



KEPERAWATAN JIWA



Dyah Widodo • Juairiah • Pipin Sumantrie • Sharely Nursy Siringoringo
Andria Pragholapati • I Gede Purnawinadi • Aprida Manurung • Yulta Kadang
Novita Anggraini • Hardiyati • Sri Hunun Widiastuti
Tesha Hestyana Sari • Riska Amalya Nasution

KEPERAWATAN JIWA



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual,
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan,
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar, dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan, yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Keperawatan Jiwa

Dyah Widodo, Juairiah, Pipin Sumantrie
Sharely Nursy Siringoringo, Andria Praghlapati
I Gede Purnawinadi, Aprida Manurung, Yulta Kadang
Novita Anggraini, Hardiyati, Sri Hunun Widiastuti
Tesda Hestyana Sari, Riska Amalya Nasution



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Keperawatan Jiwa

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Dyah Widodo, Juairiah, Pipin Sumantrie
Sharely Nursy Siringoringo, Andria Pragholapati
I Gede Purnawinadi, Aprida Manurung, Yulta Kadang
Novita Anggraini, Hardiyati, Sri Hunun Widiastuti
Tesda Hestyana Sari, Riska Amalya Nasution

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Dyah Widodo., dkk.

Keperawatan Jiwa

Yayasan Kita Menulis, 2022

xvi; 198 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-380-9

Cetakan 1, Januari 2022

- I. Keperawatan Jiwa
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji dan syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan hidayahNya penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul “KEPERAWATAN JIWA”.

Kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan dan merupakan kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, mental dan sosial individu secara optimal, dan yang selaras dengan perkembangan orang lain. Permasalahan kesehatan jiwa telah menjadi masalah kesehatan yang belum terselesaikan di masyarakat, baik tingkat global maupun nasional, terlebih pada masa pandemi COVID-19, seperti yang dilansir oleh Kemenkes RI pada tanggal 07 Oktober 2021. Oleh karena itu perlu keterlibatan semua pihak dalam penanganannya, termasuk bidang keperawatan.

Kehadiran buku ini diharapkan dapat membantu mahasiswa keperawatan agar dapat mempelajari secara komprehensif tentang keperawatan jiwa, sehingga dapat dengan mudah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan berbagai masalah keperawatan kesehatan jiwa.

Buku ini terdiri dari 13 Bab, yaitu:

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

Bab 2 Konsep Model Keperawatan Jiwa

Bab 3 Psikofarmaka Dan Terapi Modalitas

Bab 4 Asuhan Keperawatan Jiwa Anak Dan Remaja

Bab 5 Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi

Bab 6 Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Masyarakat

Bab 7 Harga Diri Rendah

Bab 8 Asuhan Keperawatan Klien Dengan Isolasi Sosial

Bab 9 Asuhan Keperawatan Klien Risiko Perilaku Kekerasan (Rpk)

Bab 10 Asuhan Keperawatan Klien DPD (Defisit Perawatan Diri)

Bab 11 Asuhan Keperawatan Jiwa Kehilangan Dan Berduka

Bab 12 Asuhan Keperawatan Klien Ansietas

Bab 13 Program Kesehatan Jiwa Di Indonesia

Besar harapan penulis, semoga buku ini dapat memberikan manfaat dan memperkaya khazanah ilmu pengetahuan khususnya tentang keperawatan kesehatan jiwa.

Malang, Januari 2022
a.n Tim Penulis

Dyah Widodo

Daftar Isi

| | |
|----------------------|------|
| Kata Pengantar | v |
| Daftar Isi | vii |
| Daftar Gambar | xiii |
| Daftar Tabel | xv |

Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

| | |
|--|----|
| 1.1 Pendahuluan | 1 |
| 1.2 Konsep Sehat Jiwa..... | 2 |
| 1.2.1 Pengertian Sehat Jiwa..... | 2 |
| 1.2.2 Karakteristik Sehat Jiwa..... | 3 |
| 1.3 Konsep Gangguan Jiwa | 5 |
| 1.3.1 Batasan Gangguan Jiwa | 5 |
| 1.3.2 Sumber Penyebab Gangguan Jiwa..... | 6 |
| 1.3.3 Klasifikasi Gangguan Jiwa | 6 |
| 1.4 Konsep Keperawatan Jiwa..... | 7 |
| 1.4.1 Pengertian Keperawatan Jiwa..... | 7 |
| 1.4.2 Falsafah Keperawatan Jiwa | 8 |
| 1.4.3 Peran Dan Fungsi Keperawatan Jiwa | 9 |
| 1.4.4 Standar Praktik Keperawatan Jiwa..... | 10 |
| 1.4.5 Aspek Etik Dan Legal Dalam Keperawatan Jiwa..... | 13 |

Bab 2 Konsep Model Keperawatan Jiwa

| | |
|--|----|
| 2.1 Pendahuluan | 17 |
| 2.2 Model Konseptual Dalam Keperawatan Jiwa | 18 |
| 2.2.1 Model Psikoanalitik..... | 19 |
| 2.2.2 Model Interpersonal..... | 20 |
| 2.2.3 Model Perilaku..... | 21 |
| 2.2.4 Model Kognitif | 22 |
| 2.2.5 Model Perkembangan | 22 |
| 2.2.6 Model Neurobiologik | 22 |
| 2.3 Model Konseptual Keperawatan Jiwa Teori Menurut Para Ahli..... | 23 |
| 2.3.1 Hildegard Peplau (Hubungan Interpersonal)..... | 23 |
| 2.3.2 Ida Jean Orlando (Pelletier) | 23 |
| 2.3.3 Imogene King (Sistem Dinamika Interaksi)..... | 23 |

| | |
|--|----|
| 2.3.4 Dorothea E. Orem..... | 24 |
| 2.3.5 Calista Roy (Adaptasi) | 24 |
| 2.3.6 Jean Watson (Transpersonal Caring) | 24 |
| 2.3.7 Katherine Kolcaba (Kenyamanan)..... | 24 |

Bab 3 Psikofarmaka Dan Terapi Modalitas

| | |
|--|----|
| 3.1 Pendahuluan..... | 25 |
| 3.2 Therapi Psikofarmaka | 26 |
| 3.2.1 Anti Psikotik..... | 29 |
| 3.2.2 Anti Depresan | 31 |
| 3.2.3 Antiansietas. | 33 |
| 3.2.4 Anti Maniak (Mood Stabilizer) | 34 |
| 3.3 Terapi Modalitas Dalam Keperawatan | 36 |
| 3.3.1 Terapi Individu..... | 37 |
| 3.3.2 Terapi Lingkungan | 38 |
| 3.3.3 Terapi Biologis..... | 39 |
| 3.3.4 Terapi Kognitif..... | 39 |
| 3.3.5 Terapi Keluarga | 39 |
| 3.3.6 Terapi Kelompok..... | 40 |
| 3.3.7 Terapi Prilaku..... | 41 |
| 3.3.8 Terapi Bermain | 41 |
| 3.3.9 Terapi Relaksasi Authogenik..... | 42 |

Bab 4 Asuhan Keperawatan Jiwa Anak Dan Remaja

| | |
|---|----|
| 4.1 Pendahuluan..... | 45 |
| 4.2 Masalah Kesehatan Jiwa Pada Anak Dan Remaja | 50 |
| 4.2.1 Gangguan Perkembangan Perilaku | 50 |
| 4.2.2 Sindrom Tourette | 55 |
| 4.2.3 Gangguan Makan | 56 |
| 4.2.4 Gangguan Alam Perasaan..... | 57 |
| 4.2.5 Gangguan Ansietas..... | 58 |
| 4.2.6 Penganiayaan Dan Kekerasan | 59 |

Bab 5 Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi

| | |
|--------------------------------|----|
| 5.1 Pendahuluan..... | 65 |
| 5.2 Faktor Penyebab | 66 |
| 5.2.1 Faktor Predisposisi..... | 66 |
| 5.2.2 Faktor Presipitasi | 67 |
| 5.3 Tanda Dan Gejala..... | 68 |

| | |
|--|----|
| 5.4 Diagnosa Keperawatan | 70 |
| 5.5 Jenis Halusinasi..... | 72 |
| 5.6 Intervensi Keperawatan..... | 73 |
| 5.7 Pemeriksaan Penunjang | 74 |
| 5.8 Evaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa | 74 |

Bab 6 Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Masyarakat

| | |
|--|----|
| 6.1 Pendahuluan | 77 |
| 6.2 Keperawatan Jiwa Di Komunitas..... | 79 |
| 6.2.1 Konsep Penting Kesehatan Jiwa Dalam Masyarakat | 79 |
| 6.2.2 Determinan Kesehatan Mental Dalam Masyarakat | 81 |
| 6.3 Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Di Komunitas | 83 |
| 6.3.1 Pengkajian | 84 |
| 6.3.2 Diagnosis | 86 |
| 6.3.3 Rencana Tindakan Keperawatan..... | 87 |
| 6.3.4 Implementasi Tindakan Keperawatan | 87 |
| 6.3.5 Evaluasi | 88 |

Bab 7 Harga Diri Rendah

| | |
|---|-----|
| 7.1 Pendahuluan..... | 89 |
| 7.2 Rentang Respon..... | 90 |
| 7.2.1 Rentang Respon Adaptif..... | 90 |
| 7.3 Asuhan Keperawatan | 91 |
| 7.3.1 Pengkajian | 91 |
| 7.3.2 Diagnosa..... | 98 |
| 7.3.3 Intervensi Keperawatan..... | 99 |
| 7.3.4 Implementasi Keperawatan | 101 |
| 7.3.5 Evaluasi Keperawatan..... | 101 |
| 7.4 Strategi Komunikasi Pelaksanaan | 101 |

Bab 8 Asuhan Keperawatan Klien Dengan Isolasi Sosial

| | |
|--|-----|
| 8.1 Pendahuluan..... | 105 |
| 8.2 Konsep Dasar Isolasi Sosial..... | 106 |
| 8.2.1 Pengertian Isolasi Sosial..... | 106 |
| 8.2.2 Penyebab Terjadinya Isolasi Sosial | 107 |
| 8.2.3 Tanda Dan Gejala Pasien Dengan Isolasi Sosial..... | 110 |
| 8.3 Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Isolasi Sosial | 111 |
| 8.3.1 Tujuan Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Isolasi Sosial | 111 |
| 8.3.2 Pengkajian Keperawatan Pasien Dengan Isolasi Sosial | 112 |

| | | |
|---|---|-----|
| 8.3.3 | Diagnosis Keperawatan Pasien Dengan Isolasi Sosial | 113 |
| 8.3.4 | Rencana Keperawatan Pasien Dengan Isolasi Sosial | 113 |
| 8.3.5 | Tindakan Keperawatan Pasien Dengan Isolasi Sosial | 114 |
| 8.3.6 | Evaluasi Keperawatan Pasien Dengan Isolasi Sosial..... | 117 |
| | | |
| Bab 9 Asuhan Keperawatan Klien Risiko Perilaku Kekerasan (Rpk) | | |
| 9.1 | Pendahuluan..... | 119 |
| 9.2 | Respon Perilaku..... | 120 |
| 9.3 | Etiologi..... | 121 |
| 9.3.1 | Faktor Predisposisi..... | 121 |
| 9.3.2 | Faktor Presipitasi | 122 |
| 9.3.3 | Faktor Risiko..... | 123 |
| 9.4 | Tanda Dan Gejala..... | 125 |
| 9.5 | Patofisiologi | 125 |
| 9.6 | Mekanisme Koping | 126 |
| 9.7 | Diagnosis Keperawatan | 126 |
| 9.8 | Identifikasi Tujuan..... | 127 |
| 9.9 | Perencanaan | 127 |
| 9.10 | Implementasi..... | 128 |
| 9.11 | Evaluasi | 130 |
| | | |
| Bab 10 Asuhan Keperawatan Klien DPD (Defisit Perawatan Diri) | | |
| 10.1 | Pendahuluan..... | 131 |
| 10.2 | Defisit Perawatan Diri..... | 132 |
| 10.2.1 | Proses Terjadinya Masalah | 132 |
| 10.2.2 | Tanda Dan Gejala..... | 133 |
| 10.3 | Proses Keperawatan Defisit Perawatan Diri..... | 134 |
| 10.3.1 | Tindakan Keperawatan Defisit Perawatan Diri..... | 136 |
| 10.3.2 | Tindakan Keperawatan Untuk Pasien Defisit Perawatan Diri | 137 |
| 10.3.3 | Tindakan Keperawatan | 138 |
| 10.3.4 | Evaluasi Kemampuan Pasien Dan Keluarga Dalam Defisit Perawatan Diri | 139 |
| 10.3.5 | Evaluasi Kemampuan Keluarga Defisit Perawatan Diri Berhasil Apabila Keluarga Dapat: | 139 |
| | | |
| Bab 11 Asuhan Keperawatan Jiwa Kehilangan Dan Berduka | | |
| 11.1 | Pendahuluan..... | 143 |
| 11.2 | Teori Dan Konsep Kehilangan Dan Berduka | 145 |
| 11.2.1 | Kehilangan | 145 |

| | |
|--|-----|
| 11.2.2 Berduka | 148 |
| 11.3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kehilangan Dan Berduka | 153 |

Bab 12 Asuhan Keperawatan Klien Ansietas

| | |
|---|-----|
| 12.1 Konsep..... | 161 |
| 12.2 Batasan Karakteristik | 162 |
| 12.3 Predisposisi Dan Presipitasi..... | 164 |
| 12.4 Tanda Dan Gejala..... | 165 |
| 12.5 Kondisi Klinis Terkait..... | 166 |
| 12.6 Tujuan Asuhan Keperawatan | 167 |
| 12.7 Tindakan Keperawatan Pada Klien..... | 167 |
| 12.8 Tindakan Keperawatan Pada Keluarga Klien Ansietas..... | 170 |
| 12.9 Tindakan Kolaborasi | 171 |

Bab 13 Program Kesehatan Jiwa Di Indonesia

| | |
|---|-----|
| 13.1 Pendahuluan..... | 173 |
| 13.2 Program Kesehatan Jiwa Di Tingkat Pertama | 174 |
| 13.2.1 Kegiatan Promotif..... | 174 |
| 13.2.2 Kegiatan Preventif..... | 174 |
| 13.2.3 Kegiatan Kuratif | 177 |
| 13.2.4 Kegiatan Rehabilitatif..... | 179 |
| 13.3 Upaya Atau Kegiatan Program Pencegahan Dan Pengendalian Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan | 179 |

| | |
|-----------------------|-----|
| Daftar Pustaka | 181 |
| Biodata Penulis | 191 |

Daftar Gambar

| | |
|---|-----|
| Gambar 6.1: Determinan Sosial Kesehatan Mental | 81 |
| Gambar 6.2: Contoh Pohon Masalah | 85 |
| Gambar 7.1: Rentang Respon Konsep Diri | 90 |
| Gambar 8.1: Pohon Masalah pada pasien dengan Isolasi Sosial..... | 113 |
| Gambar 9.1: Pohon masalah diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan | 126 |

Daftar Tabel

| | |
|---|-----|
| Tabel 2.1: Model Konseptual..... | 18 |
| Tabel 3.1: Daftar Obat Antipsikotik dan Dosis Pemakaian..... | 29 |
| Tabel 3.2: Daftar Obat Antidepresan Dan Dosis Pemakaian | 32 |
| Tabel 3.3: Daftar Obat Antiansietas dan Dosis Pemakaian | 34 |
| Tabel 4.1: Pedoman Obat yang Digunakan untuk Gangguan Kesehatan Mental Pediatrik | 46 |
| Tabel 4.2: Jenis Terapi..... | 49 |
| Tabel 5.1: Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Berdasarkan SDKI, SIKI, SLKI ... | 75 |
| Table 7.1: Intervensi Harga Diri Rendah Individu..... | 99 |
| Tabel 7.2: Intervensi Harga Diri Rendah Keluarga..... | 100 |
| Tabel 7.3: Strategi Pelaksanaan Keperawatan Pertama dengan Masalah HDR | 101 |
| Tabel 7.4: Strategi Pelaksanaan Keperawatan Kedua dengan Masalah HDR .. | 103 |
| Tabel 10.1: Dokumentasi Keperawatan..... | 140 |
| Tabel 11.1: Tahap Berduka Kubler - Ross | 149 |
| Tabel 11.2: Tahap berduka menurut Engel..... | 150 |
| Tabel 11.3: Dimensi Respon dan Manifestasi Gejala | 151 |

Bab 1

Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

1.1 Pendahuluan

Masalah kesehatan jiwa telah menjadi masalah kesehatan yang belum terselesaikan di masyarakat, baik pada tingkat global maupun nasional, terlebih di masa pandemi COVID-19, seperti yang dilansir oleh Kemenkes RI pada tanggal 07 Oktober 2021 (Widyawati, 2021). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, menunjukkan lebih dari 19 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami gangguan mental emosional, dan lebih dari 12 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami depresi (Widyawati, 2021). Data tersebut menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa masih sangat perlu untuk diperhatikan. Begitu pentingnya masalah kesehatan jiwa ini, maka tanggal 10 Oktober, dunia memperingati "World Mental Health Day" atau Hari Kesehatan Mental Sedunia (Satria, 2021).

Penanganan masalah kesehatan jiwa perlu keterlibatan semua pihak, termasuk bidang keperawatan. Kehadiran perawat sebagai petugas kesehatan yang berada disamping klien selama 24 jam menjadi sangat penting. Pelaksanaan asuhan keperawatan harus dilaksanakan secara komprehensif dan holistik, termasuk monitor dan evaluasi kondisi kesehatan mental dari klien gangguan

jiwa. Pada kondisi riil, kita dapat menemukan bahwa manifestasi gangguan mental yang dialami klien gangguan jiwa sangat beragam. Oleh karena itu pemahaman tentang konsep dasar keperawatan jiwa harus dikuasai dengan baik oleh perawat.

1.2 Konsep Sehat Jiwa

Kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan dan merupakan kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, mental dan sosial individu secara optimal, dan yang selaras dengan perkembangan orang lain. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, dalam Bab I pasal 1 ayat 1, yang dimaksud kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Indonesia, 2009). Dalam pengertian sehat tersebut salah satunya tercantum unsur mental atau jiwa.

1.2.1 Pengertian Sehat Jiwa

Jiwa adalah unsur manusia yang bersifat nonmateri, tetapi fungsi dan manifestasinya sangat terkait pada materi (Yusuf, A.H and ,R & Nihayati, 2015). Jiwa yang sehat sulit didefinisikan dengan tepat. Meskipun demikian, ada beberapa indikator untuk menilai kesehatan jiwa.

Berikut disampaikan beberapa pengertian tentang sehat jiwa:

1. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 3 tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa, dalam penjelasan pasal 1, kesehatan jiwa adalah kesehatan jiwa (mental health) menurut faham ilmu kedokteran pada waktu sekarang adalah satu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang-orang lain. Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat-sifat yang harmonis (serasi) dan memperhatikan semua segi-segi dalam kehidupan manusia dan dalam hubungannya dengan manusia lain (Indonesia, 1966).

2. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, dalam Bab I pasal 1 ayat 1, kesehatan jiwa adalah kondisi di mana 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 (Indonesia, 2014)
3. Menurut Karl Menninger, orang yang sehat jiwanya adalah orang yang mempunyai kemampuan untuk menyesuaikan diri pada lingkungan, serta berintegrasi dan berinteraksi dengan baik, tepat, dan bahagia (Yusuf, A.H and ,R & Nihayati, 2015).
4. Menurut Michael Kirk Patrick, orang yang sehat jiwa adalah orang yang bebas dari gejala gangguan psikis, serta dapat berfungsi optimal sesuai apa yang ada padanya (Yusuf, A.H and ,R & Nihayati, 2015).
5. Menurut Clausen, orang yang sehat jiwa adalah orang yang dapat mencegah gangguan mental akibat berbagai stresor, serta dipengaruhi oleh besar kecilnya stresor, intensitas, makna, budaya, kepercayaan, agama, dan sebagainya (Yusuf, A.H and ,R & Nihayati, 2015).

1.2.2 Karakteristik Sehat Jiwa

Ciri-ciri atau karakteristik sehat jiwa menurut beberapa ahli, dijelaskan sebagai berikut:

1. Yahoda
Yahoda memberikan ciri-ciri sehat jiwa (Nurhalimah, 2016), sebagai berikut:
 - a. Memiliki sikap positif terhadap diri sendiri
 - b. Tumbuh, berkembang dan beraktualisasi
 - c. Menyadari adanya integrasi dan hubungan antara: masa lalu dan sekarang
 - d. Memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan dan tidak bergantung pada siapa pun
 - e. Memiliki persepsi sesuai dengan kenyataan
 - f. Mampu menguasai lingkungan dan beradaptasi

2. WHO (World Health Organisation/Organisasi Kesehatan Dunia)

WHO telah berhasil merumuskan kriteria sehat jiwa tahun 1959 dalam sidang di Geneva. WHO menyatakan bahwa, seseorang dikatakan sehat jiwa jika memiliki kriteria sebagai berikut (Nurhalimah, 2016):

- a. Individu mampu menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
- b. Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya.
- c. Merasa lebih puas memberi daripada menerima.
- d. Secara relatif bebas dari rasa tegang (stress), cemas dan depresi.
- e. Mampu berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan.
- f. Mampu menerima kekecewaan sebagai pelajaran yang akan datang
- g. Mempunyai rasa kasih sayang.

Selanjutnya pada tahun 1984, WHO menambahkan dimensi agama sebagai salah satu dari 4 pilar sehat jiwa yang disebut kesehatan secara holistik, yaitu (Nurhalimah, 2016):

- a. Sehat secara jasmani/ fisik (biologis)
- b. Sehat secara kejiwaan (psikiatri/psikologi)
- c. Sehat secara sosial
- d. Sehat secara spiritual (kerohanian/ agama).

Berdasarkan keempat dimensi sehat tersebut, the American Psychiatric Association mengadopsi menjadi paradigma pendekatan biopsyo-socio-spiritual. Di mana dalam perkembangan kepribadian seseorang mempunyai 4 dimensi holistik, yaitu: agama, organic biologique, psiko-edukatif dan sosial budaya.

3. MASLOW

Individu yang sehat jiwa menurut Maslow, memiliki ciri-ciri sebagai berikut (Nurhalimah, 2016):

- a. Persepsi realitas yang akurat
- b. Menerima diri sendiri, orang lain dan lingkungan

- c. Spontan
- d. Sederhana dan wajar

1.3 Konsep Gangguan Jiwa

1.3.1 Batasan Gangguan Jiwa

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, terdapat istilah Orang Dengan Masalah Kejiwaan yang selanjutnya disingkat ODMK dan Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ.

Pengertian kedua istilah tersebut sebagai berikut:

1. Orang Dengan Masalah Kejiwaan yang selanjutnya disingkat ODMK adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa (Indonesia, 2014).
2. Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (Indonesia, 2014).

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) atau hendaya (impairment) dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologis, dan gangguan itu tidak hanya terletak dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Maslim, 2013).

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, 2013).

1.3.2 Sumber Penyebab Gangguan Jiwa

Manusia adalah makhluk somato-psiko-sosial, oleh karena itu penyebab gangguan jiwa juga dapat bersumber dari unsur tersebut. Berikut adalah sumber penyebab gangguan jiwa menurut Maramis (2010) yang dikutip oleh (Yusuf, A.H and R & Nihayati, 2015):

1. Faktor somatik (somatogenik), yakni akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.
2. Faktor psikologik (psikogenik), yang terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antar saudara 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.

1.3.3 Klasifikasi Gangguan Jiwa

Klasifikasi diagnosis gangguan jiwa telah mengalami berbagai penyempurnaan. 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; Ah. Yusuf, dkk., 2015).

Secara singkat, klasifikasi diagnosis gangguan jiwa pada PPDGJ III sebagai berikut:

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

Klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, secara umum, dibagi jadi dua bagian, yaitu:

1. Gangguan jiwa berat/kelompok psikosa
2. Gangguan jiwa ringan, meliputi: semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan, dan sebagainya

1.4 Konsep Keperawatan Jiwa

1.4.1 Pengertian Keperawatan Jiwa

Menurut Stuart, Gail W.; Laraia (2005), batasan keperawatan jiwa, adalah suatu proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku, yang mengontribusi pada fungsi yang terintegrasi.

ANA (American Nurses Association) mendefinisikan keperawatan kesehatan jiwa adalah suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri secara terapeutik sebagai kiatnya. Menyimak pengertian tersebut, maka setiap perawat jiwa dituntut mampu menguasai bidangnya dengan menggunakan ilmu perilaku sebagai landasan berpikir dan berupaya sedemikian rupa sehingga dirinya dapat menjadi alat yang efektif dalam merawat pasien (Depkes RI, 1998; dalam Yusuf, A.H and R & Nihayati, 2015).

Penggunaan diri secara terapeutik tercermin dalam penerapan komunikasi terapeutik. Perawat harus mampu membina hubungan saling percaya (trust) agar pasien dapat mempercayai perawat sebagai tempat menyampaikan masalah kesehatannya dalam rangka pengkajian, merumuskan masalah keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi kondisi kesehatan jiwa pasien. Seorang perawat harus dapat menggunakan dirinya sebagai seorang penolong (helper).

1.4.2 Falsafah Keperawatan Jiwa

Keperawatan jiwa memiliki beberapa keyakinan mendasar yang digunakan dalam merawat pasien gangguan jiwa, sebagai berikut (Depkes RI, 1998; dalam Yusuf, A.H and R & Nihayati, 2015).

1. Individu memiliki harkat dan martabat, sehingga setiap individu perlu dihargai.
2. Tujuan individu meliputi tumbuh, sehat, otonomi, dan aktualisasi diri.
3. Setiap individu mempunyai potensi untuk berubah.
4. Manusia adalah makhluk holistik yang berinteraksi dan bereaksi dengan lingkungan sebagai manusia yang utuh.
5. Setiap orang memiliki kebutuhan dasar yang sama.
6. Semua perilaku individu adalah bermakna.
7. Perilaku individu meliputi persepsi, pikiran, perasaan, dan tindakan.
8. Individu memiliki kapasitas coping yang bervariasi, yang dipengaruhi oleh kondisi genetik, lingkungan, kondisi stres, dan sumber yang tersedia.
9. Sakit dapat menumbuhkan dan mengembangkan psikologis bagi individu.

10. Setiap orang mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama.
11. Kesehatan mental adalah komponen kritis dan penting dari pelayanan kesehatan yang komprehensif.
12. Individu mempunyai hak untuk berpartisipasi dalam pembuatan keputusan untuk kesehatan fisik dan mentalnya.
13. Tujuan keperawatan adalah meningkatkan kesejahteraan, memaksimalkan fungsi (meminimalkan kecacatan/ketidakmampuan), dan meningkatkan aktualisasi diri.
14. Hubungan interpersonal dapat menghasilkan perubahan dan pertumbuhan pada individu.

1.4.3 Peran dan Fungsi Keperawatan Jiwa

Ketika membahas tentang aspek legal maka tidak akan lepas dari peran dan fungsi keperawatan jiwa. Peran dan fungsi perawat jiwa telah berkembang secara kompleks. Peran perawat jiwa saat ini mencakup parameter: 1) kompetensi klinik; 2) advokasi pasien; 3) tanggung jawab fiskal (keuangan); 4) kolaborasi profesional; 5) akuntabilitas (tanggung gugat) sosial, serta; 6) kewajiban etik dan legal (Yusuf, A.H and ,R & Nihayati, 2015).

Dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa perawat dituntut melakukan aktivitas pada tiga area utama yaitu: 1) Aktivitas asuhan langsung, yaitu pemberian asuhan pada pasien maupun keluarga berdasarkan proses keperawatan; 2) Aktivitas komunikasi, yaitu komunikasi dengan pasien, dokumentasi asuhan keperawatan, maupun dalam tim misalnya konferensi kasus klinik dan; 3) Aktivitas pengelolaan/penatalaksanaan manajemen keperawatan (Yusuf, A.H and ,R & Nihayati, 2015).

Seorang perawat jiwa harus mampu melakukan hal-hal sebagai berikut (Yusuf, A.H and ,R & Nihayati, 2015):

1. Membuat pengkajian kesehatan biopsikososial yang peka terhadap budaya.
2. Merancang dan mengimplementasikan rencana tindakan untuk pasien dan keluarga dengan masalah kesehatan yang kompleks dan kondisi yang dapat menimbulkan sakit.

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

Seorang perawat jiwa harus mampu menjalankan peran fungsinya dengan baik, agar hasil asuhan yang mereka berikan pada pasien, keluarga, dan komunitas dapat optimal.

1.4.4 Standar Praktik Keperawatan Jiwa

Standar praktik klinik keperawatan jiwa menguraikan tingkat kompetensi dan kinerja perawat yang terlibat pada tiap tatanan praktik keperawatan kesehatan jiwa. Standar ini ditujukan kepada perawat yang memenuhi persyaratan pendidikan dan pengalaman praktik baik pada tingkat dasar atau tingkat lanjut keperawatan kesehatan jiwa. Adapun standar praktik keperawatan jiwa sebagai berikut (Stuart, 2007; dalam Yusuf, A.H and ,R & Nihayati, 2015):

1. Standar I Pengkajian
2. Perawat kesehatan jiwa mengumpulkan data kesehatan pasien.
3. Standar II Diagnosis
4. Perawat kesehatan jiwa menganalisis data pengkajian dalam menentukan diagnosis.
5. Standar III Identifikasi Hasil

6. Perawat kesehatan jiwa mengidentifikasi hasil yang diharapkan dan bersifat individual untuk tiap pasien.
7. Standar IV Perencanaan
8. Perawat kesehatan jiwa mengembangkan rencana asuhan yang menggambarkan intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan.
9. Standar V Implementasi
10. Perawat kesehatan jiwa mengimplementasikan intervensi yang teridentifikasi dalam rencana asuhan
 - a. Standar Va. Konseling
Perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi konseling untuk membantu pasien meningkatkan atau memperoleh kembali kemampuan koping, memelihara kesehatan mental, dan mencegah penyakit atau ketidakmampuan mental.
 - b. Standar Vb. Terapi Lingkungan
Perawat kesehatan jiwa memberikan, membentuk, serta mempertahankan suatu lingkungan yang terapeutik dalam kolaborasinya dengan pasien dan pemberi pelayanan kesehatan lain.
 - c. Standar Vc. Aktivitas Asuhan Mandiri
Perawat kesehatan jiwa membentuk intervensi sekitar aktivitas kehidupan sehari-hari pasien untuk memelihara asuhan mandiri dan kesejahteraan jiwa dan fisik.
 - d. Standar Vd. Intervensi Psikobiologis
Perawat kesehatan jiwa menggunakan pengetahuan intervensi psikobiologis dan menerapkan keterampilan klinis untuk memulihkan kesehatan pasien dan mencegah ketidakmampuan lebih lanjut.
 - e. Standar Ve. Penyuluhan Kesehatan
Perawat kesehatan jiwa, melalui penyuluhan kesehatan, serta membantu pasien dalam mencapai pola kehidupan yang memuaskan, produktif, dan sehat.

f. Standar Vf. Manajemen Kasus

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

g. Standar Vg. Pemeliharaan dan Peningkatan Kesehatan

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

Catatan:

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

h. Standar Vh. Psikoterapi

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

i. Standar Vi. Preskripsi Agen Farmakologis

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

j. Standar Vj. Konsultasi

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

11. Standar VI Evaluasi

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

1.4. 5 Aspek Etik dan Legal dalam Keperawatan Jiwa

Penerapan aspek etik dalam keperawatan jiwa sangat terkait dengan pemberian diagnosis, perlakuan atau cara merawat, hak pasien, stigma masyarakat, serta peraturan atau hukum yang berlaku. Seseorang yang telah didiagnosis gangguan jiwa, misal skizofrenia, maka dia akan dianggap sebagai orang yang mengalami pecah kepribadian (schizo = kepribadian, phren = pecah). Beberapa kriteria diagnosis menyebutkan gangguan jiwa adalah ketidakmampuan seseorang dalam mengadakan relasi dan pembatasan terhadap orang lain dan lingkungan (Yusuf, A.H and ,R & Nihayati, 2015). Dengan demikian, seseorang yang telah di diagnosis gangguan jiwa, berarti dia sudah tidak mampu lagi menjalin hubungan dengan lingkungan. Kondisi ini dapat menimbulkan stigma di masyarakat pada pasien gangguan jiwa. Padahal, setelah dipelajari ternyata gangguan jiwa sangat luas spektrumnya, yang dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa ada yang disebut dengan ODMK dan ODGJ.

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

Negara Republik Indonesia menjamin setiap orang hidup sejahtera lahir dan batin serta memperoleh pelayanan kesehatan yang merupakan amanat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Negara Republik Indonesia telah mengatur hak dan kewajiban klien gangguan jiwa Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (UU No. 18, 2014). Dalam Undang-Undang dimaksud, pada Bab V bagian kesatu diatur tentang hak dan kewajiban Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dalam pasal 68 dan 69, sebagai berikut:

Pasal 68, menyebutkan bahwa ODMK berhak:

1. Mendapatkan informasi yang tepat mengenai Kesehatan Jiwa;
2. Mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau;
3. Mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa sesuai dengan standar pelayanan Kesehatan Jiwa;
4. Mendapatkan informasi yang jujur dan lengkap tentang data kesehatan jiwanya termasuk tindakan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang Kesehatan Jiwa;
5. Mendapatkan lingkungan yang kondusif bagi perkembangan jiwa; dan
6. Menggunakan sarana dan prasarana yang sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan jiwa.

Pasal 69, menyebutkan bahwa:

ODMK berkewajiban memelihara kesehatan jiwanya dengan cara menjaga perilaku, kebiasaan, gaya hidup yang sehat, dan meningkatkan kemampuan beradaptasi dengan lingkungan sosial

Pada Bab V Bagian Kedua pasal 70 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa diatur tentang hak Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).

Pasal 70 menyebutkan bahwa:

1. ODGJ berhak:
 - a. mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau;
 - b. mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa sesuai dengan standar pelayanan Kesehatan Jiwa;
 - c. mendapatkan jaminan atas ketersediaan obat psikofarmaka sesuai dengan kebutuhannya;
 - d. memberikan persetujuan atas tindakan medis yang dilakukan terhadapnya;

- e. mendapatkan informasi yang jujur dan lengkap tentang data kesehatan jiwanya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang Kesehatan Jiwa;
 - f. mendapatkan perlindungan dari setiap bentuk penelantaran, kekerasan, eksploitasi, serta diskriminasi;
 - g. mendapatkan kebutuhan sosial sesuai dengan tingkat gangguan jiwa; dan
 - h. mengelola sendiri harta benda miliknya dan/atau yang diserahkan kepadanya.
2. Hak ODGJ untuk mengelola sendiri harta benda sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h hanya dapat dibatalkan atas penetapan pengadilan.

Memperhatikan aspek etik dan legal keperawatan jiwa di atas maka seorang perawat jiwa dalam melaksanakan upaya kesehatan jiwa harus memperlakukan pasien ODMK maupun ODGJ secara manusiawi dan tepat. Belum optimalnya pelayanan kesehatan jiwa bagi setiap orang dan belum terjaminnya hak orang dengan gangguan jiwa akan mengakibatkan rendahnya produktivitas sumber daya manusia. Adapun yang dimaksud upaya kesehatan jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/ atau masyarakat (UU No. 18, 2014).

Bab 2

Konsep Model Keperawatan Jiwa

2.1 Pendahuluan

Berapa ahli kesehatan jiwa memiliki pandangan yang berbeda-beda mengenai konsep gangguan jiwa dan bagaimana proses timbulnya gangguan jiwa. Model konseptual memiliki pandangan yang berbeda-beda dengan model psikoanalitik berbeda dengan model perilaku, berbeda dengan model kognitif, berbeda dengan model perkembangan dan berbeda pula dengan model neurobiologik. Masing masing model memiliki pendekatan unik dalam terapi gangguan jiwa. Model konseptual merupakan kerangka kerja konseptual, sistem atau skema yang menerangkan serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi, atau kejadian terhadap, suatu ilmu dan perkembangannya

Model konseptual adalah kerangka berpikir beberapa konsep yang terkait. Model konseptual yang digunakan oleh para praktisi kesehatan jiwa dalam membahas dasar perilaku untuk mengarahkan dalam melakukan intervensi keperawatan. Sebagian besar praktisi kesehatan jiwa menggunakan berbagai pendekatan untuk membantu klien dalam mencapai kesehatan jiwa Sebagian besar praktisi kesehatan jiwa menggunakan berbagai konsep untuk membantu klien dalam mencapai kesehatan jiwa.. Beberapa model konseptual yang paling

penting adalah model psikoanalitik, model interpersonal, model perilaku, model kognitif, model perkembangan dan model neurobiologik.

2.2 Model Konseptual dalam Keperawatan Jiwa

Berikut ini akan dijelaskan berbagai macam model konseptual yang dikembangkan oleh beberapa ahli.

Tabel 2.1: Model Konseptual

| NO | Model Konseptual | Ahli Teori | Konseptual |
|----|---------------------|--|--|
| 1. | Model Psikoanalitik | Sigmund Freud | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiga tingkat kesadaran 2. Struktur kepribadian 3. Perkembangan kepribadian psikososial |
| 2. | Model Interpersonal | Harry Stack Sullivan (1892-1949) Hildegard Peplau (1954 – 1974) | Pemenuhan kebutuhan <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan akan kepuasan 2. Kebutuhan akan rasa aman Keperawatan psikodinamik, hubungan perawat-klien, dan peran keperawatan |
| 3. | Model Perilaku | Ivan Pavlov (1849-1936) | Perilaku yang diharapkan <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguatan positif 2. Penguatan negatif |
| 4. | Model Kognitif | Jean Piaget (1896-1980) | Tahap perkembangan Kognitif <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensorimotorik (0 – 18 bulan) 2. Praoperasional (2 – 7 tahun) 3. Operasi konkret (6 – 12 tahun) 4. Operasi formal (12 – masa dewasa) |
| 5. | Model Perkembangan | | |

| NO | Model Konseptual | Ahli Teori | Konseptual |
|----|--|--|---|
| | 1. Model keterikatan emosional 2. Model Modifikasi Perilaku 3. Model psikososial | John Bowlby, (1907 – 1990) Erik Erikson (1902-1994) | 1. Terbinanya rasa percaya, ikatan, dan perlekatan antar manusia. 2. Mengajarkan cara mengendalikan diri dan terdapat konsekwensi terhadap perilaku 3. Rasa percaya sebagai dasar terbentuknya perkembangan psikologis secara normal dalam delapan tahap tumbuh kembang |
| 6. | Model Neurobiologik | | Daya dorong pada era asuhan kesehatan jiwa – psikiatrik di masa mendatang |

2.2.1 Model Psikoanalitik

Model yang dikemukakan oleh Sigmund Freud. Pendekatan yang dikembangkan mengenai perilaku, kesehatan dan gangguan jiwa manusia diantaranya tingkat kesadaran, struktur kepribadian dan perkembangan psikoseksual. Tingkat kesadaran terdiri dari tiga tingkatan yang mencakup kesadaran, prakesadaran dan dan tidak sadar. Tingkat pertama kesadaran adalah pikiran sadar, bagian dari pikiran yang sadar akan kehadiran dan hanya akan berfungsi bila seseorang terjaga yang akan mengarah pada perilaku yang cermat dan rasional seorang individu. Tingkat kesadaran kedua adalah prasadar (di bawah sadar) yang merupakan bagian dari pikiran tempat menyimpan pemikiran, perasaan dan sensasi. Hal ini dapat dibangkitkan dengan memberikan stimulus pemberian pertanyaan. Tingkat kesadaran ketiga adalah tidak sadar, yang mewakili sebagian besar pikiran, perasaan dan sensasi yang dialami oleh seseorang individu selama hidupnya.

Model konseptual menurut Sigmund Freud gangguan jiwa dapat terjadi pada seseorang apabila Ego (akal) tidak berfungsi dalam mengontrol Id (kehendak nafsu atau insting). Ketidakmampuan seseorang dalam menggunakan akalnnya (ego) untuk mematuhi tata tertib, peraturan norma, agama (Super Ego) akan mendorong terjadinya penyimpangan perilaku. (deviation of Behavioral) dan konflik intrapsikis terutama pada masa anak-anak. Setiap fase perkembangan mempunyai tugas perkembangan yang harus dicapai. Gejala merupakan symbol dari konflik. Proses terapi psikoanalisa memakan waktu.

Model Psikoanalitik dalam melakukan proses terapi untuk mengatasi tingkat kecemasan dengan cara meningkatkan mekanisme koping individu yaitu teknik relaksasi, umpan balik biologis, olah raga, latihan asertif, menentukan tujuan, mengklarifikasi komunikasi, visualisasi dan imajinasi terbimbing, meditasi, yoga, mencari dukungan sebaya dan menghipnotis diri. Menurut konsep model psikoanalitik peran perawat sangat penting untuk mengatasi masalah traumatic yang sangat bermakna pada masa lalu atau stressor dalam jangka panjang dengan menggunakan teknik komunikasi terapeutik

2.2.2 Model Interpersonal

Model yang dikemukakan oleh Harry Stack Sullivan (1892-1949) Hildegard Peplau (1954 – 1974). Sullivan menyakini bahwa faktor yang paling penting dalam perkembangan kepribadian individu dan perilakunya adalah hubungan interpersonal. Sullivan percaya bahwa semua perilaku manusia ditujukan untuk pemenuhan kebutuhan akan kepuasan dan kebutuhan akan rasa aman.

Proses terapi menurut konsep model ini terbagi atas dua komponen yaitu Build Feeling Security (berupaya membangun rasa aman pada klien) dan Trusting Relationship and interpersonal Satisfaction (menjalin hubungan yang saling percaya). Peran perawat Prinsip dari terapi ini adalah. mengoreksi pengalaman interpersonal dengan menjalin hubungan yang sehat. Dengan reedukasi diharapkan, klien belajar membina hubungan interpersonal yang memuaskan, mengembangkan hubungan saling percaya dan membina kepuasan dalam bergaul dengan orang lain sehingga klien merasa berharga dan dihormati

Peran perawat dalam terapi adalah dengan membina hubungan baik antara terapis dengan klien yang bertujuan menciptakan rasa kepuasan dan rasa aman. Proses terapi yang dilakukan terdiri dari:

1. Share anxieties (berbagi pengalaman mengenai apa-apa yang dirasakan klien dan apa yang menyebabkan kecemasan klien saat berhubungan dengan orang lain)
2. b) Therapist use empathy and relationship (Empati dan turut merasakan apa-apa yang dirasakan oleh klien). Perawat memberikan respon verbal yang mendorong rasa aman klien dalam berhubungan dengan orang lain.

2.2.3 Model Perilaku

Model Perilaku pertama kali dikembangkan oleh Ivan Pavlov (1849-1936) selanjutnya dikembangkan oleh H.J Eysenk, J.Wolfe dan B.F Skimmer. Model perilaku memperlihatkan saat ini dan sekarang, bukan bagaimana dan mengapa seseorang mengembangkan perilaku yang saat ini mereka tunjukkan.

Model perilaku yang dikembangkan oleh H.J Eysenk, J.Wolfe dan B.F Skimmer berpendapat bahwa perilaku akan mengubah kognitif dan afektif seseorang dan akan terjadi penyimpangan bila manusia telah membentuk kebiasaan perilaku yang tidak diinginkan. Perilaku yang diharapkan dapat ditingkatkan melalui penguatan positif yang bertujuan untuk perilaku yang diharapkan dan penguatan negatif untuk mengendalikan stimulus negatif. Perilaku berkurang melalui hukuman, respon kerugian dan pemusnahan.

Peran perawat dalam model perilaku adalah dengan mengajarkan klien tentang pendekatan perilaku, membantu megembangkan hierarki perilaku dan penguatan positif untuk perilaku yang diharapkan.

Terapi model perilaku dilakukan dengan cara:

1. Desentisasi dan relaksasi, dapat dilakukan bersamaan. Dengan teknik ini diharapkan tingkat kecemasan klien menurun.
2. Asertif Training adalah belajar mengungkapkan sesuatu secara jelas dan nyata tanpa menyinggung perasaan orang lain.
3. Positive Training. Mendorong dan menguatkan perilaku positif yang baru dipelajari berdasarkan pengalaman yang menyenangkan untuk digunakan pada perilaku yang akan datang.
4. Self Regulasi. Dilakukan dengan tiga tahapan yaitu: tahap pertama melatih serangkaian standar perilaku yang harus dicapai oleh klien. Tahapan kedua klien diminta untuk melakukan self observasi dan self evaluasi terhadap perilaku yang ditampilkan. Tahapan ketiga adalah klien diminta untuk memberikan reinforcement (penguatan terhadap diri sendiri) atas perilaku yang sesuai.

2.2.4 Model Kognitif

Model kognitif pertama kali dikembangkan oleh Jean Piaget (1896 – 1980) yang berfokus pada proses melibatkan kemampuan anak untuk mengerti dan memahami. Daur maturasi yang berbeda yang terlibat pada pencapaian kesadaran anak akan diri mereka melalui kemampuan kognitif. Tahap perkembangan kognitif meliputi: sensorimotorik, praoperasional, operasi konkret dan operasi formal

2.2.5 Model Perkembangan

Model perkembangan dikembangkan oleh beberapa ahli diantaranya:

1. Model Keterikatan Emosional (John Bowlby, 1907 – 1990), didasarkan pada terbinanya hubungan saling percaya, ikatan dan perlekatan sebagai bagian dari kelangsungan hidup seseorang individu
2. Model Modifikasi perilaku yang mengajarkan anak tentang cara mengendalikan diri dari dalam dan ada konsekuensinya (alamiah, logis dan tidak berhubungan terhadap perilaku seseorang.
3. Model Psikososial (Erik Erikson, 1902 – 1994) didasarkan pentingnya rasa percaya untuk perkembangan psikologis secara normal yang mencakup delapan tahap tumbuh kembang.

2.2.6 Model Neurobiologik

Model Neurobiologik dan pengobatan psikofarmakologi yang terkait adalah daya dorong pada era pemberian asuhan keperawatan jiwa di masa mendatang.

Pengobatan psikofarmakologi meliputi: psikoterapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga dan terapi kelompok.

2.3 Model Konseptual Keperawatan Jiwa Teori Menurut Para Ahli

2.3.1 Hildegard Peplau (Hubungan Interpersonal)

Model konseptual Hildegard Peplau dikenal dengan “Interpersonal Process” Teori Peplau dalam bukunya yang sangat berpengaruh dalam dunia keperawatan jiwa yang berjudul *Interpersonal Relations in Nursing*, (1952).

Model Konseptual Hildegard Peplai terdiri dari empat fase yaitu fase orientasi, identifikasi, eksploitasi dan resolusi (Alligord, 2014). Konsep utama teori Peplau adalah keperawatan Psikodidamik yang menekankan pada kemampuan yang dimiliki oleh perawat agar dapat memahami perilakunya sendiri dalam menolong orang lain, sehingga mampu mengidentifikasi kesulitan yang dirasakannya. Hubungan perawat-klien sebagai sebuah proses interpersonal yang terepeutik dan sangat penting. Perawat mempunyai peran yang sangat besar pada intervensi keperawatan khususnya intervensi terapeutik.

2.3.2 Ida Jean Orlando (Pelletier)

Teori Orlando dalam bukunya yang berjudul *The Dynamic Nurse- patient Relationship: Function, proses and principles of Profesional Nursing Practise*, (1961). Buku ini menekankan hubungan timbal balik antara perawat-klien, yang artinya partisipasi klien sangat penting dalam keberhasilan tindakan keperawatan.

2.3.3 Imogene King (Sistem Dinamika Interaksi)

Model konseptual Sistem dinamika interaksi merupakan “Interacting Systems Framework and Theory of Goal Attainment” yaitu adanya hubungan timbal balik antara perawat dan klien pada pemberian asuhan keperawatan jiwa yang memengaruhi satu sama lainnya dengan harapan dapat mencapai tujuan. Model konseptual Sistem dinamika interaksi berfokus pada Teori King dalam *Toward a Theory for Nursing: General Concepts Of human Behavior*, (1971) mengenai pencapaian tujuan yang menitikberatkan pada teori sistem Domain keperawatan terdiri dari Sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial. dalam tujuan

2.3.4 Dorothea E. Orem

Teori Orem dalam *Nursing Concepts Of Practise* , (1971) yang dikenal dengan teori keperawatan defisit perawatan diri yang menguraikan tindakan keperawatan berdasarkan kemandirian klien. Keperawatan adalah suatu proses interaktif yang didasarkan pada jumlah dan jenis asuhan keperawatan yang dibutuhkan oleh klien

2.3.5 Calista Roy (Adaptasi)

Calista Roy memandang manusia sebagai suatu sistem adaptasi dan berasumsi bahwa individu adalah makhluk bio-psiko-sosial yang merupakan suatu kesatuan yang utuh. Seorang individu dikatakan sehat jika mampu berfungsi untuk memahami kebutuhan psikologis dan sosialnya.

Setiap individu selalu menggunakan mekanisme koping yang bersifat positif maupun yang bersifat negatif agar dapat beradaptasi terhadap adanya stimulus atau stressor dari lingkungan internal maupun lingkungan eksternal. Keefektifan mekanisme koping berkaitan erat dengan kondisi sehat – sakit seseorang individu dalam kemampuannya untuk beradaptasi. Model Adaptasi Calista Roy membentuk sebuah siklus yang saling berkaitan yaitu input (stimulus, proses kontrol (mekanisme koping, dan output (respon atau perilaku.)

2.3.6 Jean Watson (Transpersonal Caring)

Konsep model teori Jean Watson focus kepada bagaimana seorang individu dapat berperilaku caring melalui Terapi kelompok melalui pembelajaran interpersonal sebagai mekanisme utama perubahan dalam berperilaku

2.3.7 Katherine Kolcaba (Kenyamanan)

Konsep model teori Katherine Kolcaba kenyamanan merupakan “ untuk memperkuat, di mana kenyamanan pada seorang individu ketika klien mampu melakukan kegiatannya dengan baik dan menimbulkan kenyamanan bagi perawat Kenyamanan berkaitan erat dengan kenyamanan fisik, kenyamanan sosiokultural, kenyamanan lingkungan dalam kegiatan kelompok

Bab 3

Psikofarmaka Dan Terapi Modalitas

3.1 Pendahuluan

Gangguan kesehatan jiwa merupakan suatu masalah kesehatan yang membutuhkan perawatan yang cukup lama, bukan hanya waktu penyembuhan yang relative lama, namun biaya yang cukup besar juga di butuhkan untuk proses penanganan gangguan kesehatan jiwa. Berbagai macam cara dilakukan oleh masyarakat luas untuk mengobati gangguan kesehatan jiwa. Ada yang melakukan proses pengobatan melalui cara-cara alternative, dengan meminta bantuan pengobatan tradisional, maupun membawa penderita ke fasilitas-fasilitas kesehatan.

Gangguan kesehatan jiwa, bukanlah suatu penyakit yang di sebabkan oleh faktor keturunan, gangguan kesehatan jiwa diakibatkan ketidakmampuan individu untuk mengantisipasi suatu permasalahan yang di hadapi. Terdapat beberapa proses pengobatan medis yang dapat dilakukan untuk individu yang sedang mengalami gangguan kesehatan jiwa, diantaranya adalah melalui proses pengobatan Somatik, pengobatan dengan pemberian obat-obat psikofarmako, maupun proses pengobatan melalui terapi modalitas. Berikut kita akan

membahas proses pengobatan gangguan kesehatan jiwa melalui tindakan farmakologi, maupun terapi modalitas keperawatan.

3.2 Therapi Psikofarmaka

Farmakodinamik adalah suatu cabang ilmu yang mempelajari tentang interaksi antara komponen kimia dari sistem yang hidup, dengan komponen zat kimia, termasuk zat kimia yang terdapat di dalam obat-obatan (Karch, 2011).

Selanjutnya Karch (2011), menjelaskan bahwa obat bekerja melalui cara:

1. Mengganti atau bekerja sebagai pengganti zat kimia yang hilang dalam tubuh.
2. Meningkatkan atau menstimulasi aktivasi seluler tertentu.
3. Menekan atau memperlambat aktivasi seluler.
4. Mengganggu fungsi sel asing, seperti mikroorganisme, ataupun neoplasma.

Dalam penanganan klien dengan gangguan kesehatan jiwa, pengobatan farmakologi, termasuk salah satu cara yang efektif, di mana jenis pengobatan psikofarmaka adalah penanganan yang memberikan beberapa jenis obat-obatan sesuai dengan gejala yang dialami klien. Psikofarmakologi merupakan sebuah standar yang telah ditetapkan dalam menangani penyakit-penyakit neurobiologist. Namun pengobatan psikofarmaka membutuhkan pendekatan yang terintegrasi dan komprehensif (Stuart, 2019).

Yoganingrum (1996), Obat – obat psikotik bertujuan untuk memengaruhi fungsi psikis, kelakuan atau pengalaman dari klien gangguan kesehatan jiwa. Cabang ilmu psikofarmakologi sangat berkembang cepat dengan ditemukannya alkaloid rauwolfia dan klorpromazin (CPZ) yang ternyata sangat efektif dalam mengobati kelainan gangguan jiwa. Salah satu terapi pengobatan gangguan kesehatan jiwa yang di terima adalah dengan menggunakan beberapa jenis golongan obat-obatan farmakologi. Dalam tindakan terapi ini biasanya Dokter akan melihat indikasi-indikasi yang dialami oleh klien, serta gejala-gejala simptomatik yang terjadi.

Adapun prinsip-prinsip terapi farmakologi yang di terapkan oleh tenaga medis adalah sebagai berikut:

1. Persiapan pemberian obat-obatan: dalam persiapan ini tenaga medis akan melakukan tindakan prinsip benar dalam memberikan obat-obatan, yaitu dengan cara melakukan pencocokan resep berdasarkan resep dokter, kontra indikasi obat, cara pemberian obat, dosis yang benar, efek samping yang akan terjadi setelah pemberian obat dilakukan, serta cara pemberian obat tersebut.
2. Pemberian: pada saat pemberian obat dilakukan, maka perawat harus memperhatikan pedoman pemberian obat sesuai dengan apa yang tertera dalam kemasan obat tersebut.
3. Proses Evaluasi: setelah tindakan pemberian obat, maka perawat harus terus mengevaluasi kondisi klien, serta dilakukan proses dokumentasi.
4. Setiap jenis obat memiliki golongan dan dosis yang berbeda-beda antara satu obat dengan obat yang lain. Dalam mengkonsumsi obat, sebaiknya pengguna obat harus berkonsultasi serta mengikuti anjuran yang di tulis oleh dokter pemberi resep.

Terdapat beberapa jenis golongan obat yang terdapat di pasaran, berdasarkan warna dan fungsinya, diantaranya adalah:

1. Obat bebas: Obat bebas biasanya di jual dengan bebas di masyarakat, obat ini akan dapat di kenali melalui tanda lingkaran hijau dengan garis hitam diluar golongan. Golongan obat ini biasanya adalah golongan obat generic, dan berfungsi untuk mengatasi penyakit yang bergejala ringan.
2. Obat bebas terbatas: golongan obat ini dapat di kenali dengan tanda lingkaran hijau dengan garis hitam yang mengelilingi, penggunaan obat ini biasanya harus melalui resep dokter.
3. Obat keras: golongan obat ini dapat di kenali dengan lingkaran merah yang di kelilingi garis hitam di sekeliling lingkaran. Golongan obat ini tidak sembarangan di konsumsi, karena memiliki efek yang nyata bagi mengkonsumsi obat tersebut.

4. Obat golongan Narkotika: Ini merupakan golongan obat yang paling berbahaya. Obat golongan narkotik mempunyai simbol seperti tanda plus dengan lingkaran berwarna merah. Obat ini hanya dapat di beli di apotik melalui resep dokter.

Dalam pemilihan pengobatan farmakologi bagi penderita gangguan kesehatan jiwa, harus merujuk pada resep dokter. Penderita gangguan kesehatan jiwa harus mematuhi aturan dan dosis obat yang telah di resepkan. Menurut Hyman et all, dalam Videbeck (2008), berikut beberapa prinsip yang menjadi pedoman penggunaan obat dalam menangani gangguan psikiatrik:

1. Obat harus di seleksi berdasarkan tanda dan gejala klien.
2. Obat psikotropika harus diberikan dalam dosis yang adekuat selama periode waktu sebelum efek seutuhnya dicapai.
3. Dosis obat sering kali disesuaikan sampai dosis terendah yang efektif untuk klien.
4. Obat harus sesuai aturan, individu lansia memerlukan dosis obat yang lebih rendah untuk menghasilkan efek terapeutik.
5. Obat psikotropik sering dikurangi secara bertahap.
6. Dibutuhkan perawatan yang berkelanjutan, hingga klien mencapai kesembuhan.

Adapun jenis golongan obat yang sering di berikan bagi para penderita gangguan kesehatan jiwa adalah obat golongan yang telah direkomendasikan oleh Badan Pengawasan Obat dan Makan (BPOM). Adapun terapi farmakologi tersebut bertujuan untuk mengurangi ataupun menghilangkan gejala-gejala gangguan kesehatan jiwa. Videbeck (2008), terdapat beberapa kategori obat untuk mengatasi gangguan jiwa (obat psikotropik) yang akan didiskusikan. Adapun golongan obat tersebut sebagai berikut:

1. Obat antipsikotik
2. Obat antidepresan
3. Obat antiansietas
4. Obat antimaniak

3.2.1 Anti Psikotik

Penggunaan obat jenis psikotik sering di gunakan untuk penderita gangguan jiwa Skizoprenia akut dan kronis, atau yang sering di sebut dengan halusinasi dan gangguan ansietas berat. Adapun klasifikasi obat-obat psikotik yang sering di berikan kepada pasien dengan Skizoprenia akut dan kronis dapat kita lihat pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1: Daftar Obat Antipsikotik dan Dosis Pemakaian (Hyman et all, 1995, Spratto & Woods, 2000)

| Antipsikotik NamaGenerik (Nama Dagang | Bentuk | Dosis Harian * | Rentan Dosis Yang Ekstrim * |
|---|---------------|---------------------------|--|
| ANTIPSIKOTIK TIPIKAL | | | |
| Fenotiazin | | | |
| Klorpromazin (Thorazine) | T,L, Inj | 200-1600 | 25-2000 |
| Perfenazin (Trilafon) | T,L, Inj | 16-32 | 4-64 |
| Flufenazin (Prolixin) | T,L, Inj | 2,5-20 | 1-60 |
| Tioridazin (Mellaril) | T,L | 200-600 | 40-800 |
| Mesoridazin (Serentil) | T,L, Inj | 75-300 | 30-400 |
| Trifluoperazin (Stelazine) | T,L, Inj | 6-50 | 2-80 |
| Tioksanten | | | |
| Tiotiksen (Navane) | C,L, Inj | 6-30 | 6-60 |
| Butirofenon | | | |
| Haloperidol (Haldol) | T, L, Inj | 2-20 | 1-100 |
| ANTIPSIKOTIK ATIPIKAL | | | |
| Klozopin (Clozaril) | T | 150-500 | 75-700 |
| Risperidon (Risperdol) | T | 2-8 | 1-16 |
| Olanzapin (Zyprexa) | T | 5-15 | 5-20 |
| Quetiapin (Seroquel) | T | 300-600 | 200-750 |
| *mg/hariuntukdosis oral saja T; Tablet, C, kapsul, L, cair untuk pengguna oral, Inj; Injeksi | | | |

Pemberian obat golongan antipsikotik, memiliki efek samping kepada pengguna sebagai berikut: mensupresi gejala psikosis seperti gangguan proses waham, gangguan perdepsi (halusinasi), terjadinya aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresifitas).

Selain memiliki efek samping seperti yang disampaikan di atas, penggunaan obat anti psikotik juga akan berdampak terhadap beberapa gangguan fisiologi yang akan dialami penggunaan, diantaranya:

1. Gangguan pada system persyarafan, dengan gejala: Ekstrapiramidal (gampang mengalami gelisah motorik, tidak dapat berdiam diri/aktif), Distonia akut (pasien akan mengalami kekakuan otot), Sindroma Parkinson (rigiditas otot, tremor kasar), Diskenesia Tardif (mengalami gerakan involunter berulang).
2. Sindroma Neuroleptik maligna, di mana penderita penggunaan obat golongan antipsikotik akan mengalami gejala darurat, dengan tanda: (febris tinggi, kejang-kejang, nadi meningkat, keringat berlebihan, kesadaran menurun), kondisi ini akan terjadi pada pasien pemakaian kombinasi antipsikotik gol butirofenol dengan garam lithium
3. Gangguan pada saraf Otonom, yang dapat menyerang pada system organ-organ dalam tubuh seperti berikut:
 - a. Hipotensi ortostatik (terjadinya penurunan tekanan darah pada perubahan posisi yang dilakukan)
 - b. Gangguan pada gatraintestinal/system pencernaan. (mulut menjadi kering, diare,hipersalivasi)
 - c. Gangguan pada organ urogenital/perkemihan (inkontinesia)
 - d. Gangguan pada indra penglihatan (kesulitan dalam akomodasi penglihatan, mata menjadi kabur, fotophobia)
 - e. Gangguan pada indra penciuman (hidung menjadi mampet)
4. Gangguan Hormonal
5. Gangguan Hematologi

Dalam mengkonsumsi obat-obatan antipsikotik, terdapat beberapa informasi yang perlu disampaikan oleh perawat kepada klien, diantaranya adalah:

- a. Minum cairan bebas gula dan makan permen bebas gula untuk mengurangi efek antikolinergik mulut kering.
- b. Hindari minuman dan permen berkalori karena keduanya meningkatkan karies gigi.
- c. Konstipasi dapat di cegah atau dikurangi dengan meningkatkan asupan air dan makanan berserat, serta berolahraga.
- d. Pelunak feses boleh digunakan, tetapi laksatif harus dihindari.
- e. Bangkit secara perlahan-lahan untuk menghindari jatuh akibat hipotensi ortostatik atau pusing akibat penurunan tekanan darah
- f. Hindari mengemudi kendaraan akibat kantuk yang dialami.
- g. Apabila klien lupa mengkonsumsi obat, minum dosis obat jika terlambat tiga sampai empat jam, apabila lebih dari empat jam abaikan dosis yang terlupa, dan dosis yang berikutnya di konsumsi.
- h. Apabila sering lupa minum obat, gunakan catatan minum obat, atau melibatkan keluarga sebagai observer.

3.2.2 Anti depresan

Pemberian obat golongan anti depresan bertujuan untuk mengurangi ataupun menghilangkan gejala-gejala depresi, yang dialami oleh penderita gangguan jiwa. Golongan obat ini dapat bekerja meningkatkan Neurotransmitter norepinefrin dan serotonin.

Obat antidepresan dibagi menjadi empat kelompok:

- a. Antidepres trisiklik dan anti depresan siklik terkait.
- b. Inhibitor reuptake serotonin selektif (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)
- c. Inhibitor monoamine oksidase (monoamine oxidase inhibitor, MAOI)
- d. Antidepresan lain, misalnya venlafaksin (Effexor), bupropion (Wellbutrin), trazodon (Desyrel), dan nefazodon (Serzone).

Tabel 3.2: Daftar Obat Antidepresan Dan Dosis Pemakaian (Julien, 1998)

| ANTIDEPRESAN NamaGenerik (NamaDagang) | Bentuk | Dosis Harian * | RentanDosis Yang Ekstrim * |
|--|---------|-------------------|-------------------------------|
| INHIBITOR REUPTAKE SEROTONIN SELEKTIF | | | |
| Fluoksetin (Prozac) | C,L | 20 | 50-80 |
| Fluvoksamin (Luvox) | T | 150-200 | 50-300 |
| Paroksetin (Paxil) | T | 20 | 10-50 |
| Sertralin (Zoloft) | T | 100-150 | 50-200 |
| SENYAWA SIKLIK | | | |
| Imipramin (Tofronil) | T,C,Inj | 150-200 | 50-300 |
| Desipramin (Norpramin) | T,C | 150-200 | 50-300 |
| Amitriptilin (Elavil) | T, Inj | 150-200 | 50-300 |
| Nortriptilin (Pamelor) | C,L | 75-100 | 25-150 |
| Doksepin (Sinequan) | C,L | 150-200 | 25-300 |
| Trimipramin (Surmontil) | C | 150-200 | 50-300 |
| SENYAWA LAIN | | | |
| Bupropion (Wellbutrin) | T | 200-300 | 100-450 |
| Venlafaksin (Effexor) | T,C | 75-225 | 75-375 |
| Trazodon (Desyrel) | T | 200-300 | 100-600 |
| Nefazodon (Serzone) | T | 300-600 | 100-600 |
| INHIBITOR MONOAMIN OKSIDASE | | | |
| Fenelzin (Nardil) | T | 45-60 | 15-90 |
| Trinilsipromin (Pamate) | T | 30-50 | 10-90 |
| Isokarboksaid (Marplan) | T | 20-40 | 10-60 |
| * mg/hariuntukdosis oral saja T; Tablet, C, kapsul, L, cairuntukpengguna oral, Inj; Injeksi | | | |

Dalam pemberian obat anti depresan ini, perlu kita mengetahui efek samping pada organ yang akan dialami, diantaranya:

- a. Pada Sistem Kardiovaskular. (penggunaan akan mengalami hipotensi, maupun hipertensi pada penggunaan anti depresan Golongan MAOI klasik, serta terjadinya perubahan gambaran EKG- Golongan trisiklik).
- b. Gangguan pada saraf Otonom, di mana gejala yang dialami akibat efek antikolinergik (obsipasi, mulut dan tenggorokan menjadi kering, mengalami mual, dan sakit kepala)

Penyuluhan yang perlu diberikan kepada klien dengan mengkonsumsi obat antidepresan adalah SSRI harus di konsumsi pagi-pagi sekali kecuali jika sedasi merupakan masalah. Umumnya, paroksetin paling sering menyebabkan sedasi. Apabila satu dosis SSRI terlupa, dosis tersebut dapat di konsumsi sampai 8 jam setelah waktu dosis yang terlupa tersebut. Klien yang mengkonsumsi MAOI perlu menyadari bahwa krisis hiperadrenergik yang mengancam jiwa dapat terjadi jika pembatasan diet tertentu tidak di observasi. Klien harus di beri tahu tentang risiko interaksi obat yang serius atau bahkan fatal ketika mengkonsumsi MAOI, dan harus di instruksikan untuk tidak mengkonsumsi obat tambahan, termasuk obat yang dijual bebas, tanpa mendiskusikan dengan dokter atau ahli farmasi.

3.2.3 Antiansietas

Obat golongan ini berfungsi untuk mengurangi tingkat kecemasan yang patologis tanpa banyak memengaruhi pada fungsi kognitif penggunaan. Obat golongan ini memiliki efek sedative, serta ketergantungan obat, khusus pada golongan benzodiazepine. Adapun Klasifikasi obat anti ansietas ini dapat dilihat pada tabel 3.3.

Tabel 3.3: Daftar Obat Antiansietas dan Dosis Pemakaian (Spratto & Woods, 2000 & Julien, 1998)

| ANTIANSIETAS (ANSIOLITIK) NamaGenerik (NamaDagang) | Rentan Dosis Harian | Waktu Paruh (jam) | KecepatanAwitan |
|---|---------------------------|-------------------------|-----------------|
| BENZODIAZEPIN | | | |
| Alprozolam (Xanax) | 0,75-1,5 | 12-15 | Menengah |
| Klordiazepoksid (Librium) | 15-100 | 50-100 | Menengah |
| Klonozepam (Klonopin) | 1,5-20 | 18-50 | Menengah |
| Klorazepat (Tranzene) | 15-60 | 30-200 | Cepat |
| Diazepam (Valium) | 4-40 | 30-100 | Sangat Cepat |
| Flurazepam (Dalmane) | 15-30 | 47-100 | Cepat |
| Lorazepam (Ativan) | 2-8 | 10-20 | Lambat Sedang |
| Oksazepam (Serax) | 30-120 | 3-21 | Lambat Sedang |
| Temezepam (Restoril) | 15-30 | 9,5-20 | Cepat Sedang |
| Triazolam (Halcion) | 0,25-0,5 | 2-4 | Cepat |
| NONBENZODIAZEPIN | | | |
| Buspiron (BuSpar) | 15-50 | 3-11 | SangatLambat |

Penyuluhan yang perlu disampaikan kepada klien untuk mengetahui bahwa agens antiansietas di tujukan untuk mengurangi gejala, seperti ansietas atau insomnia, tetapi tidak mengobati penyebab dasar ansietas. Klien tidak dianjurkan minimum alkohol selama proses mengkonsumsi obat Benzodiazepin, berhenti menggunakan obat Benzodiazepin setelah satu kali terapi dilakukan dapat berakibat fatal, dan harus melalui supervisi dokter.

3.2.4 Anti Maniak (Mood Stabilizer)

Pemberian obat jenis ini untuk pasien gangguan afektif bipolar episode maniak dan mencegah kekambuhan. Obat jenis ini terdiri atas:

1. Golongan garam lithium.
2. Karbamazepin.

3. As. Valproal

Dalam pemberian obat jenis anti maniak perlu memperhatikan kadarnya dalam peredaran darah, karena golongan obat ini dapat bersifat toksit pada ginjal.

Dalam pemberian obat ini, akan terjadi efek samping sebagai berikut:

1. Tremor halus.
2. Vertigo dan lelah.
3. Diare, muntah.
4. Oliguria dan anuria.
5. Kolvulsi.
6. Kesadaran menurun.
7. Edema
8. Ataksia dan tremor kasar
9. Ngantuk berat.
10. Sakit kepala.
11. Nafsu makan meningkat.
12. Ketergantungan pengobatan.
13. Gejala putus obat (gelisah, tremor, kejang)

Penyuluhan yang dilakukan kepada klien yang menggunakan obat penstabil mood adalah perlunya memantau kadar darah secara periodic. Waktu pemberian dosis terakhir harus akurat sehingga kadar plasma dapat diperiksa 12 jam setelah pemberian dosis terakhir. Mengonsumsi obat-obatan tersebut bersama makanan akan meminimalkan mual, dan tidak dianjurkan mengendarai kendaraan setelah mengonsumsi obat.

Dalam melaksanakan terapi farmako, sebagai tenaga medis yang merawat pasien dengan gangguan kesehatan jiwa, perlu melakukan peran dan tanggung jawabnya secara professional. Sebagai seorang perawat psikiatrik, kita perlu memperhatikan peran sebagai berikut:

1. Mengumpulkan data sebelum pengobatan. Sebagai perawat kita perlu untuk melakukan pengkajian dalam hal pengumpulan data-data pasien, agar dapat memberikan penatalaksanaan yang efektif.
2. Koordinasikan obat dengan terapi modalitas. Terapi farmakologi, bukanlah satu-satunya penatalaksanaan bagi pasien dengan gangguan

kesehatan jiwa, perlu modifikasi pengobatan, diantaranya adalah dengan menggunakan terapi modalitas, sebagai alternative untuk proses penatalaksanaan pasien dengan gangguan kesehatan jiwa.

3. Pendidikan kesehatan. Untuk memaksimalkan pengobatan, peran perawat penting untuk melakukan edukasi, khususnya dalam mengatasi permasalahan yang mengakibatkan pasien mengalami gangguan kesehatan jiwa.
4. Penatalaksanaan prinsip pengobatan, serta memonitoring efek-efek samping obat yang di konsumsi.
5. Melaksanakan progam pengobatan berkelanjutan.
6. Mengikuti perkembangan-perkembangan mengenai penatalaksanaan pada pasien dengan gangguan kesehatan jiwa, serta ikut serta dalam Tim riset klinik interdisipliner.

3.3 Terapi Modalitas Dalam Keperawatan

Selain terapi farmako yang diberikan kepada penderita gangguan kesehatan jiwa, salah satu alternative yang cukup sering bahkan memiliki efek yang sangat bermanfaat bagi penderita gangguan kesehatan jiwa adalah terapi modalitas. Terapi modalitas memiliki berbagai macam cara dan pendekatan yang dapat diberikan bagi penderita gangguan jiwa.

Terapi modalitas adalah berbagai pendekatan penanganan klien gangguan jiwa yang bervariasi, yang bertujuan untuk mengubah perilaku klien dengan gangguan jiwa dengan perilaku mal adaptifnya menjadi perilaku yang adaptif. Menurut Perko & Kreigh (1988) dalam memberikan terapi modalitas ada beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan, diantaranya sebagai berikut:

1. Perlunya menggunakan pendekatan yang spesifik dalam melakukan terapi modalitas bagi penderita gangguan jiwa.

2. Terapi modalitas akan memberikan keberhasilan pada Psikis, tergantung dari system komunikasi yang berlangsung, atau respon perilaku yang terjadi antara klien dan terapis.
3. Terapi yang diberikan dalam upaya mengubah perilaku mal adaptif menjadi perilaku adaptif.
4. Dalam pelaksanaan pemberian terapi modalitas, terapis harus melihat potensi yang dimiliki oleh pasien sebagai titik tolak terapi atau penyembuhan

Dalam memberikan terapi modalitas bagi penderita gangguan jiwa, terapis harus mengetahui dasar-dasar dalam pemberian terapi modalitas tersebut, diantaranya adalah:

1. Penderita gangguan kesehatan jiwa tidak merusak seluruh kepribadian atau perilakunya sebagai 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).

Azizah & Akbar (2016), menjelaskan terdapat berbagai macam terapi modalitas yang dapat dilaksanakan pada penderita gangguan jiwa, ada yang bersifat individu, maupun berkelompok, serta melibatkan keluarga dalam pelaksanaan terapi modalitas tersebut. Berbagai macam terapi modalitas yang dapat diberikan, diantaranya adalah:

3.3.1 Terapi Individu

Terapi individu adalah salah satu terapi modalitas dengan menjalin hubungan yang terstruktur antara perawat dan klien. Terapi individu ini mengembangkan pendekatan yang unik dalam penyelesaian konflik yang sedang dialami oleh klient, serta bermanfaat dalam meredakan penderitaan emosional klient. Dalam pelaksanaan Terapi individu, terdapat tiga fase yang perlu di perhatikan oleh perawat yaitu fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi, berikut penjelasan pada tiap-tiap fase:

1. Fase Orientasi
 - a. Dalam fase ini perawat harus dapat membangun hubungan saling percaya dengan klient
 - b. Perawat perlu melakukan pengkajian latar belakang, dan mendiskusikan isu-isu sehubungan dengan kondisi klient.
 - c. Perawat dan klient bersama-sama dalam merumuskan tujuan dan menentukan komponen praktik yang akan dilakukan.
2. Fase Kerja
 - a. Klient diharapkan dapat mengeksplorasi dirinya sendiri
 - b. Perawat berusaha untuk menggali perasaan serta penderitaan klient.
 - c. Perawat berusaha untuk membantu klien dalam mengembangkan diri, serta pengetahuan dalam menghadapi risiko, serta mengubah perilaku menjadi adaptif.
3. Fase Terminasi
 - a. Kedua belah pihak baik perawat maupun klien menyetujui bahwa permasalahan akan dapat terkendali.
 - b. Klient merasa lebih baik, serta terjalin hubungan yang baik, dan adanya fungsi pribadi, sosial, dan pekerjaan yang normal.
 - c. Tujuan terapi tercapai.

3.3.2 Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan digunakan oleh perawat dengan memanfaatkan semua lingkungan Rumah Sakit, sebagai sarana terapeutik bagi penyembuhan pasien, di mana dalam beraktivitas dan berinteraksi perawat berusaha untuk memaksimalkan proses penyembuhan pasien. Dalam terapi lingkungan ini perawat memberikan kesempatan dan dukungan dalam proses pengobatan pasien, memperbaiki perubahan perilaku adalah aktivitas yang dilakukan selama interaksi terjadi di Rumah Sakit. Perawat memberikan tugas dan tanggung jawab kepada klien, menyampaikan peraturan yang berlaku, memberikan motifasi, serta melatih interaksi social dengan sesama pasien di rumah sakit. Perawat mendorong pasien agar memiliki kemampuan dalam mengambil keputusan sendiri, meningkatkan harga diri, serta belajar dan meningkatkan keterampilan yang dimiliki oleh pasien.

3.3.3 Terapi Biologis

Terapi ini lebih menekankan kepada pasien bahwa kondisi yang sedang dialaminya adalah sesuatu gangguan kesehatan, di mana perawat berusaha untuk melakukan pengkajian yang spesifik terhadap gejala-gejala yang dalam sindrom yang spesifik, perawat berusaha untuk menjelaskan bahwa perilaku yang terjadi adalah sesuatu yang abnormal, yang disebabkan perubahan biokimia dalam tubuh, serta menjelaskan pengobatan yang dilakukan hanya dapat melalui medikasi psikoaktif, tindakan ECT, dan proses bedah otak.

3.3.4 Terapi Kognitif

Terapi kognitif adalah suatu terapi yang memodifikasi antara keyakinan dengan sikap yang di miliki oleh pasien, di mana terapi ini membantu proses pertimbangan stressor seta mengidentifikasi pola berpikir dan keyakinan yang tidak adekuat. Dalam tindakan terapi ini perawat akan mengevaluasi ide, nilai akan harapan pasien, serta memulai menyusuri akan perubahan kognitif pasien.

Adapun tujuan dari terapi kognitif ini adalah:

1. Mengembangkan pola pikir yang rasional
2. Menggunakan pengetesan realita
3. Membantu perilaku pasien dengan memberikan pesan internal

Dalam tindakan terapi kognitif ini hal-hal intervensi yang perlu diajarkan kepada pasien oleh perawat adalah sebagai berikut: mengajarkan substitusi pikiran, bagaimana penyelesaian masalah yang dialami, dan berusaha untuk menghindari percakapan diri yang negative.

3.3.5 Terapi Keluarga

Terapi keluarga dilakukan dengan melibatkan seluruh anggota keluarga dalam proses penyembuhan pasien, seluruh permasalahan keluarga di identifikasi, di mana masing-masing anggota keluarga berkontribusi dalam mengidentifikasi masalah yang telah terjadi, serta berusaha untuk membantu sesuai dengan perannya masing-masing.

Dalam terapi keluarga ini terdapat tiga fase yang akan dilakukan yaitu:

1. Fase pertama: dalam fase ini para anggota keluarga menyadari pentingnya hubungan terapis dengan keluarga, serta mengidentifikasi

isu-isu yang mengakibatkan pasien mengalami gangguan kesehatan jiwa.

2. Fase kerja: Keluarga berusaha untuk mengubah pola interaksi yang terjadi selama ini dengan keluarga yang mengalami gangguan kesehatan jiwa, keluarga meningkatkan kemampuan individu pasien, serta mengali potensi pasien, memberikan peraturan-peraturan, serta harapan akan kesembuhan kepada keluarga yang mengalami gangguan kesehatan jiwa.
3. Fase terminasi: dalam proses ini keluarga melihat proses perubahan-perubahan yang terjadi, membantu mengatasi isu-isu permasalahan yang muncul, serta mempertahankan hubungan keluarga yang harmonis dalam membantu perawatan pasien.

3.3.6 Terapi Kelompok

Dalam melaksanakan terapi kelompok, perawat akan berinteraksi dengan membuat beberapa kelompok dan melaksanakannya secara teratur. Adapun tujuan diadakannya terapi kelompok adalah untuk meningkatkan kepercayaan diri, serta membangun hubungan interpersonal, serta diharapkan dapat mengubah perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif.

Dalam melaksanakan terapi kelompok, perawat dapat melakukannya menjadi 3 tahapan pelaksanaan, yaitu:

1. Fase permulaan: dalam fase ini perawat mengembangkan stimulasi kognitif & persepsi, mengembangkan stimulasi sensori, mengembangkan orientasi realitas, dan mengembangkan sosialisasi.
2. Fase kerja: Perawat berusaha untuk membantu pasien dalam melakukan eksplorasi isu, dan memfokuskan pasien pada kondisi saat ini, serta memberikan dukungan emosional.
3. Fase terminasi: pada tahapan ini perawat berusaha untuk menghubungkan antar kelompok dalam keterlibatan hubungan interpersonal, memberikan umpan balik, serta toleransi terhadap perbedaan yang ada, dan mendorong dalam penyelesaian masalah yang terjadi.

3.3.7 Terapi Prilaku

Dalam terapi prilaku perawat, memberikan contoh kepada para pasien, terhadap prilaku-perilaku yang patut di contoh, dalam kehidupan yang adaptif. Adapun teknik-teknik yang dapat dilakukan dalam pelaksanaan terapi ini, terdiri dari: Role model, kondisioning operan, desensitisasi sistematis, pengendalian diri.

1. Role Model: dalam pelaksanaan role model, perawat memberikan contoh perilaku yang adaptif, sehingga dipraktikkan oleh para pasien, dan perilaku ini akan sering di gunakan dengan menjadi suatu kebiasaan.
2. Kondisioning operan: perilaku ini di sebut juga penguatan hal-hal perilaku yang positif, di mana terapi/perawat memberikan penghargaan yang positif kepada klien, terhadap perubahan perilaku yang positif yang telah dilakukan, sehingga klien akan termotivasi untuk terus melakukan perilaku yang positif, karna sering mendapatkan penghargaan atas perilaku tersebut, sehingga perilaku tersebut menjadi suatu kebiasaan dan terus di pertahankan.
3. Desentisasi sistematis: terapi ini diberlakukan kepada klien yang mengalami fobia, di mana klien diperkenalkan pada stimulus yang menimbulkan fobia sementara klien dalam keadaan rileks, stimulus akan terus di tingkatkan sementara klien mengatasi kecemasan dan ketakutan yang timbul.

3.3.8 Terapi Bermain

Terapi bermain, adalah salah satu terapi yang sangat sering dilakukan kepada pasien gangguan kesehatan jiwa. Adapun prinsip dalam melaksanakan terapi bermain ini adalah:

1. Terapis membina hubungan yang hangat
2. Merefleksikan perasaan anak
3. Mempercayai anak dapat menyelesaikan permasalahan.
4. Interpretasi perilaku anak

Pelaksanaan terapi bermain sangat cocok di lakukan pada anak-anak dengan indikasi, depresi, gangguan kecemasan, anak-anak korban abuse, dan dapat juga

dilakukan pada orang-orang dewasa pasca trauma, gangguan identitas, maupun yang mengalami abuse.

3.3.9 Terapi Relaksasi Authogenik

Sumantrie (2021), menjelaskan bahwa salah satu terapi komplementer yang dapat diberikan kepada pasien gangguan kesehatan jiwa yang diakibatkan penyalahgunaan Narkotika dan obat-obatan terlarang, adalah melalui pendekatan keperawatan, melalui terapi komplementer, yaitu terapi relaksasi Autogenik. Terapi relaksasi adalah suatu keadaan di mana terapis berusaha untuk membuat pasien merasakan bebas mental dan fisik dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi bertujuan agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stres yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman (Potter & Perry, 2005). Selanjutnya Goldbert, (2007), menjelaskan bahwa Relaksasi psikologis yang diberikan kepada pasien sangat memiliki manfaat bagi kesehatan yang memungkinkan tubuh menyalurkan energi untuk perbaikan dan pemulihan, serta memberikan kelonggaran bagi ketegangan akibat pola-pola kebiasaan.

Berbagai macam intervensi yang telah dilakukan untuk membantu penderita kecanduan narkoba untuk terbebas dari belenggu narkoba. Salah satu pendekatan ilmu keperawatan untuk mengatasi keinginan para penderita yang mengalami kecanduan narkoba dapat dilakukan melalui intervensi terapi relaksasi dan pendekatan spiritual di mana intervensi ini dapat mengatasi permasalahan yang sedang mereka alami, peningkatan tentang pentingnya menjaga kesehatan jiwa maupun fisik merupakan upaya yang dilakukan kepada mereka yang sudah mengalami ketergantungan narkoba, agar dapat pulih sebagaimana mestinya.

Sumantrie (2021), melalui terapi Relaksasi Authogenik, dan pemberian konseling spiritual sangat dirasakan manfaat serta membantu dalam proses rehabilitasi bagi para penderita gangguan jiwa yang diakibatkan oleh penyalahgunaan Narkotika dan obat-obatan terlarang, melalui terapi ini para pasien gangguan jiwa yang di sebabkan penyalahgunaan narkoba, dapat merasakan ketenangan jiwa serta mengurangi kecenderungan menggunakan narkoba.

Gangguan kesehatan jiwa membutuhkan penanganan yang berkelanjutan, serta biaya yang cukup besar. Melalui kombinasi terapi farmako, dan terapi modalitas, diharapkan para pasien gangguan kesehatan jiwa akan memperoleh

penanganan yang berdampak terhadap kesehatan jiwa. Janganlah kita menyusahkan diri kita dengan hari esok. Angkatlah beban hari ini dengan berani dan dengan gembira, kita tidak diminta untuk hidup lebih dari satu hari setiap kali. Ia yang memberikan kekuatan untuk hari ini akan memberikan kekuatan untuk besok. Biarlah kita menghargai kata-kataNya, percaya pada janjiNya, mengulanginya hari demi hari, dan merenungkannya pada malam hari, dan berbahagia. Oleh sebab itu biarlah kita jangan kuatir akan hari esok, karna hari esok mempunyai kesusahan sendiri, kesusahan sehari cukuplah untuk sehari. Pencegahan gangguan kesehatan jiwa yang paling efektif adalah memiliki hati yang gembira, serta kemampuan dalam mengatasi masalah dalam kehidupan.

Bab 4

Asuhan Keperawatan Jiwa Anak dan Remaja

4.1 Pendahuluan

Kesehatan mental pada anak dan remaja harus mendapatkan perhatian serius dari orang tua dan masyarakat. Menurut data dari Kemenkes, sejak pandemi Covid 19 melanda dunia termasuk negara kita Indonesia, terjadi peningkatan jumlah morbiditas orang dengan gangguan jiwa depresi dan ansietas sebanyak 6-9 %. Peningkatan morbiditas pada anak dengan gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas (attention deficit/hyperactivity, ADHD) juga terjadi, dan ini akan menjadi masalah bagi orang tua apabila tidak dikenali gejalanya sejak dini. Ini adalah salah satu masalah paling umum pada masa kanak-kanak dan mengenai 7%-10% semua anak hingga 5% orang dewasa.

Masalah kesehatan jiwa atau gangguan jiwa yang dialami oleh anak bukanlah suatu perkara mudah menemukannya atau mendiagnosanya. Hal ini disebabkan anak-anak masih terbatas dalam kognitif dan keterampilan verbalnya untuk dapat menjelaskan apa yang sedang terjadi. Penyebab lain adalah karena anak-anak masih dalam masa tumbuh kembang, sehingga masih mengalami perubahan yang berlanjut, mereka tidak memiliki perasaan stabil dan normal pada diri sendiri yang membuat mereka mampu membedakan gejala-gejala

yang tidak biasa atau tidak diinginkan. Mungkin juga terjadi, perilaku yang mungkin normal pada anak dengan usia tertentu tapi mengindikasikan masalah bagi anak pada usia lainnya.

Anak dan remaja yang mengalami gangguan kesehatan mental sangat memerlukan dukungan dan penanganan yang cepat dan serius. Penyakit mental yang ditunjukkan sejak kecil meningkatkan risiko masalah emosi remaja, penggunaan senjata api, mengendarai secara ugal-ugalan, penyalahgunaan zat dan aktivitas seksual dengan siapa saja. Beberapa gangguan kognitif atau neurobehavioral dapat memiliki penyebab genetik atau fisiologis, sedangkan gangguan lainnya berasal dari stresor keluarga atau lingkungan.

Umumnya anak yang mengalami gangguan kognitif atau kesehatan mental ditangani ditatanan komunitas atau rawat jalan, tetapi terkadang gangguan memiliki dampak signifikan pada anak dan keluarga sehingga diperlukan hospitalisasi. Banyak anak yang dihospitalisasi juga menderita gangguan kognitif atau kesehatan mental. Ketika anak terdiagnosis gangguan kognitif atau gangguan kesehatan mental, keluarga dapat menjadi kelelahan dengan layanan beraneka segi yang ia perlukan.

Gangguan kesehatan mental pada anak dan remaja dapat diupayakan dengan keragaman medikasi dan terapi medis serta psikologis lainnya. Kebanyakan dari terapi ini memerlukan instruksi dokter atau praktisi perawat profesional ketika anak dirawat di rumah sakit. Perawat yang memberikan asuhan keperawatan anak penderita gangguan kesehatan mental harus mengenali cara kerja terapi dan medikasi, dan juga efek samping medikasi untuk memantaunya. Banyak gangguan kesehatan mental ditangani dengan beberapa jenis terapi, antara lain terapi perilaku, terapi bermain, terapi keluarga, dan terapi kognitif. Berikut ini adalah pemaparan pedoman obat dan jenis terapi yang merupakan terapi medis umum yang digunakan untuk gangguan kesehatan mental pediatrik, dan terapi ini hanya dapat diberikan oleh petugas yang terlatih khusus.

Tabel 4.1: Pedoman Obat yang Digunakan untuk Gangguan Kesehatan Mental Pediatrik (Nurcombe, B., 2008 dalam Kyle, T., dan Carman, S., 2016)

| Obat | Cara kerja/Indikasi | Implikasi Keperawatan |
|---|---|---|
| Psikostimulan: metilfenidat (Ritalin), dekstroamfetamin (Adderall), lisdeksamfetamine (Vyvanse), pemolin (Cylert), metilfenidat | Meningkatkan kadar di sinaps dopamin dan norepinefrin. ADHD | <ul style="list-style-type: none"> Metilfenidat memiliki waktu paruh singkat; berikan tiga kali sehari (pagi hari, siang hari di |

| Obat | Cara kerja/Indikasi | Implikasi Keperawatan |
|--|--|---|
| kerja panjang (Concerta, Focalin XR, Metadate CD, Ritalin LA), dekstroamfetamin kerja panjang (Dexedrine Spansules, Adderall XR) | | <p>sekolah, di rumah sepulang sekolah).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sediaan kerja panjang diberikan hanya sekali di pagi hari. ● Efek samping: penurunan nafsu makan, sakit kepala, nyeri abdomen, kesulitan tidur, iritabilitas, isolasi sosial, kedutan motorik. Jika dosis terlalu tinggi, anak dapat memiliki afek datar. ● Vyvanse—jika terjadi nyeri dada dan pingsan, segera beritahu dokter. ● Pemoline merupakan satu-satunya medikasi yang jarang digunakan karena hepatotoksitas. |
| Agens antiansietas: buspiron (BuSpar) | Sangat menghambat ambilan dopamin. Ansietas, agresif (amuk), mania, psikosis, depresi, sindrom Tourette. | <ul style="list-style-type: none"> ● Berikan secara konsisten dengan memperhatikan makanan apakah diberi bersama makanan atau tidak. ● Dapat menyebabkan kantuk. ● Pantau disinhibisi, agitasi, konfusi, depresi. |
| Agens antimanik: litium (Eskalith, Lithobid) | Memengaruhi ambilan serotonin dan/atau norepinefrin. Gangguan bipolar, depresi, hiperagresi. | <ul style="list-style-type: none"> ● Pantau secara cermat. ● Dapat menyebabkan poliuria, polidipsia, tremor, mual, peningkatan berat badan, diare. |
| Inhibitor ambilan ulang serotonin selektif: fluoksetin (Prozac), paraoksetin (Paxil), sertraline (Zoloft) | Memperkuat aktivitas serotonin dalam otak. Depresi, gangguan obsesif-kompulsif, ansietas. | <ul style="list-style-type: none"> ● Observasi untuk iritabilitas, insomnia, distress GI (gastrointestinal), mual, sakit kepala. ● Pantau peningkatan tekanan darah. |

| Obat | Cara kerja/Indikasi | Implikasi Keperawatan |
|---|---|--|
| Antidepresan atipikal: trazodon (Desyrel) | Menghambat ambilan ulang serotonin. Depresi | <ul style="list-style-type: none"> ● Pantau tekanan darah untuk hipotensi postural. ● Observasi untuk sedasi dan mengantuk; hindari penggunaan alkohol. ● Berikan setelah makan atau bersama dengan kudapan. |
| Inhibitor ambilan ulang norepinefrin nonstimulan: atomoksetin (Stattera) | Meningkatkan aktivitas norepinefrin. ADHD | <ul style="list-style-type: none"> ● Berikan tanda mempertimbangkan makanan satu atau dua kali sehari. ● Pantau berat badan, tinggi badan, tekanan darah, denyut jantung. ● Dapat menyebabkan pusing, mulut kering. |
| Agens α -agonis antihipertensi: klonidin (Catapres), guanfasin (Tenex) | Mengaktifkan neuron inhibitor pada batang otak. ADHD, sindrom Tourette, kekerasan terhadap diri sendiri, agresi. | <ul style="list-style-type: none"> ● Klonidin bersifat sedasi kuat. ● Pantau tekanan darah dan nadi. ● Observasi untuk mulut kering, konfusi, depresi, retensi urin, konstipasi. |
| Agens antipsikosis: tioridazin (Mellaril), klorpromazin (Thorazine), haloperidol (Haldol) | Membalik penghambat reseptor dopamin tipe 2 di sistem saraf pusat. Psikosis, mania, membahayakan diri sendiri, kekerasan atau perilaku destruktif. | <ul style="list-style-type: none"> ● Dapat menyebabkan kantuk. ● Pantau untuk efek antikolinergik, mengantuk dan distonia (efek ekstrapiramidal), pusing. ● Evaluasi untuk terjadinya hipotensi ortostatik, takikardia. ● Observasi secara cermat untuk perkembangan diskinesia tardif, terutama di awal terapi. |
| Antipsikosis atipikal: risperidon (Risperidal), klozapin (Clozaril), olanzapin (Zyprexa) | Membalik penghambat reseptor dopamin tipe 2 di sistem saraf pusat. Psikosis, gangguan bipolar, gangguan spektrum autisme, sindrom Tourette. | <ul style="list-style-type: none"> ● Pantau untuk kejang, agitasi, sakit kepala, mual, sedasi. ● Olanzapin dapat menyebabkan peningkatan berat badan. ● Catat hitung SDP (sel darah putih). |

| Obat | Cara kerja/Indikasi | Implikasi Keperawatan |
|---|--|--|
| Antidepresan trisiklik: amitriptilin (Elavil), desipramin (Norpramin), imipramin (Tofranil), nortriptilin (Pamelor) | Meningkatkan konsentrasi serotonin dan/atau norepinefrin di sinaps. Depresi, ADHD, kedutan, ansietas. | <ul style="list-style-type: none"> • Pantau efek antikolinergik, penurunan berat badan. • Periksa kadar gula darah. • Pantau EKG (elektrokardiogram) untuk aritmia. |

Tabel 4.2: Jenis Terapi (Nurcombe, B., 2008 dalam Kyle, T., & Carman, S., 2016)

| Terapi | Penjelasan |
|---------------------------|---|
| Terapi perilaku | Menggunakan stimulus dan respons yang dikondisikan untuk mengelola atau mengubah perilaku. Perkuat perilaku yang diinginkan, ganti perilaku yang tidak tepat. Konsistensi sangat penting. |
| Terapi bermain | Dirancang untuk mengubah status emosi. Memotivasi anak untuk mengeluarkan perasaan sedih, takut, permusuhan, atau marah. |
| Terapi kognitif | Mengajarkan anak untuk mengubah reaksi sehingga pola pikir negatif secara otomatis diganti dengan pola pikir lain. |
| Terapi keluarga | Mengeksplorasi masalah emosi anak dan efeknya pada anggota keluarga. |
| Terapi kelompok | Dapat dilakukan di sekolah, rumah sakit, fasilitas terapi, atau pusat lingkungan. Perasaan diungkapkan dan partisipan mendapat harapan, merasa menjadi bagian dari sesuatu, dan memperoleh manfaat dari <i>role modeling</i> . Manfaatkan hubungan teman sebaya karena merupakan fokus perkembangan pada kelompok praremaja dan remaja. |
| Terapi lingkungan/suasana | Tatanan terstruktur khusus yang dirancang untuk meningkatkan keterampilan adaptif dan sosial anak. Lingkungan yang aman dan mendukung untuk anak yang berisiko menciderai diri sendiri atau anak yang sangat sakit atau sangat agresif. |
| Terapi individual | Anak dan terapis bekerja bersama untuk menyelesaikan konflik, emosi, atau masalah perilaku. Kepercayaan sangat penting. Struktur berdasarkan pada tingkat perkembangan anak (mis., dapat menggunakan terapi bermain untuk anak yang lebih muda). |

4.2 Masalah Kesehatan Jiwa pada Anak dan Remaja

Beberapa karakteristik yang dapat memengaruhi perilaku anak, yaitu karakteristik biologis atau genetik, nutrisi, kesehatan fisik, kemampuan perkembangan, interaksi lingkungan dan keluarga, watak anak, dan respons orang tua atau pengasuh. Perubahan dapat terjadi dengan pertumbuhan dan perkembangan normal yang sering kali menjadi sumber stres bagi anak dan pada beberapa anak kondisi tersebut dapat menyebabkan disfungsi. Perkembangan gangguan anak berada pada kecepatan yang sangat berbeda, sehingga sering kali sulit untuk mengidentifikasi abnormalitas yang tidak kentara. Ketika terjadi stres, kelelahan, atau nyeri, anak tiba-tiba dapat menampilkan pola perilaku sebelumnya. Perilaku regresif ini dapat berlanjut jika terdapat masalah kesehatan mental. Mungkin saja bahwa ketegangan yang terjadi pada neuron yang berkembang menyebabkan penurunan kemampuan koping selanjutnya dalam hidup. Anak belajar melalui pengalaman mereka. Oleh sebab itu, mereka dapat mengalami perilaku maladaptif sepanjang interaksi hidup (Stafford, 2011). Ada beberapa gangguan kesehatan mental/jiwa yang umum terjadi selama periode masa anak sampai remaja.

4.2.1 Gangguan Perkembangan Perilaku

Gangguan perkembangan dan perilaku banyak ditemukan pada kasus gangguan kesehatan mental pada anak. Ditemukan sejumlah gangguan perkembangan perilaku antara lain, disabilitas belajar, disabilitas intelektual, gangguan spektrum autisme, dan gangguan hiperaktivitas/pemusatan perhatian. Berikut uraian dari gangguan-gangguan tersebut.

1. Disabilitas belajar

Disabilitas belajar dapat didiagnosis ketika didapati anak tidak dapat membaca, berhitung, atau memiliki kemampuan menulis tidak seperti yang diharapkan sesuai usia, dan pendidikan formal yang ditempuh bahkan tidak sesuai dengan tingkat intelegensinya. Masalah belajar tentu saja memiliki pengaruh besar terhadap prestasi belajar anak dan juga terhadap aktivitas hidup yang cenderung memerlukan keterampilan membaca, menghitung, dan menulis. Gangguan membaca dan menulis lebih cepat terdeteksi pada anak bila

dibandingkan gangguan menghitung. Anak yang duduk di kelas satu sekolah dasar, sudah dapat dideteksi apakah mengalami gangguan membaca atau menulis. Sedangkan gangguan menghitung dapat dideteksi saat anak sudah mencapai kelas empat dan lima sekolah dasar. Bisa dibayangkan berapa banyak anak yang akan gagal atau drop out saat mengikuti pembelajaran formal di sekolah nantinya bila jumlah disabilitas belajar meningkat.

Disabilitas belajar dapat memengaruhi kemampuan anak untuk mendengar, berbicara, membaca, menulis, dan belajar matematika. Misalnya:

- a. Anak yang mengalami disleksia mengalami kesulitan dengan membaca, menulis dan mengeja.
- b. Anak yang mengalami diskalkulia memiliki masalah dengan matematika dan perhitungan.
- c. Anak yang mengalami dispraksia memiliki masalah dengan keterampilan halus manual (penggunaan tangan kanan) dan koordinasi.
- d. Anak yang mengalami disgrafia memiliki kesulitan menghasilkan kata tertulis (komposisi, mengeja, dan menulis).

Saat melakukan pengkajian keperawatan, pastikan perawat mendapatkan riwayat kesehatan anak, riwayat kesehatan keluarga terkait disabilitas belajar, informasi detail terkait kesulitan pendidikan yang dialami anak, dan pemeriksaan menyeluruh yang dapat menjadi petunjuk terhadap kondisi komorbid. Pastikan anak melakukan evaluasi pendidikan komprehensif yang dilakukan oleh sekolah atau psikolog pendidikan atau psikolog perkembangan atau psikolog klinis; terapis okupasi atau terapis wicara dan bahasa atau spesialis perkembangan lain, bergantung pada area belajar yang menjadi kendala pada anak.

2. Disabilitas intelektual

Istilah sebelumnya dikenal dengan mental retardasi atau retardasi mental. Disabilitas intelektual adalah kondisi fungsional ketika keterbatasan berat pada status intelektual dan perilaku adaptif (fungsi

dalam kehidupan sehari-hari) terjadi sebelum usia 18 tahun. Disabilitas intelektual meliputi:

3. Deviasi IQ pada dua atau lebih standar deviasi (IQ kurang dari 70 hingga 75).
4. Defisit yang bersamaan pada minimal dua keterampilan adaptif: komunikasi, penggunaan komunitas, akademik fungsional, kesehatan dan keamanan, tempat tinggal, waktu senggang, perawatan diri, arahan diri, keterampilan sosial, dan pekerjaan.
5. Disabilitas terjadi sebelum usia 18 tahun.

Penyebab disabilitas intelektual sampai saat ini belum diketahui. Diduga kesalahan pranatal pada perkembangan sistem saraf pusat dapat menjadi salah satu diantara penyebab lainnya, seperti: kekerasan atau kerusakan terhadap otak selama periode pranatal, perinatal, atau paskanatal. Dugaan lain adalah pajanan terhadap alkohol atau obat lain saat pranatal. Disabilitas intelektual secara umum dikategorikan berdasarkan keparahan: ringan, IQ 50 - 70; sedang, IQ 35 - 50; berat, IQ 20 - 35; sangat berat, IQ kurang dari 20 (Council for Exceptional Children, 2011).

Tujuan utama manajemen terapeutik pada anak yang mengalami disabilitas intelektual adalah memberikan pengalaman pendidikan yang tepat yang memungkinkan anak mencapai tingkat fungsi dan kemandirian yang diperlukan untuk keberadaannya di tatanan rumah, komunitas, kerja dan waktu senggang. Metode multidisiplin dapat digunakan dan kemampuan konseptual, sosial, praktik, dan intelektual anak akan mengarahkan penempatan sekolah dan fokus pengalaman pendidikan. Saat anak yang mengalami disabilitas intelektual masuk ke rumah sakit, perawat harus mengkaji fungsi bahasa, sensorik, dan psikomotor. Tentukan kemampuan anak ke toilet, berpakaian, dan makan sendiri. Tanya orang tua mengenai keterlibatan dengan layanan dan dukungan sekolah dan komunitas. Perawat harus membantu melanjutkan rutinitas anak yang biasa dilakukan di rumah. Lakukan bantuan pemberian makan dan batuan motorik yang anak gunakan. Pastikan bahwa anak diamati dengan cermat dan tetap terbebas dari

bahaya. Dukung kekuatan anak, bantu anak dan keluarga untuk mengikuti terapi atau pengobatan yang dirancang untuk meningkatkan fungsi anak.

6. Gangguan Spektrum Autisme

Gangguan spektrum autisme lebih dikenal dengan gangguan perkembangan pervasif, di mana anak teridentifikasi tidak lebih dari usia tiga tahun dan lebih banyak ditemukan pada anak laki-laki. Anak yang mengalami gangguan spektrum autisme melakukan hanya sedikit kontak mata dan sedikit ekspresi wajah terhadap orang lain dan tidak menggunakan gestur untuk berkomunikasi. Anak tidak berhubungan dengan teman sebaya dan orang tuanya, kurangnya kegembiraan yang spontan, tidak ada mood dan afek sosial yang nyata, dan tidak dapat terlibat dalam permainan atau tidak dapat bermain imajinasi. Ada sedikit bicara yang dapat dimengerti, dan anak melakukan perilaku motorik stereotip seperti bertepuk tangan, memutar tubuh, atau membenturkan kepala.

Sifat autistik berlangsung hingga dewasa, dan sebagian besar anak yang mengalami gangguan spektrum autisme tetap bergantung pada orang lain sampai beberapa tingkat. Tidak ada medikasi atau terapi yang tersedia untuk menyembuhkan autisme. Tujuan manajemen terapeutik adalah agar anak mencapai fungsi optimal dalam keterbatasan gangguan. Anak dengan gangguan spektrum autisme memiliki terapi yang berbeda-beda; terapi perilaku dan komunikasi sangat utama. Anak dengan gangguan spektrum autisme memberi respons sangat baik terhadap lingkungan pendidikan yang sangat terstruktur. Stimulan dapat digunakan untuk mengendalikan hiperaktivitas, dan medikasi antipsikotik dapat membantu pada anak yang mengalami perilaku berulang dan agresif.

Saat perawat mengetahui orang tua yang anaknya terdiagnosis gangguan spektrum autisme, maka perawat dapat memberikan banyak dukungan emosi kepada orang tua, panduan profesional, dan edukasi mengenai gangguan sambil berusaha untuk menyesuaikan dengan diagnosis. Perawat mengkaji kesesuaian antara kebutuhan

perkembangan anak dan rencana terapi. Bantu orang tua untuk mengatasi hambatan untuk mendapatkan edukasi, perkembangan, dan program terapi perilaku yang tepat.

7. Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas

Gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas (disebut juga attention deficit/hyperactivity, ADHD) ditandai dengan sikap kurang/tidak memperhatikan, hiperaktivitas, mudah terdistraksi dan impulsif yang mana lebih banyak dijumpai pada anak laki-laki. ADHD adalah salah satu gangguan mental yang paling umum pada masa kanak-kanak. Ada tiga subtype ADHD yaitu: hiperaktif-impulsif, tidak penuh perhatian, dan kombinasi. Kondisi yang sangat memprihatinkan pada anak yang mengalami ADHD akan mengalami gangguan dalam kemampuan belajar, sosialisasi, dan kepatuhan, yang menimbulkan banyak kebutuhan pada anak, orang tua, guru, dan komunitas.

Manajemen medikasi ADHD antara lain penggunaan psikostimulan, inhibitor ambilan ulang norefinefrin non-stimulan, dan/atau agens antihipertensi α -agonis. Medikasi ini tidak menyembuhkan ADHD, tetapi membantu meningkatkan kemampuan anak untuk memusatkan perhatian dan menurunkan tingkat perilaku impulsif. Tingkat aktivitas anak biasanya tidak terpengaruh. Terapi perilaku dan menata kembali ruangan kelas dapat berguna sebagai bagian rencana manajemen terapeutik. Karena ADHD memiliki manifestasi hingga dewasa muda, manajemen harus terus berlangsung selama remaja (Vessey & Wilkinson, 2008). Anak yang mengalami ADHD dapat merasa bahwa mereka nakal, salah, bodoh, atau meragukan secara intelektual.

Sebagai perawat, melakukan manajemen keperawatan pada anak dengan ADHD, perawat harus memberi dukungan emosi, memberikan cukup waktu bagi keluarga untuk mengungkapkan perasaan dan kecemasan mereka. Membuat kesepakatan untuk bekerja bersama anak ADHD dan keluarganya dalam membuat tujuan, misalkan: menyelesaikan pekerjaan rumah, meningkatkan komunikasi, atau meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri. Perawat juga dapat membantu keluarga mendukung kebutuhan anak melewati sistem

sekolah umum. Perawat juga menjelaskan kepada keluarga bahwa medikasi stimulan harus dikonsumsi di pagi hari untuk menurunkan efek samping insomnia. Beberapa anak dapat mengalami penurunan nafsu makan, jadi memberikan medikasi bersama atau sesudah makan dapat berguna. Anak dapat merasa 'berbeda' dari teman sebaya mereka jika ia harus mengunjungi perawat sekolah untuk dosis medikasi ADHD waktu siang; hal ini dapat menyebabkan ketidakpatuhan dan peningkatan berkelanjutan gejala ADHD, dengan penurunan pada tugas sekolah.

4.2.2 Sindrom Tourette

Sindrom Tourette terdiri atas tik motorik yang sering dan satu atau lebih tik vokal terjadi pada waktu bersamaan berbeda. Anak tidak mengalami periode bebas tik selama tidak lebih dari 3 bulan. Tik didefinisikan sebagai gerakan dan/atau suara stereotipikal berulang cepat yang terjadi tanpa dapat dikendalikan oleh anak. Sindrom Tourette diperkirakan mengenai hingga 1% anak (Bloch & Leckman, 2008). Awitan terjadi sebelum usia 18 tahun. Sampai saat ini patofisiologi sindrom Tourette belum dapat diidentifikasi, tetapi diduga faktor genetik memainkan peran.

Saat melakukan pengkajian keperawatan, perawat harus mendapatkan riwayat kesehatan anak sebelumnya, kaji riwayat tik pada keluarga. Kaji riwayat psikososial anak untuk menentukan derajat apakah tik mengganggu hubungan pertemanan, performa di sekolah, dan harga diri. Observasi anak untuk tik motorik yang sederhana atau kompleks. Tik vokal, seperti tersedu/terisak, mendengkur, klik, atau ucapan kata dapat terjadi. Lakukan pemeriksaan fisik menyeluruh, yang biasanya normal.

Manajemen keperawatan pada anak dengan sindrom Tourette, perawat dapat menjelaskan kepada keluarga bahwa tik menjadi lebih terlihat ketika anak fokus pada aktivitas seperti, menonton tv, membaca atau bermain video game. Perawat dapat menolong keluarga untuk membangun perilaku fungsional anak dan keterampilan adaptif untuk meningkatkan harga diri. Dukung keputusan keluarga terkait penggunaan medikasi dan terapi serta berikan edukasi yang tepat mengenai obat dan terapi tertentu. Bila diperlukan, saran kepada keluarga untuk mengikuti komunitas anak dengan sindrom Tourette yang ada di sekitar mereka.

4.2.3 Gangguan Makan

Gangguan makan yang sering dijumpai pada remaja dan bahkan anak yang lebih muda adalah anoreksia nervosa dan bulimia. Anoreksia nervosa ditandai dengan penurunan berat badan yang tiba-tiba sebagai akibat penurunan asupan makanan dan peningkatan tajam aktivitas fisik. Bulimia merupakan siklus asupan makanan yang normal yang diikuti dengan binge-eating (konsumsi berlebihan dalam waktu singkat) dan kemudian purging (tindakan yang dilakukan untuk memuntahkan makanan yang telah dikonsumsi). Remaja penderita bulimia umumnya memiliki berat badan tetap yang mendekati rentang normal. Komplikasi yang dapat terjadi pada kasus anoreksia nervosa dan bulimia antara lain: ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, penurunan volume darah, aritmia jantung, esofagitis, ruptur esofagus atau lambung, gigi tanggal, dan masalah menstruasi. Angka mortalitas untuk anoreksia dapat lebih dari 18% (Sigel, 2011).

Saat melakukan pengkajian keperawatan, perawat harus mengkaji riwayat kesehatan anak, catat faktor risiko, seperti riwayat keluarga, jenis kelamin wanita, keasyikan dengan penampilan, sifat obsesif, atau harga diri rendah. Orang tua biasanya mencatat keluhan utama seperti penurunan berat badan. Catat riwayat depresi pada anak yang mengalami bulimia. Evaluasi konsep diri anak, catat ketakutan multiple, kebutuhan akan penerimaan yang tinggi, gangguan citra tubuh, dan perfeksionis. Remaja yang mengalami bulimia akan memiliki berat badan normal atau sedikit overweight. Inspeksi tangan untuk melihat adanya kalus (kapalan) di punggung buku jari dan bagi kuku jari. Inspeksi mulut dan orofaring untuk kerusakan email gigi, gusi kemerahan, dan inflamasi tenggorok akibat muntah yang dipicu sendiri.

Setelah melakukan pengkajian keperawatan, manajemen keperawatan adalah dengan pemberian makan ulang secara lambat untuk menghindari komplikasi. Seperti sindrom pemberian makan kembali (refeeding syndrom) (komplikasi kardiovaskular, hematologi, dan neurologi) dapat terjadi pada remaja yang mengalami malnutrisi berat disertai anoreksia jika penggantian nutrisi cepat diberikan. Berikan suplemen fosfor sesuai instruksi. Kaji tanda-tanda vital lebih sering untuk memeriksa hipotensi ortostatik, nadi yang ireguler dan menurun, atau hipotermia. Konsultasi ke ahli gizi untuk bantuan tentang menghitung kebutuhan kalori dan menentukan diet yang tepat. Minta anak dan keluarga untuk mencatat asupan harian dalam bentuk jurnal, perilaku bingeing (konsumsi berlebihan) dan purging (muntah yang dipaksa sendiri), alam perasaan, dan latihan fisik. Bantu anak dan keluarga untuk merencanakan rutinitas terstruktur

yang sesuai untuk anak yang mencakup waktu makan, kudapan, dan aktivitas fisik yang tepat.

4.2.4 Gangguan Alam Perasaan

Gangguan alam perasaan pada anak, antara lain gangguan depresi dan bipolar. Gangguan bipolar merupakan kondisi episode manik dan depresif yang bertukar serta mengenai sekitar 1% anak (Lack & Green, 2009). Selama episode manik, alam perasaan meningkat secara mencolok dan anak menunjukkan kelebihan energi. Depresi dapat menyebabkan perubahan signifikan pada performa sekolah dan hubungan sosial. Gangguan ansietas dan perilaku disruptif dapat terjadi bersamaan dengan depresi. Perceraian dan masalah keluarga yang serius dapat berkontribusi pada perkembangan depresi karena stres terus-menerus mereka timpakan pada anak dan dampak psikologis yang kuat. Anak dan remaja yang mengalami episode depresi dapat membahayakan diri mereka sendiri, mereka dapat memukul, memotong, atau membakar diri mereka sendiri termasuk risiko bunuh diri.

Norepinefrin dan dopamin memainkan peran penting dalam hal alam perasaan. Norepinefrin dianggap penting dalam area energi dan kewaspadaan, sementara dopamin penting dalam area kenikmatan dan motivasi. Ketika terjadi perubahan dalam neurotransmisi norepinefrin dan dopamin, gejala depresi (apati, kehilangan minat dan kenyamanan) terjadi. Penurunan kadar serotonin juga berdampak pada gejala depresi. Anak yang mengalami gangguan alam perasaan biasanya memperoleh manfaat dari psikoterapi. Gangguan depresi mayor membenarkan penggunaan antidepresan farmakologis. Gangguan bipolar dapat ditangani dengan agens neuroleptik atau penstabil alam perasaan (Nurcombe, 2008).

Perawat harus mendapatkan riwayat kesehatan dari anak terpisah dari orang tua. Jika memungkinkan, gunakan kuesioner skrining depresi yang terstandarisasi. Tanyakan mengenai kemungkinan stresor, seperti masalah sekolah, konflik dengan orang tua, masalah kencan, dan kekerasan (fisik atau seksual). Ketika ada dugaan gangguan bipolar, riwayat dapat menunjukkan bicara yang cepat dan tertekan; peningkatan energi; penurunan tidur; perilaku flamboyan, atau iritabilitas selama episode manik. Catat riwayat penurunan berat badan, gagal tumbuh, atau peningkatan insidens infeksi pada bayi. Untuk batita, catat keterlambatan atau regresi keterampilan perkembangan, peningkatan kejadian mimpi buruk, atau laporan orang tua mengenai ketergantungan emosi. Anak prasekolah dapat memiliki kehilangan ketertarikan pada keterampilan yang

diperlukan saat ini; manifestasi enkopresis, enuresis, anoreksia, atau binge-eating, atau sering membuat pernyataan diri negatif. Orang tua anak usia sekolah dapat melaporkan bahwa anak mengalami depresi, iritabel/rewel, atau alam perasaan agresif. Selanjutnya, manajemen di keperawatan anak dan orang tua yang mengalami gangguan alam perasaan berfokus pada edukasi dan dukungan/bantuan, serta pencegahan depresi dan bunuh diri.

4.2.5 Gangguan Ansietas

Gangguan ansietas adalah gangguan yang paling sering dijumpai di kalangan anak dan remaja. Gangguan ansietas ini erat hubungannya dengan kondisi stres sampai depresi. Suatu hal yang normal ketika anak mengalami rasa takut, khawatir dan rasa malu. Bagi seorang bayi, mendengar suara keras dan bertemu orang asing merupakan penyebab rasa takut. Batita takut terhadap lingkungan gelap dan perpisahan. Sementara anak pra-sekolah memiliki rasa takut terhadap makhluk imajinasi dan mutilasi tubuh. Anak usia sekolah takut terhadap cedera dan kejadian alami, sedangkan remaja mengalami ansietas mengenai performa sekolah dan sosial. Hal ini merupakan ketakutan-ketakutan yang normal pada usia tumbuh kembang anak. Ketakutan ini menghasilkan tingkat ansietas tertentu yang bisa ditoleransi oleh sebagian besar anak, tetapi penting untuk dapat membedakan antara ansietas yang sesuai perkembangan normal dan dengan gangguan ansietas.

Ansietas dianggap menjadi reaksi terhadap ancaman yang dirasakan atau aktual. Ancaman dapat atau tidak diketahui oleh anak, dan distress emosi menyebabkan respons perilaku. Respons "fight-or-flight" menyebabkan takikardia, peningkatan tekanan darah, berkeringat, peningkatan stimulasi dan reaktivitas, tremor dan peningkatan aliran darah ke otot (Keeley & Storch, 2009). Secara umum manajemen terapeutik gangguan ansietas melibatkan penggunaan agens farmakologis dan terapi psikologis. Antidepresan merupakan metode farmakologi yang paling umum digunakan. Selain itu terapi kognitif-perilaku; psikoterapi individu, keluarga, atau kelompok; dan intervensi perilaku lain seperti tehnik relaksasi dapat diterapkan pada anak dengan gangguan ansietas.

Perawat harus dapat melakukan evaluasi keluhan somatis dan melakukan riwayat kesehatan yang cermat, karena anak dan remaja pada umumnya tidak menunjukkan ansietas secara langsung. Jika saat perawat melakukan pengkajian dan ditemukan gejala ansietas pada anak, rujuk anak ke penyedia kesehatan mental yang tepat untuk evaluasi lebih lanjut. Saat diagnosis anak ditegakkan, program medikasi dibuat, perawat harus mengajarkan keluarga terkait

pemberian medikasi beserta efek sampingnya. Dukung dan puji mereka untuk mengikuti keseluruhan terapi kognitif dan terapi perilaku atau psikoterapi. Beri dukungan emosi kepada anak dan keluarga. Bantu orang tua untuk perkembangan keterampilan menjadi orang tua yang dapat meningkatkan otonomi anak. Bila perlu, rujuk anak dan keluarga ke terapi keluarga secara bersamaan.

4.2.6 Penganiayaan dan Kekerasan

Penyebab kesakitan mental yang ditemukan pada anak dan remaja banyak disebabkan oleh penganiayaan dan kekerasan yang mereka terima dari orang dewasa bahkan dari pengasuhnya. Anak dan remaja dapat menderita karena penyiksaan anak, sindrom Münchausen, atau penyalahgunaan zat.

1. Penyiksaan Anak

Penyiksaan anak dilakukan oleh orang dewasa terhadap anak yang lebih muda, antara lain penganiayaan fisik, penganiayaan seksual, penganiayaan emosi, bahkan sampai kepada pengabaian. Penganiayaan fisik adalah tindakan sengaja yang dilakukan orang dewasa kepada anak sampai menyebabkan anak cedera sehingga anak mengalami kesakitan bahkan sampai menyebabkan kematian. Sedangkan penganiayaan seksual merupakan keterlibatan anak pada semua aktivitas yang bertujuan untuk memberi kepuasan seksual kepada orang dewasa. Selanjutnya, penganiayaan emosi berupa umpatan verbal atau kata-kata kasar/keras pada anak atau hal ini bisa juga terjadi karena anak menyaksikan sendiri kekerasan di dalam rumah tangga. Pengabaian diartikan sebagai kegagalan ibu dan/atau pengasuh, untuk memberikan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan medis, dan sekolah yang tepat untuk anak.

Menentukan adanya tindakan penganiayaan fisik dan penganiayaan seksual pada anak merupakan perkara yang sulit, karena pada umumnya korban dipaksa untuk diam oleh pelaku. Sementara anak pun tidak mau mengakui perbuatan penganiayaan yang telah dilakukan oleh orang tua atau saudara yang lebih tua, disebabkan adanya perasaan bersalah dan tidak ingin kehilangan orang tua dan saudara-saudaranya. Penganiayaan dan kekerasan bisa saja terjadi di semua

tingkatan sosioekonomi, tetapi statistik menunjukkan bahwa paling sering terjadi di tingkat sosio ekonomi rendah. Meskipun sulit untuk mendeteksi kejadian penganiayaan dan kekerasan pada anak, namun dapat dipastikan bahwa masalah ini tersebar luas. Sampai saat ini, masih ditemukan berita-berita terkait penganiayaan dan kekerasan pada anak. Berita yang paling mengejutkan dan mengerikan adalah bahwa pelaku penganiayaan lebih sering ditemukan adalah orang tua atau pengasuh anak.

Riwayat penganiayaan anak berkaitan dengan terjadinya gangguan depresi, ide dan usaha bunuh diri, gangguan ansietas, dan penggunaan alkohol dan obat-obatan. Penganiayaan dapat menyebabkan cedera fisik berat, kesehatan fisik yang buruk, dan pada beberapa kasus, gangguan perkembangan otak. Menjadi korban pengabaian menempatkan anak pada risiko mengalami harga diri rendah, prestasi akademik yang buruk, kesehatan emosi yang buruk, dan kesulitan sosial. Konsekuensi jangka panjang tambahan, antara lain kenakalan anak dan kelanjutan siklus kekerasan (Child Welfare Information Gateway, 2008).

Manajemen terapeutik korban penganiayaan dan kekerasan melibatkan terapi fisik cedera, asuhan paliatif pada beberapa kasus, dan intervensi untuk menyelamatkan atau mengembalikan kesejahteraan mental anak dan juga fungsi keluarga. Untuk melindungi anak, semua negara memerlukan hukum profesional perawatan kesehatan melaporkan kasus penganiayaan anak atau pengabaian anak yang dicurigai (Child Welfare Information Gateway, 2008).

Saat melakukan pengkajian keperawatan, pastikan perawat mendapatkan riwayat kesehatan, mencatat keluhan utama dan waktu awitan, kaji ketepatan ikatan orang tua dan anak. Amati dengan cermat setiap informasi yang diberikan oleh orang tua maupun anak. Upayakan melakukan skrining kepada semua anak dan keluarga untuk mengidentifikasi adanya penganiayaan dan kekerasan. Kaji faktor risiko pada anak dan orang tua atau pengasuh. Faktor risiko untuk penganiayaan pada anak, antara lain kemiskinan, prematuritas, palse

serebral, penyakit kronik, atau disabilitas intelektual. Faktor risiko menjadi penganiaya pada orang tua atau pengasuh, antara lain riwayat mengalami penganiayaan pada diri mereka sendiri, penyalahgunaan alkohol atau zat, atau stres hebat. Perawat sangat memerlukan kehati-hatian melakukan observasi untuk menentukan apakah terjadi penganiayaan pada anak. Observasi apakah ada kelambatan dalam mencari terapi medis pada anak, apakah riwayat sering berubah, atau apakah ada riwayat trauma yang tidak konsisten dengan cedera yang diobservasi. Hal ini semua merujuk pada penganiayaan anak.

2. Sindrom Münchausen karena Kuasa

Sindrom ini adalah jenis pengabaian anak yakni orang tua menciptakan gejala penyakit fisik dan/atau psikologis atau gangguan pada anak. Orang dewasa memenuhi kebutuhan psikologisnya sendiri dengan memiliki anak yang sakit. Sindrom ini sulit untuk dideteksi dan mungkin tersembunyi selama bertahun-tahun. Pada sebagian besar kasus, ibu biologis adalah pelaku (Mason & Poirier, 2010). Manajemen terapeutik difokuskan pada memastikan keamanan dan kesejahteraan anak, dan juga memberikan psikoterapi untuk pelaku.

Saat perawat melakukan pengkajian, ada beberapa tanda bahaya yang dapat ditemukan pada kasus ini antara lain:

1. Ditemukan riwayat yang sama antara saudara kandung yaitu mengalami satu kesakitan atau lebih dan tidak memberi respons terhadap terapi atau mengikuti rangkaian yang membingungkan mereka.
2. Adanya gejala yang tidak masuk akal atau tidak tampak ketika pelaku dipindahkan atau tidak ada. Dan gejala dicurigai hanya oleh pengasuh (misalnya: sianosis, apnea, kejang).
3. Hasil temuan pengkajian fisik dan hasil temuan laboratorium tidak memiliki kesesuaian dengan riwayat yang diberikan.
4. Ketika dirawat di rumah sakit seringkali didapati gagal menegakkan diagnosis penyakit, sering dipindahkan ke rumah sakit lain, lebih

sering pulang paksa atau pulang atas permintaan sendiri dengan arti kata berlawanan dengan saran pihak medis.

5. Orang tua tidak mau menerima kenyataan bahwa diagnosis yang ditegakkan bukan diagnosa medis.

Pantau perilaku ibu dan anak, suami atau pasangan, dan staf. Bisa juga menggunakan pantauan cctv untuk mengawasi tindakan ibu yang menyebabkan kesakitan pada anak saat perawat dan dokter tidak ada di dalam ruangan. Lakukanlah pengkajian fisik secara menyeluruh dan catat perbedaan yang ditemukan antara pengkajian fisik dan riwayat kesehatan yang diberikan. Manajemen keperawatan yang dapat diberikan pada sindrom ini, sangat kompleks diantaranya, segera informasikan layanan sosial dan departemen manajemen risiko rumah sakit saat ditemukan aktivitas penganiayaan yang teridentifikasi. Dan saat pengasuh anak dikonfrontasi, pastikan tim perlindungan anak setempat dan keluarga pengasuh atau sistem pendukung tetap tersedia.

Beri informasi kepada pengasuh terkait perencanaan asuhan keperawatan untuk anak dan bantuan kejiwaan untuk pengasuh tetap tersedia.

1. Penyalahgunaan Zat

Era milenial saat ini sering kali kita dapat menemukan remaja yang belum mencapai usia 20 tahun sudah menggunakan minuman beralkohol. Lebih mencemaskan lagi diantara mereka juga sudah ada yang menggunakan zat terlarang seperti: mariyuana, kokain, obat terlarang yang diinjeksikan (heroin), obat halusinogenik, metamfetamin, inhalan, dan ekstasi. Sangat disayangkan zat ini juga coba untuk diperkenalkan oleh pihak-pihak yang tidak bertanggung jawab dan yang hati nuraninya jahat kepada anak-anak yang usianya lebih muda, bahkan anak-anak yang masih duduk di bangku sekolah dasar.

Sebagai seorang perawat, merupakan tanggung jawab untuk membantu anak dan remaja agar tidak sampai melakukan penyalahgunaan zat. Pencegahan penyalahgunaan zat sangat penting untuk dilakukan. Salah satu strategi pencegahan penyalahgunaan zat adalah dengan memberikan edukasi kepada anak dan remaja. Bukanlah suatu perkara yang mudah untuk memberikan edukasi ini.

Oleh sebab itu, sebelum memberikan edukasi penyalahgunaan zat, perawat perlu membina hubungan saling percaya dengan anak dan remaja sehingga dapat memberikan lingkungan yang aman untuk membicarakan masalah mereka. Skrining semua anak dan remaja untuk faktor risiko.

Bantu anak untuk mempelajari keterampilan menyelesaikan masalah yang dapat mereka gunakan di masa yang akan datang dan bukan bergantung pada obat atau zat lain untuk menghindari masalah mereka. Ajarkan anak untuk "cukup berkata tidak". Perawat menekankan kepada anak dan remaja bahwa mereka adalah orang yang memegang kendali atas tubuh mereka dan apa yang mereka pajankan ke tubuh. Dukung anak untuk berpartisipasi pada program DARE (Drug Abuse Resistance Education) komunitas lokal dan puji mereka untuk menyelesaikannya. Perawat juga harus mengajarkan kepada orang tua bahwa untuk lebih intensif membina komunikasi dan bila memungkinkan terlibat dalam hubungan sosial anak dan remaja, sehingga dapat diketahui siapa saja teman bergaul mereka dan kemana mereka pergi dan apa yang mereka lakukan ketika berada di luar rumah. Langkah sederhana ini sangat penting untuk membatasi pajanan zat. Sampai saat ini, ungkapan 'mencegah lebih baik dari pada mengobati' masih relevan untuk diimplementasikan.

Bab 5

Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi

5.1 Pendahuluan

Banyak orang mengenali halusinasi berkaitan dengan melihat hal-hal yang sebenarnya tidak ada. Tapi ada lebih banyak dari itu. Itu bisa berarti seseorang menyentuh atau bahkan mencium sesuatu yang tidak ada. Ada banyak penyebab yang berbeda. Ini bisa menjadi penyakit mental yang disebut skizofrenia, masalah sistem saraf seperti penyakit Parkinson, epilepsi, atau sejumlah hal lainnya (Paige Fowler, 2021).

Halusinasi adalah persepsi atau tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal (Hamid, Keliat and Putri, 2020). Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori. 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 dimana individu merasakan adanya stimulus melalui panca indera tanpa adanya rangsang nyata. Gangguan Persepsi Sensori berupa respons panca-indra, yaitu penglihatan, pendengaran, perabaan, dan pengecapan terhadap sumber yang tidak nyata.

Halusinasi melibatkan penginderaan hal-hal seperti penglihatan, suara, atau bau yang tampak nyata tetapi tidak. Hal-hal ini diciptakan oleh pikiran (Health, 2018).

Halusinasi juga bisa disertai oleh delusi/waham, yaitu keyakinan terhadap sesuatu yang tidak ada atau tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya. Misalnya, seseorang merasa memiliki kekuasaan dan sangat dekat dengan orang-orang terkenal, padahal pada kenyataannya tidak. Halusinasi yang disertai delusi/waham biasanya dialami oleh penderita psikosis dan skizofrenia (Paige Fowler, 2021).

5.2 Faktor Penyebab

Faktor Penyebab menurut SDKI (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) yaitu;

1. Gangguan penglihatan
2. Gangguan pendengaran
3. Gangguan penghiduan
4. Gangguan perabaan
5. Hipoksia serebral
6. Penyalahgunaan zat
7. Usia lanjut
8. Pemajanan toksin lingkungan

5.2.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya. Faktor predisposisi dapat meliputi faktor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, dan genetik (Hamid, Keliat and Putri, 2020).

1. Faktor Perkembangan

Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.

2. Faktor Sosiokultural

Berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian di lingkungan yang membesarkannya.

3. Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stres yang berlebihan maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffofenon dan dimethytranferase (DMP).

4. Faktor Psikologi

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis dan adanya peran ganda bertentangan yang sering diterima oleh seseorang akan mengakibatkan stres dan kecemasan yang tinggi dan berakhir pada gangguan orientasi realitas.

5. Faktor Genetik

Gen yang berpengaruh dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

5.2.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Adanya rangsangan dari lingkungan, seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak berkomunikasi, objek yang ada di lingkungan, dan juga suasana sepi atau terisolasi sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik (Hamid, Keliat and Putri, 2020).

Halusinasi paling sering diakibatkan oleh (Paige Fowler, 2021):

1. Skizofrenia. Lebih dari 70% orang dengan penyakit ini mengalami halusinasi visual, dan 60%-90% mendengar suara-suara. Tetapi beberapa mungkin juga mencium dan merasakan hal-hal yang tidak ada.

2. Penyakit Parkinson. Hingga setengah dari orang yang memiliki kondisi ini terkadang melihat hal-hal yang tidak ada.
3. Penyakit Alzheimer. dan bentuk lain dari demensia , terutama demensia tubuh Lewy. Mereka menyebabkan perubahan di otak yang dapat menyebabkan halusinasi. Lebih sering terjadi pada lanjut usia (lansia).
4. Migrain. Sekitar sepertiga orang dengan jenis sakit kepala ini juga memiliki "aura", sejenis halusinasi visual. Itu bisa terlihat seperti bulan sabit warna-warni.
5. Tumor otak. Tergantung di mana itu, itu dapat menyebabkan berbagai jenis halusinasi. Jika berada di area yang berhubungan dengan penglihatan , seseorang mungkin melihat hal-hal yang tidak nyata. Seseorang mungkin juga melihat bintik-bintik atau bentuk cahaya. Tumor di beberapa bagian otak dapat menyebabkan halusinasi penciuman dan pengecapan.
6. Sindrom Charles Bonnet. Kondisi ini menyebabkan orang dengan masalah penglihatan seperti degenerasi makula , glaukoma , atau katarak untuk melihat sesuatu. Pada awalnya, seseorang mungkin tidak menyadari bahwa itu adalah halusinasi, tetapi pada akhirnya, seseorang menyadari bahwa apa yang orang tersebut lihat tidak nyata.
7. Epilepsi. Kejang yang menyertai gangguan ini dapat membuat seseorang lebih mungkin mengalami halusinasi. Jenis yang seseorang dapatkan tergantung pada bagian otak mana yang terkena kejang .

5.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Tanda dan gejala pasien halusinasi adalah sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018; Hamid, Keliat and Putri, 2020):

Subjektif Mayor

1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan

2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan

Subjektif Minor

1. Menyatakan kesal
2. Menyatakan senang dengan suara-suara.
3. Bicara seorang diri
4. Tertawa sendiri
5. Marah tanpa sebab

Objektif Mayor

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

Objektif Minor

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

Data Objektif

1. Bicara atau tertawa sendiri.
2. Marah-marah tanpa sebab.
3. Memalingkan muka ke arah telinga seperti mendengar sesuatu.
4. Menutup telinga.
5. Menunjuk-nunjuk kearah tertentu.
6. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

7. Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
8. Menutup hidung.
9. Sering meludah.
10. Muntah
11. Menggaruk-garuk permukaan kulit.

Data Subjektif

1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
3. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
4. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
5. Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
6. Merasakan rasa seperti darah, urin, atau feses.
7. Merasakan takut atau senang dengan halusinasinya.
8. Mengatakan sering mendengar sesuatu pada waktu tertentu saat sedang sendirian.
9. Mengatakan sering mengikuti isi perintah halusinasi.

5.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang digunakan adalah Halusinasi atau Gangguan Persepsi Sensori menurut SDKI. Diagnosa Halusinasi / Gangguan Persepsi Sensori dapat digunakan apabila Tanda dan Gejala Mayor terdapat pada klien/pasien (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)sdki.

Halusinasi perlu dibedakan dengan keluhan pada saraf sensorik atau panca indra yang disebut sinestesia. Sinestesia merupakan kondisi ketika seseorang bisa mendengar suara atau nada saat ia melihat warna atau tulisan maupun ketika mencium aroma atau bau tertentu. Pancaindra bekerja secara spesifik dalam menangkap stimulus atau rangsangan yang diterima tubuh. Sebagai contoh, indra pendengaran di telinga hanya bisa menangkap rangsang suara, sedangkan

indra pengecap pada lidah hanya bisa mendeteksi rasa dan aroma dari makanan dan minuman (Merry Dame Cristy Pane, 2020).

Orang yang memiliki sinestesia bisa merasakan rangsangan pada salah satu pancaindra, padahal stimulus yang diterima bukan ditujukan pada indra tersebut. Contohnya, orang yang memiliki sinestesia bisa mendengar suara atau nada tertentu ketika melihat warna atau tulisan, padahal tidak ada rangsang suara di sekitarnya. Pada contoh kasus lain, orang dengan sinestesia yang bisa mencium aroma tertentu ketika ia mengonsumsi minuman atau makanan yang terasa manis atau asin, padahal tidak ada sumber bau di sekitarnya (Merry Dame Cristy Pane, 2020).

Sebagai Pertimbangan dalam menegakkan diagnosa keperawatan yaitu halusinasi umum dapat meliputi (Health, 2018):

1. Merasakan sensasi di tubuh, seperti perasaan merangkak pada kulit atau gerakan organ dalam.
2. Mendengar suara, seperti musik, langkah kaki, jendela atau pintu membenturkan.
3. Mendengar suara ketika tidak ada yang berbicara (jenis halusinasi yang paling umum). Suara-suara ini mungkin positif, negatif, atau netral. Mereka mungkin memerintahkan seseorang untuk melakukan sesuatu yang dapat membahayakan diri mereka sendiri atau orang lain.
4. Melihat pola, cahaya, makhluk, atau benda yang tidak ada.
5. Mencium bau.

Terkadang, halusinasi itu normal. Misalnya, mendengar suara atau melihat sekilas orang yang dicintai yang baru saja meninggal dapat menjadi bagian dari proses berduka.

5.5 Jenis Halusinasi

Halusinasi memiliki lima jenis sesuai pancaindera yaitu; (Merry Dame Cristy Pane, 2020; Paige Fowler, 2021)

1. Halusinasi penglihatan

Penderita halusinasi penglihatan akan melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Objek yang dilihat bisa manusia, benda, atau cahaya. Melihat benda dengan bentuk yang salah atau melihat benda bergerak dengan cara yang biasanya tidak. Terkadang terlihat seperti kilatan cahaya.

2. Halusinasi pendengaran

Penderita halusinasi pendengaran akan mendengar suara, perintah, atau ancaman yang sebenarnya tidak ada. Seseorang merasakan bahwa suara-suara itu datang dari dalam atau dari luar pikirannya. Klien/Pasien mungkin mendengar suara-suara berbicara satu sama lain atau merasa seperti mereka menyuruhnya melakukan sesuatu.

3. Halusinasi penciuman

Penderita halusinasi penciuman akan mencium bau harum atau bau yang tidak sedap, padahal bau tersebut sebenarnya tidak ada. Klien/pasien mengira bau itu berasal dari sesuatu di sekitarnya, atau berasal dari tubuh sendiri padahal sebenarnya tidak ada.

4. Halusinasi pengecapan

Penderita halusinasi jenis ini akan mengecap rasa yang aneh, misalnya rasa logam, pada makanan atau minuman yang ia konsumsi, padahal rasa tersebut sebenarnya tidak ada. Merasa bahwa sesuatu yang dimakan atau diminum memiliki rasa yang aneh.

5. Halusinasi sentuhan

Penderita merasa seakan-akan ada seseorang yang meraba atau menyentuhnya, atau merasa seperti ada hewan yang merayap di kulitnya, padahal sebenarnya tidak ada. Mungkin berpikir bahwa dirinya sedang digelitik bahkan ketika tidak ada orang lain di sekitarnya, atau dirinya mungkin merasa seperti serangga merayap di

atas atau di bawah kulitnya. Klien/pasien bisa merasakan semburan udara panas di wajahnya yang tidak nyata.

5.6 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang bisa dilakukan sesuai asuhan keperawatan jiwa (Hamid, Keliat and Putri, 2020) adalah; 1) tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi klien 2) latih klien melawan halusinasi dengan menghardik 3) latih klien mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek 4) latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur. 5) latih klien minum obat dengan prinsip 8 benar 6) diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan Latihan mengendalikan halusinasi 7) berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan Latihan mengendalikan halusinasi. Intervensi Keperawatan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI., 2018) adalah;

Intervensi Utama

1. Manajemen Halusinasi
2. Minimalisasi Rangsangan
3. Pengekangan Kimiawi

Intervensi Pendukung

1. Dukungan pelaksanaan ibadah
2. Dukungan pengungkapan kebutuhan
3. Edukasi perawatan diri
4. Edukasi tehnik mengingat
5. Limit setting
6. Manajemen delirium
7. Manajemen demensia
8. Manajemen mood
9. Manajemen penyalahgunaan zat
10. Manajemen perilaku
11. Manajemen stress
12. Pencegahan bunuh diri

13. Pencegahan perilaku kekerasan
14. Promosi perawatan diri
15. Restrukturisasi kognitif
16. Skrining penganiayaan/ persekusi
17. Skrining penyalahgunaan zat
18. Tehnik menenangkan
19. Terapi aktivitas
20. Terapi kelompok
21. Terapi kognitif perilaku
22. Terapi relaksasi

5.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah (Merry Dame Cristy Pane, 2020);

1. Pemeriksaan darah dan urine, untuk melihat kemungkinan infeksi serta penyalahgunaan alkohol dan NAPZA.
2. EEG (elektroensefalogram), yaitu pemeriksaan aktivitas listrik otak untuk melihat apakah halusinasi disebabkan oleh epilepsi.
3. Pemindaian CT scan dan MRI, untuk mendeteksi stroke serta kemungkinan adanya cedera atau tumor di otak.

5.8 Evaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa

Evaluasi asuhan keperawatan jiwa halusinasi yaitu apakah terdapat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017; Hamid, Keliat and Putri, 2020);

1. Penurunan tanda dan gejala halusinasi
2. Peningkatan kemampuan klien mengendalikan halusinasi
3. Persepsi Sensori Membaik dengan kriteria hasil Menurunnya verbalisasi mendengar bisikan, Distorsi sensori, Perilaku Halusinasi
4. Membaiknya Respons klien/pasien sesuai stimulus

Tabel 5.1: Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Berdasarkan SDKI, SIKI, SLKI (Pokja SLKI DPP PPNI, 2017; Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

| DIAGNOSA KEPERAWATAN | DEFINISI | GEJALA DAN TANDA | INTERVENSI | OUTCOME/LUARAN |
|---|--|---|--|---|
| Gangguan Persepsi Sensori (D.0085) | Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi. | <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan pendengaran 3. Gangguan penghiduan 4. Gangguan perabaan 5. Hipoksia serebral 6. Penyalahgunaan zat 7. Usia lanjut 8. Pemajanan toksin lingkungan <p>Subjektif Mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan | <p>Intervensi Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Halusinasi 2. Minimalisasi Rangsangan 3. Pengekangan Kimiawi <p>Intervensi Pendukung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan pelaksanaan ibadah 2. Dukungan pengungkapan kebutuhan 3. Edukasi perawatan diri 4. Edukasi tehnik mengingat 5. Limit setting 6. Manajemen delirium 7. Manajemen demensia 8. Manajemen mood 9. Manajemen penyalahgunaan zat 10. Manajemen perilaku | <p>Luaran Utama: Persepsi Sensori</p> <p>Definisi: Persepsi realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal.</p> <p>Ekpektasi: Membaik</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama maka Persepsi Sensori Membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>5 (Menurun)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan 2. Distorsi sensori 3. Perilaku Halusinasi <p>5 (Membaik)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respons sesuai stimulus |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>Subjektif Minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyatakan kesal <p>Objektif Mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu <p>Objektif Minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi 5. Curiga 6. Melihat kesatu arah 7. Mondar-mandir 8. Bicara sendiri | <ol style="list-style-type: none"> 11. Manajemen stress 12. Pencegahan bunuh diri 13. Pencegahan perilaku kekerasan 14. Promosi perawatan diri 15. Restrukturisasi kognitif 16. Skrining penganiayaan/ persekusi 17. Skrining penyalahgunaan zat 18. Tehnik menenangkan 19. Terapi aktivitas 20. Terapi kelompok 21. Terapi kognitif perilaku 22. Terapi relaksasi | |
|--|--|--|--|--|

Bab 6

Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Masyarakat

6.1 Pendahuluan

Penyakit mental merupakan salah satu masalah prioritas kesehatan secara global, dengan setidaknya 10% dari populasi dunia mengalami gangguan kejiwaan pada satu waktu (Patel and Saxena, 2014). Biaya penyakit mental cukup besar, bersama dengan prevalensi yang tinggi dan peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas fisik pada populasi (Leach et al., 2020). Selama dua dekade terakhir, telah ada penekanan kuat pada penggunaan model layanan berbasis masyarakat (misalnya tim krisis, layanan intervensi dini, manajemen kasus) untuk mengelola penyakit mental yang serius (Hendrie et al., 2013). Keperawatan telah mengalami perubahan yang signifikan selama beberapa dekade terakhir. Perawat semakin dituntut mampu memahami dan melakukan asuhan keperawatan kesehatan jiwa di komunitas berdasarkan praktik profesional mereka. Evidence based practice secara luas didefinisikan sebagai penggunaan bukti klinis terbaik dalam membuat keputusan perawatan pasien,

dan bukti tersebut biasanya berasal dari penelitian yang dilakukan oleh perawat dan profesional kesehatan lainnya (Polit and Beck, 2010).

Perawat kesehatan mental komunitas ditempatkan di masyarakat untuk mencegah kekambuhan pada individu dengan penyakit mental yang serius. Perawat kesehatan mental komunitas memiliki lebih banyak kontak tatap muka dengan individu yang mengalami penyakit mental yang serius dibandingkan dengan disiplin lain. Oleh karena itu, potensi mereka untuk memengaruhi hasil klinis individu dengan penyakit mental yang serius kemungkinan sangat besar (Butterworth, 2018). Perawat kesehatan mental mewakili lebih dari setengah tenaga kerja kesehatan mental global. Perawat sebagai anggota penting dari tim kesehatan mental, tinjauan ini menemukan sedikit bukti bahwa paparan perawat kesehatan mental komunitas dikaitkan dengan kemungkinan yang lebih rendah individu untuk dirawat inap psikiatri. Mengingat kurangnya bukti yang konsisten dan berkualitas tinggi yang membahas dampak keperawatan kesehatan mental komunitas pada kekambuhan dan basis bukti yang mendukung praktik disiplin dan cabang keperawatan lain, ada kebutuhan untuk membangun basis bukti untuk menginformasikan perencanaan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat (Kakuma et al., 2011).

Tantangan yang dihadapi oleh banyak negara adalah menyediakan sumber daya manusia yang memadai untuk memberikan intervensi kesehatan mental yang esensial. Kekurangan sumber daya manusia yang luar biasa di seluruh dunia untuk kesehatan mental, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Bukti menunjukkan bahwa perawatan kesehatan mental dapat diberikan secara efektif dalam pengaturan perawatan kesehatan primer, melalui program berbasis masyarakat dan pendekatan pengalihan tugas. Profesional kesehatan non-spesialis, pekerja awam, individu yang terkena dampak, dan pengasuh dengan pelatihan singkat dan pengawasan yang tepat oleh spesialis kesehatan mental mampu mendeteksi, mendiagnosis, merawat, dan memantau individu dengan gangguan mental dan mengurangi beban pemberi asuhan keperawatan. Oleh karena itu, sumber daya untuk kesehatan mental mencakup kebijakan dan infrastruktur di dalam negara, layanan kesehatan mental, sumber daya komunitas, sumber daya manusia, dan pendanaan (Saxena et al., 2007).

Populasi dengan tingkat deprivasi sosial ekonomi yang tinggi memiliki kebutuhan tertinggi untuk perawatan kesehatan mental, tetapi akses terendah untuk itu. Stigma tentang gangguan jiwa juga membatasi penggunaan sumber daya yang tersedia. Orang dengan penyakit mental juga rentan terhadap pelanggaran hak asasi mereka. Sehingga semakin diakui bahwa peningkatan

layanan yang dirancang untuk mendukung kesehatan mental dan kesejahteraan keluarga dalam masyarakat yang terlibat dalam layanan sektor publik banyak dipengaruhi oleh proses penerapan praktik inovatif maupun oleh praktik yang dipilih untuk diimplementasikan. Salah satu mata rantai penting dalam hubungan antara penelitian dan praktik adalah translasi dari praktik berbasis bukti ke dalam aplikasi dan dampak yang lebih luas (Aarons, Hurlburt and Horwitz, 2011).

6.2 Keperawatan Jiwa Di Komunitas

Daya tarik keperawatan komunitas adalah tingkat otonomi yang akan dimiliki perawat. Perawat kesehatan mental telah bekerja dalam masyarakat selama bertahun-tahun setelah penutupan massal "rumah sakit jiwa" psikiatri pada tahun 1970-an dan 80-an, namun mungkin sekarang lebih dari sebelumnya bahwa perawat diberikan peluang karir dan jalur yang tidak melibatkan bekerja di rumah sakit sama sekali. Pelayanan kesehatan jiwa yang diberikan di masyarakat sangat beragam. Ada tim kesehatan mental yang bekerja dengan anak-anak, orang dewasa, orang tua, populasi tunawisma, masalah kesehatan mental tertentu seperti demensia, psikosis, gangguan perkembangan saraf, gangguan makan, dan layanan pasca kelahiran. Dalam salah satu peran komunitas yang mungkin, perawat akan memiliki tanggung jawab dan otonomi untuk mengelola beban kerja mereka. Mereka akan diberi beban kasus individu untuk bekerja dengan dan memberikan pekerjaan jangka panjang atau jangka pendek. Beberapa perawat komunitas akan bekerja sebagai bagian dari tim namun tetap mempertahankan otonomi dalam mengelola tugas sehari-hari. Perawat lain akan bekerja secara independen sebagai praktisi perawat tingkat lanjut atau spesialis perawat klinis yang menjalankan klinik yang dipimpin perawat (Woods, 2019).

6.2.1 Konsep Penting Kesehatan Jiwa Dalam Masyarakat

Disiplin ilmu keperawatan telah maju seiring berjalannya waktu. Kompetensi pelayanan keperawatan harus mampu memenuhi kebutuhan pasien baik dalam situasi klinis maupun komunitas. Kapasitas penelitian dalam keperawatan menjadi semakin penting untuk pengembangan disiplin ilmu tersebut. Namun, kapasitas penelitian dalam keperawatan masih sering digunakan sebagai kata kunci dalam keberhasilan pelaksanaan pengembangan keilmuan, (Chen et al.,

2019). Praktik berbasis bukti dikatakan ada jika ada bukti yang jelas untuk mendasarkan praktek klinis pada bukti yang diketahui. Bukti penelitian biasanya merupakan bentuk bukti terbaik, tetapi terkadang bentuk bukti lain juga dapat digunakan.

Menteri Kesehatan RI, Nila Moeloek mengatakan bahwa ungkapan tiada kesehatan tanpa kesehatan jiwa sangat tepat. Sebab, gangguan jiwa muncul akibat kegagalan mengelola stres. Stres bersumber pada masalah personal (non okupasi) atau profesional (okupasi). Kondisi fisik yang baik, mental dan pola hidup sehat akan berdampak pada tingginya derajat kesehatan seluruh tenaga kerja (Rokom, 2017). Kesehatan mental merupakan sebuah kondisi di mana individu terbebas dari segala bentuk gejala-gejala gangguan mental. Individu yang sehat secara mental dapat berfungsi secara normal dalam menjalankan hidupnya khususnya saat menyesuaikan diri untuk menghadapi masalah-masalah yang akan ditemui sepanjang hidup seseorang dengan menggunakan kemampuan pengolahan stres. Kesehatan mental merupakan hal penting yang harus diperhatikan selayaknya kesehatan fisik. Diketahui bahwa kondisi kestabilan kesehatan mental dan fisik saling memengaruhi. Gangguan kesehatan mental bukanlah sebuah keluhan yang hanya diperoleh dari garis keturunan. Tuntutan hidup yang berdampak pada stress berlebih akan berdampak pada gangguan kesehatan mental yang lebih buruk (Putri, Wibhawa and Gutama, 2015).

Kesehatan mental merupakan tanggung jawab berbagai pihak baik individu, keluarga, institusi pendidikan dan semua komunitas perlu memainkan peran. Kesehatan mental dan ketahanan yang baik adalah hal yang sangat fundamental bagi kesehatan fisik individu. Selain itu, kesehatan mental dan kesejahteraan yang baik juga membawa manfaat sosial dan ekonomi yang lebih luas (Lansley and Burstow, 2011). Banyak masalah kesehatan mental dimulai sejak dini dan dikaitkan dengan sejumlah faktor risiko yang diketahui, termasuk ketidaksetaraan. Kesehatan mental merupakan komponen integral dan esensial dari kesehatan. Konstitusi WHO menyatakan: "Kesehatan adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan." Implikasi penting dari definisi ini adalah bahwa kesehatan mental lebih dari sekedar tidak adanya gangguan atau cacat mental. Kesehatan mental merupakan keadaan sejahtera di mana individu menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya. Kesehatan mental adalah dasar bagi kemampuan kolektif dan

individu kita sebagai manusia untuk berpikir, beremosi, berinteraksi satu sama lain, mencari nafkah, dan menikmati hidup. Atas dasar ini, promosi, perlindungan, dan pemulihan kesehatan mental dapat dianggap sebagai perhatian vital individu, komunitas, dan masyarakat di seluruh dunia (World Health Organization, 2022).

6.2.2 Determinan Kesehatan Mental dalam Masyarakat

Berbagai faktor sosial, psikologis, dan biologis menentukan tingkat kesehatan mental seseorang pada setiap titik waktu. Misalnya, kekerasan dan tekanan sosial-ekonomi yang terus-menerus diakui sebagai risiko bagi kesehatan mental. Bukti paling jelas terkait dengan kekerasan seksual. Kesehatan mental yang buruk juga dikaitkan dengan perubahan sosial yang cepat, kondisi kerja yang penuh tekanan, diskriminasi gender, pengucilan sosial, gaya hidup tidak sehat, kesehatan fisik yang buruk, dan pelanggaran hak asasi manusia. Ada faktor psikologis dan kepribadian tertentu yang membuat orang rentan terhadap masalah kesehatan mental. Risiko biologis termasuk faktor genetik (World Health Organization, 2022).



Gambar 6.1: Determinan Sosial Kesehatan Mental (Gurch, 2018)

Prevalensi dan distribusi sosial gangguan mental telah didokumentasikan dengan baik di negara-negara berpenghasilan tinggi. Sementara semakin banyak pengakuan masalah di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, kesenjangan yang signifikan masih ada dalam penelitian untuk mengukur masalah, dan dalam strategi, kebijakan, dan program untuk mencegah gangguan mental. Ada kebutuhan yang cukup besar untuk meningkatkan prioritas yang

diberikan pada pencegahan gangguan mental dan promosi kesehatan mental melalui tindakan terhadap determinan sosial kesehatan.

Memahami hubungan antara determinan sosial dan kesehatan mental individu tidak selalu mudah. Faktor-faktor seperti pendidikan, stabilitas ekonomi, koneksi sosial, konteks lingkungan dan komunitas, infrastruktur yang dibangun, dan akses ke perawatan kesehatan semuanya berdampak pada kesejahteraan seseorang. Spektrum determinan sosial kesehatan mental tidak terbatas pada faktor risiko, yang lebih cenderung mengarah pada hasil negatif (misalnya kemiskinan, kekerasan masyarakat, penggunaan narkoba). Faktor protektif, yang lebih cenderung mengarah pada hasil positif (misalnya hubungan yang mendukung, keamanan masyarakat, harga diri yang tinggi), sama pentingnya untuk dipahami. Beberapa faktor bersifat tetap (misalnya biologis), sementara yang lain dapat berubah seiring waktu (misalnya tingkat pendapatan). Agar efektif, taktik pencegahan harus mengatasi kedua sisi mata uang dan mengatasi risiko dan faktor pelindung dalam berbagai konteks, termasuk hubungan, komunitas, dan masyarakat luas. Ketika melakukan intervensi melalui program setelah sekolah, program bimbingan bahasa yang kompeten, atau dukungan kesehatan mental yang kompeten secara budaya, penting untuk membawa pemahaman tentang konteks di mana seorang anak beroperasi. Bagaimana kondisi di rumah, di lingkungan tempat tinggalnya, dan di komunitas yang lebih luas, dan bagaimana kegiatan intervensi memengaruhi satu atau lebih determinan sosial dalam hidupnya, misalnya jaringan teman sebaya, tingkat pendidikan, akses ke layanan kesehatan yang berkualitas (Gurch, 2018).

Dengan memahami prasyarat terjadinya kesehatan dapat disimpulkan, kesehatan tidak dapat dipisahkan hubungannya dengan kondisi sosial ekonomi, lingkungan fisik, perilaku dan gaya-hidup individu. Hubungan tersebut memberikan pemahaman yang holistik dan sistemik tentang kesehatan. Holistik dalam arti kesehatan individu yang ingin ditingkatkan meliputi aspek biopsikosial. Sistemik dalam arti kesehatan individu dan populasi dipengaruhi oleh faktor-faktor pada berbagai level, yang tertata dalam suatu sistem di masing-masing level, dan lintas level, suatu paradigma yang disebut “eko-epidemiologi”.

6.3 Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Di Komunitas

Keperawatan kesehatan mental komunitas atau seperti yang kemudian disebut keperawatan psikiatri komunitas, dimulai di Inggris pada pertengahan 1950-an. Evolusinya adalah salah satu dari sejumlah inisiatif yang bertujuan untuk merelokasi pasien rumah sakit jiwa ke lingkungan komunitas. Awalnya, perawat psikiatri komunitas atau *community psychiatric nurses (CPNs)* bekerja dengan berbagai individu dengan masalah kesehatan mental. Peran utama mereka adalah untuk mengelola dan memantau medikasi jangka panjang untuk orang-orang dengan kondisi kronis seperti skizofrenia. Ini mempertahankan ketergantungan lama perawatan kesehatan mental pada psikiater, karena bagi mereka perawat psikiatri dalam komunitas melaporkan kemajuan atau kemunduran pasien (Keady, Clarke and Adams, 2003).

Perawatan kesehatan mental masyarakat akhir-akhir ini terkadang tampak seperti kapal di laut, di mana penghuninya terus-menerus berebut siapa yang harus mengarahkan dan ke arah mana. Kapal ini telah tunduk pada liku-liku iklim politik serta rute yang diambil oleh kapal lain (profesi). Untuk meregangkan analogi ini sedikit lebih jauh, kita dapat membayangkan bahwa konstanta di sini adalah pengguna jasa dan keluarganya (laut). Kebutuhan mereka tetap ada, apa pun penekanan saat ini dalam penyediaan layanan. Perdebatan dan dilema mengenai arah keperawatan kesehatan mental komunitas ini telah dirasakan di semua arena: dalam praktik, pendidikan, dan penelitian (Hannigan and Coffey, 2005). Secara kritis, perawat kesehatan mental komunitas harus mengakomodasi tuntutan dan tekanan dari rekan profesional mereka, pembuat kebijakan, dan masyarakat luas sambil menjaga hubungan yang mereka miliki dengan pengguna layanan mereka. Hubungan ini sangat mendasar, dan terlepas dari daya pikat yang nyata dari peningkatan status profesional yang dijanjikan oleh perkembangan legislatif, sebaiknya kita mengingat bahwa kemanusiaan bersama menyatukan kita semua.

Proses keperawatan merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan pada pasien secara individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat yang logis, sistematis, dinamis, dan teratur (Depkes, 1998; Keliat, 1999). Proses ini bertujuan memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Pelaksanaan proses keperawatan jiwa bersifat unik, karena sering kali pasien memperlihatkan gejala yang berbeda untuk kejadian yang sama, masalah

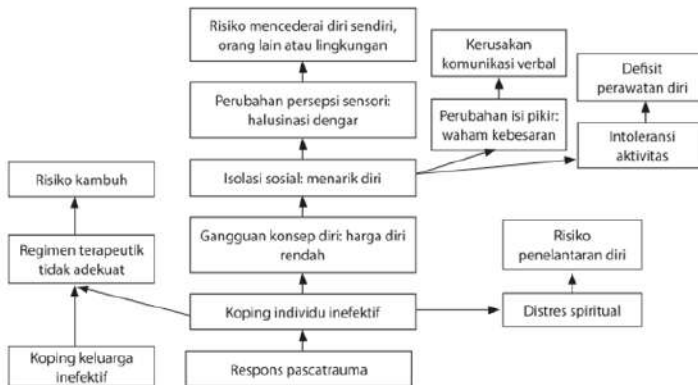
pasien tidak dapat dilihat secara langsung, dan penyebabnya bervariasi. Pasien banyak yang mengalami kesulitan menceritakan permasalahan yang dihadapi, sehingga tidak jarang pasien menceritakan hal yang sama sekali berbeda dengan yang dialaminya. Perawat jiwa dituntut memiliki kejelian yang dalam saat melakukan asuhan keperawatan. Proses keperawatan jiwa dimulai dari pengkajian (termasuk analisis data dan pembuatan pohon masalah), perumusan diagnosis, pembuatan kriteria hasil, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Yusuf, Fitryasari and Nihayati, 2015).

6.3.1 Pengkajian

Tahap awal proses keperawatan adalah proses pengkajian yang meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data pasien secara holistik dikumpulkan meliputi berbagai aspek, seperti biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual. Perawat kesehatan jiwa diharapkan memiliki kesadaran dan kemampuan tilik diri (self awareness), mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan berespon secara efektif 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. Data tersebut dapat dikelompokkan menjadi data objektif dan data subjektif. Data objektif adalah data yang didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan secara langsung oleh perawat. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh pasien dan/atau keluarga sebagai hasil wawancara perawat. Jenis data yang diperoleh dapat sebagai data primer bila didapat langsung oleh perawat, sedangkan data sekunder bila data didapat dari hasil pengkajian perawat yang lain atau catatan tim kesehatan lain. Penilaian keperawatan kesehatan mental yang komprehensif melibatkan pembentukan hubungan terapeutik dan menggunakan hubungan itu untuk mengumpulkan berbagai informasi tentang klien dan untuk merumuskan rencana perawatan kolaboratif (Evans, Nizette and O'Brien, 2017).

Hasil pengkajian merupakan catatan kesehatan psikiatri-mental dasar yang digunakan oleh praktisi perawat untuk menentukan kondisi pasien dan membentuk rencana perawatan kesehatan. Pengkajian dilakukan untuk memperoleh informasi untuk membuat anamnesis yang rinci tentang pasien, untuk membedakan masalah, dan untuk membuat diagnosa keperawatan beserta rencana asuhan yang sesuai. Penilaian kesehatan pasien digunakan di setiap bidang keperawatan, meskipun informasi yang dikumpulkan dapat bervariasi

sesuai dengan spesialisasinya. Melalui wawancara dan pemeriksaan, praktisi perawat kesehatan jiwa-psikiatri memulai proses untuk membantu pasien mereka. Penilaian penting karena perawat perlu memahami apa yang menyebabkan penderitaan pasien. Seorang pasien mungkin memiliki kondisi medis yang memengaruhi kesehatan mentalnya daripada penyakit neurologis. Atau, seorang pasien mungkin memiliki penyakit fisik dan mental. Dengan demikian, perawat memeriksa tubuh dan keadaan pikiran pasien dengan melakukan penilaian.



Gambar 6.2: Contoh Pohon Masalah (Yusuf, Fitriyarsi and Nihayati, 2015)

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

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

Hasil kesimpulan tersebut kemudian dirumuskan menjadi masalah keperawatan yang bersifat aktual, risiko tinggi, dan masalah kolaboratif. Untuk membuat pohon masalah, minimal harus ada tiga masalah yang berkedudukan sebagai penyebab (causa), masalah utama (core problem), dan akibat (effect). Meskipun demikian, sebaiknya pohon masalah merupakan sintesis dari semua masalah keperawatan yang ditemukan dari pasien. Dengan demikian, pohon masalah merupakan rangkai urutan peristiwa yang menggambarkan urutan kejadian masalah pada pasien sehingga dapat mencerminkan psikodinamika terjadinya gangguan jiwa (Suliswati, 2016).

6.3.2 Diagnosis

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respon aktual maupun potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan dalam proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah. Perumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Misalnya pada pohon masalah pada Gambar 6.2 di atas, maka dapat dirumuskan diagnosis sebagai berikut: Sebagai diagnosis utama, yakni masalah utama menjadi etiologi, yaitu risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan berhubungan dengan halusinasi pendengaran. Perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran berhubungan dengan menarik diri. Isolasi sosial: menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah kronis. Pada rumusan diagnosis keperawatan yang menggunakan *typology single diagnosis*, maka rumusan diagnosis adalah menggunakan etiologi saja. Berdasarkan pohon masalah di atas maka rumusan diagnosis sebagai berikut: perubahan sensori persepsi: halusinasi, isolasi sosial: menarik diri, dan gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis (Nurhalimah, 2016).

Klasifikasi diagnosis keperawatan pada pasien gangguan jiwa dapat ditegakkan berdasarkan kriteria NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ataupun NIC (Nursing Intervention Classification) NOC (Nursing Outcome Criteria) (Townsend, 2011). Untuk di Indonesia menggunakan hasil penelitian terhadap berbagai masalah keperawatan yang paling sering terjadi di rumah sakit jiwa. Pada penelitian tahun 2000, didapatkan tujuh masalah keperawatan utama yang paling sering terjadi di rumah sakit jiwa di Indonesia, yaitu: perilaku kekerasan, halusinasi, menarik diri, waham, bunuh diri, defisit perawatan diri, dan harga diri rendah. Hasil penelitian terakhir, yaitu tahun 2005, didapatkan sepuluh diagnosis keperawatan terbanyak yang paling sering ditemukan di

rumah sakit jiwa di Indonesia adalah sebagai berikut: perilaku kekerasan, risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan, verbal), gangguan persepsi sensori: halusinasi (pendengaran, penglihatan, pengecap, peraba, penciuman), gangguan proses pikir, erusakan komunikasi verbal, risiko bunuh diri, isolasi sosial, erusakan interaksi sosial, defisit perawatan diri (mandi, berhias, makan, eliminasi), harga diri rendah kronis (Yusuf, Fitryasari and Nihayati, 2015).

6.3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri atas empat komponen, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan, dan rasional. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian masalah (P). Tujuan ini dapat dicapai jika tujuan khusus yang ditetapkan telah tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi (E). Tujuan ini merupakan rumusan kemampuan pasien yang harus dicapai. Pada umumnya kemampuan ini terdiri atas tiga aspek, yaitu sebagai berikut: Kemampuan kognitif diperlukan untuk menyelesaikan etiologi dari diagnosis keperawatan. Kemampuan psikomotor diperlukan agar etiologi dapat selesai. Kemampuan afektif perlu dimiliki agar pasien percaya akan kemampuan menyelesaikan masalah (Stuart dan Sundeen, 2002).

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

6.3.4 Implementasi Tindakan Keperawatan

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

tindakan keperawatan bisa diimplementasikan. Saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan terkait dengan standar tindakan yang telah ditentukan dan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan (Yusuf, Fitryasari and Nihayati, 2015).

6.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ada dua macam, yaitu evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, S: respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. O: respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. A: analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada. P: tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien. Rencana tindak lanjut dapat berupa rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah) dan rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil belum memuaskan) (Yusuf, Fitryasari and Nihayati, 2015).

Bab 7

Harga Diri Rendah

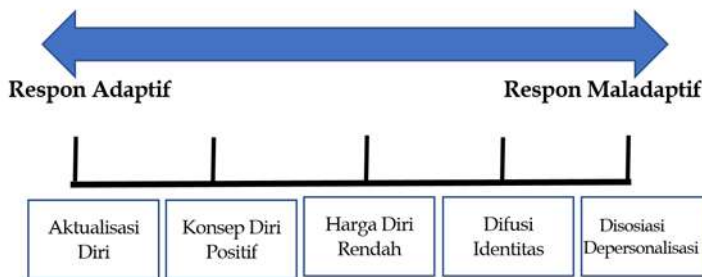
7.1 Pendahuluan

Harga diri Rendah adalah perasaan tidak berharga atau tidak berarti, dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri (Budi Anna Keliat, 2011) Kasus Harga Diri Rendah dapat terjadi dalam 2 situasi yang berbeda, diantaranya adalah Harga Diri Rendah Situasional dan Harga Diri Rendah Kronik.

Harga Diri Rendah Situasional termasuk dalam diagnosa Psikososial keperawatan jiwa karena faktor perubahan yang memengaruhi harga diri terjadi dalam waktu dekat/ mendadak \pm 6 bulan sejak timbulnya tanda dan gejala. (NANDA, 2017) menyatakan bahwa Harga diri rendah situasional adalah perasaan diri/evaluasi diri negatif yang berkembang sebagai respon terhadap hilangnya atau berubahnya perawatan diri seseorang yang sebelumnya mempunyai evaluasi diri positif. Harga Diri Rendah Kronik termasuk dalam penggolongan diagnosa Gangguan Keperawatan Jiwa karena telah terjadi akumulasi perubahan dalam rentang waktu yang cukup lama hingga dapat memengaruhi evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri.

7.2 Rentang Respon

Harga Diri merupakan bagian penting dari Konsep Diri bahkan jika terjadi gangguan pada konsep diri akan mengakibatkan gangguan pada harga diri di mana harga diri menjadi rendah atau lebih dikenal dengan HDR. Adapun rentang respon Konsep Diri yang berkaitan dengan Harga Diri. (G. W. Stuart, 2016).



Gambar 7.1: Rentang Respon Konsep Diri

Pada gambar di atas terlihat bahwa ada 2 rentang respon HDR, yaitu respon Adaptif dan respon Maladaptif. Rentang Respon Adaptif adalah kemampuan individu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi, yang terdiri dari Aktualisasi Diri dan Konsep Diri Positif. Respon Maladaptif merupakan respon yang diberikan individu ketika individu tidak mampu lagi menyelesaikan masalah yang dihadapi yang terdiri dari Harga Diri rendah, Keracunan Identitas hingga depersonalisasi (Tidak Mengenali Diri).

7.2.1 Rentang Respon Adaptif

Kemampuan individu untuk mampu menyelesaikan masalah yang dihadapinya, terdiri dari Aktualisasi diri dan Konsep diri Positif.

1. Aktualisasi Diri

Pernyataan diri tentang konsep diri yang positif (Identitas diri, peran diri, harga diri, ideal diri, Citra diri) dengan latar belakang pengalaman yang dapat diterima

2. **Konsep Diri Positif**
Merupakan Pengalaman yang positif dalam beraktualisasi, mampu mengidentifikasi hal-hal positif dan negative yang dimiliki, serta memaksimalkan hal-hal yang positif
3. **Rentang Respon Maladaptif**
Respon Individu saat individu tidak mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi, terdiri dari Harga Diri Rendah, Keracunan identitas, dan depersonalisasi.
4. **Harga Diri Rendah**
Kondisi di mana individu cenderung untuk menilai dirinya negative, merasa tidak mampu, dan lebih rendah dari orang lain.
5. **Keracunan Identitas**
Kondisi di mana individu merasa tidak mempunyai tujuan, merasa identitas dirinya tidak jelas.
6. **Depersonalisasi (Tidak Mengenal Diri)**
Kondisi di mana individu tidak mengenal dirinya sendiri, tidak mampu berhubungan dengan orang lain, tidak mempunyai rasa percaya diri serta tidak mapu membina hubungan dengan orang lain.

7.3 Asuhan Keperawatan

7.3.1 Pengkajian

Menurut G. Stuart (2016) Proses asuhan keperawatan pada klien dengan Harga Diri Rendah dimulai dari pengkajian dengan melihat faktor terjadinya. Proses terjadinya masalah Harga Diri Rendah dapat disebabkan karena dua faktor besar yaitu faktor Predisposisi dan faktor Presipitasi, diantaranya yaitu:

Faktor Predisposisi

Pada faktor ini terdiri dari 3 faktor diantaranya faktor biologi, psikologi dan social budaya.

1. Biologi

Pada faktor biologi ada lima hal yang harus diperhatikan diantaranya adalah: Genetik, Nutrisi, Keadaan kesehatan secara umum, sensitivitas biologi dan paparan terhadap racun. Genetik ada 3 faktor penting yang perlu dilihat diantaranya adanya riwayat trauma yang mengakibatkan adanya lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik. Pada anak yang mempunyai riwayat orang tua yang mengalami gangguan jiwa. Diturunkan melalui kromosom orangtua (kromosom keberapa masih dalam penelitian). Diduga kromosom no.6 dengan kontribusi genetik tambahan nomor 4, 8, 15 dan 22. Pada anak yang kedua orangtuanya tidak menderita, kemungkinan terkena penyakit adalah satu persen. Sementara pada anak yang salah satu orangtuanya menderita kemungkinan terkena adalah 15%. Dan jika kedua orang tua penderita maka risiko terkena adalah 35 persen, dan yang terakhir adalah Riwayat janin pada saat prenatal dan perinatal meliputi trauma, penurunan oksigen, prematur, preeklamsi, malnutrisi, stress, dan ibu perokok.

Nutrisi: perlu dilihat adanya riwayat gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa. Riwayat kesehatan umum misalnya kurang gizi, kurang tidur, gangguan irama, sirkandia, kelemahan, infeksi.

Sensitivitas Biologi: harus dilihat dalam riwayat penggunaan obat, riwayat terkena infeksi dan trauma dan radiasi dari riwayat pengobatan. Paparan terhadap racun, perlu dikaji apakah terdapat paparan virus influenza pada trisemester 3 kehamilan, riwayat keracunan CO, asbestos.

2. Psikologi

Pada faktor psikologi ada 7 (Tujuh) yang harus diperhatikan diantaranya adalah: Integritas, Keterampilan verbal, moral, kepribadian, konsep diri, motivasi dan self control.

a. Integritas: perlu dilihat apakah dalam waktu enam bulan terakhir terjadi trauma atau kerusakan struktur di lobus frontal dan terjadi

suplay oksigen dan glukosa terganggu sehingga memengaruhi kemampuan dalam memahami informasi.

- b. Keterampilan verbal: individu tidak mampu komunikasi, gagap, mengalami kerusakan yang memengaruhi fungsi bicara.
 - c. Moral: lingkungan keluarga yang broken home, konflik atau tinggal dalam lingkungan dengan perilaku sosial yang tidak diharapkan
 - d. Kepribadian: Mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan yang tinggi, menutup diri
 - e. Konsep diri: Terjadinya perubahan Harga diri, perubahan penampilan fisik
 - f. Motivasi: Kurang mendapatkan penghargaan dari orang lain
 - g. Self control: Tidak mampu melawan dorongan untuk menyendiri
3. Sosial Budaya

Pada faktor Sosial Budaya terdiri dari 10 (Sepuluh) yang perlu di perhatikan diantaranya adalah: Usia, Gender, Pendidikan, Pekerjaan, Pendapatan, Status social dan budaya, Agama dan keyakinan, Kegagalan, Kejadian social saat ini, peran social.

- a. Usia: Dalam enam bulan terakhir alami ketidaksesuaian tugas perkembangan dengan usia, atau terjadi perlambatan dalam penyelesaian tugas perkembangan
- b. Gender: enam bulan terakhir alami ketidakjelasan identitas dan kegagalan peran gender (model peran negatif)
- c. Pendidikan: dalam enam bulan terakhir mengalami putus sekolah dan gagal sekolah
- d. Pekerjaan: pekerjaan stressfull dan berisiko atau tidak bekerja (PHK)
- e. Pendapatan: penghasilan rendah atau dalam enam bulan terakhir tidak mempunyai pendapatan atau terjadi perubahan status kesejahteraan
- f. Status sosia dan budaya: Tuna wisma dan kehidupan isolasi, tidak mempunyai sistem pendukung. Persepsi ketidaksesuaian antara

norma budaya dengan dirinya dan ketidaksesuaian antara norma spiritual dengan dirinya

- g. Agama dan keyakinan: tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin. Terdapat nilai-nilai sosial di masyarakat yang tidak diharapkan.
- h. Kegagalan dalam berpolitik: kegagalan dalam berpolitik
- i. Kejadian sosial saat ini: perubahan dalam kehidupan: perang, bencana, kerusuhan, tekanan dalam pekerjaan, kesulitan mendapatkan pekerjaan, sumber-sumber personal yang tidak adekuat akibat perang, bencana
- j. Peran sosial: Dalam enam bulan terakhir isolasi sosial, diskriminasi dan praduga negatif, ketidakmampuan untuk mempercayai orang lain

Faktor Presipitasi

Pada faktor ini dipengaruhi oleh 4 (empat) faktor yaitu: Nature, Origin, Time dan Number. Faktor Presipitasi mempunyai bagian-bagian yang hampir sama dengan faktor Predisposisi, yang membedakan kedua faktor ini adalah waktu terjadinya pada faktor Presipitasi dominan memiliki waktu proses terjadi \pm 6 bulan sejak terjadinya masalah

Nature

Pada point Nature ada 3 hal yang perlu kita ketahui, diantara dilihat dari faktor Biologi, Psikologi, dan social budaya, diantaranya:

1. Biologi: Pada faktor biologi ada beberapa hal yang harus dikaji diantaranya ada faktor genetic, nutris, sensitivitas biologi serta paparan terhadap racun.
2. Genetik: Perlu dilihat apakah dalam enam bulan terakhir mengalami penyakit infeksi otak (encephalitis) atau trauma kepala yang mengakibatkan lesi daerah frontal, temporal dan limbic sehingga terjadi ketidakseimbangann dopamin dan serotonin neurotransmitter.
3. Nutrisi: adanya gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa yang berdampak pada pemenuhan glukosa di otak yang dapat memengaruhi fisiologi otak

terutama bagian fungsi kognitif. Selain itu pada faktor ini juga perlu dilihat

4. Sensitivitas biologi: putus obat atau mengalami obesitas, kecacatan fisik, kanker dan pengobatannya yang dapat menyebabkan perubahan penampilan fisik, kelemahan

Paparan terhadap racun: misalnya CO dan asbestos yang dapat memengaruhi metabolisme di otak sehingga memengaruhi fisiologis otak

Psikologi

1. Intelegensi: Enam bulan terakhir terjadi trauma atau kerusakan struktur di lobus frontal dan terjadi suplay oksigen dan glukosa terganggu sehingga memengaruhi kemampuan dalam memahami informasi
2. Keterampilan verbal: adanya trauma kepala yang mengakibatkan ketidak mampuan dalam komunikasi, gagap, mengalami kerusakan yang memengaruhi fungsi bicara
3. Moral: Enam bulan terakhir tinggal di lingkungan yang dapat memengaruhi moral: lingkungan keluarga yang broken home, konflik atau tinggal dalam lingkungan dengan perilaku sosial yang tidak diharapkan
4. Konsep diri: Harga diri, perubahan penampilan fisik
5. Motivasi: kurang mendapatkan penghargaan dari orang lain
6. Self kontrol: tidak mampu melawan dorongan untuk menyendiri
7. Kepribadian: mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan yang tinggi, menutup diri

Sosial Budaya

1. Usia: Dalam enam bulan terakhir alami ketidaksesuaian tugas perkembangan dengan usia, atau terjadi perlambatan dalam penyelesaian tugas perkembangan
2. Gender: enam bulan terakhir alami ketidakjelasan identitas dan kegagalan peran gender (model peran negatif)
3. Pendidikan: dalam enam bulan terakhir mengalami putus sekolah dan gagal sekolah

4. Pekerjaan: pekerjaan stressfull dan berisiko atau tidak bekerja (PHK)
5. Pendapatan: penghasilan rendah atau dalam enam bulan terakhir tidak mempunyai pendapatan atau terjadi perubahan status kesejahteraan
6. Status sosia dan budaya: Tuna wisma dan kehidupan isolasi, tidak mempunyai sistem pendukung. Persepsi ketidaksesuaian antara norma budaya dengan dirinya dan ketidaksesuaian antara norma spiritual dengan dirinya
7. Agama dan keyakinan: tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin. Terdapat nilai-nilai sosial di masyarakat yang tidak diharapkan.
8. Kegagalan dalam bepolitik: kegagalan dalam berpolitik
9. Kejadian sosial saat ini: perubahan dalam kehidupan: perang, bencana, kerusuhan, tekanan dalam pekerjaan, kesulitan mendapatkan pekerjaan, sumber-sumber personal yang tidak adekuat akibat perang, bencana.
10. Peran sosial: Dalam enam bulan terakhir isolasi sosial, diskriminasi dan praduga negatif, ketidakmampuan untuk mempercayai orang lain

Origin

Waktu terjadinya stressor pada waktu yang tidak tepat, apakah stressor terjadi secara tiba-tiba atau bisa juga secara bertahap, apakah stressor terjadi berulang kali dan antara satu stressor dengan stressor yang lain saling berdekatan

Time

1. Internal: Kegagalan persepsi individu terhadap sesuatu yang diyakini dalam hubungan sosial
2. Eksternal: Kurangnya dukungan sosial dan dukungan masyarakat pada klien untuk melakukan hubungan sosial

Number

Sumber stress lebih dari satu (banyak), apakah stress dirasakan sebagai masalah yang berat

Penilaian Terhadap Stressor

Pada faktor ini perlu dikaji kognitif, afektif fisiologis, perilaku dan social klien.

Kognitif

Evaluasi diri bahwa klien tidak mampu menghadapi peristiwa, apakah klien melebih-lebihkan umpan balik negatif tentang diri sendiri secara berlebihan. Pengungkapan diri yang negatif. Mengungkapkan penolakan terhadap umpan balik positif. Kurangnya/buruknya pemecahan masalah. Mengatakan ketidakmampuan untuk memenuhi pengharapan orang lain

Afektif

Kaji apakah klien merasa malu, apakah ada kecemasan, emosi tidak stabil, perasaan tidak aman, perasaan tidak mampu

Fisiologis

Kaji apakah ada ketidakseimbangan neurotransmitter dopamin dan serotonin, peningkatan epinefrin dan non epinefrin, peningkatan denyut nadi, TD, pernafasan jika terjadi kecemasan dan gangguan tidur

Perilaku

Kaji apakah klien secara berlebihan mencari penguatan, apakah ada ekspresi wajah bersalah, apakah klien bergantung pada orang lain, apakah klien kurang dapat menjalankan tugas harian, klien enggan mencoba situasi atau melakukan aktivitas yang baru, klien tampak bimbang dan ragu-ragu dalam menjalankan kegiatan, kontak mata kurang, sering kali mencari penegasan, klien tampak Pasif, klien menolak umpan balik positif tentang dirinya. Buruknya penampilan tubuh (postur tubuh dan gerakan). Perilaku penganiayaan diri (menggigit kuku, usaha bunuh diri, pengrusakan, penyalahgunaan zat, menjadi korban). Kurang spontanitas dalam melakukan aktivitas

Sosial

Klien tampak tidak asertif, acuh terhadap lingkungan, ketidakmampuan dalam berkomunikasi, kemampuan komunikasi mengalami penurunan, paranoid, tidak tertarik terhadap segala aktivitas yang sifatnya menghibur, dan menarik diri

Sumber Koping

Ada 3 faktor penting yang memengaruhi sumber koping, diantaranya adalah *personal ability*, *social support*, dan material asset serta positif belief.

Personal Ability

Kaji kesehatan umum klien, terdapat kecacatan, ketidakmampuan mengambil keputusan dan memecahkan masalah, kemampuan berhubungan dengan orang lain tidak adekuat, pengetahuan tentang masalah harga diri rendah dan integritas ego yang tidak adekuat

Sosial Support

Pada klien dengan harga diri rendah umumnya tidak adanya orang terdekat yang mendukung keluarga, teman, kelompok, hubungan antara individu, keluarga dan masyarakat tidak adekuat dan komitmen dengan jaringan sosial tidak adekuat

Material Asset

Kaji adanya perubahan status kesejahteraan, ketidakmampuan mengelola kekayaan, tidak adanya uang untuk berobat, tidak ada tabungan, ada fasilitas Jamkesmas/SKTM atau kartu asuransi yang dapat digunakan untuk berobat, tidak memiliki kekayaan dalam bentuk barang berharga, serta adanya pelayanan kesehatan di sekitar tempat tinggal

Positif Belief

Kaji apakah ada distress spiritual, tidak memiliki motivasi untuk sembuh penilaian negatif tentang pelayanan kesehatan serta tidak menganggap apa yang dialami merupakan sebuah masalah

Mekanisme Koping

Untuk mekanisme koping, terdiri dari 2 hal, yaitu, mekanisme konstruktif (mekanisme positif yang dimiliki) dan destruktif (mekanisme negatif yang dimiliki)

Konstruktif: Tidak Ada

Destruktif: Regresi, proyeksi, Denial, Withdrawl, introyeksi, represi, Displacement

7.3.2 Diagnosa

Untuk diagnose Harga Diri Rendah dapat dibedakan menjadi 2, bergantung waktu terjadinya dan etiologinya diantaranya: Harga Diri Rendah Situasional dan Harga Diri Rendah Kronik

7.3.3 Intervensi Keperawatan

Pada intervensi keperawatan untuk diagnose keperawatan Harga Diri Rendah, ada 2 Intervensi yang harus dilakukan salah satunya adalah Intervensi untuk Individu dan Intervensi untuk Keluarga

Intervensi Individu

Adapun Intervensi untuk mengatasi masalah pasien dengan Harga Diri rendah dapat dijelaskan dalam bagan berikut ini:

Table 7.1: Intervensi Harga Diri Rendah Individu

| NO | Tujuan | Tindakan |
|----|--|--|
| 1 | Klien mampu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien 2. Beri pujian yang realistic/Nyata dan hindarkan setiap kali bertemu pasien yang memiliki penilaian negatif |
| 2 | Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan kepada klien mengenai kegiatan yang mampu dilakukan pasien 2. Bantu pasien menyebutkan dan memberikan penguatan terhadap kemampuan yang disebut pasien 3. Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif. |
| 3 | Pasien dapat menetapkan/ memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan kepada pasien beberapa kegiatan yang bisa diikuti. 2. Bantu pasien menetapkan/ memilih di atas genteng |
| 4 | Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan untuk melatih kemampuan yang dipilih 2. Bersama pasien memperagakan kegiatan yang ditetapkan 3. Beri dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan pasien. |
| 5 | Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih | <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatih 2. Beri pujian atas kegiatan yang dapat dilakukuan pasien setiap hari |

| NO | Tujuan | Tindakan |
|----|--------|--|
| | | 3. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap kegiatan 4. Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih |

Intervensi Keluarga

Adapun Intervensi Keluarga untuk mengatasi masalah pasien dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri rendah:

Tabel 7.2: Intervensi Harga Diri Rendah Keluarga

| NO | Tujuan | Tindakan |
|----|--|--|
| 1 | 1) Keluarga dapat membantu klien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki klien 2) Keluarga dapat memfasilitasi pelaksanaan kemampuan yang masih dimiliki klien 3) Keluarga dapat memotivasi klien untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih dan memberikan pujian atas keberhasilan klien 4) Keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan klien | 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien 2) Jelaskan kepada keluarga tentang harga diri rendah yang dialami klien 3) Diskusikan dengan keluarga mengenai kemampuan yang dimiliki klien dan puji klien atas kemampuannya 4) Jelaskan cara-cara merawat klien dengan harga diri rendah 5) Demonstrasikan cara merawat klien dengan harga diri rendah 6) Beri kesempatan kepada keluarga untuk mempraktikkan cara merawat klien harga diri rendah seperti yang telah perawat demonstrasikan sebelumnya 7) Bantu keluarga menyusun rencana kegiatan klien di rumah |

7.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan realisasi dari intervensi keperawatan

7.3.5 Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi keperawatan diharapkan klien mampu mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki, klien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan, klien mampu memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, dan klien mampu melatih kegiatan pasien yang sudah dipilih.

7.4 Strategi Komunikasi Pelaksanaan

Untuk strategi pelaksanaan komunikasi pelaksanaan tindakan keperawatan pada masalah Harga Diri Rendah, dapat mengikuti petunjuk sebagai berikut:

Tabel 7.3: Strategi Pelaksanaan Keperawatan Pertama dengan Masalah HDR

| A. Proses Keperawatan | |
|---|---|
| 1. | Kondisi pasien: Pasien mengatakan malu dan tidak berguna |
| 2. | Diagnosa keperawatan: gangguan konsep diri: harga diri rendah |
| 3. | Tujuan khusus: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya 2. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki |
| 4. | Tindakan keperawatan: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik ✓ Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, buat daftarnya ✓ Setiap bertemu pasien dihindarkan dari memberi penilaian negatif ✓ Mengutamakan memberikan pujian yang realistis terhadap kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien |
| B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan | |

| |
|--|
| <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam terapeutik “Selamat pagi Ibu/bapak?” Kenalkan nama saya Heni Juwita, senangnya dipanggil heni. Nama ibu/bapak siapa dan senangnya dipanggil apa? 2. Evaluasi/validasi “Bagaimana perasaan ibu/bapak hari ini?”. “Ada kejadian apa dirumah sampai ibu/bapak dibawa kemari?” 3. Kontrak (topik, waktu, tempat) “Baiklah kalau begitu, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan/ hobby atau hal-hal yang biasa ibu/bapak senang lakukan. Mau berapa lama? Di mana tempatnya?” |
| <p>Kerja:</p> <p>“Apa yang biasa ibu/bapak lakukan di rumah? Dari kamar tidur dulu, terus apa lagi, di kamar tamu, didapur, di halaman. Bagus sekali (sambil dibuat daftar). Sekarang, yang biasa dilakukan di sekolah/ tempat kerja (sesuai keadaan pasien). Apa saja yang ibu/ bapak senang dari keluarga? Bagaimana dengan ayah, ibu, adik, kakak, anak, ... (sesuaikan dengan keadaan pasien) ?. Bagaimana pula dengan tempat tinggalnya ? apa yang disenangi di sana?”.</p> |
| <p>Terminasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan <ol style="list-style-type: none"> a Evaluasi subjektif “Bagaimana perasaan ibu/bapak setelah kita bercakap-cakap” b Evaluasi objektif “Apa saja kemampuan/ hobby yang biasa dilakukan oleh ibu/ bapak lakukan?”. Bagus sekali. “Apa saja yang disenangi dari keluarga dan lingkungan di luar rumah tempat tinggal ibu/ bapak. Bagus sekali” 2. Rencana tindak lanjut “Ibu/ bapak, sekarang bercakap-cakapnya sudah selesai, nanti selama tidak dengan suster, coba ingat-ingat lagi kemampuan/ hobby yang lain selain yang tadi kita sudah bicarakan”. 3. Kontrak yang akan datang (topik, waktu, tempat) “Baiklah ibu/bapak waktu kita sudah selesai, bagaimana kalau kita nanti bertemu lagi?. “Jam berapa ibu/bapak ingin bertemu?”. Di mana tempatnya?”. “Apa yang ingin kita bicarakan nanti?” Bagaimana kalau tentang kemampuan ibu/ bapak yang masih dapat dilakukan di rumah sakit dan kemampuan yang mana yang bisa dilakukan di rumah”. |

Tabel 7.4: Strategi Pelaksanaan Keperawatan Kedua dengan Masalah HDR

| A. Proses Keperawatan |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pasien: Pasien mengatakan sudah tahu beberapa kemampuan yang positif yang sudah dimiliki 2. Diagnosa keperawatan: gangguan konsep diri: harga diri rendah 3. Tujuan khusus: <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan 2. pasien dapat menetapkan dan merencanakan kegiatansesuai dengan kemampuan yang dimiliki 4. Tindakan keperawatan: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mendiskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit ✓ Mendiskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaannya jika di rumah ✓ Memberikan pujian yang realistik ✓ Bersama pasien menyusun jadwal kegiatan harian untuk kemampuan yang telah dicoba |
| B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan |
| <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam terapeutik “Selamat pagi Ibu/bapak?” 2. Evaluasi/validasi “Bagaimana perasaan ibu/bapak hari ini?”. “Masih ada yang ingin ibu/ bapak ceritakan ke suster tentang kemampuan yang lain?. 3. Kontrak (topik, waktu, tempat) “Ibu/bapak masih ingat apa yang akan kita bicarakan. Bagus sekali, kita akan membicarakan tentang tentang jadwal kemampuan atau kegiatan yang telah dibuat ibu/ bapak untuk bersama kita lihat mana yang dapat dikerjakan di rumah sakit dan di rumah?. Mau berapa lama kita bercakap-cakap? Di mana tempatnya?” |
| <p>Kerja: “Ya, ini daftar yang ibu/ bapak telah buat, kira-kira masih ada lagi selain yang sudah dituliskan atau ibu/ bapak ingin menambahkan lagi?”. Sekarang kita lihat satu per satu, kira-kira mana yang bisa dilakukan di rumah sakit, bagaimana dengan yang pertama ini...(sebutkan)?. Bagus (teruskan semua kemampuan sesuai daftar sehingga menemukan beberapa kemampuan yang</p> |

dapat dilakukan di rumah sakit). Coba ibu/ bapak sebutkan berapa kemampuan yang dapat dilakukan di rumah sakit. bagus. Sekarang ibu/ bapak pilih mana yang bisa kita latih sekarang. Bagaimana kalau ini (sesuai dengan kondisi klien, waktu pelaksanaannya). Bagus. Mari kita coba (perawat mendemonstrasikan sambil mendorong klien untuk melakukannya langkah demi langkah). Nah sekarang sudah selesai, kita duduk lagi.

Terminasi:

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan
 - a Evaluasi subjektif
“Bagaimana perasaan ibu/bapak setelah kita bercakap-cakap”
 - b Evaluasi objektif
“Coba sebutkan kegiatan yang tadi sudah dilakukan, bisa ibu/ bapak ulangi cara mengerjakannya. Bagus sekali. Ya benar (bantu klien).
2. Rencana tindak lanjut
“Ibu/ bapak, sekarang bercakap-cakapnya sudah selesai, nanti selama tidak dengan suster, coba ibu/bapak lakukan terus selama di rumah sakit agar di rumah sudah lancar”. Mau jam berapa kegiatan tersebut dilakukan, kita buat jadwalnya, agar ibu/ bapak tidak lupa”. Nanti jika sudah dilakukan beritahu suster dan kita beri tanda.”
3. Kontrak yang akan datang (topik, waktu, tempat)
“Baiklah ibu/bapak waktu kita sudah selesai, bagaimana kalau kita nanti bertemu lagi?. “Jam berapa ibu/bapak ingin bertemu?”. Di mana tempatnya?”. “Apa yang ingin kita bicarakan nanti?”

Bab 8

Asuhan Keperawatan Klien dengan Isolasi Sosial

8.1 Pendahuluan

Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) merupakan orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (Pusdatin Kemkes, 2019). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) juga memaparkan bahwa prevalensi peningkatan ODGJ memiliki proporsi yang cukup signifikan. Hal ini di buktikan dengan data sebelumnya riskesdas 2013 naik dari 1.7% menjadi 7% di tahun 2018. Artinya per 1.000 rumah tangga terdapat 7 rumah tangga yang ada ODGJ, sehingga jumlahnya diperkirakan sekitar 450 ribu ODGJ berat. ODGJ yang ada di rumah sakit dan komunitas membutuhkan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan pada ODGJ bertujuan untuk memulihkan aspek perasaan, pikiran, perilaku, sosial dengan mengembangkan coping yang efektif, konsep diri yang positif, dan kestabilan emosional (Johnson, 1997 dalam Videbeck, 2010). Secara umum asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosis gangguan jiwa yang paling sering ditemukan yaitu risiko perilaku kesehatan, halusinasi, waham, harga diri rendah kronik, isolasi sosial, defisit perawatan diri, hambatan komunikasi verbal,

ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan dan risiko bunuh diri. Tindakan keperawatan diberikan secara menyeluruh, kepada klien, kelompok klien, kepada keluarga atau kelompok keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien (Keliat et al., 2019). Asuhan keperawatan berkesinambungan dilakukan dari sejak terjadi gangguan jiwa dalam keluarga berlanjut ke fasilitas pelayanan primer, dan jika diperlukan dirujuk ke pelayanan sekunder (rumah sakit umum) dan pelayanan tersier (rumah sakit jiwa) dan rujukan balik tanpa putus sepanjang kehidupan (Keliat et al., 2019).

8.2 Konsep Dasar Isolasi Sosial

8.2.1 Pengertian Isolasi Sosial

Isolasi sosial merupakan kondisi kesendirian yang di alami oleh individu dan dipersepsikan disebabkan orang lain dan sebagai kondisi yang negatif dan mengancam (Townsend, 2010). Kondisi isolasi sosial seseorang merupakan ketidakmampuan klien dalam mengungkapkan perasaan klien yang dapat menimbulkan klien mengungkapkan perasaan klien dengan kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon destruktif individu terhadap stresor (Stuart, 2013). Klien dengan isolasi sosial tidak mempunyai kemampuan untuk bersosialisasi dan sulit untuk mengungkapkan keinginan dan tidak mampu berkomunikasi dengan baik sehingga klien tidak mampu mengungkapkan marah dengan cara yang baik (Sukesti, 2018). Isolasi sosial adalah keadaan di mana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien Mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Nurhalimah, 2016). Klien dengan isolasi sosial berusaha menghindari sosialisasi dengan orang lain. Individu merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi perasaan, pikiran, prestasi atau kegagalan. Mereka mempunyai kesulitan untuk berhubungan secara spontan dengan orang lain, yang ditunjukkan dengan sikap memisahkan diri, tidak ada perhatian, dan tidak sanggup membagi pengamatan dengan orang lain.

8.2.2 Penyebab terjadinya Isolasi Sosial

Secara umum, penyebab seseorang mengalami isolasi sosial adalah:

1. Sulit berhubungan / berinteraksi dengan orang lain
2. Tidak mampu berhubungan / berinteraksi yang memuaskan
3. Perasaan malu
4. Perasaan tidak berharga
5. Pengalaman ditolak, dikucilkan, dan dihina (Keliat et al., 2019).

Penyebab terjadinya isolasi sosial juga dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu faktor predisposisi dan presipitasi.

1. Faktor predisposisi Hal-hal yang dapat memengaruhi terjadinya isolasi sosial, meliputi:
 - a. Faktor Biologis
Hal yang dikaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter di mana ada riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Adanya risiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA. Selain itu ditemukan adanya kondisi patologis otak, yang dapat diketahui dari hasil pemeriksaan struktur otak melalui pemeriksaan CT Scan dan hasil pemeriksaan MRI untuk melihat gangguan struktur dan fungsi otak (Thomb, 2000).
 - b. Faktor Psikologis Pasien Dengan masalah isolasi sosial, seringkali mengalami kegagalan yang berulang dalam mencapai keinginan/harapan, hal ini mengakibatkan terganggunya konsep diri, yang pada akhirnya akan berdampak dalam membina hubungan dengan orang lain. Koping individu yang digunakan pada pasien dengan isolasi sosial dalam mengatasi masalahnya, biasanya maladaptif. Koping yang biasa digunakan meliputi: represi, supresi, sublimasi dan proyeksi. Perilaku isolasi sosial timbul akibat adanya perasaan bersalah atau menyalahkan lingkungan, sehingga pasien merasa tidak pantas berada diantara orang lain di lingkungannya. Kurangnya kemampuan komunikasi, merupakan data pengkajian keterampilan verbal pada pasien

dengan masalah solasi sosial, hal ini disebabkan karena pola asuh yang keluarga yang kurang memberikan kesempatan pada pasien untuk menyampaikan perasaan maupun pendapatnya. Kepribadian introvert merupakan tipe kepribadian yang sering dimiliki pasien dengan masalah isolasi sosial. Ciri-ciri pasien dengan kepribadian ini adalah menutup diri dari orang sekitarnya. Selain itu pembelajaran moral yang tidak adekuat dari keluarga merupakan faktor lainnya yang dapat menyebabkan pasien tidak mampu menyesuaikan perilakunya di masyarakat, akibatnya pasien merasa tersisih ataupun dipisahkan dari lingkungannya. Faktor psikologis lainnya yang dapat menyebabkan isolasi sosial adalah kegagalan dalam melaksanakan tugas perkembangan. Kegagalan dalam melaksanakan tugas perkembangan akan mengakibatkan individu tidak percaya diri, tidak percaya pada orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap hubungan dengan orang lain, menghindari dari orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan, dan merasa tertekan. Kondisi di atas, dapat menyebabkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, menghindari dari orang lain, lebih menyukai berdiam diri sendiri, kegiatan sehari-hari terabaikan (Stuart & Laraia, 2005).

- c. Faktor Sosial Budaya Faktor predisposisi sosial budaya pada pasien dengan isolasi sosial, seringkali diakibatkan karena pasien berasal dari golongan sosial ekonomi rendah hal ini mengakibatkan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan. Kondisi tersebut memicu timbulnya stres yang terus menerus, sehingga fokus pasien hanya pada pemenuhan kebutuhannya dan mengabaikan hubungan sosialisasi dengan lingkungan sekitarnya. Stuart & Laraia (2005) dan Townsend (2005) mengatakan bahwa faktor usia merupakan salah satu penyebab isolasi sosial hal ini dikarenakan rendahnya kemampuan pasien dalam memecahkan masalah dan kurangnya kematangan pola berpikir. Pasien dengan masalah isolasi sosial umumnya memiliki riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan

anak, sehingga tidak mampu menyelesaikan masalah tugas perkembangannya yaitu berhubungan dengan orang lain. Pengalaman tersebut menimbulkan rasa kurang percaya diri dalam memulai hubungan, akibat rasa takut terhadap penolakan dari lingkungan. Lebih lanjut Stuart & Laraia (2005) mengatakan bahwa, tingkat pendidikan merupakan salah satu tolok ukur kemampuan pasien berinteraksi secara efektif. Karena faktor pendidikan sangat memengaruhi kemampuan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Pasien Dengan masalah isolasi sosial biasanya memiliki riwayat kurang mampu melakukan interaksi dan menyelesaikan masalah, hal ini dikarenakan rendahnya tingkat pendidikan pasien.

2. Faktor presipitasi Menurut (Syafri et al., 2015) terjadinya gangguan hubungan sosial juga dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal seseorang. Faktor stressor presipitasi dapat dikelompokkan sebagai berikut:
 - a. Faktor eksternal Contohnya adalah stressor sosial budaya, yaitu stress yang ditimbulkan oleh faktor sosial budaya seperti keluarga.
 - b. Faktor internal Contohnya adalah stressor psikologis, yaitu stress yang terjadi akibat kecemasan atau ansietas yang berkepanjangan dan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan individu untuk mengatasinya. Ansietas ini dapat terjadi akibat tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau tidak terpenuhi kebutuhan individu.

Sedangkan (Nurhalimah, 2016) menguraikan Faktor Presipitasi dari isolasi sosial adalah ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak. Faktor lainnya pengalaman abuse dalam keluarga. Penerapan aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien dan konflik antar masyarakat. Selain itu Pada pasien yang mengalami isolasi sosial, dapat ditemukan adanya pengalaman negatif pasien yang tidak menyenangkan terhadap gambaran dirinya, ketidakjelasan atau berlebihan peran yang dimiliki serta mengalami krisis identitas. Pengalaman kegagalan yang berulang dalam mencapai harapan atau cita-cita, serta kurangnya penghargaan baik dari diri sendiri maupun lingkungan. Faktor-faktor

di atas, menyebabkan gangguan dalam berinteraksi sosial dengan orang lain, yang pada akhirnya menjadi masalah isolasi sosial (Nurhalimah, 2016).

8.2.3 Tanda dan Gejala Pasien dengan Isolasi Sosial

Perilaku yang sering ditampilkan Pasien isolasi sosial adalah menunjukkan menarik diri, tidak komunikatif, mencoba menyendiri, asyik dengan pikiran dan dirinya sendiri, tidak ada kontak mata, sedih, afek tumpul, perilaku bermusuhan, menyatakan perasaan sepi atau ditolak kesulitan membina hubungan di lingkungannya, menghindari orang lain, dan mengungkapkan perasaan tidak dimengerti orang lain (Keliat, 2014). Sedangkan Nurhalimah (2016) menguraikan manifestasi klinis pasien dengan isolasi sosial dapat dinilai dari ungkapan pasien yang menunjukkan penilaian negatif tentang hubungan sosial dan didukung dengan data hasil observasi.

Data subjektif: Pasien mengungkapkan tentang perasaan sepi, perasaan tidak aman, perasaan bosan dan waktu terasa lambat, ketidakmampuan berkonsentrasi, perasaan ditolak.

Data Objektif: Banyak diam, tidak mau bicara, menyendiri, tidak mau berinteraksi, tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal, kontak mata kurang.

Keliat et al., (2019) juga menguraikan tanda dan gejala dari pasien dengan isolasi sosial yaitu sebagai berikut:

Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif:

1. Ingin sendiri
2. Merasa tidak nyaman di tempat umum
3. Merasa berbeda dengan orang lain

Objektif:

1. Menarik diri
2. Menolak melakukan interaksi
3. Afek datar
4. Afek sedih
5. Afek tumpul
6. Tidak ada kontak mata

7. Tidak bergairah atau lesu

Tanda dan Gejala Minor

Subjektif:

1. Menolak berinteraksi dengan orang lain
2. Merasa sendirian
3. Merasa tidak diterima
4. Tidak mempunyai sahabat

Objektif:

1. Menunjukkan permusuhan
2. Tindakan berulang
3. Tindakan tidak berarti

8.3 Asuhan Keperawatan Pasien dengan Isolasi Sosial

8.3.1 Tujuan Asuhan Keperawatan Pasien dengan Isolasi Sosial

1. Kognitif, klien mampu:
 - a. Mengidentifikasi keuntungan berinteraksi dengan orang lain
 - b. Mengidentifikasi kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
 - c. Memiliki keberanian berinteraksi
 - d. Memiliki motivasi berinteraksi
 - e. Memiliki inisiatif berinteraksi
2. Psikomotor, klien mampu:
 - a. Melakukan interaksi dengan orang lain
 - b. Melakukan kegiatan bersama dengan orang lain
 - c. Melakukan kegiatan sosial

3. Afektif, klien mampu:
 - a. Merasakan manfaat dari latihan bersosialisasi
 - b. Merasa nyaman berinteraksi dengan orang lain

8.3.2 Pengkajian Keperawatan Pasien dengan Isolasi Sosial

Menurut (Stuart, 2018) data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikososial, sosial dan spiritual.

1. Data biologis terdiri dari penyakit gangguan jiwa sekarang atau masa lalu, tanda tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, cacat bagian tubuh yang menjadi penyebab klien mengalami penurunan harga diri rendah, rasa malu.
2. Psikososial ialah pengalaman tidak menyenangkan yang pernah dialami fase perkembangan seperti kehilangan, perpisahan, riwayat pemasangan, dan penolakan.
3. Sosial yaitu orang terdekat, orang yang berarti, orang yang tidak dekat, hambatan dalam hubungan dengan orang lain, kegiatan sosial.
4. Spiritual merupakan pandangan keyakinan, nilai agama, kegiatan ibadah, apa klien menyalahkan Tuhan tentang penyakitnya.

Nurhalimah (2016) juga menjelaskan pengkajian pasien isolasi sosial dapat dilakukan melalui wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga. Tanda dan gejala isolasi sosial dapat ditemukan dengan wawancara, melalui bentuk pertanyaan sebagai berikut:

1. Bagaimana perasaan Anda saat berinteraksi dengan orang lain?
2. Bagaimana perasaan Anda ketika berhubungan dengan orang lain? Apa yang Anda rasakan? Apakah Anda merasa nyaman ?
3. Bagaimana penilaian Anda terhadap orang-orang di sekeliling Anda (keluarga atau tetangga)?
4. Apakah Anda mempunyai anggota keluarga atau teman terdekat? Bila punya siapa anggota keluarga dan teman dekatnya itu?
5. Adakah anggota keluarga atau teman yang tidak dekat dengan Anda? Bila punya siapa anggota keluarga dan teman yang tidak dekatnya itu?
6. Apa yang membuat Anda tidak dekat dengan orang tersebut?

8.3.3 Diagnosis Keperawatan Pasien dengan Isolasi Sosial

Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala Isolasi sosial yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala isolasi sosial, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah:



Gambar 8.1: Pohon Masalah pada pasien dengan Isolasi Sosial (Nurhalimah, 2016)

Berdasarkan Gambar 5.3 dapat dijelaskan sebagai berikut: Masalah utama (*Core Problem*) pada gambar di atas adalah isolasi sosial. Penyebab pasien mengalami isolasi sosial dikarenakan pasien memiliki harga diri rendah. Apabila pasien isolasi sosial tidak diberikan asuhan keperawatan akan mengakibatkan gangguan sensori persepsi halusinasi.

8.3.4 Rencana Keperawatan Pasien dengan Isolasi Sosial

Terdapat 4 strategi pelaksanaan untuk klien isolasi sosial, meliputi:

1. Strategi Pelaksanaan 1 Pasien: Membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenali penyebab isolasi sosial, membantu klien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain dan mengajarkan pasien berkenalan.
2. Strategi Pelaksanaan 2 Pasien: Mengajarkan klien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama, yaitu seorang perawat)
3. Strategi Pelaksanaan 3 Pasien: Mengajarkan klien berinteraksi secara bertahap (bertahap dengan perawat dan klien lain)

4. Strategi Pelaksanaan 4 Pasien: Diskusikan menggunakan obat secara teratur

Sedangkan Strategi pelaksanaan untuk keluarga, meliputi:

1. Strategi Pelaksanaan 1 Keluarga: Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang masalah isolasi sosial, penyebab isolasi sosial, dan cara merawat pasien dengan isolasi sosial
2. Strategi Pelaksanaan 2 Keluarga: Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan masalah isolasi sosial langsung di hadapan pasien
3. Strategi Pelaksanaan 3 Keluarga: Menjelaskan perawatan lanjutan

8.3.5 Tindakan Keperawatan Pasien dengan Isolasi Sosial

Tindakan keperawatan pada isolasi sosial, dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat melakukan pelayanan di poli kesehatan jiwa di Puskesmas atau kunjungan rumah, perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui klien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga. Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi isolasi sosial yang dialami klien. Setelah perawat selesai melatih klien, maka perawat kembali menemui keluarga dan melatih keluarga untuk merawat klien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kemampuan mengatasi isolasi sosial yang telah diajarkan oleh perawat. Tindakan Keperawatan Untuk Pasien Isolasi Sosial Tujuan:

Pasien mampu:

1. Membina hubungan saling percaya
2. Menyadari isolasi sosial yang dialaminya
3. Berinteraksi secara bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya
4. Berkomunikasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial

Tindakan Keperawatan:

1. Membina hubungan saling percaya dengan cara:
 - a. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan klien
 - b. Berkenalan dengan klien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai pasien
 - c. Menanyakan perasaan dan keluhan pasiensaat ini
 - d. Buat kontrak asuhan: apa yang Perawat akan lakukan bersama klien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempatnya di mana
 - e. Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - f. Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap klien
 - g. Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan
2. Membantu pasien menyadari perilaku isolasi sosial
 - a. Tanyakan pendapat pasien tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain
 - b. Tanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain
 - c. Diskusikan keuntungan bila pasien memiliki banyak teman dan bergaul akrab dengan mereka
 - d. Diskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain
 - e. Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik klien
3. Melatih pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
 - a. Jelaskan kepada pasien cara berinteraksi dengan orang lain
 - b. Berikan contoh cara berbicara dengan orang lain
 - c. Beri kesempatan pasien mempraktekkan cara berinteraksi dengan orang lain yang dilakukan di hadapan Perawat
 - d. Bantu pasien berinteraksi dengan satu orang teman/anggota keluarga
 - e. Bila pasien sudah menunjukkan kemajuan, tingkatkan jumlah interaksi dengan dua, tiga, empat orang dan seterusnya

- f. Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh klien
- g. Latih pasien bercakap-cakap dengan anggota keluarga saat melakukan kegiatan harian dan kegiatan rumah tangga
- h. Latih pasien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan social misalnya: berbelanja, ke kantor pos, ke bank dan lain-lain
- i. Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah berinteraksi dengan orang lain. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan interaksinya.

Penatalaksanaan keperawatan pasien dengan isolasi sosial salah satunya adalah dengan terapi aktivitas kelompok (TAK). Studi sebelumnya (Pribadi et al., 2016) menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna dari pelaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi. Keberhasilan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah peran perawat di rumah sakit tersebut yang turut membantu pelaksanaan TAK Sosialisasi yang senantiasa dikembangkan di dalam kegiatan sehari-hari melalui proses keperawatan. TAK sosialisasi dilaksanakan dengan membantu klien melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar klien. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal, kelompok dan massa. Aktivitas dapat berupa latihan sosialisasi dalam kelompok (Keliat & Pawirowiyono, 2014).

Terapi aktivitas kelompok untuk pasien dengan isolasi sosial dapat diuraikan menjadi 7 sesi, yaitu:

1. Sesi 1: TAKS Kemampuan memperkenalkan diri
2. Sesi 2: TAKS Kemampuan berkenalan
3. Sesi 3: TAKS Kemampuan bercakap-cakap
4. Sesi 4: TAKS Kemampuan bercakap-cakap topik tertentu
5. Sesi 5: TAKS Kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
6. Sesi 6: TAKS Kemampuan bekerja sama
7. Sesi 7: TAKS Evaluasi Kemampuan sosialisasi

8.3.6 Evaluasi Keperawatan Pasien dengan Isolasi Sosial

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, perawat melakukan penilaian seperti verbal dan non verbal untuk melihat keberhasilan. Bila tidak atau belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Berikut penyusunan evaluasi dengan menggunakan metode SOAP:

- a. S (subjektif): pernyataan atau perasaan yang diungkapkan klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, klien dapat berkomunikasi dengan lancar saat berinteraksi dengan orang lain.
- b. (objektif): respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan, klien tampak percaya diri saat melakukan interaksi dengan orang lain.
- c. A (analisa): analisa ulang data subjektif dan data objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru, masalah yang dialami klien sudah dapat di atasi atau belum dapat di atasi.
- d. P (perencanaan): Rencanakan tindakan keperawatan selanjutnya untuk masalah yang belum dapat teratasi.

Bab 9

Asuhan Keperawatan Klien Risiko Perilaku Kekerasan (RPK)

9.1 Pendahuluan

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal. Risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua yaitu perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence) dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (risk for other-directed violence). Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan dirinya sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditujukan langsung kepada orang lain. (Herdman & Shigemi, 2016)

Perilaku kekerasan yaitu suatu hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan

agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua yang ada dilingkungan. Klien yang dibawa ke rumah sakit jiwa sebagian besar akibat melakukan kekerasan di rumah. Perawat harus jeli dalam melakukan pengkajian untuk menggali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan selama dirumah. (Sutejo, 2014)

Perilaku kekerasan (PK) merupakan suatu bentuk perilaku agresi (agressive behavior) yang menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain. Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk pelantaran diri. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting dan semua yang ada di lingkungannya. (Muhith, 2015).

9.2 Respon Perilaku

Kegagalan yang menimbulkan frustrasi dapat menimbulkan respon pasif dan melarikan diri atau respon melawan dan menantang. Respon melawan dan menantang merupakan respon maladaptif yaitu agresif-kekerasan. Perilaku yang ditampakkan dimulai dari yang rendah sampai yang tinggi (Muhith, 2015).

1. Asertif
Mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, tanpa merendahkan harga diri orang lain.
2. Frustrasi
Ada respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan.
3. Pasif
Sikap pasif adalah respon di mana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, sifat tidak berani mengemukakan keinginan dan pendapat sendiri, tidak ingin terjadi konflik karena takut akan tidak disukai atau menyakiti perasaan orang lain.

4. Agresif

Perilaku yang menyertai marah terdapat dorongan untuk bertindak dalam bentuk destruktif dan masih terkontrol. Perilaku yang tampak dapat berupa: muka kusam, bicara kasar, menuntut, kasar disertai kekerasan.

5. Kekerasan

Kekerasan disebut sebagai gaduh gelisah disertai hilangnya kontrol diri atau amuk .

9.3 Etiologi

9.3.1 Faktor Predisposisi

Masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah).(Stuart, 2013)

Di dalam faktor predisposisi, terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya masalah perilaku kekerasan, seperti faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural.

1. Faktor Biologis

a. Teori dorongan naluri (Instinctual Drive Theory)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

b. Teori Psikomatik (Psycomatic Theory)

Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal, sehingga sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah

2. Faktor Psikologis

a. Teori Agresif Frustrasi (Frustration Aggression Theory)

Teori perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil akumulasi frustrasi. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai

sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustrasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

b. Teori Perilaku (Behavioral Theory)

Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. Reinforcement yang diterima saat melakukan kekerasan sering menimbulkan kekerasan di dalam maupun di luar rumah.

c. Teori Eksistensi (Existential Theory)

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi melalui perilaku konstruktif, maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

3. Faktor Sosiokultural

Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan, maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Jadi seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Pembelajaran ini dapat terbagi menjadi dua yaitu internal dan eksternal. Contoh internal: seorang anak yang marah karena tidak boleh beli es kemudian ibunya memberikannya es agar si anak berhenti marah. Anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah, maka ia akan mendapatkan apa yang ia inginkan. Contoh eksternal: seseorang anak menunjukkan perilaku agresif setelah melihat orang dewasa mengekspresikan bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka. Kultural dapat memengaruhi perilaku kekerasan, adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat diterima dan tidak dapat diterima sehingga dapat membantu individu untuk mengekspresikan marah dengan cara yang asertif. (Muhith, 2015)

9.3.2 Faktor Presipitasi

Secara umum, seseorang akan mengeluarkan respon marah apabila merasa dirinya terancam. Ancaman tersebut dapat berupa luka secara psikis, atau lebih

dikenal dengan adanya ancaman terhadap konsep diri seseorang. Ancaman dapat berupa internal ataupun eksternal. Contoh stresor eksternal: serangan secara psikis, kehilangan hubungan yang dianggap bermakna, dan adanya kritikan dari orang lain. Sedangkan contoh stresor eksternal: merasa gagal dalam bekerja, merasa kehilangan orang yang dicintai, dan ketakutan terhadap penyakit yang dideritanya. Faktor yang dapat mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu: 1) Klien: kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri; 2) Lingkungan: ribut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial. (Muhith, 2015)

9.3.3 Faktor Risiko

Nanda (2016) menyatakan faktor-faktor risiko dari risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence) dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (risk for other-directed violence). (Herdman & Shigemi, 2016)

1. Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence)
 - a. Usia \geq 45 tahun
 - b. Usia 15-19 tahun
 - c. Isyarat tingkah laku
 - d. Konflik mengenai orientasi seksual
 - e. Konflik dalam hubungan interpersonal
 - f. Pengangguran atau kehilangan pekerjaan atau mempunyai masalah pekerjaan
 - g. Terlibat dalam tindakan seksual autoerotik
 - h. Sumber daya personal yang tidak memadai
 - i. Status perkawinan (sendiri, bercerai)
 - j. Isu kesehatan mental (depresi, psikosis, gangguan kepribadian, penyalahgunaan zat)
 - k. Pekerjaan (profesional, eksekutif, administrator, pembisnis dsb)
 - l. Pola kesulitan dalam keluarga
 - m. Isu kesehatan fisik
 - n. Gangguan psikologis
 - o. Isolasi sosial

- p. Ide bunuh diri
 - q. Rencana bunuh diri
 - r. Riwayat bunuh diri berulang
 - s. Isyarat verbal (membicarakan kematian, menanyakan tentang dosis obat yang mematikan dsb)
2. Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (risk for other-directed violence)
- a. Riwayat kekerasan masa kecil, baik secara fisik, psikologis, maupun seksual
 - b. Riwayat menyaksikan kekerasan dalam keluarga
 - c. Impulsif
 - d. Perlakuan kejam terhadap binatang
 - e. Gangguan fungsi kognitif
 - f. Riwayat penyalahgunaan zat
 - g. Bahasa tubuh negatif (mengepalkan tangan, hiperaktivitas dsb)
 - h. Gangguan neurologis (trauma kepala, kejang dsb)
 - i. Intoksikasi patologis
 - j. Riwayat melakukan kekerasan tidak langsung (memecahkan kaca, membanting pintu, melempar barang dsb)
 - k. Pola perilaku kekerasan terhadap orang lain (menendang, memukul, menggigit, pelecehan seksual dsb)
 - l. Pola ancaman kekerasan (ancaman secara verbal dsb)
 - m. Pola perilaku kekerasan antisosial (mencuri, meminjam dengan memaksa dsb)
 - n. Gangguan psikosis
 - o. Perilaku bunuh diri

9.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1. Muka marah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Menggepalkan tangan
5. Jalan mondar-mandir
6. Bicara kasar
7. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
8. Mengancam secara verbal atau fisik
9. Melempar atau memukul benda/orang lain
10. Merusak barang atau benda
11. Tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan. (Yusuf, Fitriyasari, 2015)

9.5 Patofisiologi

Perilaku kekerasan dapat terjadi karena beberapa faktor penyebab, salah satunya pada klien dengan gangguan konsep diri harga diri rendah. Individu yang mempunyai harga diri rendah disebabkan karena memiliki idealisme diri yang tinggi karena tidak menerima kenyataan tentang apa yang sekarang dimiliki, dalam pola pikir tersebut individu bisa mengeskpresikan tingkah laku secara langsung maupun tidak langsung.

Klien yang sudah mengalami gangguan pada konsep diri atau harga diri akan merasa marah dan kesal terhadap dirinya atau orang disekitarnya, yang menyebabkan klien berperilaku secara tidak konstruktif, seperti memukul dirinya sendiri, membanting-banting barang atau mencederai orang lain, sehingga klien memiliki perilaku yang menyimpang yaitu perilaku kekerasan. (Afnuhazi, 2015)

9.6 Mekanisme Koping

Perawat perlu mempelajari mekanisme koping untuk membantu klien mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Secara umum, mekanisme koping yang sering digunakan, antara lain mekanisme pertahanan ego, seperti displacement, sublimasi, proyeksi, depresi, denial dan reaksi formasi. (Sutejo, 2014)

9.7 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan dirumuskan jika klien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan belum mampu mengendalikan perilaku kekerasan tersebut.

Diagnosis Keperawatan

1. Risiko perilaku kekerasan: amuk
2. Mekanisme koping tidak efektif
3. Ketidakmampuan mengekspresikan kemarahan
4. Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah (Dalami, Suliswati, Rochimah, Suryati, 2014)



Gambar 9.1: Pohon masalah diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan

9.8 Identifikasi Tujuan

Diagnosis : Mekanisme koping in efektif

Tujuan Umum : Klien mampu mengekspresikan rasa marahnya secara efektif

Tujuan Khusus :

1. Klien menyadari dirinya sedang marah
2. Klien mengetahui penyebab marah
3. Klien mengetahui tanda dan gejala marah
4. Klien mengetahui respon marahnya
5. Klien dapat mengidentifikasi keuntungan atau kerugian marahnya
6. Klien dapat melakukan cara mengekspresikan marah yang konstruktif
(Dalami, Suliswati, Rochimah, Suryati, 2014)

9.9 Perencanaan

Rencana intervensi yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah tersebut antara lain adalah:

1. Kesadaran diri perawat dan klien sangat penting karena akan memengaruhi intervensi dan interaksi antara klien dan perawat. Bila secara emosi belum siap sebaiknya interaksinya ditunda.
2. Merumuskan batasan marah bersama klien untuk mengenalkan pada klien arti dan makna marah sehingga klien dapat mengukur dirinya.
3. Pengendalian terhadap kekerasan dengan melibatkan lingkungan sekitar dan terapi psikofarmaka.
4. Latihan asertif dengan menurunkan energi dan emosi kemarahan dengan cara yang biasa dilakukan klien setelah itu dilakukan komunikasi secara asertif untuk menyelesaikan permasalahan.

Intervensi yang lain diberikan meliputi:

1. Aspek biologis dengan melakukan intervensi kearah aktivitas biologis yang membutuhkan energi cukup banyak seperti olah raga, kerja bakti dsb.
2. Aspek emosi di intervensi dengan mengaktifkan mekanisme pertahanan diri dan koping.
3. Aspek intelektual di intervensi dengan cara membatasi fokus konsentrasi klien hanya pada hal yang menjadi fokus permasalahan, jauhkan dari pikiran-pikiran lain yang memengaruhi kondisi emosi. Selesaikan permasalahan tahap demi tahap dengan urutan skala prioritas.
4. Intervensi terhadap aspek sosial dilakukan dengan mengurangi frekuensi interaksi dengan orang lain dan batasi komunikasi dengan orang lain.
5. Aspek spiritual berperan penting dalam menurunkan emosi individu karena aspek spiritual merupakan salah satu mekanisme koping yang efektif digunakan pada sebagian individu dewasa. (Dalami, Suliswati, Rochimah, Suryati, 2014)

9.10 Implementasi

1. Kesadaran diri perawat
Meliputi kesadaran tentang perasaan diri dan responnya terhadap marah, pengetahuan tentang marah.
2. Merumuskan batasan marah
Menurut Loomis (1970) dalam buku Stuart dan Sundeen (1987) menetapkan bahwa marah akan membantu klien menentukan alasan dan maksud perilaku klien, menetapkan alternatif cara pengungkapan marah dan dengan marah dapat diungkapkan harapan dengan cara yang positif.

3. Pengendalian terhadap kekerasan

Dimaksudkan untuk menyalurkan energi secara konstruktif. Pada kondisi ini perawat perlu mengembangkan kemampuan mengatasi tingkah laku yang tidak terkontrol, lakukan secara empati dan observasi cermat terhadap tingkah laku klien dalam rangka antipasi marah. Lakukan komunikasi dengan nada lembut, nada rendah, gunakan kalimat sederhana dan pendek, tidak membalas dengan suara keras, sikap rileks, hindarkan tertawa dan tersenyum tidak pada tempatnya. Hal ini dapat membantu menjaga harga diri klien sehingga klien mampu mengungkapkan rasa marahnya.

4. Latihan asertif

Prinsip: Komunikasi langsung pada orang lain.

- a. Katakan tidak untuk hal yang tidak beralasan/tidak logis.
- b. Mampu mengungkapkan keluhan.
- c. Mengungkapkan penghargaan atau pujian.

Pelaksanaan asertif dapat terlihat melalui bahasa tubuh, mendengar dan percakapan.

Menurut Hays (dikutip dari Stuart dan Sundeen, 1987) latihan asertif dapat dilakukan dengan cara:

1. Menerima diri sebagai orang yang marah
2. Mengeksplorasi diri untuk menemukan alasan marah
3. Menyalurkan energi marah secara konstruktif

Dengan melakukan latihan asertif individu akan berani dalam:

1. Menyatakan keinginan secara langsung
2. Bicara dengan tegas dan yakin
3. Menguraikan akibat tingkat lakunya
4. Menolak permintaan orang lain tanpa merasa bersalah (Dalami, Suliswati, Rochimah, Suryati, 2014)

9.11 Evaluasi

Pada klien:

1. Klien mampu menggunakan cara yang sehat jika kesal atau jengkel (fisik, verbal, sosial, spiritual)
2. Klien tidak melakukan perilaku kekerasan
3. Klien menggunakan obat dengan benar
4. Klien mampu melakukan kegiatan sehari-hari

Pada Keluarga:

1. Keluarga mampu merawat klien
2. Keluarga mengetahui kegiatan yang perlu klien lakukan di rumah
3. Keluarga mengetahui cara pemberian obat dengan benar dan waktu follow-up (Dalami, Suliswati, Rochimah, Suryati, 2014)

Bab 10

Asuhan Keperawatan Klien DPD (Defisit Perawatan Diri)

10.1 Pendahuluan

Mendukung perawatan diri pada pasien sedang dieksplorasi di seluruh sistem perawatan kesehatan secara internasional sebagai pendekatan untuk meningkatkan perawatan untuk kondisi jangka panjang dalam konteks populasi penuaan dan kendala ekonomi. Kebijakan kesehatan Inggris menganjurkan berbagai pendekatan untuk mendukung perawatan diri, termasuk penerapan program tipe manajemen mandiri generik di seluruh kondisi. Dalam kesehatan mental, ruang lingkup perawatan diri tetap kurang dikonseptualisasikan dan basis bukti yang ada untuk mendukung perawatan diri secara bersamaan berbeda. Hal ini bertujuan untuk menginformasikan pengembangan dukungan untuk perawatan diri dalam kesehatan mental dengan mempertimbangkan bagaimana panduan kebijakan perawatan diri generik diterapkan dalam konteks layanan yang mendukung orang-orang dengan masalah kesehatan mental jangka panjang yang parah. kontinuitas relasional harus diprioritaskan dalam perawatan kronis, terutama untuk pasien dengan gangguan kemampuan perawatan diri yang sering memiliki beban penyakit yang sangat kompleks dan konteks situasional.

Dukungan untuk perawatan diri dalam kesehatan mental harus fokus pada inti, kualitas spesifik kesehatan mental; masalah kontrol, memungkinkan hubungan pengguna layanan staf dan pengambilan keputusan bersama. Meskipun sebagian besar pasien mengalami tantangan dalam mengikuti kegiatan perawatan diri yang direkomendasikan, banyak yang telah mengembangkan rutinitas perawatan diri pribadi yang meningkatkan kesejahteraan. Beberapa pasien sadar akan perawatan diri, termasuk pasien dengan gangguan mental bersamaan yang jauh lebih memperhatikan gangguan mental mereka daripada penyakit somatik mereka. Perspektif pasien tentang penyakit dapat bergeser dari waktu ke waktu dan didominasi oleh pertimbangan emosional seperti bersikeras menjalani kehidupan normal atau berjuang dengan keterbatasan yang disebabkan oleh penyakit, (Mads Aage, et al, 2018).

10.2 Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri adalah gangguan di dalam melakukan aktivitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, toileting). Sedangkan perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia untuk memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, (Herdman, 2012). Kesehatan mental, atau penyakit jiwa, sering dianggap terlalu tabu untuk didiskusikan di tempat terbuka. Untuk mematahkan stigma penyakit jiwa perlunya berbagi informasi tentang kesehatan mental. Kesadaran terhadap masalah kesehatan mental dan pentingnya perawatan diri kepada populasi dan individu yang kurang dilayani yang biasanya tidak mencari layanan. Banyak individu berurusan dengan masalah kesehatan mental mereka tanpa mencari perhatian medis.

10.2.1 Proses terjadinya masalah

Kenapa seorang individu bisa mengalami defisit perawatan diri? Berikut ini adalah faktor-faktor yang menyebabkan defisit perawatan diri, yaitu:

1. Faktor predisposisi
 - a. Biologis, seringkali defisit perawatan diri disebabkan karena adanya penyakit fisik dan mental yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri dan adanya faktor herediter yaitu ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

- b. Psikologis, faktor perkembangan memegang peranan yang tidak kalah penting ini dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu sehingga perkembangan inisiatif terganggu. Pasien gangguan jiwa mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang sehingga menyebabkan pasien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.
 - c. Sosial, kurangnya dukungan sosial dan lingkungan mengakibatkan penurunan kemampuan dalam perawatan diri.
2. Faktor presipitasi
- Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan defisit perawatan diri adalah penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau persepsi, cemas, lelah, lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri, (Herdman, 2012).

10.2.2 Tanda dan gejala

Tanda dan gejala defisit perawatan diri dapat dinilai dari pernyataan pasien tentang kebersihan diri, berdandan dan berpakaian, makan dan minum, BAB dan BAK didukung dengan data hasil observasi.

1. Data subjektif: Pasien mengatakan tentang:
 - a. Malas mandi
 - b. Tidak mau menyisir rambut
 - c. Tidak mau menggosok gigi tidak mau memotong kuku
 - d. Tidak mau berhias/berdandan
 - e. Tidak bisa /tidak mau menggunakan alat mandi /kebersihan diri
 - f. Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum.
 - g. BAB dan BAK sembarangan.
 - h. Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK
 - i. Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar

2. Data objektif
 - a. Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang.
 - b. Tidak menggunakan alat mandi.
 - c. Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan .
 - d. Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak memasang kancing baju atau celana.
 - e. Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, misalnya memakai pakaian berlapis-lapis, penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, misalnya telanjang.
 - f. Makan dan minum sembarangan serta berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu (menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke alat makan (dari panci ke piring atau mangkok, tidak mampu menggunakan sendok dan tidak mengetahui fungsi alat-alat makan), memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan).
 - g. BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu (menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB atau BAK).

10.3 Proses Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Pengkajian defisit perawatan diri Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga.

Tanda dan gejala defisit perawatan diri yang dapat ditemukan dengan wawancara, melalui pertanyaan sebagai berikut:

1. Coba ceritakan kebiasaan/cara pasien dalam membersihkan diri?

2. Apa yang menyebabkan pasien malas mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggunting kuku?
3. Bagaimana pendapat pasien tentang penampilan dirinya? Apakah pasien puas dengan penampilan sehari-hari pasien?
4. Untuk laki-laki berapa kali sehari pasien menyisir rambut, berdandan, bercukur secara teratur?
5. Menurut pasien apakah pakaian yang digunakan sesuai dengan kegiatan yang akan dilakukan.
6. Coba ceritakan bagaimana kebiasaan pasien mandi sehari-hari? Peralatan apa saja yang digunakan pasien?
7. Coba ceritakan bagaimana kebiasaan makan dan minum pasien?
8. Menurut pasien apakah alat makan yang digunakan sesuai dengan fungsinya?
9. Coba ceritakan apa yang pasien lakukan ketika selesai BAB atau BAK?
10. Apakah pasien membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK?
11. Tanyakan mengenai pengetahuan pasien mengenai cara perawatan diri yang benar?

Tanda dan gejala defisit perawatan diri yang dapat ditemukan melalui observasi adalah sebagai berikut:

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

dan BAK. Data hasil observasi dan wawancara didokumentasikan pada kartu status pasien, contoh pendokumentasian hasil pengkajian sebagai berikut:

- a. Data Pengkajian: Pasien mengatakan belum mandi, rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor. Rambut acak-acakan, tidak disisir, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, makan dan minum dibantu oleh keluarga, makan berceceran, dan tidak pada tempatnya. Tidak menyiram dan membersihkan diri setelah BAB dan BAK.
- b. Diagnosis Keperawatan Defisit Perawatan Diri
- c. Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala defisit perawatan diri yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala defisit perawatan diri, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah:
- d. Defisit perawatan diri: Kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK.

10.3.1 Tindakan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Tindakan keperawatan defisit perawatan diri dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat memberikan pelayanan di rumah sakit (bila ada pasien dikunjungi atau didampingi keluarga), maka perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga. Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi defisit perawatan diri yang dialami pasien. Setelah perawat selesai melatih pasien, maka perawat kembali menemui keluarga dan melatih keluarga untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kemampuan mengatasi defisit perawatan diri yang telah diajarkan oleh perawat. Tindakan keperawatan untuk pasien dan keluarga dilakukan pada setiap pertemuan, minimal empat kali pertemuan hingga pasien dan keluarga mampu mengatasi defisit perawatan diri.

10.3.2 Tindakan Keperawatan untuk Pasien Defisit Perawatan Diri

Tujuan: Pasien mampu:

1. Membina hubungan saling percaya
2. Melakukan kebersihan diri secara mandiri
3. Melakukan berhias/berdandan secara baik
4. Melakukan makan dengan baik
5. Melakukan BAB/BAK secara mandiri

Tindakan Keperawatan untuk Pasien Defisit Perawatan Diri

1. Membina hubungan saling percaya dengan cara:
 - a. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
 - b. Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien .
 - c. Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
 - d. Buat kontrak asuhan: apa yang akan dilakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya di mana.
 - e. Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - f. Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien
 - g. Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan
2. Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri Untuk melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri , perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi:
 - a. Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri.
 - b. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
 - c. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri.
 - d. Melatih pasien melakukan cara menjaga kebersihan diri.

3. Melatih pasien berdandan/berhias
Untuk pasien laki-laki latihan meliputi: berpakaian, menyisir rambut dan bercukur. Untuk pasien wanita, latihannya meliputi: berpakaian, menyisir rambut dan berhias.
4. Melatih pasien makan dan minum secara mandiri
Untuk melatih makan dan minum pasien, perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut:
 - a. Menjelaskan kebutuhan (kebutuhan makan perhari dewasa 2000-2200 kalori (untuk perempuan) dan untuk laki-laki antara 2400-2800 kalori setiap hari makan minum 8 gelas (2500 ml setiap hari) dan cara makan dan minum
 - b. Menjelaskan cara makan dan minum yang tertib.
 - c. Menjelaskan cara membersihkan peralatan makan dan minum setelah makan dan minum
 - d. Mempraktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
5. Mengajarkan pasien melakukan BAB dan BAK secara mandiri
Perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut:
 - a. Menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai
 - b. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
 - c. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK
 - d. Mempraktikkan BAB dan BAK dengan baik

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga Pasien Defisit Perawatan Diri Keluarga diharapkan dapat merawat pasien defisit perawatan diri di rumah dan menjadi pendukung yang efektif bagi pasien Tujuan: Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri

10.3.3 Tindakan keperawatan

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien defisit perawatan diri
2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri dan mengambil keputusan merawat pasien

3. Melakukan diskusi dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien.
4. Latih keluarga cara merawat dan membimbing kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK pasien
5. Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan diri pasien
6. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan.
7. Menganjurkan follow up ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

10.3.4 Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga Dalam Defisit Perawatan Diri

Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan ditandai dengan peningkatan kemampuan pasien dalam perawatan diri, seperti:

1. Klien mampu melakukan mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggunting kuku dengan benar dan bersih
2. Mengganti pakaian dengan pakaian bersih
3. Membereskan pakaian kotor
4. Berdandan dengan benar
5. Mempersiapkan makanan
6. Mengambil makanan dan minuman dengan rapi
7. Menggunakan alat makan dengan benar
8. BAB dan BAK pada tempatnya
9. BAB dan BAK air kecil dengan bersih.

10.3.5 Evaluasi kemampuan keluarga defisit perawatan diri berhasil apabila keluarga dapat:

1. Mengetahui masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri)
2. Menyediakan fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien

3. Merawat dan membimbing pasien dalam merawat diri: kebersihan diri, berdandan (wanita), bercukur (pria), makan dan minum, BAB dan BAK.
4. Follow up ke Puskesmas, mengenal tanda kambuh dan rujukan.
Dokumentasi Keperawatan

Pendokumentasian dilakukan setiap selesai melakukan pertemuan dengan pasien dan keluarga. Berikut ini contoh pendokumentasian asuhan keperawatan defisit perawatan diri pada kunjungan keempat.

Tabel 10.1: Dokumentasi Keperawatan

| Implementasi | Evaluasi |
|---|---|
| <p>12 November 2021 Pukul 10.00</p> <p>Data:</p> <p>Data pasien dan kemampuan pasien tampak bersih, badan dan rambut bersih dan tidak bau, rambut sudah disisir rapi, wajah menggunakan bedak, kuku pendek dan bersih, gigi bersih dan tidak bau. Pakaian bersih dan sesuai, dapat mengambil makan sendiri makan pada tempatnya.</p> <p>Kemampuan pasien mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, keramas, gunting kuku 1 kali seminggu, berdandan dan berpakaian, makan dan minum (semua kegiatan dilakukan secara mandiri).</p> <p>Pasien mengatakan kadang masih suka BAK sembarangan.</p> <p>Data keluarga dan kemampuan</p> <p>Keluarga mengatakan sudah mengetahui apa itu kebersihan diri,</p> | <p>Subjektif: Pasien</p> <p>Pasien mengatakan sudah melakukan mandi sehari 2 kali, sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu), berdandan dan mengganti pakaian dua kali sehari sehabis mandi pagi dan sore, makan 3 kali sehari dan minum 6-8 gelas sehari. BAB dan BAK di kamar mandi</p> <p>Subjektif: Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan anaknya dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal Keluarga mengatakan senang dapat membimbing anaknya untuk melakukan kebersihan diri. 2. Keluarga mengatakan akan terus memotivasi anaknya untuk melakukan sesuai jadwal |

| Implementasi | Evaluasi |
|--|--|
| <p>kurang perawatan diri, tanda dan gejala serta proses terjadinya masalah.</p> <p>Keluarga mampu melatih dan membimbing pasien cara melakukan perawatan diri, berdandan, berpakaian makan/minum .</p> <p>Diagnosa Keperawatan: Defisit perawatan diri</p> <p>Intervensi:</p> <p>Tindakan ke pasien</p> <p>Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian jelaskan cara BAB dan BAK yang baik, melatih BAB dan BAK yang baik , memasukkan pada Jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum serta BAB dan BAK.</p> <p>Tindakan ke keluarga</p> <p>Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien dalam kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian, membimbing keluarga BAB dan BAK pasien. jelaskan follow up ke puskesmas, tanda kambuh, rujukan, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p> | <p>3. Keluarga mengatakan akan berobat rutin ke Puskesmas dan mencegah agar anaknya tidak kambuh lagi.</p> <p>Objektif: Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak bersih, badan dan rambut bersih dan tidak bau, rambut sudah disisir rapi , wajah menggunakan bedak, kuku pendek dan bersih, gigi bersih dan tidak bau. Pakaian bersih dan sesuai, dapat mengambil makan sendiri, makan pada tempatnya, BAB dan BAK di kamar mandi, membersihkan diri setelah BAB dan BAK dan menyiram WC setelah BAB dan BAK. 2. Pasien Mandi 2 kali sehari ,dilakukan sendiri, gosok gigi 2 kali sehari (mandiri), keramas sudah 1 kali (mandiri) gunting kuku 1 kali seminggu (mandiri) ,berdandan (mandiri) dan berpakaian (mandiri), makan dan minum (mandiri) , BAB dan BAK (mandiri) <p>Objektif: Keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Keluarga tampak melatih dan membimbing cara merawat kebersihan diri dan berdandan serta makan dan minum, BAB dan BAK. ● Keluarga kooperatif, keluarga mengerti tanda kekambuhan dan kontrol teratur ke Puskesmas. |

| Implementasi | Evaluasi |
|---|--|
| <p>Rencana Tindak Lanjut:</p> <p>Pasien</p> <p>Melakukan kebersihan diri sesuai jadwal</p> <p>Keluarga</p> <p>Memotivasi dan membimbing untuk melakukan kebersihan diri sesuai jadwal. Follow up ke puskesmas dan pencegahan kekambuhan</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Pasien mampu melakukan kebersihan diri, berdandan dan berpakaian, makan dan minum, serta BAB atau BAK. <p>Planning:</p> <p>Planning: untuk pasien</p> <p>Pasien mandi sehari 2 kali, sikat gigi (2 Kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu), berdandan dan mengganti pakaian dua kali sehari sehabis mandi pagi dan sore, makan 3 kali sehari dan minum 8 gelas sehari. BAB dan BAK di tempatnya.</p> <p>Planning: Keluarga</p> <p>Memotivasi dan membimbing pasien sesuai dengan jadwal: mandi sehari 2 kali, sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu), berdandan dan mengganti pakaian dua kali sehari sehabis mandi pagi dan sore, makan 3 kali sehari dan minum 8 gelas perhari, BAB dan BAK di tempatnya.</p> <p>Berobat ke Puskesmas secara teratur. Merujuk ke Puskesmas bila ada tanda-tanda kekambuhan</p> |

Bab 11

Asuhan Keperawatan Jiwa Kehilangan Dan Berduka

11.1 Pendahuluan

Dalam kehidupan sehari-hari Kehilangan dan Berduka, adalah situasi dan kondisi yang dapat dialami dan dihadapi oleh setiap Individu. Respon dan adaptasi individu dalam menghadapi situasi ini, dapat bersifat adaptif atau maladaptive. Perawat dalam peran asuhannya akan membantu pasien dalam menghadapi kehilangan dan respon kedukaan pasien, sebagai akibat dari kehilangan yang dihadapinya. Perawat perlu memiliki pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien kehilangan dan keterampilan untuk memberikan intervensi pendampingan pada pasien yang mengalami kedukaan. Diharapkan melalui bab ini diperoleh pengetahuan dan pemahaman pembaca tentang asuhan keperawatan pasien kehilangan dan berduka.

Kehilangan adalah suatu keadaan berpisahanya seseorang dengan sesuatu yang sebelumnya dimiliki. Keadaan yang semula ada menjadi tidak ada, baik total atau sebagian, menetap atau sementara, (Lambert dan Lambert, 1985,h.35). Kehilangan merupakan pengalaman yang dialami oleh setiap individu dalam sepanjang rentang usia kehidupannya. Sejak lahir individu sudah mengalami

kehilangan dan cenderung akan mengalaminya dalam proses tumbuh kembang selanjutnya.

Kehilangan pasangan hidup karena kematian, merupakan salah satu contoh kehilangan yang menetap, keterpisahan karena pasangan hidup bekerja di luar negeri, atau dipenjara, merupakan salah satu contoh kehilangan yang sifatnya sementara. Kehilangan jika dilihat dari kejadiannya, dapat terjadi secara tiba-tiba atau bertahap. Kehilangan anggota keluarga karena kecelakaan atau kejadian yang tidak terduga seperti gempa bumi sehingga mengakibatkan tewasnya anggota keluarga, merupakan bentuk kehilangan secara tiba-tiba. Meninggalnya seorang anggota keluarga setelah menderita sakit sekian lama, merupakan contoh kehilangan yang kejadiannya terjadi secara bertahap.

Dirumah sakit tim kesehatan khususnya perawat, menghadapi pasien-pasien yang banyak mengalami kehilangan. Kehilangan yang dihadapi pasien mulai dari gangguan struktur dan fungsi tubuh, sampai dengan gangguan peran bahkan tidak jarang menyebabkan munculnya masalah psikososial. Menjadi peran dan tanggung jawab perawat untuk membantu pasien dan keluarga dalam menghadapi dampak dari kehilangan yang dihadapi pasien, sehingga pasien dan keluarga mampu beradaptasi dan menerima perubahan.

Berduka merupakan respon emosi terhadap kehilangan yang dimanifestasikan dengan adanya perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak nafas, susah tidur, dan lain-lain. Berduka dimanifestasikan dalam pikiran, perasaan, dan perilaku yang berhubungan dengan distres atau kesedihan yang mendalam. Duka cita adalah respon subjektif yang dialami oleh orang yang ditinggalkan setelah kematian seseorang yang berarti. Berduka merupakan respon normal yang terjadi pada semua kejadian kehilangan. NKITA membagi menjadi dua tipe berduka yaitu berduka diantisipasi dan berduka disfungsi.

11.2 Teori dan Konsep Kehilangan Dan Berduka

11.2.1 Kehilangan

Pengertian; Lambert & Lambert mengatakan bahwa: kehilangan adalah suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan. Kehilangan merupakan pengalaman yang pernah dan akan dialami oleh setiap individu selama rentang usia sepanjang kehidupannya.

1. Faktor yang memengaruhi;

Faktor-faktor yang memengaruhi reaksi kehilangan, ditentukan atau tergantung dari: 1. Arti dari kehilangan yaitu bagaimana individu memaknai kehilangan yang dialaminya, yang didasarkan pada kebergunaan, kepentingan dan keamatan dari objek yang hilang bagi individu tersebut, 2. Sosial budaya; yaitu adat istiadat, norma dan tata cara/ cara pikitang individu, yang didasarkan pada strata adat-istiadat dan sosialnya. 3.Kepercayaan/spiritual: termasuk dalam hal ini adalah keyakinan individu akan kekuatan supranatural yang dibangun dalam kehidupan keagamaan/religius dan 4. Peran seks/jenis kelamin: hal ini berkaitan dengan peran dan fungsi individu sebagai laki-laki atau perempuan 5. Status social ekonomi serta 6. Kondisi fisik dan psikologi individu. Keenam factor tersebut memiliki pengaruh terhadap respon kedukaan akibat dari kehilangan yang dialami oleh individu.

2. Bentuk Atau Macam-Macam Kehilangan;

Bentuk dan macam kehilangan dikategorikan dalam tiga yaitu; 1. Kehilangan orang yang berarti atau dicintai: oleh karena Kematian, Perceraian, Perpisahan dan 2. Kehilangan bio- psiko- social: sebagai contoh adalah Kehilangan fungsi tubuh, Kehilangan ide, dan perasaan tentang diri sendiri, Kehilangan peran social, Kehilangan pekerjaan, kedudukan, dan Kehilangan seksualitas. Dan yang terakhir adalah 3.

Kehilangan milik pribadi: yaitu Kehilangan uang, Kehilangan perhiasan, Kehilangan barang dan rumah.

3. Tipe & Sumber Kehilangan;

Terdapat dua tipe umum kehilangan, yaitu aktual dan persepsi. Kehilangan aktual dapat diketahui oleh orang lain. Kehilangan persepsi atau harapan dapat dialami oleh seseorang tetapi tidak dapat secara pasti oleh orang lain. Kehilangan yang diantisipasi dialami sebelum kehilangan benar-benar terjadi. Kehilangan dapat dianggap sebagai situasional atau developmental. Hilangnya pekerjaan seseorang, kematian anak, atau kehilangan kemampuan fungsional karena penyakit akut atau karena cedera adalah kehilangan situasional. Kehilangan yang terjadi dalam proses perkembangan normal, seperti keluarnya anak yang sudah dewasa dan menikah dari rumah, pensiun dari pekerjaan, dan kematian orang tua yang sudah lansia adalah kehilangan developmental.

Kehilangan aspek diri mengubah citra tubuh seseorang, walaupun tidak terlihat nyata, yang dimaksudkan disini antara lain adalah kehilangan harga diri. Pada usia lanjut, perubahan terjadi dalam kemampuan fisik dan mental.. Usia lanjut adalah; tahap dalam kehidupan saat seseorang mungkin mengalami banyak kehilangan; pekerjaan, aktivitas biasa, kemandirian, kesehatan, teman dan keluarga. Kehilangan objek Eksternal terdiri atas (a) kehilangan objek benda mati yang bermakna kehilangan uang, atau terbakarnya rumah keluarga; dan (b) kehilangan objek benda hidup seperti binatang peliharaan yang memberikan kasih sayang dan persahabatan. Perpisahan dari lingkungan dan orang yang memberikan keamanan juga dapat menyebabkan sensasi kehilangan. Kematian orang yang dicintai adalah kehilangan yang permanen dan komplet, pada beberapa penyakit, seseorang dapat mengalami perubahan kepribadian yang membuat teman-teman dan keluarga merasa bahwa mereka telah kehilangan orang tersebut.

4. Jenis-jenis Kehilangan;

Jenis kehilangan dalam hal ini terbagi dalam 5 (lima) jenis kehilangan, yaitu: 1. Kehilangan seseorang seseorang yang dicintai, dan sangat bermakna atau orang yang berarti merupakan salah satu jenis kehilangan yang dirasakan sebagai tekanan yang berat dan paling mengganggu dari tipe-tipe kehilangan. Kematian akan berdampak menimbulkan kehilangan bagi orang yang dicintai. Karena hilangnya keintiman, intensitas dan ketergantungan dari ikatan atau jalinan yang ada, kematian pasangan suami/istri atau anak biasanya membawa dampak emosional dan waktu serta proses Panjang untuk beradaptasi. 2. Kehilangan yang ada pada diri sendiri (loss of self); Bentuk lain dari kehilangan adalah kehilangan diri atau anggapan tentang mental seseorang. Kehilangan ini meliputi kehilangan perasaan terhadap keatraktifan, diri sendiri, kehilangan kemampuan fisik dan mental, serta kehilangan akan peran dalam kehidupan, dan dampaknya. Kehilangan dari aspek diri mungkin sementara atau menetap, sebagian atau seluruhnya. Beberapa aspek lain yang dapat hilang dari diri seseorang misalnya kehilangan pendengaran, ingatan, usia muda, fungsi tubuh. 3. Kehilangan objek eksternal Kehilangan objek eksternal misalnya kehilangan benda milik sendiri atau bersama-sama, perhiasan, uang atau pekerjaan. Kedalaman berduka yang dirasakan seseorang terhadap benda yang hilang tergantung pada arti dan kegunaan benda tersebut. 4. Kehilangan lingkungan yang sangat dikenal; Kehilangan diartikan dengan terpisahnya individu dari lingkungan yang sangat dikenal seperti keluar dari kehidupan masa kecil, latar belakang dan pola keluarga dalam waktu satu periode atau bergantian secara menetap, misalnya pindah ke kota lain, maka akan memiliki tetangga yang baru dan proses penyesuaian baru. 5. Kehilangan kehidupan/ meninggal individu dapat mengalami mati baik secara perasaan, pikiran dan respon pada kegiatan dan orang disekitarnya, sampai pada kematian yang sesungguhnya. Sebagian orang berespon berbeda tentang kematian, ditentukan juga dari

perkembangan usia. Ada perbedaan cara pkitang berdasarkan usia individu, baik bagi orang lain maupun bagi diri sendiri.

5. Respon Kehilangan;

Menurut Kubler-Ross respon individu yang mengalami kehilangan terdiri dari lima rentang respon, mulai dari 1. Denial/Mengingkari; Merupakan reaksi pertama yaitu individu merasa syok dan tidak mempercayai kenyataan yang terjadi. Ungkapan verbal pada fase ini biasanya individu mengatakan “itu tidak mungkin”, “saya tidak percaya itu terjadi” Diikuti oleh perubahan fisik, seperti letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernafasan, detak jantung cepat, menangis, dan gelisah. 2. Anger/Marah, pada fase ini Individu mulai menyadari akan kenyataan yang terjadi, sehingga timbul respon marah yang diproyeksikan pada orang lain. Reaksi fisik yang menyertai adalah muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan mengempal, dan perilaku agresif. Fase ke-3. Bargaining/Tawar Menawar. Ungkapan secara verbal pada fase ini adalah; “kenapa harus terjadi pada saya?”, “kalau saja yang sakit bukan saya,” “sekitainya saya hati-hati” dan lain-lain 4. Depression/Depresi; pada fase ini individu menunjukkan; sikap menarik diri, tidak mau bicara atau putus asa. Disertai dengan gejala individu menolak makan, mengeluh sulit tidur, letih, dan dorongan libido menurun dan fase terakhir adalah 5. Acceptance/Menerima; Pikiran pada objek yang hilang mulai berkurang. Ungkapan verbal pada fase ini adalah” apa yang dapat saya lakukan agar saya cepat sembuh, yah, akhirnya saya harus operasi” Individu sudah memiliki tujuan dan reorganisasi serta mengarahkan diri pada hal yang baru yang dapat menggantikan objek yang hilang.

11.2.2 Berduka

Pengertian; Berduka merupakan respon emosi terhadap kehilangan yang dimanifestasikan dengan adanya perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak nafas, susah tidur, dan lain-lain. Berduka merupakan respon normal yang terjadi pada semua kejadian kehilangan. Belum ada cara yang paling tepat dan cepat untuk menjalani proses berduka.

Konsep dan teori berduka hanyalah salah satu cara yang dapat digunakan untuk mengantisipasi kebutuhan emosional pasien dan keluarganya dan juga rencana intervensi yang bertujuan untuk membantu individu dalam memahami kesedihan mereka dan mengatasinya. Peran perawat pada proses ini adalah mendapatkan gambaran tentang perilaku berduka, mengenali pengaruh berduka terhadap perilaku dan memberikan dukungan dalam sikap dan tindakan yang tepat disertai rasa empati.

Tahap Berduka;

Tahapan berduka merupakan respon pasien terhadap kehilangan yang dialaminya. Berikut ini ditampilkan respon pasien dan implikasi Keperawatan pada Tahap Berduka Kubler - Ross (Kozier, 2011) pada tabel 11.2.1 dan Tahap berduka menurut Engel (Kozier, 2011) pada tabel 11.2.2:

Tabel 11.1: Tahap Berduka Kubler - Ross (Kozier, 2011)

| Tahap | Respon Perilaku | Implikasi Keperawatan |
|-----------------------|--|---|
| Penyangkalan (denial) | Tidak percaya telah terjadi kehilangan Tidak siap mengatasi masalah praktis, seperti prostesis setelah kehilangan kaki. Dapat menunjukkan keceriaan palsu sehingga memperlama penyangkalan | Dukung pasien secara verbal tetapi tidak mengaitkan penyangkalan. Kaji perilaku diri sendiri untuk memastikan bahwa perawat tidak ikut terlarut dalam penyangkalan pasien |
| Tahap | Respon Perilaku | Implikasi Keperawatan |
| Marah (Anger) | Pasien atau keluarga dapat mengarahkan rasa marah kepada perawat atau staf berkenaan dengan hal-hal yang normalnya tidak mengganggu mereka. | Bantu pasien memahami bahwa rasa marah adalah respon normal terhadap perasaan kehilangan & ketidakberdayaan. Hindari menarik diri atau balas marah; jangan menanggapi rasa marah secara pribadi. Atasi kebutuhan yang melintasi setiap rasa marah. Berikan kekuatan kontinuitas untuk meningkatkan perasaan aman. Biarkan pasien untuk mengontrol kehidupan mereka sebanyak mungkin. |

| Tahap | Respon Perilaku | Implikasi Keperawatan |
|-------------------------|---|--|
| Penawaran (Bargaining) | Berupaya melakukan tawar menawar untuk menghindari kehilangan. Dapat mengekspresikan perasaan bersalah atau takut mendapatkan hukuman akibat dosa di masa lalu, baik nyata ataupun khayalan. | Dengarkan dengan penuh perhatian dan dorong pasien untuk bicara guna meredakan rasa bersalah dan rasa takut yang tidak rasional. Apabila tepat, tawarkan dukungan spiritual. |
| Depresi (Depression) | Berduka karena sesuatu yang telah terjadi dan karena sesuatu yang tidak terjadi. Dapat berbicara dengan bebas (mis; mengingat kembali kehilangan di masa lalu seperti kehilangan uang atau pekerjaan), atau dapat menarik diri. | Biarkan pasien mengekspresikan kesedihan. Lakukan komunikasi nonverbal dengan duduk tenang tanpa mengharapkan pembicaraan. Sampaikan perhatian dengan sentuhan. |
| Penerimaan (Acceptance) | Menerima kehilangan | Bantu keluarga dan teman memahami penurunan kebutuhan pasien untuk bersosialisasi. Dorong pasien berpartisipasi maksimal dalam program terapi. |

Tabel 11.2: Tahap berduka menurut Engel (Kozier, 2011)

| Tahap | Respon perilaku |
|--------------------------|--|
| Syok dan tidak percaya | Tidak mau menerima kehilangan, merasa terkejut. Menerima situasi secara intelektual, tetapi menyangkalnya secara emosional. |
| Menyadari | Realitas kehilangan mulai menembus kesadaran. Rasa marah dapat ditujukan pada lembaga, perawat, atau orang lain. |
| Restitusi | Melakukan ritual berkabung |
| Menyelesaikan kehilangan | Berupaya mengatasi pelepasan yang menyakitkan. Tetap tidak mampu menerima objek kasih sayang baru untuk menggantikan seseorang atau objek yang telah hilang. |

| Tahap | Respon perilaku |
|--------------|--|
| | Dapat menerima hubungan yang lebih bergantung dengan orang pendukung. |
| Idealisasi | Menghasilkan gambaran objek yang telah hilang yang hampir bebas dari gambaran yang tidak diharapkan. Menekan semua perasaan negatif dan permusuhan pada objek yang telah hilang. Ingatan akan objek yang telah hilang menimbulkan beberapa perasaan sedih. Menumbuhkan kembali perasaan kepada orang lain. |
| Hasil akhir | Perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor; makna penting objek yang telah hilang sebagai sumber dukungan, derajat ketergantungan pada hubungan, derajat ambivalensi pada objek yang telah hilang, jumlah dan sifat hubungan lain, dan jumlah serta sifat pengalaman berduka sebelumnya (yang cenderung bersifat kumulatif) |

Tabel 11.3: Dimensi Respon dan Manifestasi Gejala (Kozier, 2011)

| No | Dimensi Respon | Gejala |
|-----------|-----------------------|---|
| 1. | Respon Kognitif | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gangguan asumsi dan keyakinan ▪ Mempertanyakan dan berupaya menemukan makna kehilangan ▪ Berupaya mempertahankan keberadaan orang yang meninggal ▪ Percaya pada kehidupan akhirat dan seolah-olah orang yang meninggal adalah pembimbing |
| 2. | Respon Emosi | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marah, sedih, cemas ▪ Kebencian ▪ Merasa bersalah ▪ Perasaan mati rasa ▪ Emosi yang berubah-ubah ▪ Penderitaan dan kesepian yang berat ▪ Keinginan untuk mengembalikan ikatan dengan individu atau benda yang hilang. ▪ Depresi, apatis, putus asa selama fase |

| No | Dimensi Respon | Gejala |
|----|-------------------|--|
| | | <p>disorganisasi dan keputusasaan.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saat fase reorganisasi, muncul rasa mandiri dan percaya diri |
| 3. | Respon spiritual | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kecewa dan marah kepada tuhan ▪ Penderitaan karena ditinggalkan atau merasa ditinggalkan ▪ Tidak memiliki harapan; kehilangan makna |
| 4. | Respon Perilaku | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Melakukan fungsi secara “otomatis”. ▪ Menangis terisak, menangis tidak terkontrol. ▪ Sangat gelisah; perilaku mencari ▪ Iritabilitas dan sikap bermusuhan. ▪ Mencari dan menghindari tempat dan aktivitas yang dilakukan bersama orang yang meninggal. ▪ Menyimpan benda berharga orang yang telah meninggal padahal ingin membuangnya. ▪ Kemungkinan menyalahgunakan obat atau alkohol. ▪ Kemungkinan melakukan gesture atau upaya bunuh diri atau pembunuhan. ▪ Mencari aktivitas dan refleksi personal selama fase reorganisasi ▪ Mencari aktivitas dan refleksi personal selama fase reorganisasi |
| 5. | Respon fisiologis | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sakit kepala ▪ Gangguan nafsu makan, berat badan turun ▪ Tidak bertenaga ▪ Palpitasi, gangguan pencernaan ▪ Perubahan system imun dan endokrin |

11.3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kehilangan Dan Berduka

Asuhan Keperawatan Pada Pasien yang mengalami Kehilangan dan Berduka, dilakukan melalui metode ilmiah Proses Keperawatan, yang terdiri dari Pengkajian, Analisa data dan Perumusan Masalah, Menegakkan Diagnosa Keperawatan melalui Strategi Pelaksanaan Tindakan dan Evaluasi berdasarkan kriteria tujuan keberhasilan dari tindakan keperawatan.

1. Pengkajian;

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga. Pengkajian dimulai dengan mengkaji persepsi pasien tentang kehilangan: apa arti kehilangan bagi pasien? Pertanyaan lain untuk mengkaji persepsi atau makna serta dorongan pasien untuk menjalani proses berduka, mencakup: (1) Apa yang pasien pikirkan dan rasakan tentang kehilangan?, (2) Bagaimana kehilangan akan berdampak pada kehidupan pasien? (3) Informasi apa yang perlu diklarifikasi atau diberikan kepada pasien.

Hasil pengkajian secara umum didapatkan data yaitu: a. Perasaan sedih, menangis. b. Perasaan putus asa, kesepian c. Mengingkari kehilangan d. Kesulitan mengekspresikan perasaan e. Konsentrasi menurun Kemarahan yang berlebihan g. Tidak berminat dalam berinteraksi dengan orang lain. h. Merenungkan perasaan bersalah secara berlebihan. i. Reaksi emosional yang lambat j. Adanya perubahan dalam kebiasaan makan, pola tidur, tingkat aktivitas.

2. Analisa Data dan Rumusan Masalah;

Setelah data dikumpulkan perawat dapat langsung mengelompokkan data (subyektif dan obyektif) dan merumuskan masalah keperawatan. Data subjektif dan data objektif, dimanifestasikan dalam ungkapan dan perilaku, sebagai berikut:

Data Subyektif; a. Mengungkapkan dengan kata-kata bahwa pasien tidak mempunyai kemampuan mengendalikan atau memengaruhi sesuatu, b. Mengungkapkan tidak dapat menghasilkan dan melakukan sesuatu c. Mengungkapkan ketidakpuasan dan frustrasi terhadap

kondisi atau situasi dan tidakmampuan untuk melakukan tugas atau aktivitas sebelumnya, d. Mengungkapkan keragu-raguan terhadap penampilan peran, kemampuan diri dan kehilangan, e. Mengatakan ketidakmampuan dan ketidakinginan untuk melakukan kegiatan sehari-hari contoh perawatan diri.

Data Obyektif; a.Ketidakmampuan untuk mencari informasi tentang perawatan, b. Tidak berpartisipasi dalam pengambilan keputusan saat diberikan kesempatan, c.Enggan mengungkapkan perasaan sebenarnya, d. Ketergantungan terhadap orang lain yang dapat mengakibatkan iritabilitas, ketidaksukaan, marah dan rasa bersalah, e. Gagal mempertahankan ide/pendapat yang berkaitan dengan orang lain ketika mendapat perlawanan. Berikut perilaku pasien yang dapat diamati: Apatis dan pasif, Ekspresi muka murung, Bicara dan gerak lambat, Tidur berlebihan, Nafsu makan tidak ada atau berlebihan dan Menghindari orang lain

3. Menegakkan Diagnosa Keperawatan;

Dalam menegakkan diagnosa keperawatan perawat dapat melakukan langkah-langkah sebagai berikut: a. Menyimpulkan core problem (masalah utama) merupakan prioritas masalah dari beberapa masalah yang dimiliki pasien. b. Menghubungkan core problem sesuai dengan masalah lain dan sesuai dengan daftar masalah. c. Menegakkan diagnosa keperawatan jiwa berdasarkan prioritas d. Menyusun diagnosa berdasarkan prioritas diagnosa dengan "core problem" sebagai etiologinya.

Pada pasien dengan kehilangan yang menjadi masalah utamanya adalah "Kehilangan Disfungsional". Penyebab terjadinya masalah utama atau yang disebut etiologi/causa adalah "Kehilangan; contohnya adalah "Kematian Suami" dan akibat atau efek dari masalah utama adalah "Harga Diri Rendah"

4. Tindakan Keperawatan;

Langkah selanjutnya setelah kita menegakkan diagnosa keperawatan dan menentukan masalah utama pada kasus kehilangan adalah melakukan tindakan keperawatan.

5. Tindakan keperawatan pada pasien;

Tindakan keperawatan pada pasien kehilangan bertujuan agar pasien mampu: 1. Membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Mengenali peristiwa kehilangan yang dialami Pasien 3. Memahami hubungan antara kehilangan yang dialami dengan keadaan dirinya 4. Mengidentifikasi cara-cara mengatasi berduka yang dialaminya 5. Memanfaatkan faktor pendukung.

Untuk mencapai tujuan agar berhasil maka tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien adalah: 1. Membina hubungan saling percaya dengan Pasien 2. Berdiskusi mengenai kondisi Pasien saat ini (kondisi pikiran, perasaan, fisik, sosial, dan spiritual sebelum/ sesudah mengalami peristiwa kehilangan dan hubungan antara kondisi saat ini dengan peristiwa kehilangan yang terjadi). 3. Berdiskusi cara mengatasi berduka yang dialami a) Cara verbal (mengungkapkan perasaan) b) Cara fisik (memberi kesempatan aktivitas fisik) c) Cara sosial (sharing melalui kelompok) d) Cara spiritual (berdoa, berserah diri) 4. Memberi informasi tentang sumber-sumber komunitas yang tersedia untuk saling memberikan pengalaman dengan seksama. 5. Membantu Pasien memasukkan kegiatan dalam jadwal harian. 6. Kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa di Puskesmas

6. Tindakan keperawatan untuk keluarga;

Tindakan keperawatan terhadap keluarga yang mengalami kehilangan bertujuan agar keluarga mampu: 1. Mengenal masalah kehilangan dan berduka. 2. Memahami cara merawat Pasien berduka berkepanjangan. 3. Mempraktikkan cara merawat Pasien berduka disfungsi 4. Memanfaatkan sumber yang tersedia di masyarakat.

Untuk mencapai tujuan agar berhasil maka tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap keluarga adalah: 1. Berdiskusi dengan keluarga tentang masalah kehilangan dan berduka dan dampaknya pada Pasien. 2. Berdiskusi dengan keluarga cara-cara mengatasi berduka yang dialami oleh Pasien 3. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat Pasien dengan berduka disfungsi 4. Berdiskusi dengan keluarga

sumber-sumber bantuan yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga untuk mengatasi kehilangan yang dialami oleh Pasien

7. Evaluasi;

langkah selanjutnya setelah tindakan keperawatan, adalah melakukan evaluasi. Keberhasilan tindakan keperawatan tampak dari kemampuan pasien untuk 1. Mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Mampu mengenali peristiwa kehilangan yang dialami Pasien 3.. Memahami dan menerima hubungan antara kehilangan yang dialami dengan keadaan dirinya 4. Mengidentifikasi cara-cara mengatasi berduka yang dialaminya 5. Memanfaatkan faktor pendukung

8. Kriteria Pasien Pulang;

Berikut ini adalah kriteria yang digunakan untuk menentukan pasien pulang, yaitu . 1. Pasien mampu untuk menyatakan secara verbal tahap-tahap proses berduka yang normal dan perilaku yang berhubungan dengan tiap-tiap tahap 2. Pasien mampu mengidentifikasi posisinya sendiri dalam proses berduka dan mengekspresikan perasaan-perasaannya yang berhubungan dengan konsep kehilangan secara jujur. 3. Pasien tidak terlalu lama mengekspresikan emosi-emosi dan perilaku-perilaku yang berlebihan yang berhubungan dengan disfungsi berduka dan mampu melaksanakan aktivitas-aktivitas hidup sehari-hari secara mandiri.

9. Dokumentasi;

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan yang meliputi dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi tindakan keperawatan, dan evaluasi.

Contoh SP Pasien: Mengembangkan Harapan Positif (Afirmasi Positif)

Fase Orientasi

Selamat pagi bu, perkenalkan saya Suster Hartati, ibu bisa memanggil saya Suster Tati. Saya akan merawat ibu di ruangan ini mulai jam 07.30 sampai 14.00 WIB. Nama ibu siapa? Senang dipanggil apa? Bagaimana perasaan ibu hari ini? Tampaknya ibu sedang memikirkan sesuatu? Bagaimana jika kita bercakap-cakap tentang perasaan ibu saat ini.

Tujuannya agar ibu lebih semangat dalam menjalani pengobatan sehingga ibu bisa lebih cepat sembuh. Kita akan berdiskusi selama 20 menit? Tempatnya di sini saja bu?

Fase Kerja

Apa yang menyebabkan ibu merasa sedih dan kehilangan dengan penyakit ibu? Oh, jadi ibu sudah dua tahun menderita diabetes dan sekarang kaki ibu harus diamputasi karena penyakit ini dan ibu merasa keluarga tidak memahami apa yang ibu rasakan. Ibu merasa sudah melakukan diet dan minum obat yang dianjurkan dokter, sudah melakukan olahraga dengan teratur tetapi gula darah ibu sulit turun, sehingga mengakibatkan luka dan luka tersebut tidak kunjung sembuh, sehingga akhirnya harus diamputasi ya bu.

Menurut ibu, apa akibatnya jika ibu selalu merasa tidak mampu mengendalikan perasaan ibu, sehingga ibu merasa begitu sedih dan merasa sendiri dengan kondisi saat ini dengan penyakit yang tidak kunjung sembuh? Betul bu, kondisi ini membuat ibu menjadi tidak bersemangat dalam pengobatan. Ibu merasa tertekan dan stress. Apakah ibu mengetahui pikiran atau stress juga berpengaruh pada kemampuan tubuh dalam mengontrol gula darah.

Menurut ibu, apa yang rasa belum optimal dilakukan untuk membuat kadar gula darah ibu kembali normal? Betul bu, mengelola pikiran kita, yaitu bagaimana ibu mampu mengelola pikiran ibu agar tidak stress. Bu, suster yakin ibu dapat mengatasi masalah ini, asal ibu tetap semangat dan tawakal.

Baiklah bu, agar kita terus semangat dalam mengupayakan pengobatan, kita dapat mengembangkan harapan positif. Nama latihannya adalah Afirmasi Positif. Apa yang ibu harapkan dengan kondisi ini? Sembuh..... Berserah diri pada Tuhan.... Terus bersabar. Nah, harapan-harapan ini terus ibu tanamkan dalam pikiran dan hati ibu. Katakan pada diri ibu, “Memang saat ini gula darah saya belum stabil, namun dengan semangat dan kesabaran saya, menjalankan pola hidup sehat, minum obat teratur saya yakin suatu saat gula darah saya akan terkontrol, semua saya serahkan pada Tuhan.” Bu, kalimat tersebut adalah kalimat Afirmasi. Nah, coba sekarang ibu yang mengungkapkan.

Fase Terminasi

Bagaimana perasaan ibu setelah kita berdiskusi? Coba ibu katakan kembali kalimat afirmasi yang tadi kita latih. Berapa kali sehari ibu mau latihan? Baiklah bu, bagaimana jika nanti jam sebelas saya akan datang lagi, kita diskusikan tentang cara mengontrol perasaan ibu. Selamat pagi bu.

Contoh SP Pertemuan Pertama Keluarga

Fase Oreintasi

Selamat pagi Ibu, perkenalkan nama saya Hartati, nama panggilan Suster Tati Saya perawat yang berdinasi di ruangan ini mulai pukul 07.30 sampai 14.00 WIB yang merawat keluarga atau ibu mbak. Nama mba siapa? Senang dipanggil apa? Bagaimana perasaan mbak hari ini? Apa yang mbak pikirkan tentang kondisi ibu? Bagaimana jika kita bercakap-cakap tentang perasaan mbak dan cara merawat ibu dengan baik. Tujuannya agar keluarga dapat merawat ibu dan memberikan semangat kepada ibu sehingga mempercepat proses penyembuhan. Berapa lama kita berdiskusi? Tempatnya di mana mbak?

Fase Kerja

Apa yang sering dikeluhkan ibu kepada mbak atau anggota keluarga lainnya? Ya ibu merasa frustrasi dengan penyakitnya, ibu merasa sudah melakukan diet yang dianjurkan dokter, sudah berolahraga rutin, namun gula darah masih sulit kembali normal. Ibu juga merasa tidak mampu mengendalikan penyakitnya, sehingga ibu menjadi tidak bersemangat dalam pengobatan. Beliau merasa tertekan, stress, dan tkita-tkita itu yang dinamakan kehilangan. Beliau juga memahami bila pikiran atau stress dapat berpengaruh pada kemampuan tubuh dalam mengontrol gula darah.

Menurut mbak, apa yang rasanya belum optimal dilakukan untuk membuat kadar gula darah ibu kembali normal? Yah betul, mengelola pikiran ibu sendiri. Kemarin ibu dan saya sudah berlatih mengelola pikiran ibu, latihan ini disebut dengan latihan Afirmasi atau latihan Berpikir Positif, yaitu dengan cara ibu mengatakan berulang kali harapan-harapan yang dilakukan 2-3 x sehari secara rutin atau bila ibu merasa sedih. Kalimat yang dilatih diucapkan ibu adalah “Memang saat ini gula darah saya belum stabil, namun dengan semangat dan kesabaran saya, saya terus menerus menjalankan pola hidup sehat, minum obat teratur, saya yakin suatu saat gula darah saya akan terkontrol. Semua saya serahkan pada Tuhan.”

Tentunya latihan ini membutuhkan dukungan keluarga untuk senantiasa mengingatkan ibu untuk selalu memiliki pikiran yang positif, senantiasa memberikan semangat ibu untuk selalu patuh dalam program pengobatan. Apakah mbak bersama anggota keluarga lainnya bersedia membantu ibu dalam program pengobatan beliau kan? Bagus sekali.

Fase Terminasi

Bagaimana perasaan mbak setelah kita berdiskusi? Coba sebutkan kembali kalimat Afirmasi yang akan dilatih ibu? Berapa kali sehari mbak akan melatih ibu untuk latihan

Afirmasi ini? Bagus mbak, saya harap mbak beserta anggota keluarga lainnya selalu mendukung ibu dalam melakukan latihan ini dan memberikan semangat kepada ibu terhadap program pengobatannya. Baiklah mbak, bagaimana jika nanti jam sebelas saya akan datang lagi, kita diskusikan tentang cara mengontrol perasaan kehilangan ibu, selamat pagi mbak..

Bab 12

Asuhan Keperawatan Klien Ansietas

12.1 Konsep

Ansietas merupakan kondisi terdapat perasaan was-was, takut, khawatir terhadap hal yang tidak jelas atau tidak nyaman dan seakan terjadi sesuatu hal yang mengancam (Keliat, dkk, 2020). Definisi lainnya, ansietas yaitu suatu respons emosional terhadap suatu ancaman yang luas saat individu mengantisipasi adanya bahaya, bencana atau kerugian nonspesifik (NANDA, 2022). Adapun penyebab ansietas yaitu adanya perubahan status kesehatan, hospitalisasi, ancaman terhadap kematian dan adanya suatu bencana (Keliat, dkk, 2020). Ansietas sering juga disebut sebagai kecemasan.

12.2 Batasan Karakteristik

Menurut (NANDA, 2022), batasan karakteristik ansietas dapat dilihat dari perilaku/emosi, fisiologis, dan kognitif. Adapun uraiannya sebagai berikut:

1. Perilaku/Emosi
 - a. Menangis
 - b. Penurunan produktivitas
 - c. Mengungkapkan penderitaan
 - d. Penurunan produktivitas
 - e. Mengungkapkan penderitaan
 - f. Waspada berlebihan
 - g. Peningkatan kekhawatiran
 - h. Insomnia
 - i. Mengungkapkan penderita
 - j. Mengungkapkan ansietas tentang perubahan hidup
 - k. Iritabilitas mood
 - l. Mengungkapkan distress
 - m. Mengungkapkan rasa tidak aman
 - n. Mengungkapkan rasa tidak aman
 - o. Mengungkapkan rasa takut terus menerus
 - p. Ketidakberdayaan
 - q. Gugup
 - r. Agitasi psikomotor
 - s. Penurunan kontak mata
 - t. Perilaku mengintai
 - u. Berfokus
2. Fisiologis
 - a. Perubahan pola pernapasan
 - b. Anoreksia
 - c. Peningkatan reflex
 - d. Kesesakan dada
 - e. Ekstremitas dingin
 - f. Diare

- g. Peningkatan berkeringat mual
 - h. Dilatasi pupil
 - i. Suara gemetar
 - j. Melaporkan perubahan siklus tidur bangun
 - k. Mulut kering
 - l. Melaporkan palpitasi jantung
 - m. Mengungkapkan nyeri abdomen
 - n. Melaporkan kesemutan pada ekstremitas
 - o. Mengungkapkan rasa pusing
 - p. Mengungkapkan kelemahan otot
 - q. Vasokonstriksi superfisial
 - r. Getaran
 - s. Mengungkapkan ketegangan
 - t. Sering berkemih
 - u. Wajah memerah
 - v. Anyang-anyangan
 - w. Peningkatan tekanan darah
 - x. Peningkatan frekuensi jantung
 - y. Dorongan segera berkemih
3. Kognitif
- a. Perubahan perhatian
 - b. Mengekspresikan preokupasi
 - c. Konfusi
 - d. Melaporkan bloking pikiran
 - e. Penurunan lapang persepsi
 - f. Mengekspresikan sering lupa
 - g. Melamun

12.3 Predisposisi dan Presipitasi

Berikut akan dijelaskan beberapa predisposisi/presipitasi dari masalah ansietas:

1. Faktor Biologis

Adanya pengalaman traumatik dapat memberikan pengaruh pada otak dan cara dalam berespon terhadap stressor berikutnya. Efek dari trauma akan menyebabkan banyak perubahan pada daerah otak bagian system limbik, Hypothalamus-hipofisis-adrenal, sistem respon utama, dimodifikasi oleh trauma seperti halnya pada neurotransmitter (Stuart, 2016). Adanya riwayat traumatik dapat menghidupkan perasaan takut yang berulang sehingga dapat menimbulkan gejala pada fisik yaitu jantung berdebar, berkeringat, mengalami mimpi buruk, dan sebagainya.

Selain traumatik, ansietas dapat pula menyertai beberapa gangguan fisik seperti adanya gangguan pada sistem kardiovaskuler, sistem pernapasan, system endokrin, neurologi dan masalah intoksikasi. Selanjutnya, faktor gaya hidup kopi, alkohol dan merokok juga dapat memengaruhi terjadinya ansietas. Kafein dapat merangsang susunan saraf pusat, sebagai dieuritik, merangsang otot jantung, serta melemaskan otot-otot polos bronchus. Faktor berikutnya adalah herediter. Adanya riwayat keluarga yang mengalami ansietas memiliki efek menjadi faktor predisposisi ansietas (Stuart, 2013).

2. Faktor Psikologis

Pada bagian psikologis, adanya pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan berkaitan dengan peristiwa yang menyebabkan traumatik. Biasanya bisa berupa pengalaman tentang kegagalan. Selain itu, ansietas juga dapat di pengaruhi oleh konsep diri, motivasi dan harapan, tugas perkembangan individu (Stuart, 2016).

3. Faktor Sosio Kultural

Ansietas dapat dipengaruhi oleh pendidikan, pekerjaan, pola asuh dan komunikasi di dalam keluarga, kegiatan sosial di masyarakat serta kegiatan spiritual. Menurut (Potter & Perry, 2010) bahwa pendidikan yang lebih tinggi dapat memberikan pengetahuan yang lebih besar

sehingga menghasilkan kebiasaan mempertahankan kesehatan yang lebih baik. Selain itu, pekerjaan dengan tingkat sosial ekonomi rendah juga dapat memengaruhi ansietas (Setiyani, 2019).

Adapun faktor yang berhubungan dengan masalah ansietas menurut (NANDA, 2022) yaitu:

1. Konflik tentang tujuan hidup
2. Transmisi interpersonal
3. Nyeri
4. Stresor
5. Penyalahgunaan zat
6. Situasi tidak dikenal
7. Kebutuhan yang tidak dipenuhi
8. Konflik nilai

Selanjutnya terdapat populasi yang berisiko mengalami ansietas menurut (NANDA, 2022) yaitu sebagai berikut:

1. Individu yang mengalami krisis perkembangan
2. Individu dalam periode perioperasi
3. Individu dengan riwayat keluarga tentang ansietas/kecemasan
4. Individu yang mengalami krisis situasi
5. Individu yang terpapar toksin
6. Individu dengan predisposisi herediter

12.4 Tanda dan Gejala

Menurut (Keliat, dkk, 2020) tanda dan gejala yang tampak pada klien dengan ansietas terbagi atas gejala mayor dan minor antara lain:

1. Tanda Gejala Mayor
Data Subjektif:
 - a. Mengeluh sakit kepala
 - b. Mengeluh tidak nafsu makan

- c. Merasa lemah dan khawatir

Data Objektif:

- a. Gelisah
 - b. Tampak tegang
 - c. Sulit tidur dan tidak lelap
 - d. Gangguan pencernaan
2. Tanda Gejala Minor

Data Subjektif:

- a. Mengeluh takut
- b. Mengeluh cepat lelah
- c. Merasa tidak berdaya

Data Objektif:

- a. Gemetar
- b. Menangis
- c. Aktivitas sehari-hari terbengkalai
- d. Sulit konsentrasi

12.5 Kondisi Klinis Terkait

Berikut ini diagnosis yang berkaitan dengan ansietas menurut (Keliat, dkk 2020) yaitu:

1. Penyakit fisik: diabetes melitus, stroke, hipertensi, kanker
2. Penyakit kronis progresif: kanker
3. Penyakit akut
4. Postpartum
5. Rencana operasi
6. Gangguan mental (NANDA, 2022)

12.6 Tujuan Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan pada klien ansietas bertujuan agar klien mampu secara kognitif, psikomotor dan afektif. Secara kognitif, diharapkan klien mampu mengenal pengertian, penyebab, tanda gejala, akibat, dan proses terjadinya ansietas serta mengetahui cara mengatasi ansietas (Keliat, dkk, 2020). Sedangkan secara psikomotor, klien diharapkan mampu mengatasi ansietasnya dengan cara menerapkan latihan relaksasi tarik napas dalam, distraksi, hipnotis lima jari serta kegiatan spiritual. Selanjutnya pada aspek afektif, klien diharapkan mampu merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan dan membedakan apa perasaan sebelum dan sesudah latihan mengatasi ansietas (Keliat, dkk, 2020).

12.7 Tindakan Keperawatan pada Klien

Berikut ini akan diuraikan beberapa jenis tindakan keperawatan berdasarkan (Keliat, 2020) yang dapat dilakukan pada klien yaitu sebagai berikut:

1. Tindakan Keperawatan Ners
 - a. Kaji tanda dan gejala ansietas dan kemampuan klien dalam mengurangi ansietas
 - b. Jelaskan proses terjadinya ansietas
 - c. Latih cara mengatasi ansietas
 - Tarik napas dalam
 - Distraksi: bercakap-cakap hal positif, dll
 - Hipnotis lima jari yang fokus pada hal positif
 - d. Jempol dan telunjuk disatukan, dan bayangkan saat badan sehat
 - Jempol dan jari tengah disatukan, dan bayangkan orang yang peduli dan sayang pada saudara.
 - Jempol dan jari manis disatukan, dan bayangkan saat saudara mendapat pujian dan prestasi.
 - Jempol dan kelingking disatukan, dan bayangkan tempat yang paling saudara sukai.

- e. Kegiatan spiritual
Bantu klien untuk melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan.
2. Tindakan Keperawatan Spesialis
 - a. Penghentian pikiran (thought stopping)
Terapi ini terdiri dari 3 sesi kegiatan yaitu:
 - Sesi 1
Mengidentifikasi pengalaman yang tidak menyenangkan dan menimbulkan pikiran yang mengganggu serta menghentikan satu pikiran yang paling mengganggu dengan hitungan teratur.
 - Sesi 2
Menghentikan pikiran yang mengganggu pertama dengan menggunakan hitungan bervariasi
 - Sesi 3
Melakukan evaluasi manfaat menghentikan pikiran yang mengganggu
Thought stopping atau penghentian pikiran adalah sebuah tehnik penghentian yang dilatih sendiri oleh seseorang di mana dapat digunakan ketika individu ingin menghilangkan pikiran mengganggu atau pikiran negatif serta pikiran yang tidak diinginkan dari kesadaran (Townsend, 2009 dalam Nasution, 2011).
3. Latihan relaksasi otot progresif (progressive muscle relaxation)
Terapi progressive muscle relaxation atau PMR terdiri dari 2 sesi yaitu:
 - a. Sesi 1
Identifikasi ketegangan otot dan latihan mengencangkan dan mengendurkan otot
 - b. Sesi 2
Evaluasi manfaat mengencangkan dan mengendurkan otot.
Penelitian telah menunjukkan bahwa PMR secara signifikan menurunkan persepsi pasien stres, dan meningkatkan persepsi

mereka tentang kesehatan serta bermanfaat bagi pasien dengan hipertensi esensial (Sabar and Lestari, 2020).

4. Logotrapi: medical ministry
Pada terapi ini terdiri dari 4 sesi yaitu:
 - a. Sesi 1
Identifikasi masalah yang dihadapi: perubahan yang terjadi dan masalah yang dialami.
 - b. Sesi 2
Identifikasi respons terhadap masalah psikososial dan cara mengatasinya, tambahkan respons bio dan sosial.
 - c. Sesi 3
Logotrapi dengan teknik medical ministry.
 - d. Sesi 4
Evaluasi
5. Terapi penerimaan komitmen (acceptance commitment therapy)
Terapi acceptance commitment therapy atau ACT terdiri dari 4 tahapan yaitu sebagai berikut:
 - a. Sesi 1
Mengidentifikasi pengalaman/kejadian yang tidak menyenangkan.
 - b. Sesi 2
Mengenali keadaan saat ini dan menemukan nilai-nilai terkait pengalaman yang tidak menyenangkan.
 - c. Sesi 3
Berlatih menerima pengalaman/kejadian tidak menyenangkan menggunakan nilai-nilai yang di pilih klien.
 - d. Sesi 4
Berkomitmen menggunakan nilai-nilai yang dipilih klien untuk mencegah kekambuhan.
 - e. Tindakan Pada Kelompok Klien
Tindakan keperawatan yang dapat diberikan pada kelompok klien dengan ansietas adalah tindakan keperawatan spesialis berupa terapi suportif (Keliat, 2020). Terapi suportif terdiri dari 4 sesi:
 - Sesi 1

Identifikasi masalah dan sumber pendukung di dalam dan di luar keluarga.

- Sesi 2
Latihan menggunakan sistem pendukung dalam keluarga.
- Sesi 3
Latihan menggunakan sistem pendukung luar keluarga.
- Sesi 4
Evaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung.

12.8 Tindakan Keperawatan pada Keluarga Klien Ansietas

Keluarga perlu mengenal dan mengetahui cara merawat anggota keluarga yang mengalami ansietas. Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat Ners antara lain sebagai berikut (Keliat, dkk, 2020):

1. Kaji masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien yang mengalami ansietas.
2. Jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan proses terjadinya ansietas serta mengambil keputusan merawat klien
3. Latih keluarga cara merawat dan membimbing klien mengatasi ansietas sesuai dengan arahan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.
4. Latih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan ansietas klien.
5. Diskusikan tanda dan gejala ansietas yang memerlukan rujukan segera serta menganjurkan follow up ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

Untuk perawat spesialis, dapat memberikan tindakan keperawatan spesialis yaitu Psikoedukasi keluarga (family psycho education) yang terdiri dari 6 sesi, yaitu:

1. Sesi 1
Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami klien dan masalah kesehatan keluarga (care giver) dalam merawat klien.
2. Sesi 2
Merawat masalah kesehatan klien
3. Sesi 3
Manajemen stress untuk keluarga
4. Sesi 4
Manajemen beban untuk keluarga
5. Sesi 5
Manfaatkan sistem pendukung
6. Sesi 6
Megevaluasi manfaat psikoedukasi keluarga

12.9 Tindakan Kolaborasi

Tindakan kolaborasi yang dapat dilakukan oleh perawat dengan tenaga kesehatan lainnya menurut (Keliat, dkk, H., 2020) adalah:

1. Melakukan kolaborasi dengan dokter menggunakan komunikasi ISBAR (identify, situation, background, assessment and recommendation) dan TBaK (tuliskan, baca, konfirmasi kembali).
2. Memberikan program terapi dokter berupa obat dengan dilengkapi edukasi 8 benar pemberian obat, serta memberikan sesuai dengan konsep safety pemberian obat.
3. Mengobservasi manfaat dan efek samping obat.

Bab 13

Program kesehatan jiwa di Indonesia

13.1 Pendahuluan

Program kesehatan jiwa merupakan salah satu tugas penting yang perlu diselenggarakan dan terdapat pada Undang-Undang No.18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa baik melalui upaya promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Masalah kesehatan jiwa telah banyak diidentifikasi dan perlu dilakukan upaya penanganan baik itu pada masalah gangguan jiwa yang berkaitan dengan kondisi disabilitas, gangguan kesehatan fisik, penggunaan napza, bahkan yang berdampak pada kejadian bunuh diri. Berbagai kesenjangan terjadi menurut WHO yaitu kesenjangan masalah pengobatan kesehatan jiwa di Negara-negara dengan penghasilan rendah-menengah termasuk Indonesia yang mencapai angka >85% yang berarti kurang dari 15% penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa yang dibutuhkan. Begitu juga dengan tingkat kekambuhan yang masih cukup tinggi setelah perawatan di Rumah Sakit. Oleh sebab itu, program kesehatan jiwa di Indonesia diharapkan dapat membantu menyelesaikan permasalahan kesenjangan kesehatan jiwa di Indonesia.

13.2 Program Kesehatan Jiwa di Tingkat Pertama

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 406/Menkes/SK/VI/2009 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas, terdapat 6 komponen pelayanan yang dapat diselenggarakan di fasilitas kesehatan tingkat primer, meliputi penyuluhan, deteksi dini, pelayanan kedaruratan psikiatri, pelayanan rawat jalan, pelayanan rujukan, dan pelayanan kunjungan rumah (home visit). Program kesehatan jiwa yang ada di Indonesia disesuaikan dengan kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

13.2.1 Kegiatan Promotif

Penyuluhan Kesehatan Jiwa

Kegiatan penyuluhan merupakan salah satu kegiatan yang dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat akan pentingnya kesehatan jiwa. Kegiatan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan dimulai dari tenaga kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas. Peningkatan pengetahuan dan kesadaran akan masalah kesehatan jiwa oleh petugas kesehatan dapat membantu masyarakat yang mengalami gangguan jiwa untuk mengakses perawatan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Jorm, Barney, Christensen, Highet, Kelly, 2006). Pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan merupakan salah satu bentuk pertolongan pertama dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa pada masyarakat (Kitchener & Jorm, 2002).

13.2.2 Kegiatan Preventif

1. Deteksi Dini

Deteksi dini merupakan salah satu kegiatan preventif yaitu dengan melakukan penilaian kondisi kesehatan jiwa masyarakat. Kegiatan ini dilakukan oleh seluruh Puskesmas. Deteksi dini yang dilakukan yaitu skrining kesehatan jiwa menggunakan kuesioner Self-Report Questionnaire (SRQ).

Dampak yang terjadi jika tenaga kesehatan tidak melakukan deteksi dini kepada masyarakat yaitu menyebabkan masyarakat tidak mampu untuk mengenali masalah kesehatan jiwa dalam diri sendiri, keluarga,

dan orang sekitar sehingga dapat menghambat perilaku masyarakat mencari pelayanan kesehatan yang sesuai dengan masalah yang dialami (Tay, Tay, & Klainin, 2018).

Tujuan dari deteksi dini kesehatan jiwa keluarga adalah untuk mengetahui bagaimana gambaran kesehatan jiwa seluruh anggota keluarga yang menjadi tanggung jawabnya dengan mengetahui berapa jumlah individu dan keluarganya yang sehat jiwa, jumlah individu orang dengan masalah kejiwaan (ODMK) dan keluarganya, serta jumlah individu orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) dan keluarganya.

Program kegiatan deteksi dini ini dilakukan oleh Puskesmas yang mana berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, salah satunya yaitu mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit (Kementrian Kesehatan RI, 2007). Selain itu, salah satu tujuan kegiatan preventif kesehatan jiwa di puskesmas ditujukan untuk mencegah terjadinya masalah kejiwaan yaitu dengan melakukan skrining kesehatan jiwa (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

2. Outreach Pasien Jiwa

Pelaporan kasus jiwa oleh masyarakat biasanya dilakukan tanpa pelibatan jejaring puskesmas hal ini merupakan kegiatan outreach pasien jiwa. Pelaksanaan intervensi penjangkauan pasien untuk mempromosikan kesehatan terbukti mampu meningkatkan kunjungan tatap muka pasien dengan penyedia layanan kesehatan (Brown, et.al, 2017). Hal yang sama juga diungkapkan oleh (Bang, Chae, Lee, & Kim, 2018) bahwa penjangkauan pasien dengan menyediakan sarana berkomunikasi dapat meningkatkan pengetahuan dan perilaku sehat pada masyarakat.

Permasalahan juga terjadi pada kegiatan ini yaitu tidak semua pasien jiwa memanfaatkan kegiatan program kesehatan jiwa yang ada diberbagai layanan kesehatan jiwa khususnya Puskesmas. Oleh karenanya dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di suatu wilayah, diperlukan implementasi strategi dasar utama promosi kesehatan agar promosi kesehatan menjadi lebih efektif melalui

kemitraan yang terjalin antara satu instansi dengan instansi yang lain (Kementrian Kesehatan RI, 2007) Implementasi kemitraan yang dapat dibangun yaitu perluasan penjangkauan pasien jiwa, hal ini dilakukan melalui pelaporan pasien jiwa yang mengikuti pengobatan secara baik teratur maupun tidak di jejaring puskesmas.

3. Pencegahan Pemasungan

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2017 pemasungan merupakan salah satu bentuk praktik perlakuan yang salah pada ODGJ. Tindak pemasungan dapat dicegah karena sebagian besar gangguan jiwa yang dialami, mudah untuk dikenali dan dapat dikurangi risikonya dengan tatalaksana yang adekuat. Hasil penelitian menyebutkan berbagai jenis alasan pemasungan termasuk gangguan jiwa yang sering mengalami pemasungan sehingga dapat menjadi acuan dalam membantu mengembangkan berbagai upaya pencegahan pemasungan dengan memberdayakan potensi dan faktor pendukung yang ada.

Pasung (confinement) merupakan suatu tindakan untuk mengendalikan pasien gangguan jiwa yang tidak terkontrol oleh masyarakat biasa atau non profesional (Eka & Daulima, 2019). Metode pemasungan tidak hanya terbatas pada pemasungan secara tradisional (menggunakan kayu atau rantai pada kaki), tetapi juga berupa tindakan pengekangan lain yang membatasi gerak, pengisolasian, termasuk mengurung, dan penelantaran. Pasung adalah tindakan yang bertujuan untuk membatasi gerak serta aktivitas dari pasien gangguan jiwa di mana harapan keluarga adalah untuk mencegah pasien menciderai diri sendiri maupun orang lain (Halvorsen, 2018).

Kegiatan pencegahan pemasungan merupakan salah satu upaya preventif kesehatan jiwa di puskesmas ditujukan untuk mencegah terjadinya pemasungan yang dilakukan oleh keluarga maupun masyarakat sekitar. Sehingga pada kegiatan ini perlu peran serta berbagai pihak agar tindakan pemasungan pada pasien gangguan jiwa tidak terjadi.

13.2.3 Kegiatan Kuratif

Sistem Rujukan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 406/Menkes/SK/II/2009 Sistem rujukan adalah tatanan pelayanan yang berjenjang dan saling berinteraksi antara unit-unit pelayanan dari berbagai tingkatan (primer sid tertier) untuk mencapai tujuan pelayanan.

Melalui sistem rujukan diharapkan akses pelayanan dipermudah, penumpukan pelayanan dicegah dan pelayanan berjalan secara optimal. Penatalaksanaan kondisi kejiwaan pada ODGJ dilaksanakan melalui sistem rujukan. Rujukan didapatkan oleh pasien pada pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu Puskesmas/Dokter keluarga yang dipilih oleh pasien sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 585/MENKES/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas, petugas kesehatan puskesmas harus meluangkan waktu untuk berkomunikasi dengan pasien yang datang ke puskesmas sebagai bagian dari kegiatan promosi kesehatan di dalam gedung puskesmas, salah satunya yaitu Poli Umum. Pihak yang paling berpengaruh terhadap pasien yang berkunjung ke puskesmas adalah orang yang mengantarkannya ke puskesmas, yaitu keluarga pasien. Hal ini dikarenakan pihak tersebut tidak dalam keadaan sakit sehingga memungkinkan untuk mendapatkan informasi kesehatan yang diberikan atau tersedia di puskesmas.

Pelayanan Rawat Jalan

Di Indonesia hampir seluruh Puskesmas yang melayani sistem rujukan tidak menyediakan pelayanan rawat jalan bagi pasien jiwa. Hanya ada beberapa Puskesmas saja yang memiliki pelayanan rawat jalan bagi pasien jiwa. Hal ini menunjukkan masih perlu upaya agar setiap Puskesmas di Indonesia dapat memberikan pelayanan rawat jalan bagi pasien jiwa sehingga pelayanan kesehatan jiwa menjadi merata.

Pada hasil penelitian ditemukan bahwa stigma yang dimiliki penyedia layanan kesehatan menjadi salah satu pengaruh pada keputusan penyelenggaraan layanan kesehatan untuk masyarakat dengan masalah kejiwaan (Jones, Howard, & Thornicroft, 2008). Terdapat kemungkinan bahwa persepsi kepatuhan pengobatan menghubungkan hubungan antara stigma penyedia layanan kesehatan dan keputusan pelayanan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan memiliki stigma bahwa masyarakat dengan masalah kejiwaan cenderung tidak

mematuhi pengobatan yang direkomendasikan. Dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa kegiatan pelayanan rawat jalan kesehatan jiwa ditentukan oleh kebijakan tiap puskesmas. Puskesmas yang menjadikan kegiatan program kesehatan jiwa sebagai prioritas kegiatan puskesmas, akan menyelenggarakan kegiatan program kesehatan jiwa dalam bentuk kegiatan kuratif, yaitu pelayanan rawat jalan, dan sebaliknya.

Pelayanan Kedaruratan Psikiatri

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 406/Menkes/SKNI2009 Pelayanan Kedaruratan Psikiatri adalah pelayanan yang diberikan pada pasien yang datang dalam keadaan yang dapat membahayakan dirinya dan orang lain. Pelayanan dapat berupa pelayanan kesehatan darurat umum, tindakan medik psikiatrik dan tindakan lainnya termasuk yang non- kesehatan seperti pengamanan dan lain-lain.

Pelayanan kedaruratan psikiatri biasanya dilakukan pada rumah sakit tidak menutup kemungkinan Puskesmas juga memiliki pelayanan ini. Terbukti ada beberapa Puskesmas sudah memiliki pelayanan kedaruratan psikiatri. Berdasarkan American Psychiatric Association (APA) menyebutkan bahwa kedaruratan psikiatri adalah gangguan yang bersifat akut, baik pada pikiran, perilaku, atau hubungan sosial yang membutuhkan intervensi segera yang didefinisikan oleh pasien, keluarga pasien, atau masyarakat. (Trent, 2013). Adapun tujuan dari pelayanan kedaruratan psikiatri adalah untuk: 1) memberikan perawatan tepat waktu atas kedaruratan psikiatri, 2) adanya akses perawatan yang bersifat lokal dan berbasis masyarakat, 3) menyingkirkan etiologi perilaku pasien yang mungkin mengancam nyawa atau meningkatkan morbiditas medis, dan 4) berjalannya kesinambungan perawatan. (Allen et al., 2002; Sadock and Kaplan, 2009).

Perawatan di kedaruratan psikiatri berfokus pada manajemen perilaku dan gejala. Proses pengobatan dilakukan bersamaan dengan proses evaluasi (jika pemberian terapi telah memungkinkan). Wawancara awal tidak hanya berfungsi untuk memperoleh informasi diagnostik yang penting, tetapi juga untuk terapi. Dalam melakukan proses evaluasi, bila fasilitas tidak memadai, dapat dilakukan perujukan pada fasilitas kesehatan terdekat yang memiliki fasilitas yang cukup untuk penatalaksananya. (Sadock and Kaplan, 2009; Trent, 2013)

13.2.4 Kegiatan Rehabilitatif

Pelayanan Kunjungan Rumah (home visit)

Kunjungan rumah merupakan upaya mendeteksi kondisi individu dan keluarga terkait kondisi kesehatan jiwa agar petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh pasien. kunjungan rumah juga diartikan sebagai suatu interaksi yang dilakukan perawat dirumah yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan keluarga dan anggotanya (Setyowati & Murwani, 2008).

Pada hasil penelitian menyebutkan bahwa saat melakukan kunjungan rumah tenaga kesehatan menemukan anggota keluarga memiliki pembagian tugas, tujuan, rasa memiliki, dan kasih sayang dalam kehidupan berkeluarga sehari-harinya. Kesehatan pada tiap anggota keluarga saling memengaruhi satu sama lain. Kemampuan anggota keluarga untuk memberi dukungan terhadap anggota keluarga yang mengalami kesakitan sangat beragam (Jones, Howard, & Thornicroft, 2008).

Keluarga memainkan peran penting dalam promosi, perlindungan dan pemeliharaan kesehatan jiwa. Keluarga memelihara kesehatan anggota keluarga sepanjang waktu dan melewati serangkaian masa sehat & sakit. Promosi kesehatan jiwa oleh dan untuk keluarga sangat penting karena keluarga lebih banyak mengasumsikan bahwa tanggung jawab untuk mencegah masalah kejiwaan dan merawat anggota keluarga dengan masalah kejiwaan adalah milik keluarga. Advokasi perlu diberikan kepada keluarga agar keluarga secara mandiri mampu menentukan peran tiap anggota keluarga dalam membangun kesehatan keluarga dalam kehidupan sehari-hari (Jones, Howard, & Thornicroft, 2008).

13.3 Upaya atau Kegiatan Program Pencegahan dan Pengendalian Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan

Pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI (2019) menyimpulkan ada 6 upaya atau kegiatan program pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan jiwa sebagai berikut:

1. Advokasi dan sosialisasi kepada Gubernur/Bupati/Wali kota/DPRD Provinsi/Kabupaten/Kota untuk membuat kebijakan yang memihak kepada upaya peningkatan kesehatan jiwa masyarakat
2. Mengoptimalkan peran Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dalam upaya kesehatan jiwa
3. Meningkatkan cakupan dan pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan kesehatan
4. Membangun kemitraan yang efektif dengan lintas program/sektor, organisasi profesi, swasta dan LSM dengan membentuk Tim pengawas kesehatan jiwa masyarakat di Provinsi dan Kabupaten/Kota
5. Mendorong pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam upaya kesehatan jiwa
6. Mengembangkan sistem informasi kesehatan jiwa melalui berbagai survei dan penelitian

Daftar Pustaka

- Aarons, G. A., Hurlburt, M. and Horwitz, S. M. (2011) 'Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors', *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), pp. 4–23. doi: 10.1007/s10488-010-0327-7.
- Afnuhazi (2015) *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Alligood, M. R. (2012). *Nursing Theorist and Their Work* (8th ed). United States Of America: Elsevier
- Azizah, L., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa*. Yogyakarta: IndomediaPustaka.
- Budi Anna Keliat, D. (2011) *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN*. Jakarta: EGC.
- Butterworth, T. (2018) 'National and International learning from "Playing our Part": An exercise in consultation and debate with the public and the profession on the work of graduate and registered mental health nurses in the UK', *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), pp. 3–6. doi: 10.1111/inm.12415.
- Chen, Q. et al. (2019) 'Research capacity in nursing: a concept analysis based on a scoping review', *BMJ Open*, 9(11), p. e032356. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032356.
- Copel, L.C. (2007). *Kesehatan Jiwa & Psikiatri*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Copel, L.C., (2007) "Kesehatan Jiwa & Psikiatri," Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Dalami, Suliswati, Rochimah, Suryati, L. (2014) *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: Trans Info Media.
- Evans, K., Nizette, D. and O'Brien, A. (2017) *PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING*. 4th edn. Australia: Elsevier Ltd.
- FIK UI & WHO. (2006). *Modul Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP)*. Jakarta: Tidak Diterbitkan
- Gurch, J. (2018) 3 Things to Know: Social Determinants of (Mental) Health | Hogg Foundation. Available at: <https://hogg.utexas.edu/3-things-to-know-social-determinants-of-mental-health> (Accessed: 14 January 2022).
- Hamid, A. Y. S., Keliat, B. A. and Putri, Y. S. E. (2020) 'Asuhan keperawatan jiwa'.
- Hannigan, B. and Coffey, M. (2005) *The Handbook of Community Mental Health Nursing, The Handbook of Community Mental Health Nursing*. London: Routledge. doi: 10.4324/9780203987841.
- Health, N. I. of (2018) Hallucinations: MedlinePlus Medical Encyclopedia, Medline. Available at: <https://medlineplus.gov/ency/article/003258.htm> (Accessed: 14 January 2022).
- Hendrie, H. C. et al. (2013) 'Comorbidity Profile and Healthcare Utilization in Elderly Patients with Serious Mental Illnesses', *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(12), pp. 1267–1276. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.056.
- Herdman & Shigemi (2016) *NANDA Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. 10th edn. Jakarta: EGC.
- Herdman, T.H. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses Definition and Classification, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell
- Hyman, S.E, Arana, G. W., & Rosenbaum, J. F. (1995) *Handbook of psychiatric drug therapy* (3rd e.) Boston: Little, Brown & Co.
- Indonesia, P. R. (1966) 'Undang-Undang Nomor 3 tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa'.

- Indonesia, P. R. (2014) Undang-Undang no 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Indonesia. Available at: <https://peraturan.go.id/common/dokumen/ln/2014/uu18-2014bt.pdf>.
- Indonesia, R. (2009) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009', p. 69. Available at: ???
- Julien, R.M. (1998). A primer of drug action: A concise, nontechnical guide to the action, uses and side affect of psycho avtive drugs (8th ed). New York: W.H.Freeman & Co.
- Kakuma, R. et al. (2011) 'Human resources for mental health care: current situation and strategies for action', *Lancet* (London, England), 378(9803), pp. 1654–1663. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61093-3.
- Karch.A.M (2011). Buku Ajar Farmakologi Keperawatan (2th ed). Jakarta: EGC.
- Keady, J., Clarke, C. C. and Adams, T. (2003) *Community Mental Health Nursing and Dementia Care, Development*. Phil: Open University Press McGraw-Hill.
- Keliat, A. (2014). " Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa", Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., D. (2020) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A & Pawirowiyono, A. (2014). "Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok", Jakarta: EGC
- Keliat, B.A. , dkk. (2011).*Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas(CMHN Basic Course)*. Jakarta: EGC
- Keliat, B.A., Hamid, A.Y.S., Putri, Y.S.E., Daulima, N.H.C., Wardani, I.Y., Susanti, H., Hargiana, G & Panjaitan, R.U. (2019). "Asuhan Keperawatan Jiwa", Jakarta: EGC
- Kozier, B. (2011). *Fundamental Of Nursing Concept, Process & Practice*, Upper Sadle River. New Jersey : EGC
- Kyle, T., dan Carman, S., (2016) "Buku Ajar Keperawatan Pediatrik," Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Lansley, R. H. A. and Burstow, P. (2011) No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. London: Mental Health and Disability, Department of Health 133–155, Waterloo Road London . Available at: www.dh.gov.uk/mentalhealthstrategy (Accessed: 14 January 2022).
- Leach, M. J. et al. (2020) ‘The association between community mental health nursing and hospital admissions for people with serious mental illness: a systematic review’, *Systematic Reviews*, 9(1). doi: 10.1186/S13643-020-01292-Y.
- Lestari, S., & Livana, P. H. (2019). “Kemampuan Orangtua dalam Melakukan Stimulasi Perkembangan Psikososial Anak Usia Prasekolah,” *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 123-129.
- Mads Aage, T.K., Ann, D.G., Anne, B.A., Frans, B.W. & Hølge-Hazelton, B. (2018), "‘I’ve put diabetes completely on the shelf till the mental stuff is in place’. How patients with doctor-assessed impaired self-care perceive disease, self-care, and support from general practitioners. A qualitative study", *Scandinavian journal of primary health care*, vol. 36, no. 3.
- Maslim, R. (2013) *Diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5*. Jakarta: PT Nuh Jaya.
- Merry Dame Cristy Pane (2020) *Halusinasi - Gejala, penyebab dan mengobati - Alodokter, Alodokter*. Available at: <https://www.alodokter.com/halusinasi> (Accessed: 14 January 2022).
- Muhith, A. (2015) *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori & Aplikasi*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.
- NANDA (2017) *DIAGNOSIS KEPERAWATAN DIFINISI DAN KLARIFIKASI*. JAKARTA: EGC.
- NANDA (2022) *Definisi dan klasifikasi 2021-2023 Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Nasution, M. . (2011) *Pengaruh Thought Stopping Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga (Caregiver) Dengan Anak Usia Sekolah Yang Menjalani Kemoterapi Di Rsupn Dr Cipto Mangun Kusumo*. Universitas Indonesia.
- Nurhalimah (2016) *‘KEPERAWATAN JIWA’*. Jakarta: Badan PPSDM Kesehatan Kemenkes RI. Available at:

- <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Keperawatan-Jiwa-Komprehensif.pdf>.
- Nurhalimah (2016) Keperawatan Jiwa. Jakarta: PPSDM Kementerian Kesehatan RI.
- Nurhalimah. (2016). “Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan Jiwa”, Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan
- O’Brien, Patricia G, (2013). Keperawatan kesehatan jiwa psikiatrik : Teori & praktik, alih Bahasa, Nike Budhi Subekti, Jakarta, EGC
- Paige Fowler (2021) Hallucinations: Causes, Types, Diagnosis, Treatment, WebMD. Available at: <https://www.webmd.com/schizophrenia/what-are-hallucinations> (Accessed: 14 January 2022).
- Patel, V. and Saxena, S. (2014) ‘Transforming Lives, Enhancing Communities — Innovations in Global Mental Health’, *New England Journal of Medicine*, 370(6), pp. 498–501. doi: 10.1056/NEJMp1315214.
- Patricia A. Potter & Perry, A. G. (2010) *Fundamental of Nursing: Fundamental Keperawatan Buku 3 Edisi 7*. Jakarta: EGC.
- Perko, J. E., & Kreigh, H. Z. (1988). *Psychiatric and mental health nursing: a commitment to care and concern*. McGraw-Hill/Appleton & Lange.
- Perry, G. A., & Potter, A. P. (2005). *Fundamentals of nursing*, (6th Edition). Elsevier Mosby
- Pokja SLKI DPP PPNI, T. (2017) *Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, DPP PPNI*.
- Polit, D. F. and Beck, C. T. (2010) *Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Seventh. China: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Pribadi, M. S., Muliani, R., & Dirgahayu, I. (2016). “Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok : Sosialisasi Sesi 1-3 Terhadap Kemampuan Komunikasi Verbal Pada Klien Menarik Diri”, *Bhakti Kencana Medika*, 4(2), 1–6.
- Putri, A. W., Wibhawa, B. and Gutama, A. S. (2015) ‘KESEHATAN MENTAL MASYARAKAT INDONESIA (PENGETAHUAN, DAN KETERBUKAAN MASYARAKAT TERHADAP GANGGUAN

- KESEHATAN MENTAL)', Prosiding Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, 2(2). doi: 10.24198/jppm.v2i2.13535.
- Ralph S.S. Rosenberg, M.C., Scroggins, L., Vasallo, B., Warren, J. (2005). *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification*. Philadelphia: NANDA International,
- Rokom (2017) Menkes : Tiada Kesehatan tanpa Kesehatan Jiwa – Sehat Negeriku. Available at: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20171006/1823301/menkes-tiada-kesehatan-tanpa-kesehatan-jiwa/> (Accessed: 14 January 2022).
- Sabar, S. and Lestari, A. (2020) 'Efektifitas Latihan Progressive Muscle Relaxation Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Makassar', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah*, 09(1), pp. 1–9.
- Satria (2021) 'Memahami Konsep Kesehatan Jiwa'. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada. Available at: <https://ugm.ac.id/id/berita/21814-memahami-konsep-kesehatan-jiwa>.
- Saxena, S. et al. (2007) 'Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency', *The Lancet*, 370(9590), pp. 878–889. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61239-2.
- SDKI, T. P. S. D. P. (2016) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1*, Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Setiyani, H., Ayu, S. M. (2019) 'Hubungan tingkat pendidikan, pendapatan, dan dukungan keluarga dengan kecemasan pada wanita menopause di desa jobohan, bokohajo, sleman, 2016.', *Jurnal Medika Respati*, 14(2), pp. 105–116.
- Spratto, G. R. & Woods, A. L. (2000). *PDR: Nurses Drug Handbook*. Montvale, NJ: Medical Economics Company
- Steve, G., Katie, A., Christine, E., Mike, L., Stephen, M., Lucy, S., Kati, T., Rachel, W. & Sarah, W. (2012), "Informing the development of services supporting self-care for severe, long term mental health conditions: a mixed method study of community based mental health initiatives in England", *BMC Health Services Research*, vol. 12, pp. 189.
- Stuart (2013) *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 10th edn. St.Louis: Mosby Years Book Inc.

- Stuart, G. (2016) Keperawatan Kesehatan Jiwa. Indonesia:Elsever.
- Stuart, G. W. (2013) Buku Saku Keperawatan Jiwa, ed 5. Jakarta: EGC.
- Stuart, G. W. (2016) Prinsip dna Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Edited by B. A. Keliat. Jakarta: Elsevier.
- Stuart, G. W. (2019). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart 2.Singapore: Elsevier.
- Stuart, G.W. (2009). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Missouri: Mosby
- Stuart, G.W. (2013). “Principles and Practice of Psychiatric Nursing” (10th ed.), Missouri: Elsevier Mosby
- Stuart, G.W. Keliat, B.A. & Pasaribu, J. (2016) Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart. Edisi Indonesia (Buku 1). Singapura: Elsevier.
- Stuart, Gail W.; Laraia, M. T. (2005) Principles and practice of psychiatric nursing. St. Louis: Elsevier.
- Stuart, G.W. (2009). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th edition. Missouri: Mosby
- Stuart. (2018). “Asuhan keperawatan jiwa pada Tn.S dengan gangguan isolasi sosial: menarik diri di ruang Arjuna RSJ daerah Surakarta”, Surakarta: Naskah Publikasi
- Sukaesti, D. (2018). “Social Skill Training in Social Insulation Clients”, Jurnal Keperawatan Jiwa, 6(1), hal.19-24
- Suliswati (2016) Praktik Klinik Keperawatan Jiwa. Jakarta: BPSDM Kementerian Kesehatan RI.
- Sumantrie, P., & Limbong, M. (2021). PKM: Teknik Relaksasi Dalam Kegiatan Terapi Aktifitas Kelompok Bagi Penderita Nafza Serta Konseling Spiritual Di Pusat Rehabilitasi Rindung Pematangsiantar Sumatera Utara. JURNAL KREATIVITAS PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (PKM), 4(3), 680-686.
- Sunaryo, (2017) “Psikologi Untuk Keperawatan,” Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Sutejo (2014) *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sutejo, (2020). *Keperawatan kesehatan jiwa*, Yogyakarta, Pustaka Baru Press
- Syafrini, R. O., Keliat, B. A., & Putri, Y. S. E. (2015). “Efektivitas Implementasi Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial dalam MPKP Jiwa Terhadap Kemampuan Klien”, *Jurnal Ners*, 10(1), 175–182
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed., pp. 328–xiv). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia., *International Journal of Technology Vocational Education and Training*.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan II*, Practice Nurse.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*, DPP PPNI.
- Townsend, M. C. (2011) *Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing*. eight. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Townsend, M.C. (2009). “Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice” (6th ed.), Philadelphia: F.A Davis Company
- UU No. 18 (2014) ‘Undang - Undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan Mental No. 18 Tahun 2014’, Undang - Undang Tentang Kesehatan Jiwa, (1), p. 2. Available at: <https://ipkindonesia.or.id/media/2017/12/uu-no-18-th-2014-ttg-kesehatan-jiwa.pdf>.
- Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Videbeck, S.L., (2008) “*Buku Ajar Keperawatan Jiwa*,” Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Widyawati (2021) ‘Kemenkes Beberkan Masalah Permasalahan Kesehatan Jiwa di Indonesia’, *Kemenkes*. Jakarta: Kemenkes RI, pp. 1–15. Available at: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20211007/1338675/kemenkes-beberkan-masalah-permasalahan-kesehatan-jiwa-di-indonesia/>.

- Wong, D.L., Eaton, M.C., Wilson, D., Winkelstein, M.L., Schwartz, P., (2009) "Buku Ajar Keperawatan Pediatrik," Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Woods, L. (2019) A Guide to Community Mental Health Nursing. Available at: <https://www.nurses.co.uk/blog/a-guide-to-community-mental-health-nursing/> (Accessed: 23 December 2021).
- World Health Organization (2022) Mental health: strengthening our response. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (Accessed: 14 January 2022).
- Yoganingrum, A. (1996). EKSTASI: OBAT PSIKOTROPIK, MANFAAT & DAMPAKNYA BAGI KESEHATAN. BACA: JURNAL DOKUMENTASI DAN INFORMASI, 21(5), 15-17.
- Yusuf, A. ., Fitriyasaki, R. and Nihayati, H. . (2015) Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika. doi: ISBN 978-xxx-xxx-xx-x.
- Yusuf, A.H, F. and ,R & Nihayati, H. . (2015) 'Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa', Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, pp. 1–366. doi: ISBN 978-xxx-xxx-xx-x.
- Yusuf, Fitriyasaki, N. (2015) Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.

Biodata Penulis



Dyah Widodo, lahir di Malang pada tanggal 07 Juli 1966, terlahir dari ibu bernama Supiyah (almarhumah) dan bapak Pardi. Telah menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar Negeri Ngaglik 1 Batu tahun 1979, Sekolah Menengah Pertama Negeri 1 Batu tahun 1982, SMA PPSP IKIP Malang tahun 1984, Akademi Keperawatan Depkes Malang tahun 1987, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta tahun 1998, Magister Kesehatan Minat Jiwa Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya tahun 2003, dan Program Doktor Ilmu Lingkungan Universitas Brawijaya Malang tahun 2019.

Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang.

Penulis aktif pada organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) DPD PPNI Kota Malang sebagai Ketua Bidang Penelitian dan Sistem Informasi, Anggota organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Jawa Timur dan anggota Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI) Kota Malang serta anggota Asosiasi Dosen Indonesia (ADI).



Ns. Juairiah, S.Kep., M. Kep. Lahir di Baturaja, Sumatera Selatan, 25 Januari 1967. Penulis menyelesaikan pendidikan dimulai dari S1 Keperawatan di STIK Sint. Carolus tahun (2006), Program Profesi Ners STIK Sint. Carolus tahun (2006), Program Pascasarjana FIK UMJ (2017). Saat ini bekerja sebagai dosen tetap di Akademi Keperawatan Sumber Waras Jakarta, Program Studi Diploma III Keperawatan. Mata kuliah yang diampu adalah Keperawatan Anak, Keperawatan Jiwa .

Selain itu penulis juga aktif melakukan penelitian di bidang keperawatan dan Kesehatan serta giat menulis buku keperawatan.



Pipin Sumantrie dilahirkan di Medan 6 Mei 1981. Pendidikan SD diselesaikan di Pontianak, Kalimantan Barat, sedangkan SMP sampai SMA di Sekolah Lanjutan Advent Martoba, Pematangsiantar, Sumatra Utara. Sarjana Keperawatan (S1) diselesaikan pada tahun 2003 di Universitas Advent Indonesia, Bandung, Jawa Barat, dan melanjutkan Program Magister Keperawatan di Universitas Sumatra Utara, Medan, selesai pada tahun 2013. Saat ini penulis sedang menyelesaikan Program S3 Theologia di Sekolah Tinggi Theologia Sumatra Utara (STTSU) dengankonsentrasi keilmuan

Kepemimpinan.

Pengalaman pekerjaan pada tahun 2003 bekerja sebagai Kepala Keperawatan Rumah Sakit Imelda Pekerja Indonesia, Medan, sekaligus sebagai Dosen di Akademi Keperawatan Imelda Medan. Pada tahun 2005 penulis bekerja sebagai Sekertaris Program Studi Keperawatan, di Sekolah Tinggi Kesehatan Deli Husada Deli Tua, Sumatra Utara, dan pada tahun 2007 bekerja sebagai Dosen Tetap di Akademi Keperawatan Surya Nusantara, Pematangsiantar, Sumut, sekaligus menjabat Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat sampai saat ini.

Saat ini penulis aktif menulis dan menyajikan paper di beberapa konferensi akademik dan menghasilkan berbagai hasil penelitian. Selain itu, penulis juga berperan sebagai Penulis/Kontributor Tetap sejak tahun 2019 sampai saat ini di Majalah Rumah Tangga dan Kesehatan yang diterbitkan setiap bulan oleh Percetakan Advent Indonesia, Bandung.

Untuk mengenal lebih jauh, Anda dapat mengunjungi <https://orcid.org/0000-0002-0507-4741>.



Sharely Nursy Siringoringo, S.Kp., M.Kep., lahir di Bandung, tanggal 26 Agustus 1974, dari pasangan Oberlin Siringoringo (ayah) dan Bertha Simbolon (ibu). Menyelesaikan studi Diploma III Keperawatan di Universitas Advent Indonesia tahun 1996. Bekerja di Rumah Sakit Advent Bandar Lampung sebagai perawat pelaksana dan perawat penanggungjawab di ruang perawatan anak dan medikal-bedah sejak tahun 1998 sampai dengan tahun 2009. Menyelesaikan pendidikan dan meraih gelar Sarjana Keperawatan di Universitas Advent Indonesia tahun 2005. Bergabung di Akper Surya Nusantara, Pematangsiantar, sebagai dosen tahun 2009.

Mendapat kesempatan melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta, dan dengan pertolongan Tuhan Yang Maha Esa berhasil menyelesaikannya pada tahun 2017. Sampai saat ini bekerja menjadi dosen tetap di Akper Surya Nusantara, Pematangsiantar.



Andria Praghlapati lahir di Bandung, pada 23 Agustus 1988. Riwayat pendidikan Sarjana, Profesi Ners, dan Magister Keperawatan di Universitas Padjadjaran (UNPAD) Bandung. Penulis pernah mengikuti Program Doktorat Manajemen SDM di TRISAKTI dan Program Doktorat Pengembangan Kurikulum Universitas Pendidikan Indonesia. Pengalaman bekerja diawali sebagai Perawat Homecare hingga pernah menjadi seorang Product Specialist sebelum akhirnya menjadi Dosen Tetap di Program Studi Keperawatan Fakultas Pendidikan Olah Raga dan Kesehatan Universitas Pendidikan Indonesia. Saat ini menjabat sebagai Ketua Gugus

Kendali Mutu Prodi Keperawatan FPOK UPI dan Ketua pengembangan kurikulum keperawatan UPI. Penulis memiliki lembaga yang bernama lesprivates yang bergerak di bidang pelatihan dan penelitian. Penulis menikah dengan Putri Yesti Diana, ST dan dikaruniai putri kembar (Rakana Alkhaleena Andari dan Raina Alisha Andari) dan seorang putra (Mohammed Rafka Abayomi Andari).



I Gede Purnawinadi lahir pada 1 Desember 1987 di Desa Torue Kecamatan Torue, Kabupaten Parigi-Moutong Provinsi Sulawesi Tengah. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada tahun 2010 dan Profesi Ners tahun 2018 di Universitas Klabat. Pendanaan pendidikan sarjana keperawatan ditempuh penulis melalui program Student Labor di kampus, sedangkan program profesi penulis mendapatkan beasiswa dari institusi. Pada tahun 2016 penulis juga telah menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan bidang minat

Epidemiologi pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana Universitas Sam Ratulangi melalui program Beasiswa Pendidikan Pascasarjana Dalam Negeri (BPPDN) dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Republik Indonesia. Penulis bekerja sebagai dosen tetap di Fakultas Keperawatan Universitas Klabat sejak tahun 2010 hingga saat ini, mengampu mata kuliah keperawatan jiwa dan keperawatan kesehatan komunitas. Dalam mengembangkan dan mengaplikasikan ilmu dalam bidang penelitian, penulis aktif sebagai peneliti dalam bidang keperawatan kesehatan komunitas. Penulis juga menjadi editor dan reviewer di beberapa jurnal nasional maupun internasional.



Aprida Manurung, berasal dari kota Palembang yang lahir di Kota Muara Enim 25 April 1989. Penulis mengawali karirnya menjadi dosen pada tahun 2012 dengan terlebih dulu mengenyam pendidikan formal Program Sarjana Keperawatan di Stikes Perdhaki Charitas, Profesi Keperawatan di Universitas Binawan dan melanjutkan Magister Keperawatan di Universitas Andalas dengan Peminatan Keperawatan Jiwa. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap dengan tugas tambahan menjadi Ka.Prodi DIII Keperawatan Universitas Katolik Musi Charitas Palembang.



Yulta Kadang, lahir di Palu, 04 Juli 1990. Penulis menyelesaikan pendidikan dimulai dari S1 Keperawatan dan Profesi Ners di STIK Stella Maris pada tahun (2014). Setelah itu penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan konsentrasi Manajemen Keperawatan, di Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin pada tahun (2017). Penulis pernah menjadi guru prodi keperawatan di SMK Nusantara Palu (2014-2017). Penulis juga pernah menjadi dosen di STIK Stella Maris Makassar (2020). Saat ini penulis merupakan dosen tetap di Akademi

Keperawatan Justitia Palu, dengan Mata Kuliah yang diampu: Etika Keperawatan, Manajemen Keperawatan, Keperawatan Kritis, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Keluarga dan Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen Bencana. Saat ini penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang keperawatan. Ketertarikan peneliti dalam penelitian adalah terkait pengembangan instrumen dan studi kualitatif.



Ns. Novita Anggraini, S.Kep.,M.Kes. Lulus S1 Keperawatan dan Ners pada tahun 2006, lulus program magister kesehatan pada tahun 2014. Saat ini sebagai dosen tetap di Unika Musi Charitas Palembang, prodi Ilmu Keperawatan dan Ners. Fokus mengajar mata kuliah keperawatan maternitas, dan beberapa mata kuliah yang berkaitan. Sebagai seorang dosen, saat ini aktif menekuni tugas tridharma perguruan tinggi yaitu pengajaran,

penelitian dan pengabdian masyarakat.



Hardiyati, S.Kep, Ns., M.Kep, Lahir di Polman Sulbar pada tanggal 12 April 1982. Penulis meraih gelar Master pada Magister Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung (UNPAD) Tahun 2017. Saat ini penulis aktif sebagai salah satu dosen pengajar di Jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Mamuju. Sebelum menjabat sebagai dosen, penulis pernah bekerja sebagai perawat pelaksana di Rsud Mamuju tahun 2006-2008, Penulis juga sebagai dosen di Stikes Fatima Mamuju dari tahun 2006 sampai sekarang, penulis Lulus CPNS tahun 2008 dan bertugas di Dinas Kesehatan Provinsi Sulbar. Penulis pernah menjabat sebagai sekretaris jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Mamuju sekaligus Pmk Jurusan tahun 2012-2015. Peraih program magang klinik dosen Poltekkes Kemenkes di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dari Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2019. Penulis juga aktif pada kegiatan IPKJI dan sebagai ketua DPK PPNI Poltekkes Kemenkes Mamuju Sulbar, serta sebagai Ketua Divisi Penelitian dan Sistim Informasi dan Komunikasi PPNI Kabupaten Mamuju.



Sri Hunun Widiastuti., lahir di Jakarta, tanggal 10 Mei 1964, dari pasangan Soetharmin KHA (ayah) dan Moesinah (ibu). Menyelesaikan studi Diploma III Keperawatan di AKPER RS PGI Cikini 1986. Bekerja di Rumah Sakit PGI Cikini sebagai perawat pelaksana dan perawat penanggungjawab di ruang perawatan anak dan medikal-bedah selama 3 tahun. Melanjutkan S1 Keperawatan pada Universitas Indonesia Program Studi Kedokteran dan tamat tahun 1994, selanjutnya mengikuti pendidikan dan meraih gelar Master Keperawatan pada tahun 2010 dan dilanjutkan dengan Spesialisasi Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia pada tahun 2011. Mengajar mata kuliah keperawatan jiwa di AKPER RS PGI Cikini sampai dengan sekarang ini sebagai dosen tetap.



Tesha Hestyana Sari lahir di Kabupaten Kuantan Singingi Provinsi Riau, pada 17 Februari 1992. Ia telah menempuh pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Andalas, S2 Keperawatan di Universitas Padjadjaran. Pengalaman Bidang Akademik yaitu: Dosen Poltekkes Kemenkes Riau (2018-2020) dan Universitas Riau (2021-sekarang). Penulis memiliki komitmen untuk menulis buku-buku bidang kesehatan khususnya keperawatan.



Ns. Riska Amalya Nasution, M.Kep., Sp.Kep.J. Lahir di Padang, 30 April 1991. Lulus S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas tahun 2013, lulus program profesi ners Fakultas Keperawatan Universitas Andalas tahun 2015, lulus S2 Peminatan Keperawatan Jiwa di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2018, dan lulus Spesialis di Program Ners Spesialis Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2019. Saat ini adalah Dosen Tetap Program

Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi. Selain itu, saat ini sebagai founder platform online Peduli Jiwa (ig: pedulijiwa.id). Pernah bekerja sebagai dosen di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun Februari 2019-Januari 2021. Aktif menulis artikel ilmiah nasional maupun internasional dan aktif menjadi narasumber serta fasilitator di beberapa pelatihan dan seminar. Pernah Tampil di 5 konferensi Internasional, 2 kali di Indonesia, 3 kali di Luar Negeri. Aktif menulis buku dan sudah menerbitkan 7 buku ber-ISBN.

KEPERAWATAN JIWA

Kehadiran buku ini diharapkan dapat membantu mahasiswa keperawatan agar dapat mempelajari secara komprehensif tentang keperawatan jiwa, sehingga dapat dengan mudah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan berbagai masalah keperawatan kesehatan jiwa.

Buku ini terdiri dari 13 Bab, yaitu:

- Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Jiwa
- Bab 2 Konsep Model Keperawatan Jiwa
- Bab 3 Psikofarmaka Dan Terapi Modalitas
- Bab 4 Asuhan Keperawatan Jiwa Anak Dan Remaja
- Bab 5 Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi
- Bab 6 Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Masyarakat
- Bab 7 Harga Diri Rendah
- Bab 8 Asuhan Keperawatan Klien Dengan Isolasi Sosial
- Bab 9 Asuhan Keperawatan Klien Risiko Perilaku Kekerasan (Rpk)
- Bab 10 Asuhan Keperawatan Klien DPD (Defisit Perawatan Diri)
- Bab 11 Asuhan Keperawatan Jiwa Kehilangan Dan Berduka
- Bab 12 Asuhan Keperawatan Klien Ansietas
- Bab 13 Program Kesehatan Jiwa Di Indonesia



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-380-9

