



BAHAN AJAR KEPERAWATAN JiWA



**DISUSUN OLEH :
NORMA RISNASARI**

**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN SAINS
UNIVERSITAS NUSANTARA PGRI KEDIRI**

TENTANG PENULIS



NORMA RISNASARI, lahir di Tulungagung pada tanggal 08 Agustus 1980, menyelesaikan pendidikan SD Negeri Kampungdalem III Tulungagung tahun 1993, SMP Negeri 3 Tulungagung tahun 1996, SMA Negeri 1 Kauman Tulungagung tahun 1999, Akademi Keperawatan Karya Husada Pare Kediri tahun 2003, Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya tahun 2006, Magister Kesehatan Pada Peminatan Studi Kesehatan Jiwa Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya tahun 2017.

Saat ini aktif sebagai dosen tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan dan Sains Universitas Nusantara PGRI Kediri pada Program Studi DIII Keperawatan.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat, taufik, dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan buku ajar keperawatan jiwa. Semoga buku ajar ini dapat bermanfaat dan membantu para mahasiswa keperawatan baik pada program studi diploma keperawatan maupun program studi lain yang sedang mempelajari keperawatan 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 Ajar 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 ajar ini disusun secara linier berdasarkan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) mata kuliah keperawatan jiwa pada Program DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nusantara PGRI Kediri. Mata kuliah keperawatan jiwa diajarkan pada semester 3 sebanyak 2 SKS. Metode pembelajaran meliputi ceramah, diskusi, presentasi, dan roleplay untuk menerapkan berbagai keterampilan yang telah didapatkan.

Buku ajar ini dikembangkan dari berbagai buku teks seperti tercantum pada daftar pustaka, ditambah dengan berbagai hasil penelitian, lokakarya nasional keperawatan kesehatan jiwa, karya ilmiah baik yang dipublikasikan maupun tidak. Meskipun demikian, para pembaca dipersilakan memperkaya diri dengan berbagai buku teks, jurnal dan karya ilmiah yang lain.

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

PENULIS

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Tentang Penulis	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
BAB 1 Perspektif Kesehatan Jiwa	1
BAB 2 Trend dan Issue Keperawatan Jiwa	7
BAB 3 Kesehatan Keperawatan Jiwa	12
BAB 4 Penatalaksanaan Terapi Modalitas Dalam Keperawatan Jiwa	17
BAB 5 Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ)	40
BAB 6 Asuhan Keperawatan Jiwa	45
BAB 7 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Harga Diri Rendah	85
BAB 8 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial	96
BAB 9 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perubahan Persepsi Sensori	103
BAB 10 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan	110
BAB 11 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ansietas	119
BAB 12 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Berduka	125
BAB 13 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Defisit Perawatan Diri	133
DAFTAR PUSTAKA	141

BAB 1

PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menjelaskan perspektif keperawatan jiwa

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

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

1. Menjelaskan pengertian falsafah, falsafah keperawatan, falsafah keperawatan jiwa
2. Menjelaskan tujuan perspektif keperawatan jiwa
3. Menyebutkan model – model keperawatan jiwa
4. Model stress adaptasi keperawatan jiwa

PENGERTIAN

Falsafah adalah pengetahuan dan penyelidikan dengan akal budi mengenai sebab-sebab, azas-azas, hukum, dan sebagainya daripada segala yang ada dalam alam semesta ataupun mengenai kebenaran dan arti adanya sesuatu (Poerwadarminta). Sedangkan falsafah keperawatan merupakan pandangan dasar tentang hakekat manusia dan esensi keperawatan yang menjadi kerangka dasar dalam praktek keperawatan. Falsafah keperawatan jiwa adalah individu memiliki harkat dan martabat sehingga masing-masing individu perlu dihargai. Tujuan individu meliputi : tumbuh, sehat, otonomi dan aktualisasi diri.

Beberapa keyakinan mendasar dalam keperawatan jiwa meliputi hal – hal 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 koping 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.

TUJUAN PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA

1. Mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan.
2. Keperawatan menganut pandangan holistik terhadap manusia yaitu kebutuhan manusia bio-psiko-sosial-spiritual.
3. Kegiatan keperawatan dilakukan dengan pendekatan humanistik, dalam arti menghargai dan menghormati martabat manusia, memberi perhatian kepada klien serta, menjunjung tinggi keadilan bagi sesama manusia

MODEL-MODEL 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.

Model praktik yang dikembangkan dalam keperawatan 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. (Yusuf, 2015)

Tabel 1.1 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.
Interpersonal (Sullivan, Peplau)	Ansietas timbul dan dialami secara interpersonal. Rasa takut yang mendasar adalah takut terhadap penolakan.	Hubungan antara terapis dan pasien membangun perasaan aman. Terapis membantu pasien mengalami hubungan yang penuh rasa percaya	Pasien menceritakan ansietas dan perasaannya pada terapis. Terapis menjalin hubungan akrab dengan pasien, menggunakan empati untuk

	Seorang membutuhkan rasa aman dan kepuasan yang diperoleh melalui hubungan interpersonal yang positif.	dan mencapai kepuasan interpersonal.	merasakan perasaan pasien, dan menggunakan hubungan sebagai suatu pengalaman interpersonal korektif.
Sosial (Szasz, Caplan)	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	Pasien kemudian dibantu untuk mengembangkan hubungan akrab di luar situasi terapi. Pasien dibantu untuk mengatasi sistem sosial. Mungkin digunakan intervensi krisis. Manipulasi lingkungan dan menunjukkan dukungan sosial juga diterapkan. Dukungan kelompok sebaya dianjurkan.	Pasien secara aktif menyampaikan masalahnya kepada terapis dan bekerja sama dengan terapis untuk menyelesaikan masalahnya. Menggunakan sumber yang ada di masyarakat. Terapis menggali sistem sosial pasien dan membantu pasien menggunakan sumber yang tersedia atau menciptakan sumber baru.
Eksistensial (Perls, Glesser, Ellis, Rogers, Frankl)	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.	Individu dibantu untuk mengalami kemurnian hubungan. Terapi sering dilakukan dalam kelompok. Pasien dianjurkan untuk menggali dan menerima diri dan dibantu untuk mengendalikan perilakunya.	Pasien bertanggung jawab terhadap perilakunya dan berperan serta dalam suatu pengalaman yang berarti untuk mempelajari tentang diri yang sebenarnya. Terapis membantu pasien untuk mengenal nilai diri. Terapis mengklarifikasi realitas dari suatu situasi dan

			mengenalkan pasien tentang perasaan tulus dan memperluas kesadaran dirinya
			Pasien secara aktif terlibat dalam pengobatan.
			Terapis menjalin hubungan yang hangat dan penuh empati dengan pasien
Perilaku (Bandura, Pavlov, Wolpe, Skinner)	Perilaku dipelajari. Peyimpangan 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,	Gangguan perilaku disebabkan oleh penyakit biologis. Gejala timbul sebagai akibat dari kombinasi faktor fisiologik, genetik, lingkungan, dan sosial. Perilaku menyimpang berhubungan dengan toleransi pasien terhadap stres.	Diagnosis penyakit dilandasi oleh kondisi yang ada dan informasi historis serta pemeriksaan diagnostik. Pengobatan meliputi terapi somatik dan farmakologik, serta berbagai teknik interpersonal	Pasien mempraktikkan regimen terapi yang dianjurkan dan melaporkan efek terapi kepada dokter. 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)Frances)	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. Menurut Stuart, stress adaptasi memberikan asumsi bahwa lingkungan secara alami memberikan berbagai strata sosial, dimana perawat psikiatri disediakan melalui proses keperawatan dalam biologis, psikologis, sosiokultural dan konteks legal etis, bahwa sehat/sakit, adaptif/maladaptif sebagai konsep yang jelas, tingkat pencegahan primer, sekunder, tersier termasuk di dalamnya empat tingkatan dalam penatalaksanaan psikiatrik meliputi peningkatan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, akut, dan krisis (Kusumawati, 2011). Model konsep Stuart mengkaji pasien dari beberapa aspek yang meliputi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stress/respon terhadap stress, mengkaji kemampuan yang dimiliki dari beberapa aspek, melihat upaya-upaya yang telah dilakukan sampai dengan menentukan pendekatan medis dan pendekatan keperawatan untuk menyelesaikan masalah pasien. Model stress adaptasi stuart memandang perilaku manusia dalam perspektif yang holistik terdiri dari biologis, psikologis,

sosiokultural dan aspek-aspek tersebut saling berintegrasi dalam perawatan. Komponen biopsikososial dari model tersebut termasuk dalam faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan mekanisme coping (Stuart, 2009).

Latihan Soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Individu memiliki harkat dan martabat sehingga masing-masing individu perlu dihargai disebut.....
 - a. Falsafah
 - b. Falsafah praktik
 - c. Falsafah orientasi
 - d. Falsafah keperawatan
 - e. Falsafah keperawatan jiwa
2. Sigmund Freud meyakini bahwa perilaku didasarkan pada perkembangan dini dan resolusi konflik yang tidak adekuat. Dimana pertahanan ego tidak adekuat untuk mengontrol ansietas. Termasuk model....
 - a. Psikoanalitik
 - b. Interpersonal
 - c. Komunikasi
 - d. Eksistensi
 - e. Keperawatan
3. Pola komunikasi dianalisis dan umpan balik diberikan untuk mengklarifikasi area masalah adalah model komunikasi dalam hal :.....
 - a. Proses terapeutik
 - b. Peran pasien
 - c. Konsep model
 - d. Peran terapis
 - e. Komunikasi efektif
4. Mempraktikkan teknik perilaku yang digunakan, mengerjakan pekerjaan rumah, dan penggalakan latihan. Termasuk peran.....
 - a. Peran masyarakat
 - b. Peran pasien
 - c. Peran tenaga kesehatan
 - d. Peran terapis
 - e. Peran keluarga
5. Model stress dan adaptasi pertama kali dikembangkan karena fakta menunjukkan bahwa banyak pasien mengalami gangguan jiwa karena kegagalan beradaptasi. Dikembangkan oleh seorang ilmuwan yang bernama...
 - a. Adolph Meyer
 - b. Clifford Beers
 - c. Sigmund Freud
 - d. Jung & Sullivan
 - e. Gail Stuart

BAB 2

TREND DAN ISSUE KEPERAWATAN JIWA

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menjelaskan trend dan issue keperawatan jiwa.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut

1. Menjelaskan sejarah gangguan jiwa.
2. Menjelaskan sejarah perkembangan.
3. Menjelaskan upaya kesehatan jiwa di Indonesia.
4. Menjelaskan trend peningkatan masalah kesehatan jiwa.
5. Menjelaskan trend pelayanan mental psikiatri di era globalisasi.

SEJARAH GANGGUAN JIWA

Sejarah gangguan jiwa menurut Yusuf (2015);

1. 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*).

2. 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).

3. 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.

4. 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.

5. Revolusi Kesehatan Jiwa II

Dengan diterima gangguan jiwa sebagai suatu penyakit, maka terjadilah perubahan orientasi pada organo biologis. Pada saat ini, Pinel 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 Kraepelin mampu membuat penggolongan dari tanda-tanda gangguan jiwa. Sejak saat itu, kesehatan jiwa terus berkembang dengan berbagai tokoh dan spesifikasinya masing-masing.

6. 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.

SEJARAH PERKEMBANGAN KESEHATAN JIWA

Dulu kala gangguan jiwa dianggap sebagai kerasukan roh jahat adapun terapi yang dilakukan pada saat itu adalah dengan mengeluarkan roh jahat. Sedangkan pada zaman kolonial sebelum ada Rumah Sakit Jiwa (RSJ) di Indonesia, pasien gangguan jiwa ditampung di Rumah Sakit Sipil atau Rumah Sakit Militer di Jakarta, Semarang dan Surabaya. Pasien yang

ditampung yaitu pasien yang mengalami gangguan jiwa berat. Sejarah perkembangan kesehatan jiwa sebagai berikut : Pada tanggal 1 Juli

1. Tahun 1882 : RSJ pertama di Indonesia (Bogor),
2. Tahun 1902 : RSJ Lawang
3. Tahun 1923 : RSJ Magelang
4. Tahun 1927 : RSJ Sabang yang jauh dari perkotaan. Perawatan pasien bersifat isolasi dan penjagaan (custodial care). Stigma : keluarga menjauhkan diri dari pasien. Dewasa ini hanya ada satu jenis RSJ yaitu RSJ punya pemerintah
5. Sejak tahun 1910-mulai dicoba dihindari custodial care (penjagaan ketat) dan restrain (pengikatan)
6. Mulai tahun 1930 : dimulai terapi kerja seperti menggarap lahan pertanian bagi para penderita gangguan jiwa
7. Selama perang dunia II dan pendudukan jepang : upaya kesehatan jiwa tidak berkembang
8. Proklamasi : perkembangan baru pada bulan oktober 1947 pemerintah membentuk Jawatan Urusan Penyakit Jiwa (belum bekerja dengan baik)
9. Tahun 1950 : pemerintah memperingatkan Jawatan Urusan Penyakit Jiwa untuk meningkatkan penyelenggaraan pelayanan.
10. Tahun 1966 : PUPJ Direktorat Kesehatan Jiwa – UU Kesehatan Jiwa No. 3 tahun 1966 ditetapkan oleh pemerintah dibentuk badan Koordinasi Rehabilitasi Penderita Penyakit Jiwa (BKR-PPJ) dengan instansi diluar bidang kesehatan
11. Tahun 1973 : PPDGJ I yang diterbitkan tahun 1975 ada integrasi dengan Puskesmas
12. Sejak tahun 1970 an : pihak swasta pun mulai memikirkan masalah kesehatan jiwa
13. Ilmu kedokteran jiwa berkembang adanya sub spesialisasi seperti kedokteran jiwa masyarakat, psikiatri klinik, kedokteran jiwa usila dan kedokteran jiwa kehakiman. Setiap Sub Direktorat dipimpin oleh 4 kepala seksi. Program kesehatan jiwa nasional dibagi dalam 3 sub program yang diputuskan pada masyarakat dengan prioritas pada Health Promotion
 1. Sub Program Perbaikan Pelayanan
 - a. Fokus psikiatrik
 - b. Medical
 - c. Care
 - d. Penekanan pada curative service (treatment) dan rehabilitasi
 2. Sub Program Pengembangan Sistem, berfokus pada peningkatan IPTEK, Continuing Education, Research Administrasi dan Manajemen, Mental Health Information
 3. Sub Program untuk *Establishment Community Mental Health*
 - a. Diseminasi ilmu
 - b. Fasilitasi RSJ swasta
 - c. Perizinan
 - d. Stimulasi konstruksi RSJ swasta
 - e. Kerjasama dengan luar negeri : ASEAN, ASOD, COD, WHO, AUSAID

UPAYA KESEHATAN JIWA

- (1) Upaya kesehatan jiwa diprioritaskan pada masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan jiwa.
- (2) Penanganan pasien dengan gangguan jiwa dilakukan di:
 - a) Fasilitas pelayanan kesehatan;
 - b) Fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat.

TREND PENINGKATAN MASALAH KESEHATAN JIWA

1. Meningkatnya kasus di era globalisasi
2. Beban hidup yang semakin berat
3. Tidak mengenal status sosial
4. Kasus neurosis pada anak dan remaja dimana akan mengakibatkan trauma fisik dan non fisik
5. Perubahan sosial ekonomi sangat cepat, situasi politik tidak menentu sehingga makin tinggi angka pengangguran, kemiskinan, kejahatan dimana akan terjadi peningkatan kejadian krisis dan gangguan jiwa
6. Banyaknya bencana alam, peperangan, pemerkosaan akan mengakibatkan terjadinya peningkatan post *traumatic syndrom disorder*
7. Meningkatnya masalah psikososial akan terjadi masalah psikis/kejiwaan akibat dari perubahan sosial, yang meliputi :
 - a) Psikotik gelandangan
 - b) Masalah anak jalanan, tawuran, kenakalan remaja
 - c) Penyalahgunaan napza
 - d) Pelecehan & penyimpangan seksual
 - e) Kekerasan
 - f) Stres pascatrauma
 - g) Pengungsian
 - h) Masalah usia lanjut yang terisolir
8. Trend bunuh diri pada anak dan remaja, dewasa. Hal ini dipicu faktor presipitasi antara lain : asmara, pekerjaan, ekonomi, permasalahan rumah tangga, hutang dan lain-lain
9. Masalah napza dan HIV AIDS
10. Pattern of parenting yang akan mempengaruhi kepribadian anak, meliputi : kehangatan, kasih sayang vs kontrol tatakrama, aturan, disiplin yang akan menghasilkan pola orang tua autoratif, otoriter, permisif, neglected/gelandangan

TREND PELAYANAN MENTAL PSIKIATRI DI ERA GLOBALISASI

1. Perubahan *Hospital Based Care* menjadi *Community Based Care* yang menekankan aspek preventif dan promotif
2. Fokus tidak hanya menangani orang sakit melainkan juga pada peningkatan kualitas hidup
3. Tenaga kesehatan mempunyai standar global yaitu profesionalisme dan keahlian menjadi kunci
4. Profesi dimana penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Di RSJ dan Pelatihan “ Clinical Instructur Bagi Psyciatric Nurse”

Latihan Soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Zaman dimana gangguan jiwa sudah dianggap suatu penyakit, termasuk pada zaman...
 - a. Yunani
 - b. Vesalius
 - c. Mesir kuno
 - d. Revolusi Prancis I
 - e. Revolusi Kesehatan Jiwa II

2. Seorang ilmuwan yang membentuk *national society for mental hygiene* dimana menekankan pada pencegahan dan tindakan yang lebih manusiawi disebut...
- a. Adolph Meyer
 - b. Clifford Beers
 - c. Sigmund Freud
 - d. Emil Kraepelin
 - e. Jung & Sullivan
3. Ilmuwan yang menemukan istilah Skizofrenia adalah.....
- a. Adolph Meyer
 - b. Clifford Beers
 - c. Eugen Bleuler
 - d. Emil Kraepelin
 - e. Jung & Sullivan
4. Banyaknya Bencana Alam, Peperangan, Pemerksaan dapat menyebabkan meningkatnya kejadian:
- a. Masalah asmara
 - b. Masalah psikososial
 - c. Masalah NAPZA & HIV AIDS
 - d. *Post Traumatic Syndrom Disorder*
 - e. Trend Bunuh Diri Pada Anak Dan Remaja, Dewasa
5. Perubahan *Hospital Based Care* menjadi *Community Based Care*, menekankan pada aspek.....
- a. Kuratif
 - b. Promotif
 - c. Rehabilitatif
 - d. Kuratif dan rehabilitatif
 - e. Preventif dan promotif

BAB 3

KESEHATAN KEPERAWATAN JiWA

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

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

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

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

1. Menjelaskan pengertian kesehatan, kesehatan jiwa.
2. Menyebutkan kriteria sehat jiwa.
3. Menjelaskan pengertian keperawatan jiwa.
4. Menjelaskan aktivitas perawat jiwa.
5. Menyebutkan elemen keperawatan jiwa.
6. Menyebutkan peran perawat jiwa.

PENGERTIAN KESEHATAN JiWA

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.

Kesehatan adalah keadaan sejahtera secara tubuh, jiwa, & sosial dan tidak hanya sekedar keadaan bebas dari cacat & kelemahan” (UU No 23 Tahun 1992)

Kesehatan jiwa adalah kondisi seseorang dalam keadaan sehat secara kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial sehingga mampu memenuhi tanggung jawab, berfungsi secara efektif di lingkungannya dan puas dengan perannya sebagai individu maupun dalam berhubungan secara interpersonal (Videback, 2010; Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016)

Kesehatan jiwa menurut UU Kesehatan Jiwa No.18/th 2014 adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. (Kemenkes, 2014)

KRITERIA SEHAT 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. Menurut 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. Sedangkan Clausen mengatakan bahwa orang yang sehat jiwa adalah orang yang dapat mencegah gangguan mental akibat berbagai stressor, serta dipengaruhi oleh besar kecilnya stressor, intensitas, makna, budaya, kepercayaan, agama, dan sebagainya.

PENGERTIAN KEPERAWATAN JiWA

American Nurses Association (ANA) mendefinisikan keperawatan jiwa adalah suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri secara terapeutik sebagai kiatnya (Stuart, 2007). Fokusnya adalah penggunaan diri sendiri secara terapeutik, artinya perawat jiwa membutuhkan alat atau media untuk melakukan perawatan. Alat yang digunakan selain ketrampilan teknik dan alat-alat klinik yang terpenting adalah menggunakan dirinya sendiri (*use self therapeutic*). Sebagai contoh : gerak tubuh, mimik wajah, bahasa, tatapan mata, pendengaran, sentuhan, nada suara dan sebagainya. Sedangkan menurut *World Health Organization* (WHO) Kesehatan jiwa bukan hanya suatu keadaan tidak gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik antara lain : perawatan langsung, komunikasi dan manajemen, bersifat positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kepribadian yang bersangkutan.

AKTIVITAS PERAWAT JiWA

Perawat jiwa melakukan aktivitas pada 3 area utama :

1. Aktivitas memberikan asuhan keperawatan langsung pada klien
2. Aktivitas komunikasi
3. Aktivitas dalam pengelolaan (manajemen keperawatan)

ELEMEN KEPERAWATAN JiWA

1. Kompetensi klinik.
2. Advokasi klien-keluarga.
3. Tanggung jawab fiskal.
4. Kerjasama antar disiplin ilmu dalam perawatan dan pengobatan klien.
5. Tanggung gugat sosial.
6. Parameter etik-legal.

PERAN PERAWAT JiWA DALAM TINGKAT PELAYANAN KESEHATAN JiWA

Perawat sebagai tenaga profesional turut memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai kompetensi dan kewenangan yang dimiliki secara mandiri maupun bekerjasama dengan anggota kesehatan lainnya (Depkes RI, 2006). Profesi keperawatan merupakan bagian integral dari system pelayanan kesehatan dan menjadi kunci utama dalam keberhasilan pelayanan kesehatan (Sumijatun, 2010). Adapun peran perawat adalah sebagai berikut :

1. Peran dalam prevensi primer
 - a. Memberikan penyuluhan tentang prinsip-prinsip sehat jiwa.
 - b. Mengefektifkan perubahan dalam kondisi kehidupan, tingkat kemiskinan, dan pendidikan.
 - c. Memberikan pendidikan kesehatan.
 - d. Melakukan rujukan yang sesuai dengan sebelum gangguan jiwa terjadi.
 - e. Membantu klien di RSU untuk menghindari masalah psikiatri dimasa mendatang.
 - f. Bersama-sama keluarga memberi dukungan pada anggota keluarga dan meningkatkan fungsi kelompok.
 - g. Aktif dalam kegiatan masyarakat dan politik yang berkaitan dengan kesehatan jiwa.

2. Peran dalam prevensi sekunder
 - a. Melakukan skrining dan pelayanan evaluasi kesehatan jiwa.
 - b. Melaksanakan kunjungan rumah atau pelayanan penanganan dirumah.
 - c. Memberikan pelayanan kedaruratan psikiatri di RSUD.
 - d. Menciptakan lingkungan yang terapeutik.
 - e. Melakukan supervisi klien yang mendapatkan pengobatan.
 - f. Memberikan pelayanan pencegahan bunuh diri.
 - g. Memberikan konsultasi.
 - h. Melaksanakan intervensi krisis.
 - i. Memberikan psikoterapi individu, keluarga dan kelompok pada berbagai tingkat usia.
 - j. Memberikan intervensi pada komunitas dan organisasi yang telah teridentifikasi masalah yang dialaminya.

3. Peran dalam prevensi tersier
 - a. Melaksanakan latihan vokasional dan rehabilitasi.
 - b. Mengorganisasi “after care” untuk klien yang telah pulang dari fasilitas kesehatan jiwa untuk memudahkan transisi dari rumah sakit ke komunitas.
 - c. Memberikan pilihan “partial hospitalization” (perawatan rawat jalan) pada klien.

Latihan soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Kriteria sehat jiwa antara lain :
 - a. Sehat fisik
 - b. Ruang gerak bebas
 - c. Berpikiran positif pada diri sendiri
 - d. Perkembangan dengan orang lain baik
 - e. Pemegang kebijakan akan perlunya edukasi

2. Suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri secara terapeutik sebagai kiatnya. Defisini keperawatan jiwa menurut....
 - a. Peplau
 - b. Yahoda
 - c. Clinton
 - d. *World Health Organization (WHO)*
 - e. *American Nurses Association (ANA)*

3. Elemen keperawatan jiwa antara lain:
 - a. Parameter etik-legal
 - b. Aktivitas komunikasi
 - c. Menciptakan lingkungan yang terapeutik
 - d. Aktivitas dalam pengelolaan (manajemen keperawatan)
 - e. Aktivitas memberikan asuhan keperawatan langsung pada klien

4. Peran perawat jiwa dalam prevensi primer adalah...
 - a. Melakukan skrining
 - b. Memberikan konsultasi
 - c. Memberikan penyuluhan
 - d. Melaksanakan kunjungan rumah
 - e. Melaksanakan latihan vokasional dan rehabilitasi

5. Peran perawat jiwa dalam prevensi tersier adalah.....
- a. Melakukan skrining
 - b. Memberikan konsultasi
 - c. Memberikan penyuluhan
 - d. Melaksanakan kunjungan rumah
 - e. Melaksanakan latihan vokasional dan rehabilitasi

BAB 4

PENATALAKSANAAN TERAPI MODALITAS DALAM KEPERAWATAN JIWA

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi berbagai penatalaksanaan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

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

1. Menguraikan konsep terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.
2. Menjelaskan prinsip pelaksanaan terapi modalitas.
3. Menyebutkan dasar pemberian terapi modalitas.
4. Menguraikan peran perawat dalam terapi modalitas.
5. Menerapkan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.
 - a. Farmakoterapi.
 - b. Terapi kejang listrik (*electroconvulsive therapy*—ECT).
 - c. Terapi lingkungan.
 - d. Terapi keluarga.
 - e. Terapi kognitif.
 - f. Terapi modifikasi perilaku.
 - g. Terapi psikodrama.
 - h. Terapi rehabilitasi.

PENGERTIAN

Terapi modalitas adalah terapi utama dalam keperawatan jiwa. Terapi ini diberikan dalam upaya mengubah perilaku pasien dari perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. 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/badan (somatogenik), masalah sosial (sosiogenik), kondisi kejiwaan (psikogenik), ataupun kultural (tekanan kebudayaan) dan spiritual (tekanan keagamaan). Mungkin dari salah satu unsur ada satu penyebab yang menonjol, namun biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, tetapi beberapa penyebab dari badan, jiwa, lingkungan serta kultural-spiritual sekaligus timbul atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu timbullah gangguan badan atau jiwa. 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, 2009)

PRINSIP TERAPI MODALITAS

Perawat sebagai terapis mendasarkan potensi yang dimiliki pasien sebagai titik tolak terapi atau penyembuhan.

DASAR PEMBERIAN TERAPI MODALITAS

(Azas Psikodinamika dan Psikososial)

1. Gangguan jiwa tidak merusak seluruh kepribadian atau perilaku manusia
2. Tingkah laku manusia selalu dapat diarahkan dan dibina ke arah kondisi yang mengandung reaksi (respon yang baru)
3. Tingkah laku manusia selalu mengindahkan ada atau tidak adanya faktor-faktor yang sifatnya menimbulkan tekanan sosial pada individu sehingga reaksi individu tersebut dapat diprediksi (reward dan punishment)
4. Sikap dan tekanan sosial dalam kelompok sangat penting dalam menunjang dan menghambat perilaku individu dalam kelompok sosial
5. Terapi modalitas adalah proses pemulihan fungsi fisik mental emosional dan sosial ke arah keutuhan pribadi yang dilakukan secara holistik

JENIS – JENIS TERAPI MODALITAS

A. FARMAKOTERAPI

PENGERTIAN FARMAKOTERAPI

Farmakoterapi adalah pemberian terapi dengan menggunakan obat. Obat yang digunakan untuk gangguan jiwa disebut psikofarmaka = psikotropika = phrenotropika. 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*).

Terapi gangguan jiwa dengan menggunakan obat-obatan disebut dengan psikofarmakoterapi = medikasi psikotropika yaitu obat yang mempunyai efek terapeutik langsung pada proses mental penderita karena kerjanya pada otak atau sistem saraf pusat (SSP). Obat yang kerjanya secara efektif pada SSP dan mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental, serta mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku digunakan untuk terapi gangguan psikiatri.

Jenis – jenis Obat Psikotropika

Obat psikiatri meliputi : antipsikosis/neuroleptika, antidepresi, anticemas/tranquilizer, antimanik, antimanik, dan antiobsesif-kompulsif.

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. Derivat 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)

Indikasi 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/disfungsi seksual, alergi, pigmentasi retina, dermatosis.

Kontraindikasi :

1. Gangguan kejang
2. Glukoma
3. Klien lanjut usia
4. Wanita hamil atau sedang menyusui

Tindakan keperawatan :

1. Gejala ekstrapiramidal : turunkan dosis, beri THP
2. Sindrom neuroleptika maligna : stop obat, beri tindakan simtomatis
3. Hipotensi orthostatik : monitor tekanan darah
4. Efek antikolinergik : diet tinggi serat, minum yang banyak
5. Agranulositosis : isolasi, antibiotik

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)

Indikasi : untuk gangguan depresi berat dengan kecenderungan bunuh diri, perlu dipertimbangkan penggunaan ECT sebagai pendamping pemberian antidepresan, nyeri berat dan kronis, enuresis anak > 6 tahun, gangguan obsesif-kompulsif.

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.

Efek terapi : meningkatkan mood

Tindakan keperawatan : monitor efek samping dan beri pengobatan simtomatis

Antiansietas

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 antipsikotik jenis lain atau dicampur alkohol.

Indikasi

1. Gangguan ansietas
2. Meredakan ansietas atau ketegangan karena situasi tertentu
3. Gejala putus zat akut karena alkohol
4. Meredakan spasme otot
5. Menurunkan ansietas berat agar bisa diberikan psikoterapi

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).

Kontraindikasi

1. Penyakit hati
2. Pasien lansia
3. Penyakit ginjal
4. Glaukoma
5. Kehamilan atau menyusui
6. Psikosis
7. Gangguan pernapasan sebelumnya
8. Reaksi hipersensitif

Tindakan keperawatan

1. Anjurkan tidak menggunakan alat berbahaya, menyopir
2. Benzodiazepin menyebabkan gangguan ereksi dan kesulitan orgasme
3. Untuk menghentikan obat perlu bertahap
4. Monitor ketat pada lansia
5. Hindari penyalahgunaan
6. Pemberian maksimal 100 hari

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

Efek terapi : stabilisasi mood

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

Tindakan keperawatan

1. Awasi dosis
2. Pengobatan berkelanjutan
3. Atasi gejala

PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN OBAT PSIKOFARMAKA

Peran perawat dalam pemberian obat adalah sebagai berikut :

1. Mengumpulkan data sebelum pengobatan.
Peran perawat disini adalah dengan cara mengumpulkan data 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.
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.
Perawat diharapkan mampu memonitor efek samping obat dan 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 mewaspadai efek samping obat. Dalam melaksanakan peran ini, perawat bekerja sama dengan pasien.

6. Melaksanakan program pengobatan berkelanjutan.

Perawat sebagai 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.

Perawat dapat memilih salah satu program terapi bagi pasien dan menggabungkannya dengan terapi pengobatan.

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.

Tindakan Keperawatan .

1. Bina hubungan saling percaya
2. Jelaskan program pengobatan
3. Jelaskan efek terapi dan efek samping
4. Jelaskan lima benar penggunaan obat
5. Supervisi pengobatan
6. Tangani efek samping
7. Dorong keluarga mendukung klien

Evaluasi

1. Klien bekerjasama
2. Tak putus obat
3. Efek terapi optimal
4. Efek samping minimal, tertangani
5. Perubahan perilaku optimal

B. TERAPI KEJANG LISTRIK (ELECTROCONVULSIVE THERAPY—ECT)

PENGERTIAN TERAPI KEJANG LISTRIK

Terapi kejang listrik adalah bentuk terapi tindakan pengobatan pada pasien gangguan jiwa dengan menimbulkan kejang (grandmal). Dengan ECT konvensional, menggunakan aliran listrik kekuatan rendah (2-3 joule) melalui elektrode yang ditempelkan beberapa detik pada pelipis kiri/kanan (lobus frontalis) pasien yang berlangsung sekitar 25–150 detik dengan menggunakan alat khusus yang dirancang aman untuk pasien. 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.

Frekuensi pemberian ECT adalah sebagai berikut.

1. Depresi berat (6-10 kali)
 2. Skizofrenia katatonik (20-30 kali)
 3. Skizofrenia episode akut (30 kali)
 4. Penderita gangguan jiwa yang resisten terhadap obat psikofarma (12 kali)
- Catatan : masing-masing diberikan 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali)

Kontraindikasi pemberian terapi ini antara lain sebagai berikut.

1. Tumor intrakranial, hematoma intrakranial.
2. Infark miokardial akut.
3. Hipertensi berat.
4. Kehamilan.
5. Penyakit tulang dapat mengakibatkan cedera.
6. Penyakit ginjal akut dapat memperparah gangguan ginjalnya.

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.
4. Fraktur vertebra dan ekstremitas
5. Kehilangan daya ingat terhadap kejadian yang baru saja terjadi
6. Menimbulkan kebingungan bagi klien (terjadinya vasodilatasi / pelebaran pembuluh darah pada mata sehingga mata klien menjadi merah dan kabur, tetapi klien masih bisa mendengar)

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 didamping pasien agar pasien menjadi aman dan nyaman.

C. TERAPI LINGKUNGAN (*MILLEAU TERAPI*)

PENGERTIAN TERAPI LINGKUNGAN

Terapi lingkungan adalah suatu tindakan penyembuhan penderita dengan gangguan jiwa melalui manipulasi unsur yang ada dilingkungan fisik dan sosial yang ditata agar dapat membantu penyembuhan dan atau pemulihan pasien. Upaya terapi harus bersifat komprehensif, holistik dan multidisipliner.

TUJUAN TERAPI LINGKUNGAN

1. Membantu individu untuk mengembangkan rasa harga diri.
2. Mengembangkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain.
3. Membantu belajar untuk mempercayai orang lain.
4. Mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat.

Peran Serta Keluarga dan Masyarakat dalam Proses Terapi

Keluarga merupakan 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.

STRATEGI DALAM TERAPI LINGKUNGAN (Yusuf, 2015)

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 ekstrenal 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.

JENIS – JENIS TERAPI LINGKUNGAN

1. Terapi Rekreasi
Kegiatan yang dilakukan pada waktu luang dengan kegiatan konstruktif dan menyenangkan, serta mengembangkan kemampuan hubungan sosial. Contoh : berenang, main kartu, karambol dan lain-lain
2. Terapi kreasi seni
Berikan kesempatan pada pasien untuk menyalurkan/mengekspresikan perasaannya. Contoh : bernyanyi, menari
3. Terapi dengan menggambar dan melukis
Berikan kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan tentang apa yang sedang terjadi dengan dirinya dengan cara menggambar yang berfungsi untuk menurunkan ketegangan
4. Literatur
Terapi yang diberikan dengan cara membaca majalah, koran dan lain-lain, diharapkan setelah membaca pasien dapat mendiskusikan dengan terapis/perawat
5. Pet therapy
Stimulasi yang diberikan dengan menggunakan objek binatang untuk bermain.
6. Plant therapy
Mengajarkan pasien dengan cara menanam dan memelihara serta menggunakannya saat tanaman itu dipetik

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.

D. TERAPI KELUARGA

PENGERTIAN TERAPI KELUARGA

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien. 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.

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 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). Menurut Friedman, 1992 dalam Keliat, 1996, terapi keluarga merupakan terapi yang dikembangkan untuk menangani keluarga bermasalah. Oleh karena itu, sebagian besar berorientasi pada patologis yang menyangkut keluarga baik fungsional maupun disfungsional, dan bersifat preskriptif, menyarankan strategi penanganan .

TUJUAN TERAPI KELUARGA

1. Menurunkan konflik (antar orang tua dan anak, perkawinan, antar saudara kandung, beberapa generasi, masa transisi dalam keluarga seperti pasangan yang baru menikah, kelahiran anak pertama, dan masalah remaja).
2. Meningkatkan kesadaran keluarga terhadap kebutuhan masing-masing anggota keluarga
3. Meningkatkan kemampuan penanganan terhadap krisis
4. Meningkatkan kesehatan jiwa keluarga sesuai dengan tingkat perkembangan anggota keluarga

5. Mengembangkan hubungan peran yang sesuai
6. Membantu keluarga menghadapi tekanan baik dari dalam keluarga maupun dari luar anggota keluarga
7. Terapi individu yang memerlukan melibatkan anggota keluarga lain.
8. Proses terapi individu yang tidak kunjung mengalami kemajuan.

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.

E. 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.

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

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.

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 sorang 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.”

F. TERAPI MODIFIKASI 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 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).

Proses mengubah perilaku terapi ini adalah dengan menggunakan teknik yang disebut *conditioning* yaitu suatu proses dimana pasien belajar mengubah perilaku. Adapun cara melakukan *conditioning* adalah sebagai berikut.

1. *Reciprocal Inhibition*

Proses mengubah perilaku yang dilakukan dengan cara mengurangi ansietas yang dirasakan dengan mengendalikan situasi yang dapat meredakan ansietas yang dirasakan

2. *Positive Conditioning*

Pemberian reward (hadiah) pada setiap perilaku yang diinginkan dan tidak memberikan reward atau menghukum pada perilaku yang tidak diinginkan

3. *Eksperimental Extinction*

Suatu upaya menurunkan suatu perilaku dengan baik dengan cara tidak memberikan reward berulang-ulang

Penerapan teori perilaku adalah sebagai berikut:

1. Pendekatan terapis kepada pasien bersifat objektif, tidak menghakimi
2. Pasien diyakinkan bahwa reaksi menyakitkan akan pulih
3. Informasi yang tidak akurat dikoreksi segera

4. Pasien dikuatkan untuk dapat mengendalikan perilakunya

Kriteria evaluasi

1. Menurunnya perilaku maladaptif
2. Meningkatnya produktivitas kerja
3. Membaiknya hubungan interpersonal
4. Meningkatnya kemampuan penyelesaian masalah yang disebabkan oleh stressor lingkungan dan situasi

G. TERAPI PSIKODRAMA

Psikodrama menggunakan struktur masalah emosi atau pengalaman pasien dalam suatu drama. Drama ini memberi kesempatan pada pasien untuk menyadari perasaan, pikiran dan perilakunya yang memengaruhi orang lain. Spontanitas dalam drama ini sangat penting.

Adapun langkah-langkah psikodrama adalah sebagai berikut :

1. Terapis mendiskusikan dalam kelompok sebuah isu/masalah yang akan dibahas, kemudian disepakati pemerannya
2. Rancangan dan penyajian drama
3. Diskusikan tentang pendapat masing-masing anggota kelompok tentang peran yang ditampilkan. Terapis berusaha mengarahkan diskusi pada penyelesaian masalah

H. TERAPI REHABILITASI

PENGERTIAN REHABILITASI PSIKIATRI

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. Macam-macam terapi rehabilitasi terdiri atas : terapi okupasi, terapi rekreasi, terapi gerak, dan terapi musik.

LANGKAH PELAKSANAAN TERAPI REHABILITASI (Yusuf, 2015)

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, 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 adalah suatu ilmu dan seni untuk mengarahkan partisipasi seseorang dalam melaksanakan suatu tugas terpilih yang telah ditentukan, dengan maksud mempermudah belajar fungsi dan keahlian yang dibutuhkan dalam proses penyesuaian diri dengan lingkungan. Kegiatan yang dilaksanakan oleh pasien bukan sekedar memberi kesibukan pada pasien saja, akan tetapi kegiatan yang dilakukan dapat menyalurkan bakat dan emosi pasien, mengarahkan ke suatu kegiatan yang berguna sesuai kemampuan dan bakat serta meningkatkan produktivitas.

b. Tujuan

Tujuan terapi okupasi, 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 hobi pasien.
- 5) Mengumpulkan data guna penentuan diagnosis dan penetapan terapi lainnya.
- 6) Mengajarkan aktivitas sehari-hari (ADL)

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.
- e. Indikasi terapi okupasi
- 1) Kelainan tingkah laku disertai kesulitan berkomunikasi dengan orang lain.
 - 2) Ketidakmampuan menginterpretasikan rangsangan sehingga reaksi terhadap rangsangan tidak wajar
 - 3) Seseorang yang mengalami kemunduran
 - 4) Mereka yang mudah mengekspresikan perasaannya melalui kegiatan
 - 5) Mereka lebih mudah mempelajari sesuatu dengan cara mempraktikkan daripada membayangkan
 - 6) Pasien cacat tubuh yang mengalami gangguan kepribadian

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 soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Prinsip dasar pelaksanaan terapi modalitas yang dilakukan perawat sebagai terapis sebagai titik tolak terapi atau penyembuhan adalah....
 - a. Mendasarkan perilaku pasien
 - b. Mendasarkan reward dari pasien
 - c. Mendasarkan diagnosa keperawatan
 - d. Mendasarkan potensi yang dimiliki pasien
 - e. Mendasarkan pengkajian yang dilakukan melalui keluarga pasien

2. Tujuan terapi untuk mengembangkan pendekatan unik penyelesaian konflik, meredakan penderitaan emosional, mengembangkan cara yang cocok untuk memenuhi kebutuhan. Termasuk terapi....
 - a. Biologis
 - b. Kognitif
 - c. Keluarga
 - d. Individu
 - e. Lingkungan

3. Salah satu terapi somatik gangguan jiwa adalah....
 - a. Psikoaktif
 - b. Psikologis
 - c. Psikofarmaka
 - d. Psikoanalisa
 - e. Psikokognitif

4. Strategi memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien disebut.....
 - a. Terapi kognitif
 - b. Terapi bermain
 - c. Terapi kelompok
 - d. Terapi keluarga
 - e. Terapi perilaku

5. Perawatan lanjutan bagi rehabilitasi yang dilakukan secara periodik agar tetap dapat menjaga kesehatannya disebut.....
 - a. Daycare
 - b. Aftercare
 - c. Home visit
 - d. Terapi okupasi
 - e. Terapi keluarga

BAB 5

PEDOMAN PENGGOLONGAN DAN DIAGNOSIS GANGGUAN JIWA

(PPDGJ)

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menjelaskan pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ)

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

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

1. Menjelaskan pengertian gangguan jiwa
2. Menjelaskan sumber penyebab gangguan jiwa
3. Menjelaskan dasar penggolongan gangguan jiwa
4. Menjelaskan klasifikasi gangguan jiwa
5. Penggolongan gangguan jiwa secara umum

PENGERTIAN

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, yakni akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.
2. Faktor psikologik, 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.

DASAR PENGGOLONGAN GANGGUAN JIWA

Tujuan diadakan pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia adalah sebagai berikut:

1. Kondisi pelayanan kesehatan (*service and clinical use*)
 - a. Kondisi penyakit/gangguan untuk statistik kesehatan
 - b. Keseragaman diagnosis klinis untuk tatalaksana terapi
2. Bidang pendidikan kedokteran (*educational use*)
Kesamaan konsep diagnosis gangguan jiwa untuk komunikasi akademik
3. Bidang penelitian kesehatan (*research use*)
Memberikan batasan dan kriteria operasional diagnosis gangguan jiwa yang memungkinkan perbandingan data dan analisis ilmiah

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).

Diagnosis gangguan jiwa berdasarkan PPDGJ III adalah sebagai berikut : (Maramis, 2009)

- I : gangguan mental organik dan simtomatik (F00-F09)
- II : gangguan mental dan perilaku akibat zat psikoaktif (F10-F19)
- III : skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham (F20-F29)
- IV : gangguan suasana perasaan/mood/afektif (F30-F39)
- V : gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress (F40-F48)
- VI : sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik (F50-F59)
- VII : gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa (F60-F69)
- VIII : retardasi mental (F70-F79)
- IX : gangguan perkembangan psikologis (F80-F89)
- X : gangguan perilaku dan emosional dengan onset masa kanak dan remaja (F90-F98)
- X : kondisi lain yang menjadi fokus perhatian klinis (kode Z)

Dalam diagnosis multiaksis tersebut terdiri dari 5 aksis, yaitu sebagai berikut.

1. Aksis 1 : sindroma klinis dan kondisi lain yang mungkin menjadi fokus perhatian klinis.
 - a. F00 – F09 : gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simtomatik).
 - b. F10 – F19 : gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.
 - c. F20 – F29 : skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham.
 - d. F30 – F39 : gangguan suasana perasaan (mood/afektif).
 - e. F40 – F48 : gangguan neurotik, gangguan somatoform dan gangguan terkait stres.

- f. F50 – F59 : sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik.
 - g. F62 – F68 : gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa.
 - h. F80 – F89 : gangguan perkembangan psikologis.
 - i. F90 – F98: gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja.
 - j. F99 : gangguan jiwa yang tidak tergolongkan.
2. Aksis II : gangguan kepribadian dan retardasi mental klinis
 - a. F.60 : gangguan kepribadian khas
 - b. F.61 : gangguan kepribadian campuran
 - c. F70-F79 : Retardasi mental
 3. Aksis III : kondisi medis umum
Penyakit infeksi dan parasit, neoplasma, serta penyakit susunan saraf
 4. Aksis IV : masalah psikososial dan lingkungan
Masalah perumahan, ekonomi, pekerjaan, pendidikan dan sosial
 5. Aksis V : penilaian fungsi secara global atau *Global Assesment of Function* (GAF)
Ketidakmampuan berat, bahaya mencederai diri serta ketidakmampuan dalam komunikasi dan daya nilai
Adapun *Global Assesment of Function* (GAF) adalah sebagai berikut :
 - 100 – 91 : tidak terdapat gejala, berfungsi optimal, tidak terdapat masalah yang tidak dapat diatasi
 - 90 – 81 : terdapat gejala minimal, berfungsi cukup baik, cukup puas, terdapat tidak lebih dari masalah harian yang biasa
 - 80 – 71 : gejala hanya sementara dan dapat diatasi, gangguan yang ringan dalam aktivitas sosial, pekerjaan, sekolah dan lain-lain
 - 70 – 61 : beberapa gejala ringan dan menetap, gangguan ringan dalam fungsi, secara umum masih baik
 - 60 – 51 : gejala sedang, gangguan sedang
 - 50 – 41 : gejala berat, gangguan berat
 - 40 – 31 : beberapa gangguan dalam hubungan dengan kenyataan (realitas) dan komunikasi, gangguan berat dalam beberapa fungsi
 - 30 – 21 : gangguan berat dalam komunikasi dan kemampuan penilaian, tidak mampu berfungsi hampir pada semua bidang
 - 20 – 19 : bahaya melukai diri sendiri dan atau orang lain, gangguan sangat berat dalam berkomunikasi dan mengurus diri sendiri
 - 10 – 1 : seperti diatas, tetapi persisten dan lebih serius
 - 0 : informasi tidak cukup

Catatan :

Antara Axis I, II dan III tidak selalu harus ada hubungan etiologis atau pathogenesis dan hubungan antara Axis I, II, III dan Axis V dapat timbal balik dan saling memengaruhi

Contoh :

Axis I : F32.2 Episode depresif berat tanpa gejala psikotik

F10.1 Penggunaan alkohol yang merugikan

Axis II : F60.7 Gangguan Kepribadian Dependen

Sering menggunakan mekanisme pembelaan penyangkalan (denial)

Axis III : Tidak ada

Axis IV : Ancaman kehilangan pekerjaan

Axis V : GAF (*Global Assesment of Function*) = 53 (mutakhir)

PENGGOLONGAN GANGGUAN JIWA SECARA UMUM

Gangguan jiwa secara umum dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut :

1. Psikotik
 - a. Organik : delirium, epilepsy, demensia
 - b. Non organik : skizofrenia (simplek, hebefrenik, katatonik, paranoid, latent, residual), waham, gangguan mood, psikosa (mania, depresi), gaduh gelisah, halusinasi
2. Non psikotik (neurotik)

Gangguan cemas, gangguan psikoseksual, gangguan kepribadian (paranoid, pasif-sgresif, schizoid), alkoholisme, dan menarik diri.

Latihan Soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Salah satu tujuan Pedoman Penggolongan dan Diagnosa Gangguan Jiwa (PPDGJ) adalah...
 - a. Klasifikasi
 - b. Kesamaan arti
 - c. Kesamaan konsep
 - d. Pedoman dokter
 - e. Memudahkan diagnosa
2. Kasus
 - A. Laki-laki berumur 14 tahun dengan diagnosa episode depresif berat tanpa gejala psikotik.
 - B. Saat dilakukan pengkajian pasien riwayat penggunaan alkohol yang merugikan (harmfull).
 - C. Pasien mengalami gangguan kepribadian dependen, sering menggunakan mekanisme defense menolak (denial).
 - D. Saat ini pasien menderita penyakit thypus.
 - E. Pasien merupakan korban penelantaran anak karena orang tuanya bercerai dan pasien tidak lulus ujian.
 - F. Pasien mengalami disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi.

Pada kasus tersebut AXIS I ditunjukkan pada...

 - a. A dan B
 - b. C dan D
 - c. D saja
 - d. E saja
 - e. E dan F

3. Dalam kasus nomor 2 AXIS II ditunjukkan pada...
- a. A
 - b. B
 - c. C
 - d. D
 - e. E dan F
4. Stressor psikologis yang dialami pasien pada kasus nomor 2 dimana pasien merupakan korban penelantaran anak karena orang tua bercerai dan tidak lulus ujian. Hal tersebut termasuk dalam AXIS....
- a. I
 - b. II
 - c. III
 - d. IV
 - e. V
5. Kasus nomor 2, pasien mengalami disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi. Hal tersebut termasuk dalam AXIS.....
- a. I
 - b. II
 - c. III
 - d. IV
 - e. V

BAB 6

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu mempelajari asuhan keperawatan jiwa.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

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

1. Memahami pengertian proses keperawatan jiwa.
2. Memahami pengkajian dalam keperawatan jiwa.
3. Menegakkan diagnosis keperawatan dalam keperawatan jiwa.
4. Menentukan rencana tindakan dalam keperawatan jiwa.
5. Menentukan tindakan keperawatan dalam keperawatan jiwa.
6. Melakukan evaluasi dalam keperawatan jiwa.

PENGERTIAN

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 meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal pada pasien.

Adapun manfaat proses keperawatan yaitu asuhan keperawatan yang diterima dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah sehingga terhindar dari malpraktik, partisipasi pasien meningkat dalam keperawatan mandiri.

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 kepekaan yang dalam saat melakukan asuhan keperawatan. Proses keperawatan jiwa dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Fortinash, 1995).

Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama 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 coping, dan kemampuan coping yang dimiliki pasien adalah aspek yang harus digali selama proses pengkajian.

Secara lebih terstruktur pengkajian kesehatan jiwa meliputi hal berikut.

1. Identitas pasien
2. Alasan masuk
3. Faktor presipitasi
4. Faktor predisposisi
5. Pemeriksaan fisik
6. Aspek psikososial
7. Status mental
8. Kebutuhan persiapan pulang
9. Mekanisme coping
10. Masalah psikososial dan lingkungan
11. Pengetahuan
12. Aspek medis

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

Diagnosis Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016), diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Jenis – jenis diagnosis keperawatan dapat diuraikan sebagai berikut (Carpenito, 2013; Potter & Perry, 2013)

1. Diagnosis aktual

Diagnosis yang menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

2. Diagnosis risiko

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukannya tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

3. Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E), dibuktikan dengan tanda (Sign) dan Gejala (Symptom) disingkat (S). Jika pada diagnosis tersebut sudah diberikan tindakan keperawatan, tetapi permasalahan (P) belum teratasi, maka perlu dirumuskan diagnosis baru sampai tindakan keperawatan tersebut dapat diberikan hingga masalah teratasi.

Rencana Tindakan

Rencana tindakan keperawatan terdiri dari standar luaran keperawatan dan standar intervensi keperawatan. Standar luaran keperawatan berfokus pada penyelesaian masalah (P). Standar intervensi berfokus pada intervensi keperawatan secara komprehensif yang meliputi intervensi pada berbagai level praktik (generalis dan spesialis), berbagai kategori (psikologis dan psikososial), berbagai upaya kesehatan (kuratif, preventif dan promotif), berbagai jenis klien (individu, keluarga, komunitas), jenis intervensi (mandiri dan kolaborasi) serta intervensi komplementer dan alternatif.

Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan yang akan diimplementasikan kepada pasien disesuaikan dengan rencana tindakan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan, perawat perlu melakukan validasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Jika tindakan keperawatan dirasa sesuai, maka 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 mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan.

Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien. Evaluasi ada dua macam, yaitu (1) evaluasi proses atau 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 menggunakan 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 ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

P : perencanaan atau 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 ada, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil belum memuaskan).
3. Rencana dan diagnosis keperawatan dibatalkan (jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada).
4. Rencana dan diagnosis selesai jika tujuan sudah tercapai dan perlu mempertahankan keadaan baru.

Format Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

I. IDENTITAS KLIEN

Nama	:	(L/P)	Tanggal Dirawat	:
Umur	:		Tanggal Pengkajian	:
Alamat	:		Ruang Rawat	:
Pendidikan	:			
Agama	:			
Status	:			
Pekerjaan	:			
No RM	:			

II. ALASAN MASUK

- a. Data Primer.....
.....
- b. Data Sekunder.....
.....

III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG dan FAKTOR PRESIPITASI

.....
.....

IV. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

- Ya
- Tidak

Jika Ya, Jelaskan:

.....
.....

2. Pengobatan sebelumnya

- Berhasil
- Kurang berhasil
- Tidak berhasil

Jelaskan:

.....

 3. a. Pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tumbuh kembang)

- Ya
- Tidak

b. Pernah ada riwayat NAPZA

- Narkotika
- Penyalahgunaan Psikotropika
- Zat aditif : kafein, nikotin, alkohol
- Dll

c. Riwayat Trauma

	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
1. Aniaya fisik
2. Aniaya seksual
3. Penolakan
4. Kekerasan dalam keluarga
5. Tindakan kriminal
6. Usaha Bunuh diri

Jelaskan:

.....

 4. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Masalah Keperawatan :

- Gangguan tumbuh kembang (D.0106)
- Berduka (D.0081)
- Sindrom paska trauma (D.0104)
- Risiko perilaku kekerasan (D.0146)
- Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)
- Lain-lain, jelaskan.....

V. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Anggota keluarga yang gangguan jiwa ?

- Ada
- Tidak

Kalau ada :

Hubungan keluarga :

Gejala :

Riwayat pengobatan :

Masalah Keperawatan:

- Ketidakmampuan coping keluarga (D.0093)
- Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)
- Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)
- Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)

- Resiko perilaku kekerasan (D.0146)
- Lain-lain, jelaskan

VI. PEMERIKSAAAN FISIK

1. Keadaan umum :

.....

2. Tanda vital:

- Tekanan Darah :mm/Hg
- Nadi :x/mnt
- Suhu : °C
- Respirasi :x/mnt

3. Ukuran : BBkg TB.....cm

4. Keluhan fisik:

- Ada keluhan
- Tidak ada keluhan

Jelaskan:

.....

Masalah Keperawatan :

- Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)
- Pola napas tidak efektif (D.0005)
- Berat badan lebih (D.0018)
- Defisit nutrisi (D.0019)
- Risiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)
- Risiko ketidakseimbangan elektrolit (D.0037)
- Gangguan eliminasi urin (D.0040)
- Konstipasi (D.0049)
- Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
- Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)
- Hipertermia (D.0130)
- Lain-lain, jelaskan.....

VII. PSIKOSOSIAL (Sebelum dan sesudah sakit)

1. Genogram:

Keterangan Gambar :

Jelaskan:

.....

Masalah Keperawatan :

- Ketidakmampuan coping keluarga (D.0093)
- Lain-lain, jelaskan.....

2. Konsep Diri

a. Citra tubuh :

.....
.....

b. Identitas :

.....
.....

c. Peran :

.....
.....

d. Ideal diri :

.....
.....

e. Harga diri :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- Gangguan citra tubuh (D.0083)
- Gangguan identitas diri (D.0084)
- Harga diri rendah kronis (D.0086)
- Harga diri rendah situasional (D.0087)
- Kesiapan peningkatan konsep diri (D.0089)
- Lain-lain, jelaskan.....

3. Hubungan sosial

a. Orang yang terdekat :

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:

.....

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:

.....

Masalah Keperawatan :

- Gangguan interaksi sosial (D.0118)
- Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
- Isolasi sosial (D.0121)
- Lain-lain, jelaskan.....

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan :

b. Kegiatan ibadah :

Masalah Keperawatan:

- Distress spiritual (D.0082)
- Lain-lain, jelaskan.....

VIII. STATUS MENTAL

1. Penampilan

- Tidak rapi

- Penggunaan pakaian tidak sesuai
- Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan:

.....

.....

Masalah Keperawatan:

- Defisit perawatan diri (D. 0109)
- Lain-lain, jelaskan.....

2. Pembicaraan

- Cepat
- Keras
- Gagap
- Apatis
- Lambat
- Membisu
- Tidak mampu memulai pembicaraan
- Lain-lain.....

Jelaskan:

.....

.....

Masalah Keperawatan:

- Gangguan interaksi sosial (D.0118)
- Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
- Lain-lain, jelaskan.....

3. Aktifitas motorik

Kelambatan :

- Hipokinesa, hipoaktifitas
- Katalepsi
- Substupor katatonik
- Fleksibilitas serea

Jelaskan:

.....

.....

Peningkatan :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hiperkinesa, hiperaktifitas | <input type="checkbox"/> Grimace |
| <input type="checkbox"/> Gagap | <input type="checkbox"/> Otomatisme |
| <input type="checkbox"/> Stereotipi | <input type="checkbox"/> Negativisme |
| <input type="checkbox"/> Gaduh Gelisah Katatonik | <input type="checkbox"/> Reaksi konversi |
| <input type="checkbox"/> Mannearisme | <input type="checkbox"/> Tremor |
| <input type="checkbox"/> Katapleksi | <input type="checkbox"/> Verbigerasi |
| <input type="checkbox"/> Tik | <input type="checkbox"/> Berjalankaku/rigid |
| <input type="checkbox"/> Ekhopraxia | <input type="checkbox"/> Kompulsif :sebutkan |
| <input type="checkbox"/> Commond automatism | |

Jelaskan:

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
- Intoleransi aktivitas (D.0056)
- Risiko cedera (D.0136)
- Lain-lain, jelaskan.....

4. Afek dan Emosi

a. Afek

- Adekuat
- Tumpul
- Dangkal/datar
- Inadekuat
- Labil
- Ambivalensi

Jelaskan:

.....
.....

b. Emosi

- Merasa kesepian
- Apatis
- Marah
- Anhedonia
- Eforia
- Depresi/sedih
- Cemas (Ringan, Sedang, Berat dan Panik)

Jelaskan:

.....
.....

Masalah Keperawatan

- Ansietas (D.0080)
- Ketidakberdayaan (D.0092)
- Gangguan interaksi sosial (D.0118)
- Kerusakan komunikasi verbal (D.0119)
- Isolasi sosial (D.0121)
- Risiko bunuh diri (D.0135)
- Risiko cedera (D.0136)
- Risiko mutilasi diri (D.0145)
- Risiko perilaku kekesarsan (D.0146)
- Lain-lain, jelaskan.....

5. Interaksi selama wawancara

- Bermusuhan

- Tidak kooperatif
- Mudah tersinggung
- Kontak mata kurang
- Defensif
- Curiga

Jelaskan:

.....

Masalah Keperawatan :

- Gangguan interaksi sosial (D.0118)
- Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
- Isolasi sosial (D.0121)
- Risiko bunuh diri (D.0135)
- Risiko cedera (D.0136)
- Risiko mutilasi diri (D.0145)
- Risiko perilaku kekesarsan (D.0146)
- Lain-lain, jelaskan.....

6. Persepsi – Sensorik

Halusinasi

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penciuman

Ilusi

- Ada
- Tidak ada

Depersonalisasi

- Ada
- Tidak ada

Derealisasi

- Ada
- Tidak ada

Jelaskan:

.....

Masalah Keperawatan :

- Gangguan persepsi sensori (D.0085)
- Lain-lain, jelaskan.....

7. Proses Pikir

a. Arus Pikir:

- Koheren
- Inkoheren
- Sirkumstansial
- Tangensial
- Asosiasi longgar

- Flight of idea
- Blocking
- Perseverasi
- Logorhea
- Asosiasi bunyi
- Neologisme
- Main dengan kata-kata
- Afasia

Jelaskan:

.....

b. Isi Pikir

- Obsesif
- Ekstasi
- Fantasi
- Pikiran bunuh diri
- Ideas of reference
- Pikiran magis
- Preokupasi
- Alienasi
- Pikiran rendah diri
- Pesimisme
- Pikiran curiga
- Pikiran isolasi sosial
- Fobia, sebutkan.....
- Waham:
 - Agama
 - Somatik
 - Kebesaran
 - Curiga
 - Nihilistik
 - Sisip pikir
 - Siar pikir
 - Kontrol pikir

Masalah Keperawatan:

- Gangguan memori (D.0062)
- Penyangkalan tidak efektif (D.0098)
- Perilaku kesehatan cenderung berisiko (D. 0099)
- Waham (D. 0105)
- Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
- Lain-lain, jelaskan.....

8. Kesadaran (kuantitas/kualitas)

a. Kesadaran kuantitas

- Compos mentis
- Apatis
- Somnolen
- Sopor

- Subkoma
- Koma
- b. Kesadaran kualitas
 - Tidak berubah
 - Berubah
 - Gangguan tidur
 - Meninggi
 - Hipnosa
 - Disosiasi
 - Disorientasi
 - Waktu
 - Tempat
 - Orang

Jelaskan:

.....

Masalah Keperawatan:

- Gangguan memori (D.0062)
- Risiko cedera (D.0136)
- Risiko jatuh (D.0143)
- Lain-lain, jelaskan

9. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang (> 1 bulan)
- Gangguan daya ingat jangka pendek (1 hari – 1 bulan)
- Gangguan daya ingat saat ini (< 24 jam)
- Amnesia
- Paramnesia:
 - De javu
 - Jamais vu
 - Konfabulasi
 - Fause reconnaissance
- Hiperamnesia

Jelaskan:

.....

Masalah Keperawatan :

- Gangguan memori (D.0062)
- Lain-lain, jelaskan.....

10. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi
- Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan:

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- Gangguan memori (D.0062)
- Isolasi sosial (D. 0121)
- Lain-lain, jelaskan

11. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan:

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- Gangguan memori (D.0062)
- Lain-lain, jelaskan.....

12. Daya tilik diri

- Mengingkari penyakit yang diderita
- Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan:

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- Gangguan memori (D.0062)
- Ketidapatuhan (D.0114)
- Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)
- Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)
- Lain-lain, jelaskan.....

IX. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

- Bantuan minimal
- Bantuan total

Jelaskan:

.....
.....

2. BAB/BAK

- Bantuan minimal
- Bantuan total

Jelaskan:

.....
.....

3. Mandi

- Bantuan minimal
- Bantuan total

Jelaskan:

.....
.....

- Gangguan eliminasi urin (D.0040)
- Konstipasi (D.0049)
- Gangguan pola tidur (D.0055)
- Defisit perawatan diri (D.0109)
- Ketidapatuhan (D.0114)
- Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)
- Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)
- Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)
- Lain-lain, jelaskan

X. MEKANISME KOPING

Adaptif	Maladaptif
<input type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain <input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah <input type="checkbox"/> Teknik relaksasi <input type="checkbox"/> Aktifitas konstruktif <input type="checkbox"/> Olah raga <input type="checkbox"/> Lain-lain.....	<input type="checkbox"/> Minum alkohol <input type="checkbox"/> Reaksi lambat/berlebihan <input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan <input type="checkbox"/> Menghindar <input type="checkbox"/> Menciderai diri <input type="checkbox"/> Lain-lain.....

Masalah Keperawatan :

- Kesiapan peningkatan koping keluarga (D.0090)
- Kesiapan peningkatan koping komunitas (D.0091)
- Ketidakmampuan koping keluarga (D.0093)
- Koping defensif (D.0094)
- Koping komunitas tidak efektif (D.0095)
- Koping tidak efektif (D.0096)
- Penurunan koping keluarga (D.0097)
- Penyangkalan tidak efektif (D.0098)
- Lain-lain, jelaskan

XI. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

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

Masalah Keperawatan :

- Keputusan (D.0088)
- Ketidakberdayaan (D.0092)
- Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)
- Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)
- Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)
- Penampilan peran tidak efektif (D.0125)

XII. PENGETAHUAN

Kurang pengetahuan tentang :

- Penyakit/gangguan jiwa
- Sistem pendukung
- Faktor presipitasi
- Mekanisme coping
- Penyakit fisik
- Obat-obatan
- Lainnya...

Jelaskan:

.....

Masalah Keperawatan:

- Defisit pengetahuan (D.0111)
- Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)
- Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)
- Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)

XIII. ASPEK MEDIS

Diagnosis medik : Axis 1 :

Axis 2 :

Axis 3 :

Axis 4 :

Axis 5 :

Terapi medik :

XIV. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1.
2.
3.
4.

XV. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1.
2.
3.
4.

Kediri,

Perawat yang mengkaji

ANALISA DATA

Nama Pasien :

Nomor CM :

Ruangan :

Diagnosis Medis :

No	Data	Masalah Keperawatan

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Nomor CM :

Ruangan :

Diagnosis Medis :

No	Diagnosis Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Nomor CM :

Ruangan :

Diagnosis Medis :

No	Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Paraf dan Nama

TINDAKAN DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Nomor CM :

Ruangan :

Diagnosis Medis :

Diagnosis Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan Nama

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

I. IDENTITAS KLIEN

Identitas klien meliputi : Nama (inisial), Umur (dalam tahun), Jenis Kelamin (L untuk laki-laki dan P untuk perempuan dengan mencoret salah satu), Alamat, Pendidikan, Agama, Status (belum menikah/menikah/janda/duda), Pekerjaan, Nomor Rekam Medik (CM), Tanggal di rawat, Tanggal Pengkajian dan Ruang rawat.

II. ALASAN MASUK

Tanyakan kepada klien/keluarga/pihak yang berkaitan :

1. Apa yang menyebabkan klien/keluarga datang ke rumah sakit?
2. Bagaimana gambaran gejala tersebut?
3. Apa yang sudah dilakukan oleh klien/keluarga sebelumnya atau dirumah untuk mengatasi masalah ini dan bagaimana hasilnya?

Tulis data primer dan data sekunder.

- a. Data primer : data yang diperoleh langsung berdasarkan keterangan klien/keluarga
- b. Data sekunder : data yang diperoleh dari catatan Rekam Medik pasien.

III. FAKTOR PRESIPITASI/RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Faktor Presipitasi adalah stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan dan memerlukan energi ekstra untuk mengatasinya (faktor yang memperberat/memperparah terjadinya gangguan jiwa).

Beberapa pertanyaan yang bisa diajukan :

1. Tanyakan apakah pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya
2. Riwayat timbulnya gejala gangguan jiwa saat ini
3. Tanyakan penyebab munculnya gejala tersebut
4. Apa saja yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini?
5. Apakah ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan
6. Bagaimana hasilnya?

IV. FAKTOR PREDISPOSISI/RIWAYAT PENYAKIT MASA LALU

Faktor Predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress (faktor pencetus /penyebab utama timbulnya gangguan jiwa).

Faktor predisposisi yang harus dikaji meliputi :

1. Tanyakan kepada klien/keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, bila ya beri tanda √ pada kotak ya dan bila tidak diberi tanda √ pada kotak tidak.
2. Apabila pada point 1 ya, maka tanyakan bagaimana hasil pengobatan/perawatan sebelumnya. Apabila dia dapat beradaptasi di masyarakat tanpa ada gejala-gejala gangguan jiwa maka beri tanda √ pada kotak berhasil. Apabila dia dapat beradaptasi tetapi masih ada gejala-gejala sisa, maka beri tanda √ pada kotak kurang berhasil. Apabila tidak ada kemajuan atau gejala-gejala tambahan atau meenetap maka beri tanda √ pada kotak tidak berhasil.
3. Tanyakan apakah klien pernah mengalami gangguan fisik/penyakit termasuk gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

4. Tanyakan kepada klien/keluarga apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa, jika ada beri tanda \surd pada kotak ya dan jika tidak beri tanda \surd pada kotak tidak. Apabila ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa, maka tanyakan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga terdekat. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

V. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ tubuh (dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi dan observasi hasil pengukuran) dapat digambarkan sebagai berikut :

1. Lakukan pengukuran tanda vital dan tuliskan hasilnya tentang:
 - a. Tekanan darah dalam mmHg
 - b. Nadi berapa kali dalam 1 (satu) menit
 - c. Pernafasan berapa kali dalam 1 (satu) menit,
 - d. Suhu badan dalam derajat celcius,
 - e. Berat badan dalam kg,
 - f. Tinggi badan dalam cm.
2. Tanyakan kepada klien/keluarga, apakah ada keluhan-keluhan fisik yang dirasakan oleh klien, bila ada beri tanda \surd di kotak ya dan bila tidak beri tanda \surd pada kotak tidak.
3. Lakukan pemeriksaan fisik lebih lanjut sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

VI. PSIKOSOSIAL

Pengkajian pada aspek psikososial dapat dilakukan pada genogram, konsep diri, hubungan sosial dan aspek spiritual yang akan diuraikan secara singkat di bawah ini.

1. Genogram

Penelusuran genetik yang menyebabkan / menurunkan gangguan jiwa merupakan hal yang sulit dilakukan hingga saat ini. Informasi terakhir tentang hal ini berdasarkan atas penyelidikan sifat keturunan melalui 3 jenis kajian yaitu:

- a. Kajian adaptasi yang membandingkan sifat antara anggota keluarga biologis/satu keturunan dengan keluarga adaptasi.
- b. Kajian kembar yang membandingkan sifat antara anggota keluarga yang kembar identik secara genetik dengan saudara kandung yang tidak kembar.
- c. Kajian keluarga yang membandingkan apakah suatu sifat banyak kesamaan antara keluarga tingkat pertama (seperti orang tua, saudara kandung) dengan keluarga yang lain.

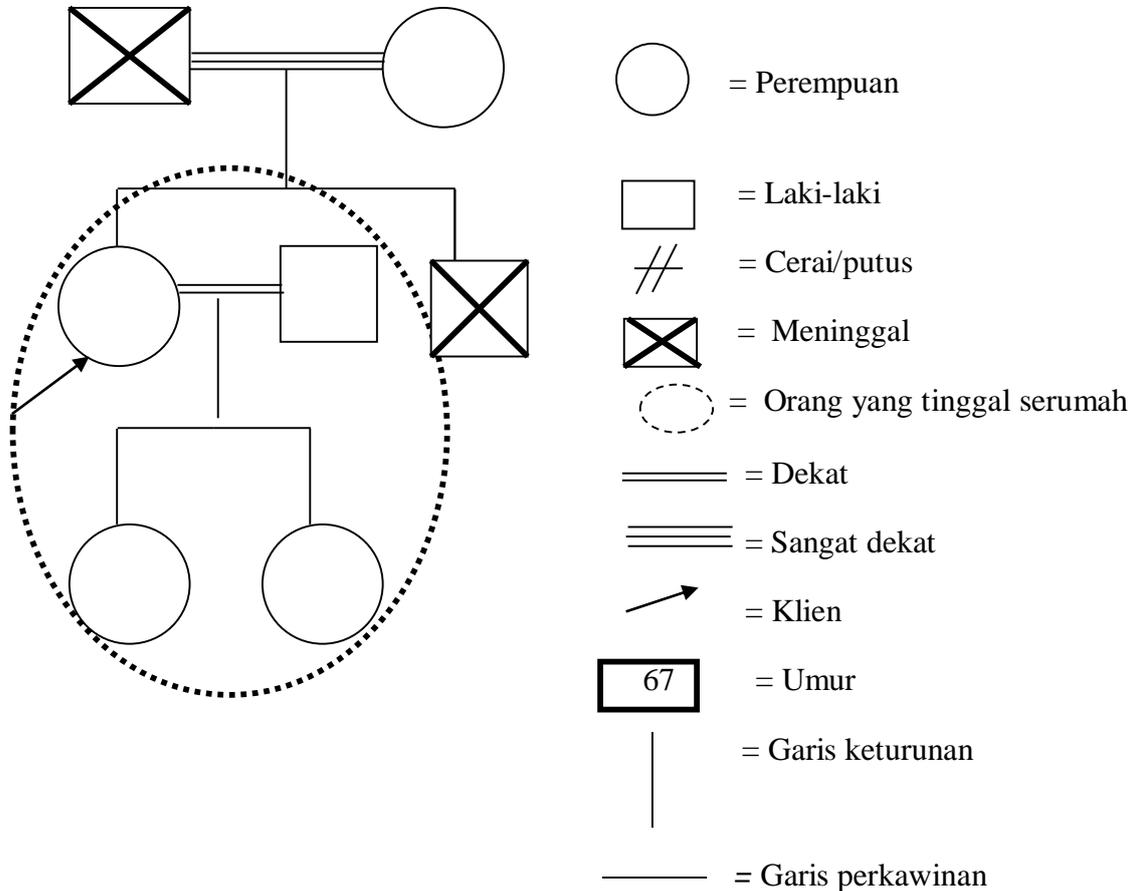
Oleh karena itu perlunya gambaran genogram keluarga (contoh genogram dibawah ini) dan bagaimana maknanya terhadap terjadinya gangguan jiwa pada klien dapat dilakukan sebagai berikut :

- a. Gambarkan genogram keluarga klien dengan 3 (tiga) generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan anggota keluarga. Adakah keluhan fisik, sakit fisik dan gangguan jiwa yang dialami anggota keluarganya, pernahkah dirawat.
- b. Jelaskan klien tinggal dengan siapa dan apa hubungannya. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh keluarga

terhadap klien dan anggota keluarga lainnya.
 Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut.

Gambar genogram :

Keterangan gambar genogram :



2. Konsep Diri

Konsep diri adalah semua jenis pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungan dengan orang lain. Konsep diri ada melalui pembelajaran (dipelajari) setelah lahir sebagai hasil pengalaman unik dalam dirinya, bersama orang terdekat dan dengan dunia nyata (realitas). Konsep diri terdiri atas:

a. Citra tubuh yaitu kumpulan sikap individu yang disadari terhadap tubuhnya termasuk persepsi masa lalu/sekarang, perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi dirinya.

Pengkajian : tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

b. Identitas diri yaitu pengorganisasian prinsip dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi dan keunikan individu.

Pengkajian : tanyakan kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok), tanyakan kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.

c. Peran yaitu serangkaian perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu diberbagai kelompok sosial.

4. Spiritual

Kesejahteraan spiritual adalah keberadaan individu yang mengalami penguatan kehidupan dalam hubungan dengan kekuasaan yang lebih tinggi sesuai nilai individu, komunitas dan lingkungan yang terpelihara (Carpenito, 1998) yang ditandai dengan karakteristik : rasa kesadaran, sumber-sumber yang sakral, kedamaian dalam diri individu, komitmen pada nilai-nilai tertinggi terhadap cinta, makna, harapan dan kebenaran (Carson, 1998).

Distress spiritual adalah gangguan keyakinan atau system nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau tuhan. (SDKI, 2016).

Adapun aspek spiritual dapat dikaji sebagai berikut :

- a. Nilai dan keyakinan : tanyakan pandangan dan keyakinan, terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianutnya. Tanyakan pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.
- b. Kegiatan ibadah : tanyakan kegiatan ibadah di rumah secara individu dan kelompok. Tanyakan pendapat klien/keluarga tentang kegiatan ibadah.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data

VII. STATUS MENTAL

Pengkajian pada aspek status mental dapat dilakukan pada penampilan, pembicaraan, aktivitas motorik, afek emosi, yang akan diuraikan secara singkat di bawah ini.

Beri tanda \surd pada kotak sesuai keadaan klien boleh lebih dari satu :

1. Penampilan

Data didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga dalam penampilan umum klien yang merupakan karakteristik fisik klien yaitu penampilan usia, cara berpakaian, kebersihan, sikap tubuh, cara berjalan, ekspresi wajah, kontak mata, dilatasi/konstriksi pupil, status gizi/kesehatan umum.

Pengkajian penampilan sebagai berikut :

- a. Bagaimana kerapihan dalam penampilan dari ujung rambut sampai ujung kaki, seperti rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti beberapa hari.
- b. Penggunaan pakaian yang tidak sesuai, seperti pakaian dalam dipakai diluar baju.
- c. Cara berpakaian tidak seperti biasanya terutama penggunaan pakaian yang tidak tepat sesuai waktu, tempat, identitas atau situasi kondisinya tidak sesuai.
- d. Bagaimana penampilan klien dalam hal makan, mandi, toileting dan pakaian sarana/prasarana (instrumentasi) yang berkaitan dengan penampilan dirinya.
- e. Jelaskan hal-hal lain yang ditampilkan dan kondisi lain yang berkaitan sebagai kesan umum (keadaan umum atau KU) saat pertama kali kontak/bertemu dengan klien yaitu keadaan klien (apakah ia berbaring, lemah, diinfus, rapi, kotor, diam, ngamuk, kooperatif), roman muka (saat itu apakah ia marah, curiga, benci, pandangan kosong, cemas, gembira), sikapnya (apakah sopan, seenaknya, tak mengacuhkan) dan tingkah lakunya (apakah mondar-mandir, bergerak terus, berjoget dll).

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

2. Pembicaraan

Pembicaraan dapat dikaji sebagai berikut : bagaimana pembicaraan yang didapatkan pada klien, apakah cepat, keras, gagap, inkoherensi, apatis, lambat, membisu, tidak mampu memulai pembicaraan, pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lainnya yang tidak berkaitan dan jelaskan hal-hal lain yang berkaitan (lebih terinci lihat pada gangguan proses pikir khususnya gangguan arus pikir).

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data

3. Aktifitas Motorik

Gangguan psikomotor dapat berupa kelambatan atau peningkatan aktivitas atau gangguan lainnya.

Data didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga

- a. Kelambatan aktivitas terjadi dimana secara umum gerakan dan reaksi motorik terhadap suatu rangsangan menjadi lambat, kelambatan aktivitas antara lain :
 - 1) Hipokinesa/hipoaktivitas yaitu gerakan atau aktivitas yang berkurang
 - 2) Substupor katatonik yaitu reaksi terhadap lingkungan sangat kurang, gerakan dan aktivitas sangat lambat.
 - 3) Katalepsi yaitu mempertahankan posisi badan secara kaku dan posisi tertentu.
 - 4) Fleksibilitas serea yaitu mempertahankan posisi badan yang dibuat orang lain.
- b. Peningkatan aktivitas terjadi dimana secara umum gerakan dan reaksi motorik terhadap rangsangan menjadi lebih cepat/meningkat, peningkatan aktivitas antara lain :
 - 1) Hiperkinesa/hiperaktivitas yaitu gerakan atau aktivitas yang berlebihan.
 - 2) Gaduh gelisah katatonik yaitu gerakan motorik yang meningkat, tidak bertujuan, tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar dan menunjukkan kegelisahan.
 - 3) Tik yaitu gerakan kecil involunter/tidak terkontrol, sekejap dan berkali-kali mengenai sekelompok otot atau bagian badan yang relatif kecil.
 - 4) Grimace yaitu gerakan otot muka/mimik yang aneh berubah-ubah, tidak dapat dikontrol klien sendiri dan berulang-ulang.
 - 5) Tremor yaitu jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan/merentangkan jari-jari tangannya.
 - 6) Stereotipi yaitu gerakan salah satu anggota badan yang berulang-ulang dan tidak bertujuan.
 - 7) Mannerisme/pelagakan yaitu gerakan atau lagak yang stereotipi, teatrikal dan dibuat-buat seperti pada suatu pertunjukan.
 - 8) Ekhopraxia yaitu meniru gerakan orang lain pada saat dilihatnya secara langsung.
 - 9) Echolalia yaitu mengulangi/meniru gerakan dari apa yang diucapkan oleh orang lain secara langsung.
 - 10) Otomatisme yaitu berbuat sesuatu secara otomatis sebagai pernyataan atau ekspresi simbolik daripada aktivitas yang tidak disadarinya.
 - 11) Otomatisme perintah (*command automatism*) yaitu menuruti sebuah perintah secara otomatis tanpa memikirkan terlebih dahulu.
 - 12) Negativisme yaitu menentang nasehat atau permintaan orang lain untuk beraktivitas atau melakukan aktifitas yang berlawanan.
 - 13) Katapleksi yaitu tonus otot menghilang mendadak untuk beraktivitas dan sejenak, diikuti atau tidak diikuti oleh penurunan kesadaran yang disebabkan

oleh keadaan emosi.

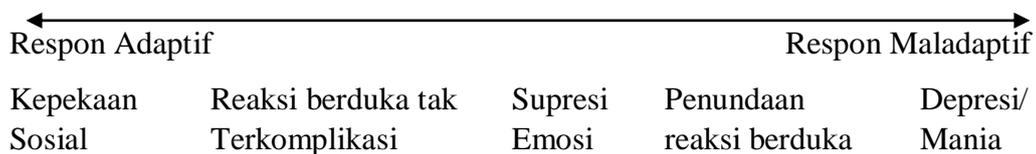
- 14) Verbigerasi yaitu berkali-kali mengucapkan sebuah kata yang sama.
- 15) Gagap yaitu berbicara terhenti-henti/tersendat-sendat karena adanya spasme otot-otot untuk berbicara seperti terlihat sangat ragu-ragu sampai eksplosif (terucap).
- 16) Bersikap aneh yaitu sengaja mengambil sikap/posisi badan yang aneh, tidak wajar atau cenderung bizar (berlebihan).
- 17) Berjalan kaku/rigid yaitu gerakan-gerakan lambat, kaku, tidak tegap dan terputus-putus.
- 18) Kompulsif yaitu kegiatan yang dilakukan berulang-ulang (pre-okupasi) seperti berulang kali mencuci tangan, muka atau mandi, karena adanya dorongan yang mendesaknya agar berbuat sesuatu yang bertentangan dengan keinginan sehari-hari, kebiasaan atau norma-norma yang berlaku.
- 19) Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

4. Afek dan Emosi

Afek adalah manifestasi emosi yang ditampilkan/diekspresikan keluar, disertai banyak komponen fisiologis dan berlangsung (waktunya) relatif lebih singkat/spontan seperti sedih, ketakutan, putus asa, kuatir atau gembira berlebihan. Sedangkan emosi adalah nada perasaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan yang menyertai suatu pikiran dan berlangsung relatif lama dan dengan sedikit komponen fisiologis/fisik, seperti kebanggaan, kekecewaan. Jelaskan afek yang terjadi pada klien seperti datar, tumpul, labil atau tidak sesuai. Biasanya istilah afek dan emosi dipakai secara bersama-sama atau bergantian.

Rentang respon emosional dapat digambarkan sebagai berikut :



Respon emosional dipengaruhi oleh dan berperan aktif dalam dunia internal dan eksternal seseorang, orang tersebut terbuka dan sadar akan perasaannya.

Reaksi berduka tak terkomplikasi, respon terhadap kehilangan dan tersirat bahwa ia menghadapi kehilangan yang nyata dalam proses berduka. Supresi emosi, sebagai penyangkalan (denial) terhadap perasaannya sendiri, pelepasan dari keterikatan emosi / penalaran terhadap semua aspek dunia afektif seseorang.

Penundaan reaksi berduka, ketidakadaan yang persisten respon emosional terhadap kehilangan, biasanya pada awal proses berduka dan menjadi nyata, penundaan/penolakan proses berduka ini kadang terjadi bertahun-tahun. Depresi/melankolia, kesedihan/duka berkepanjangan sebagai petunjuk fenomena suatu gejala/sindrom keadaan emosional, reaksi atau penyakit/gangguan, mania, ekspresi perasaan, berkepanjangan dan mudah tersinggung.

Sedangkan ansietas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti, tidak berdaya dan tidak memiliki objek yang nyata/spesifik. Rentang respon ansietas digambarkan sebagai berikut :



Ansietas ringan, berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang waspada, menambah lahan persepsinya, memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan/kreativitas.

Ansietas sedang, memusatkan perhatian pada hal-hal yang penting, mengesampingkan yang lain, perhatian selektif dalam melakukan hal-hal yang lebih terarah.

Ansietas berat, lahan persepsi berkurang cenderung memusatkan perhatian pada sesuatu sangat rinci/detil/spesifik, dan tidak dapat berpikir tentang hal lain.

Panik, berhubungan dengan terparangah, ketakutan, terror, hilang kendali, tidak mampu melakukan sesuatu, terjadi disorganisasi kepribadian, peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsinya menyimpang dan hilang pemikiran yang rasional.

Data pengkajian afek dan emosi di dapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga :

- a. Adekuat yaitu efek emosi yang sesuai dengan stimulasi yang ada.
- b. Inadekuat yaitu emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulasi yang ada.
- c. Depresi yaitu keadaan psikologis (dengan manifestasi rasa sedih, susah, rasa tak berguna, gagal, kehilangan, rasa berdosa, putus asa, penyesalan tak ada harapan) yang patologis dan diwujudkan dengan komponen fisiologisnya seperti anoreksia, konstipasi, kulit lembab/dingin, tensi dan nadi menurun. Selain itu juga ada penurunan semangat bekerja, bergaul dan nafsu seksualnya.
- d. Ketakutan yaitu afek emosi terhadap objek yang ditakuti sudah jelas.
- e. Khawatir, cemas, ansietas yaitu ketakutan pada sesuatu objek yang belum jelas atau keadaan tidak enak/tidak nyaman yang tidak jelas penyebabnya, disertai komponen psikologis seperti gugup, tegang, rasa tak aman, lekas terkejut dan komponen fisiologisnya dengan palpitasi, keringat dingin pada telapak tangan, tensi meninggi, peristaltik usus bertambah. Cemas mengganggu homeostasis dan fungsi tubuh/individu.
Cemas jenisnya antara lain:
 - 1) Kecemasan mengambang/*free floating anxietas* yaitu kecemasan yang menyerap dan tidak berhubungan dengan pemikiran.
 - 2) Agitasi yaitu kecemasan yang disertai kegelisahan motorik hebat.
 - 3) Panik yaitu kecemasan hebat dengan kegelisahan, kebingungan dan hiperaktivitas yang tidak terorganisasi.
- f. Anhedonia yaitu tidak timbul perasaan senang dengan aktivitas yang biasanya menyenangkan bagi dirinya.
- g. Euforia yaitu rasa senang, riang, gembira, bahagia, yang berlebihan yang tidak sesuai dengan keadaan. Elasa adalah bentuk euforia yang lebih hebat dan exaltasi atau extaci adalah suatu bentuk euforia yang sangat hebat.
- h. Kesepian adalah merasa dirinya ditinggalkan/dipisahkan dari atau oleh yang lainnya.

- i. Kedangkalan/tumpul/datar adalah kemiskinan afek/emosi secara umum atau kuantitas, tidak ada perubahan dalam roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan, hanya bereaksi bila ada stimulus yang lebih kuat. Hanya sedikit/tidak ada rasa gembira/sedih tentang sesuatu hal yang benar-benar menyedihkan/menggembirakan.
- j. Labil adalah emosi yang secara cepat berubah-ubah, tanpa suatu pengendalian yang baik.
- k. Tak wajar/tidak sesuai adalah emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada, keadaan tertentu secara kuantitatif atau dengan isi pembicaraan/pikirannya.
- l. Ambivalensi adalah afek/emosi yang berlawanan dan timbul secara bersamaan terhadap seseorang, objek atau kondisi tertentu.
- m. Apatis adalah berkurangnya afek/emosi terhadap sesuatu/semua hal yang disertai rasa terpeleceh dan tidak peduli dengan lingkungan sekitarnya.
- n. Amarah/kemurkaan adalah permusuhan yang bersifat agresif, tidak realistis, menghancurkan dirinya, orang lain, lingkungan yang sifatnya bukan untuk memecahkan suatu masalah yang dihadapinya.
- o. Jelaskan aktivitas yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

5. Interaksi selama wawancara

Data didapatkan melalui hasil wawancara dan observasi perawat/keluarga.

- a. Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung.
- 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/saat interaksi selama wawancara).
- e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

6. Persepsi Sensorik

Persepsi adalah daya mengenal barang, kualitas, hubungan, perbedaan sesuatu, hal tersebut melalui proses mengamati, mengetahui dan mengartikannya setelah panca indera mendapatkan rangsangan. Ada dua hal dalam masalah perseptual yaitu halusinasi dan ilusi.

Adapun pengkajian gangguan persepsi sensori sebagai berikut :

- a. Halusinasi adalah pencerapan tanpa adanya suatu rangsangan (objek) yang jelas dari luar diri klien terhadap panca indera pada saat klien dalam keadaan sadar atau bangun (kesan/pengalaman sensoris yang salah).
Jenis halusinasi antara lain:
 - 1) Halusinasi visual/optic/penglihatan : pengalaman sensori yang salah pada penglihatan, bisa berbentuk seperti, orang, binatang atau tidak berbentuk seperti sinar, kilat, bisa berwarna atau tidak berwarna.
 - 2) Halusinasi suara/auditif/akustic/pendengaran : pengalaman sensori yang salah terhadap suara, bisa berupa suara manusia, hewan, mesin, musik atau kejadian alam lainnya.

- 3) Halusinasi penciuman/olfactory : merasa mencium sesuatu bau yang khusus dimana orang lain tidak menciumnya.
 - 4) Halusinasi pengecapan/gastatorik : bisa mengecap/merasakan sesuatu padahal tidak sedang makan (rasa enak atau tidak).
 - 5) Halusinasi perabaan/taktil : bisa merasakan suatu perabaan, sentuhan, tiupan, disinari, dipanasi padahal tidak ada yang menyentuhnya.
 - 6) Halusinasi kinestetik/phantom limb yaitu anggota badannya bergerak dalam suatu ruangan, atau anggota badannya bisa merasakan sesuatu gerakan seperti pada klien amputasi.
 - 7) Halusinasi viseral : seperti ada rasa-rasa tertentu yang terjadi didalam/organ tubuhnya.
 - 8) Halusinasi histerik yaitu timbul pada neurosa histerik karena adanya konflik emosional.
 - 9) Halusinasi hipnagogik yaitu halusinasi yang terjadi ketika tidur.
 - 10) Halusinasi hipnopompik yaitu halusinasi yang terjadi setelah bangun tidur.
 - 11) Halusinasi perintah, isinya adalah menyuruh klien untuk melakukan sesuatu, seperti membunuh dirinya, mencabut tanaman dan lain-lain.
- b. Apakah ada ilusi ? kalau ada deskripsikan.
Ilusi adalah pencerapan yang sungguh-sungguh terjadi dengan adanya suatu rangsangan (objek) yang jelas/nyata dari luar diri klien pada panca indera pada saat klien dalam keadaan sadar atau bangun, karena adanya gangguan pada panca indera maka interpretasi/penilaiannya yang salah terhadap rangsangan/obyek tersebut. Contoh ilusi seperti bunyi angin didengarnya memanggil dirinya, daun pisang jatuh dilihatnya sebagai seorang penjahat yang menyelinap.
 - c. Apakah ada depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/terasing terhadap dirinya sendiri, arang lain atau lingkungan, dirinya sudah tidak seperti biasanya, bagian tubuhnya sudah bukan miliknya lagi atau sudah diluar dirinya (*out of body experience*).
 - d. Apakah ada derealisasi yaitu perasaan aneh pada lingkungan, tidak sesuai dengan kenyataan dan semuanya sebagai suatu mimpi.
 - e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

7. Proses Pikir

Proses pikir adalah meliputi proses pertimbangan (*judgement*), pemahaman (*komprehension*), ingatan dan penalaran (*reasoning*). Proses berpikir normal mengandung arus idea, simbol, asosiasi terarah, bertujuan yang dibangkitkan oleh masalah, tugas serta mengantarkan penyelesaian masalah yang berorientasi kenyataan. Proses pikir merujuk pada "bagaimana" ekspresi diri klien. Sedangkan isi pikir mengacu anti spesifik yang diekspresikan dalam komunikasi klien, merujuk pada apa yang dipikirkan klien.

Data pengkajian arus pikir di peroleh dari observasi :

- a. Koheren yaitu kalimat atau pembicaraan dapat difahami dengan baik
- b. Inkoheren yaitu pembicaraan dimana satu kalimat sulit dipahami maksudnya, isi pembicaraan tidak ada hubungannya dengan stimulus/pertanyaan atau hal-hal yang sedang dibicarakan
- c. Sirkumtansial yaitu pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan/maksud

- yang dibicarakan.
- d. Tangensial yaitu pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan/maksud yang dibicarakan.
 - e. Asosiasi longgar (asosiasi bebas/kehilangan asosiasi) yaitu pembicaraan yang dikatakannya tidak ada hubungan antar satu kalimat dengan kalimat lainnya dan klien tidak menyadarinya. Kurangnya hubungan yang logis antara pikiran dan ide sehingga tak jelas maknanya, mengambang dan tidak terfokus.
 - f. Flight of idea yaitu pembicaraan yang mendadak loncat dari satu topik ke topik lainnya, tidak ada hubungan yang runtut/logis dan tidak sampai pada tujuan secara jelas (perubahan ide secara cepat).
 - g. Blocking yaitu pembicaraan yang terhenti secara tiba-tiba tanpa adanya gangguan secara eksternal, kemudian beberapa saat dilanjutkan kembali pada pembicaraan semula atau pembicaraan selanjutnya.
 - h. Perseverasi yaitu pembicaraan yang berulang-ulang pada suatu ide, pikiran dan tema secara berlebihan.
 - i. Logorhoe yaitu banyak bicara yang bertubi-tubi tanpa adanya kontrol yang jelas bisa koheren atau inkoheren.
 - j. Asosiasi bunyi yaitu mengucapkan perkataan yang mempunyai persamaan bunyi.
 - k. Neologisme yaitu membentuk kata-kata/symbol/tanda/kode baru yang tidak dimengerti secara umum, kadang-kadang dirinya juga tidak mengerti apa yang dimaksud.
 - l. Main dengan kata-kata yaitu membuat sajak/puisi/pantun/cerita yang tidak wajar.
 - m. Afasia yaitu gangguan kemampuan berbahasa, yaitu tidak bisa mengungkapkan apa yang diinginkan/gangguan bicara, memahami sesuatu, membaca, menulis dan berhitung.
 - n. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara

Data pengkajian isi pikir di peroleh dari observasi :

- a. Obsesi yaitu isi pikiran yang telah muncul/kokoh/peristen, walaupun klien berusaha menghilangkannya, tidak dikehendaki, tidak diketahui dan tidak wajar.
- b. Ekstasi yaitu kegembiraan yang luar biasa dan timbulnya secara mengambang.
- c. Fantasi yaitu isi pikiran tentang keadaan/kejadian yang diharapkan/diinginkan sebagai hal-hal yang tidak nyata sebagai pelarian terhadap keinginan yang tidak dapat dipenuhinya.
- d. Pikiran bunuh diri adalah yaitu isi pikiran yang dimulai dengan memikirkan usaha bunuh diri sampai terus-menerus berusaha untuk dapat bunuh diri.
- e. Ideas of reference yaitu isi pikiran yang dimanifestasikan dengan keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan sekitarnya, pembicaraan orang lain, benda-benda atau sesuatu kejadian yang dihubungkan-hubungkan/terkait dengan dirinya.
- f. Pikiran magis yaitu isi pikiran yang terwujud dengan keyakinan klien tentang dirinya yang mampu melakukan hal-hal yang mustahil diluar kemampuannya. Seperti : saya bisa terbang kelangit tujuh, bisa mengangkat beras 3 ton.
- g. Preokupasi yaitu isi pikiran yang terpaku pada sebuah ide saja.
- h. Alienasi yaitu pikiran / rasa dirinya sudah menjadi lain, berbeda, asing.
- i. Pikiran rendah diri yaitu pikiran yang merendahkan, menyalahkan, menghinakan dirinya sendiri terhadap hal-hal yang pernah dilakukan atau pun yang belum pernah dilakukannya.
- j. Pesimisme yaitu berpandangan bahwa masa depan dirinya yang suram tentang banyak hal didalam kehidupannya
- k. Pikiran curiga yaitu pikiran yang berupa tidak percaya / curiga pada orang lain.

- l. Pikiran isolasi sosial yaitu isi pikiran yang berupa rasa terisolasi, tersekat, terkucil, terpencil dari lingkungan sekitarnya/masyarakat, merasa di tolak, tidak disukai orang lain, dan tidak enak berkumpul dengan orang lain sehingga sering menyendiri.
- m. Phobia yaitu ketakutan yang patologis/tidak rasional terhadap suatu obyek situasi/benda tertentu. Adapun jenis phobia sebagai berikut :
 - 1) Aqrofobi yaitu takut terhadap ruang yang luas.
 - 2) Ailurofobi yaitu takut terhadap kucing.
 - 3) Akrofobi yaitu takut terhadap tempat yang tinggi.
 - 4) Algofobi yaitu takut terhadap perasaan nyeri/sakit
 - 5) Astrofobi yaitu takut terhadap badai/guntur/kilat.
 - 6) Bakteriofobi yaitu takut terhadap kuman/bakteri
 - 7) Eritrofobi yaitu takut terhadap muka/wajahnya menjadi merah
 - 8) Hematofobi yaitu takut terhadap darah
 - 9) Kankerofobi yaitu takut terhadap sakit/penyakit kanker.
 - 10) Kloustrofobi yaitu takut terhadap ruang yang tertutup.
 - 11) Misofobi yaitu takut terhadap kotoran/kuman.
 - 12) Monofobi yaitu takut terhadap keadaan sendiri/bila sendirian.
 - 13) Nightofobi yaitu takut terhadap keadaan gelap/suasana gelapnya malam.
 - 14) Okholofobi yaitu takut terhadap keadaan yang ramai/banyak orang
 - 15) Partofobi yaitu takut terhadap segala sesuatu.
 - 16) Patofobi yaitu takut terhadap suatu penyakit.
 - 17) Pirofobi yaitu takut terhadap api.
 - 18) Xitilofobi yaitu takut terhadap penyakit sifilis.
 - 19) Xenofobi yaitu takut terhadap orang asing/orang yang belum dikenalnya.
 - 20) Zoofobi yaitu takut terhadap binatang.
- n. Waham yaitu keyakinan tentang suatu pikiran yang kuat, tidak sesuai dengan kenyataan, tidak cocok dengan intelegensia dan latar belakang budaya, selalu dikemukakan secara berulang-ulang dan berlebihan, biarpun telah dibuktikan kemustahilannya/kesalahannya atau tidak benar secara umum.
 Jenis waham adalah sebagai berikut :
 - 1) Agama yaitu keyakinan klien yang bertema tentang agama/kepercayaan yang berlebihan.
 - 2) Somatik yaitu keyakinan klien terhadap tubuhnya ada sesuatu yang tidak beres, seperti ususnya busuk, otaknya mencair, perutnya ada kuda.
 - 3) Kebesaran yaitu keyakinan klien terhadap suatu kemampuan, kekuatan, pendidikan, kekayaan atau kekuasaan secara luar biasa, seperti " Saya ini ratu adil, nabi, superman dll ".
 - 4) Curiga yaitu keyakinan klien terhadap seseorang/kelompok secara berlebihan yang berusaha merugikan, mencederai, mengganggu, mengancam, memata-matai dan membicarakan kejelekan dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - 5) Nihilistik yaitu keyakinan klien terhadap dirinya/orang lain sudah meninggal/dunia sudah hancur dan sesuatunya tidak ada apa-apanya lagi.
 Waham bizar, terdiri dari :
 - 1) Sisip pikir yaitu keyakinan klien terhadap suatu pikiran orang lain yang disisipkan kedalam pikiran dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - 2) Siar pikir yaitu keyakinan klien 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 yaitu keyakinan klien bahwa pikiran, emosi dan perbuatannya selalu dikontrol/dipengaruhi oleh kekuatan diluar dirinya.

Data pengkajian bentuk pikir di peroleh dari observasi :

- 1) Realistik yaitu cara berpikir sesuai kenyataan/realita yang ada.
- 2) Non realistik yaitu bentuk pemikiran yang sama sekali tidak logis/tidak masuk akal, sama sekali tidak berdasarkan kenyataan.
- 3) Rasional
- 4) Irrasional
- 5) Dereistik yaitu bentuk pemikiran tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum (tak ada sangkut pautnya antara proses mental individu dan pengalaman yang sedang terjadi).
- 6) Otistik yaitu bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya. Hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasi yang cenderung menyenangkan dirinya.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

8. Tingkat Kesadaran

Tingkat Kesadaran adalah kemampuan individu melakukan hubungan dengan lingkungan dan dirinya (melalui pancaindera), mengadakan pembatasan terhadap lingkungan/dirinya (melalui perhatian), kesadaran yang baik biasanya dimanifestasikan dengan orientasi yang baik dalam hal waktu, tempat, orang dan lingkungan sekitarnya.

Jelaskan apakah klien mengalami gangguan kesadaran secara kuantitas (kesadaran meninggi atau menurun) atau secara kualitas (kesadaran berubah). Kesadaran secara fisiologis yang biasanya menurun dari kesadaran penuh / compos mentis, apatis, bingung, sedasi, stupor atau sampai koma. Bagaimana kesadaran menurut ilmu jiwa dan bagaimana orientasi klien terhadap waktu, orang dan tempat/ lingkungan sekitarnya.

Kuantitas/kesadaran menurun ini dapat digambarkan sebagai berikut:

- a. Composmentis : sadarkan diri
- b. Apatis : tidak mengacuhkan terhadap rangsangan/lingkungan sekitarnya, mulai mengantuk.
- c. Somnolensia : jelas sudah mengantuk, diperlukan rangsang yang kuat lagi untuk menarik perhatian
- d. Sopor : ingatan, orientasi, pertimbangan hilang, hanya berespon terhadap rangsangan yang keras atau cubitan.
- e. Subkoma : tidak ada lagi reaksi terhadap rangsangan yang keras, terjadi gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang berulang dan tidak mengerti semua apa yang terjadi dilingkungannya.
- f. Koma : tidur yang sangat dalam, beberapa reflek hilang seperti pupil, cahaya, muntah dan dapat timbul refleks yang patologis.

Kualitas/kesadaran berubah

- a. Tidak berubah yaitu mampu mengadakan hubungan dan pembatasan dengan lingkungannya dan dirinya (sesuai dengan kenyataan)
- b. Berubah yaitu tidak mampu mengadakan hubungan dan pembatasan dengan lingkungannya dan dirinya pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan.
- c. Gangguan tidur dapat berupa insomnia, somnambulisme, mimpi buruk (nightmare) dan narkolepsi

- d. Meninggi yaitu keadaan dengan respons yang meninggi terhadap rangsang seperti suara terasa lebih keras, warna terlihat lebih terang dan lain-lain
- e. Hipnosa yaitu kesadaran menurun/menyempit yang sengaja dibuat oleh dirinya atau orang lain melalui sugesti, mirip tidur dan terjadi amnesia (lupa) selama dihipnosa dan hanya menerima rangsangan dari sumber tertentu yang menghipnotisnya.
- f. Disosiasi yaitu kesadaran yang berkabut atau menyempit, dimana sebagian perilaku atau kejadian memisahkan dirinya secara psikologis dari kesadaran dan terjadi amnesia sesudahnya. Contoh : trans, senjakala histerik/historical twilight state, fugue, serangan histeri.
- g. Disorientasi yaitu gangguan orientasi akibat gangguan kesadaran dan dapat menyangkut Waktu (tidak tahu tentang jam, hari, pekan, bulan, musim, tahun), tempat (tidak tahu dimana ia berada), orang, (tidak tahu tentang dirinya, orang lain, identitasnya, salah menafsirkan identitas orang lain) dan lingkungan/keadaan sekitarnya dimana klien berada saat ini.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

9. Memori (Daya Ingat)

Bagaimana daya ingat klien atau kemampuan mengingat hal-hal yang telah terjadi (jangka panjang/pendek/sesaat) dan apakah ada gangguan pada daya ingat. Gangguan ini dapat terjadi pada salah satu diantara komponen daya ingat yaitu pencatatan/registrasi, penahanan/retensi atau memanggil kembali/recall sesuatu yang terjadi sebelumnya.

Data yang harus dikaji sebagai berikut:

- a. Gangguan daya ingat jangka panjang (memori masa lalu, mengingat kejadian, informasi dan orang dari masa lalu yang lebih dari 1 (satu) bulan, seperti waktu kecil, tempat dilahirkan/sekolah/tanggal lulus sekolah dll.
- b. Gangguan daya ingat jangka pendek (memori yang baru, dari waktu dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam 1 (satu) minggu terakhir sampai 24 jam terakhir).
- c. Gangguan daya ingat saat ini (memori yang sangat baru, tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi, seperti menghitung mundur sederhana).
- d. Amnesia yaitu ketidakmampuan mengingat kembali pengalaman yang telah terjadi baik sebagian atau seluruh/total kejadian. Hal ini dapat terjadi akibat adanya trauma kepala, gangguan emosi/amnesia histerik, sesudah hipnosa dan trans. *Amnesia Retrograd* yaitu hilangnya daya ingat terhadap pengalaman sebelum kejadian sampai kejadian. *Amnesia anterograd* yaitu hilangnya daya ingat terhadap pengalaman setelah terjadinya suatu peristiwa.
- e. Paramnesia yaitu ingatan yang keliru karena distorsi/gangguan pada proses pemanggilan kembali/recall. Contohnya :
 - 1) De jure yaitu merasa ingat bahwa ia sudah/pernah melihat sesuatu, namun kenyataannya belum pernah sama sekali.
 - 2) *Jamais vu* yaitu merasa ingat bahwa ia tidak/belum pernah melihat sesuatu, namun kenyataannya pernah melihatnya.
 - 3) Konfabulasi yaitu ingatan yang keliru dan dimanifestasikan dengan pembicaraan yang tidak sesuai kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.
 - 4) *Fausse reconnaissance* yaitu merasa pasti benar tentang pengenalannya, namun kenyataannya tidak benar sama sekali.
- f. Hiperamnesia yaitu adanya penahanan/retensi dalam ingatan dan pemanggilan kembali/recall terhadap sesuatu yang berlebihan.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

10. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Konsentrasi adalah kemampuan klien untuk memperhatikan selama wawancara/kontrak. Kalkulasi adalah kemampuan klien untuk mengerjakan hitungan baik sederhana maupun yang kompleks. Bagaimana klien berkonsentrasi dan kemampuan dalam berhitung, apakah normal atau ada gangguan seperti mudah beralih, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu berhitung sederhana atau lainnya

Data gangguan konsentrasi dan berhitung diperoleh melalui wawancara.

- a. Mudah beralih : perhatian/konsentrasi klien mudah berganti dari satu objek ke objek lainnya.
- b. Tidak mampu berkonsentrasi : klien selalu meminta agar pertanyaan sebelumnya diulang, tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja dibicarakan oleh dirinya atau orang lain.
- c. Tidak mampu berhitung sederhana yaitu tidak dapat melakukan penambahan/pengurangan angka-angka atau benda-benda yang nyata, sederhana, banyak, rumit atau kompleks.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

11. Kemampuan Penilaian

Data gangguan kemampuan penilaian dapat diperoleh melalui wawancara sebagai berikut:

- a. Gangguan ringan : dapat mengambil keputusan secara sederhana dengan bantuan orang lain. Contohnya : berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, klien dapat mengambil keputusan.
- b. Gangguan bermakna : tidak mampu mengambil suatu keputusan meskipun secara sederhana dan mendapatkan bantuan orang lain. Contohnya : berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, klien tidak mampu mengambil keputusan.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

12. Daya Tilik Diri

Daya tilik diri merujuk pada pemahaman klien tentang sifat suatu penyakit/gangguan. Penghayatan ini biasanya mengalami gangguan pada kelainan mental organik, psikosis dan retardasi mental. Bagaimana klien menilai/memandang dirinya secara keseluruhan terhadap dirinya dan lingkungan sekitarnya. Apakah normal atau ada gangguan seperti mengingkari penyakit yang diderita atau menyalahkan hal-hal diluar dirinya. Hal ini dapat dilihat dan disesuaikan dengan konsep dirinya dan tingkat kesadaran yang terjadi saat ini.

Data gangguan daya tilik diri diperoleh melalui wawancara, sebagai berikut :

- a. Mengingkari penyakit yang diderita : dimana klien tidak menyadari gejala gangguan jiwa/penyakitnya, perubahan fisik, emosi dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan dari siapapun.
- b. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya : klien cenderung menyalahkan orang

lain/lingkungan dan ia merasa orang lain/lingkungan diluar dirinya yang menyebabkan ia seperti ini/kondisinya saat ini.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

VIII. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

Khusus data-data ini harus dikaji untuk mengetahui masalah yang mungkin akan terjadi/akan dihadapi klien, keluarganya atau masyarakat sekitarnya pada saat klien pulang atau setelah klien pulang dari rumah sakit dan klien berada dirumahnya, ditengah keluarga/masyarakat. Data ini bermanfaat agar dapat sesegera mungkin dapat dibuatkan suatu rencana keperawatan/implementasi keperawatan saat ini atau pada saat klien menjelang pulang. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, data dari keluarga atau sumber lainnya yang mendukung. Tuliskan data secara singkat dan jelas atau berikan tanda \surd pada kotak sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.

1. Makan.
 - a. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka/pantangan) dan cara makan.
 - b. Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.
2. BAB/BAK.
 - a. Observasi kemampuan klien 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, cukur (kumis, jenggot dan rambut).
 - b. Observasi kebersihan tubuh dan bau badan.
4. Berpakaian
 - a. Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih serta mengenakan pakaian dan alas kaki
 - b. Observasi penampilan dan dandanan klien
 - c. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian
 - d. Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien : mengambil, memilih dan mengenakan pakaian.
5. Istirahat dan tidur
Observasi dan tanyakan :
 - a. Lama dan waktu tidur siang/malam
 - b. Persiapan sebelum tidur seperti : menyikat gigi, cuci kaki, dan berdo'a.
 - c. Aktivitas sesudah tidur seperti : merapikan tempat tidur, mandi/cuci muka, dan menyikat gigi.
6. Penggunaan obat
Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang :
 - a. Penggunaan obat : frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian.
 - b. Reaksi obat
7. Pemulihan kesehatan
Tanyakan kepada klien dan keluarga tentang :
 - a. Apa, bagaimana klien dan keluarga perawatan lanjut pemberian.
 - b. Siapa saja system pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi, dan

- lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.
8. Aktivitas di dalam rumah.
Tanyakan kemampuan klien dalam :
 - a. Merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan.
 - b. Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel)
 - c. Mencuci pakaian sendiri.
 - d. Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.
 - e. Aktivitas di luar rumah.
Tanyakan kepada klien :
 - 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/bank)

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

IX. MEKANISME KOPING

Mekanisme koping adalah suatu pola untuk menahan ketegangan yang mengancam dirinya (pertahanan diri/maladaptif) atau untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi (mekanisme koping/adaptif). Adanya masalah-masalah yang mengancam pribadi dan kehidupan akan memunculkan reaksi adaptif atau maladaptif, dimana masalah tersebut akan memunculkan kecemasan pada individu. Data didapat melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Beri tanda \checkmark pada kotak koping yang dimiliki klien, baik adaptif maupun maladaptif.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan psikososial dan lingkungan sekitarnya, bila mempunyai sebutkan/jelaskan secara spesifik dan singkat, seperti masalah dengan dukungan kelompok berhubungan dengan lingkungan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, pelayanan kesehatan atau masalah spesifik lainnya. Dan bagaimana pengaruhnya terhadap kehidupan klien.

Masalah yang berkaitan dengan psikososial dan lingkungan dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Masalah berhubungan dengan dukungan sosial, seperti kematian anggota keluarga, kesehatan anggota keluarga, gangguan dalam keluarga (perpisahan, perceraian, pengasingan, pindah rumah, orang tua menikah lagi, penganiayaan fisik/seksual, menelantarkan anak, disiplin tidak adekuat, perselisihan saudara, kelahiran saudara).
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan sosial, seperti kematian/kehilangan sahabat, dukungan sosial tidak adekuat, hidup sendiri, kesukaran berbaur/beradaptasi/berakulturasi, penyesuaian terhadap siklus hidup (pensiun)
3. Masalah berhubungan dengan pendidikan, seperti buta aksara, masalah akademik, perselisihan dengan guru/teman, lingkungan sekolah tidak adekuat
4. Masalah berhubungan dengan pekerjaan, seperti menganggur, ancaman kehilangan pekerjaan/PHK, jadwal kerja yang tidak sesuai, kesulitan kondisi pekerjaan, tidak puas bekerja, perubahan pekerjaan, perselisihan dengan atasan/teman kerja.
5. Masalah berhubungan dengan perumahan, seperti gelandangan, rumah tidak adekuat,

- lingkungan tidak aman, perselisihan dengan tetangga/pemilik rumah
6. Masalah berhubungan dengan ekonomi, seperti sangat miskin, finansial tidak adekuat, dukungan kesejahteraan tidak adekuat.
 7. Masalah berhubungan dengan pelayanan kesehatan, seperti pelayanan kesehatan tidak adekuat, transportasinya jauh, tidak mempunyai jaminan/asuransi kesehatan.
 8. Masalah berhubungan dengan sistem hukum/kriminal, seperti dipenjara, ditahan, proses pengadilan, korban kekerasan/kriminal.
- Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

XI. PENGETAHUAN

Bagaimana pengetahuan klien/keluarga saat ini tentang penyakit/gangguan jiwa. Sistem pendukung, faktor yang memperberat masalah (presipitasi), mekanisme koping, penyakit fisik, obat-obatan atau lainnya. Apakah perlu diberikan tambahan pengetahuan yang berkaitan dengan spesifiknya masalah tersebut.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

XII. ASPEK MEDIS

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

XIII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

Tuliskan semua masalah disertai data pendukung yaitu subjektif dan data objektif.

XIV. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Rumuskan diagnosis keperawatan.
2. Urutkan diagnosis sesuai dengan prioritas.
3. Pada akhir pengkajian tulis tempat dan tanggal pengkajian serta tanda tangan dan nama jelas.

Latihan soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman untuk mengatasinya disebut....

a. Alasan masuk	d. Faktor Predisposisi
b. Faktor penyakit	e. Faktor psikososial
c. Faktor presipitasi	

2. Riwayat trauma termasuk dalam pengkajian....

a. Identitas klien	d. Faktor predisposisi
b. Alasan masuk	e. Riwayat penyakit keluarga
c. Faktor presipitasi	

3. Gangguan konsep diri yang merupakan respon adaptif adalah
- a. Aktualisasi diri
 - b. Depersonalisasi
 - c. Kekacauan identitas
 - d. Harga diri rendah; kronis
 - e. Harga diri rendah; situasional

4. Data:

- 1. Wajah tegang
- 2. Pandangan tajam.
- 3. Bicara kasar.
- 4. Mengungkapkan ancaman.

Dari data tersebut, yang merupakan data objektif adalah:

- a. 1, 2 dan 3
 - b. 1 dan 3
 - c. 2 dan 4
 - d. 4
 - e. Semua benar.
5. Gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih dan berduka yang berlebih dan berkepanjangan adalah
- a. Supresi
 - b. Mania
 - c. Depresi
 - d. Denial
 - e. Kehilangan

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

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

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

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

1. Menjelaskan pengertian harga diri rendah.
2. Menjelaskan penyebab harga diri rendah.
3. Menjelaskan kondisi klinis terkait harga diri rendah.
4. Menjelaskan proses keperawatan harga diri rendah.

PENGERTIAN

Harga diri adalah penilaian tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri. (Keliat B.A, 2002)

Harga diri rendah adalah evaluasi diri dan perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif, dapat secara langsung atau tidak langsung di ekspresikan.

Harga diri rendah adalah menolak dirinya sebagai sesuatu yang berharga dan tidak dapat bertanggungjawab pada kehidupannya sendiri. (Stuart dan Sundeen, 2005)

Gangguan harga diri atau harga diri rendah dapat terjadi secara : (SDKI, 2016)

1. *Kronis*, adalah evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus
2. *Situasional*, adalah evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini.

PENYEBAB

1. Harga diri rendah kronis
 - a. Terpapar situasi traumatis
 - b. Kegagalan berulang
 - c. Kurangnya pengakuan dari orang lain
 - d. Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan
 - e. Gangguan psikiatri
 - f. Penguatan negatif berulang
 - g. Ketidaksesuaian budaya
2. Harga diri rendah situasional
 - a. Perubahan pada citra tubuh
 - b. Perubahan peran sosial
 - c. Ketidakadekuatan pemahaman
 - d. Perilaku tidak konsisten dengan nilai
 - e. Kegagalan hidup berulang
 - f. Riwayat kehilangan
 - g. Riwayat penolakan

- h. Transisi perkembangan

KONDISI KLINIS TERKAIT

1. Harga diri rendah kronis
 - a. Cedera traumatis
 - b. Pembedahan
 - c. Skizofrenia
 - d. Depresi berat
 - e. Bipolar
 - f. Demensia
 - g. Penyalahgunaan zat
 - h. Penyakit kronis
 - i. Gangguan jiwa lain
 - j. Pengalaman tidak menyenangkan
2. Harga diri rendah situasional
 - a. Cedera traumatis
 - b. Pembedahan
 - c. Kehamilan
 - d. Stroke
 - e. Penyalahgunaan obat
 - f. Demensia
 - g. Pengalaman tidak menyenangkan

PROSES KEPERAWATAN

Pengkajian

Menurut SDKI 2016, gejala dan tanda mayor-minor harga diri rendah antara lain :

1. Harga diri rendah kronis
 - Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif:
 - a. Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)
 - b. Merasa malu/bersalah
 - c. Merasa tidak mampu melakukan apapun
 - d. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah
 - e. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif
 - f. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri
 - g. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri
 - h. Sering kali mencari penegasan
 - Objektif :
 - a. Enggan mencoba hal baru
 - b. Berjalan menunduk
 - c. Postur tubuh menunduk
 - Gejala dan tanda minor
 - Subjektif :
 - a. Merasa sulit konsentrasi
 - b. Sulit tidur
 - c. Mengungkapkan keputusasaan

Objektif :

- a. Kontak mata kurang
- b. Lesu dan tidak bergairah
- c. Berbicara pelan dan lirih
- d. Pasif
- e. Perilaku tidak asertif
- f. Mencari penguatan secara berlebihan
- g. Bergantung pada pendapat orang lain
- h. Sulit membuat keputusan

2. Harga diri rendah situasional

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- a. Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)
- b. Merasa malu/bersalah
- c. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri
- d. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri

Objektif :

- a. Berbicara pelan dan lirih
- b. Menolak berinteraksi dengan orang lain
- c. Berjalan menunduk
- d. Postur tubuh menunduk

Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- a. Sulit konsentrasi

Objektif :

- a. Kontak mata kurang
- b. Lesu dan tidak bergairah
- c. Pasif
- b. Tidak mampu membuat keputusan

Diagnosis Keperawatan

1. Harga diri rendah kronis b/d
 - a. Terpapar situasi traumatis
 - b. Kegagalan berulang
 - c. Kurangnya pengakuan dari orang lain
 - d. Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan
 - e. Gangguan psikiatri
 - f. Penguatan negatif berulang
 - g. Ketidaksesuaian budaya
2. Harga diri rendah situasional b/d
 - a. Perubahan pada citra tubuh
 - b. Perubahan peran sosial
 - c. Ketidakadekuatan pemahaman
 - d. Perilaku tidak konsisten dengan nilai
 - e. Kegagalan hidup berulang
 - f. Riwayat kehilangan
 - g. Riwayat penolakan

h. Transisi perkembangan

Rencana Keperawatan

1. Harga diri rendah kronis
2. Harga diri rendah situasional

Tabel 7.1
Intervensi pada Diagnosis Keperawatan dengan Harga Diri Rendah

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3	4
1	Harga diri rendah kronis berhubungan dengan kurangnya pengakuan dari orang lain dibuktikan dengan pasien mengatakan dirinya tidak berguna, merasa malu, merasa tidak mampu melakukan apapun, merasa tidak memiliki kelebihan, enggan mencoba hal baru, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk, kontak mata kurang, perilaku tidak asertif, sulit membuat keputusan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... pertemuan, harga diri meningkat dengan kriteria hasil : (1) Penilaian diri positif meningkat (2) Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat (3) Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat (4) Minat mencoba hal baru meningkat (5) Berjalan menampakkan wajah meningkat (6) Postur tubuh menampakkan wajah meningkat (7) Perasaan malu menurun (8) Perasaan bersalah menurun (9) Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun (10) Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun	Intervensi Utama: Manajemen Perilaku <i>Observasi</i> (1) Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku <i>Terapeutik</i> (2) Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku. (3) Jadwalkan kegiatan terstruktur (4) Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas (5) Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan (6) Batasi jumlah pengunjung (7) Bicara dengan nada rendah dan tenang (8) Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi (9) Cegah perilaku pasif dan agresif (10) Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku (11) Lakukan penguatan fisik sesuai indikasi (12) Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan (13) Hindari sikap mengancam dan berdebat (14) Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan <i>Edukasi</i> (15) Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif Promosi harga diri <i>Observasi</i> (1) Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri (2) Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri

			<p>(3) Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(4) Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri</p> <p>(5) Motivasi menerima tantangan atau hal baru</p> <p>(6) Diskusikan pernyataan tentang harga diri</p> <p>(7) Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri</p> <p>(8) Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri</p> <p>(9) Diskusikan persepsi negatif diri</p> <p>(10) Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah</p> <p>(11) Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</p> <p>(12) Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas</p> <p>(13) Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan</p> <p>(14) Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(15) Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien</p> <p>(16) Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</p> <p>(17) Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>(18) Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif</p> <p>(19) Anjurkan mengevaluasi perilaku</p> <p>(20) Ajarkan cara mengatasi bullying</p> <p>(21) Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri</p> <p>(22) Latih pernyataan/kemampuan positif diri</p> <p>(23) Latih cara berpikir dan berperilaku positif</p> <p>(24) Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi</p> <p>Promosi Koping</p>
--	--	--	--

			<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan (2) Identifikasi kemampuan yang dimiliki (3) Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan (4) Identifikasi pemahaman proses penyakit (5) Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan (6) Identifikasi metode penyelesaian masalah (7) Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (8) Diskusikan perubahan peran yang dialami (9) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan (10) Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri (11) Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri (12) Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu (13) Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri (14) Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan (15) Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan (16) Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis (17) Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan (18) Hindari mengambil keputusan saat pasien berada di bawah tekanan. (19) Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial (20) Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia (21) Dampingi saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan) (22) Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama (23) Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat (24) Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam <p><i>Edukasi</i></p>
--	--	--	--

			<p>(25)Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama</p> <p>(26)Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu</p> <p>(27)Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>(28)Anjurkan keluarga terlibat</p> <p>(29) Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik</p> <p>(30)Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif</p> <p>(31)Latih penggunaan teknik relaksasi</p> <p>(32)Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan</p> <p>(33)Latih mengembangkan pikiran objektif</p>
2	<p>Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak berguna, merasa malu, melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri, menolak berinteraksi dengan orang lain, berjalan menunduk, pasif</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... pertemuan, harga diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>(1) Penilaian diri positif meningkat</p> <p>(2) Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat</p> <p>(3) Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat</p> <p>(4) Minat mencoba hal baru meningkat</p> <p>(5) Berjalan menampakkan wajah meningkat</p> <p>(6) Postur tubuh menampakkan wajah meningkat</p> <p>(7) Perasaan malu menurun</p> <p>(8) Perasaan bersalah menurun</p> <p>(9) Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun</p> <p>(10) Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun</p>	<p>Intervensi Utama: Manajemen Perilaku</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(2) Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku.</p> <p>(3) Jadwalkan kegiatan terstruktur</p> <p>(4) Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas.</p> <p>(5) Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</p> <p>(6) Batasi jumlah pengunjung</p> <p>(7) Bicara dengan nada rendah dan tenang</p> <p>(8) Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi</p> <p>(9) Cegah perilaku pasif dan agresif</p> <p>(10) Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku</p> <p>(11) Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi</p> <p>(12) Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan</p> <p>(13) Hindari sikap mengancam dan berdebat</p> <p>(14) Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(15) Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p> <p>Promosi harga diri</p>

			<p><i>Observasi</i></p> <p>(16) Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri</p> <p>(17) Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</p> <p>(18) Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(19) Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri</p> <p>(20) Motivasi menerima tantangan atau hal baru</p> <p>(21) Diskusikan pernyataan tentang harga diri</p> <p>(22) Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri</p> <p>(23) Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri</p> <p>(24) Diskusikan persepsi negatif diri</p> <p>(25) Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah</p> <p>(26) Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</p> <p>(27) Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas</p> <p>(28) Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan</p> <p>(29) Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(30) Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien</p> <p>(31) Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</p> <p>(32) Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>(33) Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif</p> <p>(34) Anjurkan mengevaluasi perilaku</p> <p>(35) Ajarkan cara mengatasi bullying</p> <p>(36) Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri</p> <p>(37) Latih pernyataan/kemampuan positif diri</p> <p>(38) Latih cara berpikir dan berperilaku positif</p> <p>(39) Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi</p>
--	--	--	---

			<p>Promosi Koping</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan (2) Identifikasi kemampuan yang dimiliki (3) Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan (4) Identifikasi pemahaman proses penyakit (5) Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan (6) Identifikasi metode penyelesaian masalah (7) Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (8) Diskusikan perubahan peran yang dialami (9) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan (10) Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri (11) Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri (12) Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu (13) Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri (14) Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan (15) Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan (16) Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis (17) Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan (18) Hindari mengambil keputusan saat pasien berada di bawah tekanan. (19) Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial (20) Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia (21) Dampingi saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan) (22) Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama (23) Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat (24) Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam
--	--	--	---

			<p><i>Edukasi</i></p> <p>(25) Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama</p> <p>(26) Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu</p> <p>(27) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>(28) Anjurkan keluarga terlibat</p> <p>(29) Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik</p> <p>(30) Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif</p> <p>(31) Latih penggunaan teknik relaksasi</p> <p>(32) Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan</p> <p>(33) Latih mengembangkan pikiran objektif</p>
--	--	--	---

Latihan soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

- Perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus disebut....
 - Harga diri
 - Aktualisasi diri
 - Gambaran diri
 - Harga diri rendah kronis
 - Harga diri rendah situasional
- Seorang laki – laki berumur 30 tahun, dirawat di Rumah Sakit Jiwa. Klien tampak mengurung diri, kontak mata kurang, lesu dan tidak bergairah, berbicara pelan dan lirih. Menurut keluarga, semenjak tidak lulus tes CPNS menjadi murung dan tidak mau keluar dari kamar lebih dari 1 bulan.
Apakah prioritas masalah keperawatan pada kasus tersebut?
 - Halusinasi
 - Isolasi sosial
 - Resiko bunuh diri
 - Harga diri rendah
 - Perilaku kekerasan
- Seorang laki – laki berumur 40 tahun, sudah 1 minggu dirawat di Rumah Sakit Jiwa, saat dikaji klien masih tidak mau berbicara namun kadang-kadang masih mempertahankan kontak mata saat interaksi. Dari observasi klien selalu duduk sendiri dan tidak mau berkumpul dengan teman-temannya.
Apakah intervensi keperawatan terapeutik pada intervensi utama manajemen perilaku yang dapat dilakukan pada pasien tersebut?
 - Latih penggunaan teknik relaksasi
 - Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan
 - Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif
 - Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku

- c. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku
4. Seorang laki-laki berumur 30 tahun masuk Rumah Sakit Jiwa, saat dikaji didapatkan data : klien mengatakan : "saya sangat tidak berguna dan terbuang suster, saya sangat malu,...rasanya saya lebih baik tidak dilahirkan saja...". Dari keterangan keluarga hal tersebut terjadi sejak 1 tahun yang lalu setelah klien ditinggalkan istrinya menikah lagi dengan orang lain. Dari data observasi : klien kurang mempertahankan kontak mata, wajah sedih saat bercerita, tidak bergairah, tampak pasif.
Apakah intervensi keperawatan edukasi pada intervensi utama promosi harga diri yang dapat dilakukan pada pasien tersebut?
- Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan
 - Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri
 - Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan
 - Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri
 - Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain
5. Seorang perempuan berumur 30 tahun, dirawat di Rumah Sakit Jiwa, saat dikaji klien mengatakan merasa tidak berguna karena orang tuanya selalu mengatakan kalau wajahnya jelek. Dari observasi klien selalu duduk sendiri dan tidak mau berkumpul dengan teman-temannya, berbicara pelan, menolak berinteraksi dengan orang lain, berjalan menunduk, postur tubuh menunduk.
Manakah yang termasuk data subjektif dari kasus tersebut?
- Berbicara pelan
 - Berjalan menunduk
 - Merasa tidak berguna
 - Tidak mau berkumpul
 - Postur tubuh menunduk

BAB 8

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

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

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

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

1. Menjelaskan pengertian isolasi sosial.
2. Menjelaskan penyebab isolasi sosial.
3. Menjelaskan kondisi klinis terkait isolasi sosial.
4. Menjelaskan rentang respons sosial.
5. Menjelaskan proses keperawatan isolasi sosial.

PENGERTIAN

Isolasi sosial adalah ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain. (SDKI, 2016). Menurut Nanda (2018), isolasi sosial adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negatif atau mengancam.

PENYEBAB

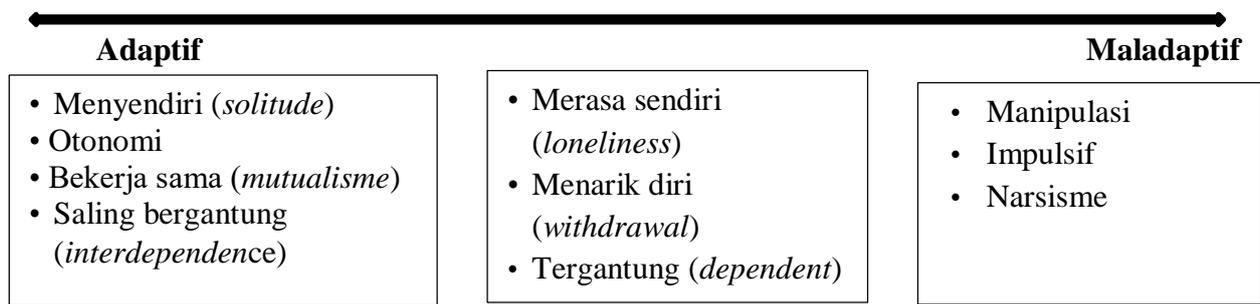
1. Keterlambatan perkembangan
2. Ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan
3. Ketidaksiharian minat dengan tahap perkembangan
4. Ketidaksiharian nilai-nilai dengan norma
5. Ketidaksiharian perilaku sosial dengan norma
6. Perubahan penampilan fisik
7. Perubahan status mental
8. Ketidaksiharian sumber daya personal (mis. disfungsi berduka, pengendalian diri buruk)

KONDISI KLINIS TERKAIT

1. Penyakit Alzheimer
2. AIDS
3. Gangguan psikiatrik (mis. depresi mayor dan schizofrenia)

RENTANG RESPONS SOSIAL

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



Gambar 8.1 Rentang Respons Sosial

PROSES KEPERAWATAN

Pengkajian

Menurut SDKI 2016, gejala dan tanda mayor-minor isolasi sosial antara lain :

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. Merasa ingin sendirian.
2. Merasa tidak aman di tempat umum.

Objektif

1. Menarik diri.
2. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan.

Gejala dan tanda minor

Subjektif

1. Merasa berbeda dengan orang lain.
2. Merasa asyik dengan pikiran sendiri.
3. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas.

Objektif

1. Afek datar.
2. Afek sedih.
3. Riwayat ditolak.
4. Menunjukkan permusuhan.
5. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain.
6. Kondisi difabel
7. Tindakan tidak berarti
8. Tidak ada kontak mata
9. Perkembangan terlambat
10. Tidak bergairah/lesu

Diagnosis Keperawatan

Isolasi sosial berhubungan dengan :

1. Keterlambatan perkembangan.
2. Ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan.
3. Ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan.
4. Ketidaksesuaian nilai-nilai dengan norma.
5. Ketidaksesuain perilaku sosial dengan norma.
6. Perubahan penampilan fisik.
7. Perubahan status mental.
8. Ketidakadekuatan sumber daya personal (mis. disfungsi berduka, pengendalian diri buruk).

Rencana Keperawatan

Isolasi Sosial

Tabel 8.1
Intervensi pada Diagnosis Keperawatan dengan Isolasi Sosial

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3	4
1	Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental dibuktikan dengan pasien mengatakan ingin sendirian, merasa tidak aman di tempat umum, menarik diri, menolak berinteraksi dengan orang lain, afek datar, tidak ada kontak mata	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... pertemuan, keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil : (11)Minat interaksi meningkat (12)Verbalisasi isolasi menurun (13)Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun (14)Perilaku menarik diri menurun (15)Afek murung/sedih menurun (16)Kontak mata membaik	Intervensi Utama: Promosi Sosialisasi <i>Observasi</i> (1) Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain (2) Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <i>Terapeutik</i> (3) Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan (4) Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan (5) Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok (6) Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis. jalan-jalan, ke toko buku) (7) Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain (8) Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan (9) Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri (10) Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan <i>Edukasi</i> (11) Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap (12) Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan

			<p>kemasyarakatan</p> <p>(13) Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain</p> <p>(14) Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain</p> <p>(15) Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. kacamata dan alat bantu dengar)</p> <p>(16) Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus</p> <p>(17) Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi</p> <p>(18) Latih mengekspresikan marah dengan tepat</p> <p>Terapi Aktivitas</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Identifikasi defisit tingkat aktivitas</p> <p>(2) Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>(3) Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p>(4) Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</p> <p>(5) Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang</p> <p>(6) Monitor respons emosional fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(7) Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</p> <p>(8) Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</p> <p>(9) Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis dan sosial</p> <p>(10) Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</p> <p>(11) Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</p> <p>(12) Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</p> <p>(13) Fasilitasi pasien dan keluarga dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih</p> <p>(14) Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</p> <p>(15) Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi atau</p>
--	--	--	---

			<p>gerak</p> <p>(16)Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p>(17)Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</p> <p>(18)Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>(19)Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia, jika sesuai</p> <p>(20)Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur dan aktif</p> <p>(21)Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri dan teka-teki dan kartu)</p> <p>(22)Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>(23)Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</p> <p>(24)Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> <p>(25)Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p>(26)Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(27)Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</p> <p>(28)Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> <p>(29)Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</p> <p>(30)Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</p> <p>(31)Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>(32) Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</p>
--	--	--	--

			(33)Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu
--	--	--	---

Latihan soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Penyebab isolasi sosial adalah....
 - a. Adanya gejala pemicu
 - b. Tidak mau berkumpul
 - c. Ketidakmampuan dalam berkomunikasi
 - d. Proses pengolahan informasi yang berlebihan
 - e. Ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan.

2. Seorang perempuan berumur 54 tahun di bawa ke Rumah Sakit Jiwa setelah selama dua minggu tidak mau keluar kamar, tidak mau mandi, dan tidak mau bicara. Saat dilakukan pengkajian, pasien 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. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - a. Ansietas
 - b. Berduka
 - c. Isolasi sosial
 - d. Ketidakberdayaan
 - e. Defisit perawatan diri

3. Seorang perempuan berumur 20 tahun diantar ke Rumah Sakit Jiwa dengan penampilan tidak rapi, banyak berdiam diri, pandangan kosong, sering menunduk, tidak menjawab saat ditanya dan menghindari dari orang lain. Menurut keluarga perubahan perilaku tersebut terjadi sejak 1 minggu yang lalu. Apakah rencana keperawatan observasi pada intervensi utama promosi sosialisasi yang dapat dilakukan perawat?
 - a. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari
 - b. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu
 - c. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain
 - d. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot
 - e. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan

4. Seorang laki-laki berumur 37 tahun di rawat di Unit Psikiatri dengan keluhan suka menyendiri dan tidak mau berbicara dengan orang lain. Hasil pengkajian pasien mengatakan menolak jika disuruh berkumpul, afek tampak datar, tidak ada kontak mata, merasa asyik dengan pikirannya sendiri.

Manakah yang menunjukkan data subjektif pada kasus tersebut?

- a. Suka menyendiri
 - b. Tidak ada kontak mata
 - c. Menolak jika disuruh berkumpul
 - d. Tidak mau berbicara dengan orang lain
 - e. Merasa asyik dengan pikirannya sendiri
5. Seorang laki-laki berumur 39 tahun di rawat di Unit Psikiatri. Saat pengkajian pasien mengatakan semenjak berhenti dari pekerjaannya malu dengan teman dan keluarganya, diruangan lebih suka menonton televisi, hanya mau bicara jika ditanya oleh perawat, dengan keluhan suka menyendiri, tampak tidak bergairah.
- Apakah rencana keperawatan edukasi pada intervensi utama promosi sosialisasi pada kasus tersebut?
- a. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
 - b. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan
 - c. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain
 - d. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain
 - e. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain

BAB 9

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan gangguan persepsi sensori.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

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

6. Menjelaskan pengertian gangguan persepsi sensori.
7. Menjelaskan penyebab gangguan persepsi sensori.
8. Menjelaskan kondisi klinis terkait persepsi sensori.
9. Menjelaskan jenis-jenis halusinasi.
10. Menjelaskan rentang respons neurobiologis.
11. Menjelaskan proses keperawatan gangguan persepsi sensori.

PENGERTIAN

Gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (SDKI, 2016). Gangguan persepsi sensori yang sering terjadi adalah halusinasi. Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh, klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara. Menurut Keliat & Akemat (2007), halusinasi adalah gejala gangguan jiwa berupa respons pancaindera, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan pengecapan terhadap sumber yang tidak nyata.

PENYEBAB

1. Gangguan penglihatan
2. Gangguan pendengaran
3. Gangguan penghiduan
4. Gangguan perabaan

KONDISI KLINIS TERKAIT

1. Delirium
2. Demensia
3. Gangguan psikotik
4. Parkinson
5. Gangguan bipolar

JENIS –JENIS HALUSINASI

2. Respons tidak sesuai
3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

Gejala dan tanda minor

Subjektif

1. Menyatakan kesal

Objektif

1. Menyendiri
2. Melamun
3. Konsentrasi buruk
4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
5. Curiga
6. Melihat ke satu arah
7. Mondar-mandir
8. Bicara sendiri

Diagnosis Keperawatan

Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan :

1. Gangguan penglihatan
2. Gangguan pendengaran
3. Gangguan penghiduan
4. Gangguan perabaan

Rencana Keperawatan

Gangguan persepsi sensori

Tabel 9.1

Intervensi pada Diagnosis Keperawatan dengan Gangguan Persepsi Sensori

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3	4
1	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan pendengaran dibuktikan dengan pasien mengatakan mendengar suara bisikan, merasakan sesuatu melalui indera pendengaran,	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... pertemuan, persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : (1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun (2) Perilaku halusinasi menurun (3) Mondar mandir menurun (4) Respons sesuai stimulus meningkat (5) Orientasi meningkat	Intervensi Utama: Manajemen Halusinasi <i>Observasi</i> (1) Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain (2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan (3) Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) <i>Terapeutik</i> (4) Pertahankan lingkungan yang aman (5) Lakukan tindakan keselamatan

	<p>bersikap seolah mendengar, respons tidak sesuai, mondar-mandir</p>	<p>ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekanan fisik, seklusi)</p> <p>(6) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi</p> <p>(7) Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(8) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi</p> <p>(9) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi</p> <p>(10) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)</p> <p>(11) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>(12) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu</p> <p>Minimalisasi Rangsangan</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. nyeri, kelelahan)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(2) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang)</p> <p>(3) Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas)</p> <p>(4) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat</p> <p>(5) Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(6) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi</p>
--	---	--

			<p>kebisingan, membatasi kunjungan)</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>(7) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan</p> <p>(8) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus</p> <p>Pengekangan Kimiawi</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Identifikasi kebutuhan untuk dilakukan pengekangan (mis. agitasi, kekerasan)</p> <p>(2) Monitor riwayat pengobatan dan alergi</p> <p>(3) Monitor respon sebelum dan sesudah pengekangan</p> <p>(4) Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala</p> <p>(5) Monitor kebutuhan nutrisi, cairan dan eliminasi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(6) Lakukan supervisi dan surveilensi dalam memonitor tindakan</p> <p>(7) Beri posisi nyaman untuk mencegah aspirasi dan kerusakan kulit</p> <p>(8) Ubah posisi tubuh secara periodik</p> <p>(9) Libatkan pasien dan/atau keluarga dalam membuat keputusan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(10) Jelaskan tujuan dan prosedur pengekangan</p> <p>(11) Latih rentang gerak sendi sesuai kondisi pasien</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>(12) Kolaborasi pemberian agen psikotropika untuk pengekangan kimiawi</p>
--	--	--	---

Latihan soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Seorang laki – laki berumur 25 tahun dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan halusinasi pendengaran. Ketika berkomunikasi mengatakan “ini loh pak saya sedang mendengar suara yang menyuruh saya membunuh orang”.
Bagaimanakah respon perawat yang tepat untuk kasus diatas ?
 - a. “Saya percaya apa yang bapak dengar, namun saya tidak mendengarnya”
 - b. “Saya paham yang bapak alami, tapi sulit bagi saya untuk percaya”
 - c. “Apa yang bapak lakukan saat ada suara itu?”
 - d. “Baiklah pak, coba perhatikan saya”
 - e. “Kapan suara-suara itu muncul?”

2. Seorang laki-laki berumur 30 tahun sedang di rawat di Rumah Sakit Jiwa, hasil pengkajian didapatkan pasien nampak berbicara sendiri dan terkadang senyum-senyum sendiri. Ketika ditanya dia mengatakan sedang berbicara dengan seseorang.
Apakah gangguan yang dialami pasien tersebut ?
 - a. Ilusi
 - b. Euphoria
 - c. Logorhea
 - d. Paranoid
 - e. Halusinasi

3. Seorang laki-laki berumur 45 tahun di rawat di Rumah Sakit Jiwa. Saat dikaji pasien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri. Pasien terlihat tertawa sendiri, terkadang marah-marah tanpa sebab serta menyendiri.
Apakah masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut ?
 - a. Isolasi sosial
 - b. Harga diri rendah
 - c. Koping tidak efektif
 - d. Gangguan persepsi sensori
 - e. Risiko tinggi perilaku kekerasan

4. Seorang laki-laki berumur 32 tahun diantar keluarganya ke Rumah Sakit Jiwa dengan keluhan sering mengamuk, menjadikan barang-barang di rumah beterbangan hingga rusak. Pada saat pengkajian pasien mengeluh ia marah karena ia sering mendengar suara-suara yang tidak tampak menghina dirinya. Pasien sangat kesal dan benci dengan suara itu.
Apakah jenis halusinasi yang dialami pasien tersebut ?
 - a. Perabaan
 - b. Penciuman
 - c. Penglihatan
 - d. Pengecapan
 - e. Pendengaran

5. Seorang laki-laki berumur 35 tahun di bawa keluarganya ke Rumah Sakit Jiwa karena sering berbicara sendiri. Hasil pemeriksaan yang didapatkan pasien sering mendengar suara perempuan yang sering mengajak bercakap-cakap dan suara perempuan tersebut sering menyuruh pasien untuk bunuh diri. Berdasarkan informasi dari keluarga kurang lebih 3 bulan yang lalu pasien batal menikah karena mempelai wanita meninggal karena kecelakaan. Sejak saat itu, pasien tampak loyo serta tidak bersemangat dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Sering bolos kerja, tidak peduli terhadap diri sendiri dan keluarga, serta mudah marah.
Apakah salah satu tanda dan gejala halusinasi pada kasus tersebut?

- a. Loyo
- b. Bolos kerja
- c. Mudah marah
- d. Bicara sendiri
- e. Batal menikah

BAB 10

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

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

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

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

1. Menjelaskan pengertian perilaku kekerasan.
2. Menjelaskan penyebab perilaku kekerasan
3. Menjelaskan kondisi klinis terkait perilaku kekerasan
4. Menjelaskan rentang respons marah.
5. Menjelaskan proses terjadinya marah.
6. Menjelaskan proses keperawatan perilaku kekerasan.

PENGERTIAN

Perilaku kekerasan adalah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan/atau merusak lingkungan. (SDKI, 2016). 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.

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).

PENYEBAB

1. Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah
2. Stimulus lingkungan
3. Konflik interpersonal
4. Perubahan status mental
5. Putus obat
6. Penyalahgunaan zat/alkohol

KONDISI TERKAIT

1. Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)
2. Gangguan perilaku
3. Delirium
4. Demensia
5. Psikotik akut
6. Skizofrenia
7. Gangguan bipolar

RENTANG RESPONS MARAH



Adaptif

Asertif

Frustrasi

Pasif

Agresif

Maladaptif

Amuk/PK

Gambar 10.1 Rentang Respons Marah

Keterangan:

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

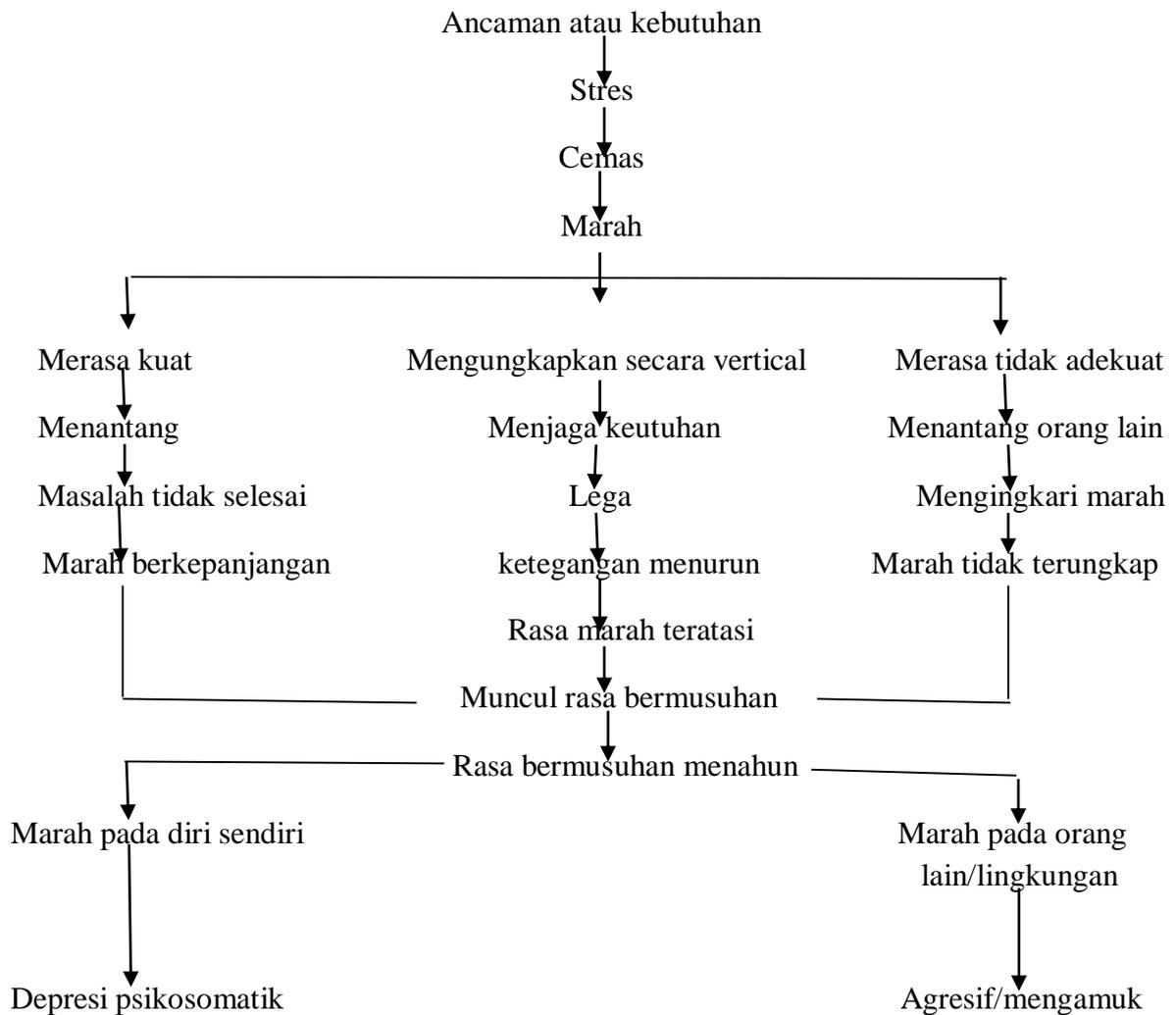
Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat.

Pasif : Respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol.

PROSES TERJADINYA MARAH



Gambar 10.2 Konsep Marah (Beck, Rawlins, Williams, 1986 dikutip oleh Keliat dan Sinaga, 1991)

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.

PROSES KEPERAWATAN

Pengkajian

Menurut SDKI 2016, gejala dan tanda mayor-minor perilaku kekerasan antara lain :

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. Mengancam
2. Mengumpat dengan kata-kata kasar
3. Suara keras
4. Bicara ketus

Objektif

1. Menyerang orang lain
2. Melukai diri sendiri/orang lain
3. Merusak lingkungan
4. Perilaku agresif/amuk

Gejala dan tanda minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Mata melotot atau pandangan tajam
2. Tangan mengepal
3. Rahang mengatup
4. Wajah memerah
5. Postur tubuh kaku

Diagnosis Keperawatan

Perilaku kekerasan berhubungan dengan

1. Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah
2. Stimulus lingkungan
3. Konflik interpersonal
4. Perubahan status mental
5. Putus obat
6. Penyalahgunaan zat/alkohol

Rencana Keperawatan
Perilaku kekerasan

Tabel 10.1
Intervensi pada Diagnosis Keperawatan dengan Perilaku Kekerasan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3	4
1	Perilaku kekerasan berhubungan dengan ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah dibuktikan dengan pasien mengatakan mengancam ingin melukai anggota keluarganya, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif/amuk	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... pertemuan, kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil : (1) Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (2) Verbalisasi umpatan menurun (3) Perilaku menyerang menurun (4) Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun (5) Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (6) Perilaku agresif/amuk menurun (7) Suara keras menurun (8) Bicara ketus menurun	<p>Intervensi Utama:</p> <p>Manajemen Keselamatan Lingkungan</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. kondisi fisik, fungsi kognitif, dan riwayat perilaku)</p> <p>(2) Monitor perubahan status keselamatan lingkungan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(3) Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. fisik, biologi, dan kimia), jika memungkinkan</p> <p>(4) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko</p> <p>(5) Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. commode chair dan pegangan tangan)</p> <p>(6) Gunakan perangkat pelindung (mis. pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar)</p> <p>(7) Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis. puskesmas, polisi, damkar)</p> <p>(8) Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman</p> <p>(9) Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis. timbal)</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(10) Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan</p> <p>Manajemen Mood</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Identifikasi mood (mis. tanda, gejala, riwayat penyakit)</p> <p>(2) Identifikasi risiko keselamatan diri</p>

			<p>atau orang lain</p> <p>(3) Monitor fungsi kognitif (mis. konsentrasi, memori, kemampuan membuat keputusan)</p> <p>(4) Monitor aktivitas dan tingkat stimulasi lingkungan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(5) Fasilitasi pengisian kuesioner self report (mis. Beck Depression Inventory, skala status fungsional), jika perlu</p> <p>(6) Berikan kesempatan untuk menyampaikan perasaan dengan cara yang tepat (mis. sand sack, terapi seni, aktivitas fisik)</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(7) Jelaskan tentang gangguan mood dan penanganannya</p> <p>(8) Anjurkan berperan aktif dalam pengobatan dan rehabilitasi, jika perlu</p> <p>(9) Anjurkan rawat inap sesuai indikasi (mis. risiko keselamatan, defisit perawatan diri, sosial)</p> <p>(10) Ajarkan mengenali pemicu gangguan mood (mis. situasi stress, masalah fisik)</p> <p>(11) Ajarkan memonitor mood secara mandiri (mis. skala tingkat 0-10, membuat jurnal)</p> <p>(12) Ajarkan ketrampilan coping dan penyelesaian masalah baru</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>(13) Kolaborasi pemberian obat, jika perlu</p> <p>(14) Rujuk untuk psikoterapi (mis. perilaku, hubungan interpersonal, keluarga, kelompok), jika perlu</p> <p>Manajemen Pengendalian Marah</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan</p>
--	--	--	---

			<p>(2)Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan</p> <p>(3) Monitor potensi agresi tidak konstruktif melakukan tindakan sebelum agresif</p> <p>(4)Monitor kemajuan dengan membuat jadwal, jika perlu.</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(5)Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>(6)Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif</p> <p>(7)Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis. menggunakan senjata)</p> <p>(8)Cegah aktivitas pemicu agresi (mis. meninju tas, mondar-mandir, berolahraga berlebihan)</p> <p>(9)Lakukan kontrol eksternal (mis. pengekangan, time-out, dan seklusi), jika perlu</p> <p>(10) Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif</p> <p>(11) Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(12) Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi dan respons marah</p> <p>(13) Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat</p> <p>(14) Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladaptif</p> <p>(15) Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis. latihan asertif, teknik relaksasi, jurnal, aktivitas penyaluran energi)</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>(16) Kolaborasi pemberian obat, jika perlu</p> <p>Manajemen Perilaku</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1)Identifikasi harapan untuk</p>
--	--	--	---

			<p>mengendalikan perilaku</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(2) Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku</p> <p>(3) Jadwalkan kegiatan terstruktur</p> <p>(4) Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas</p> <p>(5) Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</p> <p>(6) Batasi jumlah pengunjung</p> <p>(7) Bicara dengan nada rendah dan tenang</p> <p>(8) Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi</p> <p>(9) Cegah perilaku pasif dan agresif</p> <p>(10) Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku</p> <p>(11) Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi</p> <p>(12) Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan</p> <p>(13) Hindari sikap mengancam dan berdebat</p> <p>(14) Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(15) Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p>
--	--	--	--

Latihan soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Seorang laki-laki berumur 55 tahun di rawat di unit psikiatri. Hasil pengkajian pasien mengatakan ingin melukai ayahnya karena menuntut dia untuk mencari uang yang banyak. Pasien tampak berbicara dengan suara keras, mengumpat dengan kata-kata kasar, bicara ketus, mata melotot, merusak lingkungan, perilaku agresif.
Apakah masalah keperawatan yang muncul pada pasien tersebut?
 - a. Isolasi sosial
 - b. Harga diri rendah
 - c. Koping tidak efektif
 - d. Perilaku kekerasan
 - e. Gangguan persepsi sensori

2. Seorang perempuan berumur 38 tahun di antar keluarganya ke IGD Rumah Sakit Jiwa. Hasil pengkajian keluarga mengatakan pasien di rumah mengancam mau bunuh diri, merusak barang, mata melotot, rahang mengatup dan tangan mengepal. Kejadiannya berlangsung selama 2 bulan sejak pasien dicerai suaminya.
Manakah yang termasuk gejala mayor pada kasus tersebut?
 - a. Mengancam
 - b. Mata melotot
 - c. Merusak barang
 - d. Rahang mengatup
 - e. Tangan mengepal

3. Seorang perempuan berumur 28 tahun di rawat di Rumah Sakit Jiwa. Berdasarkan informasi dari keluarga pasien di bawa ke RSJ karena bertengkar dan berkelahi dengan tetangga rumahnya. Saat dilakukan pengkajian, wajah pasien tampak memerah dan tegang, berbicara kasar dan suara tinggi, serta pasien sering jalan mondar mandir.
Manakah yang termasuk gejala minor pada kasus tersebut?
 - a. Tegang
 - b. Bicara kasar
 - c. Suara tinggi
 - d. Wajah memerah
 - e. Mondar mandir

4. Seorang perempuan berumur 30 tahun di bawa oleh keluarga ke Rumah Sakit Jiwa. Hasil pengkajian pasien mengatakan suka membanting piring bila sedang marah. Pasien tampak berbicara dengan suara keras, bicara ketus, mata melotot, wajah memerah, merusak lingkungan, perilaku agresif.
Apakah rencana keperawatan terapeutik pada manajemen keselamatan lingkungan yang dapat dilakukan pada pasien tersebut?
 - a. Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan
 - b. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan
 - c. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko
 - d. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan
 - e. Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. kondisi fisik, fungsi kognitif, dan riwayat perilaku)

5. Seorang laki-laki berumur 30 tahun di bawa oleh keluarga ke Rumah Sakit Jiwa karena merusak alat-alat rumah tangga, suka marah-marah dengan alasan yang tidak jelas, tatapan mata melotot dan suara keras. Akan tetapi pasien masih dapat mengontrol marahnya di situasi tertentu.

Apakah rencana keperawatan terapeutik pada manajemen pengendalian marah yang dapat dilakukan pada pasien tersebut?

- a. Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan
- b. Monitor kemajuan dengan membuat jadwal, jika perlu
- c. Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan
- d. Monitor potensi agresi tidak konstruktif melakukan tindakan sebelum agresif
- e. Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah

BAB 11

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ANSIETAS

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

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

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

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

1. Menjelaskan pengertian ansietas.
2. Menjelaskan penyebab ansietas.
3. Menjelaskan kondisi klinis terkait ansietas.
2. Menjelaskan rentang respons tingkat ansietas.
3. Menjelaskan proses keperawatan pada pasien yang mengalami ansietas.

PENGERTIAN

Kecemasan adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2016). Sedangkan menurut Nanda (2018) ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon otonom (sumber tidak diketahui oleh individu) sehingga individu akan meningkatkan kewaspadaan untuk mengantisipasi.

PENYEBAB

1. Krisis situasional
2. Kebutuhan tidak terpenuhi
3. Ancaman terhadap kematian
4. Perubahan status kesehatan
5. Bencana
6. Kekhawatiran mengalami kegagalan

KONDISI KLINIS TERKAIT

1. Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)
2. Penyakit akut
3. Rencana operasi
4. Penyakit fisik (mis. diabetes mellitus, stroke, hipertensi)

RENTANG RESPONS ANSIETAS

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.

PROSES KEPERAWATAN

Pengkajian

Menurut SDKI 2016, gejala dan tanda mayor-minor ansietas antara lain :

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. Merasa bingung
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
3. Sulit berkonsentrasi

Objektif

1. Tampak gelisah
2. Tampak tegang
3. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

Subjektif

1. Mengeluh pusing
2. Anoreksia
3. Palpitasi
4. Merasa tidak berdaya

Objektif

1. Frekuensi napas meningkat
2. Frekuensi nadi meningkat
3. Tekanan darah meningkat
4. Diaphoresis
5. Tremor
6. Muka tampak pucat
7. Suara bergetar
8. Kontak mata buruk
9. Sering berkemih
10. Berorientasi pada masa lalu

Diagnosis Keperawatan

Ansietas berhubungan dengan

1. Krisis situasional
2. Kebutuhan tidak terpenuhi
3. Ancaman terhadap kematian
4. Perubahan status kesehatan
5. Bencana
6. Kekhawatiran mengalami kegagalan

Rencana Keperawatan
Anxietas

Tabel 11.1
Intervensi pada Diagnosis Keperawatan dengan Anxietas

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3	4
1	Anxietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisinya, sulit konsentrasi, merasa bingung, tampak gelisah, tampak tegang, tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, frekuensi napas meningkat	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... pertemuan, tingkat anxietas menurun dengan kriteria hasil : (1) Verbalisasi kebingungan menurun (2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (3) Perilaku gelisah menurun (4) Perilaku tegang menurun (5) Konsentrasi membaik	<p>Intervensi Utama: Reduksi Anxietas</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Identifikasi saat tingkat anxietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor) (2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan (3) Monitor tanda-tanda anxietas (verbal dan nonverbal)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(4) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan (5) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan (6) Pahami situasi yang membuat anxietas (7) Dengarkan dengan penuh perhatian (8) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan (9) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan (10) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan (11) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(12) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami (13) Infomasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis (14) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu (15) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan (16) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>

		<p>(17) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>(18) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>(19) Latih teknik relaksasi</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>(20) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p> <p>Terapi Relaksasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>(2) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>(3) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>(4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>(5) Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(6) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>(7) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>(8) Gunakan pakaian longgar</p> <p>(9) Gunakan nada suara lembut dengan irama lembut dan berirama</p> <p>(10) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(11) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p>
--	--	---

			<p>(12)Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>(13)Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>(14)Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>(15)Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>(16)Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</p>
--	--	--	---

Latihan soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Seorang laki-laki berumur 36 tahun di bawa oleh keluarga ke poli jiwa. Menurut keluarga pasien mengalami susah tidur, keluarga menyatakan jika diajak berbicara selalu salah arti dan pasien tidak dapat berpikir yang lainnya, pasien menyatakan saya tidak berguna, wajah pasien tampak tegang.

Apakah rentang respons ansietas pasien tersebut?

- | | |
|--------------------|--------------------|
| a. Panik | d. Ansietas berat |
| b. Tidak ansietas | e. Ansietas ringan |
| c. Ansietas sedang | |

2. Seorang laki – laki berumur 25 tahun, memiliki keluhan pusing, sulit tidur pada malam hari, mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi, merasa bingung, tampak tegang dan tampak gelisah. Berdasarkan hasil pengkajian lebih lanjut, klien mengatakan selalu merasakan keluhan tersebut apabila sedang menghadapi beberapa persoalan yang tidak dapat dipecahkannya.

Apakah masalah keperawatan yang muncul pada pasien tersebut?

- | | |
|-------------------|----------------------|
| a. Berduka | d. Ketidakberdayaan |
| b. Ansietas | e. Risiko bunuh diri |
| c. Keputusanasaan | |

3. Seorang perempuan berumur 54 tahun di rawat di Rumah Sakit Jiwa dengan keluhan nyeri perut sejak 3 hari yang lalu, tidur terganggu, sakit kepala, tidak nafsu makan, merasa gelisah setiap malam, sulit konsentrasi, mudah lupa dan sering tidak tahu apa yang harus dikerjakan. Hasil pemeriksaan tekanan darah 140/90 mmHg, pernapasan 24 kali permenit, Nadi 100 kali permenit.

Apakah rencana tindakan terapeutik pada intervensi utama reduksi ansietas yang dapat dilakukan pada pasien tersebut ?

- | | |
|--|---|
| a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu | d. Infomasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis |
| b. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan | e. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu |

- c. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
4. Seorang perempuan berumur 40 tahun mengalami depresi dan di rawat di Rumah Sakit Jiwa. Saat ini pasien sedang mengandung untuk ketiga kalinya dan ia belum memiliki anak karena mengalami keguguran dua kali. Hasil pengkajian saat ini pasien mengeluh sering terjaga di malam hari, sulit untuk memulai tidur, dan gelisah ketika bangun tidur. Pasien terlihat kontak mata kurang, lebih banyak diam, tidak fokus dan gelisah. Apakah rencana tindakan observasi pada intervensi utama reduksi ansietas yang dapat dilakukan pada pasien tersebut ?
- | | |
|--|---|
| a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah | d. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan |
| b. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan | e. Infomasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis |
| c. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan | |
5. Seorang pemuda mendapat ancaman terhadap integritas dirinya yaitu terancam gagal dalam mengembangkan usaha bisnis yang baru ditekuni, kemudian menunjukkan sikap yang kacau, berbahaya bagi dirinya dan orang lain, tidak efektif, hiperaktif, agitasi, pikiran tidak rasional, kehilangan kontrol diri. Apakah rencana tindakan observasi pada intervensi utama reduksi ansietas yang dapat dilakukan pada pasien tersebut ?
- | | |
|--|--|
| a. Latih teknik relaksasi | d. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi |
| b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan | e. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat |
| c. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan | |

BAB 12

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN BERDUKA

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

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

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

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

1. Menjelaskan pengertian berduka.
2. Menjelaskan penyebab berduka.
3. Menjelaskan kondisi klinis terkait berduka.
4. Menjelaskan tahapan berduka.
5. Menjelaskan tipe berduka.
6. Menjelaskan fase berduka.
7. Menjelaskan jenis berduka.
8. Menjelaskan proses keperawatan berduka.

PENGERTIAN

Berduka adalah respon psikososial yang ditunjukkan oleh klien akibat kehilangan (orang, objek, fungsi, status, bagian tubuh atau hubungan). (SDKI, 2016). Dukacita adalah proses kompleks yang normal meliputi respons dan perilaku emosional, fisik, spiritual, sosial dan intelektual ketika individu memasukkan kehilangan yang aktual, adaptif atau dipersepsikan ke dalam kehidupan sehari-hari (Nanda, 2018). Berduka adalah reaksi emosional dari kehilangan dan terjadi bersamaan dengan kehilangan baik karena perpisahan, perceraian maupun kematian. Sedangkan istilah bereavement adalah keadaan berduka yang ditunjukkan selama individu melewati rekasi atau masa berkabung (mourning).

PENYEBAB

1. Kematian keluarga atau orang yang berarti.
2. Antisipasi kematian keluarga atau orang yang berarti.
3. Kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, status, bagian tubuh, hubungan sosial)
4. Antisipasi kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, status, bagian tubuh, hubungan sosial)

KONDISI KLINIS TERKAIT

1. Kematian anggota keluarga atau orang terdekat
2. Amputasi
3. Melahirkan meninggal
4. Putus hubungan kerja
5. Penyakit terminal (mis. kanker)

TAHAPAN BERDUKA

Tahapan berduka menurut beberapa ahli, Suseno (2005):

Tabel 12.1 Tahapan proses berduka

Engel 1964	Kubler-Ross 1969	Lambert and Lambert 1985	Martocchio 1985	Rando 1984
Shock and disbelief	Denial	Repudiation	Shock and disbelief	Avoidance phase
Developing awareness	Anger		Yearning and protest	
Restitution	Bargaining	Recognition	Anguish, disorganization, and despair	Confrontation phase
Idealization	Depression		Identification in bereavement	
Reorganization /The outcome	Acceptance	Reconciliation	Reorganization and restitution	Reestablishment

Tahapan berduka menurut Kubler-Ross (1969), yang menyebutkan ada 5 tahapan kesedihan atau 5 stages of loss yang dirasakan individu ketika harus kehilangan seseorang yang berharga dalam hidupnya.

1. Denial (Penyangkalan/Penolakan)

Denial atau penyangkalan biasanya merupakan pertahanan sementara untuk diri sendiri. Reaksi normal yang muncul adalah penolakan akan keadaan dan menganggap bahwa apa yang terjadi bukanlah hal yang nyata karena individu sedang dipenuhi dengan emosi. Secara alamiah denial bisa terjadi sebagai bentuk defense diri kita sendiri bahwa apa yang terjadi bukanlah hal yang buruk. Perasaan ini pada umumnya akan digantikan dengan kesadaran yang mendalam akan kepemilikan dan individu yang ditinggalkan setelah kematian. Tahap ini adalah respons sementara yang membawa seseorang pada gelombang rasa sakit yang pertama. Reaksi pertamanya yaitu: kaget, tidak percaya, atau mengingkari kenyataan. Berlangsung beberapa menit hingga beberapa tahun. Misalnya : "Saya merasa baik-baik saja."; "Hal ini tidak mungkin terjadi, tidak pada saya."

2. Anger (Marah)

Ketika individu mulai menyadari kalau apa yang terjadi adalah nyata dan rasa sakit yang belum bisa diterima maka individu akan menjadi frustrasi dan melampiaskan rasa sakitnya melalui kemarahan karena merasa tidak adil dengan apa yang terjadi. Rasa marah kadang diarahkan pada orang yang berkaitan dengan peristiwa yang dialami seseorang. Seperti membenci orang yang sudah meninggal. Merasa kecewa akan peristiwa yang terjadi. Namun, bukan tidak mungkin rasa marah, rasa membenci dan rasa kecewa ini

dilampiasikan kepada orang yang tidak berkaitan. Respon psikologis yang muncul misalnya “kenapa ini harus terjadi ? kenapa aku?? ini tidak adil !”,

3. Bargaining (Tawar menawar)

Tahapan ketiga melibatkan harapan supaya individu dapat sedemikian rupa menghambat atau menunda kematian. Biasanya, individu diam-diam membuat kesepakatan untuk perpanjangan hidup dengan Tuhan sebagai upaya melindungi diri dari rasa sakit. Fase ini adalah fase pertahanan yang paling lemah dalam melindungi seseorang dari kenyataan yang menyakitkan. Pada fase ini, seseorang mulai percaya terhadap apa yang sudah menimpanya. Setelah kemarahan mulai pudar, mulai timbul perasaan bersalah atau penyesalan. Secara psikologis, individu mengatakan, "Saya mengerti saya akan mati, tetapi jika saja saya memiliki lebih banyak waktu...", "Seandainya saya yang ada di posisi dia..." semua ini tidak akan terjadi kalau saja...", "Biarkan saya hidup untuk melihat anak saya diwisuda.", "Saya akan melakukan apapun untuk beberapa tahun."; "Saya akan memberikan simpanan saya jika...", "kalau saja saya sadar sebelumnya..." dan sebagainya.

4. Depression (Depresi)

Depresi adalah puncaknya, ketika rasa duka cita terjadi berlarut-larut. Dalam tahap ini, individu akan mengalami kesedihan, kekhawatiran dan kegelisahan yang sangat mendalam sampai tidak punya semangat hidup. Dalam tahapan ini individu menunjukkan sikap menarik diri, bersikap sangat penurut, menyatakan keputusan, kesedihan, keragu-raguan, merasa tidak berharga, bahkan cenderung mengisolasi diri dari lingkungan. Tidak disarankan untuk mencoba menghibur individu yang berada pada tahapan ini. Fase ini dapat berakhir ketika seseorang mendapatkan klarifikasi dan jaminan yang dapat meyakinkan bahwa hidup mereka akan baik-baik saja. Depresi ini bisa jadi sebuah persiapan untuk melepas dan menerima seluruh keadaan. Fase ini dapat berkurang dengan afeksi berupa pelukan dan pujian. Respon psikologis yang muncul misalnya "Saya sangat sedih, mengapa perduli dengan lainnya?"; "Saya akan mati.. Apa keuntungannya?"; "Saya merindukan orang yang saya cintai, mengapa melanjutkan?".

5. Acceptance (Penerimaan)

Tahapan terakhir, ketika individu sudah mulai menerima kenyataan dengan ikhlas, tenang, emosi mulai kembali stabil dan mulai memandang ke depan. Mengambil hikmah dan menyadari kalau kematian itu pasti terjadi pada siapapun, dan waktulah yang menentukan. Reaksi psikologis yang muncul misalnya “ semuanya akan baik-baik saja, dan aku bisa menghadapi ini”.

TIPE BERDUKA

North American Nursing Diagnosis Association atau NANDA merumuskan ada dua tipe dari berduka yaitu berduka diantisipasi dan berduka disfungsional. Berduka diantisipasi adalah suatu status yang merupakan pengalaman individu dalam merespon kehilangan yang aktual ataupun yang dirasakan seseorang, hubungan/kedekatan, objek atau ketidakmampuan fungsional sebelum terjadinya kehilangan. Tipe ini masih dalam batas normal.

Tanda dan Gejala berduka diantisipasi Menurut Nanda (2005) adalah:

1. Marah

2. Menolak potensial kehilangan
3. Menolak kehilangan yang signifikan
4. Mengekspresikan distress dari potensial kehilangan
5. Rasa bersalah
6. Perubahan kebiasaan, makan, pola tidur, pola mimpi
7. Perubahan tingkat aktivitas
8. Perubahan pola komunikasi
9. Perubahan libido
10. Tawar menawar
11. Kesulitan mengatikan yang baru atau peran yang berbeda
12. Potensial kehilangan objek yang signifikan (misal : orang, hak milik, pekerjaan, status, rumah, bagian dan proses tubuh)
13. Berduka cita

Sedangkan, berduka disfungsional adalah suatu status yang merupakan pengalaman individu yang responnya dibesar-besarkan saat individu kehilangan secara aktual maupun potensial, hubungan, objek dan ketidakmampuan fungsional. Tipe ini kadang-kadang menjurus ke tipikal, abnormal, atau kesalahan/kekacauan.

FASE BERDUKA

Menurut teori Rondo dalam Yusuf (2015) menjelaskan proses berduka meliputi tiga fase, yaitu:

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

JENIS BERDUKA

Berikut ini beberapa jenis berduka:

1. Berduka normal, terdiri atas perasaan, perilaku, dan reaksi yang normal terhadap kehilangan. Misalnya, kesedihan, kemarahan, menangis, kesepian, dan menarik diri dari aktivitas untuk sementara.
2. Berduka antisipatif, yaitu proses “melepaskan diri” yang muncul sebelum kehilangan atau kematian yang sesungguhnya terjadi. Misalnya, ketika menerima diagnosis terminal, seseorang akan memulai proses perpisahan dan menyelesaikan berbagai urusan di dunia sebelum ajalnya tiba.
3. Berduka yang rumit, dialami oleh seseorang yang sulit untuk maju ke tahap berikutnya, yaitu tahap kedukaan normal. Masa berkabung seolah-olah tidak kunjung berakhir dan dapat mengancam hubungan orang yang bersangkutan dengan orang lain.

4. Berduka tertutup, yaitu kedukaan akibat kehilangan yang tidak dapat diakui secara terbuka. Contohnya : kehilangan pasangan karena AIDS, anak yang mengalami kematian orat tua tiri, atau ibu yang kehilangan anaknya di kandungan atau ketika bersalin.

PROSES KEPERAWATAN

Pengkajian

Menurut SDKI 2016, gejala dan tanda mayor-minor berduka antara lain :

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. Merasa sedih
2. Merasa bersalah atau menyalahkan orang lain
3. Tidak menerima kehilangan
4. Merasa tidak ada harapan

Objektif

1. Menangis
2. Pola tidur berubah
3. Tidak mampu berkonsentrasi

Gejala dan tanda minor

Subjektif

1. Mimpi buruk atau pola mimpi berubah
2. Merasa tidak berguna
3. Fobia

Objektif

1. Marah
2. Tampak panik
3. Fungsi imunitas terganggu

Diagnosis Keperawatan

Berduka berhubungan dengan

1. Kematian keluarga atau orang yang berarti.
2. Antisipasi kematian keluarga atau orang yang berarti.
3. Kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, status, bagian tubuh, hubungan sosial)
4. Antisipasi kehilangan (objek, pekerjaan, fungsi, status, bagian tubuh, hubungan sosial)

Rencana Keperawatan

Berduka

Tabel 12.2
Intervensi pada Diagnosis Keperawatan dengan Berduka

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3	4
1	Berduka berhubungan dengan kematian anggota keluarga dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak menerima kehilangan, merasa sedih, merasa bersalah, merasa tidak ada harapan, menangis, tidak mampu berkonsentrasi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... pertemuan, tingkat berduka membaik dengan kriteria hasil : (1) Verbalisasi menerima kehilangan meningkat (2) Verbalisasi harapan meningkat (6) Verbalisasi perasaan sedih menurun (7) Verbalisasi perasaan bersalah atau menyalahkan orang lain menurun (8) Menangis menurun (9) Konsentrasi membaik	<p>Intervensi Utama: Dukungan Proses Berduka</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Identifikasi kehilangan yang dihadapi (2) Identifikasi proses berduka yang dialami (3) Identifikasisifat keterikatan pada benda yang hilang atau orang yang meninggal (4) Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (5) Tunjukkan sikap menerima dan empati (6) Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan (7) Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat (8) Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama, dan norma sosial (9) Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (mis. membaca buku, menulis, menggambar atau bermain) (10) Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (11) Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar menawar, sepresi, dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan (12) Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan (13) Anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan

		<p>(14) Anjurkan melewati proses berduka secara bertahap</p> <p>Dukungan Emosional</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien</p> <p>(2) Identifikasi hal yang telah memicu emosi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(3) Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih</p> <p>(4) Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka</p> <p>(5) Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis. merangkul, menepuk-nepuk)</p> <p>(6) Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu</p> <p>(7) Kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(8) Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu</p> <p>(9) Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis. ansietas, marah, sedih)</p> <p>(10) Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan</p> <p>(11) Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>(12) Rujuk untuk konseling, jika perlu</p>
--	--	---

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Seorang perempuan berumur 44 tahun membawa suaminya ke UGD karena menjadi korban kecelakaan, perempuan tersebut berteriak histeris tak terbendung setelah suaminya meninggal. Perempuan inipun mengatakan “Dia harusnya masih hidup, saya tidak percaya ini terjadi.”
Apakah tahapan berduka pada pasien tersebut ?
 - a. Denial
 - b. Angger
 - c. Depresi
 - d. Bargaining
 - e. Acceptance
2. Seorang perempuan berumur 28 tahun didiagnosis kanker rahim stadium 3, pasien selalu berkata “suster jika saya masih diberi kepercayaan oleh Tuhan, saya ingin sembuh dan ingin mempunyai anak sekalipun hanya satu”.
Apakah tahapan berduka pada pasien tersebut ?
 - a. Denial
 - b. Angger
 - c. Depresi
 - d. Bargaining
 - e. Acceptance
3. Ketika seseorang menerima diagnosis penyakit terminal dimana orang tersebut akan memulai proses perpisahan dan menyelesaikan berbagai urusan di dunia sebelum ajal tiba.
Apakah jenis berduka yang dialami pasien tersebut ?
 - a. Berduka normal
 - b. Berduka terbuka
 - c. Berduka tertutup
 - d. Berduka antisipatif
 - e. Berduka yang rumit
4. Seseorang kehilangan pasangan karena menderita AIDS, dimana kedukaan akibat kehilangan tersebut tidak dapat diakui secara terbuka
Apakah jenis berduka yang dialami pasien tersebut ?
 - a. Berduka normal
 - b. Berduka terbuka
 - c. Berduka tertutup
 - d. Berduka antisipatif
 - e. Berduka yang rumit
5. Seorang laki-laki berumur 22 tahun di rawat di Rumah Sakit Jiwa karena lebih suka menyendiri di rumah dan sibuk di dunianya sendiri bermain Tik Tok selama satu bulan terakhir. Pasien sebelumnya setiap hari hobi bermain Mobil Legend (ML) dan kelas op kelan dengan level tinggi namun kedua game tersebut sudah hilang di hack orang lain. Pada saat pengkajian pasien terlihat sangat gelisah, mondar mandir, tegang, penampilan kotor, gagap, kadang ketakutan, dan terkadang tampak sedih. Pada saat dikaji pasien mengatakan ia masih merasakan kehilangan dengan game-game kesukaannya tersebut dan Tik Tok tidak bisa menggantikan hidupnya.
Apakah masalah keperawatan pada pasien tersebut?
 - a. Berduka
 - b. Risiko cedera
 - c. Ketidakberdayaan
 - d. Perilaku kekerasan
 - e. Defisit Perawatan Diri

BAB 13

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 defisit perawatan diri.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

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

1. Menjelaskan pengertian defisit perawatan diri.
2. Menjelaskan penyebab defisit perawatan diri.
3. Menjelaskan kondisi klinis terkait defisit perawatan diri
4. Menjelaskan lingkup defisit perawatan diri.
5. Menjelaskan proses terjadinya defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa.
6. Menjelaskan proses keperawatan defisit perawatan diri.

PENGERTIAN

Defisit perawatan diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. (SDKI, 2016). 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, menyisir rambut, pakaiannya 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.

PENYEBAB

1. Gangguan muskuloskeletal
2. Gangguan neuromuskuler
3. Kelemahan
4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik
5. Penurunan motivasi/minat
6. Kendala lingkungan

KONDISI KLINIS TERKAIT

1. Demensia
2. Delirium
3. Psikotik
4. Skizofrenia
5. Depresi
6. Gangguan persepsi
7. Gangguan muskuloskeletal

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. Berpakaian
Ketidakmampuan dalam mengenakan atau melepas pakaian secara mandiri.
3. Berdandan atau berhias
Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.
4. Makan
Mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.
5. *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, berpakaian secara mandiri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan *toileting* (buang air besar [BAB] atau buang air kecil [BAK]) secara mandiri.

PROSES KEPERAWATAN

Pengkajian

Menurut SDKI 2016; Keliat 2019, gejala dan tanda mayor-minor defisit perawatan diri antara lain :

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. Menolak melakukan perawatan diri : kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi
2. Menyampaikan ketidakinginan melakukan perawatan diri : kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi
3. Menyatakan tidak tahu cara perawatan diri: kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi

Objektif

1. Kulit, rambut, gigi, kuku kotor
2. Pakaian kotor, tidak rapi dan tidak tepat
3. Makan dan minum tidak beraturan
4. BAB dan BAK tidak pada tempatnya
5. Lingkungan tempat tinggal kotor dan tidak rapi
6. Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/melepas pakaian/makan/ketoilet/berhias secara mandiri
7. Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan tanda minor

Subjektif

Tidak tersedia

Objektif

1. Ketidakmampuan menyiapkan perlengkapan mandi

Diagnosis Keperawatan

Defisit perawatan diri berhubungan dengan :

1. Gangguan muskuloskeletal
2. Gangguan neuromuskuler
3. Kelemahan
4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik
5. Penurunan motivasi/minat
6. Kendala lingkungan

Rencana Keperawatan

Defisit perawatan diri

Tabel 13.1
Intervensi pada Diagnosis Keperawatan dengan Defisit Perawatan Diri

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3	4
1	Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan minat dibuktikan dengan pasien menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi secara mandiri, tidak mampu berpakaian secara mandiri, minat melakukan perawatan diri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... pertemuan, perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : (1)Kemampuan mandi meningkat (2)Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (3)Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (4)Minat melakukan perawatan diri meningkat	Intervensi Utama: Dukungan Perawatan Diri <i>Observasi</i> (1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia (2) Monitor tingkat kemandirian (3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan <i>Terapeutik</i> (4) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks dan privasi) (5) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi dan sabun mandi) (6) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri (7) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan

	kurang	<p>(8) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>(9) Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(10) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p> <p>Dukungan Perawatan Diri : BAB/BAK</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia</p> <p>(2) Monitor integritas kulit pasien</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(3) Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi</p> <p>(1) Dukung penggunaan toilet/commode/ pispot/ urinal secara konsisten</p> <p>(2) Jaga privasi selama eliminasi</p> <p>(3) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu</p> <p>(4) Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan</p> <p>(5) Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu</p> <p>(6) Sediakan alat bantu (mis: kateter eksterna dan interna)</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(7) Anjurkan BAK/BAB secara rutin</p> <p>(8) Anjurkan ke kamar mandi/ toilet, jika perlu</p> <p>Dukungan Perawatan Diri : Berpakaian</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(2) Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau</p> <p>(3) Sediakan pakaian pribadi, sesuai</p>
--	--------	--

		<p>kebutuhan</p> <p>(4) Fasilitasi menggunakan pakaian, jika perlu</p> <p>(5) Fasilitasi berhias (mis. menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot)</p> <p>(6) Jaga privasi selama berpakaian</p> <p>(7) Tawarkan untuk laundry, jika perlu</p> <p>(8) Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(9) Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu</p> <p>(10) Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu</p> <p>Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>(1) Identifikasi diet yang dianjurkan</p> <p>(2) Monitor kemampuan menelan</p> <p>(3) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>(4) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan</p> <p>(5) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum</p> <p>(6) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>(7) Letakkan makanan di sisi mata yang sehat</p> <p>(8) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan</p> <p>(9) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan</p> <p>(10) Sediakan makanan dan minuman yang disukai</p> <p>(11) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian</p> <p>(12) Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>(13) Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan</p>
--	--	---

			<p>arah jarum jam (mis. sayur di jam 12, rendang di jam 3)</p> <p><i>Kolaborasi</i> (14) Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesik, antiemetik), sesuai indikasi</p> <p>Dukungan Perawatan Diri : Mandi <i>Observasi</i> (1) Identifikasi diet yang dianjurkan (2) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan (3) Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) (4) Monitor integritas kulit</p> <p><i>Terapeutik</i> (5) Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) (6) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman (7) Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan (8) Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan (9) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri (10) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p> <p><i>Edukasi</i> (11) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan (12) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu</p>
--	--	--	--

Latihan soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Seorang laki-laki berumur 45 tahun, sudah satu minggu di rawat di bangsal psikiatri Rumah Sakit Jiwa. Saat dilakukan pengkajian, pasien tampak pucat, menolak berinteraksi, berpakaian lusuh, dan tercium bau tidak sedap. Saat ditanya apakah sudah mandi, pasien menggeleng dan menolak untuk dimandikan, Pasien berkata, "Buat apa mandi".
Apakah data objektif dari kasus tersebut ?
 - a. Pasien laki-laki
 - b. Buat apa mandi
 - c. Berpakaian lusuh
 - d. Sudah satu minggu
 - e. Di rawat di bangsal psikiatri

2. Seorang laki-laki berumur 50 tahun, sudah satu minggu di rawat di Rumah Sakit Jiwa. Hasil pengkajian rambut acak-acakan, pakaian kotor, tidak rapi, pada saat makan nasinya berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
Apakah masalah keperawatan dari kasus tersebut ?
 - a. Depresi
 - b. Isolasi sosial
 - c. Harga diri rendah
 - d. Resiko kekerasan
 - e. Defisit perawatan diri

3. Seorang perempuan berumur 26 tahun, di bawa keluarganya ke poliklinik jiwa karena sudah satu minggu tidak mau mandi, badan kotor dan bau, tidak mau makan dan bila makan berantakan. BAB dan BAK sembarangan.
Apakah rencana tindakan terapeutik pada intervensi utama dukungan perawatan diri yang dapat dilakukan pada pasien tersebut ?
 - a. Monitor tingkat kemandian
 - b. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
 - c. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
 - d. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
 - e. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan

4. Seorang laki-laki berumur 20 tahun di bawa ke Rumah Sakit Jiwa karena sudah 6 hari mengurung diri dan tidak mau beraktivitas. Hasil observasi : penampilan pasien berantakan, tercium bau pesing, bau mulut dan gigi kotor. Hasil pengkajian : pasien mengatakan "Saya malas melakukan kegiatan apapun!"
Apakah rencana tindakan terapeutik pada intervensi utama dukungan perawatan diri yang dapat dilakukan pada pasien tersebut ?
 - a. Monitor tingkat kemandian
 - b. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
 - c. Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu
 - d. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
 - e. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan

5. Seorang perempuan berumur 25 tahun di bawa ke Rumah Sakit Jiwa karena sejak 1 minggu pasien BAK sembarangan, tercium bau pesing dan celana tidak mau diganti.
Apakah lingkup defisit perawatan diri pasien tersebut ?

- a. Makan
- b. Berdandan
- c. Toileting
- d. Berpakaian
- e. Kebersihan diri

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L, J. (2013). *Nursing Diagnosis : Application to Clinical Practice*. 14th Ed. Philadelphia : Wolter Kluwer – Lippincott Williams & Wilkins
- Carr, A. (2001). *Family Therapy; Concepts, Process, and Practice*. New York: John Wiley & Sons. LTD.
- Creek, J. (1997). *Occupational Therapy and Mental Health*. London: Churcil Living Stone.

- Depkes RI Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. (1998). *Pedoman dan Juknis Home Visit*. Tidak dipublikasikan.
- 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.
- Depkes, RI. (2014). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013*. Jakarta : Depkes RI
- Fortinash, C.M dan Hollonday, P.A. (1995). *Psychiatric Nursing Plan*. St. Louis : Mosby Year Book
- 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.
- Hamid, A.Y. (2008). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Herdman, T.H., & Kamitsuru, S.ed. (2017). Keliat, B.A., Mediani, H.S., & Tahlil, T. Alih Bahasa (2017). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. Jakarta : EGC.
- Kaplan dan Sadock. (1997). *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Psikiatri Klinis*. Jilid 1. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Keliat, B.A., dan Akemat. (2004). *Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A., dan Akemat. (2007a). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A., Akemat, Helena, N.C.D., dan Nurhaeni, H. (2007). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A., Herawati N., Panjaitan R.U., dan Helena N. (1999). *Proses Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Kusumawati, Farida.dkk. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika
- Keliat, B.A., et all. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Lab/UPF Kedokteran Jiwa. (1994). *Pedoman Diagnosis dan Terapi*. RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- Maramis, W.F. (1991). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga University Press
- Maramis, W.F. (2006). *Mengurangi Risiko Gangguan Jiwa*. <http://www.suarakarya-online.com/news.html.id=157830> diakses tanggal 12 Nopember 2019 pukul 16.50 WIB
- Maramis, W.F. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 2. Surabaya : Airlangga University Press
- Maslim, Rusdi. (2004). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III)*. Jakarta: FK Jiwa Unika Atmajaya.
- Na'imah, Shylma. (2020). *Psikosis*. <https://hellosehat.com/kesehatan/penyakit/psikosis-adalah/> diakses tanggal 12 Nopember 2019 pukul 16.40 WIB
- Notosoedirjo, M. Latipun. (2001). *Kesehatan Mental; Konsep dan Penerapan*. Malang: UMM Press.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Cetakan II. Jakarta : DPP PPNI
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Cetakan II. Jakarta : DPP PPNI
- Potter & Perry. (2013). *Fundamentals of Nursing*. 8th Ed. St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier

- Reed, K.L. (2001). *Quick Reference to Occupational Therapy, 2nd Ed.* Frederick, Mayland: Aspen Publisher.
- Setyonegoro, K. (1983). *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental di Indonesia.* Jakarta : Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI.
- Stuart, G.W. dan Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing.* (7th edition). St. Louise: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. dan Laraia, M.T. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing.* (7th edition). St. Louise: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W.(2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa.* Edisi 5. Jakarta : EGC.
- Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. (2002). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3.* Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W. T., Keliat B.A., Parasibu J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart.* Edisi Indonesia 10. Elsevier : Mosby
- Suliswati, dkk. (2004). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa.* Jakarta: EGC.
- Suseno, Tutu April A. (2005). *Buku Ajar Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia : Kehilangan, Kematian dan Berduka dan Proses Keperawatan.* Jakarta : CV. Sagung Seto.
- 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.
- Varcarolis. (2006). *Fundamental of Psychiatric Nursing Edisi 5.* St. Louis : Elsevier.
- World Health Organization. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope.* Geneva : WHO.
- World Health Organization. (2008). *Investing in Mental Health.* Geneva : WHO.
- Yusuf, Ah., et all (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa.* Jakarta : Salemba Medika.