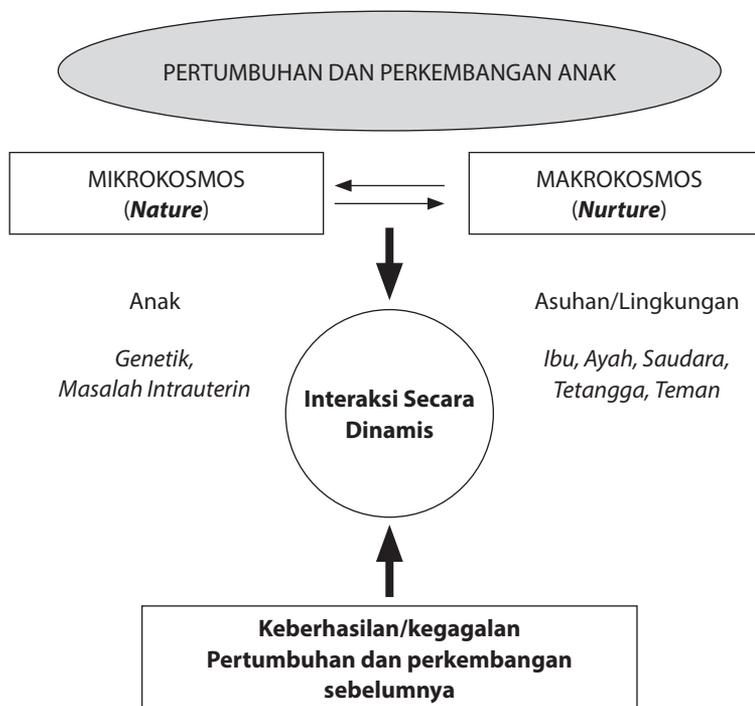
Anak mengalami banyak perubahan dan perkembangan dalam berbagai aspek. Secara fisik, anak merasa sudah dewasa karena pertumbuhan badan yang pesat, tetapi secara psikososial anak belum memiliki hak-hak seperti orang dewasa. Pada masa ini juga dikenal sebagai masa standarisasi diri karena anak berusaha mencari identitas diri dalam hal seksual, umur, dan jenis kegiatan.

Lingkungan memberikan pengaruh utama dalam pembentukan jiwa anak remaja. Peran orang tua sebagai sumber perlindungan dan sumber nilai utama mulai berkurang dan anak lebih senang mendapatkannya dari lingkungan luar. Anak lebih memilih berkelompok

untuk bereksperimen dengan peranannya untuk menyalurkan ekspresi. Anak akan cenderung memilih orang dewasa yang lebih penting untuk mereka jadikan sebagai bantuan di saat yang kritis.

FAKTOR YANG MEMENGARUHI PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK

Memperhatikan berbagai tugas pertumbuhan dan perkembangan di atas, keberhasilan menyelesaikan tugas pertumbuhan dan perkembangan sangat bervariasi sesuai dengan berbagai faktor yang memengaruhi. Anak bukan miniatur orang dewasa, mereka mengalami pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan tantangan pada zamannya. Oleh karenanya, dalam memberikan perawatan, stimulasi pertumbuhan, perkembangan, dan strategi saat mengasuh anak harus mengingat bahwa anak akan hidup pada zamannya, sehingga akan menghadapi tantang dan tuntutan sesuai zamannya. Berikan antisipasi, agar anak dapat menghadapi tantangan pada zamannya.



GAMBAR 13.1 Interaksi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Anak bukanlah miniatur orang dewasa, mereka mengalami pertumbuhan dan perkembangan sesuai tantangan pada zamannya

Berbagai faktor yang memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak, yang di antaranya faktor mikrokosmos, makrokosmos, dan keberhasilan atau kegagalan pertumbuhan perkembangan sebelumnya. Semua berinteraksi secara dinamis dalam memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.

Faktor Mikrokosmos

Faktor mikrokosmos adalah faktor yang ada dalam diri anak, seperti kondisi genetika dan berbagai masalah intrauterin. Kondisi genetika ditentukan oleh komposisi kromosom, yang akan memengaruhi identitas gender, kecenderungan perlakuan berikutnya, dan pewarisan sifat orang tuanya. Masalah intrauterin meliputi usia (ibu atau janin), nutrisi, obat-obatan yang dikonsumsi ibu, radiasi, dan berbagai komplikasi kehamilan lainnya

Kondisi Genetika

1. Komposisi kromosom (XX, XY, XXY, XYY)

Komposisi kromosom XX akan menjadi seorang pria dengan berbagai sifatnya. Orang tua sudah mengenalkan sifat gender ini sejak bayi lahir, bahkan sebelum bayi lahir. Stimulasi pertumbuhan dan perkembanganpun disesuaikan dengan sifat gender yang ada. XY akan menjadi seorang wanita dengan berbagai sifatnya. Meskipun jarang, terkadang ditemukan komposisi kromosom XXY atau XYY. Keadaan ini akan menentukan pilihan seandainya terjadi kebingungan peran antara pria atau wanita. Penentuan didasarkan pada organ reproduksi yang lebih dominan. Oleh karenanya, operasi kejelasan kelamin (pria atau wanita) ditentukan berdasarkan organ reproduksi dominan yang dimiliki, sehingga identitas gender dapat ditentukan.

2. Identitas gender

Identitas gender adalah ciri sifat yang ditentukan oleh komposisi kromosom pria atau wanita. Ciri sifat ini dibangun sesuai kearifan lokal budaya orang tua. Mayoritas orang Indonesia menghendaki pria harus maskulin, tidak boleh cengeng, harus bertanggung jawab, bertugas mencari nafkah, mengayomi, dan melindungi seluruh anggota keluarganya. Pembelajaran ini ditampilkan melalui jenis permainan (bola, robot, mobil-mobilan, atau sejenisnya) dan imitasi peran ayah.

Wanita dituntut lebih feminim, memperhatikan penampilan, tidak boleh bicara keras, berjalan harus lemah lembut, serta bertugas memelihara anak dan seluruh anggota keluarganya. Pembelajaran ini ditampilkan melalui jenis permainan (boneka, bunga, alat masak) dan imitasi peran ibu.

3. Kecenderungan perlakuan

Kecenderungan perlakuan adalah bentuk perlakuan yang ditampilkan orang tua dan anggota keluarganya terkait kondisi anak. Anak yang cantik, manis, ganteng, penurut, patuh pada orang tua cenderung mendapatkan perlakuan lebih baik dari orang tua dan lingkungan sekitarnya, dibandingkan anak yang jelek, bawel, dan tidak bisa diatur.

Kecenderungan perlakuan orang tua dan lingkungan sekitar ini akan membentuk Citra anak sebagai anak yang baik atau buruk. Keadaan ini akan memberikan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan berikutnya.

4. Mewariskan sifat

Pewarisan sifat orang tua kepada anak disampaikan melalui komposisi kromosom kedua orang tua mulai saat pembuahan sampai perkembangan pembelahan berikutnya. Proses ini memungkinkan terjadi penyimpangan sifat yang akan diwariskan. Meskipun ada sifat kedua orang tua yang diwariskan, belum tentu anak akan sama persis dengan orang tuanya. Cara pewarisan sifat ini melalui proses *canalisasi*, *nice picking*, dan *range reaction*.

a. *Canalisasi*

Canalisasi adalah salah satu cara pewarisan sifat secara langsung dari orang tua kepada anak. Biasanya melalui sifat genetika dominan dari ayah atau ibu. Dengan demikian, sifat anak nyaris sama dengan ayah atau ibunya.

b. *Nice picking*

Pewarisan sifat melalui kecenderungan anak untuk meniru (imitasi) sifat ayah atau ibunya. Anak cenderung memilih sifat yang sesuai dirinya dipelajari dari berbagai aturan orang tua yang cocok dan sesuai dengan dirinya. Anak akan mengembangkan sifat yang menyenangkan dari salah satu orang tuanya.

c. *Range reaction*

Pewarisan sifat yang terkadang sifat kedua orang tuanya tampak pada anak. Sifat orang tua memang tidak selalu muncul, tetapi suatu ketika akan muncul seperti sifat orang tuanya. Saat marah, sama persis dengan sifat ayahnya. Saat menangis, sama persis dengan sifat ibunya. Individu dapat saja mengembangkan berbagai karakteristik dan sifatnya, tetapi ia tidak akan pernah keluar *bounder* atau *range* yang diturunkan dari sifat ayah atau ibunya.

Masalah Intrauterin

Masalah dalam kandungan juga akan memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Berbagai masalah dalam kandungan antara lain usia baik ibu maupun usia janin, nutrisi ibu selama hamil, berbagai obat yang konsumsi ibu selama hamil, radiasi, atau berbagai komplikasi kehamilan lainnya.

1. Usia

Usia ibu yang paling ideal untuk hamil dan siap melahirkan anak adalah umur 25 sampai 35 tahun. Sebelum atau sesudah itu perlu dipertimbangkan kesiapan fisik organ reproduksi dan kesiapan mental untuk mengandung, melahirkan, serta mengasuh anak. Wanita yang belum siap menjadi orang tua dikhawatirkan mengalami banyak kesulitan dalam mengasuh dan mendidik anak. Wanita yang terlalu tua untuk hamil dan melahirkan dikhawatirkan ada berbagai gangguan fisik organ reproduksi, jantung, atau ginjal sehingga mengakibatkan berbagai komplikasi kehamilan dan persalinan.

Usia janin yang dikandung seorang ibu memiliki periode khusus yang perlu mendapat perhatian untuk keamanan dan keselamatan bayi dan orang tuanya, yakni seperti berikut.

- a. Trimester I kehamilan, perlu diperhatikan asupan nutrisi ibu. Pada trimester I ini, asupan nutrisi diperlukan untuk membentuk sel-sel organ tubuh janin. Oleh karena itu, ibu yang hamil trimester pertama harus mengonsumsi nutrisi dua kali lipat untuk ibu dan bakal anaknya. Padahal, pada saat ini ibu yang hamil sedang mengalami berbagai penyesuaian hormonal yang mengakibatkan selalu mual dan muntah saat melihat makanan.
- b. Trimester II kehamilan petugas kesehatan harus memperhatikan penambahan berat badan ibu untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janin. Perhitungkan besar janin dengan perkiraan timbangan, jumlah cairan amnion, dan berat badan dasar ibu. Pertumbuhan dan perkembangan janin dapat dipantau dari penambahan berat badan ibu hamil trimester II.
- c. Trimester III difokuskan pada perkembangan janin dan persiapan persalinan. Identifikasi berbagai kemungkinan penyulit dalam persalinan, mulai dari jalan lahir, ukuran panggul ibu, kelenturan otot-otot persalinan, posisi janin, dan kesiapan ibu. Pada fase ini perlu disiapkan secara intensif agar ibu siap untuk melahirkan. Dapat dibentuk kelas ibu hamil, senam hamil atau latihan *hypnobirthing*. Semua keadaan ini perlu disiapkan agar proses persalinan dapat berlangsung lancar dan meminimalkan trauma saat lahir, baik trauma janin maupun trauma ibu.

2. Nutrisi

Berbagai obat yang dikonsumsi ibu selama hamil, kesehatan ibu saat hamil, adanya radiasi, dan berbagai komplikasi kehamilan atau persalinan juga merupakan faktor mikrokosmos yang akan memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak selanjutnya.

Faktor Makrokosmos

Faktor makrokosmos merupakan faktor luar dari anak yang juga akan memengaruhi pertumbuhan perkembangan. Faktor tersebut meliputi pola asuh yang dilakukan ayah, ibu, saudara, atau teman di lingkungannya.

Asuhan Lingkungan

Ayah, ibu, saudara, dan teman lebih sering mendidik anak seperti keinginannya. Menginginkan anak menjadi seperti dirinya, pola asuh yang diberikan, cara hidup, dan strategi menghadapi kehidupan diajarkan sesuai pengalaman mereka. Padahal zaman orang tua dengan zamannya anak berbeda. Beda zaman, beda tantangan, maka berbeda strategi menghadapi kehidupan. Dengan demikian, pola asuh orang tua harus tetap mengajarkan strategi kehidupan yang akurat untuk menghadapi tantangan pada zamannya anak. Berikan gambaran (figur) orang tua dalam menghadapi kehidupan.

Didiklah anak seperti apa yang kita inginkan, tetapi ingat bahwa anak akan hidup pada zamannya.

Figur ibu (*mother figure*) merupakan gambaran sosok seorang ibu dalam kehidupan. Contohkan kepada anak, bagaimana tugas seorang ibu dalam mengatur seluruh kehidupan keluarga, serta memberikan asuhan pada anak dan seluruh anggota keluarga. Buatlah anak bangga pada kinerja ibunya, sehingga anak akan mempelajari dan menginginkan sifat ibu berkembang dalam dirinya untuk menghadapi berbagai tantangan kehidupan.

Figur ayah (*father figure*) juga perlu diajarkan kepada anak bagaimana seharusnya seorang ayah mengatur dan memenuhi kebutuhan hidup untuk seluruh anggota keluarganya. Buatlah anak bangga dengan perilaku ayahnya. Dengan demikian, anak akan bangga menjadi bagian keluarga dan akan meneruskan perjuangan keluarga sesuai pola asuh yang diterima. Jangan sampai anak mengalami kebingungan peran karena tidak jelasnya perilaku orang tua dalam kehidupan keluarga.

Lingkungan

Lingkungan dengan berbagai macam keadaannya menuntut anak mampu beradaptasi, serta membandingkan dengan ajaran yang telah diperoleh atau dipelajari dari rumah untuk dikembangkan dalam lingkungan sosial. Lingkungan adalah mediator dan fasilitator dalam pembentukan perilaku anak. Anak dapat belajar kehidupan melalui asosiasi, konsekuensi, atau observasi.

1. Belajar dari pergaulan (*learning by association* atau *conditioning*).
Kondisi kehidupan dapat mengajarkan bagaimana seharusnya kita beradaptasi. Tuhan menciptakan manusia dalam bentuk yang paling sempurna. Manusia adalah pemimpin (*khalifah*) di muka bumi ini. Dengan mempelajari keadaan kehidupan, manusia akan berusaha tetap bertahan dan melanjutkan (*survive*) kehidupan.
2. Belajar dari konsekuensi (*learning by consequences*) atau sebab akibat.
Cara beradaptasi dengan kehidupan dapat terjadi karena sebab akibat. Misalnya, suatu sore seorang ibu tinggal sendiri di rumah, hujan mulai turun, listrik padam. Begitu

sang ibu akan melihat pintu luar, ternyata ada seekor kelelawar membentur dahinya, ibu kesakitan, berteriak, dan menjadi ketakutan. Pengalaman ini diterima sebagai pengalaman menakutkan, dan berkembang menjadi pola perilaku setiap kali listrik padam. Dengan demikian, setiap listrik padam, ibu selalu ketakutan, meskipun tidak ada kelelawar yang menyambar.

3. Belajar dari observasi/melihat (*learning by observation/watching*) atau mencontoh. Anak yang juga ketakutan ketika listrik padam karena melihat ibunya ketakutan, maka perilaku yang berkembang pada anak adalah dengan mencontoh ibunya. Remaja yang mengembangkan pola perilaku seperti drama korea dalam hal berbicara, potongan rambut, model pakaian, dan sebagainya juga merupakan pembelajaran dengan mencontoh. Tidak ada yang negatif dalam mencontoh perilaku ini asal yang dicontoh adalah perilaku yang baik.

Keluarga merupakan tempat yang pertama dan utama dalam proses sosialisasi anak.

SEBELAS MEMO PEMBELAJARAN ANAK

Demikianlah pengaruh lingkungan terhadap perilaku anak, yang akan diteruskan dalam menghadapi tantangan kehidupannya. Semua faktor internal dan eksternal akan memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak, termasuk keberhasilan atau kegagalan tahap pertumbuhan sebelumnya.

Berilah pola asuh memuaskan kepada anak sehingga anak akan mengembangkan pola perilaku yang diinginkan. Ternyata anak belajar dari apa yang dialami dalam hidupnya, jika anak hidup dalam suasana seperti pada kolom kiri, maka dia akan belajar berperilaku seperti pada kolom kanan.

TABEL 13.1 Pembelajaran Anak

No.	Suasana	Belajar
1.	Penuh toleransi	Sabar
2.	Pemberian semangat	Percaya diri
3.	Pemberian pujian (secara wajar)	Menghargai orang lain
4.	Kejujuran	Keadilan
5.	Rasa aman	Kepercayaan
6.	Persetujuan	Menyukai dirinya
7.	Penerimaan dan bersahabat	Kasih sayang
8.	Penuh kritik	Menyatakan salah atau mengutuk
9.	Penuh ejekan	Pemalu
10.	Rasa bermusuhan	Berkelahi
11.	Penuh rasa malu	Mudah merasa bersalah

Selain itu, perlu diingat kembali beberapa deklarasi Persatuan Bangsa Bangsa (PBB) tentang hak asasi anak, yaitu sebagai berikut.

1. Mempunyai nama dan kewarganegaraan.
2. Mendapat perawatan khusus bila cacat.
3. Memperoleh kesempatan penuh untuk berkreasi dan bermain.
4. Memperoleh gizi, perumahan, dan perawatan medis.
5. Termasuk yang pertama menerima pertolongan jika terjadi bencana.
6. Memperoleh pendidikan cuma-cuma serta pengembangan kemampuan pribadi.
7. Perlindungan terhadap segala bentuk kealpaan, kekejaman, dan pengisapan.
8. Dibesarkan dalam semangat toleransi, aman, serta persaudaraan universal.
9. Mendapat kasih sayang, cinta, dan pengertian dalam suasana moral serta material yang terjamin.
10. Mengembangkan rasa tanggung jawab sosial dan moral, menuju pelayanan terhadap sesama.
11. Memperkembangkan budi bahasa yang wajar dan sehat secara sosial, spiritual, moral, mental, dan jasmaniah.
12. Menikmati hak ini tanpa memandang ras, warna kulit, jenis kelamin, agama, atau asal usul sosialnya.

GANGGUAN JIWA YANG LAZIM TERJADI PADA ANAK DAN REMAJA

Gangguan jiwa yang lazim terjadi pada usia anak lebih banyak berbentuk gangguan perilaku akibat gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Psikotik jarang terjadi pada anak, walaupun ada jumlahnya sangat jarang.

Berikut adalah beberapa gangguan yang sering terjadi pada masa anak menurut DSM IV. Di antara sekian banyak bentuk gangguan di bawah ini, kasus yang paling sering timbul dan menimbulkan permasalahan bagi orang tua adalah gangguan hiperaktif, autisme, dan retardasi mental. Meskipun demikian, beberapa gangguan lain juga merupakan masalah berat yang harus dihadapi orang tua.

TABEL 13.2 Gangguan yang Sering Terjadi pada Masa Kanak-Kanak/Remaja (DSM IV)

Retardasi Mental	
317	Retardasi mental ringan
318.0	Retardasi mental sedang
318.1	Retardasi mental berat
318.2	Retardasi mental sangat berat
319	Retardasi mental keparahan tak dijelaskan
Gangguan Belajar	
315.0	Gangguan membaca
315.1	Gangguan matematika
315.2	Gangguan mengekspresikan tulisan (menulis)
315.9	Gangguan belajar TKD (tidak kecuali dijelaskan)

Gangguan Keterampilan Motorik	
315.4	Gangguan koordinasi perkembangan
Gangguan Komunikasi	
315.31	Kelainan bahasa ekspresif
315.31	Kelainan bahasa ekspresif-reseptif campuran
315.39	Kelainan fonologik
307.0	Gagap
307.9	Kelainan komunikasi TKD
Gangguan Perkembangan Pervasif	
299.0	Kelainan autistik
299.80	Kelainan Rett
299.10	Kelainan disintegratif masa kanak-kanak
299.80	Kelainan asperger
299.81	Kelainan perkembangan pervasif TKD
Gangguan Defisit Perhatian dan Perilaku Distraktif	
314.xx	defisit perhatian/gangguan hiperaktif
314.01	Tipe kombinasi
314.00	Tipe inatentif dominan
314.01	Tipe hiperaktif-impulsif dominan
dan lain-lain	
Gangguan Makan pada Bayi dan Kanak-Kanak Awal	
307.52	Pika
307.53	Kelainan mengunyah
307.59	Kelainan pemberian makanan pada bayi/kanak awal
dan lain-lain	
Gangguan Tik	
307.21	Kelainan tik transien
307.22	Kelainan tik motorik atau vokal
307.23	Kelainan Tourette's
Gangguan Eliminasi	
Gangguan Lain	

Berbagai gangguan jiwa yang sering terjadi pada anak secara keseluruhan dapat dibaca dalam pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa. Intinya, jarang ada skizofrenia di usia anak dan gangguan terbanyak adalah karena gangguan penyesuaian terhadap pertumbuhan dan perkembangan.

LATIHAN

1. Jelaskan yang dimaksud masa kritis dalam pertumbuhan dan perkembangan anak.
2. Apa yang dimaksud faktor mikrokosmos dalam pertumbuhan dan perkembangan anak?
3. Gangguan apakah yang paling sering terjadi pada masa pertumbuhan dan perkembangan?

BACAAN

- Maramis, W.F. 2010. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maslim, R. 2002. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta.
- Ogden, J. 2007. *Health Psychology a Textbook, 4th Edition*. Inggris: Open University Press.
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC,.
- Stuart, G.W. dan Laraia, M. T. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition*. Elsevier Mosby Inc.

14 Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Retardasi Mental

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada anak dengan retardasi mental.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menyebutkan definisi retardasi mental.
2. Mengidentifikasi tingkat gangguan retardasi mental.
3. Melakukan pengkajian keperawatan pada kasus retardasi mental.
4. Merencanakan tindakan keperawatan pada anak dengan retardasi mental.
5. Melakukan evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan pada anak dengan retardasi mental.

PENGERTIAN RETARDASI MENTAL

Retardasi mental (RM) adalah fungsi intelektual di bawah angka 7, yang muncul bersamaan dengan kurangnya perilaku adaptif, serta kemampuan beradaptasi dengan kehidupan sosial sesuai tingkat perkembangan dan budaya. Menurut Maslim (2004), RM adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap yang terutama ditandai oleh terjadinya kendala keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial.

Anak RM mengalami keterbatasan sosialisasi akibat tingkat kecerdasan yang rendah (Soetjiningsih, 1998). Kemampuan penyesuaian diri dengan lingkungan sangat dipengaruhi oleh kecerdasan. Anak RM dengan tingkat kecerdasan di bawah normal dan mengalami hambatan dalam bersosialisasi. Faktor lain adalah kecenderungan mereka diisolasi (dijauhi) oleh lingkungannya. Anak sering tidak diakui secara penuh sebagai individu dan hal tersebut memengaruhi proses pembentukan pribadi. Anak akan berkembang menjadi individu dengan ketidakmampuan menyesuaikan diri terhadap tuntutan sekolah, keluarga, masyarakat, dan terhadap dirinya sendiri.

KLASIFISIKASI RETARDASI MENTAL

Klasifikasi didasarkan pada tingkat kecerdasan terdiri atas keterbelakangan ringan, sedang, berat, dan sangat berat. Kemampuan kecerdasan anak RM kebanyakan diukur dengan tes *Stanford Binet* dan *Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)* (Somantri, 2007).

Menurut Somantri (2007), klasifikasi anak RM adalah sebagai berikut.

1. RM ringan

Menurut Binet dalam Somantri (2007), RM ringan disebut juga *moron* atau *debil*, memiliki *Intelligence Quotient (IQ)* antara 52–68, sedangkan menurut WISC, IQ antara 55–69. Perkembangan motorik anak tunagrahita mengalami keterlambatan, Somantri (2007) menyatakan bahwa, “Semakin rendah kemampuan intelektual seseorang anak, maka akan semakin rendah pula kemampuan motoriknya, demikian pula sebaliknya”.

2. RM sedang

RM sedang disebut juga imbesil yang memiliki IQ 36–51 berdasarkan skala Binet, sedangkan menurut WISC memiliki IQ 40–54. Anak ini bisa mencapai perkembangan kemampuan mental (*Mental Age—MA*) sampai kurang lebih 7 tahun, dapat mengurus dirinya sendiri, melindungi dirinya sendiri dari bahaya seperti kebakaran, berjalan di jalan raya, dan berlindung dari hujan.

3. RM berat

RM berat atau disebut idiot, menurut Binet memiliki IQ antara 20–32 dan menurut WISC antara 25–39.

4. RM sangat berat

Level RM ini memiliki IQ di bawah 19 menurut Binet dan IQ di bawah 24 menurut WISC. Kemampuan mental atau MA maksimal yang dapat diukur kurang dari tiga tahun. Anak yang mengalami hal ini memerlukan bantuan perawatan secara total dalam berpakaian, mandi, dan makan, bahkan memerlukan perlindungan diri sepanjang hidupnya.

Tingkat retardasi mental dalam pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa III 2007 (PPDG J-III) yang ditunjukkan dalam tabel berikut.

TABEL 14.1 Klasifikasi Tingkat Kecerdasan (IQ) Berdasarkan Keadaan Masyarakat Normal

Nama	HI (IQ)	Tingkat
Sangat superior	>130	Tinggi sekali
Superior	110–130	Tinggi
Normal	86–109	Normal
Bodoh, bebal	68–85	Taraf perbatasan
Debilitas (tolol)	52–68	RM ringan
Imbesillitas (dungu)	36–51	RM sedang
	20–35	RM berat
Idiosi (pandir)	<20	RM sangat berat

CIRI PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN RETARDASI MENTAL

Retardasi Mental

- Umur 0–5 tahun (pematangan dan perkembangan).
Dapat mengembangkan keterampilan sosial dan komunikasi, keterbelakangan minimal dalam bidang sensoris motorik. Anak yang mengalami retarditasi mental sering tidak dapat dibedakan dari normal hingga usia lebih tua.
- Umur 6–20 tahun (latihan dan pendidikan).
Dapat belajar keterampilan akademik sampai kira-kira kelas 6 pada umur belasan tahun (dekat umur 20 tahun), serta dapat dibimbing ke arah konformitas sosial.
- Masa dewasa, yaitu 21 tahun atau lebih (kecukupan sosial dan pekerjaan).
Biasanya dapat mencapai keterampilan sosial dan pekerjaan yang cukup untuk mencari nafkah, tetapi memerlukan bimbingan dan bantuan bila mengalami stres sosial ekonomi yang luar biasa.

Retardasi Mental Sedang

1. Umur 0–5 tahun (pematangan dan perkembangan).
Dapat berbicara atau belajar berkomunikasi, kesadaran sosial kurang, perkembangan motorik cukup, dapat belajar mengurus diri sendiri, dapat diatur dengan pengawasan sedang.
2. Umur 6–20 tahun (latihan dan pendidikan).
Dapat dilatih dalam keterampilan sosial dan pekerjaan, sukar untuk maju lewat kelas 2 Sekolah Dasar (SD) dalam mata pelajaran akademik, dapat belajar bepergian sendirian di tempat yang sudah dikenal.
3. Masa dewasa, yaitu 21 tahun atau lebih (kecukupan sosial dan pekerjaan).
Dapat mencari nafkah dalam pekerjaan kasar tidak terlatih atau setengah terlatih dalam keadaan yang terlindung, memerlukan pengawasan, dan bimbingan bila mengalami stres sosial atau ekonomi yang ringan.

Retardasi Mental Berat

1. Umur 0–5 tahun (pematangan dan perkembangan).
Perkembangan motorik kurang, bicara minimal. Pada umumnya tak dapat dilatih untuk mengurus diri sendiri, keterampilan komunikasi tidak ada atau hanya sedikit sekali.
2. Umur 6–20 tahun (latihan dan pendidikan).
Dapat berbicara atau belajar berkomunikasi, dapat dilatih dalam kebiasaan kesehatan dasar, serta dapat dilatih secara sistematis dalam kebiasaan.
3. Masa dewasa, yaitu 21 tahun atau lebih (kecukupan sosial dan pekerjaan).
Dapat mencapai sebagian dalam mengurus diri sendiri di bawah pengawasan penuh, dapat mengembangkan secara minimal berguna keterampilan menjaga diri dalam lingkungan yang terkontrol.

Retardasi Mental Sangat Berat

1. Umur 0–5 tahun (pematangan dan perkembangan).
Retardasi berat, kemampuan minimal untuk berfungsi dalam bidang sensoris-motorik, membutuhkan perawatan.
2. Umur 6–20 tahun (latihan dan pendidikan).
Perkembangan motorik sedikit, dapat bereaksi terhadap latihan mengurus diri sendiri secara minimal atau terbatas.
3. Masa dewasa 21 tahun atau lebih (kecukupan sosial dan pekerjaan).
Perkembangan motorik dan bicara sedikit, dapat mengurus diri sendiri secara sangat terbatas, membutuhkan perawatan.

Menurut penilaian program pendidikan, retardasi mental dapat diklasifikasikan sebagai berikut.

1. Tunagrahita mampu didik (*educable*)
Anak tunagrahita mampu didik adalah anak tunagrahita yang tidak mampu mengikuti pada program sekolah biasa, tetapi ia masih memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan melalui pendidikan walaupun hasilnya tidak maksimal. Anak diharapkan mampu untuk belajar membaca dan menulis pada tingkat SD tetapi dengan langkah yang lambat. Kemampuan yang dapat dikembangkan pada anak tunagrahita mampu didik antara lain membaca, menulis, mengeja, dan berhitung. Selain itu, menyesuaikan diri dan tidak menggantungkan diri pada orang lain, serta keterampilan kerja di kemudian hari.
2. Tunagrahita mampu latih (*custodial*)
Merupakan anak tunagrahita yang hanya dapat dilatih untuk mengurus diri sendiri melalui aktivitas kehidupan sehari-hari, serta melakukan fungsi sosial kemasyarakatan menurut kemampuannya. Anak diharapkan mampu belajar hanya beberapa kata dan keterampilan berhitung yang sangat terbatas. Mereka diharapkan mampu untuk menjadi semi mandiri melalui pemberian latihan keterampilan dengan tahapan yang terbaik.
3. Tunagrahita mampu rawat (*trainable*)
Tunagrahita mampu rawat adalah tunagrahita yang memiliki kecerdasan sangat rendah sehingga ia tidak mampu mengurus diri sendiri atau sosialisasi. Oleh karenanya, mengurus kebutuhan diri sendiri sangat membutuhkan orang lain. Anak tunagrahita mampu rawat membutuhkan perawatan sepenuhnya sepanjang hidupnya, karena ia tidak mampu terus hidup tanpa bantuan orang lain.

ETIOLOGI

Menurut Maramis (2010), faktor penyebab retardasi mental yaitu sebagai berikut.

1. Faktor genetik
Abnormalitas kromosom yang paling umum menyebabkan retardasi mental adalah *Sindrom Down* yang ditandai oleh adanya kelebihan kromosom atau kromosom ketiga pada pasangan kromosom ke-21, sehingga mengakibatkan jumlah kromosom menjadi *Sindrom Fragile X*, yang merupakan tipe umum dari retardasi mental yang diwariskan. Gangguan ini disebabkan oleh mutasi gen pada kromosom X. Gen yang rusak berada pada area kromosom yang tampak rapuh, sehingga disebut *Sindrom Fragile X*. Sindrom ini menyebabkan retardasi mental pada 1.000–1.500 pria dan hambatan mental pada setiap 2.000–2.500 perempuan. Efek dari *Sindrom Fragile X* berkisar antara gangguan belajar ringan sampai retardasi parah yang dapat menyebabkan gangguan bicara dan fungsi yang berat.

Phenylketonuria (PKU) merupakan gangguan genetik yang terjadi pada satu di antara 10.000 kelahiran. Gangguan ini disebabkan adanya satu gen resesif yang menghambat anak untuk melakukan metabolisme. Konsekuensinya, *phenilalanin* dan turunannya asam *phenilpyruvic*, menumpuk dalam tubuh, serta menyebabkan kerusakan pada sistem saraf pusat yang mengakibatkan retardasi mental dan gangguan emosional.

2. Faktor prenatal
Penyebab retardasi mental saat prenatal adalah infeksi dan penyalahgunaan obat selama ibu mengandung. Infeksi yang biasanya terjadi adalah rubella, yang dapat menyebabkan kerusakan otak. Penyakit ibu juga dapat menyebabkan retardasi mental, seperti sifilis, herpes genital, hipertensi, diabetes melitus, anemia, tuberkulosis paru. Narkotik, alkohol, dan rokok yang berlebihan serta keadaan gizi dan emosi pada ibu hamil juga sangat berpengaruh pada terjadinya retardasi mental.
3. Faktor perinatal
Retardasi mental yang disebabkan oleh kejadian yang terjadi pada saat kelahiran adalah luka-luka pada saat kelahiran, sesak napas (asfiksia), dan lahir prematur, serta proses kelahiran yang lama.
4. Faktor pascanatal
Banyak sekali faktor pascanatal yang dapat menimbulkan kerusakan otak dan mengakibatkan terjadinya retardasi mental. Termasuk di antaranya adalah infeksi (meningitis, ensefalitis, meningoensefalitis, dan infeksi pada bagian tubuh lain yang menahun), trauma kapitis, tumor otak, kelainan tulang tengkorak, dan keracunan pada otak. Kesehatan ibu yang buruk dan terlalu sering melahirkan merupakan penyebab berbagai macam komplikasi kelahiran seperti bayi lahir prematur, perdarahan postpartum, dan lain sebagainya.
5. Rudapaksa (trauma) dan/atau sebab fisik lain.
Rudapaksa sebelum lahir serta juga trauma lain, seperti sinar X, bahan kontrasepsi, dan usaha melakukan abortus dapat mengakibatkan kelainan dengan RM. Rudapaksa setelah lahir tidak begitu sering mengakibatkan retardasi mental.
6. Gangguan metabolisme, pertumbuhan, atau gizi.
Semua retardasi mental yang langsung disebabkan oleh gangguan metabolisme (misalnya gangguan metabolisme lemak, karbohidrat, dan protein), serta pertumbuhan atau gizi termasuk dalam kelompok ini. Gangguan gizi yang berat dan berlangsung lama sebelum umur 4 tahun sangat memengaruhi perkembangan otak serta dapat mengakibatkan retardasi mental. Keadaan dapat diperbaiki dengan memperbaiki sebelum umur 6 tahun. Sesudah ini biarpun anak itu dibanjiri dengan makanan bergizi, intelegensi yang rendah itu sudah sukar ditingkatkan.
7. Penyakit otak yang nyata (setelah kelahiran).
Kelompok ini termasuk retardasi mental akibat tumor/kanker (tidak termasuk pertumbuhan sekunder karena rudapaksa atau peradangan) dan beberapa reaksi sel-sel otak yang nyata, tetapi yang belum diketahui betul penyebabnya (diduga turunan).

KARAKTERISTIK RETARDASI MENTAL

Menurut Somantri (2007), beberapa karakteristik anak retardasi mental sebagai berikut.

1. Keterbatasan kecerdasan

Dengan adanya keterbatasan kemampuan berpikir, mereka mengalami kesulitan belajar. Masalah yang sering dirasakan terkait proses belajar mengajar di antaranya kesulitan menangkap pelajaran, kesulitan dalam belajar yang baik, mencari metode yang tepat, kemampuan berpikir abstrak yang terbatas, daya ingat lemah, dan lain sebagainya.

Kapasitas anak retardasi mental terutama yang bersifat abstrak seperti berhitung, menulis dan membaca juga terbatas, serta kemampuan belajarnya cenderung tanpa pengertian atau cenderung belajar dengan membeo.

2. Keterbatasan sosial

Dalam pergaulan mereka tidak dapat mengurus, memelihara, dan memimpin diri. Waktu masih kanak-kanak, mereka harus dibantu terus-menerus, disuapi makanan, dipasangkan dan ditanggali pakaian, disingkirkan dari bahaya, diawasi waktu bermain dengan anak lain, bahkan ditunjuki terus apa yang harus dikerjakan. Mereka bermain dengan teman-teman yang lebih muda, karena tidak dapat bersaing dengan teman sebayanya. Tanpa bimbingan dan pengawasan, mereka dapat terjerumus ke dalam tingkah laku yang terlarang terutama mencuri, merusak, dan pelanggaran seksual.

Masalah ini berkaitan dengan masalah-masalah atau kesulitan dalam hubungannya dengan kelompok dan individu di sekitarnya. Kemampuan penyesuaian diri dengan lingkungannya sangat dipengaruhi oleh kecerdasan. Oleh karena tingkat kecerdasan anak tunagrahita berada di bawah normal, maka dalam kehidupan bersosialisasi mengalami hambatan. Selain itu, ada kecenderungan mereka diisolasi (dijauhi) oleh lingkungannya. Anak juga dapat tidak diakui secara penuh sebagai individu yang berpribadi sehingga dapat berpengaruh pada pembentukan pribadi yang mengakibatkan suatu kondisi pada individu tentang ketidakmampuannya di dalam menyesuaikan diri terhadap tuntutan sekolah, keluarga, masyarakat, dan bahkan dirinya sendiri.

3. Keterbatasan fungsi mental lainnya

Memerlukan waktu lebih lama untuk melaksanakan reaksi pada situasi yang belum dikenalnya, keterbatasan penguasaan bahasa, kurang mampu untuk mempertimbangkan sesuatu, membedakan antara baik dan buruk, serta membedakan yang benar dan salah.

Menurut Delphie (2005), karakteristik retardasi mental adalah sebagai berikut.

1. Pada umumnya, anak dengan gangguan perkembangan mempunyai pola perkembangan perilaku yang tidak sesuai dengan kemampuan potensialnya.
2. Anak dengan gangguan perkembangan mempunyai kelainan perilaku maladaptif, yang berkaitan dengan sifat agresif secara verbal atau fisik, perilaku yang suka menyakiti diri sendiri, perilaku suka menghindarkan diri dari orang lain, suka menyendiri, suka

- mengucapkan kata atau kalimat yang tidak masuk akal atau sulit dimengerti maknanya, rasa takut yang tidak menentu sebab akibatnya, selalu ketakutan, serta sikap suka bermusuhan.
3. Pribadi anak dengan gangguan perkembangan mempunyai kecenderungan yang sangat tinggi untuk melakukan tindakan yang salah.
 4. Masalah yang berkaitan dengan kesehatan khusus seperti terhambatnya perkembangan gerak, tingkat pertumbuhan yang tidak normal, kecacatan sensori, khususnya pada persepsi penglihatan dan pendengaran sering tampak pada anak dengan gangguan perkembangan.
 5. Sebagian dari anak dengan gangguan perkembangan mempunyai kelainan penyerta serebral palsi, kelainan saraf otot yang disebabkan oleh kerusakan bagian tertentu pada otak saat dilahirkan ataupun saat awal kehidupan. Mereka yang tergolong memiliki serebral palsi mempunyai hambatan pada intelektual, masalah berkaitan dengan gerak dan postur tubuh, pernapasan mudah kedinginan, buta warna, kesulitan berbicara disebabkan adanya kekejangan otot-otot mulut (artikulasi), serta kesulitan sewaktu mengunyah dan menelan makanan yang keras seperti permen karet, *popcorn*, sering kejang otot (*seizure*).
 6. Secara keseluruhan, anak dengan gangguan perkembangan mempunyai kelemahan pada segi berikut.
 - a. Keterampilan gerak.
 - b. Fisik yang kurang sehat.
 - c. Koordinasi gerak.
 - d. Kurangnya perasaan percaya terhadap situasi dan keadaan sekelilingnya.
 - e. Keterampilan kasar dan halus motor yang kurang.
 7. Dalam aspek keterampilan sosial, anak dengan gangguan perkembangan umumnya tidak mempunyai kemampuan sosial, antara lain suka menghindar dari keramaian, ketergantungan hidup pada keluarga, kurangnya kemampuan mengatasi marah, rasa takut yang berlebihan, kelainan peran seksual, kurang mampu berkaitan dengan kegiatan yang melibatkan kemampuan intelektual, dan mempunyai pola perilaku seksual secara khusus.
 8. Anak dengan gangguan perkembangan mempunyai keterlambatan pada berbagai tingkat dalam pemahaman dan penggunaan bahasa, serta masalah bahasa dapat memengaruhi perkembangan kemandirian dan dapat menetap hingga pada usia dewasa.
 9. Pada beberapa anak dengan gangguan perkembangan mempunyai keadaan lain yang menyertai, seperti autisme, serebral palsi, gangguan perkembangan lain (nutrisi, sakit dan penyakit, kecelakaan dan luka), epilepsi, dan disabilitas fisik dalam berbagai porsi.

TANDA DAN GEJALA RETARDASI MENTAL

Gejala anak retardasi mental, antara lain sebagai berikut.

1. Lamban dalam mempelajari hal baru, mempunyai kesulitan dalam mempelajari pengetahuan abstrak atau yang berkaitan, dan selalu cepat lupa apa yang dia pelajari tanpa latihan yang terus-menerus.
2. Kesulitan dalam menggeneralisasi dan mempelajari hal-hal yang baru.
3. Kemampuan bicaranya sangat kurang bagi anak RM berat.
4. Cacat fisik dan perkembangan gerak. Kebanyakan anak dengan retardasi mental berat mempunyai keterbatasan dalam gerak fisik, ada yang tidak dapat berjalan, tidak dapat berdiri, atau bangun tanpa bantuan. Mereka lambat dalam mengerjakan tugas-tugas yang sangat sederhana, sulit menjangkau sesuatu, dan mendongakkan kepala.
5. Kurang dalam kemampuan menolong diri sendiri. Sebagian dari anak retardasi mental berat sangat sulit untuk mengurus diri sendiri, seperti berpakaian, makan, dan mengurus kebersihan diri. Mereka selalu memerlukan latihan khusus untuk mempelajari kemampuan dasar.
6. Tingkah laku dan interaksi yang tidak lazim. Anak tunagrahita ringan dapat bermain bersama dengan anak reguler, tetapi anak yang mempunyai retardasi mental berat tidak melakukan hal tersebut. Hal itu mungkin disebabkan kesulitan bagi anak retardasi mental dalam memberikan perhatian terhadap lawan main.
7. Tingkah laku kurang wajar yang terus-menerus. Banyak anak retardasi mental berat bertingkah laku tanpa tujuan yang jelas. Kegiatan mereka seperti ritual, misalnya memutar-mutar jari di depan wajahnya dan melakukan hal-hal yang membahayakan diri sendiri, misalnya menggigit diri sendiri, membentur-beturkan kepala, dan lain-lain.

MASALAH KEPERAWATAN YANG TIMBUL

1. Risiko mutilasi diri sendiri berhubungan dengan gangguan neurologis.
2. Kerusakan interaksi sosial berhubungan dengan gangguan neurologis.
3. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan stimulasi sensor yang kurang, menarik diri.
4. Gangguan identitas diri berhubungan dengan stimulasi sensori yang kurang.

PENANGANAN RETARDASI MENTAL

Pencegahan Primer

Dengan dilakukan pendidikan kesehatan pada masyarakat, perbaikan keadaan sosial ekonomi, konseling genetik, dan tindakan kedokteran, misalnya perawatan prenatal, pertolongan persalinan, pengurangan kehamilan pada wanita adolesen dan di atas usia 40 tahun, serta pencegahan radang otak pada anak-anak.

Pencegahan Sekunder

Meliputi diagnosis dan pengobatan dini pada keadaan yang menyebabkan terjadinya retardasi mental.

Pencegahan Tertier

Meliputi latihan dan pendidikan di sekolah luar biasa, obat-obatan neuroleptika, serta obat yang dapat memperbaiki mikrosirkulasi dan metabolisme otak.

LATIHAN

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan retardasi mental!
2. Sebutkan karakteristik perilaku anak retardasi mental!
3. Apa yang dimaksud anak dengan kebutuhan khusus?
4. Sebutkan tanda dan gejala anak retardasi mental!
5. Masalah keperawatan apa yang sering terjadi pada anak retardasi mental?

BACAAN

- Maramis W.F. 2010. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maslim, R. 2002, *Buku Saku; Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ III*. Jakarta: FK Unika Atmajaya.
- Somantri dan Sutjihati. 2006. *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung: Refika Aditama.
- Delphie, B. 2005. *Pembelajaran Anak Tunagrahita*. Bandung: Refika Aditama.
- Soetjiningsih. 1998. *Tumbuh kembang Anak*. Surabaya: Airlangga University Press.

15 Asuhan Keperawatan Anak dengan Gangguan Perilaku: ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan pada anak dengan perilaku hiperaktif.

Tujuan Instruksional Khusus

1. Menyebutkan ADHD.
2. Mengidentifikasi karakteristik perilaku anak dengan ADHD.
3. Melakukan pengkajian keperawatan pada kasus ADHD.
4. Merencanakan tindakan keperawatan pada anak dengan ADHD.
5. Melakukan evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan pada anak dengan ADHD.

PENGERTIAN ADHD

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) merupakan gangguan perilaku yang ditandai oleh rentang perhatian yang buruk dan tidak sesuai dengan perkembangan atau ciri hiperaktivitas dan impulsif atau keduanya yang tidak sesuai dengan usia (Kaplan dan Sandock, 2007). ADHD adalah gangguan yang terjadi mulai sejak masa kanak-kanak, biasanya baru terdeteksi saat usia 7 tahun, atau ketika mulai masuk taman bermain (*playgroup*) dan taman kanak-kanak. ADHD memiliki tiga ciri utama yaitu:

1. tidak mampu memusatkan perhatian;
2. kesulitan mengendalikan impuls;
3. hiperaktivitas.

ETIOLOGI

1. Faktor genetik.
2. Faktor biokimia (dopamin, norepineprin, serotonin).
3. Kerusakan otak.
4. Faktor prenatal (ibu merokok saat hamil, keracunan, alkohol).
5. Perinatal (fetal distress, asfiksia).
6. Postnatal (kejang, CNS abnormalitas).
7. Zat makanan (pengawet).
8. Faktor lingkungan dan psikososial (stres, gangguan jiwa pada ibu saat mengandung, kemiskinan, besar di penjara).

TANDA DAN GEJALA

Perhatian Kurang (Inattention)

1. Sering gagal dalam memberikan perhatian secara mendetail.
2. Sering mengalami kesulitan dalam memberikan perhatian pada tugas atau aktivitas bermain.
3. Sering tampak tidak memperhatikan jika berbicara secara langsung.
4. Sering tidak mengikuti instruksi dan gagal menyelesaikan tugas.
5. Sering mengalami kesulitan dalam menyusun tugas.
6. Sering menolak dan tidak menyukai dalam tugas yang memerlukan usaha mengendalikan mental.
7. Sering kehilangan hal-hal yang diperlukan untuk aktivitas.
8. Sering mudah dikacaukan dengan stimulus lain.
9. Sering lupa dalam aktivitas sehari-hari.

Hiperaktif (Hyperactive)

1. Sering gelisah dan duduk tidak tenang.
2. Sering meninggalkan tempat duduk di ruang kelas.
3. Sering lari-lari atau memanjat pada keadaan yang tidak semestinya.
4. Sering mengalami kesulitan dalam aktivitas bermain atau melakukan aktivitas dengan tenang.
5. Sering bertindak seolah-olah sedang mengemudikan motor.
6. Sering berbicara secara berlebihan.

Impulsif (Impulsive)

1. Sering berkata tanpa berpikir dalam menjawab sebelum pertanyaan selesai.
2. Sering mengalami kesulitan dalam menunggu giliran.
3. Sering menyela atau mengganggu orang lain.

MASALAH KEPERAWATAN YANG TIMBUL

1. Risiko cedera berhubungan dengan impulsivitas, ketidakmampuan mendeteksi bahaya.
2. Kerusakan interaksi sosial berhubungan dengan perilaku immatur.
3. Harga diri rendah berhubungan dengan sistem keluarga yang disfungsi/umpan balik negatif.

TINDAKAN KEPERAWATAN

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang timbul. Secara umum, terapi yang diberikan adalah farmakoterapi, psikoterapi, terapi perilaku, dan bimbingan belajar. Fokus pemberian terapi diutamakan untuk memperbaiki fungsi keluarga, fungsi sosial, dan mengurangi agresivitas.

Prognosis

1. Gejala berkelanjutan sampai remaja atau dewasa.
2. Membaik pada masa pubertas.
3. Hiperaktivitas hilang tetapi gangguan pemusatan perhatian dan impulsivitas tetap ada.

LATIHAN

1. Jelaskan pengertian ADHD.
2. Apa yang dimaksud dengan trias gejala pada ADHD?
3. Masalah keperawatan apa yang bisa terjadi pada anak dengan ADHD?

BACAAN

- Kaplan dan Sandock. 2007. *Synopsis of Psychiatry. Behavior Sciences/Clinical Psychiatry. 10th Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Maslim R. 2002. *Buku Saku; Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ III*, Jakarta: FK Unika Atmajaya.
- Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 3. Jakarta: EGC.

16 Asuhan Keperawatan Anak dengan Gangguan Sosialisasi (Autisme)

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan pada anak dengan autisme.

Tujuan Instruksional Khusus

1. Menjelaskan definisi autisme.
2. Mengidentifikasi karakteristik perilaku anak dengan autisme.
3. Melakukan pengkajian keperawatan pada kasus autisme.
4. Merencanakan tindakan keperawatan pada anak dengan autisme.
5. Melakukan evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan pada anak dengan autisme.

PENGERTIAN AUTISME

Autisme berasal dari kata *auto* yang berarti sendiri. Penyandang autisme seakan-akan hidup dalam dunianya sendiri. Istilah autisme baru diperkenalkan oleh Leo Kanner sejak tahun 1943 (Handojo, 2008). Autisme bukan suatu gejala penyakit, tetapi berupa sindroma (kumpulan gejala) yang terjadi penyimpangan perkembangan sosial, kemampuan berbahasa, dan kepedulian terhadap sekitar (Yatim, 2003). Menurut kamus psikologi, pengertian dari autisme adalah anak dengan kecenderungan diam dan suka menyendiri yang *ekstrem*. Anak autisme bisa duduk dan bermain berjam-jam lamanya dengan jemarinya sendiri atau dengan serpihan kertas, serta tampaknya mereka itu tenggelam dalam satu dunia sendiri.

PENYEBAB AUTISME

Autisme dipengaruhi oleh faktor eksternal dan internal. Faktor internal meliputi genetik, psikologis, neurobiologis, prenatal, natal, infeksi virus, dan trauma kelahiran. Sementara faktor eksternalnya antara lain lingkungan bahan kimia beracun, merkuri, timbal, kadmium, arsenik, dan aluminium (Handojo, 2008).

Faktor Internal

1. Faktor psikologis
Orang tua yang emosional, kaku, dan obsesif, yang mengasuh anak mereka yang secara emosional atau akibat sikap ibu yang dingin (kurang hangat).
2. Neurobiologis
Kelainan perkembangan sel-sel otak selama dalam kandungan atau sudah anak lahir dan menyebabkan berbagai kondisi yang memengaruhi sistem saraf pusat. Hal ini diduga karena adanya disfungsi dari batang otak dan neurolimbik.
3. Faktor genetik
Adanya kelainan kromosom pada anak autisme, tetapi kelainan itu tidak berada pada kromosom yang selalu sama. Ditemukan 20 gen yang terkait dengan munculnya gangguan autisme, tetapi gejala autisme baru bisa muncul jika kombinasi dari banyak gen.
4. Faktor perinatal
Adanya komplikasi prenatal, perinatal, dan neonatal. Komplikasi yang paling sering adalah perdarahan setelah trimester pertama, *fetal distress*, dan penggunaan obat tertentu pada ibu yang sedang hamil. Komplikasi waktu bersalin, terlambat menngis, gangguan pernapasan, dan anemia pada janin.

Faktor Eksternal

Faktor eksternal berasal dari lingkungan yaitu kontaminasi bahan kimia beracun dan logam-logam berat berikut ini (Yatim, 2003).

1. Merkuri (Hg)

Logam berat merkuri merupakan cairan yang berwarna putih keperakan. Paparan logam berat Hg dapat berupa *metyl mercury* dan *etyl mercury (thimerosal)* dalam vaksin. Merkuri dapat memengaruhi otak, sistem saraf, dan saluran cerna. Racun merkuri menyebabkan defisit kognitif dan sosial termasuk kehilangan kemampuan berbicara atau kegagalan untuk mengembangkan gangguan memori, konsentrasi yang buruk, kesulitan dalam mengartikan kata-kata dari berbagai macam tingkah laku autisme.

2. Timbal

Timbal dikenal sebagai neurotoksin yang diartikan sebagai pembunuh sel-sel otak. Kadar timbal yang berlebihan pada darah anak-anak akan memengaruhi kemampuan belajar anak, defisit perhatian, dan sindroma hiperaktivitas.

3. Kadmium (Cd)

Kadmium merupakan bahan alami yang terdapat pada kerak bumi. Logam berat ini murni berupa logam. Logam berwarna putih perak lunak dapat menyebabkan kerusakan sel membran sehingga logam berat lain dipercepat atau dipermudah masuk ke dalam sel.

4. Arsenik (As)

Arsenik banyak digunakan pengusaha atau kontraktor untuk membangun ruang bermain, geladak kapal, atau pagar rumah. Arsenik dapat diisap, ditelan, dan diabsorpsi lewat kontak kulit. Arsenik dapat disimpan di otak, tulang, dan jaringan tubuh, serta akan merusaknya secara serius. Gejalanya yang berlangsung lambat dapat menyebabkan diabetes dan kanker, juga dapat menyebabkan stroke dan sakit jantung. Dalam jangka lama dapat merusak liver, ginjal, dan susunan saraf pusat.

5. Aluminium (Al)

Keracunan aluminium adalah keadaan serius yang terjadi bila mengabsorpsi sejumlah besar aluminium yang sering disimpan di dalam otak. Pemaparan aluminium didapatkan dari konsumsi aluminium dari produk antasid dan air minum (*panic aluminium*). Aluminium masuk ke tubuh lewat sistem digestif, paru-paru, dan kulit sebelum masuk ke jaringan tubuh.

KELAINAN DI OTAK AKIBAT AUTISME

Kelainan Neurokimia

Penurunan kadar neurotransmitter serotonin terutama pada sel purkinje serebellum. Anak normal memiliki kandungan serotonin pada sel purkinje serebellum cukup tinggi.

Kelainan Neuroanatomi

Anak autisme didapatkan kelainan neuroanatomi pada beberapa tempat. Hasil pemeriksaan otopsi didapatkan pengecilan serebellum utama terjadi hipoplasia lobus VI–VII sehingga mengakibatkan produksi serotonin menurun dan lalu lintas rangsangan informasi antara sel

otak menjadi kacau. Didapatkan juga kerusakan hemisfer otak kiri yang menyebabkan gangguan bahasa ekspresif, seperti ucapan kata (area broca) dan reseptif (pengertian [Wernicke]). Selain itu, terdapat gangguan pada lobus parietalis, yakni sebanyak 43% dari jumlah kasus autisme ditemukan terjadi atrofi lobus parietalis, jumlah sel otak menurun, sehingga mengakibatkan perhatian pada lingkungan terganggu, serta anak menjadi acuh tak acuh pada lingkungan. Pada PET *scan* dan MRI didapatkan gangguan pada sistem limbik (daerah hipokampus dan amigdala). Sel neuron tumbuh padat dan kecil yang menyebabkan fungsi neuron menjadi kurang baik.

GEJALA AUTISME

Autisme timbul sebelum anak mencapai usia tiga tahun dan sebagian anak memiliki gejala itu sudah ada sejak lahir. Seorang ibu yang sangat cermat memantau perkembangan anaknya sudah akan melihat beberapa keganjilan sebelum anaknya mencapai usia satu tahun. Hal yang sangat menonjol adalah tidak adanya atau sangat kurangnya tatapan mata.

Sebagian kecil dari penyandang autisme sempat berkembang normal, tetapi sebelum mencapai umur tiga tahun perkembangan terhenti, kemudian timbul kemunduran dan mulai tampak gejala-gejala autisme. Faktor pencetusnya misalnya ditinggal oleh orang terdekat secara mendadak, punya adik, sakit berat, bahkan ada yang gejalanya timbul setelah mendapatkan imunisasi.

Gejala-gajala akan tampak makin jelas setelah anak mencapai usia tiga tahun, yaitu meliputi hal berikut (IDAI, 2004).

1. Gangguan dalam bidang komunikasi verbal dan nonverbal.
 - a. Terlambat bicara.
 - b. Meracau dengan bahasa yang tak dapat dimengerti orang lain.
 - c. Bila kata-kata mulai diucapkan, ia tidak mengerti artinya.
 - d. Bicara tidak dipakai untuk komunikasi.
 - e. Ia banyak meniru atau membeo (*echolalia*).
 - f. Beberapa anak sangat pandai menirukan nyanyian, nada, dan kata-kata tanpa mengerti artinya. Sebagian dari anak-anak ini tetap tak dapat bicara sampai dewasa.
 - g. Bila menginginkan sesuatu ia menarik tangan yang terdekat dan mengharapkan tangan tersebut melakukan sesuatu untuknya.
2. Gangguan dalam bidang interaksi sosial.
 - a. Menolak atau menghindar untuk bertatap mata.
 - b. Tak mau menengok bila dipanggil.
 - c. Sering kali menolak untuk dipeluk.
 - d. Tak ada usaha untuk melakukan interaksi dengan orang lain, lebih asyik main sendiri.
 - e. Bila didekati untuk diajak main, ia malah menjauh.

3. Gangguan dalam bidang perilaku.
 - a. Perilaku yang berlebihan (*excess*) dan kekurangan (*deficient*).
 - 1) Contoh perilaku yang berlebihan adalah adanya hiperaktivitas motorik, seperti tidak bisa diam, jalan mondar-mandir tanpa tujuan yang jelas, melompat-lompat, berputar-putar, memukul-mukul pintu atau meja, mengulang-ulang suatu gerakan tertentu.
 - 2) Contoh perilaku yang kekurangan adalah duduk diam bengong dengan tatap mata yang kosong, melakukan permainan yang sama atau monoton dan kurang variatif secara berulang-ulang, sering duduk diam terpukau oleh sesuatu misalnya bayangan dan benda yang berputar.
 - b. Kadang-kadang ada kelekatan pada benda tertentu, seperti kartu, kertas, gambar, gelang karet, atau apa saja yang terus dipegangnya dan dibawa ke mana saja.
 - c. Perilaku ritual (*ritualistic*).
4. Gangguan dalam bidang perasaan atau emosi.
 - a. Tidak dapat ikut merasakan apa yang dirasakan orang lain, misalnya melihat anak menangis, maka ia tidak merasa kasihan, tetapi merasa terganggu dan anak yang menangis tersebut mungkin didatangi dan dipukul.
 - b. Kadang tertawa sendiri, menangis, atau marah tanpa sebab yang nyata.
 - c. Sering mengamuk takterkendali (bisa menjadi agresif dan destruktif).
5. Gangguan dalam persepsi sensori.
 - a. Mencium atau menggigit mainan atau benda apa saja.
 - b. Bila mendengar suara tertentu, maka ia langsung menutup telinga.
 - c. Tidak menyukai rabaan atau pelukan.
 - d. Merasa sangat tidak nyaman bila dipakaikan pakaian dari bahan yang kasar.

PENATALAKSANAAN MENYELURUH

1. Terapi psikofarmaka

Kerusakan sel otak di sistem limbik, yaitu pusat emosi akan menimbulkan gangguan emosi dan perilaku *temper tantrum*, agresivitas baik terhadap diri sendiri maupun pada orang-orang di sekitarnya, serta hiperaktivitas dan stereotipik. Untuk mengendalikan gangguan emosi ini diperlukan obat yang memengaruhi berfungsinya sel otak. Obat yang digunakan antara lain sebagai berikut.

 - a. Haloperidol

Suatu obat antipsikotik yang mempunyai efek meredam psikomotor, biasanya digunakan pada anak yang menampakkan perilaku *temper tantrum* yang tidak terkendali serta mempunyai efek lain yaitu meningkatkan proses belajar biasanya digunakan dalam dosis 0,20 mg.

- b. Fenfluramin
Suatu obat yang mempunyai efek mengurangi kadar serotonin darah yang bermanfaat pada beberapa anak autisme.
 - c. Naltrexone
Merupakan obat antagonis opiat yang diharapkan dapat menghambat opioid endogen sehingga mengurangi gejala autisme seperti mengurangi cedera pada diri sendiri dan mengurangi hiperaktivitas.
 - d. Clompramin
Merupakan obat yang berguna untuk mengurangi stereotipik, konvulsi, perilaku ritual, dan agresivitas, serta biasanya digunakan dalam dosis 3,75 mg.
 - e. Lithium
Merupakan obat yang dapat digunakan untuk mengurangi perilaku agresif dan mencederai diri sendiri.
 - f. Ritalin
Untuk menekan hiperaktivitas.
2. Terapi perilaku
Penatalaksanaan gangguan autisme menggunakan metode Lovass. Metode Lovass adalah metode modifikasi tingkah laku yang disebut dengan *Applied Behavioral Analysis* (ABA). ABA juga sering disebut sebagai intervensi perilaku (*behavioral intervention*) atau modifikasi (*behavioral modification*). Dasar pemikirannya adalah perilaku yang diinginkan atau yang tidak diinginkan bisa dikontrol atau dibentuk dengan sistem penghargaan (*reward*) dan hukuman (*punishment*). Pemberian penghargaan akan meningkatkan frekuensi munculnya perilaku yang diinginkan, sedangkan hukuman akan menurunkan frekuensi munculnya perilaku yang tidak diinginkan.
 3. Terapi bicara
Gangguan bicara dan berbahasa diderita oleh hampir semua anak autisme. Tata laksana melatih bicara dan berbahasa harus dilakukan karena merupakan gangguan yang spesifik pada anak autisme. Anak dipaksa untuk berbicara kata demi kata, serta cara ucapan harus diperhatikan. Setelah mampu berbicara, diajarkan berdialog. Anak dipaksa untuk memandangi terapis, karena anak autisme tidak mau adu pandang dengan orang lain. Dengan adanya kontak mata, maka diharapkan anak dapat meniru gerakan bibir terapis.
 4. Terapi okupasional
Melatih anak untuk menghilangkan gangguan perkembangan motorik halus dengan memperkuat otot-otot jari supaya anak dapat menulis atau melakukan keterampilan lainnya.
 5. Terapi fisik
Autisme adalah suatu gangguan perkembangan pervasif. Banyak di antara individu autisme mempunyai gangguan perkembangan dalam motorik kasarnya. Fisioterapi dan terapi

integrasi sensoris akan sangat banyak menolong untuk menguatkan otot-ototnya dan memperbaiki keseimbangan tubuhnya.

6. Terapi sosial

Kekurangan yang paling mendasar bagi individu autis adalah dalam bidang komunikasi dan interaksi. Banyak anak-anak ini membutuhkan pertolongan dalam keterampilan berkomunikasi dua arah dan main bersama di tempat bermain. Seorang terapis sosial membantu dengan memberikan fasilitas pada mereka untuk bergaul dengan teman-teman sebaya dan mengajari cara-caranya.

7. Terapi bermain

Meskipun terdengarnya aneh, seorang anak autistik membutuhkan pertolongan dalam belajar bermain. Bermain dengan teman sebaya berguna untuk belajar bicara, komunikasi, dan interaksi sosial. Seorang terapis bermain bisa membantu anak dalam hal ini dengan teknik-teknik tertentu.

8. Terapi perkembangan

Floortime, *Son-rise*, dan *Relationship Developmental Intervention* (RDI) dianggap sebagai terapi perkembangan. Artinya anak dipelajari minatnya, kekuatannya, dan tingkat perkembangannya, kemudian ditingkatkan kemampuan sosial, emosional, dan intelektualnya.

9. Terapi visual

Individu dengan autisme lebih mudah belajar dengan melihat (*visual learners* atau *visual thinkers*). Hal ini yang kemudian dipakai untuk mengembangkan metode belajar komunikasi melalui gambar-gambar, misalnya dengan metode *Picture Exchange Communication System* (PECS). Beberapa video games bisa juga dipakai untuk mengembangkan keterampilan komunikasi.

10. Pendidikan khusus

Anak autisme mudah terganggu perhatiannya, sehingga pada pendidikan khusus satu guru menghadapi satu anak dalam ruangan yang tidak luas dan tidak ada gambar-gambar di dinding atau benda-benda yang tidak perlu, yang dapat mengalihkan perhatian anak. Setelah ada perkembangan, maka mulai dilibatkan dalam lingkungan kelompok kecil, kemudian baru kelompok yang lebih besar. Bila telah mampu bergaul dan berkomunikasi, maka mulai dimasukkan pendidikan biasa di TK dan SD untuk anak normal.

11. Terapi alternatif

Terapi yang digolongkan terapi alternatif adalah semua terapi baru yang masih berlanjut dengan penelitian. Salah satunya adalah terapi detoksifikasi. Terapi ini menggunakan nutrisi dan toksikologi. Terapi ini bertujuan untuk menghilangkan atau menurunkan kadar bahan-bahan beracun yang lebih tinggi dalam tubuh anak autisme dibanding dengan anak normal, agar tidak mengancam perkembangan otak. Kandungan yang dikeluarkan terutama bahan beracun merkuri atau air raksa dan timah yang

memengaruhi sistem kerja otak. Terapi ini meliputi mandi sauna, pemijatan, dan *shower*, yang diikuti olahraga, konsumsi vitamin dosis tinggi, serta air putih minimal dua liter sehari. Tujuannya untuk mengeluarkan racun yang menumpuk dalam tubuh.

MASALAH KEPERAWATAN YANG TIMBUL

1. Risiko mutilasi diri sendiri berhubungan dengan gangguan neurologis.
2. Kerusakan interaksi sosial berhubungan dengan gangguan neurologis.
3. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan stimulasi sensoris yang kurang, menarik diri.
4. Gangguan identitas diri berhubungan dengan stimulasi sensoris yang kurang.

DIET UNTUK ANAK AUTIS

Selain tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan masalah keperawatan, ada beberapa aturan diet khusus pada anak autis. Hal ini patut dipertimbangkan, karena faktor eksternal penyebab autis adalah banyak yang belum dapat dijelaskan dengan tegas, dan banyak terkait dengan konsumsi makanan yang mengandung logam berat.

Makanan yang Harus Dihindari

1. Gluten, yaitu pada gandum, terigu, mie, spageti, makanan ringan, dan lain-lain. Produk olahan (gluten), seperti kecap, roti, kue, dan sebagainya.
2. Kasein, yaitu susu sapi, kambing, keju, es krim, mentega, *yoghurt*, kue kemasan (*cookies*).
3. Makanan yang mengandung penyedap rasa.
4. Bahan pemanis dan pewarna buatan, seperti permen, saos tomat, minuman kemasan (*soft drink*), dan lain-lain.
5. Makanan yang diawetkan, seperti bakso, pangsit.
6. Makanan cepat saji (*fastfood*).
7. Buah yang harus dihindari, yakni pisang, apel, anggur, jeruk, tomat.
8. Semua makan yang menjadi alergen.
9. Penurun panas yang ada, misalnya asetil salisilat, asetaminofen, parasetamol.

Makanan yang Boleh

1. Tepung, seperti ketan, beras, kedelai, tapioka, sagu, hunkwe, soun, bihun, kentang.
2. Buah, seperti pepaya, semangka, melon, nanas.
3. Bahan pewarna alami, misalnya daun pandan, kunyit, coklat bubuk.
4. Margarin dari tumbuhan, santan.
5. Obat penurun panas, misal ibuprofen (proris).

LATIHAN

1. Jelaskan pengertian autisme!
2. Apa tanda dan gejala autisme?
3. Apa penyebab terjadinya autisme?
4. Sebutkan secara umum intervensi yang dapat diberikan pada anak dengan autis!
5. Masalah keperawatan apa yang bisa muncul pada anak autis?

BACAAN

- Handojo, Y. 2008. *Autisme: Petunjuk Praktis dan Pedoman Materi untuk Mengajar Anak Normal, Autis, dan Perilaku Lain*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer.
- Judarwanto. 2007. *Terapi Anak Autis di Rumah*. Jakarta: Puspa Swara.
- Pusponegoro, H., D. 2006. "Apakah yang Dimaksud dengan Autisme". <http://www.idai.or.id>
- Twoy, R., Connolly, P. M. dan Novak, J. M. 2006. "Coping Strategies Used by Parents of Children with Autism". *Journal of the American Academy of Nursing Practitioners* 19(2007).
- Yayasan Autisme Indonesia. 2007. "10 Jenis Terapi Autis". <http://autism.or.id>. 20 Februari 2009.
- Yatim, F. 2003. *Autisme: Suatu Gangguan Jiwa pada Anak*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.

17 Asuhan Keperawatan pada Gangguan Penggunaan Napza

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan penggunaan napza.

Tujuan Instruksional Khusus

1. Menjelaskan pengertian napza.
2. Menyebutkan klasifikasi napza.
3. Mengidentifikasi masalah keperawatan pasien yang menggunakan napza.
4. Menentukan diagnosis keperawatan pasien yang menggunakan napza.
5. Merencanakan tindakan pada pasien dengan penggunaan napza.
6. Melakukan evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien dengan penggunaan napza.

PENGERTIAN NAPZA

Zat adiktif atau istilah yang paling dikenal kalangan masyarakat luas dengan istilah **narkoba** adalah berasal dari kata narkotik dan bahan adiktif. Istilah tersebut kemudian berkembang menjadi **napza**, yang merupakan kependekan dari narkotik, alkohol, psicotropika, dan zat adiktif lainnya. Narkotik adalah obat-obatan yang bekerja pada susunan saraf pusat dan digunakan sebagai analgesik (pengurang rasa sakit) pada bidang kedokteran. Psicotropika adalah obat-obatan yang efek utamanya pada aktivitas mental dan perilaku, biasanya digunakan untuk pengobatan gangguan kejiwaan. Bahan adiktif adalah bahan yang apabila digunakan dapat menimbulkan kecanduan atau ketergantungan. Pemakai dapat merasa tenang, merasa segar, bersemangat, menimbulkan efek halusinasi, dan memengaruhi suasana perasaan pemakai. Efek inilah yang sering dimanfaatkan pemakai saat ia merasa kurang percaya diri, khawatir tidak diakui sebagai kawan, melarikan diri dari permasalahan, atau bahkan hanya untuk sekedar rekreasi (bersenang-senang).

Tanpa disadari, narkoba sekali digunakan akan menimbulkan keinginan mencoba lagi, merasakan lagi, dan mengulang terus sampai merasakan efek dari obat-obatan yang dikonsumsi, yang akibatnya akan terjadi overdosis. Jika tidak mengonsumsi, maka tidak tahan untuk memenuhi keinginannya, tetapi jika mengonsumsi akan khawatir mati akibat overdosis. Hal ini merupakan lingkaran setan. Oleh karena itu, narkoba sekali dicoba akan membelenggu seumur hidup.

JENIS ZAT ADIKTIF

Saat membahas penyalahgunaan zat adiktif, maka akan ditemukan beberapa istilah seperti zat adiktif, zat psikoaktif, dan narkotik.

Zat adiktif adalah suatu bahan atau zat yang apabila digunakan dapat menimbulkan kecanduan atau ketergantungan. **Zat psikoaktif** adalah golongan zat yang bekerja secara selektif terutama pada otak, sehingga dapat menimbulkan perubahan pada perilaku, emosi, kognitif, persepsi dan kesadaran seseorang. Ada dua macam zat psikoaktif, yaitu bersifat adiksi dan nonadiksi. Zat psikoaktif yang bersifat nonadiksi adalah obat neuroleptika untuk kasus gangguan jiwa, psikotik, dan obat antidepresi.

Narkotik adalah istilah yang muncul berdasar Undang-Undang Narkotika Nomor 9 Tahun 1976, yaitu zat adiktif kanabis (ganja), golongan opioida, dan kokain. Ketiga istilah ini sering disebut sebagai narkoba, yang kemudian berkembang menjadi istilah napza.

AKIBAT PENGGUNAAN ZAT ADIKTIF

Seseorang yang menggunakan zat adiktif akan dijumpai gejala atau kondisi yang disebut intoksikasi (teler) yaitu kondisi zat adiktif tersebut bekerja dalam susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan memori, perilaku, kognitif, alam perasaan, dan kesadaran.

Apabila seseorang menggunakan berulang kali atau sering secara berkesinambungan, maka akan dicapai suatu kondisi toleransi, yaitu terjadinya peningkatan jumlah penggunaan zat adiktif untuk mencapai tujuan dari pengguna (memerlukan dosis lebih tinggi untuk mencapai efek yang diharapkan). Kondisi toleransi ini akan terus berlangsung sampai mencapai dosis yang optimal (overdosis).

Pada pemakaian yang terus-menerus tercapai, maka menyebabkan tingkat dosis toleransi yang tinggi. Pengguna zat adiktif bila menghentikan atau tidak menggunakan zat adiktif lagi akan menimbulkan gejala-gejala sindroma putus zat atau pasien dalam kondisi *withdrawal*.

Gejala-gejala intoksikasi dan putus zat berbeda untuk masing-masing zat, seperti pada Tabel 17.2.

RENTANG RESPONS GANGGUAN PENGGUNAAN ZAT ADIKTIF



1. **Eksperimental** adalah kondisi penggunaan tahap awal, yang disebabkan rasa ingin tahu. Biasanya dilakukan oleh remaja, yang sesuai tumbuh kembangnya ingin mencari pengalaman baru atau sering juga dikatakan sebagai taraf coba-coba.
2. **Rekreasional** adalah penggunaan zat adiktif pada waktu berkumpul dengan teman sebayanya, misalnya waktu pertemuan malam minggu, ulang tahun, dan sebagainya. Penggunaan ini bertujuan untuk rekreasi bersama sebayanya.
3. **Situasional** merupakan penggunaan zat yang merupakan cara untuk melarikan diri atau mengatasi masalah yang dihadapi. Biasanya individu menggunakan zat bila sedang dalam konflik, stres, dan frustrasi.
4. **Penyalahgunaan** adalah penggunaan zat yang sudah bersifat patologis, sudah mulai digunakan secara rutin, paling tidak sudah berlangsung selama 1 bulan, sudah terjadi penyimpangan perilaku, serta mengganggu fungsi peran di lingkungan sosialnya, pendidikan, dan pekerjaan. Walaupun pasien menderita cukup serius akibat menggunakan, pasien tersebut tidak mampu untuk menghentikan.
5. **Ketergantungan** adalah penggunaan zat yang sudah cukup berat, sehingga telah terjadi ketergantungan fisik dan psikologis. Ketergantungan fisik ditandai dengan kondisi toleransi dan sindroma putus zat.

ZAT ADIKTIF YANG DISALAHGUNAKAN

Zat adiktif yang biasa digunakan ini penting diidentifikasi untuk mengkaji masalah keperawatan yang mungkin terjadi sesuai dengan zat yang digunakan.

TABEL 17.1 Zat Adiktif yang Disalahgunakan

Golongan	Jenis
Opioida	Morfin, heroin (puthao), candu, kodein, petidin.
Kanabis	Ganja (mariyuana), minyak hasish.
Kokain	Serbuk kokain, daun koka.
Alkohol	Semua minuman yang mengandung ethyl alkohol, seperti brandy, bir, wine, whisky, cognac, brem, tuak, anggur cap orang tua, dan lain-lain.
Sedatif–Hipnotik	Sedatin (BK), rohipnol, mogadon, dulomid, nipam, mandrax.
MDA (Methyl Dioxy Amphetamine)	Amfetamin, benzedrine, dexedrine
MDMA (Methyl Dioxy Methamphetamine)	Ekstasi
Halusinogen	LSD, meskalin, jamur, kecubung.
Solven & Inhalasia	Glue (aica aibon), aceton, thinner, N ₂ O.
Nikotin	Terdapat dalam tembakau.
Kafein	Terdapat dalam kopi.
	dan lain-lain

EFEK DAN CARA PENGGUNAAN

Efek dan cara penggunaan zat adiktif ini perlu dikenali agar masyarakat dapat mengidentifikasi karakteristik atau bahan dan alat yang biasa digunakan oleh penyalah guna zat. Beberapa cara dan efek pada tubuh tampak seperti pada tabel berikut.

TABEL 17.2 Efek dan Cara Penggunaa Zat Adiktif

No.	Jenis	Cara Penggunaan	Efek pada Tubuh
1.	Opium, heroin, morfin	Dihirup melalui hidung, disuntikkan melalui otot atau pembuluh darah vena.	Merasa bebas dari rasa sakit, tegang, euforia.
2.	Kokain	Ditelan bersama minuman, diisap seperti rokok, atau disuntikkan.	Merasa gembira, bertenaga, lebih percaya diri
3.	Kanabis, mariyuana, ganja	Dicampur dengan tembakau.	Rasa gembira, lebih percaya diri, relaks.
4.	Alkohol	Diminum	Bergantung kandungan alkoholnya.
5.	Amfetamin	Diisap, ditelan	Merasa lebih percaya diri, mengurangi rasa lelah, meningkatkan konsentrasi.
6.	Sedatif	Ditelan	Merasa lebih santai, menyebabkan kantuk.

No.	Jenis	Cara Penggunaan	Efek pada Tubuh
7.	Shabu-shabu	Diisap	Badan terasa lebih segar, gembira, nafsu makan menurun, lebih percaya diri.
8.	XTC	Ditelan	Meningkatkan kegembiraan, stamina meningkat.
9.	LSD	Diisap atau ditelan	Perasaan melayang (<i>fly</i>), muncul halusinasi yang bentuknya berbeda pada tiap individu

PERMASALAHAN YANG SERING TIMBUL

Ada berbagai macam masalah kesehatan yang sering muncul pada keadaan penyalahgunaan zat, antara lain sebagai berikut.

Ancaman Kehidupan (Kondisi Overdosis)

Tahap ini kondisi pasien sudah cukup serius dan kritis, penggunaan cukup berat, tingkat toleransi yang tinggi, serta cara penggunaan yang impulsif. Masalah kesehatan yang sering timbul antara lain sebagai berikut.

1. Tidak efektifnya jalan napas (depresi sistem pernapasan) berhubungan dengan intoksikasi opioida, sedatif hipnotik, alkohol.
2. Gangguan kesadaran berhubungan dengan intoksikasi sedatif hipnotik, alkohol.
3. Gangguan keseimbangan cairan elektrolit berhubungan dengan delirium tremens (putus zat alkohol).
4. Amuk berhubungan dengan intoksikasi sedatif hipnotik.
5. Potensial melukai diri/lingkungan berhubungan dengan intoksikasi alkohol, sedatif hipnotik.
6. Potensial merusak diri/bunuh diri berhubungan dengan putus zat MDMA (ekstasi).

Kondisi Intoksikasi

1. Cemas berhubungan dengan intoksikasi ganja.
2. Perilaku agresif berhubungan dengan intoksikasi sedatif hipnotik, alkohol.
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan intoksikasi sedatif hipnotik, alkohol, opioida.
4. Gangguan kognitif berhubungan dengan intoksikasi sedatif hipnotik, alkohol, kanabis, opioida.
5. Gangguan rasa nyaman, seperti mual/muntah berhubungan dengan intoksikasi MDMA (ekstasi).

Sindroma Putus Zat (Withdrawal)

1. Kejang berhubungan dengan putus zat alkohol, sedatif hipnotik.
2. Gangguan persepsi (halusinasi) berhubungan dengan putus zat alkohol, sedatif hipnotik.
3. Gangguan proses berpikir (waham) berhubungan dengan putus zat alkohol, sedatif hipnotik.
4. Gangguan tidur (insomnia, hipersomnia) berhubungan dengan putus zat alkohol, sedatif hipnotik, opioida, MDMA (ekstasi).
5. Gangguan rasa nyaman (mual, muntah) berhubungan dengan putus zat alkohol, sedatif hipnotik, opioida.
6. Gangguan rasa nyaman (nyeri sendi, otot, tulang) berhubungan dengan putus zat opioida.
7. Gangguan afektif (depresi) berhubungan dengan putus zat MDMA (ekstasi).
8. Perilaku manipulatif berhubungan dengan putus zat opioida.
9. Terputusnya program perawatan (melarikan diri, pulang paksa) berhubungan dengan kurangnya sistem dukungan keluarga.
10. Cemas (keluarga) berhubungan dengan kurangnya pengetahuan dalam merawat pasien ketergantungan zat adiktif.
11. Potensial gangguan nutrisi (kurang dari kebutuhan) berhubungan dengan putus zat opioida.

Pascadetoksikasi (Rehabilitasi Mental Emosional)

1. Gangguan pemusatan perhatian berhubungan dengan dampak penggunaan zat adiktif.
2. Gangguan kegiatan hidup sehari-hari (*activity daily life—ADL*) berhubungan dengan dampak penggunaan zat adiktif.
3. Pemecahan masalah yang tidak efektif berhubungan dengan kurang pengetahuan, pola asuh yang salah, dan tidak mampu asertif.
4. Gangguan konsep diri (harga diri rendah) berhubungan dengan pemecahan masalah yang tidak adekuat sehingga melakukan penggunaan zat adiktif.
5. Kurang kooperatif dalam program perawatan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan perawatan gangguan penggunaan zat adiktif.
6. Potensial melarikan diri berhubungan dengan ketergantungan psikologis ganja dan alkohol.
7. Potensial kambuh (relaps) berhubungan dengan kurang/tidak adanya sistem dukungan keluarga.

TINDAKAN

Prinsip tindakan keperawatan pada pasien penyalahgunaan napza disesuaikan dengan masalah keperawatan yang timbul (seperti yang telah disebutkan di atas). Misalnya, pada kondisi overdosis maka usahakan pasien tidak mengalami ancaman kehidupan yang dapat menimbulkan kematian. Pada kondisi intoksikasi usahakan agar (1) pasien tidak mengalami perilaku amuk, agresif, (2) cemas pasien berkurang, (3) rasa nyaman terpenuhi, dan (4) bawalah pasien ke tempat pelayanan kesehatan.

PENCEGAHAN PENYALAHGUNAAN Napza

Beberapa materi pendidikan kesehatan yang dapat diberikan pada kelompok risiko tinggi. Orang tua serta masyarakat umum mengetahui hal-hal yang berkaitan kewaspadaan-kewaspadaan terhadap pengguna dan sikap preventif yang dapat dilakukan, di antaranya sebagai berikut.

1. Waspadai jika ditemukan benda-benda seperti:
 - a. jarum suntik,
 - b. kertas timah,
 - c. CD bekas atau kartu telepon yang permukaannya bergores,
 - d. bong,
 - e. botol dengan pipa yang berbentuk unik,
 - f. lintingan uang kertas atau balok-balok serupa gelas kubus yang tengahnya berlubang.
2. Waspadai jika saudara atau teman memperlihatkan ciri-ciri sebagai berikut.
 - a. Prestasi sekolah menurun secara drastis/anjlok.
 - b. Pola tidur berubah, misalnya pagi susah dibangunkan dan malam suka begadang.
 - c. Selera makan berkurang.
 - d. Banyak mengurung diri dalam kamar, menghindari bertemu anggota keluarga lainnya karena takut ketahuan, dan menolak makan bersama.
 - e. Bersikap tidak ramah, kasar terhadap anggota keluarga lainnya, dan mulai suka berbohong.
 - f. Mabuk, bicara pelo (cadel), dan jalan sempoyongan.
3. Kenali penggunaan bahasa yang sering digunakan di antara bandar dan pengguna napza, antara lain sebagai berikut.
 - a. 4-dimensi : Pakai serentak empat macam, yaitu ganja, ekstasi, shabu, dan alkohol.
 - b. Afo : Aluminium foil
 - c. Amper : Amplop
 - d. B.D. : Bandar

e. badog	: Takaran yang banyak untuk sekali pakai.
f. Bebe/barbuk	: Barang bukti
g. Bokul	: Beli
h. Bong	: Alat untuk sedot putaw
i. Gap	: Tertangkap, ketahuan
j. Gaw/O	: Gram, satu gram
k. Getrek	: Polisi
l. Junkies	: Pemakai putaw
m. Kertim	: Kertas timah
n. Ngedrag	: Shabu di atas aluminium foil, dibakar, lalu asap dihirup melalui bong.
o. Ngetrip	: Tripping
p. Nyabu	: Memakai shabu
q. Nyepet	: Pakai putaw dengan suntikan
r. O.D.	: Overdosis
s. Pakaw	: Pakai putaw
t. Paket	: Kemasan berisi putaw
u. Parno	: Takut, curiga berlebihan karena shabu.
v. Pedaw/badai	: Mabuk karena putaw
w. Pumping/spidol/ tombak/insul	: Suntikan
x. Relaps	: Memakai napza lagi
y. Sakaw	: Sakit putus putaw
z. Seperempti	: Seperempat gram
aa. Setengki	: Setengah gram
ab. SS/susu/ubas	: Shabu
ac. Stockun/gitting	: Mabuk berat, <i>fligh</i> , badai
ad. STP	: Stock putaw
ae. T.U.	: Utang sama bandar
af. Tekapan	: Paket putaw

Tindakan yang dapat dilakukan sebagai sikap preventif, di antaranya sebagai berikut.

1. Lengkapi diri dengan informasi tentang penyalahgunaan napza dan dampaknya.
2. Hindari lingkungan yang kurang kondusif.
3. Kembangkan sikap asertif.
4. Meningkatkan keinginan dan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa.
5. Segera mencari bantuan apabila menghadapi masalah.
6. Mencari dan menciptakan aktivitas yang produktif dan positif.

LATIHAN

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan Napza!
2. Apa yang akan terjadi jika seseorang menggunakan Napza?
3. Apa yang dimaksud dengan lingkaran setan dalam penggunaan Napza?
4. Sebutkan golongan Napza!
5. Jelaskan upaya mencegah terjadinya gangguan Napza!

BACAAN

- Deborah Antai-Otong. 1995. *Psychiatric Nursing: Biological and Behavioral Concepts*. W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Depkes RI. *Petunjuk Teknis Terapi Kelompok Pasien Mental di RS Jiwa*. Direktorat Kesehatan Jiwa, Jakarta.
- Hayes R.E dan Joyce L. Kee. 1996. *Farmakologi, Pendekatan Proses Keperawatan*. EGC. Jakarta.
- Stuart, G.W. dan Sundeen, S.J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Stuart, Gail W. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition*. St Louis: Mosby.
- Townsend, M.C. 1998. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care. 2th Edition*. Philadelphia: Davis Company.

18 Kedaruratan Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit—PICU)

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi kegawatdaruratan dalam keperawatan kesehatan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan definisi kedaruratan psikiatri.
2. Mengidentifikasi tingkat kegawatdaruratan psikiatri.
3. Mengidentifikasi berbagai masalah keperawatan yang mungkin terjadi pada kegawatdaruratan psikiatri.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada kegawatdaruratan psikiatri.
5. Melakukan evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan pada kegawatdaruratan psikiatri.

PENGERTIAN KEDARURATAN PSIKIATRI

Kedaruratan psikiatri adalah suatu kondisi gangguan akut pada pikiran, perasaan, perilaku, atau hubungan sosial yang membutuhkan suatu intervensi segera (Allen, Forster, Zealberg, dan Currier, 2002). Sementara itu, menurut Kaplan dan Sadock (1998), kedaruratan psikiatri adalah gangguan alam pikiran, perasaan, atau perilaku yang membutuhkan intervensi terapeutik segera, sehingga prinsip dari kedaruratan psikiatri adalah perlu penanganan segera. Oleh karena itu, kedaruratan psikiatri di Indonesia sering disebut dengan unit perawatan intensif psikiatri (UPIP) atau *psychiatric intensive care unit* (PICU). Adapun kriteria kedaruratan memiliki kriteria adalah sebagai berikut.

1. Ancaman segera terhadap kehidupan, kesehatan, harta benda, atau lingkungan.
2. Telah menyebabkan kehilangan kehidupan, gangguan kesehatan, serta harta benda dan lingkungan.
3. Memiliki kecenderungan peningkatan bahaya yang tinggi dan segera terhadap kehidupan, kesehatan, harta benda, atau lingkungan.

Berdasarkan prinsip segera, penanganan kedaruratan dibagi dalam fase intensif I (24 jam pertama), fase intensif II (24–72 jam pertama), dan fase intensif III (72 jam–10 hari). Fase intensif I adalah fase 24 jam pertama pasien dirawat dengan observasi, diagnosis, perawatan, dan evaluasi yang ketat. Berdasarkan hasil evaluasi pasien, maka pasien memiliki tiga kemungkinan yaitu dipulangkan, dilanjutkan ke fase intensif II, atau dirujuk ke rumah sakit jiwa. Fase intensif II fase perawatan pasien dengan observasi kurang ketat sampai dengan 72 jam. Berdasarkan hasil evaluasi, maka pasien pada fase ini memiliki empat kemungkinan yaitu dipulangkan, dipindahkan ke ruang fase intensif III, atau kembali ke ruang fase intensif I. Pada fase intensif III, pasien dikondisikan sudah mulai stabil, sehingga observasi menjadi lebih berkurang dan tindakan-tindakan keperawatan lebih diarahkan kepada tindakan rehabilitasi. Fase ini berlangsung sampai dengan maksimal 10 hari. Merujuk kepada hasil evaluasi maka pasien pada fase ini dapat dipulangkan, dirujuk ke rumah sakit jiwa atau unit psikiatri di rumah sakit umum, ataupun kembali ke ruang fase intensif I atau II.

Adapun skala yang digunakan untuk mengukur tingkat kedaruratan pasien adalah skala *General Adaptive Function* (GAF) dengan rentang skor 1–30 skala GAF. Kondisi pasien dikaji setiap sif dengan menggunakan skor GAF.

TABEL 18.1 Kategori Skala General Adaptive Function (GAF)

Nilai	Keterangan
Skor 11–20	Terdapat bahaya melukai diri sendiri atau orang lain (misalnya usaha bunuh diri tanpa harapan yang jelas akan kematian, sering melakukan kekerasan, kegembiraan manik) ATAU kadang-kadang gagal untuk mempertahankan perawatan diri yang minimal (misalnya mengusap feses) ATAU gangguan yang jelas dalam komunikasi (sebagian besar inkoheren atau membisu).

Nilai	Keterangan
Skor 1–10	Bahaya melukai diri sendiri atau orang lain persisten dan parah (misalnya kekerasan rekuren) ATAU ketidakmampuan persisten untuk mempertahankan kebersihan pribadi yang minimal ATAU tindakan bunuh diri yang serius tanpa harapan akan kematian yang jelas.

Keperawatan memberikan intervensi kepada pasien berfokus pada respons, sehingga kategori pasien dibuat dengan skor Respons Umum Fungsi Adaptif (RUFA) atau *General Adaptive Function Response* (GAFR) yang merupakan modifikasi dari skor GAF. Secara umum, pasien yang dirawat di UPIP adalah pasien dengan kriteria berikut.

1. Risiko bunuh diri yang berhubungan dengan kejadian akut.
2. Penyalahgunaan napza atau kedaruratan yang terjadi akibat napza.
3. Kondisi lain yang akan mengalami peningkatan yang bermakna dalam waktu singkat.

Sementara itu, berdasarkan masalah keperawatan maka pasien yang perlu dirawat di unit perawatan intensif psikiatri adalah pasien dengan masalah keperawatan sebagai berikut.

1. Perilaku kekerasan.
2. Perilaku bunuh diri.
3. Perubahan sensori persepsi: halusinasi (fase IV).
4. Perubahan proses pikir: waham curiga.
5. Masalah-masalah keperawatan yang berkaitan dengan kondisi pasien putus zat dan overdosis, seperti perubahan kenyamanan berupa nyeri, gangguan pola tidur, gangguan pemenuhan nutrisi, gangguan eliminasi bowel, dan defisit perawatan diri.

ALUR PENERIMAAN PASIEN DI UPIP

Pasien baru yang masuk di UPIP dilakukan triase dengan mengkaji keluhan utama pasien dengan menggunakan skor RUFA (1–30) dan tanda vital. Berikut kategori pasien menurut skor RUFA adalah sebagai berikut.

1. Skor 1–10 masuk ruang intensif I.
2. Skor 11–20 masuk ruang intensif II.
3. Skor 21–30 masuk ruang intensif III.

Triase

Tahapan triase dilakukan *rapid assessment/screening assessment* yang dilakukan berdasarkan protap. Pengkajian ini harus meliputi nama pasien, tanggal lahir, nomor tanda pengenal (KTP/SIM/paspor), alamat, nomor telepon, serta nama dan nomor telepon orang terdekat pasien

yang dapat dihubungi. Selain itu, juga disertakan tanda vital dan keluhan utama dengan skor RUFA untuk menentukan perlu tidaknya dirawat di unit UPIP dan bila dirawat untuk menentukan level/fase intensif pasien. Sementara pihak medis melakukan pengkajian dengan menggunakan skala GAF

Fase Intensif I (24 Jam Pertama)

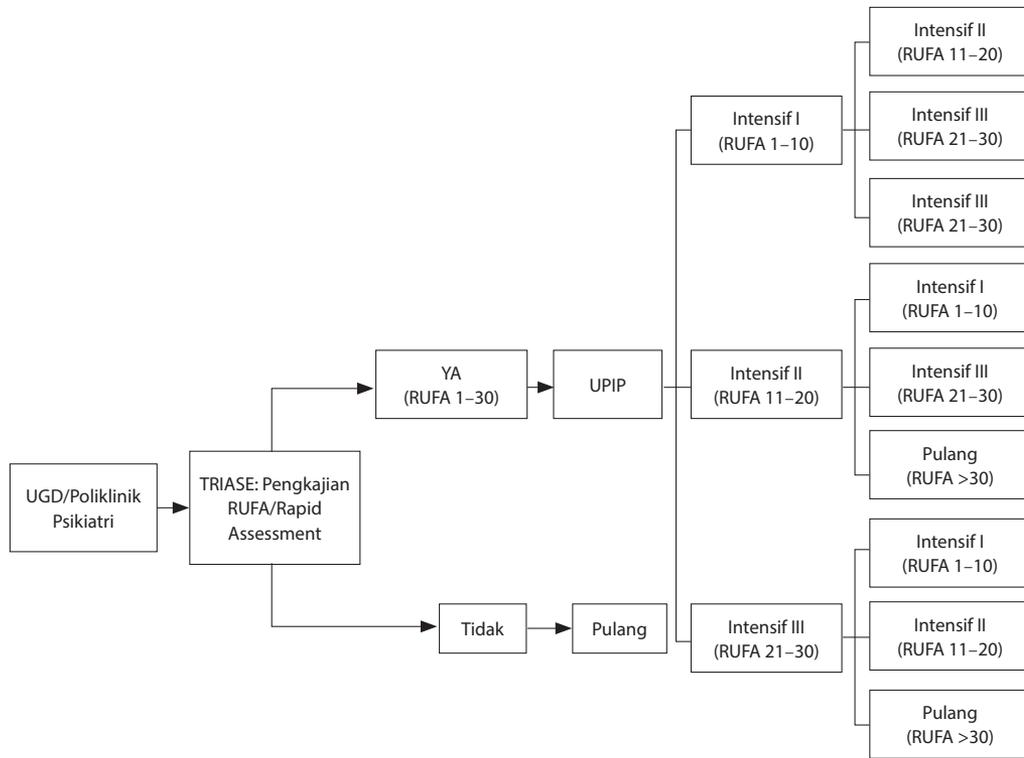
1. Prinsip tindakan
 - a. Penyelamatan hidup (*life saving*).
 - b. Mencegah cedera pada pasien, orang lain, dan lingkungan.
2. Indikasi
Pasien dengan skor 1–10 skala RUFA.
3. Pengkajian
Hal-hal yang harus dikaji adalah sebagai berikut.
 - a. Riwayat perawatan yang lalu.
 - b. Psikiater/perawat jiwa yang baru-baru ini menangani pasien (bila memungkinkan).
 - c. Diagnosis gangguan jiwa di waktu yang lalu yang mirip dengan tanda dan gejala yang dialami pasien saat ini.
 - d. Stresor sosial, lingkungan, dan kultural yang menimbulkan masalah pasien saat ini.
 - e. Kemampuan dan keinginan pasien untuk bekerja sama dalam proses perawatan.
 - f. Riwayat pengobatan dan respons terhadap terapi, yang mencakup jenis obat yang didapat, dosis, respons terhadap obat, efek samping dan kepatuhan minum obat, serta daftar obat terakhir yang diresepkan dan nama dokter yang meresepkan.
 - g. Pemeriksaan kognitif untuk mendeteksi kerusakan kognitif atau neuropsikiatrik.
 - h. Tes kehamilan untuk semua pasien perempuan usia subur.
Pengkajian lengkap harus dilakukan dalam 3 jam pertama. Selain itu, pasien harus sudah diperiksa dalam 8 jam pertama. Pasien yang berada dalam kondisi yang sangat membutuhkan penanganan harus segera dikaji dan bertemu dengan psikiater/petugas kesehatan jiwa dalam 15 menit pertama.
4. Intervensi
Intervensi untuk fase ini adalah observasi ketat, yakni sebagai berikut.
 - a. Bantuan pemenuhan kebutuhan dasar (makan, minum, perawatan diri).
 - b. Manajemen pengamanan pasien yang efektif (jika dibutuhkan).
 - c. Terapi modalitas yang dapat diberikan pada fase ini adalah terapi musik.
5. Evaluasi
 - a. Evaluasi dilakukan setiap sif untuk menentukan apakah kondisi pasien memungkinkan untuk dipindahkan ke ruang intensif II.
 - b. Bila kondisi pasien di atas 10 skala RUFA maka pasien dapat dipindahkan ke intensif II.

Fase Intensif II (24–72 Jam Pertama)

1. Prinsip tindakan
 - a. Observasi lanjutan dari fase krisis (intensif I).
 - b. Mempertahankan pencegahan cedera pada pasien, orang lain, dan lingkungan.
2. Indikasi
Pasien dengan skor 11–20 skala RUFA
3. Intervensi
Intervensi untuk fase ini adalah observasi frekuensi dan intensitas yang lebih rendah dari fase intensif I. Terapi modalitas yang dapat diberikan pada fase ini adalah terapi musik dan terapi olahraga.
4. Evaluasi
 - a. Evaluasi dilakukan setiap sif untuk menentukan apakah kondisi pasien memungkinkan untuk dipindahkan ke ruang intensif III.
 - b. Bila kondisi pasien di atas skor 20 skala RUFA, maka pasien dapat dipindahkan ke intensif III. Bila di bawah skor 11 skala RUFA, maka pasien dikembalikan ke fase intensif I.

Fase Intensif III (72 Jam–10 Hari)

1. Prinsip tindakan
 - a. Observasi lanjutan dari fase akut (intensif II).
 - b. Memfasilitasi perawatan mandiri pasien.
2. Indikasi
Pasien dengan skor 21–30 skala RUFA.
3. Intervensi
Intervensi untuk fase ini adalah sebagai berikut.
 - a. Observasi dilakukan secara minimal.
 - b. Pasien lebih banyak melakukan aktivitas secara mandiri.
 - c. Terapi modalitas yang dapat diberikan pada fase ini adalah terapi musik, terapi olahraga, dan terapi keterampilan hidup (*life skill therapy*).
4. Evaluasi
 - a. Evaluasi dilakukan setiap sif untuk menentukan apakah kondisi pasien memungkinkan untuk dipulangkan.
 - b. Bila kondisi pasien di atas skor 30 skala RUFA, maka pasien dapat dipulangkan dengan mengontak perawat CMHN terlebih dahulu. Bila di bawah skor 20 skala RUFA, maka pasien dikembalikan ke fase intensif II, serta jika di bawah skor 11 skala RUFA, maka pasien dikembalikan ke fase intensif I.



GAMBAR 18.1 Alur Penerimaan Pasien di Ruang UPIP

ASUHAN KEPERAWATAN INTENSIF PADA PASIEN PERILAKU KEKERASAN

Pengkajian

Pengkajian pasien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di ruang UPIP terbagi dalam tiga kelompok berdasarkan skala RUFA.

TABEL 18.2 Kelompok Pengkajian Masalah Keperawatan Perilaku Kekerasan

Aspek	Intensif I 24 Jam (Skor: 1–10)	Intensif II 24–72 Jam (Skor: 11–20)	Intensif III 72 Jam–10 Hari (Skor: 21–30)
Perilaku	Melukai diri sendiri, orang lain, merusak lingkungan, mengamuk, menentang, mengancam, mata melotot.	Menentang, mengancam, mata melotot.	Menentang.

Aspek	Intensif I 24 Jam (Skor: 1–10)	Intensif II 24–72 Jam (Skor: 11–20)	Intensif III 72 Jam–10 Hari (Skor: 21–30)
Verbal	Bicara kasar, intonasi tinggi, menghina orang lain, menuntut, berdebat.	Bicara kasar, intonasi sedang, menghina orang lain, menuntut, berdebat.	Intonasi sedang, menghina orang lain, berdebat.
Emosi	Labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, marah-marah, dendam, merasa tidak aman.	Labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, dendam merasa tidak aman.	Labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, merasa tidak aman.
Fisik	Muka merah, pandangan tajam, napas pendek, keringat (+), tekanan darah meningkat.	Pandangan tajam, tekanan darah meningkat.	Pandangan tajam, tekanan darah menurun.

Asuhan Keperawatan Intensif I (24 Jam Pertama)

1. Tindakan keperawatan
 - a. Tujuan

Pasien tidak membahayakan dirinya, orang lain, dan lingkungan.
 - b. Tindakan
 - 1) Komunikasi terapeutik
 - a) Bicara dengan tenang.
 - b) Vokal jelas dan nada suara tegas.
 - c) Intonasi rendah.
 - d) Gerakkan tidak tergesa-gesa.
 - e) Pertahankan posisi tubuh.
 - f) Jaga jarak 1–3 langkah dari pasien.
 - 2) Siapkan lingkungan yang aman
 - a) Lingkungan tenang.
 - b) Tidak ada barang-barang yang berbahaya atau singkirkan semua benda yang membahayakan.
 - 3) Kolaborasi
 - a) Ukur tanda vital, seperti tekanan darah, nadi, dan suhu.
 - b) Jelaskan secara singkat pada pasien tentang tindakan kolaborasi yang akan dilakukan.
 - c) Berikan obat-obatan sesuai standar medik seperti transquiliser sesuai program terapi. Pengobatan dapat berupa suntikan valium 10 mg IM/IV 3–4 × 1 amp/hari dan suntikan Haloperidol (Serenace) 5 mg, 3–4 × 1 amp/hari.
 - d) Pantau keefektifan obat-obatan dan efek sampingnya.
 - 4) Observasi pasien setiap 15 menit sekali. Catat adanya peningkatan atau penurunan perilaku (yang harus diperhatikan oleh perawat terkait dengan perilaku, verbal, emosi, dan fisik).

- 5) Jika perilaku pasien tidak terkendali dan semakin tidak terkontrol, serta terus mencoba melukai dirinya sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan, maka dapat dilakukan tindakan pembatasan gerak. Jika perilaku masih tidak terkendali, maka dapat dilakukan pengekangan. Tindakan pengekangan merupakan tindakan akhir yang dapat dilakukan.
 - 6) Tindakan pembatasan gerak/pengekangan
 - a) Jelaskan tindakan yang akan dilakukan bukan sebagai hukuman melainkan untuk mengamankan pasien, orang lain, dan lingkungan dari perilaku pasien yang kurang terkontrol.
 - b) Siapkan ruang isolasi/alat pengekang (*restrain*).
 - c) Lakukan kontrak untuk mengontrol perilakunya.
2. Jika tindakan pengekangan dilakukan, maka lakukan hal berikut.
- a. Lakukan pengikatan pada ekstremitas dengan petunjuk ketua tim.
 - b. Lakukan observasi pengekangan dengan skala RUFA setiap 2 jam.
 - c. Perawatan pada daerah pengikatan.
 - 1) Pantau kondisi kulit yang diikat, seperti warna, temperatur, sensasi.
 - 2) Lakukan latihan gerak pada tungkai yang diikat secara bergantian setiap dua jam.
 - 3) Lakukan perubahan posisi pengikatan.
 - d. Libatkan dan latih pasien untuk mengontrol perilaku sebelum ikatan dibuka secara bertahap.
 - e. Kurangi pengekangan secara bertahap, misalnya ikatan dibuka satu per satu secara bertahap.
 - f. Jika pasien sudah mulai dapat mengontrol perilakunya, maka pasien sudah dapat dicoba untuk bersama dengan pasien lain dengan terlebih dahulu membuat kesepakatan yaitu jika kembali perilakunya tidak terkontrol maka pasien akan diisolasi atau pengekangan kembali.
3. Tindakan keperawatan untuk keluarga.
- a. Tujuan
 - 1) Keluarga mampu mengenal masalah perilaku kekerasan pada anggota keluarganya.
 - 2) Keluarga mampu memahami proses terjadinya masalah perilaku kekerasan.
 - 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah perilaku kekerasan.
 - 4) Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan di level intensif I.
 - b. Tindakan keperawatan
 - 1) Diskusikan tentang pengertian perilaku kekerasan.
 - 2) Diskusikan tentang tanda dan gejala perilaku kekerasan.

- 3) Diskusikan tentang penyebab dan akibat dari perilaku kekerasan.
 - 4) Diskusikan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan dengan cara mengajarkan teknik relaksasi napas dalam.
 - 5) Jelaskan tentang terapi obat pasien pada level intensif I.
4. Evaluasi
- Evaluasi respons umum adaptasi pasien dilakukan setiap akhir sif oleh perawat. Pada pasien perilaku kekerasan evaluasi meliputi hal sebagai berikut.
- a. Perilaku, seperti menentang, mengancam, mata melotot.
 - b. Verbal, seperti bicara kasar, intonasi sedang, menghina orang lain, menuntut, dan berdebat.
 - c. Emosi, seperti labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, merasa tidak aman.
 - d. Fisik, seperti pandangan tajam, tekanan darah masih meningkat.
5. Rujukan
- Hasilnya adalah jika kondisi tersebut tercapai, perawatan dilanjutkan pada level intensif II, sedangkan jika tidak tercapai, maka pasien tetap berada di perawatan level intensif I.
6. Dokumentasi
- Dokumentasikan semua tindakan yang sudah dilaksanakan dan hasil evaluasi dari tindakan tersebut. Sertakan juga alasan tindakan dari pembatasan gerak/pengekangan dan alasan penghentian dari pembatasan gerak/pengekangan.

Asuhan Keperawatan Intensif II (25–72 Jam)

1. Tindakan keperawatan
 - a. Tujuan

Pasien tidak membahayakan dirinya, orang lain, dan lingkungan.
 - b. Tindakan
 - 1) Komunikasi terapeutik
 - a) Bicara dengan tenang.
 - b) Vokal jelas dan nada suara tegas.
 - c) Intonasi rendah.
 - d) Gerakkan tidak tergesa-gesa.
 - e) Pertahankan posisi tubuh.
 - f) Jaga jarak 1–3 langkah dari pasien.
 - 2) Siapkan lingkungan yang aman
 - a) Lingkungan tenang.
 - b) Tidak ada barang-barang yang berbahaya atau singkirkan semua benda yang membahayakan.
 - 3) Kolaborasi
 - a) Berikan obat-obatan sesuai standar medik seperti transquiliser sesuai program terapi. Pengobatan dapat berupa suntikan valium 10 mg IM/IV 3–4 × 1 amp/hari dan suntikan Haloperidol (Serenace) 5 mg, 3–4 × 1 amp/hari.

- b) Jelaskan pada pasien jika ada perubahan dalam terapi medis seperti penambahan obat oral.
- c) Pantau keefektifan obat-obatan dan efek sampingnya.
- 4) Buat perjanjian dengan pasien untuk mempertahankan perilakunya.
 - a) Bantu pasien menggunakan kontrol diri yang diperlukan, seperti latihan mengendalikan emosi secara fisik, misalnya memukul saksak.
 - b) Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat.
- c. Evaluasi
Evaluasi respons umum adaptasi pasien dilakukan setiap akhir sif oleh perawat. Pada pasien perilaku kekerasan evaluasi meliputi berikut.
 - 1) Perilaku, seperti menentang, mengancam, mata melotot.
 - 2) Verbal, seperti bicara kasar, intonasi sedang, menghina orang lain, menuntut, dan berdebat.
 - 3) Emosi, seperti labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, merasa tidak aman.
 - 4) Fisik: pandangan tajam, tekanan darah masih meningkat.
- d. Rujukan
Hasilnya yaitu jika kondisi tersebut tercapai, perawatan dilanjutkan pada level intensif III, sedangkan jika tidak tercapai, maka pasien tetap berada di perawatan level intensif I.
- e. Dokumentasi
Dokumentasikan semua tindakan yang sudah dilaksanakan dan hasil evaluasi dari tindakan tersebut serta alasan tindakan dari pembatasan gerak atau pengekangan.

Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam–10 Hari)

- 1. Tindakan Keperawatan
 - a. Tujuan
Pasien tidak melakukan tindakan kekerasan.
 - b. Tindakan
 - 1) Komunikasi terapeutik.
 - a) Bicara dengan tenang.
 - b) Vokal jelas dan nada suara tegas.
 - c) Intonasi rendah.
 - d) Gerakkan tidak tergesa-gesa.
 - e) Pertahankan posisi tubuh.
 - f) Jaga jarak 1–3 langkah dari pasien.

- 2) Siapkan lingkungan yang aman.
 - a) Lingkungan tenang.
 - b) Tidak ada barang-barang yang berbahaya atau singkirkan semua benda yang membahayakan.
 - 3) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan.
 - a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik.
 - b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis.
 - c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial.
 - d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual.
 - e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual.
 - f) Diskusikan bersama pasien perilaku yang biasa dilakukan pada saat marah secara verbal terhadap orang lain, diri sendiri, dan lingkungan.
 - g) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya.
 - h) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal (menyatakan secara asertif rasa marahnya), spiritual (sholat/berdoa sesuai keyakinan pasien), dan obat.
 - 4) Kolaborasi
 - a) Berikan obat-obatan sesuai standar atau program terapi medis yaitu obat oral seperti Haloperidol 5 mg 3×1 tablet/hari dan artane atau arkine 2 mg 3×1 tablet/hari.
 - b) Pantau keefektifan obat-obatan dan efek sampingnya.
 - c) Observasi tanda-tanda vital setiap 8 jam.
 - 5) Observasi
 - a) Observasi perilaku dalam 24 jam.
 - b) Libatkan dalam terapi aktivitas kelompok.
2. Tindakan keperawatan untuk keluarga.
- a. Tujuan
Keluarga dapat merawat pasien di rumah.
 - b. Tindakan
 - 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
 - 2) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, serta perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut).
 - 3) Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain.
 - 4) Latih keluarga merawat pasien dengan perilaku kekerasan.
 - a) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat.
 - b) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat.

- c) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala perilaku kekerasan.
 - 5) Buat perencanaan pulang bersama keluarga.
- c. Evaluasi

Evaluasi respons umum adaptasi pasien dilakukan setiap akhir sif oleh perawat. Pada pasien perilaku kekerasan evaluasi meliputi hal berikut.

 - 1) Perilaku, seperti menentang, mengancam, mata melotot.
 - 2) Verbal, seperti bicara kasar, intonasi sedang, menghina orang lain, menuntut, dan berdebat.
 - 3) Emosi, seperti labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, merasa tidak aman.
 - 4) Fisik, seperti pandangan tajam, tekanan darah masih meningkat.
- d. Rujukan

Hasilnya adalah jika kondisi tersebut tercapai, maka perawatan dilanjutkan pada keluarga dan dirujuk ke perawat CMHN.
- e. Dokumentasi

Dokumentasikan semua tindakan yang sudah dilaksanakan dan hasil evaluasi dari tindakan tersebut serta surat rujukan.

ASUHAN KEPERAWATAN INTENSIF PADA PASIEN RISIKO BUNUH DIRI

Pengkajian

Kategori pasien di UPIP berdasarkan masalah keperawatan risiko bunuh diri dapat dilihat pada Tabel 18.3.

TABEL 18.3 Kategori Pasien Berdasarkan Masalah Keperawatan Risiko Bunuh Diri

Intensif I 24 Jam (Skor: 1–10 Skala RUFA)	Intensif II 24–72 Jam (Skor: 11–20 Skala RUFA)	Intensif III 72 Jam–10 Hari (Skor: 21–30 Skala RUFA)
<ul style="list-style-type: none"> • Aktif mencoba bunuh diri dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> – gantung diri, – minum racun, – memotong urat nadi, – menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi. • Mengalami depresi. • Mempunyai rencana bunuh diri yang spesifik. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktif memikirkan rencana bunuh diri, tetapi tidak disertai dengan percobaan bunuh diri. • Mengatakan ingin bunuh diri, tetapi tanpa rencana yang spesifik. • Menarik diri dari pergaulan sosial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, tetapi, tidak disertai dengan ancaman dan percobaan bunuh diri. • Mengungkapkan perasaan seperti rasa bersalah/sedih/marah/putus asa/tidak berdaya

Intensif I 24 Jam (Skor: 1–10 Skala RUFA)	Intensif II 24–72 Jam (Skor: 11–20 Skala RUFA)	Intensif III 72 Jam–10 Hari (Skor: 21–30 Skala RUFA)
<ul style="list-style-type: none"> Menyiapkan alat untuk bunuh diri (pistol, pisau, silet, dan lain-lain). 		<ul style="list-style-type: none"> Mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah. Mengatakan, “Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh!” atau, “Segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya.”

Setelah melakukan pengkajian, dapat dirumuskan diagnosis keperawatan berdasarkan tingkat risiko dilakukannya bunuh diri, jika ditemukan data bahwa pasien menunjukkan isyarat bunuh diri, masalah keperawatan yang mungkin muncul adalah harga diri rendah. Sementara jika ditemukan data bahwa pasien memberikan ancaman atau mencoba bunuh diri, maka masalah keperawatan yang mungkin muncul adalah risiko bunuh diri.

Asuhan Keperawatan Fase Intensif I (24 Jam Pertama)

- Bina hubungan saling percaya dengan pasien.
- Identifikasi alasan, cara, dan waktu pasien melakukan tindakan bunuh diri.
- Identifikasi alternatif mekanisme koping selain tindakan bunuh diri, di antaranya:
 - ekspresi perasaan kepada orang yang dapat dipercayai (teman atau keluarga),
 - berpikir positif,
 - melakukan aktivitas positif yang disenangi,
 - aktivitas spiritual, misalnya baca doa, sholat.
- Observasi pasien setiap 10 menit sekali, sampai ia dipindahkan ke ruang intensif II.
- Jauhkan semua benda yang berbahaya, misalnya pisau, silet, gelas, ikat pinggang.
- Kolaborasi dengan medis untuk program pengobatan pasien dengan menggunakan prinsip lima benar.
- Dengan lembut jelaskan pada pasien bahwa Anda akan melindungi pasien sampai tidak ada keinginan bunuh diri.
- Rawat luka atau kondisi akibat tindakan percobaan bunuh diri.

Asuhan Keperawatan Fase Intensif II (24–72 jam)

- Latih pasien melakukan mekanisme koping positif.
- Kolaborasi dengan medis untuk program pengobatan pasien dengan menggunakan prinsip lima benar.
- Observasi pasien setiap 30 menit sekali, sampai ia dipindahkan ke ruang intensif III.
- Jauhkan semua benda yang berbahaya, misalnya pisau, silet, gelas, ikat pinggang.

5. Lanjutkan perawatan luka atau kondisi akibat tindakan percobaan bunuh diri (apabila pasien merupakan pasien pindahan dari ruang intensif I).
6. Berikan terapi musik untuk pasien.

Asuhan Keperawatan Fase Intensif III (72 jam–10 hari)

Membantu pasien untuk meningkatkan harga dirinya dengan cara sebagai berikut.

1. Memberi kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya.
2. Berikan pujian bila pasien dapat mengatakan perasaan yang positif.
3. Meyakinkan pasien bahwa dirinya penting.
4. Membicarakan tentang keadaan yang sepatutnya disyukuri oleh pasien.

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

1. Mengajarkan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri.
 - a. Menanyakan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri yang pernah muncul pada pasien.
 - b. Mendiskusikan tentang tanda dan gejala yang umumnya muncul pada pasien berisiko bunuh diri.
2. Mengajarkan keluarga cara melindungi pasien dari perilaku bunuh diri.
 - a. Mendiskusikan tentang cara yang dapat dilakukan keluarga bila pasien memperlihatkan tanda dan gejala bunuh diri.
 - b. Menjelaskan tentang cara-cara melindungi pasien, antara lain sebagai berikut.
 - 1) Memberikan tempat yang aman. Menempatkan pasien di tempat yang mudah diawasi, jangan biarkan pasien mengunci diri di kamarnya atau jangan meninggalkan pasien sendirian di rumah.
 - 2) Menjauhkan barang-barang yang bisa digunakan untuk bunuh diri. Jauhkan pasien dari barang-barang yang bisa digunakan untuk bunuh diri, seperti tali, bahan bakar minyak/bensin, api, pisau atau benda tajam lainnya, zat yang berbahaya seperti obat nyamuk atau racun serangga.
 - 3) Selalu mengadakan pengawasan serta meningkatkan pengawasan apabila tanda dan gejala bunuh diri meningkat. Jangan pernah melonggarkan pengawasan, walaupun pasien tidak menunjukkan tanda dan gejala untuk bunuh diri.
 - 4) Jelaskan kepada keluarga alasan pasien melakukan tindakan bunuh diri.
 - 5) Jelaskan kepada keluarga mekanisme koping positif yang dapat dilakukan pasien untuk mencegah tindakan bunuh diri.
 - 6) Menganjurkan keluarga untuk melaksanakan cara tersebut di atas.
3. Mengajarkan keluarga tentang hal-hal yang dapat dilakukan apabila pasien melakukan percobaan bunuh diri, antara lain sebagai berikut.

- a. Mencari bantuan pada tetangga sekitar atau pemuka masyarakat untuk menghentikan upaya bunuh diri tersebut.
- b. Segera membawa pasien ke rumah sakit atau puskesmas mendapatkan bantuan medis.
4. Membantu keluarga mencari rujukan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi pasien.
 - a. Memberikan informasi tentang nomor telepon darurat tenaga kesehatan.
 - b. Menganjurkan keluarga untuk mengantarkan pasien berobat/kontrol secara teratur untuk mengatasi masalah bunuh dirinya.
 - c. Menganjurkan keluarga untuk membantu pasien minum obat sesuai prinsip lima benar yaitu benar orangnya, benar obatnya, benar dosisnya, benar cara penggunaannya, dan benar waktu penggunaannya.

Evaluasi

Di bawah ini tanda-tanda keberhasilan asuhan keperawatan yang Anda berikan kepada pasien dan keluarganya, berdasarkan perilaku bunuh diri yang ditampilkan.

1. Untuk pasien yang memberikan ancaman atau melakukan percobaan bunuh diri, keberhasilan asuhan keperawatan ditandai dengan keadaan pasien yang tetap aman dan selamat.
2. Untuk keluarga pasien yang memberikan ancaman atau melakukan percobaan bunuh diri, keberhasilan asuhan keperawatan ditandai dengan kemampuan keluarga berperan serta dalam melindungi anggota keluarga yang mengancam atau mencoba bunuh diri.
3. Untuk pasien yang memberikan isyarat bunuh diri, keberhasilan asuhan keperawatan ditandai dengan hal berikut.
 - a. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya.
 - b. Pasien mampu meningkatkan harga dirinya.
 - c. Pasien mampu menggunakan cara penyelesaian masalah yang baik.
4. Untuk keluarga pasien yang memberikan isyarat bunuh diri, keberhasilan asuhan keperawatan ditandai dengan kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan risiko bunuh diri. Untuk itu diharapkan mampu melakukan hal berikut.
 - a. Keluarga mampu menyebutkan kembali tanda dan gejala bunuh diri.
 - b. Keluarga mampu memperagakan kembali cara-cara melindungi anggota keluarga yang berisiko bunuh diri.
 - c. Keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia dalam merawat anggota keluarga yang berisiko bunuh diri.

Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian atau pencatatan dilakukan pada semua tahap proses perawatan.

ASUHAN KEPERAWATAN INTENSIF PADA GANGGUAN PANIK DI UPIP

Pengkajian

Pengkajian pasien gangguan panik di ruang UPIP menggunakan skala respons umum fungsi adaptif (RUFA) terbagi dalam tiga kelompok, seperti pada Tabel 18.4.

TABEL 18.4 Kategori Pasien Berdasarkan Masalah Keperawatan Gangguan Panik

Aspek	Intensif I 24 Jam (Skor: 1–10 Skala RUFA)	Intensif II 24-72 Jam (Skor: 11–20 Skala RUFA)	Intensif III 72 Jam–10 Hari (Skor: 21–30 Skala RUFA)
Respons Fisik	Napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, nyeri dada, sakit kepala, pucat dan gemetar.	Napas pendek, berkeringat, tekanan darah naik.	Napas pendek, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi.
Persepsi	Persepsi sangat kacau, takut menjadi gila, takut kehilangan kendali.	Persepsi sangat sempit, merasa tidak mampu menyelesaikan masalah.	Hanya berfokus pada masalahnya.
Perilaku	Agitasi, mengamuk, marah.		Sering merasa gelisah, gerakan tersentak-sentak (meremas tangan).
Emosi	Ketakutan	Tegang	Adanya perasaan tidak aman.
Verbal	Bloking, berteriak	Bicara cepat terkadang bloking.	Banyak bicara dan cepat.

Asuhan Keperawatan Intensif I (24 Jam Pertama)

1. Diagnosis Panik
2. Tindakan keperawatan untuk pasien
 - a. Tujuan

Pasien tidak membahayakan dirinya, orang lain, dan lingkungan.
 - b. Tindakan
 - 1) Komunikasi terapeutik
 - a) Bicara dengan tenang.
 - b) Gunakan kalimat sederhana dan singkat.
 - 2) Siapkan lingkungan yang aman.
 - a) Berikan lingkungan yang tenang dan stimulus eksternal minimal, misalnya tidak ada suara musik yang keras, tidak berdekatan dengan pasien lain yang gelisah.

- b) Singkirkan semua benda yang membahayakan seperti alat-alat tajam, kaca, dan lainnya.
 - 3) Dampingi terus pasien saat panik, bimbing pasien latihan tarik napas dalam.
 - 4) Kolaborasi
 - a) Berikan obat-obatan sesuai standar medik seperti antiansietas sesuai program terapi pengobatan. Pengobatan dapat berupa suntikan diazepam (valium) 10 mg IM/IV, dapat diulang 30–60 menit, serta sesuaikan dengan instruksi dokter.
 - b) Pantau keefektifan obat-obatan dan efek sampingnya.
 - 5) Observasi perilaku pasien setiap 15 menit sekali. Catat adanya peningkatan atau penurunan perilaku pasien yang berkaitan dengan respons fisik, respons kognitif, respons perilaku, dan emosi.
 - 6) Jika perilaku pasien semakin tidak terkontrol, terus mencoba melukai dirinya sendiri atau orang lain, maka dapat dilakukan tindakan manajemen pengamanan pasien yang efektif (lihat protap pembatasan gerak dan pengekangan pasien di modul Asuhan Keperawatan Intensif Pasien dengan Perilaku Kekerasan).
 3. Tindakan keperawatan untuk keluarga
 - a. Tujuan
 - 1) Keluarga mampu mengenal masalah panik pada anggota keluarganya.
 - 2) Keluarga mampu memahami proses terjadinya masalah panik.
 - 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami panik.
 - 4) Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan panik di level intensif I.
 - b. Tindakan keperawatan
 - 1) Diskusikan tentang pengertian panik.
 - 2) Diskusikan tentang tanda dan gejala panik.
 - 3) Diskusikan tentang penyebab dan akibat dari panik.
 - 4) Diskusikan cara merawat pasien dengan panik dengan cara mengajarkan teknik relaksasi napas dalam.
 - 5) Jelaskan tentang terapi obat pasien pada level intensif I.
 4. Evaluasi

Evaluasi respons umum fungsi adaptasi dilakukan setiap akhir sif oleh perawat. Pada pasien panik evaluasi meliputi respons fisik yang mulai menurun, tidak adanya palpitasi, kebas dan kesemutan, gemetar dan diaforesis, serta hipotensi. Respons kognitif mengalami perbaikan yang pasien mulai mampu berpikir logis tetapi masih belum mampu menyelesaikan masalah. Respons perilaku dan emosi sedikit lebih terkontrol sehingga pasien sudah tidak mengalami amuk, agitasi, dan persepsi mulai membaik.
 5. Rujukan

Jika kondisi di bagian evaluasi tercapai, maka perawatan dilanjutkan pada level intensif II. Jika tidak tercapai, maka pasien tetap berada di perawatan level intensif I.

6. Dokumentasi

Dokumentasikan hasil observasi perilaku pasien terkait panik, seperti terapi injeksi yang diberikan, respons setelah penyuntikan. Jika dilakukan manajemen pengamanan pasien yang efektif, maka catat alasan, tindakan yang dilakukan, respons pasien, dan alasan penghentiannya.

Asuhan Keperawatan Intensif II (25–72 Jam)

1. Diagnosis

Ansietas berat

2. Tindakan keperawatan untuk pasien

a. Tujuan

Pasien tidak mengalami kembali panik.

b. Tindakan

1) Komunikasi terapeutik

- a) Bicara dengan tenang.
- b) Gunakan kalimat sederhana dan singkat.

2) Siapkan lingkungan yang aman.

- a) Lingkungan tenang dan stimulus eksternal minimal.
- b) Tidak ada barang-barang yang berbahaya atau singkirkan semua benda yang membahayakan.

3) Ajarkan teknik relaksasi peregangan otot.

4) Kolaborasi

- a) Berikan obat-obatan sesuai standar medik seperti antiansietas sesuai program terapi pengobatan. Pengobatan dapat berupa suntikan diazepam (valium) 10 mg IM/IV, yang dapat diulang 30–60 menit, serta sesuaikan dengan instruksi dokter.
- b) Pantau keefektifan obat-obatan dan efek sampingnya.

5) Observasi perilaku pasien setiap 30–60 menit sekali, catat adanya peningkatan atau penurunan perilaku pasien yang berkaitan dengan respons fisik, respons kognitif, respons perilaku, dan emosi. Antisipasi jika pasien kembali menunjukkan perilaku panik, maka tindakan keperawatan yang diberikan kembali ke level intensif I.

3. Tindakan keperawatan untuk keluarga.

a. Tujuan

- 1) Keluarga mampu mengenal tanda dan gejala cemas berat.
- 2) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami cemas berat.
- 3) Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan panik di level intensif II (cemas berat).

- b. Tindakan keperawatan
 - 1) Diskusikan tentang tanda dan gejala cemas berat.
 - 2) Diskusikan cara merawat pasien dengan panik dengan cara mengajarkan teknik relaksasi peregangan otot.
 - 3) Bantu keluarga mempraktikkan tehnik relaksasi peregangan otot pada pasien.
 - 4) Jelaskan tentang terapi obat pasien pada level intensif II.
4. Evaluasi

Evaluasi keadaan pasien, yang ditandai dengan respons fisik yang mulai menurun, yaitu frekuensi napas pendek, sakit kepala, dan berkeringat berkurang. Respons kognitif sedikit meluas tetapi hanya berfokus pada hal yang menjadi pusat perhatiannya saja. Respons perilaku dan emosi sedikit lebih terkendali yakni perasaan terancam mulai berkurang, verbal cenderung cepat tetapi tidak lagi mengalami bloking, serta pasien masih merasa tidak aman.
5. Rujukan

Jika kondisi di bagian evaluasi tercapai, perawatan dilanjutkan pada level intensif III, jika tidak tercapai tetap di level intensif II dan jika perilaku kembali kacau maka kembali ke level intensif II.
6. Dokumentasi.

Dokumentasikan semua tindakan keperawatan yang diberikan seperti latihan peregangan otot, terapi injeksi yang masih diberikan (keefektifan, respons post-injeksi, efek samping, dan sebagainya). Catat juga hasil observasi perilaku terkait cemas berat.

Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam–10 Hari)

1. Diagnosis

Ansietas sedang.
2. Tindakan keperawatan untuk pasien.
 - a. Tujuan

Pasien tidak mengalami kembali ansietas berat—panik.
 - b. Tindakan keperawatan
 - 1) Komunikasi terapeutik
 - a) Bicara dengan tenang.
 - b) Vokal jelas, misalnya intonasi rendah, gerakan tidak tergesa-gesa, pertahankan posisi tubuh.
 - 2) Siapkan lingkungan yang aman.
 - a) Lingkungan tenang.
 - b) Tidak ada barang-barang yang berbahaya atau singkirkan semua benda yang membahayakan.

- 3) Diskusikan bersama pasien mengenai hal berikut.
 - a) Diskusikan kemungkinan penyebab terjadinya ansietas/panik.
 - b) Motivasi pasien menceritakan pengalaman traumatisnya dalam lingkungan yang nyaman.
 - c) Diskusikan tanda dan gejala dari ansietas yang meningkat.
 - d) Ajarkan cara memutus ansietas yang meningkat dengan terapi visualisasi, penghentian pikiran (*thought stopping*), pengalihan situasi, dan sugesti diri sendiri (latihan lima jari).
 - e) Libatkan dalam terapi modalitas, seperti keterampilan hidup (*living skill*), musik, dan olahraga.
- 4) Kolaborasi:
 - a) Berikan obat-obatan sesuai standar medik seperti yaitu antiansietas sesuai program terapi pengobatan. Pengobatan dapat aprazolam, xanax, atau antiansietas lainnya.
 - b) Pantau keefektifan obat-obatan dan efek samping.
 - c) Jelaskan tentang nama, dosis, dan manfaat terapi farmakologi.
3. Tindakan keperawatan untuk keluarga
 - a. Tujuan
 - 1) Keluarga memahami program terapi keperawatan pada level intensif III (cemas sedang).
 - 2) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami panik pada level intensif III.
 - 3) Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan panik pada level intensif III.
 - 4) Keluarga memahami sistem rujukan pasien.
 - b. Tindakan keperawatan
 - 1) Diskusikan tentang kondisi pasien di level intensif III dan tindakan keperawatan yang dilakukan.
 - a) Diskusikan cara merawat pasien dengan panik dengan cara mengajarkan teknik relaksasi, seperti terapi visualisasi, penghentian pikiran (*thought stopping*), pengalihan situasi, dan sugesti diri sendiri (latihan lima jari).
 - 2) Diskusikan dengan terapi obat-obatan pasien.
 - 3) Diskusikan dengan keluarga perilaku pasien yang perlu dirujuk dan bagaimana merujuk pasien.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HALUSINASI

Pengkajian

Pengkajian pasien halusinasi di ruang PICU difokuskan pada halusinasi yang membahayakan diri, orang lain, dan lingkungan dengan menggunakan skala respons umum fungsi adaptif (RUFA) dengan rentang skor 1–30. Pengkajian tersebut terbagi dalam dalam kelompok berdasarkan skala RUFA, yang tertuang dalam Tabel 18.5.

TABEL 18.5 Kategori Pasien Berdasarkan Masalah Keperawatan Halusinasi

Aspek	Intensif I 24 Jam (Skor: 1–10 Skala RUFA)	Intensif II 24–72 Jam (Skor: 11–20 Skala RUFA)	Intensif III 72 Jam–10 Hari (Skor: 21–30 Skala RUFA)
Perilaku	<ul style="list-style-type: none"> Pasien kehilangan kontrol diri, melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan akibat mengikuti isi halusinasinya. PK secara verbal. Kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, memukul atau melukai orang secara fisik, serta pengrusakan terhadap lingkungan. Ketiga gejala di atas ditemukan secara terus-menerus pada pasien. 	<ul style="list-style-type: none"> PK secara verbal. Bicara, senyum, dan tertawa sendiri. Mengatakan mendengar suara, melihat, mengecap, mencium, dan/atau merasa sesuatu yang tidak nyata. Sikap curiga dan bermusuhan. Frekuensi munculnya halusinasi sering. 	<ul style="list-style-type: none"> Perilaku sesuai. Ekspresi tenang. Frekuensi munculnya halusinasi jarang.
Penilaian realitas	<ul style="list-style-type: none"> Penilaian realitas terganggu, pasien tidak bisa membedakan yang nyata dan yang tidak nyata. Halusinasi dianggap nyata. 	<ul style="list-style-type: none"> Mulai dapat membedakan yang nyata dan yang tidak nyata. Kadang-kadang mengalami gangguan berpikir. 	<ul style="list-style-type: none"> Perilaku sesuai. Ekspresi tenang. Frekuensi munculnya halusinasi jarang.
Perasaan	Panik	<ul style="list-style-type: none"> Cemas berat. Reaksi emosional berlebihan atau berkurang, mudah tersinggung. 	<ul style="list-style-type: none"> Cemas sedang. Emosi sesuai dengan kenyataan.

Asuhan Keperawatan Intensif I (24 Jam Pertama)

1. Diagnosis

Gangguan sensori persepsi : halusinasi.

2. Tindakan keperawatan

a. Tujuan

- 1) Pasien tidak mencederai diri, orang lain, dan lingkungan.
- 2) Pasien mengontrol halusinasi dengan obat.

b. Tindakan keperawatan

1) Komunikasi terapeutik

- a) Perawat sabar, empati, gunakan kemampuan mendengar aktif.
- b) Melakukan kontak mata.
- c) Berbicara dengan suara yang jelas dan tegas.
- d) Memanggil pasien dengan namanya.
- e) Menggunakan sentuhan.
- f) Mengadakan kontak sering dan singkat secara bertahap.

2) Siapkan lingkungan yang aman

- b) Menyiapkan lingkungan yang tenang.
- c) Singkirkan semua benda yang membahayakan.

3) Kolaborasi

Berikan obat-obatan, seperti Valium 10 mg IM/IV (golongan benzodiazepin) dan injeksi Haloperidol/Serenace/Lodomer 5 mg IM (golongan butirofenon). Pemberian dapat diulang 30–60 menit. Selain obat injeksi diberikan juga obat peroral (golongan fenotiazine) seperti Chlorpromazine/largactile/promactile, biasanya diberikan 3×100 mg. Pantau keefektifan obat-obatan dan efek sampingnya.

- 4) Observasi perilaku pasien setiap 15 menit sekali. Catat adanya peningkatan atau penurunan perilaku pasien yang berkaitan dengan respons fisik, respons kognitif, serta respons perilaku dan emosi.
- 5) Jika perilaku pasien semakin tidak terkontrol, terus mencoba melukai dirinya sendiri atau orang lain, maka dapat dilakukan tindakan pembatasan gerak. Jika perilaku masih tidak terkendali, pengekangan adalah tindakan akhir yang dilakukan (lihat protap pembatasan gerak dan pengekangan pasien).
- 6) Bila memungkinkan, maka bantu pasien mengenal halusinasinya, yaitu mengidentifikasi jenis halusinasi, isi, frekuensi, situasi, perasaan, dan tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi.
- 7) Mendiskusikan manfaat cara yang digunakan dan jika bermanfaat, maka beri pujian.

3. Tindakan keperawatan untuk keluarga

a. Tujuan

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah halusinasi yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada anggota keluarganya.
- 2) Keluarga mampu memahami proses terjadinya masalah halusinasi yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada anggota keluarganya.

- 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada anggota keluarganya.
 - 4) Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan halusinasi di level intensif I.
- b. Tindakan keperawatan
- 1) Diskusikan tentang pengertian halusinasi yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
 - 2) Diskusikan tentang tanda dan gejala halusinasi yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
 - 3) Diskusikan tentang penyebab dan akibat dari halusinasi yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
 - 4) Diskusikan cara merawat pasien dengan halusinasi yang membahayakan diri, orang lain, dan lingkungan dengan cara mengajarkan cara menghardik.
 - 5) Jelaskan tentang terapi obat pasien pada level intensif I.
4. Evaluasi
- Evaluasi respons umum adaptasi pasien dilakukan setiap akhir sif oleh perawat. Pada pasien halusinasi yang membahayakan diri, orang lain dan lingkungan evaluasi meliputi respons perilaku dan emosi lebih terkendali yang pasien sudah tidak mengamuk lagi, masih ada PK verbal, bicara dan tertawa sendiri, sikap curiga dan bermusuhan, perasaan cemas berat, dan mudah tersinggung. Sementara itu, persepsi pasien mulai membaik, pasien dapat membedakan hal yang nyata dan tidak nyata.
5. Rujukan
- Hasil jika kondisi tersebut tercapai, perawatan dilanjutkan pada level intensif II. Jika tidak tercapai, maka pasien tetap berada di perawatan level intensif I.
6. Dokumentasi
- Dokumentasikan alasan pengekangan, tindakan yang dilakukan, respons pasien, dan alasan penghentian pengekangan.

Asuhan Keperawatan Intensif II (24–72 Jam)

1. Diagnosis
Gangguan sensori persepsi: halusinasi.
2. Tindakan keperawatan
 - a. Tujuan keperawatan untuk pasien.
 - 1) Pasien tidak membahayakan dirinya, orang lain, dan lingkungan.
 - 2) Pasien mengenal halusinasinya.
 - 3) Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain.

- b. Tindakan keperawatan
 - 1) Komunikasi terapeutik
 - a. Mendengar ungkapan pasien dengan empati.
 - b. Berbicara dengan suara yang jelas dan tegas.
 - c. Memberi kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan perasaannya.
 - d. Mengadakan kontak sering dan singkat.
 - 2) Siapkan lingkungan yang aman
 - a) Lingkungan tenang.
 - b) Tidak ada barang-barang yang berbahaya atau singkirkan semua benda yang membahayakan.
 - 3) Kolaborasi
 - a) Berikan obat-obatan sesuai standar medik atau program terapi pengobatan dapat berupa suntikan valium 10 mg IM/IV (golongan fenotiazine) dan suntikan Haloperidol, Serenace atau lodomer 5 mg IM (golongan butirofenon). Pemberian dapat diulang setiap 6 jam. Selain obat injeksi diberikan juga obat per oral (golongan fenotiazine) seperti Chlorpromazine/largactile/promactile, biasanya diberikan 3×100 mg.
 - b) Pantau keefektifan obat-obatan dan efek sampingnya.
 - 4) Observasi
 - a) Antisipasi jika pasien kembali mencoba melukai dirinya sendiri atau orang lain, jelaskan pada pasien tindakan suntikan dan pengekangan gerak mungkin akan kembali dilakukan untuk melindungi diri pasien jika perilaku melukai diri muncul kembali.
 - b) Lakukan observasi setiap 30 menit–1 jam, kaji ulang RUFAS setiap sif.
 - c) Observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam.
 - 5) Membantu pasien mengenal halusinasinya.
Mengidentifikasi jenis halusinasi, isi, frekuensi, situasi, perasaan, dan tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi.
 - 6) Mendiskusikan dengan pasien cara untuk memutus/mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain.
 - 7) Memasukkan ke jadwal kegiatan harian pasien.
2. Tindakan keperawatan untuk keluarga
 - a. Tujuan
Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan halusinasi di level intensif II.
 - b. Tindakan keperawatan
Pendidikan kesehatan kepada keluarga yaitu melatih keluarga merawat pasien meliputi cara berkomunikasi, pemberian obat, pemberian aktivitas kepada pasien.

3. Evaluasi

Evaluasi respons umum adaptasi pasien dilakukan setiap akhir sif oleh perawat, meliputi respons perilaku sesuai, ekspresi tenang, pasien sudah mengenal halusinasinya, seperti isi, waktu, frekuensi, situasi, dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, serta responsnya saat mengalami halusinasi. Pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan dua cara, yaitu menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain. Berpikir logis, persepsi adekuat, perasaan cemas sedang, dan emosi sesuai dengan kenyataan.

4. Rujukan

Hasilnya adalah jika kondisi tersebut tercapai, maka perawatan dilanjutkan pada level intensif III, sedangkan jika tidak tercapai, maka pasien tetap berada di perawatan level intensif II.

5. Dokumentasi

Dokumentasikan semua tindakan yang dilakukan dan respons pasien.

Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam–10 Hari)

1. Diagnosis

Gangguan sensori persepsi: halusinasi.

2. Tindakan keperawatan

a. Tujuan keperawatan untuk pasien.

Pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara ke-3 dan ke-4, yaitu melakukan aktivitas yang terjadwal dan menggunakan obat secara teratur.

b. Tindakan keperawatan untuk pasien

1) Komunikasi terapeutik

- a) Perawat sabar, empati, gunakan kemampuan mendengar aktif.
- b) Melakukan kontak mata.
- c) Hindarkan menyalahkan atau menertawakan pasien.
- d) Kontak sering dan singkat.

2) Siapkan lingkungan yang aman dan tenang.

3) Kolaborasi

- a) Berikan obat-obatan sesuai standar atau program terapi medis.
- b) Pantau keefektifan obat-obatan dan efek sampingnya.

4) Observasi

- a) Observasi perilaku dalam 24 jam, kaji ulang RUAP setiap sif.
- b) Observasi tanda-tanda vital setiap sif.
- c) Libatkan dalam terapi aktivitas kelompok orientasi realita stimulasi persepsi.
- d) Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara 3 dan 4, yaitu melakukan aktivitas yang terjadwal dan menggunakan obat secara teratur.

3. Tindakan keperawatan untuk keluarga
 - a. Tujuan
Keluarga dapat merawat pasien langsung di level intensif III dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.
 - b. Tindakan keperawatan
Pendidikan kesehatan kepada keluarga dengan melatih keluarga untuk merawat pasien langsung.
4. Evaluasi
Evaluasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi yang telah diajarkan.
5. Dokumentasi
Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien.

ASKEP KEPERAWATAN INTENSIF PADA PASIEN NAPZA

Pengkajian

Pengkajian pada pasien overdosis opioid di ruang PICU menggunakan rentang skor 1–30 skala RUF skala respons umum fungsi adaptif (RUFA) yang pengkajian tersebut terbagi dalam tiga kelompok, yang dapat dilihat pada Tabel 18.6.

TABEL 18.6 Kategori Pasien Berdasarkan Masalah Keperawatan Overdosis Opioid

Aspek	Intensif I 24 Jam (Skor: 1–10 Skala RUFA)	Intensif II 24–72 Jam (Skor: 11–20 Skala RUFA)	Intensif III 72 Jam–10 Hari (Skor: 21–30 Skala RUFA)
Tingkat kesadaran	Koma	Somnolen	Kompos mentis
Komunikasi	Tidak ada	Nonverbal, bicara kacau.	Koheren baik verbal maupun nonverbal, serta gelisah.
Tanda vital	Respirasi hipoventilasi kurang dari 12 kali per menit, detak jantung bradikardi, suhu badan hipotermia, dan tekanan darah menurun (hipotensi).	Seperti gejala putus zat, yaitu respirasi normal, detak jantung takikardi, suhu badan fluktuatif, tekanan darah meningkat dari normal.	Seperti gejala putus zat, yaitu respirasi normal, detak jantung takikardi, suhu badan fluktuatif, tekanan darah meningkat dari normal.
Respons fisik	Pupil miosis (<i>pinpoint pupil</i>), serta bibir dan tubuh membiru.	Pupil dilatasi	Pupil dilatasi, merinding, menguap, lakrimasi, berkeringat, rhinorea, emosi labil, nyeri abdomen, diare mual, dan/atau muntah, serta tremor.

Asuhan Keperawatan Intensif I (24 Jam Pertama)

1. Diagnosis
Pola napas tidak efektif.
2. Tindakan keperawatan
 - a. Tujuan
Jalan napas bebas dari sumbatan, kebutuhan O₂ pasien terpenuhi, perfusi jaringan adekuat.
 - b. Tindakan
 - 1) Komunikasi terapeutik
 - a) Bicara dengan tenang.
 - b) Gunakan kalimat singkat dan jelas.
 - 2) Kaji keadekuatan pernapasan, ventilasi dan oksigenasi, serta tingkat kesadaran pasien.
 - 3) Pasang O₂ 100% sesuai kebutuhan.
 - 4) Observasi adanya *needle track* bekas suntikan pada lengan dan kaki pasien.
 - 5) Kolaborasi dilakukan dengan ambil darah untuk analisis kimia darah.
 - 6) Observasi TTV setiap 5 menit selama 4 jam.
 - 7) Kolaborasi dengan pertimbangkan intubasi endotrakheal bila ragu keadekuatan pernapasan, oksigenasi kurang, dan hipoventilasi menetap.
 - 8) Kolaborasi dengan pasang IVFD (NaCl 0,9% atau dextrose 4%) untuk mendukung tekanan darah, mencegah koma, dan dehidrasi.
 - 9) Pasang kateter untuk analisis urine untuk menentukan jenis zat yang digunakan terakhir.
 - 10) Pasien dipuasakan untuk menghindari aspirasi.
 - 11) Coba untuk mendapat riwayat penggunaan obat dari orang lain yang ikut bersama pasien.
 - 12) Kolaborasi terapi medis pemberian antidotum naloxon.
 - a) Tanpa hipoventilasi: dosis awal 0,4 mg intravena.
 - b) Dengan hipoventilasi: dosis awal 1,2 mg intravena.
 - c) Bila tidak ada respons dalam 5 menit, maka ulangi sampai dosis maksimal 10 mg, bila tidak ada perubahan, lapor konsulen.
 - d) Bila berespons, maka drip naloxon diberikan 1 ampul dalam 500 cc NaCl 0,9% atau dextrose 5% dalam 6 jam.
 - 13) Kolaborasi terapi penunjang lainnya misalnya EKG, foto thoraks.
 - 14) Kolaborasi terapi medis lainnya secara simtomatik.
3. Evaluasi
Evaluasi keadaan umum pasien, yaitu tingkat kesadaran meningkat dari koma ke somnolen. Selain itu, berdasarkan observasi pasien menunjukkan tanda-tanda vital mulai dalam batas normal, terutama respirasi tidak mengalami hipoventilasi. Komunikasi

mengalami perubahan dari tidak ada respons sampai ada respons secara nonverbal dari pasien, misalnya respons nyeri dan bicara kacau.

Jika kondisi tersebut tercapai, perawatan dilanjutkan pada level intensif II, jika tidak tercapai maka pasien tetap berada di perawatan intensif I.

4. Dokumentasi

Dokumentasikan proses keperawatan yang sudah dilakukan selama intensif I.

Asuhan Keperawatan Intensif II (25 Jam–72 Jam)

1. Diagnosis

Pola napas tidak efektif.

2. Tindakan keperawatan

a. Tujuan

Jalan napas bebas dari sumbatan, kebutuhan O₂ pasien terpenuhi, perfusi jaringan adekuat.

b. Tindakan

1) Komunikasi terapeutik

a) Bicara dengan tenang.

b) Gunakan kalimat singkat dan jelas.

2) Kaji keadekuatan pernapasan, ventilasi dan oksigenasi, serta tingkat kesadaran pasien.

3) Pasang O₂ 100% sesuai kebutuhan.

4) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam.

5) Observasi drip naloxon dalam IVFD NaCl 0,9% atau dextrose 5% 500 ml per 6 jam.

6) Kolaborasi terapi medis lainnya secara simtomatik.

3. Evaluasi

Evaluasi keadaan umum pasien tingkat kesadaran meningkat dari somnolen ke kompos mentis. Selain itu, berdasarkan observasi mulai muncul gejala putus zat. Komunikasi mengalami perubahan dari tidak ada respons sampai ada respons koheren baik secara nonverbal maupun verbal. Tanda dan gejala fisik putus zat mulai muncul. Jika kondisi tersebut tercapai, perawatan dilanjutkan pada level intensif III, sedangkan jika tidak tercapai, maka pasien tetap berada di perawatan intensif II.

4. Dokumentasi

Dokumentasikan proses keperawatan yang sudah dilakukan selama intensif II.

Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam–10 Hari)

1. Diagnosis

Gangguan rasa nyaman, yaitu nyeri.

2. Tindakan keperawatan (merujuk ke modul putus zat opioid)
 - a. Tujuan
Pasien dapat mengontrol nyeri dengan baik.
 - b. Tindakan
 - 1) Kaji tingkat nyeri pasien dengan menggunakan skala nyeri 1–10 (1–3 nyeri ringan, 4–7 nyeri sedang, 8–10 nyeri berat).
 - 2) Kaji lokasi nyeri, intensitas nyeri, dan karakteristik nyeri.
 - 3) Diskusikan dengan pasien penyebab nyeri yang terjadi.
 - 4) Diskusikan pengalaman pasien dalam mengatasi nyeri.
 - 5) Ajarkan teknik distraksi (ngobrol, melakukan kegiatan yang menyenangkan).
 - 6) Ajarkan teknik relaksasi tarik napas dalam.
 - 7) Obsevasi CINA setiap 4 jam.
 - 8) Kolaborasi pemberian terapi analgesik (sesuai keluhan).
 - a) Tramal 3 × 50 mg.
 - b) Jika perlu, injeksi diazepam 1 ampul IM atau IV.
 - 9) Libatkan pasien dalam terapi modalitas, yaitu keterampilan hidup (*living skill*) dan terapi musik.
3. Evaluasi
Evaluasi kemampuan pasien dan keluarga dengan diagnosis pola napas tidak efektif.

LATIHAN

1. Sebutkan definisi kedaruratan!
2. Jelaskan tingkatan kegawatan dalam PICU!
3. Jelaskan apa yang dimaksud dengan GAF!
4. Jelaskan apa yang dimaksud dengan RUFA!
5. Jelaskan masalah keperawatan yang sering muncul di PICU!

BACAAN

- Keliat, B.A., dkk. 2008. *Modul Unit Perawatan Intensif Psikiatri*. Jakarta: Tidak diterbitkan.
- Maramis, W.F. 1998. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, Airlangga University Press: Surabaya.
- Stuart, G.W. dan Sundeen S. J. 1995. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th Edition*. St. Louise: Mosby Year Book.

19 Perilaku Kekerasan dalam Keluarga

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien korban perilaku kekerasan di keluarga.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan definisi kekerasan dalam rumah tangga.
2. Menjelaskan faktor penyebab terjadinya kekerasan dalam rumah tangga.
3. Menjelaskan lingkup kekerasan dalam rumah tangga.
4. Menjelaskan klasifikasi kekerasan dalam rumah tangga.
5. Menjelaskan bentuk kekerasan dalam rumah tangga.
6. Merumuskan masalah keperawatan yang muncul pada korban kekerasan.
7. Menjelaskan strategi pencegahan kekerasan dalam rumah tangga.

PENGERTIAN PERILAKU KEKERASAN DALAM KELUARGA

Perilaku kekerasan dalam keluarga lebih sering berbentuk kekerasan dalam keluarga atau rumah tangga (KDRT). Berdasarkan UU Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga, kekerasan dalam rumah tangga adalah segala bentuk, baik kekerasan secara fisik, secara psikis, kekerasan seksual, maupun ekonomi yang pada intinya mengakibatkan penderitaan, baik penderitaan yang secara kemudian memberikan dampak korban menjadi sangat trauma atau mengalami penderitaan secara psikis.

Perilaku kekerasan dalam keluarga dapat terjadi pada semua orang yang tinggal dalam keluarga, suami, istri, orang tua, anak, usia lanjut, ataupun pembantu, tanpa membedakan gender ataupun posisi dalam keluarga.

FAKTOR PENYEBAB PERILAKU KEKERASAN DALAM KELUARGA

1. Biologi
Perubahan sistem limbik otak dan neurotransmitter menyebabkan individu tidak mampu mengendalikan perilaku agresifnya.
2. Psikologi
Kegagalan, frustrasi, ketidakpuasan, pernah jadi korban, saksi, atau pelaku kekerasan.
3. Sosial budaya
Adanya perilaku agresif yang dapat memenuhi kebutuhan akan cenderung diulang dalam cara penyelesaian masalah. Adanya penerimaan masyarakat atas perilaku kekerasan yang terjadi, tidak adanya pencegahan, dan kurang berperannya aspek hukum akan menyuburkan perilaku kekerasan di dalam keluarga dan masyarakat.

Lingkup Kekerasan dalam Rumah Tangga

1. Pertama: hubungan keturunan darah.
2. Kedua : hubungan suami istri.
3. Ketiga : hubungan bekerja di dalam keluarga.

Klasifikasi Kekerasan dalam Rumah Tangga

1. Kekerasan antarorang dewasa.
2. Kekerasan orang dewasa dengan anak.
3. Kekerasan orang dewasa dengan lansia.

Bentuk Kekerasan dalam Rumah Tangga

1. **Secara fisik**, yaitu menampar, memukul, menjambak rambut, menendang, menyundut dengan rokok, melukai dengan senjata, dan sebagainya.
2. **Secara psikologis**, yaitu penghinaan, komentar-komentar yang merendahkan, melarang istri mengunjungi saudara atau teman-temannya, mengancam akan dikembalikan ke rumah orang tuanya, dan sebagainya.
3. **Secara seksual (*marital rape*)**, yaitu kekerasan dalam bentuk pemaksaan dan penuntutan hubungan seksual.
4. **Secara ekonomi**, yaitu tidak memberi nafkah istri, melarang istri bekerja, atau membiarkan istri bekerja untuk dieksploitasi.

KEKERASAN PADA ANAK

Pengertian Kekerasan pada Anak

Kekerasan pada anak adalah suatu trauma, perlakuan, pembatasan dalam mengemukakan berbagai alasan, menakut-nakuti, intimidasi, hukuman yang berakibat melukai fisik dan/atau mental, serta perampasan hak individu termasuk dalam penerimaan pelayanan baik dilakukan secara terpaksa untuk mempertahankan fisik, mental, maupun psikososial. Selain itu, didefinisikan sebagai suatu keadaan melecehkan, menelantarkan, atau tindakan yang menempatkan seseorang dalam kondisi kacau dalam hal kesehatan, pribadi, hak memutuskan, dan pendapatnya

Kekerasan pada anak perlu mendapat perhatian karena anak masih bergantung pada orang dewasa, anak belum mampu bertahan dan menghindar, serta daya tahan anak masih lemah dan perjalanan hidup seorang anak masih panjang. Kekerasan yang pernah dialami seorang anak semasa hidupnya akan memengaruhi proses tumbuh dan kembang dalam hal fisik, psikologis, sosial, dan perilaku.

Jenis Kekerasan

1. Aniaya fisik (*physical abuse*)

Contoh aniaya fisik adalah anak menjatuhkan gelas yang ada di meja, maka dihukum dengan memukul tangan anak atau anak disiram air.

TABEL 19.1 Indikator Anak yang Mengalami Kekerasan secara Fisik

Fisik	Perilaku
<ul style="list-style-type: none"> • Memar • Luka bakar • Lecet dan goresan • Kerusakan tulang (fraktur, serta luka di bibir, mulut, mata, dan perineal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Takut kontak dengan orang dewasa • Prihatin jika ada anak menangis • Waspada/ketakutan • Agresif/pasif/MD

2. Pengabaian (*child neglect*)

Pengabaian perawatan dan asuhan sehingga anak tidak mendapatkan pemenuhan kebutuhan sesuai dengan tingkat perkembangannya dan menurunkan kesejahteraan anak. Contohnya adalah gagal menciptakan lingkungan belajar yang nyaman.

TABEL 19.2 Indikator Anak yang Mengalami Pengabaian

Fisik	Perilaku
<ul style="list-style-type: none"> • Kelaparan • Kebersihan diri kurang • Pakaian tidak terurus • Tidak terurus dalam waktu lama • Tidak pernah periksa kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengemis • Berbuat jahat • Mencuri • Datang cepat, pulang lambat • Pasif/agresif/penuntut

3. Aniaya emosi (*emotional maltreatment*)

Perlakuan emosional yang salah dari orang tua dan berdampak pada kerusakan emosi pada anak sepanjang masa. Contohnya adalah penolakan, tidak peduli, menyalahkan dengan kata-kata yang menyakitkan (misal, bodoh, anjing), mengisolasi anak, dan disiplin dengan peraturan yang tidak konsisten.

TABEL 19.3 Indikator Anak yang Mengalami Aniaya Emosi

Fisik	Perilaku
<ul style="list-style-type: none"> • Gagal dalam perkembangan • Pertumbuhan fisik terganggu • Gangguan bicara 	<ul style="list-style-type: none"> • Perilaku ekstrem, seperti pasif sampai agresif • Destruktif • Neurotik • Percobaan bunuh diri

4. Aniaya seksual (*sexual abuse*)

Aktivitas seksual yang dilakukan orang dewasa kepada anak. Contohnya, rangsangan seksual, eksploitasi kegiatan seksual, prostitusi, dan pornografi.

TABEL 19.4 Indikator Anak yang Mengalami Aniaya Seksual

Fisik	Perilaku
<ul style="list-style-type: none"> • Sukar jalan dan duduk • Pakaian dalam berdarah • Genital gatal • Perineal memar/berdarah • Penyakit kelamin • Ketergantungan obat • Tumbuh kembang terlambat • Hamil usia remaja 	<ul style="list-style-type: none"> • Harga diri rendah • Tidak percaya pada orang lain • Disfungsi kognitif motorik • Defisit kemampuan personal dan sosial • Penjahat • Ketergantungan obat • Ide bunuh diri dan depresi • Melakukan aniaya seksual • Psikotik

Masalah Keperawatan Akibat Kekerasan pada Anak

1. Sindroma trauma perkosaan.
2. Ketidakberdayaan.
3. Keputusanasaan.
4. Ketakutan.
5. Ansietas.
6. Gangguan konsep diri, yaitu harga diri rendah.
7. Risiko isolasi sosial.
8. Risiko bunuh diri.

STRATEGI PENCEGAHAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA

1. Pendidik

Institusi pendidikan dari jenjang SD sampai dengan SMA memiliki andil yang penting dalam usaha pencegahan terjadinya kekerasan dalam rumah tangga.

2. Penegak hukum dan keamanan

Pemerintah bersama penegak hukum juga memiliki peran yang lebih kuat melalui UU No. 4 Tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak, BAB II Pasal 2 yang menyatakan, “Anak berhak atas perlindungan terhadap lingkungan yang dapat membahayakan atau menghambat pertumbuhan dan perkembangan secara wajar”. Selain itu, UU No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga. Oleh karenanya, tidak ada alasan bagi siapapun untuk boleh melakukan kekerasan dalam rumah tangga.

3. Media massa

Media massa sebaiknya menampilkan berita kekerasan yang diimbangi dengan artikel pencegahan dan penanggulangan dampak kekerasan yang diterima korban jangka panjang atau pendek, sehingga masyarakat tidak menjadikan berita kekerasan sebagai inspirasi untuk melakukan kekerasan.

4. Pelayanan kesehatan

- a. Prevensi primer, yaitu promosi orang tua dan keluarga sejahtera.
- b. Prevensi sekunder, yaitu diagnosis dan tindakan bagi keluarga yang stres.
- c. Prevensi tertier, yaitu edukasi ulang dan rehabilitasi keluarga.

LATIHAN

1. Jelaskan definisi kekerasan dalam rumah tangga!
2. Jelaskan lingkup kekerasan dalam rumah tangga!
3. Jelaskan bentuk kekerasan dalam rumah tangga!
4. Sebutkan masalah keperawatan yang muncul pada korban kekerasan!
5. Jelaskan strategi pencegahan kekerasan dalam rumah tangga!

BACAAN

Hamid, A.Y. 2008. *Bunga Rampai: Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Keliat, B.A. 1999. *Kumpulan Proses Keperawatan Masalah Jiwa*. Jakarta: Universitas Indonesia.

Rasmun. 2001. *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terinteraksi dengan Keluarga. Edisi 1*. Jakarta: PT. Fajar Interpratama.

Stuart, G.W. dan Sundeen, S.J. 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 3*. Jakarta: EGC.

20 Keperawatan Kesehatan Jiwa Usia Lanjut

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada usia lanjut.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa akan dapat melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan batasan usia lanjut.
2. Mengkaji teori proses menua.
3. Mengidentifikasi berbagai perubahan pada usia lanjut.
4. Mengidentifikasi masalah kesehatan jiwa yang sering terjadi pada usia lanjut.
5. Merencanakan asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada pasien usia lanjut.

PENGERTIAN USIA LANJUT

Usia lanjut adalah seseorang yang usianya sudah tua yang merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan. Ada berbagai kriteria umur bagi seseorang yang dikatakan tua. Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998, lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. World Health Organization (WHO) memberikan klasifikasi usia lanjut sebagai berikut.

1. Usia pertengahan (*middle age*) : 45–59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) : 60–74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) : 75–90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) : di atas 90 tahun

Menjadi tua adalah sebuah proses yang pasti terjadi, bahkan setiap orang ingin bisa hidup sampai tua, tetapi adanya perubahan struktur dan fungsi tubuh sering menimbulkan berbagai masalah dalam kehidupan, termasuk masalah kejiwaan.

TEORI PROSES MENUA

Ada beberapa teori yang berkaitan dengan proses penuaan, yaitu sebagai berikut.

Teori Biologi

1. Teori genetik dan mutasi
Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul (DNA) dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi, sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel-sel kelamin (terjadi penurunan kemampuan fungsional sel). Teori ini merupakan teori intrinsik yang menjelaskan bahwa tubuh terdapat jam biologis yang mengatur gen dan menentukan jalannya penuaan.
2. Teori nongenetik
Teori ini merupakan teori ekstrinsik dan terdiri atas berbagai teori, di antaranya adalah sebagai berikut.
 - a. Teori rantai silang (*cross link*)
Teori ini menjelaskan bahwa molekul kolagen dan zat kimia mengubah fungsi jaringan, mengakibatkan jaringan yang kaku pada proses penuaan. Sel yang tua atau usang menyebabkan ikatan reaksi kimianya menjadi lebih kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastisitas, kekacauan, dan hilangnya fungsi.
 - b. Teori fisiologis
Teori ini merupakan teori intrinsik dan ekstrinsik, yang terdiri atas teori oksidasi stres dan pemakaian dan rusak (*wear and tear theory*).

- c. Pemakaian dan rusak
Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah (terpakai).
- d. Reaksi dari kekebalan sendiri (*autoimmune theory*)
Metabolisme di dalam tubuh memproduksi suatu zat khusus. Saat dijumpai jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat khusus, maka jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.
- e. Teori *immunology slow virus*
Sistem imun menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus ke dalam tubuh dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh. Teori ini menjelaskan bahwa perubahan pada jaringan limfoid mengakibatkan tidak adanya keseimbangan di dalam sel T sehingga produksi antibodi dan kekebalan menurun.
- f. Teori stres
Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha, dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.
- g. Teori radikal bebas
Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas. Tidak stabilnya radikal bebas (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal ini menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.
Radikal bebas terdapat di lingkungan seperti asap kendaraan bermotor dan rokok, zat pengawet makanan, radiasi, dan sinar ultraviolet, yang mengakibatkan terjadinya perubahan pigmen dan kolagen pada proses penuaan.
- h. Teori program
Kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah sel-sel tersebut mati.

Teori Sosial

1. Teori interaksi sosial
Teori ini mencoba menjelaskan mengapa lanjut usia bertindak pada situasi tertentu, yaitu atas dasar hal-hal yang dihargai masyarakat. Pokok-pokok interaksi sosial adalah sebagai berikut (Hardywinoto dan Setiabudi, 1999: 43).
 - a. Masyarakat terdiri atas aktor-aktor sosial yang berupaya mencapai tujuan masing-masing.
 - b. Dalam upaya tersebut, maka terjadi interaksi sosial yang memerlukan biaya dan waktu.
 - c. Untuk mencapai tujuan yang hendak dicapai seseorang memerlukan biaya.
 - d. Aktor senantiasa berusaha mencari keuntungan dan mencegah terjadinya kerugian.
 - e. Hanya interaksi yang ekonomis saja yang dipertahankan olehnya.

2. Teori penarikan diri

Kemiskinan yang diderita lanjut usia dan menurunnya derajat kesehatan mengakibatkan seseorang lanjut usia secara perlahan menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas. Pada lanjut usia sekaligus terjadi kehilangan ganda (*triple loss*), yaitu sebagai berikut (Hardywinoto dan Setiabudi, 1999: 45).

- a. Kehilangan peran (*loss of role*).
- b. Hambatan kontak sosial (*restriction of contact and relationship*).
- c. Berkurangnya komitmen (*reduced commitment to social mores and values*).

3. Teori aktivitas

Teori ini dikembangkan oleh Palmore (1965) dan Lemon, dkk. (1972) yang menyatakan bahwa penuaan yang sukses bergantung pada bagaimana seseorang lanjut usia merasakan kepuasan dalam melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas tersebut selama mungkin. Adapun kualitas aktivitas tersebut lebih penting dibandingkan dengan kuantitas aktivitas yang dilakukan (Hardywinoto dan Setiabudi, 1999: 46).

4. Teori kesinambungan

Teori ini mengemukakan adanya kesinambungan di dalam siklus kehidupan lanjut usia, sehingga pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat menjadi lanjut usia. Hal ini dapat terlihat bahwa gaya hidup, perilaku, dan harapan seseorang ternyata tak berubah walaupun ia menjadi lanjut usia (Hardywinoto dan Setiabudi, 1999: 47).

5. Teori perkembangan

Teori ini menekankan pentingnya mempelajari apa yang telah dialami oleh lanjut usia pada saat muda hingga dewasa. Menurut Havighurst dan Duval, terdapat tujuh tugas perkembangan selama hidup yang harus dilaksanakan oleh lanjut usia yaitu sebagai berikut.

- a. Penyesuaian terhadap penurunan fisik dan psikis.
- b. Penyesuaian terhadap pensiun dan penurunan pendapatan.
- c. Menemukan makna kehidupan.
- d. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan.
- e. Menemukan kepuasan dalam hidup berkeluarga.
- f. Penyesuaian diri terhadap kenyataan akan meninggal dunia.
- g. Menerima dirinya sebagai seorang lanjut usia.

Teori Psikologis

Teori ini menjelaskan bagaimana seseorang berespons pada tugas perkembangannya. Pada dasarnya perkembangan seseorang akan terus berjalan meskipun orang tersebut telah menua.

1. Teori hierarki kebutuhan dasar manusia Maslow (*Maslow's hierarchy of human needs*)
Dari hierarki Maslow kebutuhan dasar manusia dibagi dalam lima tingkatan mulai dari yang terendah kebutuhan fisiologi, rasa aman, kasih sayang, harga diri sampai pada yang paling tinggi yaitu aktualisasi diri. Seseorang akan memenuhi kebutuhan kebutuhan tersebut. Menurut Maslow, semakin tua usia individu maka individu akan mulai berusaha mencapai aktualisasi dirinya. Jika individu telah mencapai aktualisasi diri, maka individu tersebut telah mencapai kedewasaan dan kematangan dengan semua sifat yang ada di dalamnya, otonomi, kreatif, independen, dan hubungan interpersonal yang positif.
2. Teori individualisme Jung (*Jung's theory of individualism*)
Menurut Carl Jung, sifat dasar manusia terbagi menjadi dua yaitu *ekstrovert* dan *introvert*. Individu yang telah mencapai lanjut usia cenderung introvert. Dia lebih suka menyendiri seperti bernostalgia tentang masa lalunya. Menua yang sukses adalah jika dia bisa menyeimbangkan antara sisi introvert dan ekstrovertnya, tetapi lebih condong ke arah introvert. Dia senang dengan dirinya sendiri, serta melihat orang dan bergantung pada mereka.
3. Teori delapan tingkat perkembangan Erikson (*Erikson's eighth stages of life*)
Menurut Erikson, tugas perkembangan terakhir yang harus dicapai individu adalah integritas ego vs menghilang (*ego integrity vs disappear*). Jika individu tersebut sukses mencapai tugas perkembangan ini, maka dia akan berkembang menjadi individu yang arif dan bijaksana. Namun jika individu tersebut gagal mencapai tahap ini, maka dia akan hidup penuh dengan keputusasaan.
4. Optimalisasi selektif dengan kompensasi (*selective optimisation with compensation*)
Menurut teori ini, kompensasi penurunan tubuh ada tiga elemen yaitu sebagai berikut.
 - a. Seleksi
Adanya penurunan dari fungsi tubuh karena proses penuaan maka mau tidak mau harus ada peningkatan pembatasan terhadap aktivitas sehari-hari.
 - b. Optimalisasi
Lanjut usia tetap mengoptimalkan kemampuan yang masih dimilikinya untuk meningkatkan kehidupannya.
 - c. Kompensasi
Berbagai aktivitas yang sudah tidak dapat dijalankan karena proses penuaan diganti dengan aktivitas lain yang mungkin bisa dilakukan dan bermanfaat bagi lanjut usia.

PERUBAHAN YANG TERJADI PADA LANJUT USIA

Perubahan yang terjadi pada lanjut usia meliputi perubahan fisik, psikologis, dan sosial. Diawali dengan perubahan fisik, kemudian mengakibatkan perubahan psikologis dan sosial

dan berkembang dalam bentuk gangguan perilaku. Gangguan perilaku merupakan area keperawatan kesehatan jiwa pada usia lanjut. Hampir tidak ada skizofrenia terjadi di usia lanjut, kecuali sudah mengalami skizofrenia sejak muda dan tidak sembuh sampai tua.

TABEL 20.1 Perubahan pada Lansia

Fisik	Psikologis
• Pancaindera	• Paranoid
• Otak	• Gangguan tingkah laku
• Gastrointestinal	• Keluyuran (<i>wandering</i>)
• Saluran kemih	• <i>Sun downing</i>
• Otot dan tulang	• Depresi
• Kardiovaskular	• Demensia
• Endokrin, dan lain-lain.	• Sindrom pascakekuasaan (<i>postpower syndrome</i>), dan lain-lain.

Perubahan Fisik

1. Pancaindera

a. Mata

Respons terhadap sinar menurun, adaptasi terhadap gelap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun, dan terjadi katarak atau gangguan pengelihatannya lainnya. Lansia yang mulai tidak jelas pengelihatannya, sehingga sering menjadi curiga dengan sosok bayangan yang datang atau berada di rumahnya. Cucunya dianggap pencuri dan sebagainya, sehingga semakin tidak jelas pengelihatannya, maka semakin menjadi pencuriga.

b. Telinga

Membran timpani atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran, yaitu menjadi sangat peka atau berkurang pendengarannya. Respons perilaku lansia menjadi lebih pencuriga, apalagi jika pengelihatannya tidak jelas dan pendengaran berkurang. Anggota keluarga yang tinggal serumah sering menjadi sasaran kecurigaan lansia, berbicara keras dianggap marah, serta berbicara pelan dianggap *ngerasani* atau mengunjingkan lansia.

c. Perabaan

Kemampuan jari untuk meraba atau menggenggam menjadi menurun (*clumsy*), akibatnya tidak mampu memegang sesuatu yang berat, misalnya makan dengan piring, mudah jatuh dan pecah atau minum dengan gelas, mudah jatuh dan pecah. Jika diberi piring melamin akan merasa marah, karena dianggap tidak menghargai orang tua. Selain menjadi pencuriga, lansia menjadi mudah marah karena perubahan mata, telinga, dan perabaan.

d. Penciuman

Kemampuan hidung untuk membau harum, gurih, dan lezat sudah menurun, yang akibatnya nafsu makan menjadi menurun. Permasalahan perilaku muncul dengan membenci siapa yang masak di rumah, apalagi jika yang masak adalah menantu. Di sinilah awal mula terjadinya suasana tidak kondusif antara menantu wanita dengan mertua.

e. Pengecapan

Pada usia lanjut terjadi penurunan kemampuan lidah untuk merasakan rasa asam, asin, manis, gurih, pedas, dan semua rasa lezat, yang akibatnya nafsu makan menurun. Terkadang lansia masih menambahkan gula pada makanan yang sudah manis atau menambahkan garam pada makanan yang sudah asin. Hal akan menjadi berbahaya apabila lansia memiliki penyakit diabetes atau tekanan darah tinggi. Dengan keadaan ini, lansia dapat semakin membenci menantu wanitanya, karena sudah tidak bisa masak atau jika masak, tidak ada aroma dan rasanya.

Perubahan pancaindera mengakibatkan berbagai perubahan perilaku pada lansia, menjadi pencuriga, mudah marah, dan membenci seseorang.

2. Otak

Terjadi penurunan kemampuan berpikir, daya ingat, dan konsentrasi. Penurunan kemampuan berpikir terutama untuk memikirkan hal baru (*new learning*), walaupun bisa terjadi secara lambat (*slow learning*). Sering lansia tidak bisa menerima pemikiran anak muda, karena menganggap bahwa apa yang lansia pikirkan itulah kebenaran. Lansia menjadi skeptis dengan pola pikirnya, sehingga sulit menerima sesuatu yang baru.

Meskipun demikian, masih banyak lansia yang tetap pandai pada masa tuanya, kemampuan kognitifnya sama sekali tidak berkurang, bahkan cenderung lebih hafal daripada yang muda. Kemampuan asah otak ternyata sama dengan asah pedang, yaitu semakin sering diasah, maka semakin tajam pedang itu. Hal ini bergantung pada apa yang dipelajari saat muda. Ibarat belajar di masa kecil, bagai mengukir di atas batu. Hal yang dipelajari di masa kecil yang terus digunakan sampai tua akan terukir pada pola pikir. Sementara belajar sesudah dewasa, bagai mengukir di atas air, yaitu hal yang dipelajari seolah sudah paham semua, tetapi saat sang guru pergi akan hilang semua yang telah dipelajari.

Kemampuan konsentrasi yang menurun mengakibatkan lansia mengalami kesulitan fokus perhatian (*sustain attention*). Jika bercerita atau mengajar harus satu-satu, tidak bisa dua topik sekaligus. Selain itu, kewaspadaan juga menurun, sehingga perlu bantuan dan pengawasan apabila lansia melakukan aktivitas di luar rumah.

3. Paru

Kekuatan otot pernapasan menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik napas lebih berat, alveoli melebar dan jumlahnya menurun, kemampuan batuk menurun, serta terjadi penyempitan pada bronkus.

Akibatnya, lansia selalu mengeluh dada sesak, serta bernapas cepat dan terengah-engah (*breath holding spell* dan *hyperventilation*). Tindakan yang paling tepat untuk mengatasi hal ini adalah jalan mars setiap hari selama 20 menit di udara terbuka. Solusi dengan metode farmakologi tidak terlalu disarankan karena gangguan terjadi karena menurunnya kemampuan anatomi dan fisiologi paru.

4. Gastrointestinal

Pada sistem ini esofagus melebar, asam lambung menurun, lapar menurun, dan peristaltik menurun sehingga terjadilah penumpukan makanan. Apabila daya absorpsi masih baik, maka racun akan ikut terabsorpsi, sehingga terjadi konstipasi. Ukuran lambung mengecil serta fungsi organ asesori menurun sehingga menyebabkan berkurangnya produksi hormon dan enzim pencernaan. Lansia menjadi sangat banyak keluhan terkait gastrointestinal.

5. Saluran kemih

Kondisi ginjal mengecil, aliran darah ke ginjal menurun, penyaringan di glomerulus menurun, dan fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengonsentrasikan urine ikut menurun. Elastisitas buli-buli menurun, sehingga menjadi sering kencing. Kemampuan sfinkter uri menurun, sehingga lansia menjadi ngompol. Respons perilaku berupa lansia sering mengeluh tidak bisa tidur, sering terbangun untuk kencing, ngompol, besar, dan sebagainya.

6. Otot dan tulang

Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (*osteoporosis*), bungkuk (*kifosis*), persendian membesar dan menjadi kaku (*atrofi otot*), kram, tremor, tendon mengerut, serta mengalami sklerosis. Respons perilaku berupa lansia menjadi banyak mengeluh dengan sistem muskuloskeletalnya. Hal ini sangat bergantung pada aktivitas olahraga semasa muda. Tindakan yang sesuai adalah senam taichi atau jalan mars.

7. Kardiovaskular

Katub jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume), elastisitas pembuluh darah menurun, serta meningkatnya resistansi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat. Risiko terjadi infark, stroke, dan sebagainya.

8. Endokrin

Kemampuan tubuh untuk meregulasi endokrin menurun, sehingga mudah terjadi asam urat, kolesterol, diabetes, dan sebagainya.

Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis lansia sering terjadi karena perubahan fisik, dan mengakibatkan berbagai masalah kesehatan jiwa di usia lanjut. Beberapa masalah psikologis lansia antara lain sebagai berikut.

1. Paranoid

Respons perilaku yang ditunjukkan dapat berupa curiga, agresif, atau menarik diri. Lansia selalu curiga pada orang lain, bahkan curiga pada televisi. Oleh karena lansia tidak mendengar suara TV, tetapi melihat gambarnya tersenyum atau tertawa, maka TV dianggap mengejek lansia. Pembantu dianggap mencuri, karena mengambil gula atau beras untuk dimasak, padahal instruksi pembantu berasal dari majikan yang tidak diketahui lansia.

Tindakan untuk mengatasi hal ini adalah jangan mendebat, karena kita dianggap menantang, serta jangan mengiyakan, karena dianggap kita berteman. Berikan aktivitas sesuai kemampuan lansia, sehingga lansia tidak sempat memperhatikan apa yang dapat menimbulkan paranoid.

2. Gangguan tingkah laku

Sifat buruk pada lansia bertambah seiring perubahan fungsi fisik. Lansia merasa kehilangan harga diri, kehilangan peran, merasa tidak berguna, tidak berdaya, sepi, pelupa, kurang percaya diri, dan sebagainya. Akibatnya bertambah sangat banyak sifat buruk setiap adanya penurunan fungsi fisik.

Tindakan untuk mengatasi hal ini adalah berikan kepercayaan kepada lansia untuk melaksanakan hobi lama sesuai kemampuannya, sehingga harga diri lansia meningkat dan merasa tetap berguna dalam masyarakat.

3. Gangguan tidur

Lansia mengalami tidur superfisial, tidak pernah mencapai total *bed sleep*, merasa *tengen*, setiap detik dan jam selalu terdengar, desakan mimpi buruk, serta bangun lebih cepat dan tidak dapat tidur lagi. Lansia selalu mengeluh tidak bisa tidur. Padahal jika diamati, kebutuhan tidur lansia tidak terganggu, hanya pola tidur yang berubah. Hal ini terjadi karena lansia mengalami tidur superfisial, sehingga tidak pernah merasa tidur nyenyak. Misalnya, jam 04.00 sudah bangun, lalu aktivitas beribadah, jalan-jalan, minum kopi atau susu dengan makanan ringan, selanjutnya mengantuk dan tertidur. Waktunya sarapan bangun, beraktivitas sebentar, mengantuk lagi, lalu tertidur. Pada siang hari, setelah makan siang tertidur lagi dan jam 8 malam sudah tertidur. Oleh karena kebutuhan tidur sudah terpenuhi di pagi dan siang hari, maka jam 3 pagi atau jam 4 pagi sudah bangun dan tidak dapat tidur lagi.

Tindakan untuk mengatasi hal ini adalah membuat lansia tidak tidur siang (*schedulling*), sehingga malam dapat tidur lebih lama. Batasi konsumsi makanan yang membuat mengantuk, serta cegah nonton TV yang menakutkan atau menegangkan. Obat farmakologi tidak disarankan kecuali ada indikasi.

4. Keluyuran (*wandering*)

Hal ini biasanya terjadi akibat bingung dan demensia. Lansia keluar rumah dan tidak dapat pulang, hilang, berkelana, atau menggelandang. Sebenarnya ini tidak dikehendaki oleh lansia. Hal tersebut terjadi karena lansia tidak betah di rumah, tetapi saat keluar tidak tahu jalan untuk pulang.

Tindakan yang dapat dilakukan adalah beri tanda pengenal, cantumkan nama, nama keluarga, dan nomor telepon, sehingga jika ditemukan masyarakat dapat menghubungi anggota keluarga. Tingkatkan aktivitas harian, sehingga lansia tidak ingin keluar rumah. Untuk penyegaran, dampingi saat keluar rumah (tapi yang sejalur) dan setelah hafal, boleh jalan sendiri. Pagar di kunci apabila ditinggal oleh pendamping.

5. *Sun downing*

Lansia mengalami kecemasan meningkat saat menjelang malam (di rumah), terus mengeluh, agitasi, gelisah, atau teriak ketakutan. Jika di panti, hal tersebut dapat memengaruhi lansia yang lain. Keadaan ini terjadi karena lansia gelisah pada saat malam. Pada zaman dahulu, belum ada listrik, sehingga saat menjelang malam, kecemasan lansia meningkat. Oleh karenanya, semua anak dan cucunya dicari dan disuruh pulang, semua hewan peliharaan harus sudah ada di kandang, serta semua anggota keluarga harus sudah di dalam rumah. Semua itu terjadi karena kekhawatiran dengan gelapnya malam.

Tindakan yang dapat dilakukan adalah berikan orientasi realitas, aktivitas menjelang maghrib, dan penerangan yang cukup.

6. Depresi

Ada banyak jenis depresi yang terjadi pada lansia, di antaranya depresi terselubung, keluhan fisik menonjol, berkonsultasi dengan banyak dokter (umum/spesialis), merasa lebih pusing, nyeri, dan sebagainya. Depresi sering dialami oleh lansia muda wanita karena terjadinya menopause. Apabila lansia muda wanita tidak siap menghadapi menopause, maka depresi sangat menonjol akan dialami. Namun, bagi yang siap menghadapi menopause akan merasa lebih bahagia karena dapat beribadah sepanjang waktu tanpa harus cuti haid. Pada lansia pria, penyebab depresi terutama karena sindrom pascakekuasaan (*postpower syndrom*). Lansia mulai berkurang penghasilan, teman, dan harga diri.

Tanda yang sering muncul adalah tidur (*sleep*) meningkat, ketertarikan (*interest*) menurun, rasa bersalah (*guilty*) meningkat, energi (*energy*) menurun, konsentrasi (*concentration*) menurun, nafsu makan (*appetite*) menurun, psikomotor (*psycomotor*) menurun, bunuh diri (*suicide*) meningkat—SIGECAPS.

Tindakan yang dilakukan disesuaikan dengan penyebab yang ditemukan. Selain itu, tingkatkan harga diri lansia, serta yakinkan bahwa lansia masih tetap dihargai dalam keluarga dan tetap bermanfaat bagi masyarakat.

7. Demensia

Demensia adalah suatu sindrom gejala gangguan fungsi luhur kortikal yang multipel, seperti daya ingat, daya pikir, daya tangkap, orientasi, berhitung, berbahasa, dan fungsi nilai sebagai akibat dari gangguan fungsi otak. Demensia banyak jenisnya yang bergantung pada penyebab dan gejala yang timbul, di antaranya demensia, multiinfark demensia, alzheimer, atau bahkan retardasi mental.

Tindakan yang dapat dilakukan adalah berikan aktivitas sesuai kemampuan dan kolaborasi pengobatan dengan farmakologis.

8. Sindrom pascakekuasaan (*postpower syndrom*)

Sindrom pascakekuasaan adalah sekumpulan gejala yang timbul setelah lansia tidak punya; kekuasaan, kedudukan, penghasilan, pekerjaan, pasangan, teman, dan sebagainya. Beberapa faktor penyebab lansia tidak siap menghadapi pensiun adalah kepribadian yang kurang matang, kedudukan sebelumnya terlalu tinggi dan tidak menduduki jabatan lain setelah pensiun, proses kehilangan terlalu cepat, serta lingkungan tidak mendukung.

Alternatif tindakan yang dapat dilakukan adalah optimalkan masa persiapan pensiun (MPP) selama 1 tahun, serta gaji penuh tetapi masih boleh mencari pekerjaan lain untuk menyiapkan alih kerja. Jika lansia bukan seorang PNS, maka siapkan jaminan sosial hari tua yang memadai ketika masih muda.

Upayakan lingkungan tetap kondusif, seperti keluarga dan anak tetap menghargai. Usahakan kebiasaan di rumah masih tetap dilakukan, misalnya makan bersama, mengobrol bersama, dan sebagainya. Usahakan tetap ada kedudukan di masyarakat, seperti menjadi ketua yayasan sosial, koperasi, atau takmir masjid. Dengan demikian, lansia masih akan tetap merasa dihormati dan berguna bagi masyarakat.

PENATALAKSANAAN KEPERAWATAN JIWA USIA LANJUT

Hidup sampai tua adalah harapan setiap orang, tetapi ketika sudah tua akan banyak perubahan yang terjadi dan tidak mungkin dihindari, seperti menurunnya fungsi organ tubuh dan menjadi sarang penyakit. Oleh karena itu, penanganan terhadap berbagai masalah yang terjadi pada lansia harus dilakukan secara holistik, sepanjang hidup (*long live*), dan jangka panjang (*long term*). Orang tua adalah orang yang telah menjadikan kita terhormat, maka hormatilah mereka. Berikan bantuan dan perawatan sampai kapan pun beliau membutuhkan. Pengorbanan orang tua jauh lebih besar dibanding bantuan yang akan kita berikan. Menghormati orang yang sudah meninggal adalah baik, tetapi jauh lebih baik menghormati yang masih hidup. Jangan sampai menyesal karena kurang penghargaan kepada orang tua, sehingga beliau wafat. Oleh karena akan kurang bermakna jika memberikan penghargaan ketika beliau sudah wafat.

Orang tua adalah orang yang telah menjadikan kita terhormat, maka hormatilah mereka.

Penatalaksanaan secara holistik meliputi penatalaksanaan fisik, psikologis, serta sosial yang termasuk keluarga dan lingkungan. Secara fisik, perhatikan asupan nutrisi baik secara kuantitas maupun kualitas, serta hindari makanan pantangan yang dapat memperparah penyakit yang diderita. Apabila harus menggunakan obat-obatan harus dimulai dari dosis rendah dan ditinggalkan secara perlahan (*start low go slow*).

Secara psikologis, perhatikan kegemaran intelektual (*intellectual interest*), seperti keterkaitan hobi lama dengan kesibukan baru, pekerjaan sejenis yang berguna, hindari waktu luang, serta kesendirian dan pikiran kosong. Perhatikan peningkatan kualitas hidup, cita-cita, tujuan hidup, makna kehidupan, dan pengembangan spiritualitas agar lansia bisa menjadi lebih terhormat.

Lingkungan dan keluarga harus disiapkan dan harus tahu bahwa lansia banyak mengalami perubahan, sehingga berikan aktivitas sesuai kemampuan dan hobinya. Selain itu, jangan harap lansia untuk membantu memasak, mengasuh anak, dan sebagainya. Jangan kucilkan lansia dan bantulah sesuai kebutuhan. Bila perlu, berikan gelang identitas. Perhatikan desain interior rumah, dapur, serta kamar mandi diusahakan ada pegangan dinding sampai tempat tidur dan gunakan kloset duduk. Usahakan rumah menjadi tempat yang nyaman untuk lansia. Selain itu, perhatikan fasilitas kesehatan yang diperlukan untuk lansia.

Perhatikan penanganan masalah secara umum terkait dengan proses penuaan yang meliputi hal berikut.

1. Penanggulangan masalah akibat perubahan fungsi tubuh.
 - a. Perawatan diri sehari-hari.
 - b. Senam atau latihan pergerakan secara teratur.
 - c. Pemeriksaan kesehatan secara rutin.
 - d. Mengikuti kegiatan yang masih mampu dilakukan.
 - e. Minum obat secara teratur jika sakit.
 - f. Memakan makanan bergizi.
 - g. Minum paling sedikit delapan gelas setiap hari.
2. Penanggulangan masalah akibat perubahan psikologis.
 - a. Mengenal masalah yang sedang dihadapi.
 - b. Memiliki keyakinan dalam memandang masalah.
 - c. Menerima proses penuaan.
 - d. Memberi nasihat dan pandangan.
 - e. Beribadah secara teratur.
 - f. Terlibat dalam kegiatan sosial dan keagamaan.
 - g. Sabar dan tawakal.
 - h. Mempertahankan kehidupan seksual.
3. Penanggulangan masalah akibat perubahan sosial/masyarakat.
 - a. Saling mengunjungi.
 - b. Memiliki pandangan atau wawasan.
 - c. Melakukan kegiatan rekreasi.

LATIHAN

1. Jelaskan bagaimana proses menua bisa terjadi!
2. Apa masalah keperawatan yang paling sering muncul pada pasien lansia?
3. Bagaimana prinsip penatalaksanaan pasien lansia?

BACAAN

Hardywinoto dan Setiabudi. 1999. *Panduan Gerontologi: Menjaga Keseimbangan Kualitas Hidup Para Lanjut Usia, Tinjauan dari Berbagai Aspek*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

Maramis, W.F. 1998. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.

Maryam, S. dkk. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.

Notosoedirjo, M. Latipun. 2001. *Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapan*. Malang: UMM Press.

Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th Edition. St Louis: Mosby.

21 Keperawatan Kesehatan Jiwa Masyarakat

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan kesehatan jiwa di masyarakat.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa akan mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan pengertian kesehatan jiwa masyarakat.
2. Mengidentifikasi berbagai stresor yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa di masyarakat.
3. Mengidentifikasi area gangguan kesehatan jiwa di masyarakat.
4. Mengidentifikasi tingkat asuhan keperawatan kesehatan jiwa di masyarakat.
5. Menjelaskan definisi keperawatan kesehatan jiwa masyarakat (*community mental health nursing—CMHN*).
6. Mengidentifikasi aplikasi tindakan keperawatan kesehatan jiwa di keperawatan kesehatan jiwa masyarakat (*community mental health nursing—CMHN*).
7. Melakukan evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan kesehatan jiwa di masyarakat.

PENGERTIAN KESEHATAN JIWA MASYARAKAT

Kesehatan jiwa masyarakat adalah suatu keadaan setiap manusia dapat mencapai prestasi kerja semaksimal mungkin, anak sekolah dapat mencapai prestasi belajar semaksimal mungkin karena tidak adanya hambatan emosi.

Setiap manusia dapat mencapai prestasi kerja semaksimal mungkin, yang ditandai dengan adanya optimalisasi prestasi, kreativitas dan produktivitas dalam dunia kerja. Tidak ada upaya saling menghambat, permusuhan, dan menghalangi pencapaian kinerja seseorang. Setiap orang dalam kelompok saling membantu menyelesaikan pekerjaan sesuai kemampuan, kewenangan, dan keahliannya. Dengan demikian, setiap orang dapat mencapai kepuasan dalam menampilkan prestasi kerja, sehingga terciptalah kesehatan jiwa di masyarakat.

Setiap anak sekolah dapat mencapai prestasi belajar semaksimal mungkin merupakan suatu yang ideal bisa terjadi. Fakta di lapangan menunjukkan bahwa sering terjadi konflik antara keinginan orang tua dan anak. Misalnya, anak yang harus masuk sekolah jam 07.00 WIB, orang tua menginginkan anak bangun 04.30, salat, mengaji, mempersiapkan alat sekolah, mandi, sarapan, dan jam 06.00 harus sudah berangkat. Saat di sekolah tidak boleh jajan sembarangan sehingga anak diberi bekal kue atau nasi untuk makan siang. Sepulang sekolah harus tidur, les, mengaji, dan seterusnya. Bagaimana dengan keinginan anak? Jika memungkinkan bangun jam 06.00, mandi, berangkat, tidak perlu sarapan, minta uang saku saja, serta jika diberi bekal, maka ditukar dengan teman. Sepulang sekolah bersepeda, main ke rumah semua teman yang dikenalnya, bila perlu tidak pulang, karena jika sudah pulang tidak boleh keluar lagi, dan seterusnya. Nah, siapa yang salah? Keinginan siapa yang harus diikuti? Kemauan orang tua benar (menurut orang tua), bagaimana dengan keinginan anak?

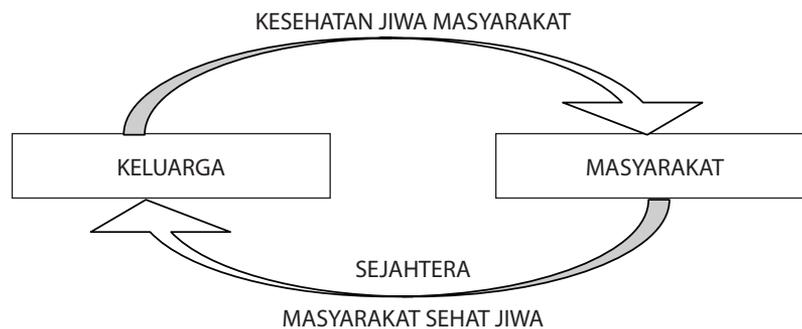
Jika memperhatikan tugas pertumbuhan dan perkembangan usia sekolah adalah kerja keras (*industry*) vs inferioritas (*inferiority*). Pada usia ini, anak mulai mengenal lingkungan yang lebih luas yaitu lingkungan sekolah. Anak harus mulai beradaptasi dengan sekian banyak teman dan guru dari berbagai macam latar belakang. Dalam diri anak mulai tumbuh sifat kompetitif, mengembangkan sikap saling memberi dan menerima, setia kawan dan berpegangan pada aturan yang berlalu. Apabila ini tidak terjadi pada anak, maka sikap inferioritas yang akan berkembang dalam diri anak.

Keinginan orang tua harus diprioritaskan, tetapi keinginan anak tetap harus dipertimbangkan, untuk menyiapkan anak dalam mengembangkan tugas pertumbuhan dan perkembangannya. Norma dan nilai orang tua diterapkan kepada anak sesuai dunia anak. Dengan demikian, hubungan orang tua dengan anak akan tetap berjalan sesuai dengan tugas pertumbuhan dan perkembangan.

Keluarga adalah merupakan unit terkecil dari masyarakat. Oleh karena itu, kesehatan jiwa masyarakat ditentukan pula oleh kondisi keluarga. Menurut Good & Good, kesehatan jiwa masyarakat dapat terjadi apabila keluarga dan masyarakat dalam keadaan sejahtera.

Pertanyaannya adalah, apakah keluarga dan masyarakat kita saat ini sudah dalam keadaan sejahtera? Jika belum, upaya mencapai keadaan sejahtera harus mulai dari keluarga atau masyarakat?

Anak dipersiapkan dengan baik oleh orang tua dalam tata aturan keluarganya. Apabila anak dilepaskan dalam masyarakat yang tidak kondusif, maka ketika anak pulang dari sekolah, dia bisa menirukan ucapan kotor yang didengar dari teman sekolah kepada orang tuanya. Dengan demikian, untuk mendapatkan kondisi masyarakat yang sehat jiwa, harus dilakukan upaya bersama dalam meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat. Peningkatan kesejahteraan keluarga menjadi tanggung jawab keluarga, serta peningkatan kesejahteraan masyarakat menjadi tanggung jawab keluarga, tokoh masyarakat, dan pimpinan masyarakat.



GAMBAR 21.1 Peningkatan Kesehatan Jiwa Masyarakat

Upaya peningkatan kesejahteraan keluarga dan masyarakat dalam mewujudkan kesehatan jiwa masyarakat perlu memperhatikan beberapa stresor di masyarakat yang sangat memengaruhi kesehatan jiwa masyarakat.

Beberapa stresor di masyarakat antara lain timbulnya harapan yang terlalu banyak, meningkatnya permintaan kebutuhan, dampak teknologi modern, urbanisasi, dan kepadatan penduduk.

1. Timbulnya harapan yang banyak.

Sebelum merdeka terjadi kebobrokan, kejelekan, dan kebodohan akibat penjajah. Setelah merdeka ternyata harapan belum tentu sama kenyataan, serta terdapat kekecewaan dan kecemasan.

2. Meningkatnya permintaan kebutuhan

Tuntutan kebutuhan dalam meningkatkan harga diri, yang meliputi perumahan, perlengkapan isi rumah, sarana transportasi dan komunikasi, pendidikan, serta gaya hidup.

3. Dampak teknologi modern

- a. Arus dari luar mudah diakses.
- b. Pengaruh budaya.
- c. Peralatan rumah tangga jadi modern.
- d. Makanan siap saji, hangat, dingin.
- e. Ibu bekerja di luar rumah.
- f. Kesiapan terhadap perubahan yang cepat.
- g. Kesesuaian perkembangan teknologi dengan kebutuhan saat ini.

4. Urbanisasi

- a. Pergeseran dari masyarakat desa ke kota.
- b. Keluarga besar (*extended family*) berubah menjadi keluarga inti (*nuclear family*).
- c. Agraris berubah menjadi industri.
- d. Mobilisasi semakin cepat.
- e. Ikatan keluarga menjadi longgar, kontak menurun, komunikasi menurun.
- f. Peran keluarga yang semakin berkurang.

5. Kepadatan penduduk

- a. Daya saing semakin ketat.
- b. Hukum alam akan terjadi pertengkaran.

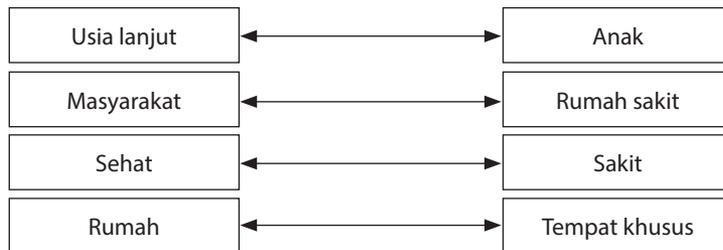
Beberapa stresor di masyarakat ini perlu dikenali untuk mempersiapkan kemampuan adaptasi keluarga dalam menjalani dan memenuhi tuntutan kehidupan di masyarakat. Selain itu, keluarga mempunyai tugas untuk menyiapkan anak dalam menghadapi tuntutan kehidupan pada masanya.

Beberapa tugas keluarga antara lain sebagai berikut.

1. Mempersiapkan anak menghadapi perubahan yang cepat. Jangan terlalu terikat pada kebiasaan keluarga (*family culture*), yang seolah menolak perubahan, sehingga mendidik anak menurut sudut pandang orang tua semata. Akibatnya anak hidup pada dunia “tidak nyata (*unreality*)”.
2. Tidak semua perubahan penting dan perlu diikuti. Pertahankan beberapa norma dan nilai keluarga yang penting, sehingga keluarga dapat berperan sebagai stabilisator dalam perubahan yang sangat cepat.
3. Dunia berubah dengan cepat, sehingga setiap orang akan dituntut menghadapi perubahan itu. Keluarga harus berperan sebagai tempat mendapatkan keamanan dan kenyamanan (*security*), sehingga keluarga merupakan tempat berlindung (*refuge*) dan jaminan (*insurance*) ketika anak merasakan ketidaknyamanan di lingkungan luar.
4. Waspada terhadap peran keluarga yang makin berkurang. Tunjukkan selalu figur ibu (*mother figure*) atau figur ayah (*father figure*), sehingga diharapkan anak akan mengembangkan perilaku dengan meniru orang tuanya.

AREA KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DI MASYARAKAT

Ruang lingkup keperawatan kesehatan jiwa masyarakat terdiri atas berbagai rentang masalah kesehatan jiwa antara kondisi sehat dan sakit, pada usia anak sampai usia lanjut, perawatan di rumah sakit atau masyarakat, serta kondisi kesehatan jiwa di rumah ataupun di tempat khusus (industri atau penjara).



GAMBAR 21.2 Masalah Kesehatan Jiwa di Masyarakat (Continuity Care)

Area keperawatan kesehatan jiwa masyarakat ini mencakup seluruh kasus yang terjadi pada usia anak, dewasa, usia lanjut, baik pada kasus individu, kelompok, maupun keluarga.

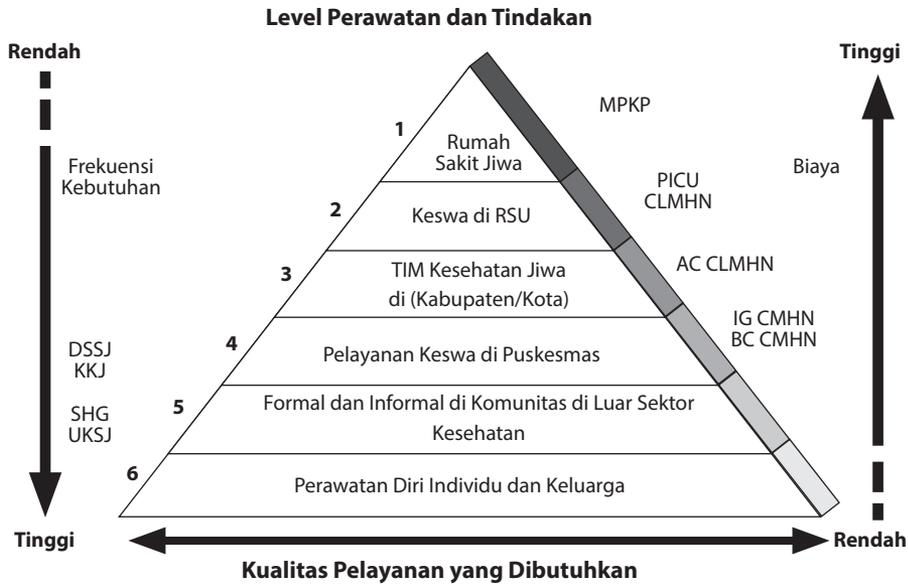
UPAYA KESEHATAN JIWA MASYARAKAT

Upaya kesehatan jiwa masyarakat meliputi seluruh level dan tindakan keperawatan kesehatan jiwa. Merupakan pelayanan paripurna, mulai dari pelayanan kesehatan jiwa spesialistik, integratif, dan pelayanan yang berfokus masyarakat. Selain itu, memberdayakan seluruh potensi dan sumber daya di masyarakat sehingga terwujud masyarakat yang mandiri dalam memelihara kesehatannya.

Pelayanan kesehatan jiwa spesialistik dilaksanakan di rumah sakit jiwa dengan berbagai penerapan model praktik keperawatan profesional (MPKP) yang telah dikembangkan.

Pelayanan kesehatan jiwa integratif merupakan pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan di rumah sakit umum. Pelayanan ini berbentuk unit perawatan intensif kejiwaan (*psychiatric intensive care unit—PICU*) dan konsultan penghubung keperawatan kesehatan mental (*consultant liaison mental health nursing—CLMHN*). Unit psikiatri di rumah sakit umum merupakan sarana pelayanan keperawatan kesehatan jiwa jangka pendek (*short term hospitalization*), sedangkan CLMHN merupakan sarana merawat pasien gangguan fisik umum yang mengalami masalah psikososial.

Pelayanan kesehatan jiwa berfokus pada masyarakat dimulai dari pelayanan tingkat kabupaten/kota, puskesmas, kelompok khusus sampai keluarga. Pelayanan ini dikenal dengan



GAMBAR 21.3 Level Perawatan dan Tindakan (Keliat, 1997; Maramis A., 2005; adaptasi dari van Ommeren, 2005)

keperawatan kesehatan jiwa masyarakat (*community mental health nursing—CMHN*). Pelayanan kesehatan jiwa di CMHN ini dimulai dari level lanjut (*advance*), menengah (*intermediate*), dan dasar (*basic*).

Pemberdayaan seluruh potensi dan sumber daya masyarakat dilaksanakan dalam bentuk pengembangan desa siaga sehat jiwa (DSSJ), serta melakukan revitalisasi kader dengan membentuk kader kesehatan jiwa (KKJ) sebagai fasilitator masyarakat dalam mengembangkan kesehatan jiwa masyarakat. Pada kelompok khusus dapat dibentuk kelompok swadaya (*self help group—SHG*) dan usaha kesehatan sekolah tentang kesehatan jiwa (UKSJ).

APLIKASI CMHN

Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa yang komprehensif mencakup tiga tingkat pencegahan yaitu sebagai berikut.

Pencegahan Primer

1. Fokus pelayanan keperawatan jiwa pada peningkatan kesehatan dan pencegahan terjadinya gangguan jiwa.

2. Tujuan pelayanan adalah mencegah terjadinya gangguan jiwa, serta mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jiwa.
3. Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang belum mengalami gangguan sesuai dengan kelompok umur yaitu anak-anak, remaja, dewasa, dan usia lanjut.
4. Aktivitas pada pencegahan primer adalah sebagai berikut.
 - a. Program pendidikan kesehatan, program stimulasi perkembangan, program sosialisasi, manajemen stres, dan persiapan menjadi orang tua. Beberapa kegiatan yang dilakukan antara lain sebagai berikut.
 - 1) Pendidikan kesehatan pada orang tua.
 - a) Pendidikan menjadi orang tua.
 - b) Perkembangan anak sesuai dengan usia.
 - c) Memantau dan menstimulasi perkembangan.
 - d) Menyosialisasikan anak dengan lingkungan.
 - 2) Cara mengatasi stres.
 - a) Stres pekerjaan.
 - b) Stres perkawinan.
 - c) Stres sekolah.
 - d) Stres pascabencana.
 - b. Program dukungan sosial diberikan pada anak yatim piatu, kehilangan pasangan, kehilangan pekerjaan, serta kehilangan rumah/tempat tinggal, yang semuanya ini mungkin terjadi akibat bencana. Beberapa kegiatan yang dilakukan antara lain sebagai berikut.
 - 1) Memberikan informasi cara mengatasi kehilangan.
 - 2) Menggerakkan dukungan masyarakat seperti menjadi orang tua asuh bagi anak yatim piatu.
 - 3) Melatih keterampilan sesuai keahlian masing-masing untuk mendapatkan pekerjaan.
 - 4) Mendapatkan dukungan pemerintah dan LSM untuk memperoleh tempat tinggal.
 - c. Program pencegahan penyalahgunaan obat. Penyalahgunaan obat sering digunakan sebagai koping untuk mengatasi masalah. Kegiatan yang dapat dilakukan antara lain sebagai berikut.
 - 1) Pendidikan kesehatan melatih koping positif untuk mengatasi stres.
 - 2) Latihan asertif yaitu mengungkapkan keinginan dan perasaan tanpa menyakiti orang lain.
 - 3) Latihan afirmasi dengan menguatkan aspek-aspek positif yang ada pada diri seseorang.
 - d. Program pencegahan bunuh diri. Bunuh diri merupakan salah satu cara penyelesaian masalah oleh individu yang mengalami keputusasaan. Oleh karena itu, perlu dilakukan program berikut.

- 1) Memberikan informasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang tanda-tanda bunuh diri.
- 2) Menyediakan lingkungan yang aman untuk mencegah bunuh diri.
- 3) Melatih keterampilan koping yang adaptif.

Pencegahan Sekunder

1. Fokus pelayanan keperawatan pada pencegahan sekunder adalah deteksi dini masalah psikososial dan gangguan jiwa serta penanganan dengan segera.
2. Tujuan pelayanan adalah menurunkan kejadian gangguan jiwa.
3. Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang berisiko/memperlihatkan tanda-tanda masalah psikososial dan gangguan jiwa.
4. Aktivitas pada pencegahan sekunder adalah sebagai berikut.
 - a. Menemukan kasus sedini mungkin dengan cara memperoleh informasi dari berbagai sumber seperti masyarakat, tim kesehatan lain, dan penemuan langsung.
 - b. Melakukan penjarangan kasus dengan melakukan langkah-langkah sebagai berikut.
 - 1) Melakukan pengkajian dua menit untuk memperoleh data fokus (format terlampir pada modul pencatatan dan pelaporan).
 - 2) Jika ditemukan tanda-tanda berkaitan dengan kecemasan dan depresi, maka lanjutkan pengkajian dengan menggunakan pengkajian keperawatan kesehatan jiwa.
 - 3) Mengumumkan kepada masyarakat tentang gejala dini gangguan jiwa (di tempat-tempat umum).
 - 4) Memberikan pengobatan cepat terhadap kasus baru yang ditemukan sesuai dengan standar pendelegasian program pengobatan (bekerja sama dengan dokter) serta memonitor efek samping pemberian obat, gejala, dan kepatuhan pasien minum obat.
 - 5) Bekerja sama dengan perawat komunitas dalam pemberian obat lain yang dibutuhkan pasien untuk mengatasi gangguan fisik yang dialami (jika ada gangguan fisik yang memerlukan pengobatan).
 - 6) Melibatkan keluarga dalam pemberian obat, mengajarkan keluarga agar melaporkan segera kepada perawat jika ditemukan adanya tanda-tanda yang tidak biasa, dan menginformasikan jadwal tindak lanjut.
 - 7) Penanganan kasus bunuh diri dengan menempatkan pasien di tempat yang aman, melakukan pengawasan ketat, menguatkan koping dan melakukan rujukan jika mengancam keselamatan jiwa.
 - 8) Menempatkan pasien di tempat yang aman sebelum dirujuk dengan menciptakan lingkungan yang tenang, dan stimulus yang minimal.

- 9) Melakukan terapi modalitas yaitu berbagai terapi keperawatan untuk membantu pemulihan pasien seperti terapi aktivitas kelompok, terapi keluarga, dan terapi lingkungan.
- 10) Memfasilitasi kelompok swadaya—*self-help group* (kelompok pasien, kelompok keluarga atau kelompok masyarakat pemerhati) berupa kegiatan kelompok yang membahas masalah-masalah yang terkait dengan kesehatan jiwa dan cara penyelesaiannya.
- 11) *Hotline service* untuk intervensi krisis yaitu pelayanan dalam 24 jam melalui telepon berupa pelayanan konseling.
- 12) Melakukan tindak lanjut (*follow-up*) dan rujukan kasus.

Pencegahan Tersier

1. Fokus pelayanan keperawatan pada peningkatan fungsi dan sosialisasi serta pencegahan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa.
2. Tujuan pelayanan adalah mengurangi kecacatan/ketidakmampuan akibat gangguan jiwa.
3. Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa pada tahap pemulihan.
4. Aktivitas pada pencegahan tersier antara lain sebagai berikut.
 - a. Program dukungan sosial dengan menggerakkan sumber-sumber di masyarakat seperti sumber pendidikan, dukungan masyarakat (tetangga, teman dekat, tokoh masyarakat), dan pelayanan terdekat yang terjangkau masyarakat. Beberapa kegiatan yang dilakukan meliputi hal-hal sebagai berikut.
 - 1) Pendidikan kesehatan tentang perilaku dan sikap masyarakat terhadap penerimaan pasien gangguan jiwa.
 - 2) Pentingnya pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam penanganan pasien yang mengalami kekambuhan.
 - b. Program rehabilitasi dengan memberdayakan pasien dan keluarga hingga mandiri. Fokus pada kekuatan dan kemampuan pasien dan keluarga dengan cara berikut.
 - 1) Meningkatkan kemampuan koping yaitu belajar mengungkapkan dan menyelesaikan masalah dengan cara yang tepat.
 - 2) Mengembangkan sistem pendukung dengan memberdayakan keluarga dan masyarakat.
 - 3) Menyediakan pelatihan kemampuan dan potensi yang perlu dikembangkan oleh pasien, keluarga, dan masyarakat.
 - 4) Membantu pasien dan keluarga merencanakan serta mengambil keputusan untuk dirinya.

- c. Program sosialisasi
 - 1) Membuat tempat pertemuan untuk sosialisasi.
 - 2) Mengembangkan keterampilan hidup, seperti aktivitas sehari-hari, mengelola rumah tangga, dan mengembangkan hobi.
 - 3) Program rekreasi seperti nonton bersama, jalan santai, pergi ke tempat rekreasi.
 - 4) Kegiatan sosial dan keagamaan, seperti arisan bersama, pengajian, majelis taklim, dan kegiatan adat.
- d. Program mencegah stigma

Stigma merupakan anggapan yang keliru dari masyarakat terhadap gangguan jiwa. Oleh karena itu, perlu diberikan program mencegah stigma untuk menghindari isolasi dan diskriminasi terhadap pasien gangguan jiwa. Beberapa kegiatan yang dilakukan yaitu sebagai berikut.

 - 1) Melakukan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang kesehatan jiwa dan gangguan jiwa, serta sikap dan tindakan menghargai pasien gangguan jiwa.
 - 2) Pendekatan kepada tokoh masyarakat atau orang yang berpengaruh dalam rangka menyosialisasikan kesehatan jiwa dan gangguan jiwa.

PROSES KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA PADA CMHN

Pendekatan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien adalah sebagai berikut.

Pengkajian

Pengkajian awal dilakukan dengan menggunakan pengkajian 2 menit berdasarkan keluhan pasien. Setelah ditemukan tanda-tanda menonjol yang mendukung adanya gangguan jiwa, maka pengkajian dilanjutkan dengan menggunakan format pengkajian kesehatan jiwa. Data yang dikumpulkan mencakup keluhan utama, riwayat kesehatan jiwa, pengkajian psikososial, dan pengkajian status mental (format dilampirkan pada modul pencatatan dan pelaporan). Teknik pengumpulan data dapat dilakukan melalui wawancara dengan pasien dan keluarga, pengamatan langsung terhadap kondisi pasien, serta melalui pemeriksaan.

Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan dapat dirumuskan berdasarkan hasil pengkajian, baik masalah yang bersifat aktual (gangguan kesehatan jiwa) maupun yang berisiko mengalami gangguan jiwa. Jika perawat menemukan anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa, maka

perawat harus berhati-hati dalam penyampaian kepada pasien dan keluarga agar tidak menyebutkan gangguan jiwa karena hal tersebut merupakan stigma dalam masyarakat.

Adapun diagnosis keperawatan yang diidentifikasi penting untuk pascabencana adalah sebagai berikut.

1. Masalah kesehatan jiwa pada anak/remaja.
 - a. Depresi
 - b. Perilaku kekerasan
2. Masalah kesehatan jiwa pada usia dewasa.
 - a. Harga diri rendah
 - b. Perilaku kekerasan
 - c. Risiko bunuh diri
 - d. Isolasi sosial
 - e. Gangguan persepsi sensori: halusinasi
 - f. Gangguan proses pikir: waham
 - g. Defisit perawatan diri
3. Masalah kesehatan jiwa pada lansia.
 - a. Demensia
 - b. Depresi

Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan kesehatan jiwa yang mencakup tindakan psikoterapeutik yaitu:

1. penggunaan berbagai teknik komunikasi terapeutik dalam membina hubungan dengan pasien;
2. pendidikan kesehatan tentang prinsip-prinsip kesehatan jiwa dan gangguan jiwa;
3. perawatan mandiri (aktivitas kehidupan sehari-hari) meliputi kebersihan diri (misal, mandi, kebersihan rambut, gigi, perineum), makan dan minum, buang air besar dan buang air kecil;
4. terapi modalitas seperti terapi aktivitas kelompok, terapi lingkungan dan terapi keluarga;
5. tindakan kolaborasi (pemberian obat-obatan dan monitor efek samping).

Dalam menyusun rencana tindakan harus dipertimbangkan bahwa untuk mengatasi satu diagnosis keperawatan diperlukan beberapa kali pertemuan hingga tercapai kemampuan yang diharapkan baik untuk pasien maupun keluarga. Rencana tindakan keperawatan ditujukan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas.

1. Pada tingkat individu difokuskan pada peningkatan keterampilan dalam kegiatan sehari-hari dan keterampilan coping adaptif dalam mengatasi masalah.

2. Pada tingkat keluarga difokuskan pada pemberdayaan keluarga dalam merawat pasien dan menyosialisasikan pasien dengan lingkungan.
3. Pada tingkat kelompok difokuskan pada kegiatan kelompok dalam rangka sosialisasi agar pasien mampu beradaptasi dengan lingkungan.
4. Pada tingkat komunitas difokuskan pada peningkatan kesadaran masyarakat tentang kesehatan jiwa dan gangguan jiwa, serta menggerakkan sumber-sumber yang ada di masyarakat yang dapat dimanfaatkan oleh pasien dan keluarga.

Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan rencana yang telah dibuat. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien saat ini. Perawat bekerja sama dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan. Tujuannya adalah memberdayakan pasien dan keluarga agar mampu mandiri memenuhi kebutuhannya serta meningkatkan keterampilan coping dalam menyelesaikan masalah. Perawat bekerja dengan pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi kebutuhan mereka dan memfasilitasi pengobatan melalui kolaborasi dan rujukan.

Evaluasi Asuhan Keperawatan

Evaluasi dilakukan untuk menilai perkembangan pasien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan dan menyelesaikan masalah.

1. Evaluasi pasien
 - a. Melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari sesuai kemampuannya.
 - b. Membina hubungan dengan orang lain di lingkungannya secara bertahap.
 - c. Melakukan cara-cara meyelesaikan masalah yang dialami.
2. Evaluasi keluarga
 - a. Membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien hingga pasien mandiri.
 - b. Mengenal tanda dan gejala dini terjadinya gangguan jiwa.
 - c. Melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa atau kekambuhan.
 - d. Mengidentifikasi perilaku pasien yang membutuhkan konsultasi segera.
 - e. Menggunakan sumber-sumber yang tersedia di masyarakat seperti tetangga, teman dekat, pelayanan kesehatan terdekat.

LATIHAN

1. Jelaskan pengertian kesehatan jiwa masyarakat!
2. Sebutkan stresor yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa di masyarakat!
3. Jelaskan area gangguan kesehatan jiwa di masyarakat!
4. Jelaskan tindakan keperawatan kesehatan jiwa di CMHN!

BACAAN

- Keliat, B.A., Akemat, Helena, N.C.D., dan Nurhaeni, H. 2007. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Maramis, W.F. 2010. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press: Surabaya.
- Notosoedirjo, M. Latipun. 2001. *Kesehatan Mental; Konsep dan Penerapan*. Malang: UMM Press.
- Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition*. St.Louis: Mosby.

BAGIAN III

TERAPI MODALITAS DALAM KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi berbagai alternatif terapi (terapi modalitas) dalam keperawatan kesehatan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu melakukan hal berikut.

1. Menguraikan konsep terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.
2. Menguraikan peran perawat dalam terapi modalitas.
3. Menerapkan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.
 - a. Peran perawat dalam pemberian psikofarmaka.
 - b. Peran perawat dalam pemberian terapi kejang listrik (*electroconvulsive therapy*—ECT).
 - c. Terapi lingkungan.
 - d. Terapi keluarga.
 - e. Terapi kognitif.
 - f. Terapi perilaku (*cognitive behavioral therapy*—CBT).
 - g. Terapi kelompok keluarga.
 - h. Terapi rehabilitasi/okupasi.
 - i. Fiksasi fisik, kimia, dan penerapan lovaas.
 - j. Konsep terapi aktivitas kelompok (TAK).
 - k. Penerapan terapi aktivitas kelompok (TAK).



22 Terapi Modalitas dalam Keperawatan Jiwa

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi berbagai alternatif terapi (terapi modalitas) dalam keperawatan kesehatan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

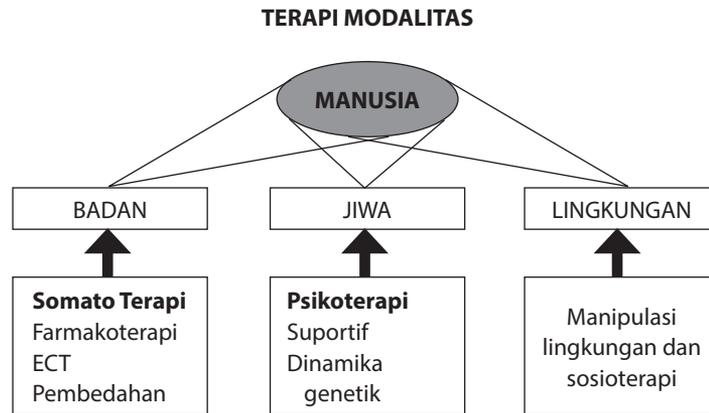
Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa akan dapat melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan pengertian terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.
2. Mengidentifikasi berbagai alternatif terapi yang dapat diberikan pada pasien gangguan jiwa.
3. Mengidentifikasi kebutuhan jenis terapi yang diperlukan pasien.

PENGERTIAN TERAPI MODALITAS

Terapi modalitas adalah berbagai macam alternatif terapi yang dapat diberikan pada pasien gangguan jiwa. Gangguan jiwa merupakan berbagai bentuk penyimpangan perilaku dengan penyebab pasti belum jelas. Oleh karenanya, diperlukan pengkajian secara mendalam untuk mendapatkan faktor pencetus dan pemicu terjadinya gangguan jiwa. Selain itu, masalah kepribadian awal, kondisi fisik pasien, situasi keluarga, dan masyarakat juga memengaruhi terjadinya gangguan jiwa.

Maramis mengidentifikasi penyebab gangguan dapat berasal dari masalah fisik, kondisi kejiwaan (psikologis), dan masalah sosial (lingkungan). Apabila gangguan jiwa disebabkan karena masalah fisik, yaitu terjadinya gangguan keseimbangan neurotransmitter yang mengendalikan perilaku manusia, maka pilihan pengobatan pada farmakologi. Apabila penyebab gangguan jiwa karena masalah psikologis, maka dapat diselesaikan secara psikologis. Apabila penyebab gangguan karena masalah lingkungan sosial, maka pilihan terapi difokuskan pada manipulasi lingkungan. Dengan demikian, berbagai macam terapi dalam keperawatan kesehatan jiwa dapat berupa somatoterapi, psikoterapi, dan terapi lingkungan (Maramis, 1998).



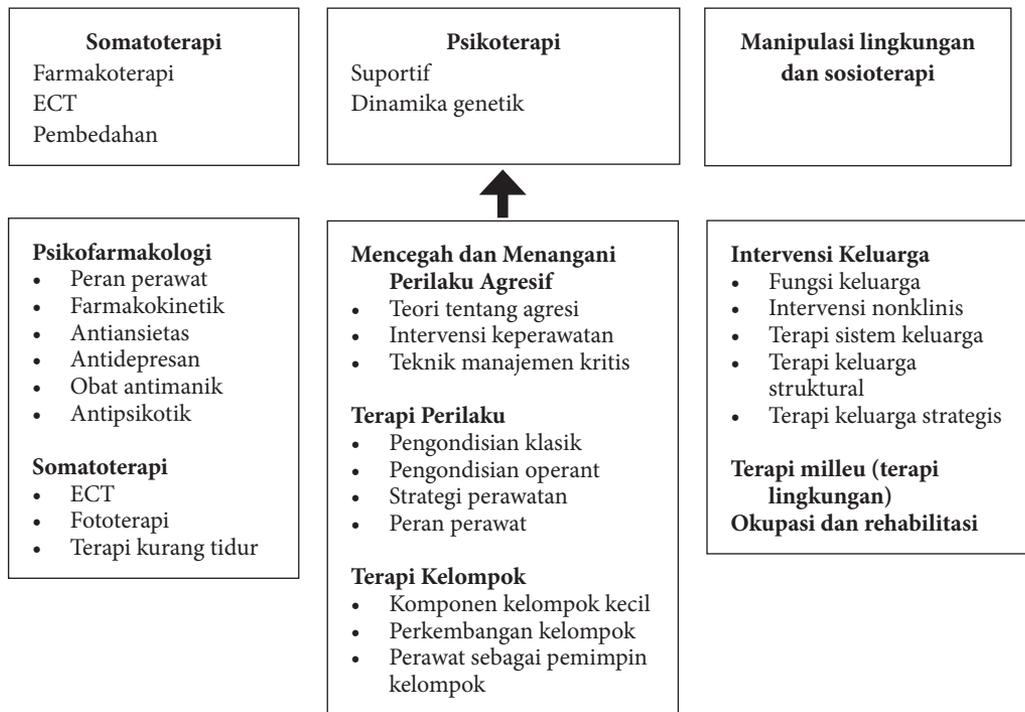
GAMBAR 22.1 Terapi Modalitas

Konsep terapi modalitas dalam keperawatan kesehatan jiwa terus mengalami perkembangan disesuaikan dengan masalah yang dialami pasien, intervensi keperawatan disesuaikan dengan penyebab utama terjadinya masalah keperawatan.

Pada pemberian somatoterapi (terapi somatik), peran perawat difokuskan pada pengenalan jenis farmakoterapi yang diberikan, mengidentifikasi efek samping, dan kolaborasi penanganan efek samping obat. Pada pemberian terapi kejang listrik (*electroconvulsive therapy*—ECT) peran perawat adalah menyiapkan pasien dan mengevaluasi kondisi pasien setelah mendapatkan terapi kejang listrik.

Pada kelompok psikoterapi, perawat dapat memberikan berbagai upaya pencegahan dan penanganan perilaku agresif, intervensi krisis, serta mengembangkan terapi kognitif, perilaku, dan berbagai terapi aktivitas kelompok. Pada kelompok terapi lingkungan, perawat perlu mengidentifikasi perlunya pelaksanaan terapi keluarga, terapi lingkungan, terapi okupasi, dan rehabilitasi.

Bagan berikut menggambarkan sinkronisasi berbagai alternatif terapi medis dan keperawatan, yang sering disebut dengan istilah terapi modalitas.



GAMBAR 22.2 Terapi Modalitas

Pemilihan terapi yang akan dilaksanakan bergantung pada kondisi pasien dengan berbagai macam latar belakang kejadian kasusnya. Pilihan salah satu terapi dapat dikombinasikan dengan terapi lain. Jarang sekali untuk pasien gangguan jiwa dapat diselesaikan dengan satu (*single*) terapi, seperti pada gambaran kasus yang terdapat dalam bab ini.

KASUS

Pasien wanita, dewasa muda, belum menikah, dirawat di rumah sakit jiwa selama dua minggu. Kondisi sudah stabil dan membaik, sehingga oleh dokter yang merawat sudah diizinkan pulang. Oleh perawat dilakukan tindakan persiapan pulang (*discharge planning*) untuk menyiapkan berbagai aktivitas dan keterampilan rutin harian yang harus dilakukan pasien setelah pulang dari rumah sakit jiwa. Pasien sudah siap dan boleh pulang.

Hari pertama, pada awalnya pasien menjalankan aktivitas di rumah tidak ada kendala. Bangun pagi, mandi, salat, membersihkan kamar, dan menyapu dalam rumah. Kegiatan dilanjutkan menyapu halaman, tetapi dilarang oleh ibunya (ibunya malu takut ketahuan tetangga). Anak terpaksa harus mengikuti larangan ibunya.

Sejenak kemudian, melihat ibunya membawa tas siap berbelanja ke pasar, anak mencoba menawarkan untuk membawakan tas belanja. Namun, lagi-lagi ditolak, serta disuruh menunggu saja di rumah.

Setelah ibu pulang, anak mencoba membantu masak, tetapi tidak boleh membantu memotong sayur. Ibu takut jika sang anak (bekas pasien) membawa pisau dapat melukai orang di dapur. Selain itu, anak mencoba membantu cuci piring, tetapi tidak boleh karena takut piringnya dipecah, dan sebagainya. Kemudian anak bertanya, "Lha saya harus berbuat apa Bu? Saya sudah dilatih perawat dan bisa melaksanakan kegiatan rutin harian." Ibu menjawab, "Sudahlah nak, kamu tunggu saja dalam kamar (duduk manis dalam kamar). Nanti jika sarapan sudah siap, akan Ibu antar ke kamar." Saat makanan sudah siap, makanan diantar ke kamar, tetapi piring dipilihkan yang tidak dapat pecah (piring plastik) supaya tidak dibanting, sendok dicarikan yang bukan dari logam, karena jika dari logam dapat diasah di lantai menjadi pisau, gelas yang tidak bisa pecah. Anak makan dengan sedikit berpikir, "Ibuku ini bagaimana? dibantu cuci piring tidak boleh, aku dikasih makan dengan piring plastik." Namun, semua terpaksa harus dilakukan. Jika membantah ibu, bisa kena marah dan dianggap belum sembuh.

Sesaat kemudian, ibu dan bapak pamit bekerja. Anak sudah dipesan harus di dalam kamar saja dan tidak boleh keluar. Anak bingung, "Lho, saya kan jadi gak bisa melaksanakan aktivitas yang bermanfaat. "Gak masalah, yang penting tidak keluar rumah", jawab ibu. Anak kembali bertanya, "Jika ingin kencing atau buang air besar gimana?" "Panggil pembantu." jawab ibu.

Saat benar-benar ingin buang air kecil dan buang air besar, anak mengetuk pintu dan memanggil pembantu, "Mbak... pingin kencing". Pembantu mendengar, tapi tidak berani membuka karena takut. Beberapa waktu kemudian, memanggil lagi dengan sedikit lebih keras, sehingga pembantu tambah takut dan pergi ke rumah tetangga. Panggilan ketiga lebih keras lagi, sehingga tetangga bertanya, "Siapa dari tadi mengetuk pintu dan teriak-teriak itu?". Pembantu menjawab, "Anak ibu yang baru pulang dari rumah sakit jiwa."

Saat ibu pulang disapa oleh tetangga, "Ibu.. maaf, kenapa putrinya belum sembuh sudah dibawa pulang dari rumah sakit jiwa?" Ibu terkejut dan balik bertanya, "Putri yang mana?" "Putri yang tadi teriak-teriak." jawab tetangga. Sang ibu bergegas menuju rumah, dengan menggerutu. Ibu menuju kamar anak dan membuka kunci pintu kamar. Setelah pintu terbuka, tercium bau feses dan urin. Spontan ibu marah, "Nak... apa kataku... kamu belum sembuh kan.. kenapa kamu tidak nurut sama ibu?", dan seterusnya. Apapun penjelasan anak tidak didengar.

Kasus di atas menunjukkan bahwa pemilihan orang yang perlu diobati dan terapi apa saja yang perlu digunakan sangatlah penting. Oleh karena itu, pasien yang telah mulai membaik harus mendapat dukungan dari keluarga yang telah siap dan tidak overprotektif, tetangga yang siap, dan lingkungan yang kondusif.

Berdasarkan gambaran kasus di atas, pilihan alternatif terapi adalah sebagai berikut.

1. Apabila pasien dalam kondisi akut dan kritis, lakukan manajemen krisis, sesuai dengan tindak kegawatdaruratan yang dialami pasien. Tenangkan pasien dengan psikofarmaka. Jika sudah memungkinkan, maka lakukan terapi kognitif dan perilaku. Lanjutkan dengan terapi aktivitas kelompok. Jika secara psikologis pasien kondusif, maka lakukan rehabilitasi psikiatri dengan okupasi terapi.
2. Untuk keluarga dan lingkungan, lakukan terapi keluarga agar dapat mengembangkan coping yang adaptif, siap menerima pasien, dan menjadi sistem pendukung bagi pasien. Identifikasi kesiapan lingkungan. Usahakan lingkungan menjadi tempat yang kondusif untuk melatih aktivitas rutin harian pasien. Jika memungkinkan, kembangkan bengkel kerja terlindung (*sheltered workshop*) untuk menyiapkan pasien kembali hidup produktif di masyarakat.

LATIHAN

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan terapi modalitas!
2. Jelaskan macam somatoterapi!
3. Terapi apa sajakah yang termasuk dalam kelompok psikoterapi?
4. Jelaskan dasar pemilihan terapi pada pasien gangguan jiwa!
5. Kapan terapi keluarga diperlukan?

BACAAN

Maramis, W.F. 2006. "Mengurangi Risiko Gangguan Jiwa". <http://www.suarakarya-online.com/news.html.id=157830>.

Maramis, W.F. 2010. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press: Surabaya.

Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th Edition*. St.Loius: Mosby.

Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.

23 Peran Perawat dalam Pemberian Psikofarmaka

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi peran perawat dalam pemberian terapi psikofarmaka.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa dapat melakukan hal berikut.

1. Menyebutkan pengertian psikofarmaka.
2. Mengidentifikasi berbagai jenis dan golongan psikofarmaka.
3. Menyebutkan farmakokinetik dari psikofarmaka.
4. Mengidentifikasi efek samping pemberian psikofarmaka.
5. Mengidentifikasi peran perawat dalam pemberian psikofarmaka.

PENGERTIAN PSIKOFARMAKA

Psikofarmaka adalah berbagai jenis obat yang bekerja pada susunan saraf pusat. Efek utamanya pada aktivitas mental dan perilaku, yang biasanya digunakan untuk pengobatan gangguan kejiwaan. Terdapat banyak jenis obat psikofarmaka dengan farmakokinetik khusus untuk mengontrol dan mengendalikan perilaku pasien gangguan jiwa. Golongan dan jenis psikofarmaka ini perlu diketahui perawat agar dapat mengembangkan upaya kolaborasi pemberian psikofarmaka, mengidentifikasi dan mengantisipasi terjadinya efek samping, serta memadukan dengan berbagai alternatif terapi lainnya.

Berdasarkan efek klinik, obat psikotropika dibagi menjadi golongan antipsikotik, antidepresan, antiansietas, dan antimanik (*mood stabilizer*).

Antipsikotik

Obat ini dahulu disebut neuroleptika atau *major tranquillizer*. Indikasi utama obat golongan ini adalah untuk penderita gangguan psikotik (skizofrenia atau psikotik lainnya).

Klasifikasinya antara lain sebagai berikut.

1. Derivat fenotiazin
 - a. Rantai samping alifatik
Contoh:
 - 1) Chlorpromazine (Largatil, ethibernal)
 - 2) Levomepromazine (Nozinan)
 - b. Rantai samping piperazin
Contoh:
 - 1) Trifluoperazin (Stelazine)
 - 2) Perfenazin (Trilafon)
 - 3) Flufenazin (Anatensol)
 - c. Rantai samping piperidin
Contoh: Thioridazin (Melleril)
2. Derivat butirofenon
Contoh: Haloperidol (Haldol, Serenace)
3. Derivat thioxanten
Contoh: Klorprotixen (Taractan)
4. Deribat dibenzoxasepin
Contoh: Loksapin
5. Derivat difenilbutilpiperidin
Contoh Pimozide (Orap)
6. Derivat benzamide
Contoh: Sulpirid (dogmatil)

7. Derivat benzisoxazole
Contoh: Risperidon (Risperdal)
8. Derivat dibenzoxasepin (antipsikotik atipikal)
Contoh: Clozapin (Leponex)

Efek utama obat antipsikotik adalah menyupresi gejala psikotik seperti gangguan proses pikir (waham), gangguan persepsi (halusinasi), aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresivitas), dan juga memiliki efek sedatif serta efek samping ekstrapiramidal. Timbulnya efek samping sangat bervariasi dan bersifat individual.

Efek samping yang dapat terjadi antara lain sebagai berikut.

1. Gangguan neurologik
 - a. Gejala ekstrapiramidal
 - a. Akatisia
Kegelisahan motorik, tidak dapat duduk diam, jalan salah duduk pun tak enak.
 - b. Distonia akut
Kekakuan otot terutama otot lidah (protusio lidah), tortikolis (otot leher tertarik ke satu sisi), opistotonus (otot punggung tertarik ke belakang), dan okulogirikrisis (mata seperti tertarik ke atas).
 - c. Sindroma Parkinson/Parkinsonisme
Terdapat rigiditas otot/fenomena roda bergerigi, tremor kasar, muka topeng, hipersalivasi, disartria.
 - d. Diskinesia tardif
Gerakan-gerakan involunter yang berulang, serta mengenai bagian tubuh/kelompok otot tertentu yang biasanya timbul setelah pemakaian antipsikotik jangka lama.
 - b. Sindroma neuroleptika maligna
Kondisi gawat darurat yang ditandai dengan timbulnya febris tinggi, kejang-kejang, denyut nadi meningkat, keringat berlebihan, dan penurunan kesadaran. Sering terjadi pada pemakaian kombinasi antipsikotik golongan Butirofenon dengan garam lithium.
 - c. Penurunan ambang kejang
Perlu diperhatikan pada penderita epilepsi yang mendapat antipsikotik.
2. Gangguan otonom
 - a. Hipotensi ortostatik/postural
Penurunan tekanan darah pada perubahan posisi, misalnya dari keadaan berbaring kemudian tiba-tiba berdiri, sehingga dapat terjatuh atau syok/kesadaran menurun.
 - b. Gangguan sistem gastrointestinal
Mulut kering, obstipasi, hipersalivasi, dan diare.

- c. Gangguan sistem urogenital
Inkontinensia urine.
 - d. Gangguan pada mata
Kesulitan akomodasi, penglihatan kabur, fotofobia karena terjadi mydriasis.
 - e. Gangguan pada hidung
Selaput lendir hidung edema sehingga pasien mengeluh hidungnya mampet.
3. Gangguan hormonal
 - a. Hiperprolaktinemia
 - b. Galactorrhoea
 - c. Amenorrhoea
 - d. Gynecomastia pada laki-laki
 4. Gangguan hematologi
 - a. Agranulositosis
 - b. Thrombosis
 - c. Neutropenia
 5. Lain-lain
Dapat terjadi ikterus obstruktif, impotensia/difungsi seksual, alergi, pigmentasi retina, dermatosis.

Antidepresan

Merupakan golongan obat-obatan yang mempunyai khasiat mengurangi atau menghilangkan gejala depresif. Pada umumnya bekerja meningkatkan neurotransmitter norepinefrin dan serotonin.

Klasifikasinya antara lain sebagai berikut.

1. Golongan trisiklik
Contoh:
 - a. Imipramin (Tofranil)
 - b. Amitriptilin (Laroxyl)
 - c. Clomipramin (Anafranil)
2. Golongan tetrasiklik
Contoh: Maprotilin (Ludiomil)
3. Golongan monoaminoksidase inhibitor (MAOI)
Contoh: Rima/Moclobemide (Auroric)
4. Golongan *serotonin selective reuptake inhibitor* (SSRI)
Contoh:
 - a. Setralin (Zoloft)
 - b. Paroxetine (Seroxal)
 - c. Fluoxetine (Prozac)

Untuk gangguan depresi berat dengan kecenderungan bunuh diri, perlu dipertimbangkan penggunaan ECT sebagai pendamping pemberian antidepresan.

Efek samping yang sering terjadi pada pemberian antidepresan antara lain sebagai berikut.

1. Gangguan pada sistem kardiovaskular.
 - a. Hipotensi, terutama pada pasien usia lanjut.
 - b. Hipertensi (sering terjadi pada antidepresan golongan MAOI yang klasik).
 - c. Perubahan pada gambaran EKG (kardiotoksik terutama pada antidepresan golongan trisiklik).
2. Gangguan sistem atonom akibat efek antikolinergik.
 - a. Obstipasi, mulut dan tenggorokan kering, mual, sakit kepala, serta lain-lain.

Antiansietas (Anxiolytic Sedative)

Obat golongan ini dipakai untuk mengurangi ansietas/kecemasan yang patologis tanpa banyak berpengaruh pada fungsi kognitif. Secara umum, obat-obat ini berefek sedatif dan berpotensi menimbulkan toleransi/ketergantungan terutama pada golongan Benzodiazepin.

Klasifikasinya adalah sebagai berikut.

1. Derivat benzodiazepin
Contoh:
 - a. Klordiazopoksid (Librium)
 - b. Diazepam (Valium)
 - c. Bromazepam (Lexotan)
 - d. Lorazepam (Aktivan)
 - e. Clobazam (Frisium)
 - f. Alprazolam (Xanax)
 - g. Buspiron (Buspar)
2. Derivat gliserol
Contoh: Meprobramat (Deparon)
3. Derivat barbitrat
Contoh: Fenobarbital (Luminal)

Obat-obat golongan Benzodiazepam paling banyak disalahgunakan karena efek hipnotiknya dan terjaminnya keamanan dalam pemakaian dosis yang berlebih. Obat-obat golongan ini tidak berefek fatal pada overdosis kecuali bila dipakai dalam kombinasi dengan antisiolitik jenis lain atau dicampur alkohol. Efek samping yang sering dikeluhkan adalah sebagai berikut.

1. Rasa mengantuk yang berat.
2. Sakit kepala.
3. Disartria.
4. Nafsu makan bertambah.
5. Ketergantungan.
6. Gejala putus zat (gelisah, tremor, bila berat bisa sampai terjadi kejang-kejang).

Antimanik (Mood Stabilizer)

Merupakan kelompok obat yang berkhasiat untuk kasus gangguan afektif bipolar terutama episodik mania dan sekaligus dipakai untuk mencegah kekambuhannya. Obat yang termasuk kelompok ini adalah sebagai berikut.

1. Golongan garam lithium (Teralith, Priadel)
2. Karbamazepin (Tegretol, Temporal)
3. Asam Valproat

Hal yang penting untuk diperhatikan pada pemberian obat golongan ini adalah kadarnya dalam plasma. Misalnya pada pemberian lithium karbonat, dosis efektif antara 0,8–1,2 meq/L. Hal ini perlu selalu dimonitor karena obat ini bersifat toksik terutama terhadap ginjal.

Efek samping yang perlu diperhatikan antara lain sebagai berikut.

1. Tremor halus
2. Vertigo dan rasa lelah
3. Diare dan muntah-muntah
4. Oliguria dan anuria
5. Konvulsi
6. Kesadaran menurun
7. Edema
8. Ataksia dan tremor kasar

Berbagai obat yang sering digunakan di rumah sakit jiwa dan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah sebagai berikut.

1. Golongan Butirofenon (Haloperidol, Serenace)
 - a. Efek
Antipsikotik, sedasi psikomotor, mengontrol keseimbangan psikis dan otomatis, menghambat gerakan-gerakan yang tidak terkendali dan antiemetik.

- b. Efek samping
Efek ekstrapiramidal, spasme otot, dan parkinson.
 - c. Tindakan keperawatan
Observasi ketat tingkah laku pasien, beri dukungan dan rasa aman kepada pasien, berada dekat pasien. Selain itu, lakukan tindakan kolaboratif dengan pemberian obat-obat antikolinergik untuk mengatasi spasme otot dan dopamin agonis untuk mengatasi parkinson.
 - d. Cara pemberian: per oral
2. Golongan Fenotiazin (Klorpromazin, Stelazine)
- a. Efek
Penenang dengan daya kerja antipsikotik, antisiolitik, dan antiemetik yang kuat.
 - b. Efek samping
 - 1) Efek antikolinergik: hipotensi orthostatik, konstipasi, mulut kering, penglihatan kabur.
 - 2) Efek ekstrapiramidal pada pemakaian dosis tinggi atau pada pasien berusia di atas 40 tahun seperti gelisah dan sukar tidur.
 - c. Tindakan keperawatan
 - 1) Untuk efek antikolinergik
 - a) Observasi bising usus, beri diet tinggi serat, tingkatkan input cairan, dan beri aktivitas untuk mencegah konstipasi.
 - b) Monitor tekanan darah, tingkatkan volume cairan untuk mengembangkan pembuluh darah dan beritahu pasien untuk berpindah posisi perlahan-lahan untuk mengontrol hipotensi orthostatik.
 - c) Beri pelembap mulut secara berkala untuk mengurangi rasa kering, misalnya gliserin.
 - d) Anjurkan pasien untuk tidak bekerja dengan alat berbahaya, benda tajam, dan tidak bepergian untuk mengurangi kecelakaan akibat adanya kekaburan pandangan.
 - e) Kolaborasi: pemberian kolinergik agonis dan laksatif.
 - 2) Untuk efek ekstrapiramidal
 - a) Prinsip tindakan sama dengan pada pemberian haloperidol.
 - b) Untuk mengatasi sulit tidur dapat diberi susu hangat sebelum tidur atau dengan cara lain.
 - d. Cara pemberian: per oral
3. Trihexifenidil yaitu obat yang digunakan untuk mengatasi efek ekstrapiramidal. Cara pemberian: per oral

PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN PSIKOFARMAKA

Peran perawat dalam penatalaksanaan obat di rumah sakit jiwa adalah sebagai berikut.

1. Mengumpulkan data sebelum pengobatan.
Dalam melaksanakan peran ini, perawat didukung oleh latar belakang pengetahuan biologis dan perilaku. Data yang perlu dikumpulkan antara lain riwayat penyakit, diagnosis medis, hasil pemeriksaan laboratorium yang berkaitan, riwayat pengobatan, jenis obat yang digunakan (dosis, cara pemberian, waktu pemberian), dan perawat perlu mengetahui program terapi lain bagi pasien. Pengumpulan data ini agar asuhan yang diberikan bersifat menyeluruh dan merupakan satu kesatuan.
2. Mengoordinasikan obat dengan terapi modalitas.
Hal ini penting dalam mendesain program terapi yang akan dilakukan. Pemilihan terapi yang tepat dan sesuai dengan program pengobatan pasien akan memberikan hasil yang lebih baik.
3. Pendidikan kesehatan.
Pasien di rumah sakit sangat membutuhkan pendidikan kesehatan tentang obat yang diperolehnya, karena pasien sering tidak minum obat yang dianggap tidak ada manfaatnya. Selain itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan oleh keluarga karena adanya anggapan bahwa jika pasien sudah pulang ke rumah tidak perlu lagi minum obat padahal ini menyebabkan risiko kekambuhan dan dirawat kembali di rumah sakit.
4. Memonitor efek samping obat.
Seorang perawat diharapkan mampu memonitor efek samping obat dan reaksi-reaksi lain yang kurang baik setelah pasien minum obat. Hal ini penting dalam mencapai pemberian obat yang optimal.
5. Melaksanakan prinsip-prinsip pengobatan psikofarmakologi.
Peran ini membuat perawat sebagai kunci dalam memaksimalkan efek terapeutik obat dan meminimalkan efek samping obat karena tidak ada profesi lain dalam tim kesehatan yang melakukan dan mempunyai kesempatan dalam memberikan tiap dosis obat pasien, serta secara terus-menerus mewaspadaai efek samping obat. Dalam melaksanakan peran ini, perawat bekerja sama dengan pasien.
6. Melaksanakan program pengobatan berkelanjutan.
Dalam program pengobatan, perawat merupakan penghubung antara pasien dengan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat. Setelah pasien selesai dirawat di rumah sakit maka perawat akan merujuk pasien pada fasilitas yang ada di masyarakat misalnya puskesmas, klinik jiwa, dan sebagainya.
7. Menyesuaikan dengan terapi nonfarmakologi.
Sejalan dengan peningkatan pengetahuan dan kemampuan perawat, peran perawat dapat diperluas menjadi seorang terapis. Perawat dapat memilih salah satu program

terapi bagi pasien dan menggabungkannya dengan terapi pengobatan serta bersama pasien bekerja sebagai satu kesatuan.

8. Ikut serta dalam riset interdisipliner

Sebagai profesi yang paling banyak berhubungan dengan pasien, perawat dapat berperan sebagai pengumpul data, sebagai asisten peneliti, atau sebagai peneliti utama. Peran perawat dalam riset mengenai obat ini sampai saat ini masih terus digali.

Metode pendekatan khusus dalam pemberian obat untuk pasien curiga, risiko bunuh diri, dan ketergantungan obat adalah sebagai berikut.

1. Pendekatan khusus pada pasien curiga.

Pada pasien curiga tidak mudah percaya terhadap suatu tindakan atau pemberian yang diberikan kepadanya. Perawat harus meyakinkan bahwa tindakan yang dilakukan pada pasien ini tidak membahayakan, tetapi bermanfaat bagi pasien.

Secara verbal dan nonverbal perawat harus dapat mengontrol perilakunya agar tidak menimbulkan keraguan pada diri pasien karena tindakan yang ragu-ragu pada diri perawat akan menimbulkan kecurigaan pasien.

Selain itu perawat harus bersikap jujur. Cara komunikasi harus tegas dan ringkas, misalnya, “Bapak J, ini adalah obat Bapak J”. Jika pasien masih ragu, maka katakan, “Letakkan obat ini dalam mulut dan telan.” Berikan obat dalam bentuk dan kemasan yang sama setiap kali memberi obat agar pasien tidak bingung, cemas, dan curiga. Jika ada perubahan dosis atau cara meminumnya, diskusikan terlebih dahulu dengan pasien sebelum meminta pasien untuk meminumnya. Yakinkan obat benar-benar diminum dan ditelan dengan cara meminta pasien untuk membuka mulut dan gunakan spatel untuk melihat apakah obat disembunyikan. Hal ini terutama pada pasien yang mempunyai riwayat kecenderungan menyembunyikan obat di bawah lidah dan membuangnya.

Untuk pasien yang benar-benar menolak minum obat meskipun sudah diberikan pendekatan yang adekuat, maka pemberian obat dapat dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter yaitu injeksi sesuai dengan instruksi dengan memperhatikan aspek legal dan hak-hak pasien untuk menolak pengobatan dalam keadaan darurat.

2. Pendekatan khusus pada pasien dengan risiko bunuh diri.

Pada pasien yang risiko bunuh diri, masalah yang sering timbul dalam pemberian obat adalah penolakan pasien untuk minum obat dengan maksud pasien ingin merusak dirinya. Perawat harus bersikap tegas dalam pengawasan pasien untuk minum obat karena pasien pada tahap ini berada dalam fase ambivalen antara keinginan hidup dan mati. Perawat menggunakan kesempatan memberikan “perawatan” pada saat pasien mempunyai keinginan hidup, agar keraguan pasien untuk mengakhiri hidupnya berkurang karena pasien merasa diperhatikan. Perhatian perawat merupakan stimulus penting bagi pasien untuk meningkatkan motivasi hidup. Dalam hal ini, peran perawat memberikan obat diintegrasikan dengan pendekatan keperawatan, di antaranya untuk meningkatkan harga diri pasien.

3. Pendekatan khusus pada pasien yang mengalami ketergantungan obat.
Pada pasien yang mengalami ketergantungan obat biasanya menganggap obat adalah hal yang dapat menyelesaikan masalah. Oleh karenanya, perawat perlu memberikan penjelasan kepada pasien tentang manfaat obat dan obat bukanlah satu-satunya cara untuk menyelesaikan masalah. Misalnya, obat tidak bisa menyelesaikan masalah-masalah sosial seperti patah hati, *broken home*, dan kegagalan-kegagalan lainnya. Terapi obat harus disesuaikan dengan terapi modalitas lainnya seperti penjelasan cara-cara melewati proses kehilangan.

Dalam uraian di atas dapat terlihat bahwa perawat harus dapat mengidentifikasi kasus yang dihadapi dan menerapkan pendekatan secara adekuat untuk melaksanakan peran perawat dalam pemberian obat.

LATIHAN

1. Jelaskan yang dimaksud dengan psikofarmaka!
2. Sebutkan ada berapa macam golongan psikofarmaka!
3. Apa yang harus diketahui perawat dalam pemberian psikofarmaka?
4. Apa yang dimaksud dengan efek samping obat?
5. Bagaimana pendekatan khusus pemberian psikofarmaka pada pasien curiga?

BACAAN

- Depkes RI, Direktorat Kesehatan Jiwa. 1996. *Pedoman Perawatan Psikiatri*. Jakarta.
- Depkes RI, Direktorat Kesehatan Jiwa. 1998. *Buku Standar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Penerapan Standar Asuhan Keperawatan pada Kasus di RSJ dan RS Ketergantungan Obat*. Jakarta.
- Lab/UPF Kedokteran Jiwa. 1994. *Pedoman Diagnosis dan Terapi*. RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- Maramis, W.F. 1991. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press: Surabaya.
- Maramis, W.F. 2006, "Mengurangi Risiko Gangguan Jiwa". <http://www.suarakarya-online.com/news.html.id=157830>.
- Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th Edition*. St.Louis: Mosby.
- Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.

24 Peran Perawat dalam Pemberian Terapi Kejang Listrik (ECT)

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi peran perawat dalam pemberian terapi kejang listrik (*electroconvulsive therapy*—ECT).

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa dapat melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan pengertian terapi kejang listrik.
2. Menjelaskan indikasi pemberian terapi kejang listrik.
3. Menjelaskan mekanisme kerja terapi kejang listrik.
4. Mengidentifikasi peran perawat saat pemberian terapi kejang listrik.
5. Mengidentifikasi peran perawat setelah pelaksanaan terapi kejang listrik.

PENGERTIAN TERAPI KEJANG LISTRIK (ELECTROCONVULSIVE THERAPY—ECT)

Terapi kejang listrik adalah suatu prosedur tindakan pengobatan pada pasien gangguan jiwa, menggunakan aliran listrik untuk menimbulkan bangkitan kejang umum, berlangsung sekitar 25–150 detik dengan menggunakan alat khusus yang dirancang aman untuk pasien.

Pada prosedur tradisional, aliran listrik diberikan pada otak melalui dua elektroda dan ditempatkan pada bagian temporal kepala (pelipis kiri dan kanan) dengan kekuatan aliran terapeutik untuk menimbulkan kejang. Kejang yang timbul mirip dengan kejang epileptik tonik-klonik umum. Namun, sebetulnya yang memegang peran penting bukanlah kejang yang ditampilkan secara motorik, melainkan respons bangkitan listriknya di otak yang menyebabkan terjadinya perubahan faali dan biokimia otak.

Indikasi pemberian terapi ini adalah sebagai berikut.

1. Depresi berat dengan retardasi motorik, waham (somatik dan bersalah, tidak ada perhatian lagi terhadap dunia sekelilingnya, ada ide bunuh diri yang menetap, serta kehilangan berat badan yang berlebihan).
2. Skizofrenia terutama yang akut, katatonik, atau mempunyai gejala afektif yang menonjol.
3. Mania.

Kontraindikasi pemberian terapi ini antara lain sebagai berikut.

1. Tumor intrakranial, hematoma intrakranial.
2. Infark miokardiak akut.
3. Hipertensi berat.

Efek samping pemberian terapi ini meliputi hal berikut.

1. Aritmia jantung.
2. Apnea berkepanjangan.
3. Reaksi toksik atau alergi terhadap obat-obatan yang digunakan untuk ECT.

Hal-hal yang harus diperhatikan sebelum pelaksanaan ECT adalah sebagai berikut.

1. Persiapan
 - a. Kelengkapan surat *informed consent*.
 - b. Alat-alat yang diperlukan.
 - 1) Tempat tidur beralas papan
 - 2) Alat ECT lengkap
 - 3) Kasa basah untuk lapisan elektroda
 - 4) Alat untuk mengganjal gigi

- 5) Tabung oksigen dan perlengkapannya
 - 6) Alat pengisap lendir
 - 7) Alat suntik dan obat-obat untuk persiapan kondisi gawat darurat
 - c. Tindakan perawat pada tahap persiapan sesuai dengan peran sebagai pelaksana dan pendidik.
 - 1) Melakukan pemeriksaan fisik pasien secara menyeluruh sebelum diputuskan untuk melakukan ECT (walaupun tidak ada kontraindikasi).
 - a) Fungsi vital
 - b) EKG
 - c) Rontgen kepala dan rontgen toraks serta rontgen tulang belakang
 - d) EEG
 - e) CT scan
 - f) Pemeriksaan darah dan urine
 - 2) Menjelaskan kepada pasien untuk berpuasa (tidak makan dan minum) minimal 6 jam sebelum ECT.
 - 3) Menjelaskan kepada pasien akan diberikan premedikasi.
 - 4) Mengobservasi keadaan pasien dan menjelaskan tentang ECT agar pasien tidak cemas.
 - 5) Menanyakan dan menjelaskan kepada pasien untuk tidak memakai gigi palsu, perhiasan, ikat rambut, ikat pinggang.
 - d. Tenaga perawat yang akan membantu sebanyak 3–4 orang.
2. Pelaksanaan
 - a. Pasien ditidurkan dalam posisi terlentang tanpa bantal dan pakaian longgar.
 - b. Bantalan gigi dipasang dan ditahan oleh seorang perawat pada rahang bawah. Perawat yang lain menahan bagian bahu, pinggul, dan lutut secara fleksibel agar tidak terjadi gerakan yang mungkin menimbulkan dislokasi atau fraktur akibat terjadinya kejang-kejang.
 - c. Aliran listrik diberikan melalui elektroda di pelipis kiri dan kanan yang telah dilapisi dengan kasa basah. Sebelumnya dokter/psikiater telah mengatur waktu dan besarnya aliran listrik yang diberikan.
 - d. Sesaat setelah aliran listrik diberikan, maka akan terjadi kejang-kejang yang didahului oleh fase kejang tonik-klonik, serta timbul apnea beberapa saat dan baru terjadi kembali pernapasan spontan.
 - e. Saat menunggu pernapasan kembali merupakan saat yang penting. Bila apnea berlangsung terlalu lama, maka perlu dibantu dengan pemberian oksigen dan pernapasan buatan atau tindakan lain yang diperlukan.
 3. Observasi pasca-ECT

Pada fase ini perawat harus mengobservasi dan mengantisipasi tindakan yang harus dilakukan karena kesadaran pasien belum pulih walaupun kondisi vital telah berfungsi

normal kembali (tetap monitor kondisi vital). Selain itu, harus tetap berada didampingi pasien agar pasien menjadi aman dan nyaman.

ECT biasanya diberikan dalam satu seri yang terdiri atas 6–12 kali (kadang-kadang diperlukan sampai 20 kali) pemberian dengan dosis 2–3 kali per minggu.

LATIHAN

1. Jelaskan yang dimaksud dengan terapi kejang listrik!
2. Jelaskan bagaimana terapi kejang listrik dapat memberikan efek terapeutik!
3. Sebutkan indikasi pemberian terapi kejang listrik!
4. Sebutkan peran perawat dalam persiapan pelaksanaan terapi kejang listrik!
5. Sebutkan peran perawat setelah pelaksanaan terapi kejang listrik!

BACAAN

Depkes RI, Direktorat Kesehatan Jiwa. 1996. *Pedoman Perawatan Psikiatri*. Jakarta.

Depkes RI, Direktorat Kesehatan Jiwa. 1998. *Buku Standar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Penerapan Standar Asuhan Keperawatan pada Kasus di RSJ dan RS Ketergantungan Obat*. Jakarta.

Lab/UPF Kedokteran Jiwa. 1994. *Pedoman Diagnosis dan Terapi*. RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Maramis, W.F. 1991. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press: Surabaya.

Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th Edition*. St.Louis: Mosby.

25 Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu merencanakan pemberian terapi aktivitas kelompok (TAK) pada pasien gangguan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, diharapkan mahasiswa akan dapat melakukan hal berikut.

1. Menyebutkan pengertian terapi aktivitas kelompok.
2. Menyebutkan berbagai model terapi aktivitas kelompok.
3. Mengidentifikasi indikasi pemberian terapi aktivitas kelompok.
4. Merencanakan pemberian terapi aktivitas kelompok.
5. Mengevaluasi pelaksanaan terapi aktivitas kelompok.

PENGERTIAN TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK)

Kelompok adalah kumpulan individu yang mempunyai hubungan satu dengan yang lain, saling bergantung, serta mempunyai norma yang sama (Stuart dan Sundeen, 1991). Manusia adalah makhluk sosial, hidup berkelompok, dan saling berhubungan untuk memenuhi kebutuhan sosial. Kebutuhan sosial dimaksud antara lain rasa menjadi milik orang lain atau keluarga, kebutuhan pengakuan orang lain, kebutuhan penghargaan orang lain, dan kebutuhan pernyataan diri.

Penggunaan kelompok dalam praktik keperawatan jiwa memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, pengobatan atau terapi serta pemulihan kesehatan jiwa. Selain itu, dinamika kelompok tersebut membantu pasien meningkatkan perilaku adaptif dan mengurangi perilaku maladaptif.

Secara umum fungsi kelompok adalah sebagai berikut.

1. Setiap anggota kelompok dapat bertukar pengalaman.
2. Berupaya memberikan pengalaman dan penjelasan pada anggota lain.
3. Merupakan proses menerima umpan balik.

Terapi aktivitas kelompok (TAK) merupakan terapi yang bertujuan mengubah perilaku pasien dengan memanfaatkan dinamika kelompok. Cara ini cukup efektif karena di dalam kelompok akan terjadi interaksi satu dengan yang lain, saling memengaruhi, saling bergantung, dan terjalin satu persetujuan norma yang diakui bersama, sehingga terbentuk suatu sistem sosial yang khas yang di dalamnya terdapat interaksi, interelasi, dan interdependensi.

Terapi aktivitas kelompok (TAK) bertujuan memberikan fungsi terapi bagi anggotanya, yang setiap anggota berkesempatan untuk menerima dan memberikan umpan balik terhadap anggota yang lain, mencoba cara baru untuk meningkatkan respons sosial, serta harga diri. Keuntungan lain yang diperoleh anggota kelompok yaitu adanya dukungan pendidikan, meningkatkan kemampuan pemecahan masalah, dan meningkatkan hubungan interpersonal.

TUJUAN TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK

1. Terapeutik
Meningkatkan kemampuan pasien, memfasilitasi proses interaksi, membangkitkan motivasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif, serta mempelajari cara baru dalam mengatasi masalah dan melakukan sosialisasi.
2. Rehabilitatif
Meningkatkan kemampuan mengekspresikan diri, kemampuan berempati, meningkatkan kemampuan sosial, serta tanggung jawabnya dalam hubungan interpersonal.

KERANGKA TEORITIS TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK

Model Focal Conflict

Menurut Whitakers dan Lieberman, terapi kelompok lebih berfokus pada kelompok daripada individu. Prinsipnya adalah terapi kelompok ini dikembangkan berdasarkan konflik yang tidak disadari. Pengalaman kelompok secara berkesinambungan muncul, yang kemudian konflik dikonfrontir untuk pemecahan masalah. Tugas terapis membantu anggota kelompok memahami konflik dan mencapai penyelesaian konflik.

Menurut model ini pimpinan kelompok (*leader*) harus memfasilitasi dan memberikan kesempatan pada anggota untuk mengekspresikan perasaan dan mendiskusikannya untuk penyelesaian masalah. Contohnya, adanya perbedaan pendapat antaranggota, cara masalah (perbedaan) ditanggapi anggota, dan pemimpin mengarahkan alternatif penyelesaian masalah.

Model Komunikasi

Model komunikasi menggunakan prinsip komunikasi dan komunikasi terapeutik. Diasumsikan bahwa disfungsi atau komunikasi tidak efektif dalam kelompok akan menyebabkan ketidakpuasan anggota kelompok, umpan balik tidak adekuat, dan kohesi atau keterpaduan kelompok menurun.

Dengan menggunakan model ini, pemimpin berperan memfasilitasi komunikasi efektif, masalah individu atau kelompok dapat diidentifikasi dan diselesaikan. Pemimpin mengajarkan pada kelompok bahwa:

1. perlu komunikasi di dalam kelompok;
2. anggota harus bertanggung jawab terhadap apa yang diucapkan;
3. komunikasi berada dalam semua level, misalnya komunikasi verbal, nonverbal, terbuka, dan tertutup;
4. pesan yang disampaikan dapat dipahami orang lain;
5. anggota dapat menggunakan teori komunikasi dalam membantu satu dan yang lain untuk melakukan komunikasi efektif.

Model ini bertujuan membantu meningkatkan keterampilan interpersonal dan sosial anggota kelompok. Selain itu, teori komunikasi membantu anggota merealisasikan bagaimana mereka berkomunikasi secara nonverbal dan mengajarkan cara berkomunikasi lebih efektif. Selanjutnya, pemimpin juga perlu menjelaskan secara singkat prinsip-prinsip komunikasi dan cara menggunakan di dalam kelompok, serta menganalisis proses komunikasi tersebut.

Model Interpersonal

Sullivan mengemukakan bahwa semua tingkah laku (pikiran, perasaan, dan tindakan) digambarkan melalui hubungan interpersonal. Contohnya, interaksi dalam kelompok dapat dipandang sebagai proses sebab akibat, yang perasaan dan tingkah laku satu anggota merupakan akibat dari tingkah laku anggota lain.

Pada teori ini terapis bekerja dengan individu dan kelompok. Anggota kelompok belajar dari interaksi antaranggota dan terapis. Melalui proses ini, kesalahan persepsi dapat dikoreksi dan perilaku sosial yang efektif dipelajari. Perasaan cemas dan kesepian merupakan sasaran untuk mengidentifikasi dan mengubah perilaku. Contohnya, tujuan salah satu terapi aktivitas kelompok untuk meningkatkan hubungan interpersonal. Pada saat konflik interpersonal muncul, pemimpin menggunakan situasi tersebut untuk mendorong anggota untuk mendiskusikan perasaan mereka dan mempelajari konflik yang membuat anggota merasa cemas, serta menentukan perilaku yang digunakan untuk menghindari atau menurunkan cemas pada saat terjadi konflik.

Model Psikodrama

Model ini memotivasi anggota kelompok untuk berakting sesuai dengan peristiwa yang baru terjadi atau peristiwa yang lalu. Anggota memainkan peran sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami. Contoh, pasien memerankan ayahnya yang dominan atau keras.

Psikodrama ini dilakukan secara spontan dan memberi kesempatan pada anggota untuk berakting di luar situasi spesifik yang pernah terjadi.

TAHAP PERKEMBANGAN KELOMPOK

Kelompok mempunyai kapasitas untuk tumbuh dan berkembang. Pemimpin yang akan mengembangkan kelompok akan melalui empat fase atau tahap, yaitu fase prakelompok, fase awal kelompok, fase kerja kelompok, dan fase terminasi kelompok.

1. Fase Prakelompok

Hal penting yang harus diperhatikan saat mulai membangun kelompok adalah merumuskan tujuan kelompok. Tercapai atau tidaknya suatu tujuan sangat dipengaruhi oleh perilaku pemimpin kelompok. Pemimpin kelompok harus melakukan persiapan dengan penyusunan proposal.

2. Fase Awal Kelompok

Fase ini ditandai dengan ansietas karena masuk kelompok yang baru dan peran yang baru. Yalom (1995) dalam Stuart dan Laraia (2005) membagi fase ini menjadi tiga fase lagi, yaitu fase orientasi, konflik, dan kohesif.

a. Tahap orientasi

Pada tahap ini pimpinan kelompok lebih aktif dalam memberi pengarahan. Pemimpin mengorientasikan anggota pada tugas utama dan melakukan kontrak yang terdiri atas tujuan, kerahasiaan, waktu pertemuan, struktur, dan aturan komunikasi (hanya satu orang bicara pada satu saat). Norma perilaku dan rasa memiliki atau kohesif antara anggota kelompok diupayakan terbentuk fase orientasi.

b. Tahap konflik

Peran dependen dan independen terjadi pada tahap ini. Sebagian pemimpin ingin sebagai pengambil keputusan, serta ada pula yang hanya mengarahkan dan anggota nantinya yang akan memutuskan. Selain itu, ada pula anggota yang netral dan hanya membantu penyelesaian konflik peran yang terjadi.

Perasaan bermusuhan yang ditampilkan baik antaranggota kelompok maupun antara anggota dan pimpinan dapat terjadi pada tahap ini. Pimpinan perlu memfasilitasi ungkapan perasaan baik positif maupun negatif dan membantu kelompok mengenali penyebab konflik, serta mencegah perilaku yang tidak produktif, misalnya saling mengambinghitamkan.

c. Tahap kohesif

Setelah melalui tahap konflik, anggota kelompok akan merasakan ikatan yang kuat satu sama lain. Perasaan positif akan semakin saling diungkapkan. Anggota merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih intim dengan anggota yang lain. Pemimpin tetap berupaya memberdayakan kemampuan anggota kelompok dalam penyelesaian masalah. Pada akhirnya, anggota kelompok akan belajar bahwa perbedaan tidak perlu ditakutkan. Semua persamaan dan perbedaan tetap dapat mewujudkan tujuan menjadi suatu realitas.

3. Fase kerja kelompok

Fase ini kelompok sudah menjadi sebuah tim yang stabil dan realistis. Bekerja keras tetapi tetap menyenangkan dan menjadi suatu tantangan bagi anggota dan pemimpin kelompok. Tugas pimpinan kelompok pada fase ini membantu kelompok mencapai tujuan dan mengurangi dampak dari hal-hal yang dapat menurunkan produktivitas kelompok. Pemimpin akan bertindak sebagai konsultan.

Beberapa anggota akan sangat akrab, berlomba mendapatkan perhatian pemimpin kelompok, tidak ada lagi kerahasiaan, dan keinginan untuk berubah. Hal inilah yang harus diperhatikan oleh pimpinan kelompok agar segera melakukan strukturisasi. Di akhir fase, anggota akan menyadari produktivitas dan kemampuan yang bertambah disertai percaya diri dan kemandirian.

4. Fase terminasi kelompok

Terminasi dapat sementara atau permanen. Terminasi dapat pula terjadi karena anggota kelompok atau pimpinan keluar dari kelompok. Pada fase ini dilakukan evaluasi yang difokuskan pada pencapaian kelompok dan individu. Terminasi yang sukses ditandai

oleh perasaan puas dan pengalaman kelompok dapat digunakan secara individual pada kehidupan sehari-hari.

JENIS TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK)

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Sensori

Aktivitas digunakan untuk memberikan stimulasi pada sensori pasien. Kemudian diobservasi reaksi sensori pasien berupa ekspresi emosi/perasaan melalui gerakan tubuh, ekspresi muka, dan ucapan. Biasanya pasien yang tidak mau berkomunikasi secara verbal akan terangsang sensoris emosi dan perasaannya melalui aktivitas tertentu. Aktivitas tersebut berupa:

1. TAK stimulasi sensori suara, misalnya mendengar musik,
2. TAK stimulasi sensori menggambar,
3. TAK stimulasi sensori menonton TV/video.

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas

Pasien diorientasikan pada kenyataan yang ada di sekitar pasien yaitu diri sendiri, orang lain yang ada di sekeliling pasien atau orang yang dekat dengan pasien, serta lingkungan yang pernah mempunyai hubungan dengan pasien pada saat ini dan masa yang lalu. Aktivitasnya adalah sebagai berikut.

1. Sesi I : pengenalan orang
2. Sesi II : pengenalan tempat
3. Sesi III : pengenalan waktu

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Sosialisasi

Pasien dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada di sekitar pasien. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal, kelompok, dan massa. Aktivitas yang diberikan antara lain sebagai berikut.

1. Sesi I : menyebutkan jati diri.
2. Sesi II : mengenali jati diri anggota kelompok.
3. Sesi III : bercakap-cakap dengan anggota kelompok.
4. Sesi IV : menyampaikan dan membicarakan topik percakapan.
5. Sesi V : menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi dengan orang lain.
6. Sesi VI : bekerja sama dalam permainan sosialisasi kelompok.
7. Sesi VII : menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAK sosialisasi yang telah dilakukan.

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi

Pasien dilatih untuk mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan persepsi pasien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dalam proses ini diharapkan respons pasien terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif. Aktivitas yang diberikan antara lain sebagai berikut.

1. Sesi I : menonton TV
2. Sesi II : membaca majalah/koran/artikel
3. Sesi III : gambar
4. Sesi IV : 4.1 Mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
4.2 Mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan fisik.
4.3 Mencegah perilaku kekerasan melalui interaksi asertif.
4.4 Mencegah perilaku kekerasan melalui kepatuhan minum obat.
4.5 Mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan ibadah.

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Peningkatan Harga Diri

Pasien dilatih untuk mengidentifikasi hal-hal positif pada diri sehingga mampu menghargai diri sendiri. Kemampuan pasien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dalam proses ini, pasien diharapkan mampu merumuskan suatu tujuan hidup yang realistis. Aktivitas yang diberikan adalah sebagai berikut.

1. Sesi I : mengidentifikasi hal positif diri.
2. Sesi II : menghargai hal positif orang lain.
3. Sesi III : menetapkan tujuan hidup yang realistis.

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Mengontrol Halusinasi

Pasien dilatih untuk dapat mengenal halusinasi yang dialaminya dan dilatih cara mengontrol halusinasi. Kemampuan persepsi pasien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dalam proses ini, respons pasien terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan diharapkan menjadi adaptif. Aktivitas yang diberikan yaitu sebagai berikut.

1. Sesi I : mengenal halusinasi
2. Sesi II : mengontrol halusinasi dengan menghardik
3. Sesi III : mengontrol halusinasi dengan menyusun jadwal kegiatan
4. Sesi IV : mengontrol halusinasi dengan minum obat yang benar
5. Sesi V : mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap

PENGGORGANISASIAN TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK

1. Pemimpin kelompok (*leader*)

Tugas pemimpin kelompok adalah sebagai berikut.

- a. Menyusun rencana aktivitas kelompok (proposal).
- b. Mengarahkan kelompok dalam mencapai tujuan.
- c. Memfasilitasi setiap anggota untuk mengekspresikan perasaan, mengajukan pendapat, dan memberikan umpan balik.
- d. Sebagai “*role model*”.
- e. Memotivasi setiap anggota untuk mengemukakan pendapat dan memberikan umpan balik.

2. Pembantu pemimpin kelompok (*co-leader*)

Tugasnya adalah membantu pemimpin dalam mengorganisir anggota kelompok.

3. Fasilitator

Tugasnya adalah sebagai berikut.

- a. Membantu pemimpin memfasilitasi anggota untuk berperan aktif dan memotivasi anggota.
- b. Memfokuskan kegiatan.
- c. Membantu mengoordinasi anggota kelompok.

4. Observer

Tugas observer antara lain sebagai berikut.

- a. Mengobservasi semua respons pasien.
- b. Mencatat semua proses yang terjadi dan semua perubahan perilaku pasien.
- c. Memberikan umpan balik pada kelompok.

Perawat dapat bertugas sebagai pimpinan, pembantu pimpinan, fasilitator, dan observer. Namun untuk kelompok yang telah melakukan aktivitas secara teratur, pasien yang sudah kooperatif dan stabil dapat berperan sebagai pembantu pimpinan, fasilitator, observer bahkan sebagai pimpinan. Perawat sebagai terapis perlu mengarahkan.

Jumlah anggota kelompok berkisar antara 7 sampai 10 orang sedangkan lamanya aktivitas 45 sampai 60 menit. Sebelum memulai terapi, aktivitas kelompok perlu menyusun proposal sebagai pedoman pelaksanaan terapi aktivitas kelompok.

PROGRAM ANTISIPASI MASALAH DALAM TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK)

Masalah yang mungkin timbul dalam TAK antara lain sebagai berikut.

1. Adanya subkelompok.
2. Keterbukaan yang kurang.

3. Resistansi baik individu maupun kelompok.
4. Adanya anggota kelompok yang *drop out*.
5. Penambahan anggota baru.

Cara mengatasi masalah ini bergantung pada jenis kelompok terapis, kontrak, dan kerangka teori yang mendasari terapi aktivitas tersebut. Program antisipasi masalah merupakan intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengantisipasi keadaan yang bersifat gawat darurat dalam terapi yang dapat memengaruhi proses pelaksanaan TAK. Misalnya, pasien meninggalkan permainan, maka intervensi yang diberikan panggil nama pasien, serta tanyakan alasan meninggalkan tempat dan beri penjelasan.

Berikut adalah contoh struktur perencanaan terapi aktivitas kelompok.

PROPOSAL TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK
TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK
RUANG JIWA C RSUD Dr. SOETOMO
 Kamis, 7 Desember 2013

- A. Pengertian (sesuaikan dengan jenis dan fase TAK)
- B. Tujuan (sesuaikan dengan jenis dan fase TAK, pertemuan ke berapa)
- C. Karakteristik Pasien
- D. Masalah Keperawatan
- E. Kriteria Evaluasi
 1. Evaluasi Struktur
 2. Evaluasi Proses
 3. Evaluasi Hasil
- F. Pengorganisasian TAK
 1. Terapis

Peran dan fungsi:

 - a. Pemimpin (*leader*)
 - b. Pembantu pemimpin (*co-leader*)
 - c. Observer
 - d. Fasilitator
 2. Seleksi pasien
 3. Nama pasien yang ikut
 4. Waktu
 5. Tempat
 6. Alat- alat
- G. Proses TAK
 1. Fase Orientasi
 2. Fase Kerja
 3. Fase Terminasi
- H. Antisipasi Masalah

LATIHAN

1. Jelaskan yang dimaksud dengan terapi aktivitas kelompok!
2. Jelaskan bagaimana kelompok dapat memberikan nilai terapeutik!
3. Bagi pasien halusinasi, terapi aktivitas kelompok apakah yang paling tepat untuk diberikan? Jelaskan.
4. Sebutkan tugas leader dalam pelaksanaan terapi aktivitas kelompok!
5. Sebutkan komponen apa saja yang harus dituangkan dalam penyusunan proposal pelaksanaan terapi aktivitas kelompok!

BACAAN

Keliat, B.A. dan Akemat. 2004. *Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.

Keliat, B.A. dan Akemat. 2007a. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.

Lab/UPF Kedokteran Jiwa. 1994. *Pedoman Diagnosis dan Terapi*. RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition*. St.Louis: Mosby.

Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.

26 Terapi Kognitif

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi peran perawat dalam pemberian terapi kognitif pada pasien gangguan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, diharapkan mahasiswa dapat melakukan hal berikut.

1. Menyebutkan pengertian terapi kognitif.
2. Menyebutkan tujuan terapi kognitif.
3. Mengidentifikasi peran perawat dalam pelaksanaan terapi kognitif.
4. Mengidentifikasi berbagai teknik terapi kognitif.
5. Merencanakan pelaksanaan terapi kognitif.

PENGERTIAN TERAPI KOGNITIF

Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan dilakukan secara teratur, yang memberikan dasar berpikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya, mampu mengatasi perasaan negatifnya, serta mampu memecahkan masalah tersebut.

Terapi kognitif sebenarnya merupakan rangkaian dengan terapi perilaku yang disebut sebagai terapi kognitif dan perilaku, karena menurut sejarahnya merupakan aplikasi dari beberapa teori belajar yang bervariasi. Terapi perilaku menggunakan prinsip pengondisian klasik (*classical conditioning*) yang dikenalkan oleh Pavlov dan pengondisian operant (*operant conditioning*) yang dikenalkan oleh Skinner. Seiring berjalannya waktu ditambahkan satu teori lagi yang diperkenalkan oleh Bandura, yaitu teori pembelajaran sosial (*social learning theory*) mengingat pentingnya proses pikir (kognitif) dan informasi dalam memengaruhi perilaku seseorang. Untuk selanjutnya, pendekatan ini lebih dikenal dengan terapi kognitif yang berfokus pada cara memodifikasi cara berpikir, sikap, dan keyakinan sebaik mungkin untuk membentuk suatu perilaku. Oleh karenanya, dapat dikatakan seorang individu adalah sebagai pembuat keputusan penting bagi hidupnya sendiri.

Peran perawat dalam pelaksanaan terapi kognitif diharapkan mampu menerapkan terapi kognitif ini serta mendampingi pasien untuk memodifikasi cara pikir, sikap, dan keyakinan untuk memutuskan perilaku yang tepat dalam menghadapi pengobatan yang sedang dijalannya.

TUJUAN TERAPI KOGNITIF

1. Mengubah pikiran dari tidak logis dan negatif menjadi objektif, rasional, dan positif.
2. Meningkatkan aktivitas.
3. Menurunkan perilaku yang tidak diinginkan.
4. Meningkatkan keterampilan sosial.

KARAKTERISTIK PASIEN

1. Menarik diri.
2. Penurunan motivasi.
3. Defisit perawatan diri.
4. Harga diri rendah.
5. Menyatakan ide bunuh diri.
6. Komunikasi inkoheran dan ide/topik yang berpindah-pindah (*flight of idea*).
7. Delusi, halusinasi terkontrol, tidak ada manik depresi, tidak mendapat ECT.

MASALAH KEPERAWATAN

1. Risiko bunuh diri
2. Isolasi sosial
3. Harga diri rendah
4. Defisit perawatan diri

TUJUAN KEPERAWATAN

TABEL 26.1 Tujuan Keperawatan

Masalah	Tujuan
1. Risiko bunuh diri	1. Ide bunuh diri hilang
2. Isolasi sosial	2. Meningkatkan hubungan sosial
3. Harga diri rendah	3. Meningkatkan harga diri
4. Defisit perawatan diri	4. Kemampuan merawat diri

TEKNIK KONTROL MOOD

1. Teknik tiga kolom
 - a. Pikiran otomatis, yaitu pikiran-pikiran negatif yang sering keluar seperti “...tidak pernah” dan “...selalu”.
 - b. Distorsi kognitif.
 - c. Tanggapan rasional.
2. Panah vertikal
Yaitu belajar memberi pendapat secara rasional, yang bisa diterima oleh akal berdasarkan bukti dan fakta yang ada.

PELAKSANAAN TERAPI KOGNITIF

Terapi kognitif terdiri atas sembilan sesi, yang masing-masing sesi dilaksanakan secara terpisah. Setiap sesi berlangsung selama 30–40 menit dan membutuhkan konsentrasi tinggi.

1. Sesi I: Ungkap pikiran otomatis.

Jelaskan tujuan terapi kognitif.

- a. Identifikasi masalah dengan apa, di mana, kapan, siapa (*what, where, when, who*).
- b. Diskusikan sumber masalah.
- c. Diskusikan pikiran dan perasaan.
- d. Catat pikiran otomatis dan klasifikasikan dalam distorsi kognitif.

2. Sesi II: Alasan.

- a. Review kembali sesi I.
- b. Diskusikan pikiran otomatis.
- c. Tanyakan penyebabnya.
- d. Beri respons atau tanggapan.
- e. Tanyakan tindakan pasien.
- f. Anjurkan menulis perasaan.
- g. Beri rencana tindak lanjut, yaitu hasil tulisan pasien dibahas pada pertemuan berikutnya.

3. Sesi III: Tanggapan.

- a. Diskusikan hasil tulisan pasien.
- b. Dorong pasien untuk memberi pendapat.
- c. Berikan umpan balik.
- d. Dorong pasien untuk ungkapkan keinginan.
- e. Beri persepsi/pandangan perawat terhadap keinginan tersebut.
- f. Beri penguatan (*reinforcement*) positif.
- g. Jelaskan metode tiga kolom.
- h. Diskusikan cara menggunakan metode tiga kolom.
- i. Rencana tindak lanjut, yaitu anjurkan menuliskan pikiran otomatis dan cara penyelesaiannya.

4. Sesi IV: Menuliskan

- a. Tanyakan perasaan pasien saat menuliskan rencana tindak lanjut pada sesi III.
- b. Dorong pasien untuk mengomentari tulisan.
- c. Beri respons/tanggapan dan umpan balik.
- d. Anjurkan untuk menuliskan buku harian.
- e. Rencana tindak lanjut, yaitu hasil tulisan pasien akan dibahas.

5. Sesi V: Penyelesaian masalah.

- a. Diskusikan kembali prinsip teknik tiga kolom.
- b. Tanyakan stresor/masalah baru dan cara penyelesaiannya.
- c. Tanyakan kemampuan menanggapi pikiran otomatis negatif.
- d. Berikan penguatan (*reinforcement*) positif.
- e. Anjurkan menulis pikiran otomatis dan tanggapan rasional saat menghadapi masalah.

6. Sesi VI: Manfaat tanggapan.

- a. Diskusikan perasaan setelah menggunakan tanggapan rasional.
- b. Berikan umpan balik.
- c. Diskusikan manfaat tanggapan rasional.
- d. Tanyakan apakah dapat menyelesaikan masalah.
- e. Tanyakan hambatan yang dialami.
- f. Berikan persepsi/tanggapan perawat.

- g. Anjurkan mengatasi sesuai kemampuan.
 - h. Berikan penguatan (*reinforcement*) positif.
- 7. Sesi VII: Ungkap hasil.**
- a. Diskusikan perasaan setelah menggunakan terapi kognitif.
 - b. Beri reinforcement positif dan pendapat perawat.
 - c. Diskusikan manfaat yang dirasakan.
 - d. Tanyakan apakah dapat menyelesaikan masalah.
 - e. Beri persepsi terhadap hambatan yang dihadapi.
 - f. Diskusikan hambatan yang dialami dan cara mengatasinya.
 - g. Anjurkan untuk mengatasi sesuai kemampuan.
 - h. Berikan penguatan (*reinforcement*) positif.
- 8. Sesi VIII: Catatan harian.**
- a. Tanyakan apakah selalu mengisi buku harian.
 - b. Berikan penguatan (*reinforcement*) positif.
 - c. Diskusikan manfaat buku harian.
 - d. Anjurkan membuka buku harian bila menghadapi masalah yang sama.
 - e. Tanyakan kesulitan dan diskusikan cara penggunaan yang efektif.
- 9. Sesi IX: Sistem dukungan**
- a. Jelaskan keluarga tentang terapi kognitif.
 - b. Libatkan keluarga dalam pelaksanaannya.
 - c. Diskusikan dengan keluarga kemampuan yang telah dimiliki pasien.
 - d. Anjurkan keluarga untuk siap mendengarkan dan menanggapi masalah pasien.

CONTOH METODE TEKNIK PANAH VERTIKAL

TABEL 26.2 Contoh Teknik Panah Vertikal

Pikiran Otomatis	Tanggapan Rasional
1. Dr. K mungkin berpikir saya adalah seorang ahli terapi yang buruk, "Jika memang ia berpikir demikian, mengapa harus mengecewakan saya?"	1. Hanya karena Dr. K menunjukkan kesalahan saya itu bukan berarti bahwa selanjutnya ia akan berpikir bahwa saya adalah seorang "ahli terapi" yang buruk. Saya harus menanyakan kepadanya hal yang sebenarnya dia pikirkan, tetapi dalam beberapa kesempatan ia telah memuji saya dan berkata bahwa saya mempunyai bakat unggul.
2. Itu artinya bahwa saya memang seorang terapis yang bodoh karena dia seorang yang berpengalaman, "Andaikan saya memang seorang ahli terapi yang buruk, lalu apa artinya bagiku?"	2. Seorang yang berpengalaman pun hanya dapat menunjukkan kekuatan serta kelemahan spesifik saya sebagai seorang terapis. Setiap kali seseorang memberi cap "buruk" pada saya, maka semua itu hanya suatu pernyataan yang terlalu global, merusak, dan tidak terlalu berguna. Saya telah banyak berhasil dengan kebanyakan pasien saya, sehingga tidak benarlah saya "buruk", tidak peduli siapapun yang mengatakannya.

CONTOH METODE TEKNIK TIGA KOLOM

TABEL 26.3 Contoh Teknik Tiga Kolom

Pikiran Otomatis	Distorsi Kognitif	Tanggapan Rasional
(Kritik Diri)		(Pembelaan Diri)
1. Saya tidak pernah benar.	1. Overgeneralisasi	1. Omong kosong! Saya juga melakukan banyak hal yang baik.
2. Saya selalu terlambat	2. Overgeneralisasi	2. Saya tidak selalu terlambat. Coba saja ingat-ingat saat saya datang tepat waktu. Meskipun kini terlambat lebih sering daripada biasanya, saya akan mengatasi masalah ini serta mencari cara agar saya lebih dapat tepat waktu. Seseorang mungkin kecewa karena saya terlambat, tetapi itu bukan berarti kiamat. Mungkin pertemuan juga tidak mulai pada waktunya.

DISTORSI KOGNITIF

1. Pemikiran “segalanya atau tidak sama sekali”

Melihat segala sesuatu dalam kategori hitam atau putih. Contohnya, jika prestasi Anda kurang dari sempurna, maka Anda memandang diri Anda sendiri sebagai seorang yang gagal total.

2. Overgeneralisasi

Memandang suatu peristiwa yang negatif sebagai sebuah pola kekalahan tanpa akhir. Contoh, seorang murid yang gagal dalam ujian berpikir, “Saya tidak akan pernah lulus ujian yang lain dalam semester ini dan saya akan keluar dari sekolah ini.”

3. Personalisasi

Memandang diri sebagai penyebab dari suatu peristiwa eksternal yang negatif yang kenyataannya tidaklah demikian. Contohnya, “Direktur saya mengatakan bahwa produktivitas perusahaan kami menurun, tapi saya tahu ia sebenarnya sedang membicarakan saya.”

4. Berpikir dikotomi

Berpikir dengan ekstrem bahwa semua hal adalah semuanya baik atau semuanya buruk. Contohnya, “Jika suami saya meninggalkan saya, saya mungkin akan mati.”

5. Pembencanaan

Berpikir yang terburuk tentang orang atau kejadian. Contohnya, “Saya lebih baik tidak mengajukan diri untuk promosi di tempat pekerjaan karena saya tidak akan mendapatkannya dan saya merasa diri saya sangat buruk.”

6. Membuat abstrak yang selektif

Memfokuskan pada detail tapi tidak pada informasi yang relevan. Contohnya, “Seorang istri percaya bahwa suaminya tidak mencintainya karena ia pulang kerja larut malam,

tetapi sang istri menolak perhatian yang diberikan oleh suami, hadiah yang dibawanya, dan acara khusus yang mereka rencanakan bersama.”

7. Kesimpulan yang tidak beralasan

Menarik kesimpulan negatif tanpa bukti yang mendukung. Contohnya, seorang wanita muda menyimpulkan, “Teman saya tidak suka kepada saya karena saya tidak mengirimkan kartu ulang tahun untuknya.”

8. Membesar-besarkan atau mengecilkan

Melebih-lebihkan suatu hal atau mengecilkan suatu hal secara tidak tepat. Contoh, “Saya telah menghanguskan makan malam, itu menunjukkan betapa tidak mampunya saya.”

9. Prefeksionis

Merasa butuh untuk melakukan segala sesuatu secara sempurna agar merasa dirinya baik. Contoh, “Saya akan menjadi seorang yang gagal apabila saya tidak mendapat nilai A pada semua ujian saya.”

10. Eksternalisasi harga diri

Mengukur nilai seseorang berdasarkan pendapat orang lain. Contoh, “Saya harus selalu kelihatan cantik. Kalau tidak, teman-teman saya tidak akan mau berada di dekat saya.”

11. Filter mental

Menemukan hal kecil yang negatif dan terus memikirkannya sehingga pandangan tentang realita menjadi gelap.

12. Mendiskualifikasi hal positif

Menolak pengalaman-pengalaman positif dengan bersikeras bahwa semua itu “bukan apa-apa”.

13. Penalaran emosional

Menganggap emosi-emosi yang negatif mencerminkan realita yang sebenarnya. Contohnya, “Saya merasa begitu, maka pastilah begitu.”

14. Memberi cap atau salah memberi cap

Bentuk ekstrem dari overgeneralisasi, yaitu memberi cap negatif pada diri sendiri. Contohnya, “Saya memang seorang sial” atau, “Saya memang seorang yang bodoh.”

LATIHAN

1. Jelaskan yang dimaksud dengan terapi kognitif!
2. Komponen apakah yang akan diubah dengan terapi kognitif?
3. Bagaimana strategi pelaksanaan terapi kognitif?

BACAAN

- Keliat, B.A. dan Akemat. 2007a. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Lab/UPF Kedokteran Jiwa. 1994. *Pedoman Diagnosis dan Terapi*. RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th Edition. St.Louis: Mosby.
- Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. 2002. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.

27 Terapi Keluarga

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi peran perawat dalam pemberian terapi keluarga pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, diharapkan mahasiswa dapat melakukan hal berikut.

1. Menyebutkan pengertian terapi keluarga.
2. Mengidentifikasi berbagai macam model terapi keluarga.
3. Mengidentifikasi indikasi pemberian terapi keluarga sesuai masalah keperawatan yang ditemukan.
4. Merencanakan pelaksanaan terapi keluarga.
5. Mengevaluasi pelaksanaan terapi keluarga.

PENGERTIAN TERAPI KELUARGA

Terapi keluarga adalah suatu cara untuk menggali masalah emosi yang timbul kemudian dibahas atau diselesaikan bersama dengan anggota keluarga, dalam hal ini setiap anggota keluarga diberi kesempatan yang sama untuk berperan serta dalam menyelesaikan masalah (Keliat, 1996; Gladding, 2002).

Keluarga sebagai suatu sistem sosial merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri atas beberapa individu yang mempunyai hubungan erat satu sama lain dan saling bergantung, serta diorganisasi dalam satu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

Keluarga memiliki hubungan satu sama lain dalam suatu sistem keluarga terikat begitu ruwet sehingga suatu perubahan yang terjadi pada satu bagian pasti menyebabkan perubahan dalam seluruh sistem keluarga. Setiap anggota keluarga dan subsistem akan dipengaruhi oleh stresor transisional dan situasional, tetapi efek tersebut berbeda intensitas ataupun kualitas. Oleh karena itu, jika ada seorang anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan baik fisik maupun psikososial maka hal tersebut akan dapat memengaruhi kondisi keluarga secara keseluruhan. Dengan memahami prinsip keluarga, perawat dapat melakukan observasi yang akurat sehingga dapat meningkatkan pengkajian terhadap kebutuhan dan berbagai sumber dalam keluarga. Perawat juga dapat menyarankan cara baru untuk meningkatkan fungsi keluarga yang adaptif dan meningkatkan koping keluarga yang efektif. Dengan demikian, perawat dapat lebih cepat mengidentifikasi masalah di dalam keluarga dan bersama keluarga mencari penyelesaian masalah yang tepat serta melakukan rujukan jika diperlukan.

Terapi keluarga merupakan terapi yang dikembangkan untuk menangani keluarga bermasalah. Oleh karena itu, sebagian besar berorientasi pada patologi yang menyangkut keluarga baik fungsional maupun disfungsional, dan bersifat preskriptif, menyarankan strategi penanganan (Friedman, 1992 dalam Keliat, 1996).

Ciri Sistem Keluarga yang Fungsional

Ciri sistem keluarga yang fungsional antara lain sebagai berikut (Gladding, 2002).

1. Mempertahankan keseimbangan, fleksibilitas, dan adaptif terhadap perubahan tahap transisi yang terjadi dalam hidup.
2. Masing-masing anggota keluarga menyadari bahwa masalah emosi merupakan bagian dari fungsi setiap individu.
3. Setiap anggota keluarga mampu mempertahankan kontak emosi pada setiap generasi.
4. Menjalinkan hubungan erat antaranggota keluarga dan menghindari menjauhi masalah.
5. Menggunakan perbedaan antaranggota keluarga yang ada sebagai motivasi untuk meningkatkan pertumbuhan dan kreativitas individu.
6. Antara orang dan anak terbentuk hubungan yang terbuka dan bersahabat.

Ciri Disfungsional Keluarga

Ciri keluarga yang disfungsional adalah sebagai berikut (Gladding, 2002).

1. Tidak memiliki satu atau lebih fungsi keluarga di atas.
2. Ketidakseimbangan pola asuh seperti ibu yang terlalu melindungi atau sebaliknya.
3. Orang tua super atau pasif.
4. Pasangan yang tidak harmonis.

INDIKASI TERAPI KELUARGA

1. Konflik perkawinan, konflik antarsaudara kandung, konflik beberapa generasi.
2. Konflik antara orang tua dan anak.
3. Konflik pada masa transisi dalam keluarga seperti pasangan yang baru menikah, kelahiran anak pertama, dan masalah remaja.
4. Terapi individu yang memerlukan melibatkan anggota keluarga lain.
5. Proses terapi individu yang tidak kunjung mengalami kemajuan.

PERKEMBANGAN TERAPI KELUARGA

Sejarah perkembangan terapi keluarga sudah dimulai oleh Bowen sejak tahun 1945 di klinik Menninger pada kasus ibu dan anak (Gladding, 2002). Bowen menerapkan konsep terapi keluarga pada kasus psikiatri sejak tahun 1954, kemudian diteruskan antara lain oleh Salvador Minuchin, Jay Haley, Nathan Ackerman, dan Virginia Satir. Secara keseluruhan sejarah perkembangan terapi keluarga tampak pada Tabel 27.1.

TABEL 27.1 Sejarah Perkembangan Terapi Keluarga (Gladding, 2002)

Peristiwa dalam Sejarah	Tahun	Peristiwa dalam Terapi Keluarga
Franklin Delano Roosevelt meninggal dunia. Truman menjadi President Perang Dunia II berakhir di Eropa (8 Mei) dan Pasifik (14 Agustus)	1945	Bertalanffy menyajikan teori sistem umum
	1946	Bowen di Menninger Clinic Whitaker di Emory
	1947	
Truman dipilih kembali sebagai Presiden AS Negara Israel berdiri	1948	Whitaker memulai konferensi mengenai skizofrenia
Republik Rakyat Tiongkok berdiri	1949	
	1950	Bateson mulai bekerja di Palo Alto, Virginia

Peristiwa dalam Sejarah	Tahun	Peristiwa dalam Terapi Keluarga
	1951	Ruesch dan Bateson: <i>Communication: The Social Matrix of Society</i> Bowen perawatan rumahan pada ibu dan anak Lidz di Yale
Eisenhower dipilih sebagai Presiden AS	1952	Bateson menerima dana Rockefeller komunikasi di Palo Alto Wynne di NIMH
	1953	
Mahkamah Agung mengatur segregasi sekolah inkonstitusional	1954	Bateson melakukan proyek penelitian pada komunikasi skizofrenia Bowen di National Institute of Mental Health
	1955	
	1956	
	1957	Jackson: " <i>The question of family homeostasis</i> " Ackerman membuka Family Mental Health Clinic of Jewish Family Services di New York Boszormenyi-Nagy membuka Family Therapy Department pada EPPI di Philadelphia Ackerman: <i>The psychodynamics of family life</i>
	1958	
Castro menjadi Perdana Menteri Kuba	1959	The Mental Research Institute (MRI) didirikan oleh Don Jackson
Kennedy terpilih sebagai Presiden AS	1960	
Tembok Berlin dibangun	1961	Bell: <i>Family Group Therapy</i> <i>Family Process</i> didirikan oleh Ackerman and Jackson
Krisis Rudal Kuba	1962	
Kennedy dibunuh	1963	Haley: <i>Strategies of Psychotherapy</i>
Johnson dipilih sebagai Presiden AS Penghargaan Nobel Perdamaian: Martin Luther King	1964	Satir: <i>Conjoint Family Therapy</i>
Passage of Medicare Malcolm X dibunuh	1965	The Family Institute didirikan oleh Nathan Ackerman (berganti nama menjadi the Ackerman Institute di tahun 1971) Minuchin menjadi direktur Philadelphia Child Guidance Clinic
Red Guards berdemonstrasi di Tiongkok	1966	

Peristiwa dalam Sejarah	Tahun	Peristiwa dalam Terapi Keluarga
Perang Enam Hari antara Israel dan negara Arab Kerusuhan di Cleveland, Newark, dan Detroit	1967	Watzlawick dkk. <i>Pragmatics of Human Communication</i> Dicks, <i>Marital Tensions</i> Brief Therapy Center didirikan di MRI
Nixon dipilih sebagai Presiden AS Robert Kennedy dan Martin Luther King dibunuh Don Jackson meninggal	1968	
Demonstrasi meluas yang menentang perang di Vietnam	1969	
Protes mahasiswa terhadap Perang Vietnam yang menyebabkan pembunuhan empat siswa di Kent State	1970	
Amandemen ke-26 memberikan hak untuk memilih pada usia 18 tahun	1971	Nathan Ackerman meninggal
Nixon dipilih ulang sebagai Presiden AS	1972	Bateson: <i>Steps to an Ecology of Mind</i>
Mahkamah Agung menetapkan bahwa negara tidak boleh melarang aborsi Krisis energi yang disebabkan oleh kekurangan minyak	1973	Center for Family Learning didirikan oleh Phil Guerin
Nixon mengundurkan diri	1974	Minuchin: <i>Families and Family Therapy</i> Watzlawick dkk. <i>Change</i>
Perang Vietnam usai	1975	
Carter dipilih sebagai Presiden AS	1976	Haley: <i>Problem-Solving Therapy</i>
	1977	Family Institute of Westchester didirikan oleh Betty Carter
Camp David Accords antara Mesir dan Israel	1978	Hare-Mustin: "A Feminist Approach to Family Therapy" Selvini Palazzoli dkk., <i>Paradox and Counterparadox</i>
	1979	Haley, <i>Leaving Home</i>
Reagan dipilih sebagai Presiden AS	1980	Milton Erickson meninggal (lahir 1901) Gregory Bateson meninggal (lahir 1904)
	1981	Hoffman, <i>The Foundations of Family Therapy</i>
	1982	1982 Gilligan, <i>In a Different Voice</i> Fisch, Weakland & Segal, <i>Tactics of Change</i> The Family Therapy Networker didirikan oleh Richard Simon
	1983	

Peristiwa dalam Sejarah	Tahun	Peristiwa dalam Terapi Keluarga
	1984	
	1985	de Shazer, <i>Keys to Solution in Brief Therapy</i>
	1986	
	1987	Tom Andersen: " <i>The Reflecting Team</i> "
Bush dipilih sebagai Presiden AS	1988	Kerr dan Bowen, <i>Family Evaluation</i> Virginia Satir meninggal (lahir 1916)
	1989	
Tembok Berlin diruntuhkan	1990	Murray Bowen meninggal (lahir 1913) White dan Epston, <i>Narrative Means to Therapeutic Ends</i>
Perang Desert Storm melawan Irak	1991	Harold Goolishian meninggal (lahir 1924) Andersen, <i>The Reflecting Team</i>
Clinton dipilih sebagai Presiden	1992	Family Institute of New Jersey didirikan oleh Monica McGoldrick
	1993	
Partai Republik memenangkan mayoritas di Kongres	1994	David and Jill Scharf meninggalkan Washington School of Psychiatry untuk memulai International Institute of Object Relations Therapy
	1995	Carl Whitaker meninggal John Weakland meninggal Jay Haley pensiun Salvador Minuchin pensiun Family Studies Inc., berganti nama menjadi The Minuchin Center
Clinton dipilih ulang sebagai Presiden AS	1996	Edwin Friedman meninggal (lahir 1932)
	1997	

Berdasarkan sejarah perkembangan terapi keluarga di atas, terdapat enam model terapi keluarga yang pernah dikembangkan, yaitu (1) model psikodinamik, (2) model eksperiensial, (3) model kognitif dan perilaku, (4) model struktur keluarga, (5) model strategi dan sistem keluarga, serta (6) model penyelesaian masalah (Gladding, 2002). Secara keseluruhan model ini seperti pada Tabel 27.2 berikut.

TABEL 27.2 Ringkasan Model Terapi Keluarga

Model	Penemu Teori	Teknik Perawatan
Psikodinamik dan Terapi Keluarga Bowenian	Nathan Ackerman	<ul style="list-style-type: none"> • Pemindahan • Analisis Mimpi dan Angan-Angan • Konfrontasi • Berfokus pada Kekekuatan • Komplementer
	Bowen	<ul style="list-style-type: none"> • Genogram • Pulang ke Rumah Lagi • <i>Detriangulation</i> • Hubungan Antarmanusia • Diferensiasi Diri • Menanyakan Pertanyaan
Terapi Keluarga Eksperensial	Virginia Satir	<ul style="list-style-type: none"> • Pemodelan Komunikasi Efektif Menggunakan Pesan "Saya" • Memahat • Koreografi • Terapi Bermain • Terapi Anak • Humor • Sentuhan • Properti • Rekonstruksi Keluarga • Menggambar Keluarga • Wawancara Boneka/Wayang
	Carl Whitaker	
Perilaku dan Kognitif Terapi Perilaku Keluarga	Gerald Patterson	<ul style="list-style-type: none"> • Pendidikan • Strategi Komunikasi dan Pemecahan Masalah • Pengondisian Operant • Menyetujui • Pengondisian Klasik • Melatih • Persetujuan Kontingensi • Pemadaman/Pemunahan • Penguatan positif • Quid Pro Quo • Timbal Balik • Pembentukan • Desensitisasi Sistematis • Batas Waktu • Mengobrol • Prinsip Premack • Mengacaukan Pikiran Irasional • Pengehentian Pikiran • Pelatihan Instruksional Diri • Pemodelan dan Bermain Peran
	Neil Jacobson <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Perilaku Orang Tua • Pendidikan Terapi Pernikahan/Pasangan • Keluarga Fungsional • Penanganan Disfungsi Seksual 	

Model	Penemu Teori	Teknik Perawatan
Terapi Keluarga Struktural	Salvador Minuchin	<ul style="list-style-type: none"> • Bergabung • Teknik Disequilibrium • Pengesahan • Bekerja dengan Interaksi Spontan • Membuat Batasan • Intensitas • Restrukturisasi • Membentuk Kompetensi • Mendiagnosis • Menambah Konstruksi Kognitif
Strategic and Systemic Family Therapy	Jay Haley (Strategic)	<ul style="list-style-type: none"> • Bingkai Ulang • Petunjuk • Paradoks • Cobaan • Berpura-pura • Menempatkan
	Mara Selvini Palazzoli (Systemic)	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotesis • Konotasi Positif • Pertanyaan Berputar • Resep Variant/Invariant • Ritual
Terapi Keluarga Berfokus pada Solusi dan Narasi	Steve deShazer	<ul style="list-style-type: none"> • Mengeksternalisasi Masalah • Pengaruh (Efek) Masalah pada Orang • Pengaruh (Efek) Masalah pada Masalah • Meningkatkan Dilema • Memprediksi Serbacks • Menggunakan Pertanyaan • Surat • Perayaan dan Sertifikat
	Bill O'Halon (Berfokus pada Solusi) Michael White (Narasi)	

Sumber: Gladding, 2002.

Dari semua model terapi keluarga di atas, dalam pelaksanaannya harus menyesuaikan kondisi keluarga dengan masalah yang dihadapi.

APLIKASI TERAPI KELUARGA

Pengkajian

Dilakukan pengkajian keluarga secara menyeluruh terutama pola komunikasi dalam keluarga, hubungan interpersonal antar anggota keluarga, sistem pendukung yang tersedia, mekanisme koping keluarga, dan persepsi keluarga terhadap masalah.

Diagnosis

Diagnosis yang umum dan sering adalah konflik (gangguan hubungan interpersonal anak dan keluarga) berhubungan dengan koping keluarga tidak efektif.

Tujuan Jangka Panjang

Tujuan jangka panjang yang ingin dicapai adalah mengacu pada problem atau masalah yaitu konflik menurun atau dapat diatasi dan hubungan interpersonal anak dan keluarga dapat ditingkatkan.

Tujuan Jangka Pendek

Tujuan jangka pendek yang ingin dicapai mengacu pada etiologi, yaitu koping keluarga efektif.

Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan yang direncanakan dapat berupa hal sebagai berikut.

1. Memanipulasi lingkungan.
2. Sistem pendukung.
3. Pendekatan umum untuk semua anggota keluarga.
4. Pendekatan individu, meliputi:
 - a. teknik aberasi yaitu menurunkan stres dengan ekspresi perasaan,
 - b. penggunaan penguatan,
 - c. penggunaan teknik klarifikasi, dan lain-lain.

MANFAAT TERAPI KELUARGA

1. Pasien
 - a. Mempercepat proses penyembuhan pasien yang berdampak positif bagi dinamika keluarga.
 - b. Memperbaiki hubungan interpersonal.
 - c. Menurunkan angka kekambuhan.
2. Keluarga
 - a. Memperbaiki fungsi dan struktur keluarga.
 - b. Keluarga mampu meningkatkan pengertian terhadap pasien sehingga lebih dapat menerima, lebih bertoleransi, dan lebih menghargai pasien sebagai manusia.

- c. Keluarga dapat meningkatkan kemampuan dalam membantu pasien dalam proses rehabilitasi.

LATIHAN

1. Jelaskan pengertian terapi keluarga!
2. Jelaskan ada berapa macam terapi keluarga!
3. Bagaimana peran perawat dalam pelaksanaan terapi keluarga?

BACAAN

- Carr, A. 2001. *Family Therapy; Concepts, Process, and Practice*. New York: John Wiley & Sons. LTD,.
- Gladding, S.T. 2002. *Family Therapy; Hystory, Theory, and Practice (3rd Edition)*. London: Person Education, Inc.
- Glanz, K., Rimer, B., dan Viswanath K. 2008. *Health Behavior and Health Education; Theory, Research, and Practice 4th Edition*. AS: Jossey-Bass.
- Stuart, G.W. dan Laraia, M.T. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. dan Sundeen, S.J. 1995. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. dan Sundeen, S.J. 1995. *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Townsend, M.C. 1995. *Buku Saku : Diagnosis Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri: Pedoman untuk Pembuatan Rencana Keperawatan*.
- Townsend, M.C. 1996. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care. 2th Edition*. Philadelphia: Davis Company.

28 Terapi Lingkungan (*Milleu Therapy*)

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi peran perawat dalam pemberian terapi lingkungan bagi pasien gangguan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, diharapkan mahasiswa akan dapat melakukan hal berikut.

1. Menyebutkan pengertian terapi lingkungan.
2. Menjelaskan prinsip pelaksanaan terapi lingkungan.
3. Mengidentifikasi peran perawat dalam pelaksanaan terapi lingkungan.

PENGERTIAN TERAPI LINGKUNGAN

Terapi lingkungan adalah lingkungan fisik dan sosial yang ditata agar dapat membantu penyembuhan dan atau pemulihan pasien. Milleu berasal dari Bahasa Prancis, yang dalam Bahasa Inggris diartikan *surrounding* atau *environment*, sedangkan dalam Bahasa Indonesia berarti suasana. Jadi, terapi lingkungan adalah sama dengan terapi suasana lingkungan yang dirancang untuk tujuan terapeutik. Konsep lingkungan yang terapeutik berkembang karena adanya efek negatif perawatan di rumah sakit berupa penurunan kemampuan berpikir, adopsi nilai-nilai dan kondisi rumah sakit yang tidak baik atau kurang sesuai, serta pasien akan kehilangan kontak dengan dunia luar.

TUJUAN TERAPI LINGKUNGAN

Mengembangkan keterampilan emosional dan sosial yang akan menguntungkan kehidupan setiap hari, dengan cara memanipulasi lingkungan atau suasana lingkungan sebagai tempat pasien untuk mendapatkan perawatan seperti di rumah sakit.

KARAKTERISTIK UMUM TERAPI LINGKUNGAN

Distibusi Kekuatan

Proses penyembuhan pasien sangat bergantung pada kemampuan pasien dalam membuat keputusan bagi dirinya sendiri (otonomi). Oleh karena itu, perawat, tenaga kesehatan, dan pasien yang terlibat di dalamnya diharapkan dapat bekerja sama dalam melengkapi data yang dibutuhkan untuk menentukan masalah pasien, berbagi tanggung jawab, dan bekerja sama untuk mengarahkan pasien dalam membuat keputusan bagi proses penyembuhannya.

Komunikasi Terbuka

Komunikasi terbuka merupakan komunikasi dua arah yang kedua belah pihak saling mengerti pesan yang dimaksudkan tanpa adanya hal yang disembunyikan. Komunikasi terbuka yang dilandasi saling percaya dan kejujuran di antara perawat dengan tenaga kesehatan lain merupakan hal yang sangat penting dalam pelayanan keperawatan. Setiap data yang diperoleh mengenai pasien dan keluarganya harus segera dikomunikasikan bersama sehingga dapat memberi arahan dalam pembuatan keputusan yang hanya ditujukan untuk kesembuhan pasien.

Struktur Interaksi

Interaksi terapeutik bukan hanya sekadar berinteraksi biasa, melainkan membutuhkan strategi tersendiri seperti halnya struktur yang tepat sehingga apa yang diinginkan dalam

interaksi tersebut tercapai. Perawat sebagai ujung tombak utama yang berhadapan langsung dengan pasien selama 24 jam diharapkan mampu memfasilitasi interaksi terapeutik dengan memperlihatkan sikap bersahabat, bertutur kata lembut, jelas tapi tegas, tidak defensif, penuh perhatian, peka terhadap kebutuhan pasien, mampu memotivasi pasien untuk berinteraksi dengan pasien lain, serta saling berbagi rasa dan pengalaman. Hal tersebut akan sangat membantu pasien untuk dapat menerima perawatan dan pengobatan yang diberikan.

Aktivitas Kerja

Pasien yang dirawat di rumah sakit dalam jangka waktu tidak sebentar sering mempunyai perasaan kesepian, tidak berarti, ditolak/dikucilkan, tidak mandiri/bergantung, dan keterbatasan hubungan dengan dunia luar. Oleh karenanya, perawat diharapkan mampu mengisi waktu luang pasien dengan memotivasi pasien ikut serta dalam aktivitas lingkungan yang sesuai dengan minat, kemampuan, dan tingkat perkembangannya. Sebelum menentukan kegiatan apa yang akan dilakukan pasien, perawat bersama pasien mengidentifikasi jenis-jenis kegiatan yang dapat dilakukan pasien sebagai pengisi waktu luang. Misalnya membaca majalah, buku pelajaran bagi siswa/pelajar/mahasiswa, jalan-jalan pagi, menyulam, melakukan kegiatan sehari-hari, serta berbagi pikiran dan perasaan dengan sesama pasien yang dilakukan bersama perawat.

Peran Serta Keluarga dan Masyarakat dalam Proses Terapi

Keluarga merupakan orang-orang terdekat yang sangat memengaruhi kehidupan pasien. Oleh karena itu, peran serta keluarga dalam penyembuhan pasien juga menjadi hal yang utama karena setelah selesai menjalani perawatan di rumah sakit pasien akan kembali ke keluarga dan berinteraksi dengan masyarakat sekitarnya. Kesiapan keluarga dan masyarakat dalam menerima kembali kehadiran pasien merupakan hal yang harus ditata sedini mungkin. Pelibatan keluarga dalam penyusunan perencanaan perawatan, pengobatan, dan persiapan pulang pasien merupakan solusi yang harus dilakukan oleh perawat dan tenaga kesehatan secara komprehensif. Penyiapan lingkungan masyarakat dapat dilakukan dengan penyuluhan dan penyebaran selebaran tentang kesehatan jiwa, penyakit jiwa, dan solusinya. Hal ini membutuhkan kerja sama yang solid antarpihak, yaitu tenaga kesehatan dan kebijakan pemerintah setempat.

Lingkungan yang Mendukung

Untuk mendukung fase tumbuh kembangnya maka lingkungan diatur sedemikian rupa, seperti ruang anak-anak terdapat mainan yang disesuaikan dengan usianya, ruang remaja banyak alat informasi, majalah, buku, film, sedangkan untuk lansia ruang yang terang, aman, dan sederhana.

STRATEGI DALAM TERAPI LINGKUNGAN

Aspek Fisik

1. Menciptakan lingkungan fisik yang aman dan nyaman seperti gedung yang permanen, mudah dijangkau atau diakses, serta dilengkapi dengan kamar tidur, ruang tamu, ruang makan, kamar mandi, dan WC. Cat ruangan sesuai dengan pengaruh dalam menstimulasi suasana hati pasien menjadi lebih baik, seperti warna muda atau pastel untuk pasien amuk, serta warna cerah untuk pasien menarik diri dan anak-anak. Semua ruangan hendaknya disiapkan dengan memperhatikan keamanan dan kenyamanan, serta usahakan suasana ruangan bagai di rumah sendiri (*home sweet home*). Hal-hal yang bersifat pribadi dari pasien harus tetap dijaga. Kamar mandi dan WC harus tetap dilengkapi dengan pintu sebagaimana layaknya rumah tinggal. Kantor keperawatan hendaknya dilengkapi dengan kamar-kamar pertemuan yang dapat digunakan untuk berbagai terapi, misalnya untuk pelaksanaan terapi kelompok, terapi keluarga, dan rekreasi.
2. Struktur dan tatanan dalam gedung sebaiknya dirancang sesuai dengan kondisi dan jenis penyakit, serta tingkat perkembangan pasien. Misalnya ruang anak dirancang berbeda dengan dewasa ataupun usia lanjut. Demikian pula ruangan untuk kondisi akut berbeda dengan ruang perawatan intensif.

Aspek Intelektual

Tingkat intelektual pasien dapat ditentukan melalui kejelasan stimulus dari lingkungan dan sikap perawat. Oleh karena itu, perawat harus dapat memberikan stimulus ekstrernal yang positif dalam arti perawat harus berkemampuan merangsang daya pikir pasien sehingga pasien dapat memperluas kesadaran dirinya sehingga pasien dapat menerima keadaan dan peran sakitnya.

Aspek Sosial

Perawat harus mampu mengembangkan pola interaksi yang positif, baik perawat dengan perawat, perawat dengan pasien, maupun perawat dengan keluarga pasien. Untuk dapat membangun interaksi yang positif tersebut perawat harus menguasai kemampuan berkomunikasi dengan baik. Penggunaan teknik komunikasi yang tepat akan sangat berperan dalam menciptakan hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien. Oleh karenanya, diharapkan pasien dapat mengembangkan hubungan komunikasi yang baik terhadap pasien lain maupun perawatnya, karena hubungan interpersonal yang menyenangkan dapat mengurangi konflik intrapsikis yang akan menguatkan fungsi ego pasien dan mendukung kesembuhan pasien.

Aspek Emosional

Iklim emosional yang positif mutlak harus diciptakan oleh seluruh perawat dan tenaga kesehatan yang terlibat dalam proses penyembuhan pasien. Sikap dasar yang hendaknya dibangun adalah memperlihatkan sikap yang tulus, jujur/dapat dipercaya, hangat, tidak defensif, empati, peka terhadap perasaan dan kebutuhan pasien, serta bersikap spontan dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Aspek Spiritual

Spiritual merupakan kebutuhan dasar manusia yang tidak dapat dielakkan pemenuhannya. Meningkatkan aspek spiritual dari lingkungan dalam proses penyembuhan ditujukan untuk memaksimalkan manfaat dari pengalaman, pengobatan, dan perasaan damai bagi pasien. Cara pemenuhan yang paling mudah adalah dengan penyediaan sarana ibadah seperti tempat ibadah, kitab suci, dan ahli agama. Pemberian penguatan terhadap perilaku positif yang telah dilakukan pasien dalam hal spritual akan memotivasi pasien melakukannya lebih baik sebagai dampak dari peningkatan harga diri pasien.

PERAN PERAWAT DALAM TERAPI LINGKUNGAN

1. Pengasuh (*Mothering Care*)

Seorang perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien akan memberikan asuhan keperawatan atas dasar identifikasi masalah baik kebutuhan fisik maupun emosional. Selain itu, perawat juga harus memfasilitasi pasien agar mengembangkan kemampuan barunya untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan. Dengan demikian, pasien dapat memahami dan menerima situasi yang sedang dialaminya serta termotivasi untuk mengubah perilaku yang destruktif menjadi konstruktif. Hal yang tidak kalah pentingnya adalah perawat juga harus membantu pasien mengenal batasan-batasan dan menerima risiko akibat perilakunya.

Contohnya, pasien menolak minum obat atau menjalani pemeriksaan tertentu, maka perawat disini bertugas menjelaskan manfaat pengobatan ataupun pemeriksaan tersebut dan konsekuensi dari penolakannya.

2. Manajer

Pasien sama dengan setiap manusia yang lain yaitu individu yang unik. Oleh karenanya, dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat harus memperhatikan tingkat perkembangan pasien. Sebagai perencana, perawat melakukan pengkajian untuk mendapatkan gambaran yang jelas tentang kondisi dan kebutuhan pasien sebelum melakukan asuhan keperawatan. Sebagai manajer, perawat harus dapat mengatur dan mengorganisasi semua kegiatan untuk pasien dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, sampai dengan evaluasi. Selain itu, perawat harus mampu memberikan arahan singkat

dan jelas kepada pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lain agar asuhan keperawatan yang telah direncanakan dapat dilaksanakan secara komprehensif.

LATIHAN

1. Sebutkan pengertian terapi lingkungan!
2. Jelaskan prinsip pelaksanaan terapi lingkungan!
3. Jelaskan peran perawat dalam pelaksanaan terapi lingkungan!

BACAAN

- Stuart, G.W. dan Laraia, M.T. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. dan Sundeen, S.J. 1995. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. dan Sundeen, S.J. 1995. *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Townsend, M.C. 1995. *Buku Saku : Diagnosis Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri: Pedoman untuk Pembuatan Rencana Keperawatan*.
- Townsend, M.C. 1996. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care. 2th Edition*. Philadelphia: Davis Company.

29 Terapi Perilaku (Modifikasi Perilaku)

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi peran perawat dalam pemberian terapi perilaku bagi pasien gangguan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, diharapkan mahasiswa akan dapat melakukan hal berikut.

1. Menyebutkan pengertian terapi perilaku.
2. Menjelaskan prinsip pelaksanaan terapi perilaku.
3. Mengidentifikasi indikasi terapi perilaku pada pasien gangguan jiwa.
4. Mengidentifikasi teknik memodifikasi perilaku.
5. Mengidentifikasi peran perawat dalam pelaksanaan terapi perilaku.

PENGERTIAN TERAPI PERILAKU

Perilaku akan dianggap sebagai hal yang maladaptif saat perilaku tersebut dirasa kurang tepat, mengganggu fungsi adaptif, atau suatu perilaku tidak dapat diterima oleh budaya setempat karena bertentangan dengan norma yang berlaku. Terapi dengan pendekatan perilaku adalah suatu terapi yang dapat membuat seseorang berperilaku sesuai dengan proses belajar yang telah dilaluinya saat dia berinteraksi dengan lingkungan yang mendukung (Chambless dan Goldstein, 1979).

Asumsi dasar yang dapat menyatakan bahwa terdapat masalah perilaku apabila terjadi pembelajaran yang tidak adekuat dan perilaku tersebut dapat dibenahi dengan pembelajaran yang tepat. Prinsip terapi perilaku yang masih dianut hingga saat ini berdasarkan dua ilmuwan besar yaitu pengondisian klasik (*classical conditioning*) oleh Pavlov (1927) dan pengondisian operant (*operant conditioning*) oleh Skinner (1938).

PENGONDISIAN KLASIK (CLASSICAL CONDITIONING)

Pengondisian klasik (*classical conditioning*) adalah suatu proses belajar yang dikenalkan oleh Pavlov pada tahun 1927 setelah percobaan yang dilakukannya pada seekor anjing, yaitu anjing akan mengeluarkan air liurnya saat memulai memakan makanan yang diberikan (respons yang tidak dikondisikan—*unconditioned response*). Kemudian anjing ini akan berliur kembali saat melihat ada makanan yang dihidangkan, padahal ia belum mulai memakannya (respons yang dikondisikan—*conditioned response*). Hal tersebut terjadi karena anjing sudah pernah belajar bahwa makanan yang dilihat itu dapat merangsang kelenjar air liurnya saat dimakan. Lalu dihadirkan bunyi bel kepada anjing tersebut dan tidak menimbulkan respons apa-apa (anjing tidak mengeluarkan liur). Selanjutnya, dihadirkan bunyi bel bersamaan dengan makanan, hal itu ternyata membuat anjing berliur (respons yang dikondisikan—*conditioned response*). Di waktu yang lain, dihadirkan bunyi bel tanpa menghadirkan makanan dan anjing tersebut mengeluarkan air liur (respons yang dikondisikan—*conditioned response*).

Dari percobaan tersebut disimpulkan oleh Pavlov bahwa makhluk hidup dapat belajar merespons untuk berperilaku tertentu bila dihadirkan pada suatu kondisi tertentu. Dalam teori ini, pengondisian klasik (*classical conditioning*) berfokus pada respons perilaku yang dihadirkan oleh suatu objek atau kejadian tertentu pada stimulus. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada diagram berikut ini.

Sebelum Pengondisian	
UCS (<i>Unconditioned Stimulus</i>) Makan makanan	→ UCR (<i>Unconditioned Response</i>) Berliur
UCS (<i>Unconditioned Stimulus</i>) Melihat makanan	→ CR (<i>Conditioned Response</i>) Berliur
CS (<i>Conditioned Stimulus</i>) Suara bel	→ Nonresponse Tidak berliur
Selama Pengondisian	
UCS + CS (<i>Unconditioned Stimulus + Conditioned Stimulus</i>) Makan + suara bel	→ CR (<i>Conditioned Response</i>) Berliur
Setelah Pengondisian	
CS (<i>Conditioned Stimulus</i>) Suara bel	→ CR (<i>Conditioned Response</i>) Berliur

GAMBAR 29.1 Diagram Operasional Pengondisian Klasik (Classical Conditioning)

PENGONDISIAN OPERANT (OPERANT CONDITIONING)

Pengondisian operant (*operant conditioning*) dikenalkan oleh ilmuwan yang bernama Skinner pada tahun 1938. Skinner menyatakan bahwa hubungan antara stimulus dan respons dapat diperkuat dan dilemahkan oleh konsekuensi dari respons tersebut.

Pengondisian operant (*operant conditioning*) merupakan modifikasi perilaku yang dipertajam atau ditingkatkan frekuensinya melalui pemberian penguatan (*reinforcement*) (Murray dan Wilson, 1983). Sementara menurut Reynold (dikutip oleh Stuart dan Sundeen, 1987), pengondisian operant (*operant conditioning*) mengacu pada proses frekuensi terjadinya suatu perilaku dimodifikasi oleh berbagai konsekuensinya.

Secara operasional dapat digambarkan sebagai berikut.

1. Stimulus adalah kejadian yang ada di lingkungan yang dapat memengaruhi perilaku individu dalam menghasilkan respons.
2. Stimulus yang diikuti oleh perilaku atau respons disebut stimulus memperkuat (*reinforcing stimulus*).
3. Pada saat *reinforcing stimulus* ini mendapatkan dukungan yang baik dari lingkungan maka kemungkinan perilaku tersebut untuk berulang, yang disebut penguatan positif (*positive reinforcement*).
4. Bila *reinforcing stimulus* ini tidak mendapatkan tanggapan lingkungan, maka kemungkinan perilaku tersebut tidak akan berulang, yang disebut penguatan negatif (*negative reinforcement*).

5. Bila *reinforcing stimulus* ini mendapatkan tanggapan yang tidak menyenangkan dari lingkungan, maka kemungkinan perilaku tersebut tidak akan berulang, yang disebut stimulus permusuhan (*aversive stimulus*).

TEKNIK UNTUK MEMODIFIKASI PERILAKU PASIEN

1. Pembentukan (*Shaping*)

Dalam membentuk perilaku seseorang, penguatan diberikan untuk meningkatkan pencapaian respons yang diinginkan. Contohnya, saat melatih seorang siswa yang tidak mau berbicara, seorang guru harus memberikan penguatan kepada siswa tersebut secara bertahap, yaitu saat siswa mau melihat gerakan bibir guru, lalu saat siswa mau menirukan suara seperti yang disuarakan oleh gurunya, setelah itu saat murid mau berbicara sesuai yang diucapkan oleh gurunya, sampai pada akhirnya guru hanya memberikan penguatan hanya bila siswa tersebut mengucapkan kata yang diharapkan dengan benar.

2. Pemodelan (*Modelling*)

Pemodelan memiliki arti mempelajari suatu perilaku dengan menirukan perilaku orang lain. Model akan lebih suka untuk ditiru apabila dirasa memiliki nilai prestise, berpengaruh, atau menggunakan gerakan fisik yang atraktif, serta yang paling utama saat perilaku itu mendapatkan banyak penguatan (Bandura, 1969). Peniruan bisa terjadi di mana saja, kapan saja, dan oleh siapa saja, termasuk dapat dilakukan oleh seorang pasien kepada terapisnya. Hal ini dapat dimanfaatkan untuk memodifikasi perilaku pasien. Caranya pasien diminta untuk melihat sesuatu melalui televisi, lalu pasien diminta untuk melakukan hal yang sama dengan yang dilihatnya, lalu pasien diberi penguatan bila mampu melakukannya dengan baik.

3. Prinsip Premarck (*Premarck Principle*)

Teknik ini menyatakan bahwa respons yang sering terjadi (R_1) dapat dibuat menjadi sebuah penguatan positif untuk respons yang lebih jarang untuk dilakukan (R_2) atau kata lain R_1 dapat dijadikan sebagai hadiah bila R_2 telah dilakukan. Contohnya, Silfy, seorang gadis berusia 13 tahun, jarang sekali mengerjakan pekerjaannya rumahnya, karena ia lebih memilih menelepon temannya. Oleh karenanya, digunakan Prinsip Premarck, Silfy diizinkan menelepon temannya bila pekerjaannya rumahnya telah selesai dikerjakan. Untuk lebih jelasnya, perhatikan Gambar 29.2.



GAMBAR 29.2 Prinsip Premarck

4. Penghilangan (*Extinction*)

Teknik ini merupakan prosedur yang biasa digunakan oleh pemberi penguatan untuk menghilangkan perilaku. Penghilangan berjalan lebih lambat daripada penguatan dalam memodifikasi perilaku. Contohnya, seorang anak *temper tantrum*. ibunya mengatakan berhenti pada anak tersebut, tetapi anak tersebut malah menjatuhkan diri lalu berguling-guling. Ibunya lalu memutuskan untuk tidak lagi memberikan perhatian pada perilaku tersebut. Pada *tantrum* berikutnya, ibu tetap melakukan hal tersebut. Meskipun pada awal *tantrum* tersebut menjadi meningkat, karena ibunya tetap tidak memberikan respons secara kontinu, maka perilaku *tantrum* tersebut secara bertahap menurun.

5. Perjanjian Kontingensi (*Contingency Contracting*)

Perubahan perilaku yang diinginkan dinyatakan secara tertulis. Dalam kontrak tertulis secara spesifik perubahan perilaku tertentu dan penguatan yang akan diberikan saat terjadi perubahan perilaku. Di samping itu, konsekuensi negatif yang akan diberlakukan dicantumkan dalam kontrak tersebut (Sundel dan Sundel, 2005).

6. Token Ekonomi (*Token Economy*)

Hampir serupa dengan perjanjian kontingensi, penguatan diberikan untuk setiap perilaku yang diinginkan dalam bentuk token (semacam tanda khusus). Misalnya, untuk membantu membeli makanan diberi 2 token, untuk pergi ke perpustakaan diberi 5 token, dan seterusnya. Token tersebut dapat dikumpulkan dalam jumlah yang banyak untuk ditukarkan dengan penghargaan yang lebih diinginkan.

7. *Time Out*

Mikulas mengatakan hal ini merupakan prosedur hukuman dalam periode waktu tertentu yang selama waktu tersebut pemberian penguatan tidak sesuai. Contohnya, seorang anak yang melalaikan/tidak mengerjakan pekerjaan rumah, anak tersebut disuruh oleh gurunya berdiri di depan kelas selama 15 menit.

8. Penghambatan Resiprok (*Reciprocal Inhibition*)

Disebut juga kebalikan dari pengondisian. Penghambatan resiprok menghilangkan perilaku dengan mengenalkan perilaku lain yang lebih adaptif. Contohnya, mengenalkan teknik relaksasi kepada individu dengan masalah fobia. Relaksasi diperagakan saat ansietas datang sehingga individu dapat mengatur ansietas saat stimulus rasa takutnya datang.

9. Kepekaan Terbuka (*Overt Sensitization*)

Merupakan jenis dari terapi aversion yang menghasilkan konsekuensi yang tidak menyenangkan untuk perilaku yang tidak diinginkan. Misalnya disulfiram (antabuse) adalah obat yang diberikan kepada individu yang ingin berhenti minum alkohol. Bila seseorang mengonsumsi alkohol, maka ia sedang menjalani terapi antabuse maka ia akan merasa mual, muntah, sesak napas, dada berdebar-debar, dan sakit kepala. Efek dari alkohol yang dianggap menyenangkan tidak didapatkan. Hal itu merupakan hukuman agar ia tidak lagi melakukan perilaku yang maladaptif (minum alkohol).

10. Kepekaan Terselubung (*Covert Sensitization*)

Suatu teknik dengan membayangkan sesuatu yang menghasilkan gejala yang tidak menyenangkan. Teknik ini berada di bawah kontrol pasien dan dapat digunakan kapan saja diinginkan individu membayangkan untuk memvisualisasikan mual. Hal ini paling efektif bila dipasangkan dengan relaksasi. Keuntungan utamanya adalah individu tidak perlu menunjukkan perilaku yang diinginkan tetapi cukup dengan membayangkannya (Sundel dan Sundel, 2005).

11. Desensitisasi Sistematis (*Systematic Desensitization*)

Suatu teknik untuk membantu individu mengatasi rasa takutnya pada suatu stimulus fobia. Disebut sistematis karena adanya hierarki aktivitas yang membuat cemas. Contoh hierarki tersebut pada kasus takut naik lift, yaitu sebagai berikut.

- a. Bicarakan dengan terapis tentang stimulus fobia, misalnya takut naik lift.
- b. Melihat gambar sebuah lift.
- c. Berjalan ke lobi suatu gedung untuk melihat lift.
- d. Mencoba untuk menekan tombol lift.
- e. Masuk ke dalam lift dengan orang yang dipercaya dan keluar sebelum pintu lift tertutup.
- f. Masuk ke dalam lift dengan orang yang dipercaya, biarkan pintu lift tertutup, lalu membuka lagi dan keluar dari lift.
- g. Mencoba naik lift ke satu lantai yang lebih tinggi dengan orang yang dipercayai dan turun lagi ke lantai bawah lewat tangga.
- h. Mencoba naik lift ke satu lantai yang lebih tinggi dan turun kembali ke lantai bawah.
- i. Naik lift sendirian.

Setiap langkah di atas dapat dikombinasikan dengan teknik relaksasi. Setiap langkah dicoba dengan membayangkannya terlebih dahulu, bila tiba-tiba gugup gunakan teknik relaksasi dan kembali ke langkah sebelumnya.

12. Dibanjiri (*Flooding*)

Teknik ini disebut juga terapi implosif. Teknik ini juga digunakan untuk desensitisasi individu terhadap stimulus fobia. Individu dibanjiri (*flooding*) terus-menerus untuk membayangkan stimulus fobia sampai tidak lagi merasa cemas (Sundel dan Sundel, 2005). *Flooding* akan lebih cepat memperlihatkan efek dibandingkan desensitisasi sistematis.

LATIHAN

1. Sebutkan pengertian terapi perilaku!
2. Jelaskan teknik memodifikasi perilaku!
3. Jelaskan peran perawat dalam pelaksanaan terapi perilaku!

BACAAN

- Stuart, G.W. dan Laraia, M.T. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. dan Sundeen, S.J. 1995. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. dan Sundeen, S.J. 1995. *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Sundel, M. dan Sundel S.S. 2005. *Behavior Change in the Human Services, Behavioral and Cognitives, Principles and Applications*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Townsend, M.C. 1995. *Buku Saku : Diagnosis Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri: Pedoman untuk Pembuatan Rencana Keperawatan*.
- Townsend, M.C. 1996. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care. 2th Edition*. Philadelphia: Davis Company.

30 Rehabilitasi Psikiatri

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi peran perawat dalam pemberian rehabilitasi psikiatri pada pasien gangguan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, diharapkan mahasiswa akan mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan pengertian rehabilitasi psikiatri.
2. Mengidentifikasi berbagai keterampilan yang dapat dikembangkan dalam rehabilitasi psikiatri.
3. Mengidentifikasi tahapan pelaksanaan rehabilitasi psikiatri.

PENGERTIAN REHABILITASI PSIKIATRI

Pengertian rehabilitasi ada banyak versi, tetapi yang paling lengkap diungkapkan oleh L.E. Hinsei dan R.J. Cambell dalam *Psychiatric Dictionary*. Rehabilitasi adalah segala tindakan fisik, penyesuaian psikososial, dan latihan *vocational* sebagai usaha untuk memperoleh fungsi dan penyesuaian diri secara maksimal, serta untuk mempersiapkan pasien secara fisik, mental, dan *vocational*. Terapi rehabilitasi ini ditujukan untuk mencapai perbaikan fisik sebesar-besarnya, penempatan vokasional sehingga dapat bekerja dengan kapasitas maksimal, penyesuaian diri dalam hubungan perseorangan, dan sosial secara memuaskan sehingga dapat berfungsi sebagai warga masyarakat yang berguna.

Rehabilitasi sudah dikenal sejak zaman dahulu yang mempunyai arti secara umum yaitu pengembalian kemampuan seseorang seperti semula, baik secara fisik maupun mental. Hampir sebagian besar orang beranggapan bahwa rehabilitasi sebagai kegiatan ekstramural dari pengobatan pasien mental sehingga selalu diorientasikan pada pekerjaan dan masalah-masalah sosial saja. Hal itu tentu masih kurang sesuai dengan tuntutan dan perkembangan psikiatri modern. Upaya rehabilitasi pasien mental di Indonesia dirintis pada tahun 1969 dan berkembang sampai sekarang.

TABEL 30.1 Potensi Kegiatan Terampil yang Diperlukan untuk Mencapai Tujuan dari Rehabilitasi Kejiwaan

Fisik	Emosi	Intelektual
Keterampilan Hidup		
Kebersihan pribadi	Hubungan antarmanusia	Manajemen keuangan
Kebugaran fisik	Pengendalian diri	Penggunaan sumber daya komunitas
Menggunakan transportasi umum	Penghargaan selektif	Tujuan
Memasak	Penurunan stigma	Pengembangan masalah
Belanja	Pemecahan masalah	
Bersih-bersih	Keterampilan berbicara	
Partisipasi dalam olahraga		
Menggunakan fasilitas rekreasi		
Keterampilan Belajar		
Diam	Pembuatan pidato	Membaca
Memperhatikan	Menanyakan pertanyaan	Menulis
Tetap duduk	Menjawab sukarela	Aritmatika
Mengamati	Mengikuti arahan	Kemampuan belajar
Tepat waktu	Menanyakan arah	Aktivitas hobi
	Mendengarkan	Mengetik
Keterampilan Bekerja		
Tepat waktu	Wawancara pekerjaan	Kualifikasi pekerjaan
Penggunaan alat kerja	Pengambilan keputusan pekerjaan	Mencari pekerjaan
Kekuatan pekerjaan	Hubungan antaramanusia	Tugas pekerjaan spesifik
Transportasi pekerjaan	Pengendalian diri	
Tugas pekerjaan spesifik	Menjaga pekerjaan	
	Tugas pekerjaan spesifik	

TABEL 30.2 Susunan Komprehensif Pelayanan dan Kesempatan untuk Orang dengan Gangguan Jiwa Kronis

Kebutuhan Dasar/Kesempatan	Kebutuhan Khusus/Kesempatan
<p>Hunian Terlindungi (dengan kesehatan, rehabilitatif, atau pelayan sosial yang tersedia di lokasi) Rumah sakit Panti jompo Fasilitas perawatan menengah Fasilitas krisis</p> <p>Semiindependen (terkait dengan layanan) Rumah keluarga Rumah kelompok Apartemen kerja sama Panti asuhan Fasilitas perumahan darurat Dewan atau rumah perawatan lainnya Apartemen independen/rumah (akses ke layanan)</p> <p>Manajemen makanan, pakaian, dan rumah tangga Makanan tersedia sepenuhnya Pendampingan pembelian dan penyediaan makanan Akses untuk kupon makanan Layanan rumahan</p> <p>Dukungan pemasukan/keuangan Akses terhadap hak Pekerjaan</p> <p>Kegiatan yang bermanfaat Kesempatan bekerja Rekreasi Pendidikan Keagamaan/spiritual Interaksi manusia/sosial</p> <p>Perpindahan/transportasi</p>	<p>Layanan medis umum Penilaian dan perawatan dokter Penilaian dan perawatan perawat Penilaian dan perawatan dokter gigi Terapi fisik/okupasi Terapi pendengaran Konseling nutrisi Konseling obat-obatan Layanan kesehatan rumah</p> <p>Layanan kesehatan mental Pelayanan perawatan akut Stabilisasi krisis Diagnosis dan penilaian Pemantauan obat (psikoaktif) Pelatihan pengobatan sendiri Psikoterapi Perawatan di rumah sakit: perawatan akut dan jangka lama</p> <p>Habilitasi and rehabilitasi Perkembangan keterampilan sosial/rekreasional Perkembangan keterampilan hidup Aktivitas di waktu luang</p> <p>Vokasional Konseling penilaian prevokasional Jaminan kesempatan kerja Pekerjaan transisi Perkembangan dan penempatan pekerjaan</p> <p>Pelayanan sosial Dukungan keluarga Pendampingan dukungan masyarakat Manajemen rumah dan lingkungan Pelayanan hukum Bantuan hak</p>
	<p>Pelayanan integrasi Identifikasi dan capaian klien Penilaian individu dan rencana pelayanan Layanan kasus dan manajemen sumber daya Organisasi advokasi dan masyarakat Informasi masyarakat Pendidikan dan dukungan</p>

TABEL 30.3 Model Rencana Pendidikan untuk Pasien dalam Program Rehabilitasi Psikiatri

Isi	Instruksi Aktivitas	Evaluasi
Identifikasi dan deskripsikan diagnosis psikiatri umum.	<ul style="list-style-type: none"> Menyediakan selebaran yang menguraikan perilaku. Diskusikan perilaku koping. Memberikan pekerjaan rumah dari literatur. Membandingkan gangguan jiwa terhadap gangguan fisik. 	<ul style="list-style-type: none"> Pasien mengenali karakteristik diagnosis yang telah diberikan. Pasien dapat membedakan antara pengobatan dengan koping.
Mendeskripsikan peran stres berkontribusi dalam gangguan psikiatri.	<ul style="list-style-type: none"> Tingkatkan kepekaan pasien terhadap peningkatan stres. Definisikan stres sebagai tes kemampuan koping. Ajarkan latihan relaksasi. 	<ul style="list-style-type: none"> Pasien mengungkapkan tingkat stres. Pasien melakukan latihan relaksasi dan mendeskripsikan penurunan stres yang dirasakan.
Bantu dalam mendapatkan rasa kontrol diri dengan mengenali pola tanda dan gejala.	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan umpan balik saat perilaku simptomatik terjadi. Menginstruksikan pasien untuk menuliskan catatan harian yang berisi perilaku dan untuk mengidentifikasi gejala. 	<ul style="list-style-type: none"> Pasien secara konsisten memberi nama gejala dan mencari batuan profesional saat dibutuhkan.
Perkembangan keterampilan sosial untuk memungkinkan partisipasi dalam aktivitas vokasional dan rekreasi.	<ul style="list-style-type: none"> Bermain peran interaksi sosial dalam berbagai situasi. Kunjungan lapangan untuk aktivitas masyarakat. Pelatihan kejuruan diawasi dalam tempat kerja yang sesungguhnya. 	<ul style="list-style-type: none"> Pasien berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan pekerjaan yang semakin lebih mandiri.
Mengidentifikasi dan menggambarkan sistem dukungan masyarakat.	<ul style="list-style-type: none"> Menyediakan daftar program bantuan masyarakat, termasuk kelompok-kelompok swadaya, lembaga perawatan kesehatan mental, dan lembaga sosial. Mengundang perwakilan dari program untuk berbicara dengan kelompok pasien. Dampingi pada saat kontak pertama dengan agensi. 	<ul style="list-style-type: none"> Pasien memilih program kemasyarakatan yang menawarkan sumber daya yang dibutuhkannya. Pasien mampu mengakses lembaga secara independen.
Jelaskan dan mendiskusikan obat psikoaktif.	<ul style="list-style-type: none"> Instruksikan tentang tindakan, efek samping, dan kontraindikasi terhadap obat-obatan psikoaktif umum. Membagikan selebaran mengenai deskripsi obat pasien. Menyarankan sistem/cara untuk membantu pasien ingat saat minum obat dan banyaknya. 	<ul style="list-style-type: none"> Pasien menggambarkan karakteristik obat yang diresepkan. Pasien melaporkan efek obat yang diresepkan. Pasien meminum obat sesuai dengan yang diresepkan.

LANGKAH PELAKSANAAN TERAPI REHABILITASI

Terapi rehabilitasi yang dilaksanakan di rumah sakit jiwa terdiri atas tiga tahap, yaitu sebagai berikut.

1. Terapi persiapan: seleksi, terapi okupasi, latihan kerja.
2. Terapi penyaluran (bengkel kerja terlindung—BKT).
3. Tahap pengawasan (*day care*, *after care*, kunjungan rumah [*home visit*]).

Tahap Persiapan

1. Seleksi

Sebelum diseleksi, perlu diadakan *case conference* yang dihadiri berbagai disiplin profesi, seperti psikiater, psikolog, perawat psikiatri, pekerja sosial, terapis okupasi, yang setiap profesi memberikan pertimbangan hasil evaluasinya, sehingga kemudian dapat dimusyawarahkan dan disimpulkan untuk membuat program yang jelas dan terperinci untuk masing-masing rehabilitasi.

Hasil seleksi tersebut dapat mengetahui hal berikut.

- a. Apakah pasien mengikuti proses rehabilitasi secara lengkap?
- b. Apakah mengikuti terapi okupasi saja?
- c. Apakah mengikuti latihan kerja saja?
- d. Apakah belum dapat diberikan aktivitas dalam unit rehabilitasi sehingga sementara ditangguhkan dulu karena masih memerlukan pelayanan medik psikiatrik secara intensif?

Materi yang diperlukan dalam seleksi antara lain sebagai berikut.

- a. Hasil pemeriksaan medis.
- b. Hasil pemeriksaan psikologis (kemampuan, bakat, minat, sifat-sifat kepribadian, dan dinamikanya).
- c. Hasil perkembangan pasien dalam perawatan.
- d. Hasil evaluasi sosial (riwayat hidup, perkembangan dari anak sampai dewasa, masalah sosial yang dialami, pengalaman pendidikan, pekerjaan, pergaulan, lingkungan keluarga, serta kemungkinan dan keinginan baik pasien maupun keluarga terhadap masa depan).
- e. Hasil observasi terapis okupasi terhadap kemungkinan pemberian aktivitas atau pekerjaan.

Tahap seleksi dilakukan dua kali, tahap awal tugas pokok tim adalah sebagai berikut.

- a. Menentukan apakah calon rehabilitan sudah dapat diberi aktivitas yang bersifat psikologis, sosial, edukasional, dan vokasional.

- b. Membuat tujuan jangka pendek (diberikan aktivitas yang sesuai dengan keadaan saat ini).
- c. Membuat tujuan jangka panjang (rehabilitan disiapkan untuk penyaluran sampai pada latihan kerja).

Tahap kedua, tugas pokok tim adalah menilai kesiapan rehabilitan untuk disalurkan ke keluarga atau masyarakat yang akan menerima.

2. Terapi Okupasi

a. Pengertian

Okupasi artinya mengisi atau menggunakan waktu luang. Setiap orang menggunakan waktu luang untuk melakukan aktivitas atau pekerjaan, sedangkan terapi mempunyai arti penatalaksanaan terhadap individu yang menderita penyakit atau disabilitas baik fisik maupun mental (Reed, 2001)

Terapi okupasi bukan merupakan terapi kerja atau *vocational training*. Terapi okupasi bukan untuk menyiapkan individu yang mengalami limitasi fisik atau mental untuk mampu mengerjakan pekerjaan tertentu seperti tukang kayu dan pengrajin. Okupasi terapi memiliki keyakinan bahwa aktivitas yang digunakan dalam pemberian terapinya bertujuan untuk meningkatkan penampilan dan prestasi manusia, mencegah disfungsi fisik, mental, dan sosial, serta mengembangkan level fungsional manusia menjadi lebih tinggi atau kembali ke level normal. Jadi, pengertian terapi okupasi secara global adalah penyembuhan atau pemulihan terhadap individu dengan penggunaan aktivitas yang bertujuan sesuai dengan kebutuhan masing-masing individu.

b. Tujuan

Terapi okupasi bagi pasien gangguan mental, yaitu sebagai berikut.

- 1) Menciptakan kondisi tertentu sehingga pasien dapat mengembangkan kemampuannya agar dapat berhubungan dengan orang lain.
- 2) Membantu menyalurkan dorongan emosi secara wajar dan produktif.
- 3) Menghidupkan kemauan dan motivasi pasien.
- 4) Menemukan kemampuan kerja yang sesuai dengan bakat dan keadaannya.
- 5) Mengumpulkan data guna penentuan diagnosis dan penetapan terapi lainnya.

c. Proses

Terapi okupasi di rumah sakit jiwa terdiri atas tiga tahap yaitu sebagai berikut.

- 1) Penilaian (*assessment*), yaitu seorang terapis memperoleh pengertian tentang pasien yang berguna untuk membuat keputusan dan mengonstruksikan kerangka kerja/model dari pasien.
- 2) Perawatan (*treatment*), yaitu formulasi rencana pemberian terapi, implementasi terapi yang direncanakan, menilai terapi yang diberikan, dan evaluasi.
- 3) Evaluasi (*evaluation*), yaitu ditentukan apakah pasien dapat *melanjutkan vocational training* atau pulang.

d. Jenis aktivitas terapi okupasi

- 1) Aktivitas latihan fisik untuk meningkatkan kesehatan jiwa.
- 2) Aktivitas dengan pendekatan kognitif.
- 3) Aktivitas yang memacu kreativitas.
- 4) Training keterampilan.
- 5) Terapi bermain.

Semua kegiatan itu dipandu oleh seorang terapis okupasi yang memiliki tugas sebagai berikut.

- 1) Motivator dan sumber penguatan, yakni memberikan motivasi pada pasien dan meningkatkan motivasi dengan memberikan penjelasan pada pasien tentang kondisinya, manfaat aktivitas yang diberikan, memberikan dukungan, dan meyakinkan pasien akan sukses.
- 2) Guru, yaitu terapis memberikan pengalaman pembelajaran ulang, yang maksudnya terapis harus mempunyai pengalaman tentang keterampilan dan keahlian tertentu serta harus dapat menciptakan dan menerapkan aktivitas mengajar pada pasien.
- 3) Model sosial, yaitu seorang terapis harus dapat menampilkan perilaku yang dapat dipelajari oleh pasien. Pasien mengidentifikasi dan meniru terapisnya melalui bermain peran, yang pada saat itu terapis mendemonstrasikan tingkah laku yang diinginkan (verbal/nonverbal) yang akan dicontoh pasien.
- 4) Konsultan, yaitu terapis menentukan program perilaku yang dapat menghasilkan respons terbaik dari pasien. Terapis bekerja sama dengan pasien dan keluarga dalam merencanakan rencana tersebut.

3. Latihan Kerja (*Vocational Training*)**a. Pengertian**

Latihan kerja adalah suatu kegiatan yang diberikan pada rehabilitan secara berjenjang sebagai bekal untuk persiapan pulang dan kembali ke masyarakat.

b. Tahapan

Tahap latihan kerja ada tiga, yaitu sebagai berikut.

- 1) Tahap percobaan
Rehabilitan dicoba untuk melakukan aktivitas sesuai dengan hasil seleksi. Jika ada perkembangan tingkah lakunya, maka pekerjaan tersebut dapat dilanjutkan pada tahap pengarahan.
- 2) Tahap pengarahan
Rehabilitan dilatih bekerja dari yang sederhana sampai yang bersifat lebih kompleks. Seluruh pekerjaan memiliki kurikulum. Hasil akhir tahap ini adalah rehabilitan mampu memiliki keterampilan secara lengkap atau terbatas hanya sebagai pelaksana.

- 3) Tahap penyaluran: rehabilitan diusahakan meningkat baik secara kualitatif maupun kuantitatif, lebih mandiri dalam melakukan pekerjaan yang dipelajari, dan diharapkan dapat menyesuaikan diri terhadap lingkungan. Selanjutnya rehabilitan disalurkan ke keluarga, masyarakat, panti karya, dan panti jompo.

Tahap Penyaluran (Bengkel Kerja Terlindung—BKT)

Bengkel kerja terlindung adalah suatu tempat atau bengkel kerja khusus bagi rehabilitan yang masih perlu dilindungi dari persaingan di tempat kerja bebas (*open job placement*). Bengkel ini bisa merupakan bagian dari rumah sakit atau merupakan lembaga tersendiri. Bengkel ini memperkerjakan rehabilitan yang terampil dan memiliki keterampilan kerja, tetapi karena sesuatu hal maka mereka tidak dapat hidup bersaing dalam masyarakat umum sehingga disebut terlindung dari persaingan (*sheltered*). Di Indonesia belum ada yang menyelenggarakan secara resmi sehingga rehabilitan tersebut harus mampu bersaing di masyarakat luar. Namun, mereka cenderung tidak mampu bertahan sehingga sering terjadi kekambuhan akibat persaingan yang ketat.

Tahap Pengawasan

1. Kunjungan rumah (*home visit*)

a. Pengertian

Kunjungan rumah adalah mengunjungi tempat tinggal pasien dan keluarganya untuk mendapatkan berbagai informasi penting yang diperlukan dalam rangka membantu pasien dalam proses terapi.

b. Tujuan

Tujuan kunjungan adalah mengadakan evaluasi sosial dan lingkungan hidup pasien yang mungkin berpengaruh terhadap sakit atau penyembuhan pasien, serta dapat memberi bimbingan pada keluarga dalam merawat pasien di rumah. Selain itu, hal ini merupakan modus yang tepat untuk memulihkan hubungan antara keluarga dan pasien.

c. Indikasi

Pasien *after care* atau *day care* yang tidak teratur kehadirannya, pasien kambuh berkali-kali, pasien rawat inap yang datanya kurang lengkap, keluarga pasien yang menolak kepulangan pasien, atau pasien yang dianggap perlu memperoleh kunjungan sebagai bagian dari terapi.

2. Day Care

Day care adalah pasien yang sudah dipulangkan atau sudah pernah berobat ke rumah sakit, tetapi masih memerlukan untuk mengikuti kegiatan rehabilitasi pada siang hari.

3. After Care

After care merupakan perawatan lanjutan bagi rehabilitan yang dilakukan secara periodik agar tetap dapat menjaga kesehatannya.

LATIHAN

1. Jelaskan pengertian rehabilitasi psikiatri!
2. Sebutkan berbagai kemungkinan keterampilan pasien yang dapat dikembangkan dalam pelaksanaan rehabilitasi psikiatri!
3. Jelaskan peran perawat dalam pelaksanaan rehabilitasi psikiatri!

BACAAN

- Creek, J. 1997. *Occupational Therapy and Mental Health*. London: Churchill Living Stone.
- Depkes RI Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. 1998. *Pedoman dan Juknis Home Visit*. Tidak dipublikasikan.
- Reed, K.L. 2001. *Quick Reference to Occupational Therapy, 2nd Ed.* Frederick, Maryland: Aspen Publisher.
- Setyonegoro, K. 1983. *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental di Indonesia*. Jakarta : Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI.

INDEKS

A

ABA 192
abortus 178
acceptance 76, 20
adaptif 24, 328, 331
adiktif 198, 199, 200, 202
adolesen 182
afektif 121
agitasi 128
agranulositosis 282
agrasi 145
agresif 142
alergen 76
alkoholisme 188
altruistik 44, 148
aluminium 252
alzheimer 142
amenorrhoea 282
amigdala 171
anomik 162
antiansietas 280
antidepresan 280, 283
antimanik 280
antipati 189
antipsikotik 280, 281, 285
antisiolitik 283, 285
aversive stimulus 330

B

bargaining 76, 81
behavioral 132
bipolar 284

C

cadell 203
CINA 235
CLMHN 261, 262
CMHN 257, 262, 266, 268, 269

D

DABDA 76
debil 174
defense mechanism 76
delirium tremens 201
delusi 122
demensia 251, 252
dendam 129
denial 76, 145
dependent 104
depersonalisasi 92
depresi 143, 144, 146
depression 76
dermatosis 282
destruktif 140
detoksifikasi 193
digestif 189
dinamis 146
disartria 281, 284
discharge planning 276
diskinesia tardif 281
diskriminasi 266
dopamin 184
dopaminergik 162
doubt 262

E

echolalia 190
ECT 289, 290, 291, 292
educable 177
effect 25
ego 324
ego oriented reaction 162
egoistik 129
egosentrik 24
ekspansi 163
ekstrapiramidal 247
ekstrinsik 34
ekstrovert 233
endotrakheal 180

environment 322
epineprin 260

F

fastfood 194
febris 281
feminim 165
fisiologis 171

G

GAF 208, 209, 210, 235
galactorrhoea 282
GCS 4
gender 97
genetik 79
genogram 63
Glasgow Coma Scale 55
gynecomastia 282

H

Habeas Corpus 35
herpes 178
hiperaktif 170, 67
hiperplasia 57
hiperprolaktinemia 282
hipersalivasi 281
hipersomnia 202
hipertensi 283
hipokampus 190
hipokondria 167
hipotensi 281, 283
hipoventilasi 232
holistik 253

I

ibuprofen 195
ICD 9
identity 162
idiot 174
imitasi 165
impulsif 146, 201
industry 162
inferior 163
inferiority 24
informed consent 105
initiative 162
insight 104
insulin 122
intact 120
intelengensi 178

interdependen 165
intrinsik 244
introvert 247

J

jasmaniah 170
Jung 247

K

kadmium 189
kanker 178
kifosis 250
KKJ 262
kognitif 163, 91
kohesif 296, 297
kolagen 244
kolinergik 285
kompetitif 234
kompos mentis 178
konsep diri 285

L

laksatif 285
letalitas 131
limbik 131
lobus frontal 39
lobus temporal 192

M

maladaptif 19, 22
marital rape 239
Maslow 247
membran timpani 248
menopause 252
merkuri 178, 165
metabolisme 162
mikrokosmos 106
mikrosirkulasi 174
MPKP 261, 262
MPP 253

N

NANDA 10
narkoba 198
neuroleptika 181, 198
neurologis 163, 181
neuropsikiatrik 210
neurosis 189
neurotoksin 10

neurotransmitter 10
 neutropenia 282
 NIC 113

O

objektif 41, 44, 46, 68, 71
 oksitosin 8
 okulogirikrisis 281
 okupasi 271
 opiat 192
 opiatergik 146
 opistotonus 281
 organo biologis 250
 ortostatik 281
 osteoporosis 209
 overdosis 276

P

paranoid 163
 paripurna 261
 PBB 193
 perifer 192
 perinatal 190, 22
 pervasif 178
 PET 178
 phenilalanin 239
 physical abuse 20
 PICU 178
 planning 250
 plastisitas 240
 pornografi 24
 postpartum 4
 postural 281
 PPDGJ 162
 pranatal 178
 predisposisi 32
 prekoks 131
 premack 317
 prenatal 13
 presipitasi 195
 prestise 330
 prolaktin 240
 proris 133
 prostitusi 185
 protusio 189

R

RDI 193
 reality 112

refuge 260
 regresi 80
 reinforcement 306, 307
 rekuren 209
 relaksasi 75
 restitusi 135
 restrains 170
 retardasi 171
 Rett 132
 role diffusion 178
 role model 178

S

sadistik 163
 sarkasme 132
 seduction 18
 seizure 180
 self acceptance 112
 self ideal 136
 sensoris 7
 serbacks 318
 serebral palsy 180, 41, 44
 serotoninik 104
 shame 162
 SHG 262, 234
 SIGECAPS 252
 simptomatik 233
 single parent 41
 sirkumtansial 80
 sistem limbik 156
 skizofrenia 250, 234
 sklerosis 233
 solitude 191

T

tangensial 66
 task oriented reaction 25
 teknik lima jari 89
 temper tantrum 191
 terapi modalitas 271, 273, 274, 275, 277
 terapi somatik 274
 terminasi 14
 thrombosis 282
 timbal 193, 178
 toksikologi 178
 Tourette's 246
 transien 174
 tremor 281, 284
 trisiklik 282, 283

U

UKSJ 262
uniaksis 9
urbanisasi 259

V

vasopresin 24

W

waham 57, 67
Wernicke 190

Y

yoghurt 194