

Buku ini telah dilengkapi dengan materi perkuliahan dan latihan soal!


Buku Ajar Keperawatan Jiwa merupakan media pembelajaran yang digunakan mahasiswa untuk membantu jalannya proses perkuliahan sejak awal semester sampai akhir semester. Buku ini dilengkapi dengan latihan soal pada masing-masing babnya.

Buku ajar ini diimplementasikan dari kurikulum kesehatan yang terbaru sehingga ilmu yang disajikan dalam buku ajar ini dapat menjadi rujukan yang tepat untuk mahasiswa SI Keperawatan.

Buku ini ditulis tim dosen yang ahli di bidangnya, kemudian melewati proses tinjauan (*review*) dan pengeditan (*editing*) yang cukup ketat hingga tangan *panel expert* dan *proofreading*.


Harapan kami, buku ini dapat memperkaya pengetahuan mahasiswa terkait ilmu kesehatan dan kemampuan dalam menjawab latihan soal berbentuk kasus, sehingga dapat mengantarkan calon tenaga kesehatan yang sukses dan profesional.

Salam Cumlaude ♥

 Mahakarya Citra
Utama Group



BUKU AJAR JIWA SI KEPERAWATAN

 Mahakarya Citra
Utama Group

Anggota IKAPI No. 606/DKI/2021


BUKU AJAR JIWA

SI KEPERAWATAN

Penulis:

- Ns. Arya Ramadia, M.Kep., Sp.Kep.J.
- Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.
- Ns. Malianti Silalahi, M.Kep., Sp.Kep.J.
- Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep.
- Ns. Sekani Niryah, M.Kep.
- Ns. Dewi Kurnia Putri, M.Kep.



 Mahakarya Citra
Utama Group

Buku Ajar Jiwa S1 Keperawatan

Dilengkapi dengan materi perkuliahan dengan kurikulum terbaru

TAHUN 2023

Penulis:

- Ns. Arya Ramadia, M.Kep., Sp.Kep.J.
- Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.
- Ns. Malianti Silalahi, M.Kep., Sp.Kep.J.
- Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep.
- Ns. Sekani Niriyah, M.Kep.
- Ns. Dewi Kurnia Putri, M.Kep.

Penerbit

Mahakarya Citra Utama

Infiniti Office, Bellezza BSA 1st Floor Unit 106,
Jl. Letjen Soepeno, Kebayoran Lama Jakarta Selatan 12210.

E-Mail : admin@mahakarya.academy

Website : www.mahakarya.academy

Buku Ajar Jiwa S1 Keperawatan

Dilengkapi dengan materi perkuliahan dengan kurikulum terbaru

Penulis : Ns. Arya Ramadia, M.Kep., Sp.Kep.J., dkk.

Editor : Tim MCU Group

ISBN : 978-623-8118-30-4

Tanggal Terbit : 27 April 2023

Cetakan 1 : Juni 2023

Anggota IKAPI: No. 606/DKI/2021

Ramadia, A., Saswati, N., Silalahi, M., Hamu, A. H., Niriayah, S., Putri, D. K. (2023). Buku Ajar Jiwa S1 Keperawatan. Jakarta: Mahakarya Citra Utama.

©Hak cipta dilindungi oleh undang-undang

Nomor pencatatan hak cipta:

Berlaku selama 50 (lima puluh) tahun sejak Ciptaan tersebut pertama kali dilakukan Pengumuman.

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit. Ketentuan pidana sanksi pelanggaran Pasal 72 UU Nomor 19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (Tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barang siapa dengan sengaja menyerahkan, menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

PRAKATA

Syukur Alhamdulillah para penulis dari berbagai Perguruan Tinggi ucapkan kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayah Nya sehingga para penulis Buku Ajar Keperawatan Jiwa dapat diselesaikan dengan baik. Yang melatarbelakangi penerbit mengadakan kegiatan kolaborasi dalam penulisan buku adalah agar membiasakan dosen dan guru menulis sesuai dengan rumpun keilmuannya.

Buku dengan judul Keperawatan Jiwa merupakan buku ajar yang disusun sebagai media pembelajaran, sumber referensi dan pedoman belajar bagi mahasiswa. Pokok-pokok bahasan dalam buku ini mencakup:

- 1) Asuhan keperawatan pada pasien Harga diri rendah
- 2) Asuhan keperawatan resiko bunuh diri
- 3) Asuhan keperawatan waham
- 4) Asuhan Keperawatan Halusinasi
- 5) Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku kekerasan
- 6) Asuhan keperawatan Defisit Perawatan diri
- 7) Asuhan Keperawatan Isolasi Sosial
- 8) Kegawatdaruratan Psikiatri
- 9) Terapi Modalitas

Akhir kata dengan terbitnya buku ini, harapan penerbit yakni menambah wawasan keilmuan dibidang Pendidikan dan dapat dinikmati oleh kalangan pembaca baik akademisi, dosen, peneliti, mahasiswa dan masyarakat umum.

Hormat kami,

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I - ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI HARGA DIRI RENDAH KRONIS.....	1
BAB II - ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI RISIKO BUNUH DIRI	46
BAB III - ASUHAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA : WAHAM.....	84
BAB IV - ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI HALUSINASI	107
BAB V - ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN MASALAH UTAMA PERILAKU KEKERASAN	135
BAB VI - ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI	171
BAB VII - ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL.....	207
BAB VIII - KEGAWATDARURATAN PSIKIATRIK.....	239
BAB IX - TERAPI MODALITAS	262
DAFTAR PUSTAKA	311
BIOGRAFI PENULIS.....	331



BIODATA PEMILIK

Nama: _____

Tempat, Tanggal Lahir: _____

Kampus: _____

Tuliskan doa dan harapanmu:

Doa dan harapan Tim MCU:

Dengan adanya buku ini semoga kamu bisa menjadi Tenaga Kesehatan yang profesional dan sukses di masa depan, sehingga bisa bermanfaat untuk orang orang banyak.

Team MCU,

()

BAB I

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI HARGA DIRI RENDAH KRONIS

Deskripsi

Harga diri rendah kronis yang sering disingkat dengan HDRK merupakan salah satu tanda dan gejala negatif yang sering dialami oleh pasien gangguan jiwa. Harga diri rendah kronis ditandai dengan evaluasi diri yang negatif, perasaan yang lemah, putus asa, dan merasa tidak berharga.

Materi ini membahas asuhan keperawatan pasien dengan harga diri rendah kronis mulai dari konsep teori dan askep yang terdiri dari: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

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

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari sub pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan:

1. Menjelaskan definisi harga diri rendah kronis
2. Menjelaskan etiologi harga diri rendah kronis
3. Menjelaskan rentang respons konsep diri
4. Melakukan pengkajian pada pasien harga diri rendah kronis
5. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien harga diri rendah kronis
6. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien harga diri rendah kronis
7. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien harga diri rendah kronis
8. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien harga diri rendah kronis

Uraian Materi

A. Harga Diri Rendah Kronis

1. Definisi

Harga diri rendah kronis yang disingkat dengan HDRK merupakan diagnosis keperawatan pada pasien skizofrenia yang memiliki perasaan diri negatif, kemampuan diri negatif yang berlangsung lebih dari 3 bulan (NANDA-1. 2018, SDKI, 2016). HDRK memiliki perasaan yang lemah, mudah putus asa, rapuh, tidak berdaya, rentan, ketakutan, dan tidak merasa berharga (Stuart, Keliat dan Pasaribu, 2016).

2. Etiologi

Konsep diri Manusia bereaksi secara komprehensif yaitu biologis-psiko-sosial. Etiologi pada pasien skizofrenia yang sering adalah faktor psikososial, yang mengalami sakit atau menderita namun tetap sebagai manusia yang utuh (Towsend, MC, 2015). Menurut Yusuf AH, dkk (2015) etiologi pada pasien HDRK terdiri dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan berbagai elemen yang dapat mempersepsikan seseorang dan merespons peristiwa menjadi stres. Jenis faktor predisposisi termasuk pengaruh genetik, pengalaman masa lalu, dan kondisi yang ada.

1) Faktor biologis

Faktor biologis terjadi akibat adanya ketidak normalan neurokimia dan masalah pada sistem saraf di otak, serta faktor genetik. Aspek pada biologis dapat dijelaskan dibawah ini:

a) Faktor genetik

- (1) Adanya riwayat trauma kepala, terdapat lesi pada limbik, temporal, dan frontal
- (2) Kemungkinan terdapat 1% berisiko kepada anak yang orang tuanya tidak mengalami gangguan jiwa. 13% berisiko pada anak jika salah

satu orang tuanya menderita gangguan jiwa. Dan 35% berisiko pada anak jika kedua orang tuanya mengalami gangguan jiwa

- (3) Adanya riwayat janin mengalami cedera, kekurangan oksigen, lahir belum cukup bulan, ibu dengan preeklamsi, hipertensi, memiliki penyakit infeksi, malnutrisi, stres, ibu mengkonsumsi rokok dan alkohol, agen teratogenik dan konsumsi obat-obatan

b) Faktor nutrisi

Adanya riwayat kekurangan nutrisi dengan tanda gejala berat badan turun, rambut menjadi rontok, bulimia nervosa dan anoreksia nervosa.

c) Faktor kesehatan

- (1) Riwayat kesehatan, seperti kekurangan nutrisi, gangguan irama sirkadian, tidur kurang
- (2) Adanya Kelemahan fisik
- (3) Adanya penyakit Infeksi

d) Faktor sensitivitas biologi

- (1) Adanya riwayat konsumsi obat-obatan
- (2) Adanya riwayat adanya trauma dan penyakit infeksi
- (3) Terpapar Radiasi

- e) Paparan terhadap racun
 - (1) Terpapar virus influenza saat kehamilan diatas bulan ke 7
 - (2) Riwayat keracunan asbestos dan carbon dioksida

2) Faktor psikososial

Faktor psikososial yang erat dengan interaksi seorang ibu dan anaknya, peran seorang ayah, kompetisi antara kakak dan adik kandung, hubungan dengan saudara, pekerjaan, tuntutan komunitas tempat tinggal. Kemampuan dalam menghadapi masalah sosial dipengaruhi juga dengan faktor-faktor kecerdasan, perkembangan emosi, konsep diri, dan adaptasi. Mengalami cemas, depresi, merasa malu, dan perasaan bersalah yang berlebihan dapat terjadi pada pasien yang belum siap menghadapi respon sosial. Pasien dengan HDRK, biasanya mengalami pengalaman tidak bahagia, seperti sering ditolak, kegagalan dan keinginan orang tua yang tidak realisis, kurangnya rasa tanggung jawab individu, sering tergantung pada dengan orang lain, menilai diri negatif terhadap krisis identitas, gambaran diri, terganggu peran, tidak sesuainya ideal diri dan pengaruh penilaian dalam diri sendiri.

Aspek pada psikososial dapat dijelaskan dibawah ini:

- a) Intelegensi
 - (1) Adanya riwayat kerusakan pada struktur otak di lobus frontal yang mempengaruhi proses kognitif
 - (2) Kurangnya suplai oksigen dan glukosa yang tidak normal
- b) Kemampuan verbal
 - (1) Masalah keterampilan verbal dikarenakan faktor komunikasi dalam keluarga, seperti: komunikasi tidak ada, emosi yang berlebihan saat komunikasi, komunikasi tidak terbuka dan komunikasi peran ganda
 - (2) Riwayat kerusakan pada otak sehingga berakibat pada disfungsi bicara, misalnya trauma kepala dan penyakit stroke
- c) Moral

Adanya riwayat di lingkungan lapas, keluarga bermasalah.
- d) Kepribadian
 - (1) Gampang merasa kecewa
 - (2) Mudah cemas
 - (3) Mudah mengalami putus asa
 - (4) Selalu menutup diri

- e) Pengalaman masa lalu
 - (1) Orang tua dengan pola asuh otoriter
 - (2) Orang tua yang membandingkan anak-anaknya
 - (3) Konflik dengan kedua orang tua
 - (4) Kecemasan yang dialami seorang ibu, terlalu berlebihan dalam mendidik anak
 - (5) Kurang kedekatan antara bapak dengan anaknya
 - (6) Pernah sebagai korban kekerasan dan penolakan
 - (7) Orang tua yang selalu menilai negatif anaknya
- f) Konsep diri
 - (1) Kurang realistisnya ideal diri
 - (2) Kurang jelasnya identitas diri
 - (3) Mengalami harga diri rendah
 - (4) Kurangnya peran dalam keluarga
 - (5) Gambaran diri yang negatif
- g) Motivasi
 - (1) Penghargaan yang didapat kurang bahkan tidak pernah
 - (2) Sering mengalami kegagalan
- h) Pertahanan psikologi
 - (1) Rendahnya toleransi terhadap stres
 - (2) Riwayat perkembangan terganggu

i) Kontrol diri

Adanya riwayat belum mampu mengontrol datangnya stimulus, seperti rabaan, suara, penciuman, penglihatan, gerakan dan pengecapan.

3) Faktor sosial kultural

Faktor sosial kultural atau sosial budaya diantaranya: faktor keluarga, pola asuh orang tua, ekonomi, masalah kelompok minoritas, perumahan, fasilitas pelayanan kesehatan, tidak memadai kesejahteraan, serta pengaruh keagamaan. Pengaruh sosial budaya seperti lingkungan menilai negatif terhadap pasien, rendahnya sosial ekonomi, pada tahap tumbuh kembang anak mendapat penolakan dari lingkungan dan tingkat pendidikan rendah. Aspek pada sosiokultural dapat dijelaskan dibawah ini:

a) Umur

Riwayat tidak sesuai tugas perkembangan.

b) Jenis kelamin

- (1) Riwayat identitas tidak jelas
- (2) Riwayat menjalankan peran gagal

c) Pendidikan

- (1) Pendidikan rendah
- (2) Putus sekolah

- d) Penghasilan
Pendapatan yang dihasilkan rendah.
- e) Pekerjaan
Bekerja dengan *stressor* tinggi dan resiko tinggi.
- f) Faktor sosial
Kehidupan terisolasi, gelandangan.
- g) Latar belakang budaya
 - (1) Adanya tuntutan sosial budaya seperti sistem kepemimpinan
 - (2) Penilaian negatif dari masyarakat
- h) Keyakinan dan spiritual
 - (1) Kurang mampu menjalankan kegiatan keagamaan dengan rutin
 - (2) Persepsi yang salah tentang ajaran agama
- i) Politik
Adanya riwayat mengalami gagal dalam berpolitik.
- j) Pengalaman sosial
 - (1) Perubahan dari lingkungan, seperti: pernah mengalami bencana alam, peperangan dan lain-lain
 - (2) Mengalami tekanan saat menjalankan pekerjaan
 - (3) Mengalami kesulitan untuk mendapatkan pekerjaan
- k) Peran sosial
 - (1) Saat usia lanjut menarik diri dari sosial

- (2) Tidak seimbangannya penilaian
- (3) Perlakuan yang berbeda-beda

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi istilah lainnya adalah peristiwa pencetus yang merupakan rangsangan yang timbul dari lingkungan internal atau eksternal dan dirasakan oleh individu dengan cara melalui pengalaman stres yang tergantung pada penilaian kognitif individu terhadap situasi. Penilaian kognitif adalah evaluasi individu tentang signifikansi pribadi dari peristiwa atau kejadian. Peristiwa itu "menimbulkan" respons dari pihak individu, dan respons itu dipengaruhi oleh persepsi individu tentang peristiwa. Respon kognitif terdiri dari penilaian primer dan penilaian sekunder.

1) *Nature*

a) Biologis

- (1) Keturunan
- (2) Status gizi
- (3) Kesehatan
- (4) Zat kimia
- (5) Terpapar racun

b) Psikososial

- (1) Kecerdasan
- (2) Keterampilan verbal
- (3) Moral
- (4) Kepribadian

- (5) Pandangan diri
- (6) Dorongan diri seseorang
- (7) Kemampuan psikologi
- (8) Kontrol diri
- c) Sosiokultural
 - (1) Usia
 - (2) Perbedaan biologis
 - (3) Pendidikan
 - (4) Pendapatan
 - (5) Penghasilan
 - (6) Status sosial
 - (7) Latar belakang Budaya
 - (8) Keyakinan dan Agama
 - (9) Anggota politik
 - (10) Pengalaman sosial
 - (11) Peran sosial
- 2) *Origin*
 - a) Internal:
Persepsi: Perubahan konsep diri seseorang.
 - b) Eksternal
Keluarga: menilai pasien mengalami perubahan konsep diri.
- 3) Waktu
 - a) Waktu terjadinya *stressor*
Munculnya *stressor* pada saat kondisi yang tidak diduga, misalnya: setelah tidak naik kelas kemudian diputuskan pacar.

- b) Lamanya *stressor* terjadi: tiba-tiba dan bertahap
- c) Frekuensi *stressor* terjadi: saling berdekatan dan berulang
- 4) *Number*
Jumlah, dan kualitas *stressor*: Banyak, kualitasnya tinggi.

3. Rentang Respons

Menurut Yusuf AH, dkk (2015) Konsep diri pasien dimulai dari rentang respons adaptif sampai maladaptif, dapat dijelaskan di bawah ini:



Gambar 1.1 Rentang Respons Konsep Diri

- a. Aktualisasi diri
Menurut Maslow rentang respon yang adaptif yaitu aktualisasi diri dengan karakteristik sebagai berikut:
 - 1) Mengerti seni, musik, politik, filosofi
 - 2) Realistik
 - 3) Mudah menyesuaikan dengan lingkungan dan orang
 - 4) Mempunyai persepsi yang baik dan tegas
 - 5) Mampu mengambil keputusan
 - 6) Dugaan yang benar terhadap yang benar dan yang salah
 - 7) Mampu memperbaiki masa depan

- 8) Rendah hati
 - 9) Mempunyai motivasi untuk bekerja
 - 10) Kepribadian yang dewasa sudah matang
 - 11) Menghadapi masalah dengan fokus
 - 12) Mampu menerima diri sendiri seadanya
 - 13) Mempunyai etika yang baik
 - 14) Dapat menjadikan ketidakberhasilan sebagai pelajaran
 - 15) Fleksibel, spontan, kreatif, dan mampu mengakui kesalahan
 - 16) Memiliki inovasi baru
 - 17) Menghargai diri
- b. Konsep diri positif
- 1) Menerima bagian tubuhnya
 - 2) Menerima diri sendiri saat bercermin
 - 3) Mampu menilai keterbatasan diri
 - 4) Menerima usaha melakukan pemulihan dan rehabilitasi
 - 5) Berusaha menjalankan pengobatan secara mandiri dengan tepat
 - 6) Menerima keterbatasan bagian tubuh
- c. Harga diri rendah
- 1) Penyalahgunaan zat adiktif
 - 2) Sering mengkritik
 - 3) Produktivitas menurun
 - 4) Masalah hubungan dengan individu lain
 - 5) Merasa dirinya dibutuhkan orang lain
 - 6) Perilaku bermusuhan

- 7) Merasa tidak mempunyai kemampuan
- 8) Menyalahi diri sendiri
- 9) Gampang emosi
- 10) Menilai negatif diri sendiri
- 11) Tidak mampu dalam melakukan perannya
- 12) Menilai negatif tentang hidup
- 13) Memiliki masalah fisik
- 14) Melihat diri sendiri sebagai beban bagi orang lain
- 15) Menolak kemampuan diri
- 16) Ekspresi penghinaan diri, ketidaksukaan diri, dan ketidakbahagiaan dengan diri sendiri
- 17) Mempunyai konsep hidup yang tidak sesuai
- 18) Menjauh dari lingkungan masyarakat
- 19) Penurunan perawatan diri, kebersihan diri

Tabel 1.1 Penyebab yang mempengaruhi tanda gejala HDR

<i>Focal</i>	<i>Contextual</i>	<i>Residual</i>
1. Pengalaman atau situasi yang menyebabkan individu menilai diri sendiri secara negatif; Paling sering pengalaman karena kehilangan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan yang dialami karena masalah penyakit atau kegagalan dalam pertumbuhan. 2. Krisis pematangan dalam perkembangan. 3. Krisis situasional dalam mengatasi masalah. 4. Persepsi individu terhadap 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usia dan mekanisme coping yang digunakan seseorang. 2. Situasi stres yang dialami sebelumnya dan dan kemampuan untuk mengatasinya. 3. Umpan balik sebelumnya

	<p>penilaian orang lain.</p> <p>5. Kemampuan untuk memenuhi harapan diri sendiri dan orang lain.</p> <p>6. Perasaan kontrol yang dimiliki seseorang terkait situasi dalam hidupnya.</p> <p>7. Pengertian seseorang dan penggunaannya untuk mengukur harga diri.</p> <p>8. Kemampuan seseorang mengatasi perasaan bersalah, malu, dan tidak berdaya.</p> <p>9. Kemampuan seseorang mengatasi perubahan yang diperlukan dalam persepsi diri.</p> <p>10. Kesadaran tentang sesuatu yang mempengaruhi konsep diri dan cara untuk mengatasinya</p> <p>11. Sering mengalami kegagalan, sehingga mengakibatkan</p>	<p>dari orang yang berarti yang berkontribusi pada harga diri.</p> <p>4. Strategi coping yang digunakan dari pengalaman melalui krisis perkembangan sebelumnya.</p> <p>5. Pengalaman sebelumnya dengan ketidakberdayaan dan keputusan dan upaya seseorang untuk mengatasinya.</p> <p>6. Mengatasi kerugian sebelumnya.</p> <p>7. Mengatasi kegagalan sebelumnya.</p> <p>8. Pengalaman sebelumnya memenuhi harapan diri sendiri dan orang lain.</p> <p>9. Pengalaman sebelumnya dengan kontrol diri dan</p>
--	---	--

	<p>menilai diri sendiri tidak berharga.</p> <p>12. Tingkat harga diri yang dimiliki seseorang.</p> <p>13. Cara seseorang mengatasi batasan dalam lingkungan.</p> <p>14. Jenis dukungan dari orang lain dan cara seseorang menanggapi.</p> <p>15. Kesadaran dan kemampuan seseorang untuk mengungkapkan perasaan</p> <p>16. Perasaan harapan dan kenyamanan seseorang saat ini dengan dirinya sendiri</p>	<p>lingkungan dan kualitas respon koping.</p> <p>10. Pengalaman sebelumnya dengan pengambilan keputusan dan konsekuensi selanjutnya.</p> <p>11. Pengalaman sebelumnya dengan batasan masa kanak-kanak, dan apakah batasan tersebut jelas, ditentukan, dan ditegakkan atau tidak.</p>
--	--	--

d. Kerancuan identitas

- 1) Masalah estimasi
- 2) Tidak memiliki isyarat moral
- 3) Memiliki pertentangan dengan Kepribadian
- 4) Hubungan antar pribadi yang menguntungkan
- 5) Merasa kosong
- 6) Kurang empati dengan orang disekelilingnya
- 7) Mengalami kerancuan tentang diri

- 8) Pemahaman yang keliru tentang jenis kelamin
- 9) Kecemasan tinggi

e. Depersonalisasi

Tabel 1.2 Depersonalisasi

Afektif	Perseptual	Kognitif	Perilaku
1. Kehilangan identitas	1. Halusinasi dengar dan lihat	1. Bingung	1. Kurang aktif
2. Perasaan terpisah dari diri	2. Bingung tentang seksualitas diri	2. Disorientasi waktu	2. Tidak sesuai dalam berkomunikasi
3. Perasaan tidak realistis	3. Ketidakmampuan dalam membedakan diri sendiri dengan orang lain	3. Gangguan berpikir	3. Inisiatif kurang
4. Rasa terisolasi yang kuat	4. Mengalami masalah dengan citra tubuh	4. Gangguan untuk mengingat	4. Gangguan kontrol impuls
5. Kurang rasa berkesinambungan.	5. Kenyataan hidup seperti mimpi	5. Ketidakmampuan dalam menilai	5. Daya konsentrasi menurun
6. Tidak mampu mencari kesenangan		6. Memiliki dua atau lebih kepribadian	6. Isolasi sosial

❖ **Asuhan Keperawatan pada Pasien HDR**

1. Pengkajian

Pasien yang mengalami HDR, memiliki tanda dan gejala yang disajikan dalam tabel 1.1. Beberapa pasien dengan masalah HDR akan membuat pernyataan langsung yang

mencerminkan rasa bersalah, malu, atau penilaian diri negatif, tetapi sering kali diperlukan untuk perawat untuk mengajukan pertanyaan spesifik untuk mendapatkan ini jenis informasi. Khususnya, pasien yang memiliki sering mengalami pelecehan atau trauma berat lainnya telah menyimpan perasaan dan ketakutan terkubur selama bertahun-tahun, dan tanda gejala perilaku harga diri rendah kronik mungkin tidak mudah terlihat.

Berbagai alat untuk mengukur harga diri rendah kronik dapat dilihat pada tabel 1.2 Alat ukur ini dapat digunakan sebagai inventaris diri oleh pasien, atau bisa juga diadaptasi dan digunakan oleh perawat untuk memandu pertanyaan dalam menilai tingkat harga diri pasien.

a. Faktor Predisposisi

1) Citra tubuh

- a) Anggota tubuh yang tidak lengkap akibat penyakit atau kecacatan
- b) Pertumbuhan dan perkembangan yang terhambat
- c) Struktur dan fungsi tubuh tidak normal karena proses penyakit
- d) Efek dari menjalankan kemoterapi dan radiasi

2) *Self Esteem*

- a) Mengalami kegagalan dan Penolakan
- b) Kurangnya *reward*

- c) Pola asuh orang tua otoriter, orang tua terlalu mengikuti keinginan anak
 - d) Kompetisi sesama saudara
 - 3) Ideal diri
 - a) Memiliki cita-cita tidak sesuai kemampuan
 - b) Kenyataan tidak sesuai dengan harapan
 - c) Ideal diri tidak realistis
 - 4) Peran
 - a) Persepsi yang salah tentang peran
 - b) Peran dalam pekerjaan yang banyak dituntut
 - c) Tujuan peran dalam budaya
 - 5) Identitas diri
 - a) Orang tua tidak memberikan kepercayaan
 - b) Adanya tuntutan dari teman seusianya
 - c) Terjadinya struktur sosial berubah
- b. Faktor Presipitasi
- 1) Tekanan psikologis dan emosional akibat pengalaman dimasa lalu yang tidak menyenangkan
 - 2) Kesulitan dalam melakukan peran
 - 3) Perubahan peran dalam melalui tahap perkembangan
 - 4) Bertambah atau kehilangan anggota keluarga

- 5) Perubahan tubuh akibat dari peran sehat-sakit
- c. Penilaian terhadap stressor
- 1) Kognitif
 - a) Menilai diri dan orang secara negatif
 - b) Pikiran terganggu
 - c) Penilaian diri terganggu
 - d) Tidak efektif koping individu maupun keluarga
 - e) Berkurangnya kemampuan mengingat waktu
 - 2) Efektif
 - a) Tidak spesifik
 - b) Reaksi kecemasan secara umum: Emosi labil; perasaan gelisah; ketakutan; merasa tidak mampu untuk mendapatkan sesuatu yang disukai; kesinambungan diri berkurang; kehilangan identitas; merasa tidak mampu
 - 3) Fisiologis
 - a) Hormon pertumbuhan: Dewasa (Laki-laki) > 5 ng/ml (Perempuan) > 10ng/ml, Anak-anak >10ng/ml
 - b) Prolaktin: Perempuan tidak hamil 0-23 ng/ml, Laki-laki 0,1-20 ng/ml
 - c) Adrenocorticotrophic hormone: pagi 8-80 pg/ml, sore-malam > 10 pgml

- d) luteinising hormone: Perempuan 5-30 mIU/ml, Laki-laki 5-25 mIU/ml
 - e) follicle stimulating hormone: perempuan 4-30mU/ml, laki-laki 4-25 mU/ml
 - f) Thyroid-Stimulating Hormone: 0,35-5,5 IU/ml
 - g) Insulin: 5-25 mU/ml
 - h) Katekolamin < 1000pg/ml
 - i) Epinephrine pada saat berbaring > 50pg/ml, pada saat duduk > 60 pg/ml, pada saat berdiri > 90pg/ml
 - j) Norepinephrine nilai normal pada saat berbaring > 410pg/ml, pada saat duduk > 680 pg/ml, pada saat berdiri > 700 pg/ml
 - k) Dopamine nilai normal > 87 pg/ml
- 4) Perilaku
- a) Menghindar dari masalah
 - b) Masalah dalam berinteraksi
 - c) Menunjukkan afek tumpul
 - d) Tidak berespon dengan masalah yang muncul
 - e) Pembicaraan tidak sesuai
 - f) Kurang inisiatif
 - g) Penggunaan zat
- 5) Sosial
- a) Kegagalan dalam melakukan komunikasi
 - b) Tidak peduli dengan lingkungan

- c) Penurunan dalam melakukan sosial
 - d) Mencurigai
 - e) Defisit perawatan diri
 - f) Kesulitan dalam bersosialisasi
 - g) Tidak menyukai dengan kegiatan hiburan
 - h) Seksualitas menyimpang
 - i) Isolasi sosial
- d. Sumber koping
- 1) Kemampuan diri
 - a) Tidak mampu mengatasi masalah
 - b) Kesehatan terganggu
 - c) Ketidakmampuan dalam berhubungan dengan orang lain
 - d) Rendahnya pengetahuan
 - e) Tidak efektif identitas ego
 - 2) *Social support*
 - a) Tidak efektif hubungan dengan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
 - b) Kurang efektif dengan lingkungan sosial
 - 3) Aset ekonomi
 - a) Tidak mampu mengelola harta benda, seperti terlalu boros atau pelit
 - b) Tidak punya dana untuk memeriksakan kesehatan
 - c) Tidak punya kekayaan berupa barang

- 4) Nilai Kepercayaan positif
 - a) Masalah dalam spiritual
 - b) Kurang motivasi
 - c) Menilai negatif tentang pelayanan kesehatan
 - d) Tidak menjadikan masalah kesehatan pada diri

- e. Mekanisme koping
 - 1) Adaptif
Konsep diri meningkat dapat dilihat dari:
 - a) Ideal diri realistis
 - b) Identitas diri jelas
 - c) Harga diri meningkat
 - d) Peran sesuai
 - e) Gambaran diri positif
 - 2) Maladaptif
Gangguan Konsep Diri; HDR

2. **Diagnosis**

NANDA International telah menentukan, empat diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan harga diri. Diagnosis keperawatan ini adalah HDR Kronis, HDR situasional, risiko harga diri rendah, dan risiko HDR situasional (NANDA International, 2017). Untuk diagnosis keperawatan pada pasien skizofrenia dapat ditegakkan adalah HDR kronis dan dan risiko HDR.

HDR kronis adalah Evaluasi diri negatif yang berlangsung lama.

a. Definisi Karakteristik

- 1) Ketergantungan dengan pendapat orang lain
- 2) Perilaku ragu-ragu untuk mencoba hal baru
- 3) Evaluasi diri ketidakmampuan menerima peristiwa dalam hidup
- 4) Berespon berlebihan terhadap penilaian diri secara negatif
- 5) Kontak mata kurang
- 6) Perilaku tidak tegas
- 7) Berlebihan dalam mencari kepastian
- 8) Terlalu menyesuaikan diri
- 9) Ekspresi rasa bersalah dan malu
- 10) Pasif sering kurang sukses dalam peristiwa kehidupan
- 11) Menolak umpan balik positif tentang diri sendiri

Tabel 1.3 Self-Esteem Inventory

Petunjuk untuk mengisi pernyataan dengan cara beri tanda centang sesuai yang dipilih. Setiap cek bernilai jumlah poin yang tercantum di atas setiap kolom.					
No	Pernyataan	3	2	1	0
		Sering	Kadang-kadang	Jarang	Tidak pernah
1	Saya menjadi marah ketika dikritik				
2	Saya takut mencoba				

	sesuatu yang baru.				
3	Saya merasa bodoh ketika melakukan kesalahan.				
4	Saya kesulitan menatap mata orang.				
5	Saya mengalami kesulitan untuk berbasa-basi.				
6	Saya merasa tidak nyaman dengan orang asing.				
7	Saya malu ketika mendapat pujian dari orang.				
8	Saya tidak puas dengan penampilan saya				
9	Saya takut untuk mengungkapkan pendapat saya dalam kelompok.				
10	Saya lebih suka tinggal di rumah sendiri daripada berpartisipasi dalam situasi sosial kelompok.				

11	Saya kesulitan menerima ejekan.				
12	Saya merasa bersalah ketika saya mengatakan "tidak" kepada orang-orang.				
13	Saya takut membuat komitmen pada suatu hubungan karena takut ditolak.				
14	Saya percaya bahwa kebanyakan orang lebih kompeten daripada saya.				
15	Saya merasa dendam terhadap orang-orang yang menarik dan sukses.				
16	Saya kesulitan memikirkan aspek positif apa pun tentang hidup saya				
17	Saya merasa tidak memadai di hadapan figur otoritas.				
18	Saya kesulitan membuat keputusan.				

19	Saya takut jika orang lain tidak setuju				
20	Saya merasa tegang dan stres				
Masalah keperawatan HDRK diperlihatkan dengan skor lebih dari 46					

b. Pohon masalah



Gambar 1.2 Pohon masalah

c. Daftar diagnosis keperawatan

- 1) Risiko Harga diri rendah kronis
- 2) Harga diri rendah kronis

3. Intervensi

Pada Tabel 1.4 intervensi keperawatan menggunakan diagnosis harga diri rendah kronis dari NANDA International. Kriteria hasil, keperawatan yang sesuai intervensi, disertai rasional untuk masing-masing intervensi.

Kriteria hasil termasuk jangka pendek dan jangka panjang sasaran. Batas waktu untuk pencapaian adalah secara individual ditentukan. Kriteria berikut dapat digunakan untuk: pengukuran hasil dalam perawatan pasien dengan masalah HDR:

- a. Mampu mengungkapkan aspek positif tentang diri dan kehidupan situasi
- b. Mampu menerima umpan balik positif dari orang lain
- c. Mampu mencoba pengalaman baru
- d. Mampu menerima tanggung jawab pribadi atas dirinya sendiri masalah
- e. Mampu menerima kritik yang membangun tanpa menjadi defensif
- f. Mampu membuat keputusan mandiri tentang kehidupan situasi
- g. Menggunakan kontak mata yang baik
- h. Mampu mengembangkan hubungan interpersonal yang positif
- i. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginan kepada orang lain dengan tegas

Tabel 1.4 Intervensi Keperawatan Pasien HDR Kronis

Diagnosis Keperawatan: HDR Kronis Behubungan dengan: Kurangnya kasih sayang/ persetujuan; kegagalan berulang; penguatan negatif berulang Dibuktikan dengan: Melebihkan umpan balik negatif terhadap diri sendiri dan ekspresi rasa malu dan perasaan bersalah

Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 4 x 24 jam masalah harga diri rendah kronis teratasi dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien akan mengungkapkan aspek positif diri sendiri dan meninggalkan penghakiman persepsi diri. 2. Harga diri meningkat 3. Kesadaran diri meningkat 4. Ketahanan keluarga meningkat 5. Ketahanan personal meningkat 6. Fungsi keluarga meningkat 	<p>Intervensi Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan aspek positif dan kemampuan yang pernah dan masih dimiliki pasien 2. Bantu pasien menilai aspek positif dan kemampuan yang masih dimiliki dan dapat digunakan atau dilakukan. 3. Bantu pasien memilih aspek positif atau kemampuan yang akan dilatih. 4. Latih aspek positif terhadap kemampuan yang sudah dipilih dengan memotivasi. 5. Bantu pasien membuat jadwal latihan untuk membudayakan. Berikan <i>reinforcement</i> positif untuk 	<p>Rasional intervensi pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang telah lama memiliki perasaan rendah diri mungkin merasa tidak nyaman dengan perhatian pribadi. 2. Pasien mungkin tidak melihat aspek positif diri yang dilihat orang lain, dan dibawa itu untuk kesadaran dapat membantu perubahan persepsi. 3. Membantu pasien untuk mengembangkan internal harga diri dan koping

	<p>setiap kegiatan yang telah dilakukan dengan baik.</p>	<p>baru perilaku.</p> <p>4. Latihan terjadwal yang dilakukan pasien akan meningkatkan harga diri pasien.</p> <p>5. Membantu pasien untuk mengembangkan internal harga diri dan koping baru perilaku.</p>
<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan keluarga 4 x 24 jam keluarga mampu merawat pasien harga diri rendah kronis di rumah dengan KH:</p> <p>1. Keluarga dapat membantu pasien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki.</p> <p>2. Keluarga memfasilitasi aktivitas pasien yang sesuai kemampuan.</p>	<p>Intervensi Keluarga</p> <p>1. Kaji masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</p> <p>2. Jelaskan proses terjadinya harga diri rendah yang dialami pasien</p> <p>3. Diskusikan cara merawat harga diri rendah dan memutuskan cara merawat</p>	<p>Rasional intervensi keluarga</p> <p>1. Untuk mengetahui masalah yang dialami keluarga selama merawat pasien.</p> <p>2. Untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang proses masalah yang</p>

<p>3. Keluarga memberi dukungan pasien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan latihan yang dilakukan.</p> <p>4. Keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan pasien</p>	<p>yang sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>4. latih keluarga untuk cara merawat pasien HDR</p> <p>a. Diskusikan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki pasien</p> <p>b. Bimbing pasien melakukan kegiatan positif terhadap kemampuan dalam memilih dan melatih kegiatan positifnya</p> <p>c. Beri <i>reinforcement positif</i> atas keberhasilannya</p> <p>5. Libatkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang nyaman: tidak mengkritik, memberi</p>	<p>dihadapi pasien.</p> <p>3. Untuk memotivasi keluarga agar berpartisipasi untuk merawat pasien.</p> <p>4. Untuk meningkatkan keterampilan keluarga dalam melakukan intervensi pada pasien.</p> <p>5. Meningkatkan lingkungan kondusif bagi pasien sehingga akan mempercepat pemulihan bagi pasien. Pujian akan meningkatkan harga diri keluarga.</p> <p>6. Agar keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan</p>
--	---	---

	<p><i>reinforcement positif.</i></p> <p>6. Jelaskan munculnya tanda dan gejala HDR dan lakukan pemeriksaan ke pelayanan kesehatan.</p>	<p>kesehatan setiap terjadi perubahans tatus kesehatan pasien</p>
<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan kelompok 4 x 24 jam kelompok mampu meningkatkan harga diri dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengidentifikasi aspek positif diri 2. Mampu menilai kegiatan positif yang dapat dilakukan 3. Mampu memilih kegiatan positif yang akan dilatih 4. Mampu melatih kemampuan kegiatan positif pada diri 5. Mampu menilai keuntungan latihan dalam kemampuan harga diri. 	<p>Intervensi Kelompok:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesi 1: Identifikasi kemampuan dan aspek positif pada diri 2. Sesi 2: Nilai kemampuan diri pasien yang dapat dilakukan 3. Sesi 3: Nilai aspek positif atau kemampuan yang akan dilatih 4. Sesi 4: Latih kemampuan atau aspek positif diri 5. Sesi 5: Nilai manfaat latihan terhadap harga diri. 	<p>Rasional intervensi kelompok</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar kelompok mampu mengungkapkan aspek positif yang dimiliki 2. Agar kelompok mampu menilai aspek positif yang dimiliki yang masih dapat dilakukan. 3. Agar kelompok mampu menilai dan memilih kegiatan positif untuk dilatih. 4. Dengan latihan aspek

		<p>positif diri pasien pada kelompok akan meningkatkan harga diri pasien dalam kelompok.</p> <p>5. Dengan mengetahui manfaat latihan akan meningkatkan motivasi kelompok untuk melakukan kegiatan.</p>
<p>Setelah dilakukan intervensi kolaborasi 1 x 24 jam harga diri pasien meningkat</p>	<p>Tindakan Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan program terapi dokter (obat): edukasi 8 benar sesuai konsep <i>safety</i> pemberian obat 2. Observasi manfaat dan efek samping obat 	<p>Rasional tindakan kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi obat akan mengurangi gejala negatif pada pasien

4. Implementasi

Implementasi keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan yang direncanakan yang ditujukan kepada Individu, keluarga dan kelompok.

Beberapa tindakan keperawatan yang sudah dilakukan oleh beberapa peneliti diantaranya:

- a. Penelitian Rahmawati, A.N, dkk, (2021) tentang HDRK. Hasil penelitian didapat tanda gejala pasien selalu negatif dalam memandang diri sendiri, tidak mampu melakukan kegiatan, dan merasa rendah diri. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa menggunakan strategi pelaksanaan dalam komunikasi terapeutik.
- b. Penelitian Devita Y, dkk (2021) tentang pengaruh membaca Al-Qur'an untuk meningkatkan HDR pasien skizofrenia. Hasil penelitian terdapat pengaruh pembacaan al-qur'an untuk meningkatkan HDR pasien skizofrenia nilai $p < 0,000$; $\alpha < 0,05$).
- c. Penelitian Saswati, N. (2020) tentang pengaruh logoterapi pada pasien harga diri rendah di Provinsi Jambi Indonesia. Hasil penelitian terdapat perbedaan harga diri (kognitif, perilaku) pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dengan nilai $p < 0,042$. Ada perbedaan yang signifikan makna hidup pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan logoterapi dengan p -value $0,001$. Ada hubungan yang signifikan antara harga diri dan kebermaknaan hidup pada kelompok intervensi setelah diberikan logoterapi dengan p -value $0,002$.

- d. Penelitian Wijayati , F., Nasir , t., Hadi , H., dkk. (2020) tentang faktor-penyebab HDR didapatkan faktor-faktor tersebut adalah riwayat penolakan keluarga, kehilangan orang terdekat, penganiayaan fisik dan sering gagal.
- e. Penelitian Maharjan, S., dkk. (2019) tentang Prevalensi stigma diri dan hubungannya dengan harga diri di antara pasien psikiatri di rumah sakit pendidikan Nepal: studi *cross-sectional*. Hasil penelitian didapatkan prevalensi stigma diri secara keseluruhan adalah 54,44%. Responden yang memiliki self-stigma 48% memiliki *self-stigma* ringan, 34,7% memiliki stigma diri sedang dan 17,3% memiliki stigma diri yang berat. Di antara lima komponen skala stigma diri, skor rata-rata tertinggi adalah pada dukungan stereotip, diikuti oleh pengalaman diskriminasi, penarikan sosial, resistensi stigma, dan terendah untuk komponen alienasi. Selanjutnya korelasi negatif kuat ($r = 0,74$) ditemukan antara stigma diri dan harga diri. Korelasi masih signifikan ($r = 0,69$) setelah dikontrol variabel sosio-demografis dan klinis. Masuk rumah sakit dan kategori diagnostik responden secara signifikan berhubungan dengan stigma diri. Namun, tidak ada hubungan yang signifikan.

5. Evaluasi

Penilaian ulang dilakukan untuk menentukan apakah tindakan keperawatan telah berhasil mencapai tujuan perawatan. Evaluasi tindakan keperawatan untuk pasien dan keluarga dengan masalah HDR kronis mungkin difasilitasi dengan mengumpulkan informasi menggunakan jenis pertanyaan berikut:

Kemampuan yang dinilai dari pasien:

- a. Apakah pasien dapat mendiskusikan pencapaian masa lalu dan aspek positif lainnya tentang hidupnya?
- b. Apakah pasien menerima penghargaan dari orang lain dengan cara yang ramah?
- c. Apakah pasien dapat mencoba pengalaman baru tanpa rasa takut yang berlebihan akan kegagalan?
- d. Bisakah dia menerima kritik yang membangun sekarang tanpa menjadi terlalu defensif dan mengubah menyalahkan orang lain?
- e. Apakah pasien menerima tanggung jawab pribadi untuk masalah, daripada menghubungkan perasaan dan perilaku kepada orang lain?
- f. Apakah pasien berpartisipasi dalam keputusan yang mempengaruhi hidupnya?
- g. Dapatkah pasien membuat keputusan rasional secara mandiri?
- h. Apakah dia menjadi lebih tegas dalam hubungan interpersonal?

- i. Apakah perbaikan diamati dalam presentasi fisik harga diri, seperti kontak mata, postur, perubahan makan dan tidur, kelelahan, libido, pola eliminasi, perawatan diri, dan keluhan

Kemampuan yang dinilai dari keluarga:

- a. Apakah keluarga selalu mendukung pasien dalam melakukan kegiatan harian
- b. Apakah keluarga selalu memuji pasien setiap pasien mampu melakukan kegiatan

6. Pendokumentasian

Pendokumentasian dilakukan dimulai dari anamnesa, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi dan rencana tindak lanjut.

Tabel 1.5 Pendokumentasian

Hr/tgl/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf>Nama
Senin/26-12-2022/10.00	1. Mendiskusikan aspek positif dan kemampuan yang pernah dan masih dimiliki pasien "Baik Ibu sekarang kita berbincang-bincang ya bu tentang aspek positif dan kemampuan yang ada pada diri ibu"	S: Pasien mengatakan aspek positif dan kemampuannya adalah rajin bersih-bersih rumah, memasak, tapi malas untuk melakukannya O: Pasien mempunyai aspek positif namun belum	Nofrida Saswati

	<p>2. Memberikan reinforcement positif "Luar biasa ibu ya sudah mampu menyebutkan kemampuan positifnya, namun ibu latih ya di rumah".</p> <p>3. Memasukkan kedalam jadwal harian klien (Rencana Tindak Lanjut) "Ibu ini ada jadwal harian ibu bisa menulis disini ya waktu-waktu ibu memasak, bersih-bersih rumah"</p>	<p>mampu melakukannya</p> <p>A: klien masih mengalami masalah hargadiri rendah kronis</p> <p>P: RTL Pasien: mengulang kembali pertemuan pertama aspek positif dan kemampuan yang dimiliki</p> <p>Ners: Melanjutkan pertemuan selanjutnya tentang Menilai aspek positif dan kemampuan yang masih dimiliki dan dapat digunakan atau dilakukan pasien</p>	
Selasa/27-12-2022/10.00	1. Membantu pasien menilai aspek positif dan kemampuan yang masih dimiliki dan dapat digunakan	S: Pasien mengatakan aspek positif dan kemampuannya yang masih dimiliki adalah menyapu	Nofrida Saswati

	<p>atau dilakukan "Baik ibu apakah masih ada kemampuan positif ibu yang lainnya, nah sekarang kita menilai kemampuan positif dan kemampuan yang masih ibu miliki"</p> <p>2. Memberikan reinforcement positif "Luar biasa ibu ya sudah mampu menyebutkan kemampuan positif yang ibu miliki.</p> <p>3. Memasukkan kedalam jadwal harian klien (Rencana Tindak Lanjut) "Ibu ini ada jadwal harian ibu bisa menulis disini ya waktu-waktu ibu memasak, bersih-bersih rumah"</p>	<p>O: Pasien mempunyai aspek positif yang masih dimiliki A: klien masih mengalami masalah hargadiri rendah kronis P: RTL Pasien: mengulang kembali pertemuan pertama aspek positif dan kemampuan yang dimiliki dan pertemuan kedua positif dan kemampuan yang masih dimiliki dan dapat digunakan atau dilakukan pasien</p> <p>Ners: Melanjutkan pertemuan selanjutnya tentang Menilai aspek positif dan kemampuan yang masih</p>	
--	---	--	--

		dimiliki dan dapat digunakan atau dilakukan pasien	
Rabu, 28-10-2022/10.00	<ol style="list-style-type: none"> Membantu pasien memilih aspek positif atau kemampuan yang akan dilatih "Baik ibu apakah ibu masih ingat pertemuan sebelumnya?, baik sekarang mari ibu pilih aspek positif yang mana yang akan kita latih terlebih dahulu" Memberikan reinforcement positif "Luar biasa ibu ya sudah mampu menyebutkan kemampuan positif yang ibu miliki. Memasukkan kedalam jadwal harian klien (Rencana Tindak Lanjut) 	<p>S: Pasien mengatakan aspek positif dan yang akan dipih untuk dilatih adalah memasak gulai</p> <p>O: Pasien mampu memilih kemampuan yang akan dilatih</p> <p>A: klien masih mengalami masalah harga diri rendah kronik.</p> <p>P: RTL</p> <p>Pasien: Mengulang kembali pertemuan 1, 2 an 3</p> <p>Ners: Melanjutkan intervensi Latih aspek positif terhadap kemampuan yang sudah</p>	Nofrida Saswati

	"Ibu ini ada jadwal harian ibu bisa menulis disini ya waktu-waktu ibu memasak, bersih-bersih rumah"	dipilih dengan memotivasi	
Kamis/29-12-2022/10.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih aspek positif terhadap kemampuan yang sudah dipilih dengan memotivasi "Baik ibu apakah ibu masih ingat pertemuan sebelumnya?, nah sekarang mari kita melakukan latihan aspek positif ibu yang sudah ibu pilih kemren ya..." 2. Memberikan reinforcement positif "Luar biasa ibu ya sudah mampu latihan memasak gulai ya" 3. Memasukkan kedalam jadwal harian klien 	<p>: Pasien mengatakan senang sudah melakukan latihan memasak gulai</p> <p>O: Pasien sudah melakukan latihan positif memasak gulai</p> <p>A: klien masih mengalami masalah hargadiri</p> <p>P: RTL</p> <p>Pasien: mengulang kembali pertemuan 1,2, 3 dan 4 aspek positif</p> <p>Ners: Mengakhiri pertemuan</p>	Nofrida Saswati

	(Rencana Tindak Lanjut) "Ibu ini ada jadwal harian ibu bisa menulis disini ya waktu-waktu ibu memasak gulai"		
--	---	--	--

Tugas

Seorang Perempuan, umur 38 tahun, dirawat di RSJ dengan keluhan klien menilai diri negatif, merasa tidak berharga, merasa malu, tidak mampu melakukan apapun. Hasil pengkajian: klien pernah dirawat 1 tahun yang lalu, dengan keluhan yang sama klien berbicara pelan, kontak mata kurang, tidak mampu melakukan peran sebagai istri sehingga suaminya menceraikannya 2 tahun yang lalu, klien lebih suka menyendiri, Bapak klien mempunyai riwayat gangguan jiwa, kurangnya support sistem dari keluarga.

Lakukanlah proses keperawatan pada kasus tersebut!

1. Buat pengkajian
2. Tegakkan diagnosis keperawatan
3. Buat intervensi
4. Lakukan implementasi
5. Lakukan evaluasi
6. Buat pendokumentasian

Latihan soal

1. Seorang perempuan, umur 28 tahun, dirawat di RSJ dengan keluhan pasien selalu menganggap dirinya negatif, perasaan tidak mampu, dan tidak mau berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Hasil pengkajian: pasien tampak menunduk, menolak menatap Ners, bicara lambat.
Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?
 - A. Isolasi sosial
 - B. Waham
 - C. Defisit perawatan diri
 - D. Harga diri rendah kronis
 - E. Halusinasi

2. Seorang Perempuan, umur 25 tahun, Pasien lulus dari sekolah perawat dengan nilai rata-rata 3,5. Pasien sudah 4 bulan yang lalu mengambil ujian ukom dan tidak lulus. Semenjak itu, pasien harus melepaskan pekerjaan perawat sampai pasien bisa lulus ujian. Pasien menjadi sangat tertekan pasien berkata kepada perawat psikiatri, "Saya benar-benar gagal. Aku sangat bodoh, aku tidak bisa berbuat apa-apa."
Apakah intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
 - A. Diskusikan aspek positif dan kemampuan yang masih dimiliki pasien
 - B. Bantu pasien menilai aspek positif yang masih dapat dilakukan
 - C. Bantu pasien memilih aspek positif yang akan dilatih
 - D. Latih aspek positif

E. Berikan reinforcement positif

3. Seorang perempuan, umur 29 tahun, dirawat di RSJ dengan harga diri rendah kronis. Hasil pengkajian: pasien mempunyai riwayat skizofrenia sejak 2 tahun, mempunyai masalah yang sama dengan pasien, pasien pernah tidak lulus menjadi seorang polisi wanita, pasien menolak berinteraksi dengan individu lain.

Apakah faktor psikososial yang mempengaruhi pada kasus tersebut?

- A. Pengalaman negatif terhadap diri
 - B. Krisis identitas
 - C. Herediter
 - D. Kegagalan dalam mencapai cita-cita
 - E. Kegagalan dalam hubungan sosial
4. Seorang laki-laki, umur 35 tahun dirawat di RSJ, dengan harga diri rendah kronis. Hasil pengkajian: pasien Ekspresi kesedihan, kecemasan, atau keputusasaan, ekspresi perasaan terisolasi, merasa tidak dicintai dan tidak mampu melakukan sesuatu, pasien mempunyai riwayat putus kuliah sejak 2 tahun yang lalu.
- Apakah faktor yang mempengaruhi tanda gejala pada kasus tersebut?
- A. Focal
 - B. Contextual
 - C. Residual
 - D. Presipitasi

E. Predisposisi

5. Seorang laki-laki, umur 40 tahun, dirawat di RSJ dengan harga diri rendah kronis. Hasil pengkajian: pasien merasakan perasaan terpisah dari diri sendiri, cita-cita tidak sesuai, tidak mampu mencari kesenangan, gangguan citra tubuh, dan gangguan penilaian.

Apakah rentang respon yang dialami pada kasus tersebut?

- A. Kematangan diri
- B. Konsep diri positif
- C. Harga diri rendah
- D. Kekacauan identitas
- E. Depersonalisasi

BAB II

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN YANG MENGALAMI RISIKO BUNUH DIRI

Deskripsi

Risiko bunuh diri merupakan salah satu kondisi yang harus dikaji oleh perawat pada setiap pasien gangguan jiwa terutama pada kasus gangguan depresi. Keinginan untuk mengakhiri hidupnya dapat mengakibatkan kematian. Asuhan keperawatan risiko bunuh diri dilakukan kepada pasien dan keluarga untuk mencegah terjadinya perilaku bunuh diri.

Buku ini membahas asuhan keperawatan pada pasien risiko bunuh diri, agar pasien dapat meningkatkan harga dirinya, dan keluarga mempunyai kemampuan merawat pasien resiko bunuh diri dirumah dan lingkungan sekitarnya.

Asuhan keperawatan gangguan risiko bunuh diri yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga (pelaku rawat), evaluasi kemampuan pasien dan keluarga (pelaku rawat) dan dokumentasi keperawatan.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari pokok bahasan asuhan keperawatan pada pasien risiko bunuh diri, diharapkan

mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien risiko bunuh diri.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari sub pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan:

1. Menjelaskan pengertian risiko bunuh diri
2. Menjelaskan etiologi risiko bunuh diri
3. Menjelaskan rentang respons konsep diri
4. Melakukan pengkajian pada pasien risiko bunuh diri
5. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien risiko bunuh diri
6. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien risiko bunuh diri
7. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien risiko bunuh diri
8. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien risiko bunuh diri

Uraian Materi

A. Resiko Bunuh Diri

1. Definisi

Risiko bunuh diri atau RBD Suatu upaya mengakhiri hidup berupa isyarat, ancaman dan usaha untuk bunuh diri (Stuart, Keliat, Pasaribu, 2016). RBD berisiko untuk mencederai diri hingga mengancam nyawa (NANDA-1, 2018). RBD suatu usaha melukai diri untuk mengakhiri hidup (SDKI, 2016). Lebih dari 90% individu yang berusaha melakukan bunuh diri memiliki mengalami

masalah mental (Institut Kesehatan Jiwa Nasional [NIMH], 2013).

Dari pendapat diatas RBD adalah suatu tindakan secara langsung dengan sadar untuk mengakhiri hidup dikarenakan masalah gangguan jiwa.

2. Pengelompokkan RBD

a. Isyarat bunuh diri

Ide bunuh diri dilihat dari perilaku pasien secara tidak langsung berusaha untuk mengakhiri diri, contohnya dengan mengatakan “Saya minta bantuannya untuk menjaga ibu saya dikarenakan saya akan berangkat dalam waktu lama!” atau “Orang tua saya menjadi baik kalau tidak ada saya.” Pada Keadaan ini pasien memiliki ide untuk melakukan upaya bunuh diri, namun belum sampai melakukan untuk mengakhiri hidup. Pasien biasanya menceritakan perasaannya dan menilai negatif terhadap diri.

b. *Suicide threat*

Umumnya ancaman ini diutarakan oleh pasien, tentang hasrat untuk mengakhiri hidup yang disertai rencana untuk bunuh diri dan telah mempersiapkan alat untuk rencananya. Pada situasi ini perlu pemantauan yang lebih agar bisa menggagalkan usaha pasien.

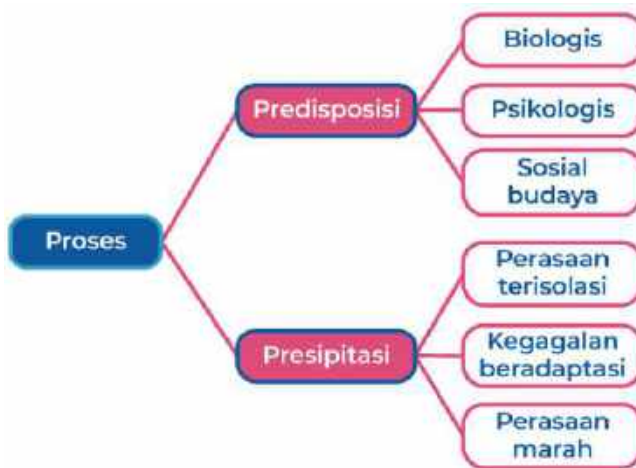
c. Percobaan bunuh diri

Suatu usaha pasien dalam mengakhiri hidup yang dilakukan secara aktif dengan cara

menggantung diri, meminum racun, menyayat nadi, atau sengaja jatuh dari ketinggian dan overdosis.

3. Etiologi

Faktor predisposisi dan presipitasi Proses terjadinya perilaku bunuh diri.



Gambar 2.1 Proses terjadinya perilaku bunuh diri

a. Faktor Predisposisi

Berbagai elemen yang menyebabkan seseorang untuk mempersepsikan dan merespons kejadian yang membuat *stressfull*. Faktor predisposisi ini sangat berdampak terhadap tanda gejala yang mengarah pada mekanisme coping adaptif atau maladaptif. Jenis faktor predisposisi termasuk pengaruh genetik, pengalaman masa lalu, dan kondisi yang ada.

1) Faktor Biologis

a) *Genetics*

- (1) Studi kembar telah menunjukkan risiko terjadinya bunuh diri dikarenakan kembar monozigot daripada kembar dizigotik. Beberapa penelitian dengan percobaan bunuh diri telah difokuskan pada variasi genotip dalam gen untuk triptofan hidroksilase, dengan hasil yang menunjukkan hubungan yang signifikan dengan bunuh diri (Abbar et al., 2001). Hasil ini menunjukkan kemungkinan adanya predisposisi genetik menuju perilaku bunuh diri
- (2) Riwayat gangguan psikiatrik pada anggota keluarga
- (3) Riwayat bunuh diri pada anggota keluarga
- (4) Riwayat gangguan *mood* dan ansietas pada anggota keluarga

b) Neurochemical Faktors

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk menentukan apakah ada korelasi antara fungsi neurokimia di sistem saraf pusat (SSP) dan perilaku bunuh diri. Beberapa penelitian telah mengungkapkan defisiensi serotonin (diukur sebagai penurunan kadar asam

5-hidroksiindole asetat [5-HIAA] cairan serebrospinal) pada pasien depresi yang percobaan bunuh diri (Sadock & Sadock, 2007). Beberapa perubahan ditemukan dalam sistem noradrenergik pada korban bunuh diri.

- c) Status Gizi: Adanya masalah terkait dengan gizi yang dapat dilihat dengan menurun berat badan, ditandai dengan penurunan berat badan, rambut mengalami kerontokan, anoreksia nervosa dan bulimia nervosa
- d) Riwayat kesehatan secara umum, masalah pada tidur, masalah pada irama sirkadian, infeksi, kelemahan, aktivitas menurun, tidak mau berhubungan dengan orang lain, lethargi dan kurang inisiatif mencari bantuan pelayanan kesehatan
- e) Gangguan *mood*/anxietas
- f) Sensitivitas biologi; riwayat penggunaan obat, komplikasi obat

2) Faktor Psikologis

a) *Anger Turned Inward*

Menurut Freud (1957), bunuh diri terjadi karena reaksi dari rasa benci dengan diri sendiri yang dimiliki seseorang. Kemarahan itu berasal dari objek cinta tetapi-akhirnya berbalik

melawan diri sendiri. Freud percaya bahwa bunuh diri terjadi sebagai akibat dari menekan keinginan untuk membunuh orang lain dan menafsirkan bunuh diri menjadi tindakan menyakiti diri sendiri.

b) *Hopelessness*

Menurut Carroll-Ghosh dkk (2003), mengidentifikasi keputusan sebagai faktor utama yang mendasari kecenderungan bunuh diri. Beck, Brown, dan Berchick (1990) juga menemukan korelasi yang tinggi antara keputusan dan bunuh diri.

c) *Desperation and Guilt*

Menurut Hendin (1991), mengidentifikasi keputusan sebagai faktor penting lain dalam bunuh diri. Keputusan dan menyalahi diri sendiri akan membuat seseorang menjadi tidak mampu untuk melakukan perubahan yang lebih baik. Aspek afektif ini banyak ditemukan di veteran Vietnam dengan masalah stres pasca-trauma melakukan upaya mengakhiri diri (Carroll-Ghosh dkk., 2003).

d) *History of Aggression and Violence*

Hasil dari beberapa penelitian bahwa tindakan kekerasan berisiko dalam upaya bunuh diri (Carroll-Ghosh

et al., 2003). Penelitian ini berkorelasi tindakan mengakhiri hidup pada seseorang yang mengalami perilaku kekerasan (Hendin, 1991).

e) *Shame and Humiliation*

Beberapa individu yang melakukan percobaan bunuh diri menyatakan bahwa bunuh diri sebagai usaha untuk menyelamatkan diri dari penghinaan publik setelah mengalami kehilangan status secara tiba-tiba atau pendapatan. Kebiasaan individu merasa malu untuk mencari bantuan kesehatan dan menggunakan sistem pendukung yang ada. Gampang merasa kecewa, keputusaan, kurang mampu mengambil keputusan dan lebih suka menutup diri.

f) *Developmental Stressors*

Menurut Rich, Warsrad, dan Nemiroff (1991), telah mengaitkan tingkat perkembangan dengan *stressor* kehidupan tertentu dan korelasi dengan bunuh diri. Masalah *stressor*, perceraian, dan pengalaman ditolak dikaitkan dengan risiko terjadinya bunuh diri pada usia remaja dan memasuki usia dewasa. Paling utama *stressor* yang terjadi yang terkait dengan tindakan mencederai diri pada

usia 40 sampai 60 tahun dikarenakan masalah perekonomian. Penyakit medis seperti riwayat adanya stroke, trauma kepala dan infeksi signifikan usia diatas 60 dan menjadi predisposisi utama faktor perilaku bunuh diri.

g) *Inteligensi*

Mengalami riwayat adanya masalah pada lobus frontal dan korteks limbik serta masalah pada suplai oksigen dan kadar gula darah ke otak.

3) *Faktor Sosiokultural*

a) *Egoistic suicide*

Egoistic suicide adalah tindakan mengakhiri hidup yang dilakukan akibat dari integrasi sosial yang menurun sehingga respons seseorang yang dirasakan dijauhi dari keluarga dan komunitas sekitarnya. Stigma negatif, diskriminasi dan dugaan negatif ketidakmampuan untuk berkomunikasi sehingga individu merasakan tidak diterima di lingkungan masyarakat, acuh dengan lingkungan, kemampuan sosialnya menurun, sulit berinteraksi dan menarik diri.

b) *Altruistic suicide*

Altruistic suicide adalah kebalikan dari bunuh diri egoistik. Ikatan yang

kuat dalam sebuah kelompok atau *sense of belonging*, jika ada diantara anggota kelompok yang mengalami sakit maka sakit juga yang lainnya. Seseorang yang mudah terpengaruh untuk melakukan tindakan bunuh diri altruistik ini dikarenakan terlalu terintegrasi ke dalam kelompok. Nilai kesehatan kelompok ini diatur oleh budaya, agama dan nilai-nilai yang bertentangan dengan nilai kesehatan sehingga seseorang rela berkorban demi kelompoknya.

- b) Umur
Adanya riwayat tugas perkembangan yang belum tuntas.
- c) Jenis Kelamin
Adanya riwayat dari identitas yang tidak jelas, adanya kegagalan dari peran sesuai jenis kelamin.
- d) Pengalaman lingkungan sosial
Terjadinya bencana alam, karena kerusuhan, *stressor* dalam pekerjaan, gagal dalam mendapatkan kerja.
- e) Keyakinan Agama
Keyakinan dalam melakukan keagamaan terlalu tinggi bahkan turun.
- g) *Anomic suicide*
Anomic suicide terjadi karena adanya rangsangan dari perubahan

dikehidupan individu seperti: (Hilangnya pekerjaan, perpisahan, dan gagal dalam politik) sehingga mempengaruhi masyarakat yang menyebabkan perasaannya terganggu. Keadaan anomie ini terjadi di komunitas karena adanya perubahan politik, hukum, sosial, dan budaya di komunitas secara revolusioner (Upe, 2010).

h) *Fatalistic Suicide*

Fatalistic Suicide terjadi dikarenakan adanya peningkatan norma-norma yang berlaku di komunitas. Menyebabkan, seseorang hanya bisa menerima takdirnya.

b. Faktor Presipitasi

1) *Nature*

a) Biologis

(1) Latar belakang genetik: terdapat kasus usaha bunuh diri dalam keluarga beberapa hari terakhir, terdapat upaya kekerasan yang mengancam terhadap diri pasien, terdapat tanda depresif, menarik diri

(2) Status Nutrisi: gangguan nutrisi ditandai dengan tidak mau makan, sebagai upaya untuk mengakhiri hidup

- (3) Riwayat kesehatan: individu mengalami masalah tidur, tidak normal irama sirkadian, kelelahan, pernah terinfeksi, dan kurangnya minat mencari pertolongan pelayanan kesehatan
 - (4) Sensitivitas biologis: terdapat tanda-tanda konsumsi obat, putus obat
- b) Psikososial
- (1) Inteligensi: tidak terdapat adanya penyimpangan/kelaianan, tampak wajar
 - (2) Kemampuan verbal: komunikasi tidak terbuka, dan emosi yang berlebihan
 - (3) Moral: tinggal dilingkungan keluarga yang bermasalah, tinggal di panti asuhan, tinggal di panti sosial, tinggal di pesantren dan penjara
 - (4) Kepribadian: mudah mengalami kekecewaan, pernah putus asa, sulit membuat keputusan, tidak terbuka dan kecemasan tinggi, impulsif, negativistik, bermusuhan
- c) Sosiokultural
- Riwayat Pekerjaan: Lingkungan pekerjaan penuh dengan tekanan.

Riwayat pengalaman sosial: adanya bencana alam, permusuhan, tekanan dalam pekerjaan stres kerja, susah untuk mendapat kerja.

Riwayat Peran sosial: pandangan yang negatif dan penilaian negatif dari lingkungan sosial.

2) *Origin*

a) Internal:

Persepsi Individu: Riwayat kegagalan mempersepsikan sesuatu yang diyakini sehingga seseorang merasa gagal, tidak berguna dan lebih baik mati.

b) Eksternal

Keluarga dan masyarakat: Riwayat kegagalan keluarga dan masyarakat dalam mempersepsikan pasien dan apa yang telah dilakukan pasien.

3) *Timing*

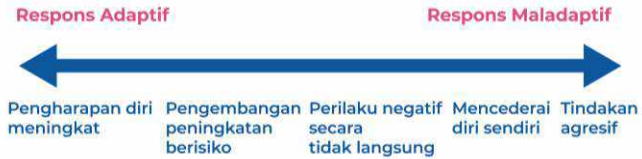
a) Waktu terjadinya *stressor*, munculnya *stressor* pada saat kondisi yang tidak tepat

b) Lamanya *stressor* terjadi secara tiba-tiba, bertahap, frekuensi *stressor* terjadi saling berdekatan dan berulang

4) *Number*

Jumlah, dan kualitas *stressor*: Banyak, kualitasnya tinggi.

4. Rentang respons



Gambar 2.2 Rentang respon protektif diri

Keterangan:

- Pengharapan diri meningkat adalah seseorang yang memiliki harapan, keyakinan, dan *self awareness* meningkat
- Perkembangan peningkatan berisiko adalah suatu rentang respons yang normal dimiliki seseorang yang mengalami perkembangan perilaku
- Perilaku negatif secara tidak langsung adalah upaya yang dilakukan untuk membuat rusak kesehatan fisik individu, seperti perilaku negatif, mengendarai kendaraan secara berlebihan, melakukan perjudian, tindakan kriminal, melakukan hobi yang berbahaya, penggunaan zat yang berbahaya, melakukan penyimpangan sosial, dan perilaku berdampak stres

- d. Mencederai diri sendiri adalah upaya yang berbahaya dilakukan pada diri sendiri dengan sengaja, berupa melukai diri
- e. Perilaku agresif adalah tindakan mencederai diri secara langsung dalam upaya untuk mengakhiri hidup

❖ Asuhan Keperawatan pada Pasien RBD

1. Pengkajian

Proses pengkajian pada pasien bunuh diri yang membutuhkan observasi yang ketat. Perawat melakukan pengkajian pada pasien risiko bunuh diri terkait data umum dan faktor penyebab. Komponen untuk mengukur risiko bunuh diri sebagai berikut:

- a. Penilaian *Stressor*
 - 1) Kognitif
 - a) Berpikir negatif tentang diri dan lingkungan
 - b) Timbul dorongan/stimulus untuk mati saja
 - c) Memikirkan metode yang sesuai
 - d) Memilih cara, alat, waktu dan tempat
 - e) Memahami dampak dari tindakan
 - f) Menyiapkan cara lain jika gagal
 - 2) Afektif
 - a) Terlihat putus asa
 - b) Harga diri rendah

- c) Terlihat tidak membutuhkan pertolongan
- d) Selalu merasa gagal, tidak berguna/berharga
- e) Menunjukkan *mood* yang depresif
- f) Merasa gagal dalam *problem solving*
- g) Terlihat pucat, mata merah, kusut, cekung seperti kurang tidur

3) Fisiologis

- a) Penurunan kadar serotonin (5 HT)
- b) Peningkatan kadar kortisol dl urin
- c) Peningkatan TSH
- d) Peningkatan TRH
- e) Peningkatan tofranil
- f) Penurunan monoamin oksidase trombosit

4) Perilaku

- a) Gelisah/agitasi
- b) Berprilaku diluar kebiasaan/normal
- c) Berbicara lamban
- d) Menarik diri
- e) Tidak konsentrasi
- f) Tidak bisa tidur
- g) Tidak mau makan
- h) Impulsif, agresif
- i) Menunjukkan rasa bermusuhan

- 5) Sosial
 - a) Tidakmampuan untuk berkomunikasi /mengungkap perasaan
 - b) Acuh dengan lingkungan
 - c) Kemampuan sosialnya mengalami penurunan
 - d) Sulit berinteraksi
 - e) Menarik diri

- b. Sumber Koping
 - 1) Kemampuan diri
 - a) Tidak mampu dalam memecahkan *problem*
 - b) Kesehatan terganggu
 - c) Masalah dalam hubungan dengan orang
 - d) Pengetahuan rendah
 - e) Inefektif Identitas ego

 - 2) Dukungan sosial
 - a) Hubungan individu, keluarga, kelompok dan komunitas
 - b) Kesepakatan dengan lingkungan sekitar
 - c) Hubungan dengan tokoh agama dan masyarakat
 - d) Hubungan dengan *significant other*

- 3) *Material Assets*
 - a) Ketidakmampuan mengelola kekayaan
 - b) Tidak memiliki dana untuk berobat ke pusat pelayanan kesehatan
 - c) Fasilitas asuransi kesehatan

- 4) *Positive Beliefs*
 - a) Motivasi yang kurang
 - b) Menilai negatif pelayanan kesehatan
 - c) Distres spiritual
 - d) Menyangkal masalah yang dialami

c. Faktor Risiko

Tabel 2.1 Menilai Tingkat Risiko Bunuh Diri

No	BEHAVIOR	INTENSITAS RISIKO		
		Rendah	Sedang	Tinggi
1	Cemas	Ringan	Sedang	Tinggi atau panik
2	Depresi	Ringan	Sedang	Berat
3	Isolasi; Menarik diri	Beberapa perasaan terisolasi; tidak ada penarikan	Beberapa merasakan ketidakberdayaan, merasa putus asa, dan isolasi sosial	Putus asa, tidak berdaya, isolasi sosial, dan mencela diri sendiri
4	Aktivitas rutin	Cukup baik di sebagian besar kegiatan	Cukup baik dalam beberapa kegiatan	Tidak pandai dalam aktivitas apapun

5	Sumber	Umumnya	Beberapa	Sedikit atau tidak sama sekali
6	Strategi koping yang digunakan	Umumnya konstruktif	Beberapa yang konstruktif	Terutama destruktif
7	Orang lain yang signifikan	Beberapa yang tersedia	Sedikit atau hanya satu yang tersedia	Hanya satu atau tidak tersedia
8	Bantuan psikiatri di masa lalu	Tidak ada, atau sikap positif terhadap	Ya, dan cukup puas dengan hasilnya	Pandangan negatif dari bantuan yang diterima
9	Pola hidup	Stabil	Cukup Stabil	Tidak stabil
10	Penggunaan alkohol dan obat-obatan	Jarang berlebihan	Sering berlebihan	Terus menerus
11	Konsumsi alkohol dan obat-obatan	Tidak ada, atau tingkat kematiannya rendah	Satu atau lebih mematkan sedang	Beberapa upaya mematkan yang tinggi
12	disorientasi; disorganisasi	Tidak ada	Beberapa	Ditandai
13	Permusuhan	Sedikit atau tidak sama sekali	Beberapa	Ditandai
14	Rencana bunuh diri	Pikiran yang kabur dan sekilas tapi tidak	Pikiran yang sering, ide sesekali tentang	Pikiran yang sering atau konstan

		ada rencana	sebuah rencana	dengan rencana tertentu
--	--	-------------	----------------	-------------------------

d. Demografi

Pengkajian pada pasien risiko bunuh diri dapat ditemukan pada data demografi dibawah ini:

1) Usia

Bunuh diri paling sering dilakukan pada seseorang berusia diatas 50 tahun. Remaja juga berisiko tinggi.

2) Jenis Kelamin

Laki-laki berisiko lebih tinggi daripada perempuan.

3) Etnis

Kaukasia berisiko lebih tinggi daripada penduduk asli Amerika, yang berisiko lebih tinggi daripada orang Afrika-Amerika.

4) Status perkawinan

Lajang, bercerai, dan janda memiliki risiko lebih tinggi daripada menikah.

5) Status sosial ekonomi

Individu di kelas sosial ekonomi tertinggi dan terendah berisiko lebih tinggi daripada individu yang berada di kelas menengah.

6) Pekerjaan

Personel perawatan kesehatan profesional dan eksekutif bisnis berada pada risiko tertinggi.

- 7) Metode
Profesi sebagai Angkatan bersenjata berisiko lebih tinggi daripada individu overdosis zat.
- 8) Agama
Individu yang tidak berafiliasi dengan kelompok agama mana pun berisiko lebih tinggi daripada mereka yang memiliki afiliasi jenis ini.
- 9) Riwayat keluarga
Risiko lebih tinggi jika individu memiliki riwayat keluarga bunuh diri.

e. Mekanisme Koping

- 1) Adaptif
Konsep diri meningkat dapat dilihat dari: Ideal diri sesuai; tidak jelas Identitas diri; *high self esteem*; kesesuaian peran; konsep diri positif.
- 2) Maladaptif
Gangguan Konsep Diri; Harga Diri Rendah.

Pengkajian dengan menggunakan SIRS (*Suicidal Intervention Rating Scale*) (Stuart & Sundeen, 1987, dalam Kelait, B.A., 1991):

Skor 0: Tidak ada riwayat tindakan bunuh diri yang dahulu dan saat ini

Skor 1: Tidak ada ide, ancaman dan percobaan untuk bunuh diri

Skor 2: Ada ide dan pikiran bunuh diri tapi tidak ada ancaman dan percobaan

Skor 3: Ada ancaman untuk bunuh diri

Skor 4: Ada percobaan untuk bunuh diri

2. Diagnosis

Pohon masalah



Gambar 2.3 Pohon masalah pasien risiko bunuh diri

Daftar diagnosis keperawatan

- a. Risiko bunuh diri
- b. Bunuh diri

3. Intervensi

Pada Tabel 2.2 Intervensi keperawatan dengan diagnosis keperawatan risiko bunuh diri dari NANDA International di lengkapi dengan Kriteria hasil keperawatan yang sesuai intervensi, disertai rasional untuk masing-masing intervensi.

Kriteria hasil meliputi tujuan jangka pendek dan jangka panjang. Garis waktu ditentukan secara individual. Kriteria berikut dapat digunakan untuk

pengukuran hasil dalam perawatan pasien bunuh diri. Pasien:

- a. Tidak mengalami cedera fisik pada diri sendiri
- b. Menetapkan tujuan realistis untuk diri sendiri
- c. Optimis tentang harapan masa depan

Menurut Appleby, et. Al, (2015), tingkat observasi Resiko Bunuh Diri dibawah ini:

Level Observasi

Skore 1 Observasi umum minimal setiap 60 menit

Skore 2 Observasi intermiten setia 15-30 menit

Skore 3 Observasi konstan setiap saat pagi-siang-malam

Skore 4 Observasi ketat dan melekat setiap saat (selalu bersama-sama)

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pasien Risiko Bunuh Diri

Diagnosis Keperawatan: Risiko bunuh diri Behubungan dengan: Kurangnya kasih sayang/persetujuan; kegagalan berulang; penguatan negatif berulang Dibuktikan dengan: Selalu menilai negatif diri		
Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Setelah dilakukan intervensi keperawatan 4 x 24 jam masalah risiko bunuh diri teratasi dengan KH: 1. Penurunan tanda dan gejala risiko bunuh diri 2. Peningkatan kemampuan	Intervensi Pasien 1. Mengamankan lingkungan dari risiko bunuh diri (lingkungan aman). 2. Membangun harapan dimasa depan.	Rasional intervensi pasien 1. Keselamatan pasien merupakan prioritas keperawatan 2. Harapan masa depan diperlukan untuk

<p>meningkatkan risiko bunuh diri</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Diskusikan tujuan dari kehidupan b. Diskusikan membangun harapan terkait diri sendiri, orang yang berarti dalam hidupnya c. Diskusikan cara dan tekad untuk menggapai harapan di masa depan d. Latih untuk menggapai harapan di masa depan <p>3. Latih cara mengendalikan keinginan untuk mengakhiri hidup.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Diskusikan dan buat daftar kegiatan positif dari orang yang berarti didalam hidup dan lakukan pikiran positif b. Diskusikan dan membuat daftar kegiatan positif dari lingkungan dan lakukan afirmasi positif c. Latih semua kegiatan positif 	<p>memastikan bahwa pasien tidak melukai diri sendiri dengan cara apa pun. Waspada terhadap upaya bunuh diri dan melarikan diri memfasilitasi kemampuan untuk mencegah atau menghentikan perilaku berbahaya.</p> <p>3. Kemampuan yang dimiliki pasien akan mengurangi pikiran untuk melakukan bunuh diri.</p> <p>4. Tingkat tanggung jawab atas keselamatannya diberikan kepada pasien. Peningkatan perasaan harga diri dapat dialami ketika pasien merasa diterima tanpa syarat</p>
---------------------------------------	---	--

	<p>yang dimiliki: baik dari diri sendiri, maupun orang yang berarti</p> <p>d. Latih mengevaluasi perasaan dan pikiran atas keberhasilan latihan</p> <p>4. Berikan dukungan untuk meningkatkan harapan dan keinginan bunuh diri</p>	<p>terlepas dari pikiran atau perilakunya</p>
<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan keluarga 4 x 24 jam keluarga mampu merawat pasien risiko bunuh diri di rumah dengan KH: Keluarga dapat membantu pasien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga memfasilitasi aktivitas pasien yang sesuai kemampuan. 2. Keluarga memotivasi pasien untuk melakukan kegiatan sesuai 	<p>Intervensi Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Jelaskan proses terjadinya risiko bunuh diri yang dialami pasien. 3. Diskusikan cara merawat risiko bunuh diri dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien 4. Latih keluarga merawat risiko bunuh diri <ol style="list-style-type: none"> a. Sediakan lingkungan yang aman dari risiko bunuh 	<p>Rasional intervensi keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui masalah yang dialami keluarga selama merawat pasien. 2. Untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang proses masalah yang dihadapi pasien. 3. Untuk memotivasi keluarga agar berpartisipasi

<p>dengan latihan yang dilakukan.</p> <p>3. Keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan pasien</p>	<p>diri antara lain menjauhkan alat-alat yang berbahaya yang dapat melukai diri.</p> <p>b. Beri pujian atas semua aspek positif pasien, hindari menyampaikan aspek negatif pasien.</p> <p>c. Diskusikan tentang harapan masa depan pasien</p> <p>d. Dukung dan beri bimbingan kepada pasien untuk melaksanakan kegiatan sesuai yang telah rencanakan.</p> <p>e. Dampingi pasien dalam melakukan kegiatan positif.</p> <p>5. Libatkan seluruh anggota keluarga ciptakan suasana positif: saling memuji, mendukung dan peduli.</p> <p>6. Jelaskan tanda dan gejala risiko bunuh diri jika pasien tidak</p>	<p>untuk merawat pasien.</p> <p>4. Untuk meningkatkan keterampilan keluarga dalam melakukan intervensi pada pasien.</p> <p>5. Meningkatkan lingkungan kondusif bagi pasien sehingga akan mempercepat pemulihan bagi pasien. Pujian akan meningkatkan harga diri keluarga.</p> <p>6. Agar keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan setiap terjadi perubahan status kesehatan pasien</p>
--	--	---

	mampu mengendalikan risiko bunuh diri lakukan <i>follow up</i> kepelayanan kesehatan secara teratur.	
Setelah dilakukan intervensi keperawatan kelompok 4 x 24 jam kelompok mampu mengendalikan bunuh diri dengan KH: 1. Tidak mengalami cedera fisik pada diri sendiri 2. Menetapkan tujuan realistis untuk diri sendiri 3. <i>Optimisme</i> terhadap harapan dan masa depan	Intervensi Kelompok: 1. Terapi aktivitas kelompok (TAK) dan 2. Kelompok <i>self-help group</i>).	Rasional intervensi kelompok 1. Agar anggota kelompok saling memberikan dukungan antara kelompok dalam mengatasi masalah yang sama
Setelah dilakukan intervensi kolaborasi 4 x 24 jam risiko bunuh diri tidak terjadi	Tindakan Kolaborasi 1. Berikan program terapi dokter (obat): edukasi 8 benar sesuai konsep safety pemberian obat 2. Observasi manfaat dan efek samping obat	Rasional tindakan kolaborasi 1. Terapi obat akan mengurangi gejala negatif pada pasien 2. Mencegah terjadinya efek samping obat

4. Implementasi

Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun. Ada beberapa hasil penelitian yang telah dilakukan untuk mengatasi pasien risiko bunuh diri diantaranya:

- a. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hidayati NO, dkk (2021) tentang Efek *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) pada pasien PK dan RBD: Studi Literatur. Hasil yang didapat bahwa DBT dapat digunakan untuk intervensi pada pasien risiko bunuh diri.
- b. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Puspita IW, dkk (2020), tentang Askep Jiwa pada Pasien Skizofrenia yang mengalami diagnosis keperawatan RBD dengan hasil terdapat hasil yang signifikan terhadap respon verbal dan non verbal setelah diberikan asuhan keperawatan pada pasien risiko bunuh diri respon verbal dan non verbal pasien yang sesuai.
- c. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rantung, GMV dkk (2021), tentang faktor lingkungan sosial dengan ide bunuh diri pada remaja didapatkan hasil penelitian ada lima puluh empat persen responden memiliki isyarat bunuh diri yang tinggi. Faktor keluarga $p\ value = 0,206$ dan faktor dari teman $p\ value = 0,699$.
- d. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Andrea Wigglesworth MA., Déjà N. Clement MS.,

- LaRicka R. Wingate., et al (2022), tentang memahami risiko bunuh diri bagi kaum muda yang berkulit hitam dan penduduk asli Amerika: Peran interseksionalitas dan marginalisasi ganda dengan hasil penelitian responden jenis kelamin laki-laki kulit hitam asli Amerika tentang *suicide ideation* (SI) dan *suicide attempts* (SA) mirip dengan pemuda asli Amerika lainnya dan secara signifikan lebih tinggi daripada yang dilaporkan oleh laki-laki kulit Hitam, Putih, dan Hitam Putih (SA saja). Sementara remaja minoritas seksual melaporkan tingkat SI dan SA yang lebih tinggi daripada remaja heteroseksual, perbedaan antara minoritas seksual dan remaja heteroseksual kulit hitam-asli Amerika ini lebih kecil dibandingkan dengan responden lainnya.
- e. Sheri L. Johnson PhD, Morgan Robison BA, Sarah Anvar BA, Benjamin A. Swerdlow MA, Kiara R. Timpano PhD. (2022) tentang Impulsivitas dan perenungan terkait emosi: Efek unik dan bersamaan pada ide bunuh diri, upaya bunuh diri, dan cedera diri *nonsuicidal* di dua sampel dengan hasil penelitian didapatkan Impulsivitas terkait emosi dan sering melamun menunjukkan korelasi bivariat yang kuat dengan ide bunuh diri, upaya bunuh diri, dan NSSI. Baik sering melamun atau impulsif yang terkait dengan upaya bunuh diri yang mengendalikan ide atau *nonsuicidal self-*

injury (NSSI). Dalam analisis multivariabel, impulsif terkait emosi tetapi tidak perenungan umum dikaitkan dengan ide bunuh diri. Sebaliknya, perenungan terkait bunuh diri lebih terkait langsung dengan ide bunuh diri daripada impulsif.

5. Evaluasi

Evaluasi pada pasien risiko bunuh diri adalah proses berkelanjutan yang dicapai melalui penilaian ulang terus menerus terhadap pasien, serta penentuan pencapaian tujuan. Setelah krisis segera teratasi, psikoterapi yang diperpanjang dapat diindikasikan. Tujuan jangka panjang psikoterapi individu atau kelompok untuk pasien bunuh diri adalah:

- a. Agar pasien mengembangkan dan mempertahankan konsep diri yang lebih positif
- b. Pelajari cara yang lebih efektif untuk mengungkapkan perasaan kepada orang lain
- c. Mencapai hubungan interpersonal yang sukses. Merasa diterima oleh orang lain dan mencapai rasa memiliki

6. Pendokumentasian

Pendokumentasian dilakukan mulai dari proses anamnesa, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi serta rencana tindak lanjut.

Tabel 2.3 Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Hr/tgl/jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf/Nama
Senin/ 26-12-2022/10.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengamankan lingkungan dari risiko bunuh diri (lingkungan aman "Baik Ibu sekarang kita 2. Memberikan reinforcement positif "Luar biasa Bapak ya sudah mampu menyebutkan cara mengamankan lingkungan". 3. Memasukkan kedalam jadwal harian klien (Rencana Tindak Lanjut) "Bapak ini ada jadwal harian silahkan di tulis disini jika Bapak melakukan upaya mengamankan lingkungan ya" 	<p>S: Pasien mengatakan lingkungan harus aman jauhkan dari benda tajam.</p> <p>O: Pasien tampak menjauhkan barang-barang yang memicu bunuh diri</p> <p>A: klien masih mengalami masalah risiko bunuh diri</p> <p>P: RTL Pasien: mengulang kembali pertemuan pertama lingkungan harus aman jauhkan dari benda tajam</p> <p>Ners: Melanjutkan pertemuan selanjutnya tentang</p>	Nofrida Saswati

		Membangun harapan dimasa depan	
Selasa/ 27-12-2022/10.00	<p>1. Membangun harapan dimasa depan "Baik pak apakah apakah bapak bersedia kita berbincang-bincang tentang bagaimana caranya membangun harapan masa depan, dengan mempunyai tujuan hidup, membangun harapan terkait diri sendiri, orang yang berarti dalam hidupnya, dan cara dan tekad untuk menggapai harapan di masa depan, latihan untuk menggapai harapan di masa depan"</p> <p>2. Memberikan reinforcement positif "Luar biasa Bapak sudah mampu</p>	<p>S: Pasien mengatakan membangun harapan dengan semangat bekerja demi keluarga</p> <p>O: Pasien tampak semangat</p> <p>A: klien masih mengalami masalah risiko bunuh diri</p> <p>P: RTL</p> <p>Pasien: mengulang kembali pertemuan pertama dan kedua</p> <p>Ners: Melanjutkan pertemuan selanjutnya tentang Latih cara mengendalikan keinginan untuk</p>	Nofrida Saswati

	<p>menyebutkan cara membangun masa depan.</p> <p>3. Memasukkan kedalam jadwal harian klien (Rencana Tindak Lanjut) "Ibu ini ada jadwal harian ibu bisa menulis disini ya jika ada lagi cara membangun harapan masa depan"</p>	<p>mengakhiri hidup</p>	
<p>Rabu, 28-10-2022/10.00</p>	<p>1. Melatih cara mengendalikan keinginan untuk mengakhiri hidup "Baik Bapak apakah bapak masih ingat pertemuan sebelumnya?, baik sekarang mari kita melakukan latihan cara mengendalikan keinginan untuk mengakhiri hidup ya Pak yaitu dengan cara bapak membuat</p>	<p>S: Pasien mengatakan cara mengendalikan keinginan mengakhiri hidup dengan cara melakukan kegiatan yang psitif seperti bekerja, beribadah.</p> <p>O: Pasien mampu menyebutkan an cara melatih mengendalikan</p>	<p>Nofrida Saswati</p>

	<p>daftar kegiatan yang bisa bapak lakukan agar bapak mempunyai kegiatan dikehidupan Bapak untuk mencegah upaya bunuh diri, selanjutnya bapak mempunyai tujuan hidup untuk diri sendiri dan untuk orang yang Bapak sayangi”</p> <p>2. Memberikan reinforcement positif “Luar biasa Bapak ya sudah mampu melatih cara mengendalikan keinginan untuk mengakhiri hidup.</p> <p>3. Memasukkan kedalam jadwal harian klien (Rencana Tindak Lanjut) “Bapak ini ada jadwal harian Bapak bisa menulis disini ya untuk</p>	<p>keinginan untuk mengakhiri hidup</p> <p>A: klien masih mengalami masalah Risiko bunuh diri.</p> <p>P: RTL Pasien: Mengulang kembali pertemuan 1, 2 an 3</p> <p>Ners: Mengakhiri pertemuan</p>	
--	---	--	--

	melatih mengendalikan keinginan mengakhiri hidup”		
--	---	--	--

Tugas

Seorang Laki-laki, umur 54 tahun, dirawat di RSJ dengan keluhan klien melakukan menyakiti diri dengan cara memasukkan kakinya ke dalam Api saat klien membakar sampah. Hasil pengkajian: tampak bekas luka di kaki sebelah kanan, klien mengatakan orang disekitarnya tidak ada yang peduli dengan dirinya, klien mengatakan dirinya tidak berharga, klien tampak sedih, lesu tidak semangat, banyak diam.

Lakukanlah proses keperawatan pada kasus tersebut!

1. Buat pengkajian
2. Tegakkan diagnosis keperawatan
3. Buat intervensi
4. Lakukan implementasi
5. Lakukan evaluasi
6. Buat pendokumentasian

Latihan soal

1. Seorang perempuan, umur 32 tahun, dirawat di RSJ sejak seminggu yang lalu dengan keluhan pasien selalu mengungkapkan “Saya mau mati, jangan pernah bantu saya”. Hasil pengkajian: pasien tampak menunduk, murung, tidak bergairah, pasien tampak membenturkan kepalanya, mengamuk, melempar barang.
Apakah diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
 - A. Risiko Bunuh Diri
 - B. Harga Diri Rendah Kronis
 - C. Risiko Perilaku Kekerasan
 - D. Perilaku Kekerasan
 - E. Isolasi Sosial

2. Seorang laki-laki, umur 40 tahun, dirawat di RSJ dengan keluhan pasien selalu mengungkapkan “merasa bersalah, merasa kesedihan, marah, putus asa dan tidak berdaya”. Hasil pengkajian: kontak mata pasien tidak ada, pasien tampak mondar-mandir, tampak sedih sering menagis. Telah dilakukan pengkajian Suicidal dengan hasil skor 2.
Apakah intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
 - A. Diskusikan harapan tentang masa depan
 - B. Latih cara mengendalikan keinginan mencederai diri
 - C. Amankan lingkungan dari risiko bunuh diri
 - D. Berikan motivasi
 - E. Minta pasien hubungi care giver

3. Seorang laki-laki, umur 65 tahun, dirawat di RSJ sejak 2 bulan yang lalu. Pasien mengatakan tidak berguna lagi untuk hidup lebih baik saya mati saja, pasien selalu merasa bersalah. Hasil pengkajian pasien mempunyai riwayat gagal menikah, sejak 4 bulan yang lalu, pasien mempunyai riwayat bunuh diri dengan menusuk perutnya dengan gunting.
Apakah faktor presipitasi pada kasus tersebut?
- A. Hidup Sendiri
 - B. Mengalami Kegagalan
 - C. Genetik
 - D. Jenis Kelamin
 - E. Keputusan
4. Seorang perempuan, umur 41 tahun, diagnosa medis skizofrenia, dirawat di RSJ sejak 1 minggu. pasien telah dilatih untuk mengendalikan keinginan bunuh diri dengan cara membuat daftar kegiatan positif dan pikiran positif.
Apakah intervensi keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- A. Diskusikan dan buat daftar aspek positif dari orang yang berarti dalam hidup dan lakukan afirmasi positif
 - B. Diskusikan dan buat daftar aspek positif dari lingkungan yang berarti dalam hidup dan lakukan afirmasi positif
 - C. Latih semua aspek positif yang dimiliki: dari dalam diri, dan orang berarti dalam hidup

- D. Latih mengevaluasi perasaan dan pikiran atas keberhasilan positif
 - E. Berikan reinforcement atas keberhasilan pasien
5. Seorang laki-laki, umur 39 tahun, dirawat di RSJ dengan skizofrenia. Hasil pemeriksaan fisik: pasien tampak menunduk, pasien mengungkapkan ingin mengakhiri hidupnya karena lingkungan tempat tinggalnya tidak mau menerimanya, pasien tampak sedih, dan menangis.
- Apakah jenis bunuh diri pada kasus tersebut?
- A. Egoistik
 - B. Altruistik
 - C. Ide bunuh diri
 - D. Anomik
 - E. Isyarat bunuh diri

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA : WAHAM

Deskripsi

Gangguan proses pikir waham merupakan gangguan isi pikir, dimana adanya suatu keyakinan yang dipegang teguh oleh seseorang namun tidak memiliki bukti-bukti yang jelas. Waham merupakan gejala positif dari skizofrenia dan biasanya orang yang memiliki gejala ini akan melakukan hal-hal yang sesuai dengan wahamnya, seperti: memiliki rasa curiga kepada orang lain maupun diri sendiri, merasa menjadi seseorang yang memiliki kekuasaan, merasa memiliki kekuatan yang melebihi kekuatan manusia, merasa memiliki penyakit yang parah, ataupun merasa sudah meninggal dunia. Materi ini akan membahas terkait tentang pengertian waham, etiologi waham, proses terjadinya waham, rentang respon waham, klasifikasi waham, pengkajian keperawatan waham, diagnosis keperawatan waham, intervensi keperawatan waham, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan Waham

Tujuan Pembelajaran

Learning Output (Capaian Pembelajaran) yang dibebankan mata kuliah.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

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

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu:

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

Uraian Materi

A. Waham

1. Definisi

Waham merupakan masalah gangguan isi pikir dimana adanya keyakinan kuat yang terus dipertahankan namun kebenarannya tidak dapat

dibuktikan dan tidak dapat dikoreksi dengan alasan apapun (Victoryna et al., 2020).

2. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah jumlah koping yang dipengaruhi oleh faktor risiko dan faktor protektif (Stuart, 2016).

1) Faktor Biologis

Keterlibatan keluarga dianggap sangat kuat jika dikaitkan dengan waham. Seseorang yang memiliki anggota keluarga yang dimanifestasikan dengan gangguan waham akan memiliki peluang besar mengalami hal yang sama jika dibandingkan dengan populasi umum. Kembar juga dianggap menjadi salah satu faktor yang terlibat dalam proses terjadinya waham (Syahfitri et al., 2018).

2) Faktor Psikologis

Gagalnya melalui tahapan perkembangan karena adanya konflik dalam keluarga, adanya perasaan kesepian, ditolak atau dijauhi orang lain, ketidakharmonisan hubungan dengan orang lain, serta mengalami perpisahan dengan orang yang disayangi/cintai (Pakpahan, 2021).

3) Faktor Sosiokultural

Faktor sosiokultural yang dianggap terlibat dalam proses terjadinya waham adalah status sosial, umur, pendidikan, agama dan kondisi politik.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah suatu stimulus yang dipresepsikan individu baik berupa kesempatan, tantangan dan ancaman/tuntutan menjadi *stressor* (Stuart et al., 2016). *Stressor* dalam presipitasi terdiri atas sifat, asal, waktu dan jumlah *stressor*. Beberapa faktor presipitasi pada pasien waham adalah:

1) Faktor Biologis

Riwayat pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, riwayat mengalami penyakit kronis, riwayat mengalami trauma kepala/jatuh, riwayat menggunakan Napza, dan herediter.

2) Faktor Psikologis:

Pengalaman yang tidak menyenangkan, konsep diri yang terganggu, intelegualitas, kepribadian, moralitas, mekanisme koping dan keterampilan komunikasi secara verbal. Stress biologis yang berada diambang batas toleransi terhadap stres yang berinteraksi dengan stres lingkungan menentukan terjadinya gangguan perilaku

(Pakpahan, 2021). Proses pengolahan informasi yang berlebihan juga menjadi faktor terjadinya waham (Tumanggor, 2021).

3) Faktor Sosiokultural

Pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, pola asuh dan komunikasi dalam keluarga, kegiatan sosial di masyarakat, dan kegiatan spiritual menjadi faktor sosiokultural yang berhubungan dengan kejadian waham.

3. Proses Terjadinya Waham

Proses terjadinya waham dihubungkan dengan fase-fase yang terjadi, yaitu:

a. Fase kebutuhan manusia rendah (*lack of human need*)

Waham sering dialami oleh seseorang yang memiliki status sosial dan ekonomi yang rendah. Waham diawali dengan adanya keterbatasan kebutuhan fisik maupun psikis, sehingga mendorong individu yang mengalami untuk memenuhinya dengan melakukan kompensasi yang salah. Kompensasi yang salah biasanya akan menghasilkan kesenjangan antara kenyataan (*reality*) dengan ideal diri. Contohnya: seseorang yang tidak memiliki ekonomi yang cukup sangat ingin memiliki mobil, rumah, laptop, dll.

- b. Fase kepercayaan diri rendah (*lack of self esteem*)

Fase ini merupakan fase dimana adanya perbedaan signifikan yang terjadi antara ideal diri dengan kenyataan, sehingga timbulnya perasaan malu dan tidak berharga yang dirasakan.

- c. Fase pengendalian internal dan eksternal (*control internal and external*)

Setiap manusia memiliki kebutuhan untuk diakui dan diterima oleh lingkungan. Kebutuhan untuk diakui dan diterima menjadi hal yang prioritas bagi seseorang yang tidak mendapatkannya dengan optimal sejak kecil. Pada fase ini pasien akan mulai berpikir secara rasional terkait yang diyakininya merupakan sebuah kebohongan yang tidak sesuai dengan kenyataan tetapi merupakan sebuah cara untuk menutupi kekurangan. Pada fase ini menghadapi kenyataan merupakan salah satu hal yang sangat berat bagi pasien karena lingkungan yang tidak mau memberikan koreksi secara terus-menerus serta terjadinya pengendalian terhadap diri dan lingkungan pasien.

- d. Fase dukungan lingkungan (*environment support*)

Pada fase ini dukungan dari lingkungan sekitar yang tidak membantah keyakinan pasien, menyebabkan pasien merasa didukung

dan lama-kelamaan menganggap semua yang dia katakan adalah sebuah kebenaran, sehingga terjadinya kerusakan kontrol diri dimana superego sudah tidak berfungsi sehingga tidak ada lagi perasaan berdosa saat melakukan kebohongan.

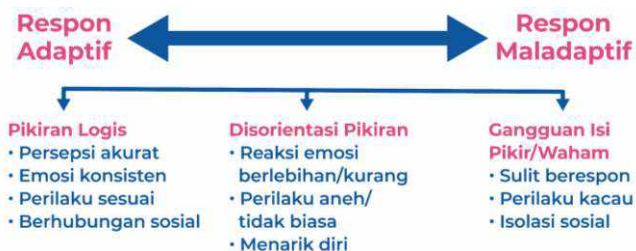
e. Fase nyaman (*comforting*)

Fase ini pasien sudah merasa nyaman dengan keyakinan dan merasa semua orang mendukung dan mempercayainya. Pada tahap ini biasanya pasien akan lebih suka menyendiri dan menjauhi interaksi sosial sehingga menimbulkan halusinasi.

f. Fase peningkatan (*improving*)

Pada fase ini akan terjadi peningkatan keyakinan yang salah dari pasien karena tidak adanya konfrontasi atau upaya koreksi dari lingkungan. Jenis waham yang muncul biasanya akan berkaitan dengan kejadian traumatik masa lalu atau terkait kebutuhan yang tidak terpenuhi. Waham akan bersifat menetap, sulit dikoreksi, serta isi waham dapat menimbulkan ancaman terhadap diri dan orang lain.

4. Rentang Respons



Gambar 3.1 Rentang Respon Waham

5. Klasifikasi Waham

a. Waham curiga

Keyakinan pasien yang merasa sedang diserang, ditipu, disiksa dan diganggu komplotan.

b. Waham referensi

Keyakinan dari pasien yang merasa bahwa objek, kejadian yang terjadi atau orang memiliki makna pribadi pada pasien yang umumnya dalam bentuk negatif yang diturunkan dari ide referensi bahwa ia sedang dibicarakan orang lain.

c. Waham kebesaran

Keyakinan pasien bahwa memiliki kepentingan, kemampuan, kekuatan, pengetahuan, atau identitas yang berlebihan dan memiliki hubungan khusus dengan dewa atau orang terkenal.

d. Waham rasa bersalah atau ketidakberhargaan

Biasanya sering ditemukan pada penyakit depresi dan sering disebut waham depresi.

Merupakan keyakinan akan kesalahan yang kecil pada masa lalu dan rasa malu yang dibawa oleh pasien atas kesalahannya akan membawa ganti rugi pada keluarganya.

e. Waham nihilistik

Waham ini dihubungkan dengan derajat ekstrim dari *mood* depresi. Keyakinan pasien bahwa dirinya atau orang lain sudah tidak ada lagi di dunia ini atau sudah meninggal, keyakinan bahwa kariernya sudah berakhir, keyakinan akan mati, dan keyakinan bahwa dunia merupakan suatu malapetaka.

f. Waham somatik

Keyakinan palsu yang diyakini oleh pasien menyangkut fungsi tubuh, yaitu merasa memiliki penyakit, cacat fisik, atau kondisi medis umum lainnya.

g. Waham agama

Adanya keyakinan berlebihan atau tidak biasa dan dipegang kuat, diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai dengan kenyataan terhadap suatu agama.

h. Waham *bizarre*/pengendalian

Keyakinan pasien bahwa tindakan, perasaan, dan kemauannya berasal, dipengaruhi, dan dikendalikan oleh orang atau kekuatan dari luar. Contoh: keyakinan bahwa pikirannya telah ditarik keluar, keyakinan bahwa beberapa pikirannya adalah bukan miliknya namun telah ditanamkan ke dalam

pikirannya oleh kekuatan dari luar (waham sisip pikir), dan keyakinan bahwa pikirannya telah diketahui oleh orang lain, seolah-olah setiap orang dapat membaca pikirannya (waham siar pikir).

❖ **Asuhan Keperawatan pada Pasien Waham**

1. Pengkajian

Beberapa hal yang harus dikaji pada pasien waham, yaitu:

a. Status mental

Pasien waham biasanya akan menunjukkan hasil status mental yang normal, namun akan menunjukkan hasil tidak normal jika terdapat sistem waham yang terlihat sangat jelas. Pada pasien waham curiga akan muncul rasa curiga yang sangat berlebihan, pada pasien waham kebesaran akan muncul peningkatan pada identitas diri, terdapat depresi ringan, *mood* akan konsisten sesuai dengan isi waham, dan pada beberapa kasus dapat muncul halusinasi pendengaran.

b. Sensorium dan kognisi

Pada pasien waham tidak terdapat kelainan pada orientasi, kecuali yang memiliki waham yang spesifik tentang waktu, tempat dan situasi, Tidak terdapat kelainan pada daya ingat dan proses pikir, memiliki daya tilik (*insight*) yang jelek.

2. Tanda dan Gejala

Menurut PPNI (2017) tanda dan gejala dari Waham adalah:

Tanda dan gejala Mayor

Data Subjektif: mengungkapkan isi dari waham yang dialami

Data Objektif:

- a. Menunjukkan perilaku sesuai isi waham
- b. Isi pikir tidak sesuai realitas
- c. Isi pembicaraan sulit dimengerti

Tanda dan gejala Minor

Data Subjektif:

- a. Mengalami kesulitan untuk konsentrasi
- b. Perasaan kuatir yang dirasakan

Data Objektif:

- a. Tampak curiga
- b. Tampak waspada
- c. Berbicara terus-menerus
- d. Bersikap menantang dan bermusuhan
- e. Tampak tegang
- f. Mengalami perubahan pola tidur
- g. ketidakmampuan membuat keputusan
- h. *Flight of idea*
- i. Kurang produktif
- j. Tidak mampu merawat diri
- k. Tidak berinteraksi dengan sosial

3. Diagnosis

Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon masalah

Diagnosis Keperawatan:

- a. Perubahan proses pikir: Waham berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronik
- b. Risiko kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan waham

4. Intervensi

Fokus utama pemberian intervensi keperawatan pada pasien waham adalah melakukan orientasi pada realita, menstabilkan proses pikir dan juga keamanan pada pasien (Towsend, 2015). Pasien dengan waham harus dikembalikan pada realita dan membuktikan bahwa hal-hal yang dikemukakannya tidak berdasarkan fakta dan tidak bisa diterima. Pelaksanaan standar asuhan keperawatan jiwa ners serta latihan deeskalasi terhadap agresifitas pada pasien skizofrenia mampu menurunkan intensitas waham (Victoryna et al., 2020).

Tujuan

Setelah diberikan asuhan keperawatan, pasien mampu:

- a. Melakukan identifikasi etiologi, tanda dan gejala serta dampak dari waham
- b. Melakukan latihan orientasi orang, waktu, tempat dan lingkungan
- c. Memahami manfaat dan keuntungan minum obat, kerugian tidak minum obat, serta mampu melaksanakan prinsip 6 benar minum obat
- d. Memenuhi kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi akibat waham
- e. Melakukan kegiatan-kegiatan atau aspek positif yang dimiliki

Tindakan Keperawatan:

Tindakan Keperawatan Individu

- a. Bina hubungan saling percaya dan bantu orientasi realitas

Ucapkan salam secara terapeutik, memberikan jabatan tangan, menjelaskan tujuan, melakukan kontrak waktu, tempat, serta topik setiap bertemu dengan pasien. Hal terpenting yang harus diperhatikan adalah tidak mendukung atau membantah pasien, memastikan pasien aman dengan melakukan observasi pengaruh dari waham terhadap aktivitas sehari-hari, dan memberikan pujian jika penampilan dan orientasi sesuai dengan realita.

- b. Jelaskan dan latih klien minum obat dengan prinsip enam benar minum obat, manfaat/keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat

Mendiskusikan kepada pasien manfaat minum obat, kerugian jika tidak minum obat, melatih 6 prinsip minum obat, serta membantu pasien untuk memasukkan kegiatan minum obat dalam kegiatan harian.

- c. Latih cara pemenuhan kebutuhan dasar

Berdiskusi dengan pasien terkait kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi sebagai akibat dari waham, melatih cara untuk memenuhi kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi, dan membantu untuk memasukkan ke dalam kegiatan harian terjadwal.

- d. Latih kemampuan positif yang dimiliki

Berdiskusi terkait kemampuan positif yang dimiliki oleh pasien, melatih kemampuan positif yang dipilih, serta memasukkan latihan kemampuan positif ke dalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan keperawatan Keluarga

Intervensi pada keluarga merupakan salah satu hal yang sangat penting untuk keberhasilan dari perawatan pasien waham di rumah. Melibatkan keluarga dalam perawatan pasien waham di rumah merupakan salah satu tindakan

yang sangat efektif untuk dilakukan oleh perawat (Victoryna et al., 2020).

Tujuan

Setelah diberikan asuhan keperawatan, keluarga mampu:

- a. Mengetahui masalah waham yang dialami oleh anggota keluarga
- b. Membuat keputusan dalam merawat pasien waham
- c. Melakukan perawatan pada pasien waham
- d. Menyediakan lingkungan yang terapeutik
- e. Menggunakan fasilitas kesehatan untuk *follow up* pasien waham

Tindakan:

- a. Diskusikan kondisi waham yang dialami pasien dengan keluarga:
 - 1) Mengkaji masalah-masalah yang dialami keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami waham
 - 2) Memberikan Pendidikan kesehatan terkait pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta proses terjadinya waham
 - 3) Melakukan diskusi dengan keluarga terkait hal-hal yang mungkin akan terjadi pada pasien waham
 - 4) Membantu keluarga untuk mampu membuat keputusan bersedia merawat pasien waham

- b. Diskusikan dengan keluarga tentang cara merawat pasien waham:
- 1) Menjelaskan hal-hal yang harus dilakukan keluarga dalam merawat pasien dengan waham seperti selalu membimbing, memberikan motivasi dan pujian saat pasien mau latihan orientasi realita
 - 2) Membimbing, memberikan motivasi kepada pasien untuk minum obat dengan prinsip 6 benar
 - 3) Membimbing, memberikan motivasi kepada pasien untuk mampu memenuhi kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi karena waham
 - 4) Membimbing, memberikan motivasi kepada pasien untuk melatih kemampuan positif yang dimiliki
 - 5) Mendiskusikan dan meminta anggota keluarga yang harus terlibat dalam perawatan pasien waham
 - 6) Mendiskusikan terkait setting lingkungan rumah yang dapat mendukung perawatan pasien waham
- c. Diskusikan dengan keluarga tentang cara menggunakan layanan kesehatan untuk melakukan rujukan saat pasien memiliki tandan dan gejala kekambuhan:
- 1) Menjelaskan manfaat layanan kesehatan dan cara menggunakannya

- 2) Menjelaskan kemungkinan pasien akan mengalami kekambuhan, menjelaskan tanda dan gejala dari kekambuhan
- 3) Memotivasi menggunakan layanan kesehatan ketika dan dan gejala kekambuhan mulai muncul

5. Evaluasi

Pasien

- a. Pasien mampu mengungkapkan keyakinannya yang sudah sesuai dengan kenyataan
- b. Pasien mampu melakukan komunikasi sesuai dengan kenyataan
- c. Pasien dapat patuh minum obat dengan prinsip 6 benar

Keluarga

- a. Keluarga mampu membantu pasien waham untuk dapat mengungkapkan keyakinannya yang sudah sesuai dengan kenyataan
- b. Keluarga mampu memotivasi pasien untuk melakukan kegiatan sesuatu dengan kemampuan dan kebutuhan
- c. Keluarga mampu memotivasi pasien patuh minum obat dengan prinsip 6 benar

6. Pendokumentasian

Tabel 3.1 Pendokumentasian

Hr/Tgl/Jam	Implementasi Tindakan Keperawatan	Paraf & Nama
Rabu, 27 Desember 2022 10.10	1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien	Ttd Ns. Yinta
Rabu, 27 Desember 2022 11.00	1. Membantu orientasi realitas	Ttd Ns. Yinta

Tabel 3.2 Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Hr/Tgl/Jam	PPA	Hasil assessment Pasien Pemberian Pelayanan	Instruksi PPA	Review & Verifikasi DPJP
Rabu, 27 Desember 2022 10.10	Ners	<p>S : Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang Pejabat Tinggi Negara Indonesia</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien berbicara terus menerus 2. <i>Flight of idea</i> 3. Bersikap bermusuhan 	<p>Untuk PP Sore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji kembali tanda dan gejala waham • Bantu orientasi realitas • Tidak mendukung atau membantah klien • Observasi pengaruh dari waham terhadap 	

		<p>A: Waham Kebesaran</p> <p>P: Waham Kebesaran dapat dikontrol dengan kriteria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mampu melakukan identifikasi etiologi, tanda dan gejala serta dampak dari waham 2. mampu melakukan latihan orientasi orang, waktu, tempat dan lingkungan 3. mampu memahami manfaat dan keuntungan minum obat, kerugian tidak minum obat, serta mampu melaksanak an prinsip 6 benar minum obat 4. mampu memenuhi kebutuhan 	<p>aktivitas sehari- hari, dan memberik an pujian jika penampila n dan orientasi sesuai dengan realita.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivasi ADL Sore <p>PP Malam: Kaji kembali tanda dan gejala waham</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bantu orientasi realitas • Tidak menduku ng atau membant ah klien • Observasi pengaruh dari waham terhadap aktivitas sehari- hari, dan memberik an pujian jika penampilan dan 	
--	--	---	--	--

		<p>dasar yang tidak terpenuhi akibat waham</p> <p>5. mampu melakukan kegiatan-kegiatan atau aspek positif yang dimiliki</p> <p>ttd</p> <p>Ns. Yinta</p>	<p>orientasi sesuai dengan realita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivasi ADL Pagi 	
--	--	---	--	--

Latihan soal

1. Tn A, umur 30 tahun, dirawat di rumah sakit jiwa sudah 2 minggu, hasil pengkajian pasien tampak sering berbaring di lantai ruangan, sering berdiam diri, memejamkan mata, mengatakan bahwa seseorang sedang mencoba memasuki pikirannya dan mencoba mengendalinya.
Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus di atas?
 - A. Waham curiga
 - B. Waham agama
 - C. Waham nihilistik
 - D. Waham siar pikir
 - E. Waham sisip pikir

2. Ny. N, umur 47 tahun, dirujuk ke klinik jiwa, karena sudah lebih dari 6 bulan selalu mengeluh sakit di daerah abdomen. Hasil pemeriksaan medis tidak ditemukan masalah apapun dan pasien dinyatakan sehat. Pasien selalu mengatakan ada tumor di perutnya, harus dilakukan USG dan diobati.
Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus di atas?
 - A. Waham curiga
 - B. Waham somatik
 - C. Waham nihilistik
 - D. Waham siar pikir
 - E. Waham sisip pikir

3. Tn A, umur 50 tahun, dirawat di rumah sakit jiwa sejak 1 minggu. Pasien sering berpenampilan seperti seorang dukun, memakai handuk atau sprai, menjadikannya sorban, dan mengunyah apapun yang ditemukannya. Pasien mengaku bahwa dia adalah salah satu dari wali songo yang menyebarkan agama Islam.

Apakah masalah keperawatan utama pada kasus di atas?

- A. Waham Curiga
 - B. Waham Agama
 - C. Waham Somatik
 - D. Waham Nihilistik
 - E. Waham kebesaran
4. Tn W, umur 24 tahun, dirawat di rumah sakit jiwa sejak 5 hari. Pasien berpenampilan rapih, tampak seperti sedang berpikir, sering marah-marah jika keinginannya tidak dipenuhi, suka memerintah, mengatakan bahwa dia adalah Menteri Olahraga sehingga harus dihormati dan dihargai.
- Apakah masalah keperawatan utama pada kasus di atas?
- A. Waham Curiga
 - B. Waham Agama
 - C. Waham Somatik
 - D. Waham Nihilistik
 - E. Waham kebesaran

5. Ny. R, umur 52 tahun, dirawat di rumah sakit jiwa sejak 2 minggu. Pasien mengatakan sering mendengar suara Nabi Muhammad yang berbicara kepadanya agar selalu melakukan kebaikan, menolong orang yang sedang membutuhkan dan menghukum orang yang berdosa. Hasil observasi pasien tampak mendominasi saat berada dalam kelompok.
- Apakah tindakan keperawatan utama untuk menyelesaikan kasus di atas?
- A. Membantu orientasi realitas
 - B. Melatih cara pemenuhan kebutuhan dasar
 - C. Melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik
 - D. Mendiskusikan kebutuhan psikologis atau emosional yang tidak terpenuhi
 - E. Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk follow up

BAB IV

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI HALUSINASI

Deskripsi

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dan sering sekali diidentikkan dengan skizofrenia. Klien yang mengalami halusinasi biasanya akan terjadi perubahan sensori persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal sehingga merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Sebagian besar dari seluruh klien dengan skizofrenia mengalami halusinasi.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari pokok bahasan asuhan keperawatan pada klien dengan Halusinasi, diharapkan mahasiswa mampu menyusun dan memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan Halusinasi.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari sub pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan:

1. Menjelaskan definisi halusinasi
2. Menjelaskan etiologi halusinasi
3. Menjelaskan rentang respons neurobiologi
4. Menjelaskan fase-fase halusinasi
5. Menjelaskan klasifikasi halusinasi

6. Melakukan pengkajian pada klien halusinasi
7. Merumuskan diagnosis keperawatan pada klien halusinasi
8. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien halusinasi
9. Melakukan tindakan keperawatan pada klien halusinasi
10. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada klien halusinasi

Uraian Materi

A. Halusinasi

1. Definisi

Satu gejala positif yang muncul dari skizofrenia adalah halusinasi (Sri, 2013). Halusinasi merupakan gejala gangguan jiwa yang merasakan suatu stimulus tetapi tidak karena adanya rangsangan dari luar (Dalami, 2014). Halusinasi adalah kondisi hilangnya kemampuan dalam membedakan rangsangan internal atau pikiran dengan rangsangan eksternal atau dunia luar. Dampak yang ditimbulkan oleh halusinasi adalah hilangnya kontrol diri dengan mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Klien halusinasi berisiko melakukan bunuh diri (Maulana et al., 2021). Halusinasi yang tidak diatasi lebih lanjut dapat menyebabkan perubahan pada perilaku yaitu agresi, bunuh diri, menarik diri dari lingkungan dan juga dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain (Wahyuni et al., 2011).

2. Etiologi

Penyebab seseorang mengalami halusinasi terdiri atas faktor predisposisi dan faktor presipitasi yaitu faktor biologis, psikologis, dan sosial kultural.

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah jumlah koping yang dipengaruhi oleh faktor risiko dan faktor protektif (Stuart, 2016).

1) Faktor Biologis

Faktor biologis erat kaitannya dengan ketidakseimbangan neurotransmitter dan neuropatologi. Beberapa zat kimia di otak yang berlebihan seperti dopamine neurotransmitter sangat dianggap erat kaitannya dengan terjadinya skizofrenia: Halusinasi (Santri, 2019). Tiga aspek area otak yang terlibat dalam proses terjadinya halusinasi adalah sistem limbik, lobus frontalis, dan hipotalamus (Wahyuni et al., 2011). Sistem limbik dan lobus frontal yang mengalami kerusakan akan menimbulkan perilaku yang tidak terkendali dan terkontrol, sedangkan kerusakan pada hipotalamus mengakibatkan terjadinya masalah pengaturan *mood* dan motivasi. Aspek biologis genetik merupakan salah satu penyebab yang dialami oleh pasien yang mengalami halusinasi (Aldam & Wardani, 2019). Salah satu pengkajian aspek

biologis pasien dengan halusinasi terbanyak disebabkan oleh faktor genetik (Sri, 2013).

2) Faktor Psikologis

Faktor psikologis terdiri atas konsep diri, intelegualitas, kepribadian, moralitas, pengalaman masa lalu, koping dan keterampilan komunikasi secara verbal. Dari hasil pengkajian aspek psikologis yang dilakukan ditemukan data bahwa masa lalu yang tidak menyenangkan menjadi penyebab halusinasi (Sri, 2013). Konsep diri terdiri atas gambaran diri, citra tubuh, ideal diri, peran diri, dan harga diri. Gambaran diri adalah pandangan dan sikap individu terhadap dirinya. Pasien halusinasi sering mengabaikan gambaran dirinya dengan selalu memandangi dirinya secara negatif. Pasien halusinasi biasanya memiliki kepribadian yang tertutup (Sianturi, 2020). Ketidakmampuan menilai diri serta ketidakmampuan memperbaiki keadaan menjadi lebih baik biasanya terjadi pada pasien halusinasi (Sri, 2013).

Penerimaan peran diri yang negatif akan mengakibatkan terjadinya perubahan persepsi seseorang dalam memandangi aspek positif yang dimilikinya (Prabowo, 2014). Peran merupakan salah satu bagian

dari konsep diri. Bingung peran pada seseorang dapat berdampak pada rapuhnya kepribadian yang mengakibatkan terjadinya gangguan konsep diri, dan jika menarik diri dari lingkungan sosial dapat menjadi salah satu penyebab timbulnya halusinasi (Erviana & Hargiana, 2018). Pasien halusinasi memerlukan perhatian yang cukup besar untuk dapat mengembalikan konsep dirinya.

3) Faktor Sosiokultural

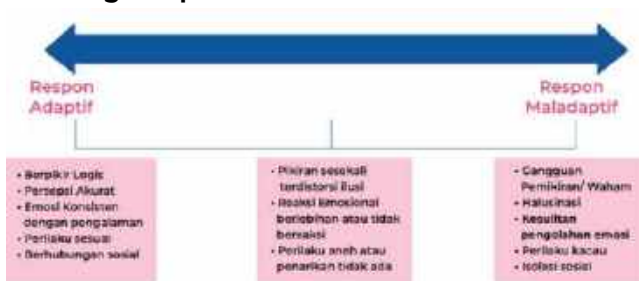
Meliputi status sosial, umur, Pendidikan, agama dan kondisi politik (Sianturi, 2020). Pengkajian aspek sosiokultural didapatkan hasil bahwa klien halusinasi terbanyak disebabkan oleh masalah pekerjaan dan belum menikah (Sri, 2013).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah suatu stimulus yang didapatkan oleh seseorang yang dipresepsikan sebagai sebuah ancaman, kesempatan, ataupun tantangan berupa *stressor* (Stuart, 2016). *Stressor* dalam presipitasi terdiri atas sifat, asal, waktu dan jumlah *stressor* (Stuart et al., 2016). Beberapa faktor presipitasi pada pasien halusinasi adalah:

- 1) Faktor Biologis: memiliki riwayat mengalami gangguan jiwa sebelumnya, adanya riwayat penyakit kronis, pernah mengalami trauma kepala/jatuh, adanya riwayat menggunakan Napza, dan memiliki anggota keluarga yang mengalami kondisi yang sama (*herediter*)
- 2) Faktor Psikologis: Faktor psikologis yang mempengaruhi seseorang mengalami halusinasi adalah pengalaman masa lalu, konsep diri (gambaran diri, identitas diri, ideal diri, peran, dan harga diri), kepribadian, intelektualitas, moralitas, mekanisme koping dan kemampuan komunikasi secara verbal (Stuart, 2016)
- 3) Faktor Sosiokultural: Pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, komunikasi dan pola asuh dalam keluarga, kegiatan spiritual serta kegiatan sosial dalam masyarakat

3. Rentang Respons



Gambar 4.1 Rentang Respon Neurobiologis

4. Tanda dan Gejala

Data Subjektif:

- a. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- b. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan
- c. Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu
- d. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, hantu atau monster
- e. Merasakan rasa seperti darah, urine atau feses
- f. Merasa takut dan senang dengan halusinasinya
- g. Merasa kesal

Data Objektif:

- a. Distorsi sensori
- b. Respon tidak sesuai
- c. Bersikap seolah-olah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu
- d. Menarik diri dari lingkungan
- e. Berdiam diri seperti memikirkan sesuatu
- f. Kurang konsentrasi
- g. Tidak mengetahui waktu, tempat, orang atau situasi yang sedang terjadi
- h. Curiga dan ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- i. Melihat atau menunjuk-nunjuk ke suatu tempat atau objek
- j. Berjalan mondar-mandir di tempat yang sama

- k. Berbicara sendiri
- l. Sering meludah
- m. Menutup hidung
- n. Menggaruk-garuk permukaan kulit
- o. Menutup telinga

5. Fase-fase Halusinasi

Tabel 4.1 Fase Halusinasi

No	Level Halusinasi	Karakteristik Halusinasi	Perilaku Pasien
1.	Tahap 1: <i>Fase Comforting</i> (Non-psikotik) Merupakan fase menyenangkan karena munculnya perasaan nyaman pada penderita halusinasi, tingkat orientasi adalah sedang,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengalami kecemasan, perasaan sepi, ketakutan, dan merasa bersalah 2. Mencoba fokus pada pikiran yang dapat menghilangkan kecemasan 3. Pikiran dan pengalaman sensorik masih ada dalam kontrol kesadaran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersenyum sendiri 2. Tertawa-tawa sendiri 3. Menggerakkan bibir tanpa suara 4. Pergerakan mata yang cepat 5. Diam dan berkonsentrasi 6. Respon verbal yang lambat
2.	Tahap II: <i>Fase Condemning</i> (Non-psikotik) Merupakan fase halusinasi menjadi menjijikkan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalaman sensori yang menakutkan 2. Kecemasan mulai meningkat 3. Mulai munculnya suara bisikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terjadinya peningkatan pada sistem saraf otak 2. Muncul tanda-tanda ansietas yaitu peningkatan

		<p>yang sangat tidak jelas</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien masih dapat mengontrol halusinasinya karena tidak ingin orang lain mengetahuinya 5. Melamun dan berpikir sendiri semakin terlihat dominan 	<p>denyut jantung, pernafasan, dan tekanan darah</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Rentang perhatian terhadap lingkungan menyempit 4. Konsentrasi terhadap pengalaman sensorik menurun 5. Kehilangan kemampuan dalam membedakan anatar halusianasi dengan realita
3.	<p>Tahap III: <i>Fase Controlling</i> (Psikotik) Merupakan fase dimana pasien biasanya sudah tidak bisa mengontrol dan menolak halusinasi, tingkat ansietas menjadi berat.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menyerah dan menerima pengalman sensoriknya 2. Isi halusinasi menjadi antraktif 3. Pasien merasa kesepian bila pengalaman sensori berakhir 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menuruti perintah halusinasi 2. Sulit berkomunikasi dengan orang lain 3. Rentang perhatian dengan lingkungan hanya sesaat 4. Terjadi tanda-tanda

			<p>ansietas berat: tremor, berkeringat, dan tidak dapat mengikuti perintah realita</p>
4.	<p>Tahap IV: <i>Fase Conquering</i> (Psikotik) Merupakan fase dimana pasien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi dan biasanya pasien terlihat panik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Halusinasi menjadi ancaman karena mengancam, membentak, dan memarahi pasien 2. Pasien tampak takut, tidak berdaya, hilang kontrol dan tidak dapat berhubungan realita dengan orang disekitar 3. Halusinasi yang dirasakan berlangsung dalam beberapa jam atau beberapa hari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku panik 2. Memiliki potensi melakukan bunuh diri 3. Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri atau katatonia 4. tidak memiliki kemampuan merespon terhadap perintah yang kompleks 5. Tidak mampu berespon lebih dari satu orang

6. Klasifikasi Halusinasi

Tabel 4.2 Klasifikasi Halusinasi

No	Jenis Halusinasi	Karakteristik
1.	Halusinasi pendengaran/ <i>Auditori</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Mendengar suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun sangat jelas2. Mendengar suara yang mengajak berbicara pasien3. Pasien terkadang mau melakukan sesuatu yang diperintahkan oleh halusinasi
2.	Halusinasi penglihatan/ <i>Visual</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Stimulus visual yang muncul dalam bentuk gambaran geometris, cahaya, gambaran kartun, bayangan yang rumit dan kompleks2. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan3. Pasien terlihat tampak ketakutan yang tidak jelas atau menunjuk-nunjuk ke arah sesuatu
3.	Halusinasi penghidu/ <i>olfactory</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Menghirup bau-bauan tertentu seperti bau darah, bau urine, atau bau feses (biasanya bau-bau tidak menyenangkan)
4.	Halusinasi peraba/ <i>tactile</i>	<ol style="list-style-type: none">2. Adanya ketidaknyamanan berupa rasa nyeri tanpa ada stimulus yang jelas3. Pasien terlihat tampak sedang membaui bau-bauan tertentu atau menutup hidung

5.	Halusinasi pengecapan/ <i>gustatory</i>	1. Rasa mengecap sesuatu seperti darah, urine atau feses yang membuat pasien tampak sering meludah atau muntah
6.	Halusinasi <i>sinestetik</i>	1. Merasakan bahwa fungsi tubuh sedang bekerja, seperti: darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan sedang dicerna atau proses pembentukan urine
7.	Halusinasi <i>kinestetik</i>	1. Pasien merasakan badan sedang bergerak namun saat itu sedang tidak bergerak sama sekali

❖ **Asuhan Keperawatan pada Pasien Halusinasi**

Proses keperawatan adalah proses yang interaktif untuk menyelesaikan masalah dengan cara yang sistematis dan secara individual untuk mencapai asuhan keperawatan.

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien halusinasi dalam mengontrol pasien akan mempengaruhi kemampuan kognitif dan psikomotor pasien, sehingga terjadi penurunan tanda dan gejala halusinasi yang muncul (Sri, 2013). Proses keperawatan terdiri atas: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data untuk mengetahui proses

maladaptif dalam rentang kehidupan pasien yang digunakan sebagai dasar untuk memberikan asuhan keperawatan. pengkajian keperawatan pada pasien halusinasi tidak hanya berfokus untuk mengumpulkan data, namun merupakan salah satu wadah untuk membina hubungan saling percaya kepada pasien dengan menggunakan Teknik komunikasi terapeutik. Diharapkan melalui pengkajian keperawatan pasien halusinasi mampu mengungkapkan permasalahan yang dialami dan mampu mengungkapkan harapan dari pemulihannya. Proses terjadinya halusinasi pada pasien dengan halusinasi menggunakan konsep stressor dari faktir predisposisi dan presipitasi (Stuart, 2016). Faktor Predisposisi dan Presipitasi yang perlu dikaji dari pasien halusinasi adalah:

a. Faktor Biologis

- 1) Perkembangan sistem saraf yang tidak normal
- 2) Riwayat mengalami gangguan jiwa sebelumnya
- 3) Riwayat memiliki penyakit kronis
- 4) Riwayat mengalami trauma kepala/jatuh
- 5) Riwayat penggunaan Napza
- 6) Herediter

b. Faktor Psikologis

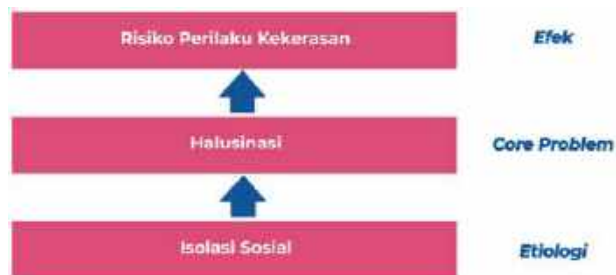
Faktor psikologis yang mempengaruhi seseorang mengalami halusinasi menurut Stuart (2016) adalah pengalaman masa lalu, konsep diri, intelegualitas, kepribadian,

moralitas, mekanisme koping dan keterampilan komunikasi secara verbal.

- 1) Pengalaman tidak menyenangkan
 - 2) Konsep diri
 - 3) Motivasi dan harapan
 - 4) Tugas perkembangan
 - 5) Mekanisme koping
 - 6) Keterampilan komunikasi secara verbal
- c. Faktor Sosiokultural
- 1) Pendidikan
 - 2) Pekerjaan
 - 3) Status pernikahan
 - 4) Pola asuh dan komunikasi dalam keluarga
 - 5) Kegiatan sosial di masyarakat
 - 6) Kegiatan spiritual

2. Diagnosis

Pohon Masalah



Gambar 4.2 Pohon Masalah Halusinasi

Diagnosis Keperawatan:

- a. Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi (Pendengaran, Penglihatan, Pengecapan,

- Perabaan dan Penciuman) berhubungan dengan isolasi sosial
- b. Risiko Perilaku Kekerasan Berhubungan dengan Halusinasi

3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan untuk menentukan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindak lanjut dan penilaian asuhan keperawatan pada klien halusinasi berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan. Perawat sangat berperan dalam membantu klien untuk dapat mengontrol halusinasinya dengan membuat intervensi yang dapat mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani dan melatih keluarga dalam merawat pasien halusinasi. Tindakan keperawatan pada pasien dengan halusinasi adalah membantu pasien untuk mengenali halusinasinya, seperti: isi halusinasi (apa yang didengar, dilihat, dirasakan), waktu kejadian halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon munculnya halusinasi (Pratiwi & Setiawan, 2018).

Intervensi keperawatan pada klien dengan Halusinasi terdiri atas intervensi generalis dan spesialis (Sri, 2013). Intervensi keperawatan generalis terdiri atas intervensi individu dan

keluarga (Sianturi, 2020). Intervensi keperawatan secara generalis sangat efektif diberikan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran dengan penurunan tanda dan gejala halusinasi pada klien setelah diberikan tindakan (Aldam & Wardani, 2019).

Intervensi Keperawatan Individu

Tujuan:

Setelah mendapatkan tindakan keperawatan, pasien mampu:

- a. Menjelaskan penyebab, tanda dan gejala, karakteristik, dan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi
- b. Menjelaskan dan melakukan cara untuk mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat dengan prinsip 6 benar, bercakap-cakap serta melakukan aktivitas terjadwal
- c. Menjelaskan manfaat dari mengontrol halusinasi

Intervensi

- a. Kontrol halusinasi dengan cara menghardik
Menghardik halusinasi adalah suatu cara mengendalikan halusinasi dengan menolak halusinasi. Menghardik halusinasi mampu menurunkan tanda dan gejala halusinasi (Pratiwi & Setiawan, 2018). Hal yang sama juga diungkapkan bahwa halusinasi berkurang setelah pasien diajarkan cara mengontrol

halusinasi yang salah satunya adalah menghardik (Zelika & Dermawan, 2015). Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dianggap lebih efektif dilakukan jika dikombinasikan dengan menutup telinga dan beristigfar serta berdzikir dalam hati (Erviana & Hargiana, 2018).

- b. kontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat

Salah satu penyebab munculnya halusinasi adalah karena adanya ketidakseimbangan neurotransmitter di syaraf (dopamine, serotonin). Penjelasan terkait cara kerja obat dapat mengatasi halusinasi, serta bagaimana cara mengkomsumsi obat sehingga tujuan pengobatan tercapai secara optimal (Irwan et al., 2021). Pasien halusinasi memiliki pengetahuan dan kepatuhan minum obat yang meningkat, serta menjadi lebih menjaga diri dari kekambuhan setelah diberikan Pendidikan kesehatan terkait cara minum obat (Pardede, 2013).

- c. Latih bercakap-cakap dengan orang lain

Latihan bercakap-cakap mampu meningkatkan keterampilan hubungan sosial pasien dan menjadi salah satu cara agar pasien mampu memvalidasi persepsinya kepada orang lain. Latihan bercakap-cakap juga mampu mengurangi fokus perhatian pasien

terhadap stimulasi internal yang menjadi sumber halusinasi (Irwan et al., 2021).

- d. Latih cara menyusun jadwal kegiatan aktivitas
Kebanyakan halusinasi muncul akibat banyaknya waktu luang yang tidak dimanfaatkan dengan baik oleh pasien. Pasien halusinasi akan semakin menikmati halusinasinya ketika sedang tidak melakukan kegiatan apa-apa. Melatih cara menyusun jadwal kegiatan aktivitas merupakan cara agar pasien mampu membuat jadwal aktivitas dan melakukannya sesuai jadwal.

Intervensi Keperawatan Keluarga

Intervensi keperawatan kepada keluarga merupakan sangat penting, perlu diperhatikan dan dilaksanakan. Keluarga yang diberikan intervensi mampu meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat pasien halusinasi (Susilawati & Larra, 2019). Keluarga yang sudah memiliki pengetahuan dan kemampuan merawat pasien dengan halusinasi akan mampu merawat pasien dengan baik dan benar ketika pasien sudah kembali ke rumah, serta keluarga juga mampu mengambil keputusan untuk membawa pasien kembali mendapatkan perawatan jika mengalami kekambuhan.

Tujuan Intervensi Keperawatan Keluarga

Setelah mendapatkan tindakan keperawatan keluarga mampu:

- a. Mengenal masalah halusinasi pada anggota keluarga yang mengalami halusinasi dan mengetahui alternatif cara perawatan halusinasi
- b. Menunjukkan cara merawat klien halusinasi, yaitu: menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk klien halusinasi, memanfaatkan pelayanan kesehatan dan sumber daya yang tersedia di masyarakat dalam merawat klien halusinasi dan mencegah kekambuhan
- c. Mengevaluasi manfaat cara-cara mengatasi halusinasi dan melanjutkan cara-cara yang bermanfaat dalam merawat klien dengan halusinasi

Intervensi

- a. Diskusikan dengan keluarga terkait kendala yang dialami dalam merawat pasien dengan halusinasi
- b. Jelaskan kepada keluarga terkait pengertian, penyebab, proses terjadinya, tanda dan gejala, serta jenis-jenis halusinasi
- c. Jelaskan dan latih keluarga cara mengontrol halusinasi dengan cara melatih cara menghardik, meminum obat dengan teratur, latihan bercakap-cakap, serta melakukan aktivitas yang sudah terjadwal

- d. Diskusikan lingkungan yang mendukung untuk mencegah terjadinya halusinasi
- e. Diskusikan tanda dan gejala dari kekambuhan serta cara untuk menggunakan layanan kesehatan untuk mendapatkan pertolongan

4. Implementasi

Keberhasilan pelaksanaan implementasi keperawatan dalam mengontrol halusiansi pasien adalah memiliki sikap yang responsif terhadap halusinasi, jujur untuk memberikan informasi, kepribadian yang mendukung, pengalaman dan kemampuan mengingat. Kejujuran akan kemampuan melakukan kontrol terhadap halusinasi menjadi salah satu kunci keberhasilan implementasi keperawatan (Wahyuni et al., 2011).

Tindakan Keperawatan Individu

- a. Mengevaluasi tanda, gejala, serta karakteristik dari halusinasi
- b. Memvalidasi kemampuan dalam menghardik, minum obat dengan prinsip 7 benar, berbincang-bincang, dan melakukan aktivitas terjadwal
- c. Menjelaskan tanda, gejala, karakteristik, penyebab, dan akibat halusinasi
- d. Menjelaskan dan melatih pasien mengontrol halusiansi dengan cara menghardik
- e. Menjelaskan dan melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menjelaskan

keuntungan dan kerugian tidak minum obat, serta melatih cara minum obat dengan prinsip 7 benar

- f. Melatih pasien untuk mengontrol halusiansinya dengan cara bercakap-cakap
- g. Melatih pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan aktivitas terjadwal

Tindakan Keperawatan Keluarga

- a. Menjelaskan kepada keluarga masalah halusinasi yang dialami oleh anggota keluarga, serta akibat yang terjadi jika tidak diatasi
- b. Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat pasien dengan halusinasi dengan cara mengajarkan cara menghardik, minum obat dengan prinsip 6 benar, bercakap-cakap, serta beraktivitas secara terjadwal
- c. Menjelaskan lingkungan yang baik untuk memaksimalkan hasil perawatan pada pasien dengan halusinasi serta cara melakukannya
- d. Menjelaskan dan memfasilitasi pelayanan kesehatan untuk melakukan *follow up*, meminta rujukan untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan kesehatan pasien dengan halusinasi

5. Evaluasi

- a. Pasien dan perawat sudah terjalin rasa percaya (*Trust*)

- b. Pasien menyadari bahwa yang dialami merupakan sesuatu yang tidak nyata dan merupakan masalah yang harus diatasi
- c. Pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap, serta melakukan aktivitas terjadwal
- d. Keluarga mampu merawat pasien halusinasi di rumah

6. Pendokumentasian

Tabel 4.3 Pendokumentasian

Hr/Tgl/Jam	Implementasi Tindakan Keperawatan	Paraf & Nama
Rabu, 28 Desember 2022 09.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Berdiskusi dengan pasien terkait halusinasi dan hal yang dilakukan saat halusinasi muncul 3. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik 4. Memotivasi pasien untuk menghardik halusinasi 	<p style="text-align: center;">Ttd</p> <p style="text-align: center;">Ns. Yinta</p>
Rabu, 28 Desember 2022 09.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Berdiskusi dengan pasien terkait halusinasi dan hal yang dilakukan saat halusinasi muncul 3. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik 4. Memotivasi pasien untuk menghardik halusinasi 	<p style="text-align: center;">Ttd</p> <p style="text-align: center;">Ns. Yinta</p>

Tabel 4.4 Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Hr/Tgl/Jam	PPA	Hasil assessment Pasien Pemberian Pelayanan	Instruksi PPA	Review & Verifikasi DPJP
Rabu, 28 Desember 2022 09.30	Ners	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan ketakutan dan kesal saat mendengar suara-suara yang selalu mengatakan ya adalah orang yang tidak berguna Pasien mengatakan suara itu muncul jika sedang sendiri <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak ketakutan, tampak sesekali komat-kamit dan marah-marah, tampak sulit tidur, dan 	<p>Untuk PP sore:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kaji kembali tanda dan gejala halusinasi Evaluasi latihan mengontrol halusinasi dengan menghardik Pantau dan latih kembali terkait penggunaan obat secara teratur Lakukan psikoedukasi keluarga jika keluarga membesuk <p>Untuk pp malam:</p>	

		<p>mondar- mandir</p> <p>A: d/halusinasi pendengaran T/:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih klien melawan halusinasi dengan cara menghardik, mengabaikan 2. halusinasi/ cuek 3. Melatih klien minum obat dengan benar sesuai prinsip 8 benar 4. Melatih klien mengendali kan halusinasi dengan cara distraksi: bercakap- cakap dan melakukan aktifitas <p>P: Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kembali tanda dan gejala halusinasi 2. Evaluasi latihan mengontr ol halusinasi 3. Monitor pengobat an klien 4. Observasi tanda dan gejala 5. Motivasi adl pagi 	
--	--	---	--	--

		<p>T& g:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bisikan suara berkurang 2. Pasien tampak tenang 3. Pasien tampak lebih fokus 4. Pasien tidur dengan cukup <p>Kemampuan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menghardik, mengabaikan halusinasi dengan cara cuek 2. Klien mampu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas, minum obat dengan prinsip 8 benar minum obat <p style="text-align: center;">Ttd</p> <p style="text-align: center;">Ns. Yinta</p>		
--	--	--	--	--

Latihan soal

1. Seorang perempuan, umur 40 tahun, dirawat di rumah sakit jiwa karena mengamuk dan merusak rumah tetangga. Pasien merasa kesal dengan suara yang berisik yang didengarnya, sudah berusaha menghilangkan suara-suara tersebut namun tidak mampu mengendalikan diri.
Apakah jenis halusinasi yang dialami pada kasus di atas?
 - A. Pendengaran
 - B. Kinestetik
 - C. Penglihatan
 - D. Pengecapan
 - E. Penghidu

2. Seorang perempuan, umur 23 tahun, masuk RSJ karena sering keluyuran, tertawa sendiri, bergumam tidak jelas, jarang mandi. Dari hasil observasi pasien sedang jalan mondar-mandir, senyum-senyum sendiri, kemudian tiba-tiba marah.
Apakah rencana keperawatan utama pada kasus di atas?
 - A. Mengajarkan relaksasi nafas dalam
 - B. Mengajarkan cara berhias dan berdandan
 - C. Mengajarkan cara menghardik halusinasi
 - D. Mengajarkan cara bercakap-cakap dengan orang lain
 - E. Mengajarkan cara melakukan kegiatan sesuai jadwal kegiatan

3. Seorang laki-laki, umur 38 tahun, dirawat di RSJ karena memukul ibunya. Hasil pengkajian pasien mendengar suara jika ibunya tidak mengijinkannya menikah, tampak sering duduk di pojok kamar, komat kamit dan senyum-senyum sendiri. Perawat saat ini sedang mengajarkan cara minum obat, menjelaskan manfaat dan kerugian tidak minum obat. Apakah tindakan perawat selanjutnya?
- A. Mengajarkan cara menghardik
 - B. Menjelaskan masalah halusinasi
 - C. Mengajarkan cara berbincang-bincang
 - D. Mengajarkan cara beraktivitas terjadwal
 - E. Menjelaskan cara menciptakan lingkungan yang terapeutik
4. Seorang perempuan, umur 24 tahun, dirawat RSJ sejak 1 minggu yang lalu, pasien tampak asik ngobrol sendiri, tertawa sendiri, dan mengatakan pacarnya datang menjeguknya padahal sudah meninggal dunia karena kecelakaan lalulintas. Apakah komunikasi yang harus disampaikan oleh perawat untuk pasien diatas?
- A. "Pacarmu datang dengan siapa"
 - B. "Apa buktinya kalau pacarmu datang"
 - C. "Suster tidak melihat ada yang datang"
 - D. "Itu hanya halusinasi kan pacarmu sudah meninggal"
 - E. "Saya percaya pacarmu datang, tapi suster tidak melihat ya"

5. Seorang perempuan, umur 45 tahun, dirawat di RSJ sejak 3 hari yang lalu. Pasien tampak asik ngobrol sendiri, tertawa sendiri, mondar mandir dan mengatakan ada laki-laki yang mengajaknya berbicara. Perawat sedang mengajarkan cara menghardik.

Apakah hasil evaluasi dari tindakan keperawatan pada kasus di atas?

- A. Pasien menyadari bahwa apa yang dicium merupakan sesuatu yang tidak nyata dan harus diatasi
- B. Pasien menyadari bahwa apa yang dilihat merupakan sesuatu yang tidak nyata dan harus diatasi
- C. Pasien menyadari bahwa apa yang dirasakan merupakan sesuatu yang tidak nyata dan harus diatasi
- D. Pasien menyadari bahwa apa yang didengar merupakan sesuatu yang tidak nyata dan harus diatasi
- E. Pasien menyadari bahwa apa yang dilihat dan dengar merupakan sesuatu yang tidak nyata dan harus diatasi

BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN MASALAH UTAMA PERILAKU KEKERASAN

Deskripsi

Perilaku kekerasan adalah suatu kondisi dimana seseorang melakukan perbuatan yang dapat membahayakan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, atau merusak lingkungan. Hal ini dapat berefek merugikan baik pada diri sendiri atau orang lain maupun lingkungan. Kemarahan akan mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis kita secara kompleks. Sistem limbik terlibat dalam merangsang perilaku bermusuhan dan respons agresif.

Tujuan Pembelajaran

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

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari sub pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan:

1. Menjelaskan definisi perilaku kekerasan
2. Menjelaskan psikoneurologi pada perilaku marah
3. Menjelaskan klasifikasi perilaku kekerasan

4. Menjelaskan rentang respon marah
5. Menjelaskan mekanisme koping
6. Menjelaskan tanda dan gejala
7. Menjelaskan proses keperawatan
8. Melakukan pengkajian pada pasien perilaku kekerasan
9. Melakukan asesmen pada pasien resiko perilaku kekerasan
10. Merumuskan diagnosis keperawatan pada perilaku kekerasan
11. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan
12. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan
13. Melakukan manajemen krisis pada pasien perilaku kekerasan

Uraian Materi

A. Perilaku Kekerasan

1. Definisi

Marah adalah salah satu emosi paling dasar, masih banyak disalahpahami dan diabaikan. Kemarahan telah didefinisikan secara beragam oleh para ahli. Namun, ada dua masalah yang umum.

- a. Faktor utama kemarahan meliputi ancaman, frustrasi, dan hambatan dalam perjalanan ke pribadi
- b. Tujuan kemarahan, biasanya pertahanan, pertarungan, atau kerusakan. Konsep tentang definisi marah yang belum ada yang akurat,

alasan-faktanya, kemarahan adalah emosi, yang bisa jadi kapan saja dan dimana saja, serta mungkin akan berakhir dengan agresi. Marah adalah sebuah perasaan emosi ringan bahkan bisa jadi perilaku yang “biadab” yang akan muncul sebagai jalan untuk mencapai pemenuhan kebutuhannya (Amir Mohammad; Shahrivarani; Sima Noohi, 2014).

Perilaku kekerasan adalah suatu kondisi dimana seseorang melakukan perbuatan yang dapat membahayakan secara fisik baik kepada dirinya maupun terhadap orang lain disekitarnya (Yosep, 2010). Perilaku kekerasan merupakan salah satu reaksi marah yang diluapkan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, atau merusak lingkungan. Hal ini dapat berefek merugikan baik pada diri sendiri atau orang lain maupun lingkungan (Keliat B.A ; Dkk, 2012).

Kekerasan (*violence*) adalah suatu bentuk perilaku agresi (*aggressive behavior*) yang menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain, termasuk hewan dan benda-benda lain (Abdul dan Muhith, 2015).

Risiko perilaku kekerasan adalah situasi marah yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan

mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan (SDKI, 2017).

Penggunaan kekuatan fisik secara sengaja atau ancaman atau aktual, terhadap diri sendiri, orang lain, terhadap kelompok atau komunitas yang mengakibatkan atau memiliki kemungkinan besar atau mengakibatkan cedera, kematian, kerugian psikologis, perkembangan yang salah atau perampasan (WHO, 2022).

Dari beberapa pernyataan di atas dapat di simpulkan bahwa perilaku kekerasan adalah suatu respon emosional maladaptif disertai dengan hilang kontrol dari diri individu secara verbal maupun non verbal yang efeknya merugikan tubuh, baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

2. Psikoneurologi pada perilaku marah

Kemarahan akan mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis kita secara kompleks. Sistem limbik terlibat dalam merangsang perilaku bermusuhan dan respons agresif. Posisi sistem limbik di antara diensefalon dan otak besar (Made Wardhana, 2016) Pengaturan kerjanya sistem limbik adalah sebagai pusat emosi di otak manusia juga pada dasarnya turut mencetuskan perilaku kekerasan (Smith Delay; Smith Riley; Misquittha Douglas;, 2016). Bagian dari sistem limbik adalah

hipokampus, amigdala, dan talamus yang mengirimkan sebagian besar sinyalnya ke hipokampus dan menimbulkan efek seperti perasaan senang, perasaan yang berhubungan dengan makan, marah, dan sebagainya.

Emosi akan berpengaruh pada dua struktur berbentuk almond di otak yang disebut amigdala (amigdala kiri dan kanan). Amigdala adalah organ pusat penyimpanan memori emosional. Amigdala adalah bagian dari otak yang bertanggung jawab untuk mengidentifikasi ancaman terhadap kesejahteraan kita, dan untuk mengirimkan alarm ketika ancaman diidentifikasi yang mengakibatkan kita mengambil langkah-langkah untuk melindungi diri kita sendiri, perbedaan fungsional antara amigdala kiri dan kanan, amigdala kanan terutama menginduksi ketakutan dan kesedihan, sedangkan stimulasi amigdala kiri bisa menghasilkan emosi positif (kebahagiaan). Amigdala sangat efisien dalam memperingatkan kita tentang ancaman, sehingga membuat kita bereaksi sebelum korteks mengoreksi sebagai hal yang wajar (korteks berperan bagian otak yang bertanggung jawab atas pemikiran dan penilaian).

Saat kita marah, akan mengaktifkan amigdala, lalu amigdala mengaktifkan hipotalamus, Hipotalamus memberi sinyal ke kelenjar hipofisis dengan mengeluarkan kortikotropin hormon

pelepas (CRH). Hipofisis mengaktifkan kelenjar adrenal dengan melepaskan hormon adrenokortikotropik (ACTH). Kelenjar adrenal mengeluarkan hormon stres seperti kortisol, adrenalin, dan Noradrenalin. (The National Institute for The Clinical Application Of Behavioral Medicine, 2017).

Marah akan menyebabkan otot-otot tubuh akan mengalami tegang, karena neurotransmitter yang dikenal katekolamin dilepas, menyebabkan kita mengalami ledakan energi sampai beberapa menit. Semburan energi ini berada di balik keinginan marah dengan tujuan untuk mengambil tindakan perlindungan segera. Pada saat yang sama detak jantung meningkat, tekanan darah meningkat, dan pernapasan meningkat. Muka mungkin memerah karena peningkatan aliran darah pada badan dan ekstremitas sebagai persiapan untuk tindakan fisik. Perhatian mulai menyempit. sehingga kadang kita tidak dapat memperhatikan hal lain secara logis.

Saat marah, otot-otot tubuh akan mengalami tegang, karena neurotransmitter yang dikenal katekolamin dilepas, menyebabkan kita mengalami ledakan energi sampai beberapa menit. Semburan energi ini berada di balik keinginan marah dengan tujuan untuk mengambil tindakan perlindungan segera. Pada saat yang

sama detak jantung meningkat, tekanan darah meningkat, dan pernapasan meningkat. Muka mungkin memerah karena ada peningkatan aliran darah pada badan dan ekstremitas sebagai persiapan untuk tindakan fisik. Perhatian mulai menyempit sehingga kadang kita tidak dapat memperhatikan hal lain secara logis. Secara berurutan, neurotransmitter dan hormon otak tambahan (di antaranya adrenalin dan noradrenalin) dilepaskan yang memicu keadaan gairah yang bertahan lama. Anda sekarang siap untuk bertarung.

Stimulasi amigdala memicu perilaku agresif, sedangkan hipotalamus berperan dalam mengontrol informasi agresi. Setiap stimulus eksternal yang diterima melalui reseptor sensorik manusia akan diproses kemudian dikirim dalam bentuk pesan ke talamus kemudian ke hipotalamus, kemudian ke amigdala yang kemudian menghasilkan respon aksi.

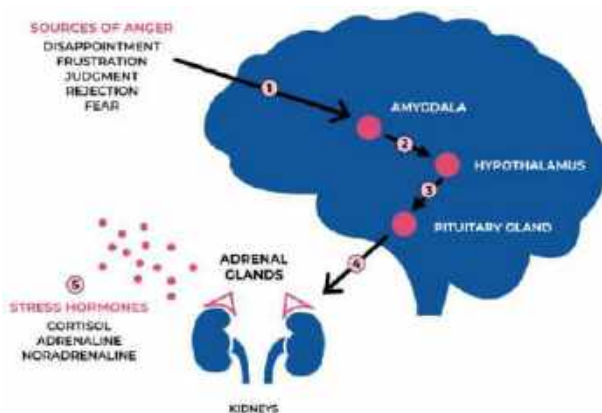
Korteks prefrontal otak yang terletak di belakang dahi akan dapat bekerja dengan maksimal untuk mengendalikan emosi secara proporsional manakala emosi seseorang tiba-tiba meledak tak terduga. Tugasnya amigdala adalah mengatur emosi, dan korteks prefrontal. Sehingga korteks prefrontal mengendalikan

emosi, hal ini berarti amigdala di bawah kendali korteks prefrontal.

Cara untuk menenangkan orang dengan marah bahkan amuk adalah: dengan cara yang pertama teknik relaksasi nafas dalam, tujuannya mengendalikan rasa amarah dan mengurangi aktivitas amigdala dan yang kedua dengan penggunaan teknik kontrol kognitif tujuan untuk melatih menggunakan penilaian diri untuk mengesampingkan reaksi emosional kita (Tonnaer Franca, et all, 2017).

Stimulus yang masuk ke thalamus terjadi hubungan pendek akan langsung masuk ke amigdala tanpa kontrol dari hipotalamus akan mengakibatkan keadaan marah yang darurat. Jika amigdala merekam tindakan kekerasan maka reaksi yang terjadi adalah perilaku kekerasan. Sebaliknya amigdala biasa menyimpan memori emosional dalam suasana asertif seperti keterbukaan, kebersamaan, dialog, sikap empati, maka akan terbentuk pola refleks yang asertif bukan pola agresif. Kondisi asertif ini akan mengurangi terbentuknya sirkuit pendek agresi dan dapat menumbuh kembangkan kecerdasan rasional, kecerdasan emosional dan kecerdasan spiritual (Keliat, 2002 dalam (Abdul dan Muhith, 2015)).

Peningkatan hormon androgen dan norepineprin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif. Disfungsi di amigdala dan bagian lain dari sistem limbik berkontribusi pada kesulitan menafsirkan isyarat ancaman, sehingga ada peningkatan agresi (Mengxing Wang; et all, 2019).



Gambar 5.1 Bagaimana marah mempengaruhi Tubuh

2. Klasifikasi Perilaku Kekerasan

a. Irritable aggresion

Suatu proses penerimaan dan pemahaman informasi dengan ketegangan emosional yang tinggi (*directed against an available target*) menyebabkan tindakan kekerasan akibat luapan perasaan marah.

b. *Instrumental Aggression*

Suatu cara kekerasan yang di gunakan sebagai media untuk mencapai suatu maksud tertentu. Contoh untuk kelancaran suatu politik dengan cara sengaja atau tidak mengadakan bentuk kekerasan.

c. *Mass Aggression*

Yang dimaksud dengan *Mass Aggression* yaitu suatu perilaku agresi yang dilakukan oleh massa sebagai akibat kehilangan individualitas dari masing-masing individu. Hal ini terjadi pada saat orang berkumpul terdapat kecenderungan berkurangnya individualitas. Dan bila ada seseorang yang mensponsori tindak kekerasan maka secara otomatis semua akan ikut melakukan kekerasan yang semakin mengganas karena saling memprovokasi. Pihak yang menginisiasi tindak kekerasan tersebut bisa saja melakukan agresi instrumental (sebagai provokator) maupun agresi permusuhan karena kemarahan tidak terkendali (Keliat, 1996 dalam Muhith, 2015).

3. Rentang Respons Marah

Perilaku atau respons kemarahan dapat berflutuatif dalam rentang adaptif sampai maladaptif. Menurut (Fitria Nita, 2010) Rentang

respons marah, dimana amuk dan agresif pada rentang maladaptif, seperti gambar berikut:



Gambar 5.2 Rentang respon marah

Setiap orang mempunyai kapasitas untuk berperilaku pasif, asertif, maupun agresif/perilaku kekerasan (G.W Stuart; M.T Laraia, 2001).

Keterangan:

Asertif adalah perasaan marah atau rasa tidak setuju yang ditampilkan atau diungkapkan dengan tidak menyakiti orang lain sehingga orang tersebut merasa lega.

Frustrasi adalah suatu respon dari seseorang akibat tidak tercapainya tujuan akibat dari suatu rintangan atau hambatan yang tidak nyata sehingga tidak ditemukan solusi lain dan individu tersebut tidak dapat mengekspresikan perasaannya serta terlihat diam atau pasif.

Pasif adalah individu tidak mampu mengungkapkan perasaannya, pasien tampak pemalu, pendiam, sulit diajak bicara karena dan merasa kurang mampu.

Agresif adalah suatu perilaku yang destruktif yang masih terkontrol akibat dari rasa marah tampilan berupa muka masam, bicara kasar, selalu menuntut disertai dengan kekerasan.

Amuk adalah suatu perasaan musuh yang dominan disertai dengan hilangnya kontrol diri.

Hal ini menyebabkan cedera pada diri sendiri, orang lain dan merfusak lingkungan.

Tabel 5.1 Perbandingan Perilaku Pasif, asertif dan agresif

Karakteristik	Pasif	Asertif	Amuk
Nada Bicara	Negatif	Positif	Berlebihan
	Menghina diri	Menghargai diri sendiri	Menghina orang lain
	Dapatkah saya lakukan?	Saya dapat/akan saya lakukan	Anda selalu/tidak pernah
	Dapatkah ia lakukan?		
Nada suara	Diam	Diatur	Tinggi
	Lemah		Menuntut
	Merengek		
Sikap Tubuh	Melotot	Tegak	Tegang
	Menunduk Kepala	Relaks	Bersandar kedepan
<i>Personal Space</i>	Orang lain dapat masuk dalam teritorial pribadinya	Menjaga jarak yang menyenangkan	Memiliki teritorial orang lain
		Mempertahankan hak/tempat/teritorial	
Gerakan	Minimal	Mempertahankan gerakan yang sesuai	Mengancam, ekspansi gerakan
	Lemah		
	Resah		
Kontak Mata	Sedikit/tidak ada	Sesekali (intermiten) sesuai dengan kebutuhan interaksi	Melotot

Sumber: (AH Yusuf; Rizky Fitryasai P.K; Endang Nihayati, 2015)

4. Mekanisme Koping

Beberapa mekanisme koping yang digunakan jika marah dengan tujuan melindungi diri antara lain:

a. Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti artinya orang dengan mekanisme koping pertahanan ini akan memilih melampiaskan kepada objek lain sebagai penyalur emosi. Contoh meremas-remas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

b. Proyeksi

Suatu cara yang di pakai seseorang dengan menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginan yang tidak baik. Hal ini di akibatkan karena perasaan tentang orang lain membuat dirinya tidak nyaman, sehingga cenderung pola pikirnya di balik sebagai bentuk pembenarannya. Contoh: seseorang merasa tidak suka dengan teman kerjanya, ia menyampaikan bahwa temannya tersebut tidak menyukainya.

c. Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Tidak semua orang memilih cara menjauhi perasaan, kenangan atau prinsip yang tidak menyenangkan, dengan harapan suatu ketika hal yang tidak menyenangkan tersebut bisa dilupakan seluruhnya. Dan lama kelamaan

akan dilupakan. Contoh: seseorang sangat tidak suka dan benci pada bapaknya namun karena norma dan budaya serat ajaran agama mengatakan bahwa hormati orang tuamu, tidak boleh membencinya, jika kamu melakukan kamu akan di kutuk oleh sang pencipta yaitu Tuhan yang maha Kuasa. Koping mekanisme seperti ini akan berpengaruh kepada seseorang dalam membina hubungan dengan pasangannya.

d. Reaksi Formasi

Cara mekanisme pertahanan dengan mencegah segala keinginan yang akan berbahaya jika di ekspresikan dengan cara bersikap berlebihan dan tindak tanduknya berlawanan serta cara ini di rasakan sebagai suatu tindakan. Orang yang menggunakan cara ini sebenarnya sadar betul apa yang ia alami, namun ia melakukan dengan cara sebaliknya. seseorang gadis tertarik pada pacar temannya, ia akan memperlakukan pacar temannya dengan baik.

e. *Deplacement*

Adalah suatu cara pelampiasan dengan cara melepaskan perasaan tertekan pada objek yang tidak mengancam. Sehingga reaksi tersebut tetap disalurkan namun diikuti suatu konsekuensi. Misalnya: seorang suami mengalami masalah di kantor, namun sampai

di rumah dia melampiaskan ke anak-anaknya serta kepada istrinya.

5. Tanda dan Gejala

Menurut (AH Yusuf; Rizky Fitryasai P.K; Endang Nihayati, 2015), beberapa tanda dan gejala yang muncul saat marah:

- a. Emosi: Tidak adekuat, merasa tidak aman, merasa terganggu, marah bahkan dendam, jengkel
- b. Intelektual: Dominasi, bawel, sarkasme, berdebat, meremehkan
- c. Fisik: muka merah, pandangan tajam, Nafas pendek, keringat, sakit fisik, penyalagunaan zat, tekanan darah meningkat
- d. Spiritual: Kemahakuasaan, kebijaksanaan/ kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kebejatan, kreativitas terlambat
- e. Sosial: Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor

Tabel 5.2 Penyebab dan Asal Usul Kemarahan

Penyebab Kemarahan	Penjelasannya
Psikologis	<i>Attachment Theori</i> Strategi masa kanak-kanak untuk mengatasi kemarahan akan berpengaruh di masa dewasa. Contoh: jika pada masa kanak-kanak jika ada masalah adalah alarm untuk menyelesaikan dengan baik. Jika pada masa kanak-kanak menyelesaikan masalah dengan agaresif maka akan tergambar pada saat dewasa nantinya.

	<p>Sensitivity to Reinforcement Theory Orang dengan tingkat stres dan kecemasan yang tinggi (BIS/behavioral inhibition system (BIS) atau FFFS/fight-flight-freeze system dominan) sangat sensitif terhadap sinyal ancaman dan hukuman, Kepekaan terhadap hukuman" atau "persepsi ancaman" yang merupakan faktor utama dalam menghasilkan kemarahan di manusia dalam situasi yang berbeda dan menunjukkan banyak perilaku dan reaksi marah.</p> <p>Five-Faktor Model of Personality Neurotisme adalah salah satu dari lima faktor kepribadian yang dialami di masa dewasa terdiri dari enam aspek yaitu kecemasan, kemarahan dan permusuhan, depresi, kesadaran diri, impulsif, dan kerentanan. orang biasanya penuh dengan perasaan negatif terutama kecemasan, depresi, dan kemarahan. Dapat menimbulkan perilaku kekerasan</p>
Fisiologis	Perubahan fisiologis dalam kemarahan adalah hasil dari aktivasi cabang simpatik saraf otonom, sistem yang mempersiapkan tubuh untuk menghadapi situasi tertentu. Perubahan ini termasuk peningkatan darah, tekanan, peningkatan denyut jantung, peningkatan) respirasi, peningkatan gula darah, distensi pembuluh darah, lesi sistem saraf pusat dan otot, penurunan aliran darah organ pencernaan, peningkatan rasa manis, penurunan sekresi air liur dan lendir (karena mulut, hidung, dan tenggorokan menjadi kering), merinding bulu-bulu di tubuh, dan pupil yang membesar. Saat kemarahan, sistem saraf otonom akan di rangsang dan dikendalikan oleh aktivitas hormonal pusat dan kortikal, bagian dari kelenjar adrenal dan sekresi hormon tertentu.
Neuropsikologis	Hipotalamus dan sistem limbik, terutama amigdala, mengirimkan impuls ke batang otak

	dan sebagai hasilnya, sistem saraf otonom secara langsung mempengaruhi organ dalam dan otot. Selain itu, dalam dominasi kemarahan, korteks orbitofrontal lateral memiliki aktivitas tertinggi.
Religius (Islam)	Penyebab utama kemarahan dan kemurkaan dalam diri manusia adalah kebesaran, kesombongan, dan sikap merendahkan. Manusia makhluk biasanya menjadi marah ketika keagungan atau kesombongannya tercela

Sumber: (Shahsavarani Amir Mohammad & Noohi Sima, 2014)

❖ Asuhan Keperawatan pada Pasien Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik.

a. Faktor Presipitasi

Faktor-faktor yang mungkin sebagai pencetus perilaku kekerasan.

Faktor Internal:

Pasien: mengalami Kelemahan fisik, keputusan, ketidakberdayaan, kurang Percaya diri, ekspresi diri, tidak terpenuhinya kebutuhan dasar.

Faktor eksternal:

Lingkungan: lingkungan yang padat, bisisng, panas, penghinaan, kehilangan orang yang dicintai, kesulitan pemenuhan kebutuhan dasar dalam keluarga.

Interaksi: Kesulitan dalam komunikasi di keluarga serta tidak membiasakan dialog

untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan. Ada riwayat perilaku antisosial penyalagunaan NAPZA dan alkohol dan tidak mampu mengontrol emosinya saat menghadapi rasa frustasi, Kematian orang yang berarti (misalnya anggota keluarga), kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.

b. Faktor Predisposisi

1) Faktor Genetik

Adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif. Menurut riset Kazuo Murakami (2007) dalam gen manusia terdapat dormant (potensi) agresif yang sedang tidur akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal. Menurut penelitian genetik tipe karyotype XYY, pada umumnya dimiliki oleh penghuni tindak kriminal serta orang-orang yang tersangkut dalam hukum akibat perilaku agresif.

2) Teori Biological

Kerusakan sistem limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran dan rasional), lobus temporal (untuk interpretasi indera penciuman dan memori dan ketidakseimbangan

neurotransmitter) peningkatan norepineprin, dopamin dan androgen, serta penurunan serotonin dan GABA/Gamma Amino Butiric Acid turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan (Prabowo, 2014). Ada masalah di otak seperti; tumor, encephalitis, epilepsi.

3) Psikoanlisa

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresi adalah merupakan hasil dari dorongan insting. Ini dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span history*), ketidakpuasan fase oral (0-2 tahun) dan tidak cukup atau terpenuhinya kebutuhan Air Susu Ibu atau pola asuh yang kurang mendukung serta faktor internal atau eksternal dari keluarga dan lingkungan.

4) Kontrol sosial

Anak-anak akan meniru perilaku dan mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan terhadap lingkungan. Contoh jika di lingkungan ada saudara atau tetangga yang menggunakan NAPZA (narkotika, psikotropika dan zat aditif lainnya), kemungkinan anak akan meniru perilaku tersebut. Menurut *social environment theory*: lingkungan sosial sangat

mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon *asertif* atau *agresif*.

Asesmen Risiko Kekerasan

Penilaian pada komponen gaduh gelisah, ketegangan, permusuhan, tidak kooperatif, dan pengendalian impuls menggunakan PANSS-EC (*Positive And Negative Syndrome-Excited Component*) untuk mengevaluasi pasien perilaku agresif atau agitasi dan menentukan pendekatan terapi pada pasien.

Perilaku agitasi dan perilaku agresif (depresi) akibat gangguan psikiatri, sering ditemukan di Instalasi gawat darurat. Perilaku tersebut muncul dalam bentuk peningkatan aktivitas motorik dan aktivasi emosional. Pada kondisi gawat darurat, ada risiko untuk terjadinya cedera pada pasien dan petugas. Untuk itu diperlukan tindakan yang cepat dan efektif untuk meminimalkan resiko, contoh gangguan psikiatri yang dapat menyebabkan agitasi dan perilaku agresif, skizofrenia.

Modified Overt Aggression Scale

Tabel 5.3 Penilaian terhadap perilaku pasien selama seminggu terakhir

<p>Agresi Verbal (<i>Verbal aggression</i>) 0: Tidak ada 1: Teriak-teriak marah, kadang mengumpat, atau menghina orang lain 2: Mengumpat-ngumpat terus-menerus, menghina dengan keras, kadang meledak-ledak 3: Secara impulsif melakukan ancaman kekerasan terhadap orang lain atau diri sendiri 4: Berulang-ulang mengancam akan melakukan kekerasan terhadap orang</p>	<p>Agresi terhadap properti (<i>Aggression against Property</i>) 0: Tidak ada 1: Membanting pintu, merobek pakaian, kencing di lantai 2: Membanting barang-barang, menendang furnitur, mencoret/menggores dinding 3: Merusak barang-barang, memukul jendela 4: Membakar-bakar, melempar barang sampai membahayakan sekitar</p>
<p>Agresi Terhadap Diri Sendiri (<i>Autoaggression</i>) 0: Tidak ada 1: Mengelupas atau menggores kulit, menarik rambut, memukul diri sendiri (tidak sampai cedera) 2: Membentur-benturkan kepala, memukulkan tinju ke tembok, menjatuhkan diri dengan keras ke lantai 3: Menyebabkan cedera minor pada diri sendiri dengan mengiris, membakar, dll 4: Menyebabkan cedera mayor pada diri sendiri atau melakukan percobaan</p>	<p>Agresi Fisik (<i>Physical Aggression</i>) 0: Tidak ada 1: Menunjukkan gerakan mengancam, mengayunkan tinju kepada orang lain, menarik baju orang lain 2: Memukul, mendorong, ngrawuk, menjambak orang (tanpa menyebabkan cedera) 3: Menyerang orang lain, menyebabkan cedera ringan (memar, goresan, dll) 4: Menyerang orang lain, menyebabkan cedera serius</p>

Sumber: (Kay S.R; Wolkenfeld F; Murrill L.M, 1988) & (Yudolf sky Stuart C, et all, 1986)

Tabel 5.4 PANSS-EC(1 dari 3)

P7. Permusuhan: Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif, caci maki dan penyerangan	
1	Tidak ditemukan-pengertian tak di penuhi
2	Minimal-kondisi patologis masih diragukan; mungkin satu titik batasan yang agak ekstrim ke batas normal
3	Ringan-melemparkan emosi marah secara tidak langsung atau ditahan, seperti sarkasme, sikap tidak sopan, ekspresi bermusuhan, dan kadang iritabilitas
4	Sedang-menunjukkan sikap bermusuhan yang nyata, sering memperlihatkan iritabilitas dan ekspresi kemarahan atau kebencian yang langsung
5	Agak berat-gampang marah dan kadang-kadang memaki dengan kata- kata kasar atau mengancam
6	Berat-Tidak kooperatif dan mencaci maki dengan kasar atau mengancam khususnya saat wawancara, dan berdampak serius terhadap hubungan sosial. Pasien dapat beringas dan merusak tetapi tidak menyerang orang lain secara fisik
7	Sangat berat-marah yang hebat berakibat sangat tidak kooperatif, menghalangi interaksi, atau secara episodik melakukan penyerangan fisik terhadap orang lain
Score	

P4. Gaduh Gelisah (<i>Excitement</i>): Hiperaktivitas yang ditampilkan dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respons terhadap stimulasi, waspada berlebihan (<i>hypervigilance</i>), atau labilitas alam perasaan (<i>mood</i>) yang berlebihan	
1	Minimal-kondisi patologis masih diragukan; mungkin satu titik batasan yang agak ekstrim ke batas normal
2	Minimal-kondisi patologis masih diragukan; mungkin satu titik batasan yang agak ekstrim ke batas normal
3	Ringan-lebih ke arah agitatif, lebih waspadah, atau mudah terangsang (<i>overaroused</i>) selama komunikasi, tetapi tanpa gaduh dengan episode yang tidak jelas, gelisah atau mood labil. Pembicaraan mungkin sedikit mendesak
4	Sedang-Agitasi atau saat berkomunikasi mudah terangsang, mempengaruhi pembicaraan dan gaduh gelisah yang terjadi secara sporadik

5	Agak berat-Tampak hiperaktivitas yang bermakna, atau sering terjadi ledakan gelisah, yang menyebabkan kesulitan bagi pasien untuk duduk diam dalam waktu yang lebih lama
6	Berat-Gaduh gelisah yang mencolok mendominasi dalam komunikasi, kurang konsentrasi, sehingga mempengaruhi ADL seperti makan dan tidur
7	Sangat berat-Gaduh gelisah yang mencolok, ADL sangat terganggu misalnya makan dan tidur, serta gangguan interaksi interpersonal. Bicara cepat dan aktivitas motorik dapat menimbulkan inkohistensi dan kelelahan
score	

Sumber: (Motoya Alonso ;et all, 2011)

Tabel 5.5 PANSS-EC (2 dari 3)

G 4. Ketegangan-Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi, seperti ketakutan, tremor, keringat berlebihan dan ketidakteenangan	
1	Minimal-kondisi patologis masih diragukan; mungkin satu titik batasan yang agak ekstrim ke batas normal.
2	Minimal-kondisi patologis masih diragukan; mungkin satu titik batasan yang agak ekstrim ke batas normal.
3	Ringan-sikap tubuh dan gerakan-gerakan menunjukkan cemas ringan seperti rigiditas yang ringan, sekali-sekali gelisah, perubahan posisi, atau tremor tangan halus dan kadang cepat
4	Sedang-gelisah nyata dari berbagai manifestasi, seperti perilaku yang gelisah, tremor ringan, diaphoresis, atau manerisme karena gugup.
5	Agak berat-sangat tegang karena pelbagai manifestasi seperti gemetar karena gugup, diaphoresis dan ketidakteenangan, tetapi perilaku selama wawancara tidak terpengaruh secara bermakna.
6	Berat-tegang berat sedemikian rupa membuat hubungan terganggunya interaksi interpersonal. Misalnya pasien mungkin terus-menerus bergerak seperti cacing kepanasan, tidak dapat duduk untuk waktu lama atau menunjukkan hiperventilasi.
7	Sangat berat-tegang sangat mencolok yang dimanifestasikan oleh tanda-tanda panik atau gerakan

	motorik kasarsanat cepat, seperti langkah cepat yang gelisah dan ketidakmampuan tetap duduk untuk waktu lebih lama dari semenit, yang menyebabkan percakapan tidak mungkin diteruskan
Score	
G 8. Ketidakkoooperatifan-Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna termasuk pewawancara, staf rumah sakit, atau keluarga yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang	
1	Minimal-kondisi patologis masih diragukan; mungkin satu titik batasanyang agak ekstrim ke batas normal
2	Minimal-kondisi patologis masih diragukan; mungkin satu titik batasan yang agak ekstrim ke batas normal
3	Ringan-Patuh tetapi disertai sikap marah, tidak sabar, atau sarkasme. Tetapi selama wawancara ada penolakan meskipun terasa tidak terganggu
4	Sedang-Terkadang terdapat penolakan langsung untuk patuh terhadap tuntunan-tuntunan sosial yang normal seperti merapikan tempat tidur, mengikuti acara yang telah dijadwalkan dsb. Pasien mungkin memproyeksikan hostilitas, defensif, atau bersikap negatif, tetapi biasanya masih dapat diatasi.
5	Agak berat-Pasien seringkali tidak patuh terhadap tuntutan lingkungannya dan mungkin dijuluki orang sebagai "orang buangan" atau "orang yang mempunyai problem sikap yang serius". Ketidakkoooperatifan tercermin dalam sikap jelas-jelas defensif, atau adanya iritabilitas terhadap pewawancara atau tidak bersedia menghadapi banyak pertanyaan
6	Berat-Pasien sangat tidak kooperatif, negativistik dan mungkin juga suka membangkang. Menolak untuk patuh terhadap sebagian besar tuntutan sosial dan mungkin tidak mau memulai atau mengikuti wawancara sepenuhnya.
7	Sangat berat-Resistensi aktif yang jelas berdampak serius terhadap seluruh bidang fungsi utama. Pasien mungkin menolak untuk ikut dalam aktifitas sosial apapun, mengurus kebersihan diri, bercakap-cakap dengan keluarga atau staf dan bahkan untuk berpartisipasi dalam wawancara singkat sekali pun
Score	

Tabel 5.6 PANSS-EC (3 dari 3)

G 14. Pengendalian Impuls yang Buruk-Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya.	
1	Minimal-kondisi patologis masih diragukan; mungkin satu titik batas yang agak ekstrim ke batas normal.
2	Minimal-kondisi patologis masih diragukan; mungkin satu titik batas yang agak ekstrim ke batas normal.
3	Ringan-Pasien cenderung mudah marah dan frustrasi bila menghadapi stres atau pemuasannya ditolak tetapi jarang bertindak impulsif.
4	Sedang-Dengan provokasi yang minimal pasien menjadi marah dan mencaci maki. Mungkin sekali-sekali mengancam, merusak atau terdapat satu atau dua episode yang melibatkan konfrontasi fisik atau perselisihan ringan
5	Agak berat-Pasien memperlihatkan episode impulsif yang berulang-ulang, termasuk mencaci maki, perusakan harta benda atau ancaman fisik. Mungkin ada satu atau dua episode yang melibatkan serangan serius, sehingga pasien perlu diisolasi, difiksasi dan bila perlu diberi sedasi
6	Berat-Pasien sering agresif secara impulsif, mengancam, menuntut dan merusak, tanpa pertimbangan yang nyata tentang konsekuensinya. Menunjukkan perilaku menyerang dan mungkin juga serangan seksual, dan kemungkinan berperilaku yang merupakan respons terhadap perintah-perintah
7	Sangat berat-Pasien memperlihatkan serangan yang dapat membunuh orang, penyerangan seksual, kebrutalan yang berulang, atau perilaku merusak diri sendiri. Membutuhkan pengawasan langsung yang terus menerus atau fiksasi karena ketidakmampuan mengendalikan impuls yang berbahaya
Score	

Tabel 5.7 Skoring

Item	Skor
P7.Permusuhan	
P4.Gaduh Gelisah (<i>Excitement</i>)	
G 4.Ketegangan	
G 8.Ketidakkoooperatifan	
G 14. Pengendalian Impuls yang Buruk	
Total	

Sumber: (Motoya Alonso ;et all, 2011)

Keterangan: Skor ≥ 20 = agitasi berat

2. Diagnosis

Pohon Masalah



Gambar 5.3 Pohon Masalah

Diagnosis Keperawatan:
Resiko Perilaku Kekerasan

3. Rencana Tindakan

Menurut (Budi Ann Keliat,et all, 2019), beberapa rencana tindakan yang akan diberikan ners kepada pasien dengan resiko perilaku kekerasan adalah:

Tujuan:

- a. Kognitif, Pasien mampu:
 - 1) Menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan
 - 2) Menyebutkan tanda dan gejala resiko perilaku kerasan
 - 3) Menyebutkan akibat yang ditimbulkan
 - 4) Menyebutkan cara mengatasi resiko perilaku kekerasan
- b. Psikomotor, Pasien mampu:
 - 1) Mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan relaksasi: tarik napas dalam, pukul bantal atau kasur, senam dan jalan-jalan
 - 2) Berbicara dengan baik: mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik
 - 3) Melakukan deeskalasi yaitu: mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis
 - 4) Melakukan kegiatan ibadah seperti: Sholat, berdoa, kegiatan ibadah lainnya
 - 5) Patuhi minum obat dengan 8 benar: Benar nama pasien, benar nama obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu pemberian, benar manfaat, benar kadarluarsa, dan benar dokumentasi

- c. Afektif, Pasien mampu:
 - 1) Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan
 - 2) Membedakan perasaan sebelum dan sesudah

4. Tindakan

Menurut (Budi Ann Keliat,et all, 2019), beberapa tindakan yang akan diberikan oleh ners kepada pasien dengan resiko perilaku kekerasan adalah:

- a. Tindakan pada pasien
 - 1) Pengkajian: kaji tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan, penyebab, kemampuan mengatasinya dan akibatnya
 - 2) Diagnosis: jelaskan proses terjadinya resiko perilaku kekerasan
 - 3) Tindakan keperawatan:
 - a) Latih pasien untuk melakukan relaksasi: tarik nafas dalam, pukul bantal atau kasur, senam, jalan-jalan
 - b) Latih pasien untuk bicara dengan baik, mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik
 - c) Latih deeskalasi secara *verbal* maupun tertulis
 - d) Latih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama, dan kepercayaan yang dianut (sholat, berdoa, dan kegiatan ibadah lainnya)

- e) Latih pasien patuh minum obat dengan cara 8 benar: benar nama pasien, benar nama obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu pemberian, benar manfaat, benar kadarluarsa, dan benar dokumentasi
 - f) Bantu pasien dalam mengendalikan resiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan
 - g) Diskusikan manfaat yang di dapatkan setelah mempraktekkan latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan
 - h) Berikan pujian pada pasien saat mampu mempraktekkan latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan
- b. Tindakan pada keluarga
- 1) Kaji masalah pasien yang di rasakan keluarga dalam merawat pasien
 - 2) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses terjadinya resiko perilaku kekerasan yang dialami pasien
 - 3) Mendiskusikan cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien
 - 4) Melatih keluarga cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan

- a) Menghindari penyebab terjadinya resiko perilaku kekerasan
 - b) Membimbing pasien melakukan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan sesuai dengan yang dilatih perawat ke pasien
 - c) Memberi pujian atas keberhasilan pasien
- 5) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman. Mengurangi stres di dalam keluarga dan memberi motivasi pada pasien
 - 6) Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan *follow up* ke pelayanan kesehatan secara teratur
- c. Tindakan pada kelompok
- Terapi aktivitas kelompok: stimulasi persepsi
- 1) Sesi 1: Mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
 - 2) Sesi 2: Mencegah perilaku kekerasan secara fisik
 - 3) Sesi 3: Mencegah perilaku kekerasan dengan cara verbal
 - 4) Sesi 4: Mencegah perilaku kekerasan dengan cara spiritual
 - 5) Sesi 5: Mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengkonsumsi obat

5. Peran perawat dalam pengurangan



5.4 Strategi rencana tindakan keperawatan dalam penanganan pasien dengan perilaku kekerasan

6. Manajemen Krisis

Pengekangan dan pengurangan pasien adalah aspek medis yang kontroversial namun perlu. Pengekangan meliputi prosedur fisik dan obat-obatan, aktifitas ini perlu peran tim kesehatan interprofesional dalam mengevaluasi dan mengelola pasien yang di rawat. Merupakan upaya terakhir dalam penanganan. Empat prinsip dasar etik yang perlu di perhatikan dalam penanggnyanya antara lain: *autonomy*, *justice*, *beneficence*, and *non-maleficence*. Sebuah meta-analisis 2019 tentang efek pengkekangan dan pengasingan akan mengalami stres pasca trauma setelah intervensi pengkekangan berkisar antara 25% hingga 47%. (Tadi Prasama; Parkas Domonique, 2021). Efek pengkekangan dapat berupa: ulkus dekubitus, kerusakan kulit, lecet, asfiksia, pencekikan, inkontinensia, depresi, isolasi sosial, dan overdosis atau interaksi obat. (Coburn A Victona; Mycyk B. Mark, 2009), (Evans K. Lois; Cotter Valeri T, 2008).

Teknik De-eskalasi

Setelah pasien gelisah telah diidentifikasi, perawat dan dokter harus memberikan kesempatan pada pasien untuk menenangkan diri sebelum intervensi fisik. Seringkali, pasien yang gelisah tetapi kooperatif akan menerima de-eskalasi verbal. Pendekatan yang jujur dan lugas dengan penerapan gerakan ramah terbukti paling bermanfaat dalam pengaturan pasien yang gelisah langkah-langkah untuk de-eskalasi verbal seperti oleh *American Association for Emergency Psychiatry De-escalation Workgroup* meliputi;

- a. Jaga jarak sejauh dua lengan
- b. Pertahankan postur yang santai dan tidak konfrontatif
- c. Komunikasi verbal
- d. Gunakan bahasa yang sederhana dan sesuai topik
- e. Identifikasi permintaan dan perasaan pasien
- f. Dengarkan secara aktif apa yang pasien katakan
- g. Jangan takut untuk setuju atau tidak setuju
- h. Tetapkan batasan yang jelas
- i. Mencoba menawarkan pilihan kepada pasien
- j. Diskusi antara staf dan pasien

Indikasi Pengurangan dan pekekangan Darurat

Jika de-ekalasi gagal, sebaiknya dilanjutkan dengan pengurangan dan *restrain*. Indikasi dilakukan pengurangan dan pekekangan/*restrain*.

- a. Bahaya langsung bagi orang lain
- b. Bahaya yang mengancam pasien
- c. Gangguan pengobatan atau kerusakan serius

7. Evaluasi

Menilai efek tindakan yang sudah dilakukan ners pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, dengan 2 bentuk evaluasi yaitu: evaluasi proses atau formatif yang dapat dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan Evaluasi hasil/sumatif yaitu dengan membandingkan antar respons pasien dan umum dan khusus yang telah ditetapkan. Evaluasi ini dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP: *Subjektif, Objektif, Assesment, Planning*.

8. Pendokumentasian

Langkah terakhir dari proses keperawatan adalah melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yang di berikan. Dokumentasi dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi tindakan keperawatan, dan evaluasi.

Latihan soal

1. Seorang laki-laki, umur 20 tahun, di antar ke UGD dengan keluhan luka-luka karena terjadi perkelahian di sekolah. Hasil pengkajian: ada luka di lengan kanannya, wajah pasien memerah, tegang, nada bicara menghina lawannya, suara meninggi.
Dari kasus ini apa klasifikasi perilaku kekerasan yang di tunjukan oleh pasien ini?
 - A. Marah
 - B. Amuk
 - C. Irritable Agression
 - D. Instrumental Aggresion
 - E. Mass Agression

2. Seorang laki-laki, umur 20 tahun, diantar keluarganya ke RSJ dengan keluhan memukul tetangganya. Saat di kaji muka marah, tegang, pandangan tajam, mata melotot mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, mondar mandir, Gelisah, bicara kasar, mengancam secara verbal atau fisik.
Apakah masalah utama keperawatan yang tepat untuk pasien ini?
 - A. Defisit perawatan diri
 - B. Isolasi sosial
 - C. Amuk
 - D. Resiko perilaku kekerasan
 - E. Halusinasi pendengaran

3. Seorang perempuan, umur 20 tahun, sudah 3 dirawat di RSJ dengan keluhan pasien sering marah-marah, dan merusak barang-barang di rumah. Kondisi pasien saat ini sudah kooperatif, bicara kadang-kadang masih kasar, Perawat merencanakan akan melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan.
Apakah jenis intervensi keperawatan yang cocok untuk kasus ini?
- A. Melakukan deeskalasi
 - B. Relaksasi nafas dalam
 - C. Berbicara dengan baik
 - D. Melakukan kegiatan ibadah
 - E. Patuhi minum obat dengan 8 benar
4. Seorang laki-laki, umur 25 tahun, sudah 3 minggu dirawat di RSJ dengan keluhan pasien sering marah-marah, dan merusak barang-barang di rumah. Kondisi pasien saat ini sudah kooperatif, bicara kadang-kadang masih kasar, Perawat merencanakan akan melakukan Terapi aktivitas kelompok.
Apakah jenis terapi aktivitas kelompok yang cocok untuk pasien?
- A. TAK stimulasi persepsi
 - B. TAK sosialisasi
 - C. TAK stimulasi sensori
 - D. TAK orientasi realita
 - E. TAK persepsi sensori

5. Seorang laki-laki, umur 57 tahun, sudah 2 dirawat di RSJ dengan Perilaku kekerasan. Kondisi pasien saat ini sudah kooperatif, bicara kadang- kadang masih kasar, sikap tubuh tegak, menjaga jarak yang menyenangkan. Pasien akan di pulangkan ke keluarganya.

Apa rencana tindakan yang paling cocok di lakukan perawat untuk keluarga saat ini?

- A. Kaji masalah pasien
- B. Berbicara dengan baik
- C. Melakukan kegiatan ibadah
- D. Jelaskan pengertian, penyebab dan tanda dan gejala
- E. Melatih cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan

BAB VI

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI

Deskripsi

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi yang terjadi pada klien dengan gangguan jiwa akibat penurunan fungsi kognitif dan penurunan kemampuan psikomotor sehingga klien tidak mampu melakukan perawatan terhadap dirinya sendiri seperti makan, mandi, berpakaian, berhias dan perlu bimbingan dari orang lain dalam melakukannya.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari pokok bahasan asuhan keperawatan pada klien defisit perawatan diri, diharapkan mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada klien defisit perawatan diri.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari sub pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan:

1. Menjelaskan definisi defisit perawatan diri
2. Menjelaskan etiologi defisit perawatan diri
3. Menjelaskan rentang respons konsep diri
4. Menjelaskan tanda dan gejala defisit perawatan diri
5. Melakukan pengkajian pada klien defisit perawatan diri

6. Merumuskan diagnosis keperawatan pada klien defisit perawatan diri
7. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien defisit perawatan diri
8. Melakukan tindakan keperawatan pada klien defisit perawatan diri
9. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada klien defisit perawatan diri

Uraian Materi

A. Defisit Perawatan Diri

1. Definisi

Definisi defisit perawatan diri menurut Orem merupakan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan perawatan diri secara adekuat sehingga dibutuhkan beberapa sistem yang dapat membantu klien memenuhi kebutuhannya (Prihadi & Erlando, 2019). Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami hambatan ataupun gangguan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kebersihan diri secara mandiri, seperti mandi, berpakaian, berhias, makan, dan eliminasi/*toileting* (BAK dan BAB) untuk dirinya sendiri yang ditandai dengan tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas dan penampilan tidak rapi (Keliat, 2010; Dermawan, 2013; Tumanduk, Messakh, & Sukardi, 2018). Defisit perawatan diri merupakan suatu hambatan dalam upaya

memenuhi aktivitas sehari-hari karena individu tidak mampu untuk melakukan kegiatan mandi dengan benar, merapikan rambut, menggunakan pakaian yang sesuai, mempersiapkan makan dan menggunakan alat makan dengan benar, dan melakukan *toileting* pada tempat yang sesuai. Orem mengidentifikasi lima metode strategi yang dapat digunakan menyelesaikan masalah perilaku defisit perawatan diri yaitu dengan bertindak untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi dukungan, meningkatkan pengembangan lingkungan, dan mengajarkan pada orang lain (Prihadi & Erlando, 2019).

2. Etiologi

Defisit perawatan diri pada klien gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir seseorang sehingga terjadi penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas perawatan diri (Keliat, 2010). Stuart (2016), mengungkapkan bahwa penyebab seseorang mengalami gangguan jiwa disebabkan oleh faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor predisposisi

1) Biologi

- a) Riwayat keluarga dengan gangguan jiwa, terjadi karena diturunkan melalui kromosom orang tua (namun spesifik terjadi pada kromosom keberapa masih dalam penelitian). Diduga kromosom

no. 6 dengan kontribusi genetik tambahan nomor 4, 8, 15 dan 22. Pada anak yang kedua orang tuanya tidak menderita masalah kejiwaan, kemungkinan terkena penyakit gangguan adalah 1%. Sementara pada anak yang salah satu orang tuanya menderita masalah gangguan kejiwaan, kemungkinan terkena adalah 15%, dan jika kedua orang tuanya penderita maka resiko terkena adalah 35%.

- b) Kejadian kembar identik berisiko lebih besar mengalami gangguan dibandingkan dengan kejadian kembar fraternal. Pada kembar identik, memiliki risiko memiliki gangguan jiwa sebesar 50%, sedangkan kembar fraternal berisiko mengalami gangguan 15%.
- c) Riwayat trauma pada pranatal dan perinatal. Trauma yang terjadi selama masa janin ataupun pada saat persalinan, menyebabkan terjadinya penurunan pemenuhan oksigen pada janin atau bayi saat dilahirkan. Kebutuhan oksigenasi pada janin yang tidak terpenuhi, disebabkan oleh beberapa kondisi seperti kejadian lahir prematur, preeklamsi pada ibu hamil, malnutrisi selama kehamilan, ibu

perokok dan mengonsumsi alkohol, pemakaian obat-obatan yang tidak sesuai selama kehamilan, dan terpapar suatu infeksi selama masa kehamilan. Anak yang dilahirkan dalam kondisi seperti ini, pada saat dewasa dapat mengalami pembesaran ventrikel otak dan atrofi kortek otak yang menjadi penyebab terjadinya gangguan persepsi.

- d) Nutrisi: Adanya riwayat gangguan nutrisi pada janin ataupun pada masa awal kelahiran, terutama pada 1000 hari pertama kehidupan. Kebutuhan nutrisi yang terpenuhi dengan baik, menunjang perkembangan otak secara maksimal. Kejadian malnutrisi dapat ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia.
- e) Keadaan kesehatan secara umum: Gangguan neuromuskuler menjadi penyebab terbanyak terjadinya gangguan jiwa. Gangguan muskuloskeletal, kelemahan dan kelelahan dan kecacatan merupakan masalah kesehatan yang mempengaruhi masalah psikologis yang jika tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan gangguan jiwa.

- f) Sensitivitas biologi: Riwayat penggunaan obat-obatan terlarang (NAPZA), riwayat terkena infeksi dan trauma kepala serta radiasi dan riwayat pengobatannya. Ketidakseimbangan dopamin dengan serotonin neurotransmitter dapat menyebabkan gangguan penerimaan ataupun penyampaian dalam persepsi sensori.
- g) Paparan terhadap racun: Paparan virus influenza pada trimester 3 kehamilan dan riwayat keracunan zat karbonmonoksida (CO), asbestos karena mengganggu fisiologi otak.

2) Psikologis

Beberapa kondisi yang menyebabkan individu mengalami atau merasakan berbeda dengan orang lain disekitarnya sehingga mengalami masalah psikologis, diantaranya:

a) Kognitif

Masalah psikologis, erat kaitannya dengan kemampuan kognitif seseorang. Riwayat kerusakan struktur pada lobus frontal, dapat menyebabkan suplai oksigen dan glukosa terganggu sehingga seseorang mempunyai intelegensi dibawah rata-rata dan menyebabkan kurangnya

kemampuan menerima informasi dari luar.

b) Komunikasi

Keterampilan dalam berkomunikasi yang kurang yang disebabkan adanya riwayat kerusakan pada fungsi bicara yang diakibatkan oleh trauma kepala yang berdampak terjadinya kerusakan pada area broca dan area wernich sehingga dapat menyebabkan ketidakmampuan seseorang dalam berkomunikasi, menggunakan komunikasi tertutup (*non verbal*), dan gagap.

c) Perilaku

Perilaku individu yang mengacu pada tingkah laku, sikap atau karakter individu itu sendiri berdasarkan nilai dan norma yang memungkinkan untuk hidup secara kooperatif dalam masyarakat. Riwayat tinggal di lingkungan yang dapat mempengaruhi moral individu, misalnya mengalami konflik keluarga, berasal dari keluarga *broken home* dan tidak mendapatkan sosok pengganti dari kedua orang tua, ataupun berada pada lingkungan toxic di masyarakat.

d) Kepribadian

Kepribadian individu juga mempengaruhi bagaimana seseorang memandang suatu stressor. Perilaku yang mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan yang tinggi dan menutup diri, merupakan suatu kondisi yang rentan terhadap gangguan jiwa.

e) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan:

(1) Pola pengasuhan

(a) Orang tua yang bersikap otoriter, selalu membandingkan dengan anak lainnya atau dengan orang lain, orang tua yang tidak memiliki *bounding attachment* yang baik dengan anak, tidak puas terhadap pencapaian anak ataupun penilaian negatif yang terus menerus

(b) Anak yang diasuh oleh orang tua dengan tingkat kecemasan yang tinggi, terlalu melindungi anak sehingga membatasi aktivitas dan kegiatan sosial anak, kurang perhatian dan tidak berperasaan

- (2) Kehilangan
 - (a) Disfungsi sistem keluarga yang terjadi akibat adanya konflik yang terjadi pada orang tua
 - (b) Kematian orang terdekat
 - (c) Perceraian, baik perceraian orang tua ataupun pengalaman perceraian
- (3) Penolakan
 - (a) Mengalami penolakan dari lingkungan disekitar atau mengalami tindak kekerasan baik fisik atau psikis
 - (b) Penolakan sekunder akibat mengalami obesitas, memiliki penyakit terminal, kondisi sangat miskin, tidak memiliki penghasilan/pengangguran, dan riwayat putus sekolah
- (4) Riwayat ketidakpuasan yang berhubungan dengan penyalahgunaan obat, perilaku yang tidak matang, pikiran delusi, penyalahgunaan alkohol
- f) Gangguan konsep diri
 - Ideal diri yang tidak realistis, harga diri rendah, identitas diri tidak jelas, krisis peran, serta gambaran diri negatif.

- g) Kurangnya motivasi
Adanya riwayat kegagalan dan kurangnya penghargaan.
- h) Pertahanan psikologis yang lemah, ambang toleransi terhadap stres yang rendah, serta adanya riwayat gangguan perkembangan sebelumnya
- i) *Self control*
Suatu bentuk ketidakmampuan dalam pengendalian emosi dalam menghadapi konflik yang terjadi. Individu tidak mampu melawan adanya keinginan untuk menyendiri dan tidak melakukan apapun.

2) Sosial budaya

Kondisi lingkungan juga dapat mempengaruhi individu dalam melakukan latihan kemampuan dalam perawatan diri.

- a) *Usia*
Beberapa klien ditemukan dengan adanya riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai.
- b) *Gender*
Merupakan peran dan relasi sosial berdasarkan jenis kelamin secara fisiologis, yang dibentuk dan dipengaruhi oleh kebudayaan, adat istiadat, dan perilaku sosial masyarakat. Ditemukannya riwayat ketidakjelasan

identitas diri sebagai laki-laki atau perempuan dan kegagalan peran *gender*.

c) Pendidikan

Riwayat pendidikan yang rendah diakibatkan putus sekolah atau gagal menyelesaikan pendidikan.

d) Pendapatan

Berkaitan dengan penghasilan yang rendah atau bahkan tidak memiliki penghasilan sehingga berkaitan dengan status ekonomi sosial.

e) Pekerjaan

Lingkungan kerja yang tidak sehat, adanya *stressful* dan berisiko tinggi mengalami masalah psikologis serta kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan, PHK atau tidak memiliki pekerjaan.

f) Status sosial

Menunjukkan ketidakjelasan peran dan kedudukan seseorang didalam suatu kelompok, seperti tunawisma dan kehidupan yang terisolasi (kehilangan kontak sosial, misalnya pada lansia).

g) Latar belakang budaya

Tuntutan sosial budaya tertentu yang tidak dapat terpenuhi, adanya stigma masyarakat terhadap budaya

tertentu, serta tinggal di lingkungan dengan budaya yang berbeda (bahasa tidak dikenal) sehingga merasa sendirian.

- h) Agama dan keyakinan
Riwayat tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin.
- i) Keikutsertaan dalam politik
Riwayat kegagalan berpolitik.
- j) Pengalaman sosial

Perubahan dalam kehidupan yang terjadi secara mendadak serta tuntutan untuk dapat beradaptasi dengan cepat terhadap situasi tertentu seperti kondisi bencana, dan kerusuhan.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor pencetus terjadinya gangguan jiwa. Pada klien dengan defisit perawatan diri, yang menyebabkan defisit perawatan diri yaitu:

1) *Body Image*

Gambaran individu terhadap dirinya, sangat mempengaruhi kebersihan diri. Ketika terjadi perubahan fisik atau individu tidak menyukai perubahan fisik yang terjadi, individu mengekspresikan perasaan kecewa dan tidak puas terhadap diri dengan tidak peduli dengan kebersihan dirinya.

2) Penurunan Motivasi

Individu yang mengalami defisit perawatan diri cenderung memilih untuk menyendiri dan bersikap tidak terbuka terhadap lingkungan disekitarnya sehingga tidak memiliki motivasi untuk melakukan kegiatan apapun.

3) Kerusakan Psikomotorik

Individu yang mengalami gangguan jiwa mengalami penurunan aktivitas psikomotorik yang dipengaruhi oleh suatu perilaku individu tersebut. Gangguan yang sering terjadi adalah kelainan motorik dalam gangguan non-organik yang ditemukan dengan gejala katalepsi (mempertahankan suatu posisi terus menerus), katatonik stupor (penurunan aktivitas motorik bahkan hingga terjadi imobilisasi), *negativisme* (penolakan untuk melakukan aktivitas), dan katapleksi (kehilangan tonus otot dan kelemahan yang bersifat sementara akibat perubahan emosional).

4) Kerusakan Kognitif

Kerusakan fungsi kognitif terjadi pada klien gangguan jiwa diakibatkan adanya perubahan proses pikir, sehingga dapat menyebabkan suatu ketidakmampuan melakukan aktivitas perawatan diri. Kognitif berhubungan dengan daya ingat,

yang berfungsi dan mempengaruhi perilaku. Individu yang mengalami defisit perawatan diri memiliki gangguan daya ingat yang berhubungan dengan memori prosedural. Memori ini merupakan ingatan mengenai cara melakukan sesuatu dan biasa juga disebut dengan memori implisit. Kemampuan seseorang dalam melakukan kegiatan harian yang dimana kemampuan tersebut telah dimiliki, seperti cara melakukan perawatan diri, menyisir, dan melakukan kegiatan sehari-hari.

5) Praktik Sosial

Pada anak-anak yang selalu melakukan kebersihan diri dibantu oleh orang tua, maka kemungkinan akan mengalami kesulitan dalam penerapan pola pemenuhan kebersihan diri.

6) Status Sosial Ekonomi

Status ekonomi sosial, mempengaruhi kebiasaan dalam pemenuhan kebersihan diri. *Personal hygiene* memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo, alat mandi semuanya yang memerlukan uang untuk menyediakannya.

7) Pengetahuan

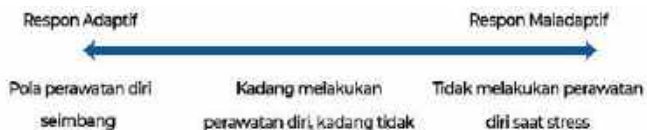
Pengetahuan *personal hygiene* sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan.

8) Budaya

Disebagian kepercayaan kebudayaan dimasyarakat, jika individu sakit tertentu, tidak diperbolehkan untuk melakukan kebersihan diri seperti tidak boleh dimandikan, tidak boleh potong kuku dan tidak boleh melakukan keramas.

3. Rentang Respons

Menurut Keliat (2014), rentang respons perawatan diri pada klien adalah sebagai berikut:



Gambar 6.1 Rentang Respons

a. Pola perawatan diri seimbang

Ketika individu menghadapi *stressor* dan individu mampu untuk menyelesaikannya dengan berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan tersebut adalah seimbang (artinya individu mampu melakukan perawatan diri dengan baik).

b. Kadang perawatan diri kadang tidak

Ketika individu menghadapi *stressor*, pada waktu atau kondisi tertentu, kadang-kadang individu mampu untuk menyelesaikannya dengan baik. Sehingga, kadang berperilaku adaptif dan kadang berperilaku maladaptif

(tidak mampu memperhatikan kebersihan dirinya).

c. Tidak melakukan perawatan diri

Ketika individu menghadapi *stressor*, namun individu tidak mampu untuk menyelesaikannya dan berperilaku maladaptif (tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat *stressor*).

4. Tanda dan Gejala

Menurut Jalil (2015), tanda dan gejala defisit perawatan diri terdiri dari:

a. Subyektif

- 1) Tidak mampu melakukan perawatan diri: malas melakukan aktivitas mandi, tidak mau menyisir rambut, tidak mau menggosok gigi, tidak mau memotong kuku, tidak mau berhias/berdandan, tidak bisa/tidak mau menggunakan alat kebersihan diri
- 2) Tidak mampu makan dan minum dengan benar: tidak mampu menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum, serta melakukan kegiatan makan dan minum tidak sesuai
- 3) Tidak mampu melakukan BAB dan BAK dengan benar: BAB dan BAK sembarangan dan tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK
- 4) Tidak semangat dan cenderung malas

- b. Obyektif
- 1) Tidak menggunakan alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar
 - 2) Badan bau, kotor, berdaki, gigi kotor, kuku Panjang, rambut kotor, kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan
 - 3) Pakaian: Tidak rapi, kotor, tidak sesuai, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak mengkancingkan baju atau celana, memakai berpakaian berlapis-lapis dan melepas pakaian atau telanjang
 - 4) Tidak memakai alas kaki
 - 5) Makan dan minum sembarangan dan berceceran, tidak menggunakan alat makan dengan benar, tidak mampu menyiapkan makanan, tidak mampu memindahkan makanan ke alat makan, tidak mampu memegang alat makan, tidak mampu menyuap makanan, tidak mampu mengunyah dan menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan
 - 6) Tidak mampu melaksanakan aktivitas *toileting* dengan benar, BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah aktivitas BAB dan BAK, tidak mampu menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB dan BAK

❖ **Asuhan Keperawatan pada Pasien DPD**

1. Pengkajian

Kaji mengenai faktor predisposisi dan presipitasi yang terjadi pada klien dengan defisit perawatan diri.

a. Faktor predisposisi dan presipitasi

1) Faktor predisposisi (Nurhalimah, 2016).

a) Biologis

Gangguan jiwa disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang mengakibatkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri dengan baik dan dikarenakan adanya faktor genetik atau keturunan.

b) Psikologis

Faktor psikologis ini ditandai dengan malas, tidak ada inisiatif, menarik diri, isolasi sosial, merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina. Masalah yang terjadi pada faktor psikologis ini biasanya disebabkan pada fase perkembangan yang mengalami masalah, biasanya disebabkan karena keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu tersebut sehingga perkembangan inisiatif menjadi terganggu dan menurunkan kemampuan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri. Selain itu, kurangnya

reinforcement positif pada upaya perawatan diri atau tidak mendapatkan pujian tentang apa yang telah dilakukan akan menyebabkan kemampuan realitas yang kurang, sehingga klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya.

c) Sosial

Kurangnya aktivitas sosial dapat mengakibatkan suatu penurunan kemampuan dalam merawat diri, yang ditandai dengan: interaksi dengan orang lain kurang, kegiatan kurang, tidak mampu berperilaku sesuai norma, cara makan tidak teratur, BAK dan BAB di sembarang tempat, tidak mampu melakukan kegiatan gosok gigi dan mandi dengan mandiri.

2) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi berhubungan dengan waktu terjadinya pencetus kejadian gangguan jiwa, biasanya terjadi pada enam bulan terakhir atau enam bulan sebelum perawatan.

a) Biologi

(1) Mengalami penyakit yang mengganggu sistem persyarafan atau trauma kepala yang mengakibatkan lesi daerah

frontal, temporal dan limbik yang menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan pengeluaran dopamin dan serotonin neurotransmitter

- (2) Gangguan nutrisi yang disebabkan oleh kondisi psikologis dan ditandai dengan penurunan BB akibat bulimia nervosa dan berdampak pada pemenuhan glukosa di otak yang dapat mempengaruhi fisiologi otak terutama bagian fungsi kognitif
- (3) Sensitivitas biologi: putus obat, kecacatan fisik, mengalami penyakit terminal dan proses pengobatannya yang dapat menyebabkan perubahan penampilan fisik

b) Psikologis

Pengalaman tidak menyenangkan yang terjadi dalam rentang waktu enam bulan terakhir.

c) Sosial budaya

- (1) Kehilangan pekerjaan, kehilangan orang yang berarti (kematian dan perceraian), perceraian orang tua, *bullying*, putus sekolah, kehilangan harta benda secara tiba-tiba seperti

akibat bencana

d) *Origin*

- (1) Internal: Persepsi klien yang buruk tentang *personal hygiene*, *toileting*, berdandan dan berhias
- (2) Eksternal: Kurangnya dukungan sosial keluarga dan ketersediaan alat/fasilitas

e) *Time*

- (1) Waktu terjadinya *stressor*
- (2) *Stressor* terjadi secara tiba-tiba
- (3) *Stressor* terjadi berulang kali dan antara satu *stressor* dengan *stressor* yang lain atau *stressor* yang terjadi bersamaan dalam waktu saling berdekatan atau bersamaan

f) *Number*

- (1) Sumber stres lebih dari satu (banyak)
- (2) Stres dirasakan sebagai masalah yang berat

b. Penilaian terhadap *stressor*

1) Kognitif

Individu mengungkapkan pendapatnya tentang penilaian terhadap *stressor* ataupun ketidakmampuannya dalam melakukan perawatan diri yang dialami.

Individu biasanya tidak mampu menilai dan melakukan aktivitas harian termasuk pemenuhan kebersihan diri yang ditandai dengan pengungkapan malas melakukan perawatan diri, bingung, tidak berinteraksi atau menjawab pertanyaan dan mengalami gangguan perhatian.

2) Afektif

Merupakan reaksi terhadap penilaian individu atas *stressor* yang dialami dan diekspresikan dalam bentuk emosi, seperti perasaan malu, bersalah, tidak memiliki harapan apapun, marah, dan merasa frustrasi.

3) Fisiologis

Stressor yang dirasakan, akan menimbulkan respon secara fisiologis sebagai bentuk dalam proses adaptasi. Biasanya terjadi ketidakseimbangan neurotransmitter dopamin dan serotonin, adanya peningkatan epinefrin dan non epinefrin, gangguan tidur, kelemahan otot dan kekakuan sendi, bisa terjadi tachicardia, hipertensi, tachipneu jika terjadi kecemasan. Secara fisik, badan akan tampak kotor, bau dan penampilan tidak sesuai/tidak rapi.

4) Perilaku

Individu menunjukkan perilaku diam dan kadang mempertahankan hanya pada satu posisi tubuh, kadang muncul gelisah, menggaruk badan, adanya hambatan kemampuan atau kurang minat dalam memilih pakaian yang tepat untuk dikenakan dan ketidakmampuan dalam melakukan defekasi atau urinasi pada tempat yang tepat.

5) Sosial

Reaksi individu terhadap *stressor* dalam lingkup sosialnya adalah ditunjukkan dengan penarikan diri dari hubungan sosial atau bahkan menghindari kontak/aktivitas sosial.

c. Sumber koping

Sumber koping merupakan hal yang dapat membantu klien mengatasi *stressor* yang dialaminya meliputi:

1) *Personal Ability*

Personal ability merupakan kemampuan individu dalam proses pemecahan masalah atau dalam menghadapi *stressor*. Pada klien dengan defisit perawatan diri, biasanya ditunjukkan dengan individu tidak komunikatif dan cenderung menarik diri, kelemahan otot, tidak mampu

berhubungan dengan orang lain, integritas ego tidak adekuat, tidak mampu melakukan pemecahan masalah, dan tidak mampu melakukan perawatan diri.

2) *Social support*

Dukungan sosial dari orang terdekat ataupun lingkungan diekitar klien, sangat mempengaruhi ketercapaian individu dalam proses pemecahan masalah. Bentuk dukungan sosial yang diterima individu yang mengalami defisit perawatan diri ini dapat berupa hubungan yang kurang baik dari individu pada keluarga dan masyarakat, tidak terlibat dalam kegiatan sosial ataupun organisasi sosial, tidak memiliki orang terdekat dan adanya konflik budaya.

3) *Material asset*

Aset ekonomi (*material asset*) yang mendukung proses penyelesaian dalam menghadapi stressor baik berupa finansial yang dilihat dari penghasilan yang tidak mencukupi atau tidak memiliki uang untuk berobat dan jangkauan pelayanan kesehatan.

4) *Positive Belief*

Tidak memiliki motivasi untuk sembuh, tidak memiliki keyakinan dan nilai positif terhadap kesehatan, pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan tidak memiliki.

d. Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah proses dalam usaha pengelolaan diri terhadap *stressor* yang dialami. Menurut (Sutria, 2020), mekanisme koping di bagi menjadi 2:

1) Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi pertumbuhan belajar dan mencapai tujuan. Individu mampu mencari jalan keluar dalam proses pemecahan masalah, baik mampu menyelesaikan sendiri atau mampu mengukur kemampuan dan mampu mencari bantuan dalam penyelesaian masalah. Kategori ini adalah klien bisa memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri.

2) Mekanisme koping maladaptif

Mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah tidak ingin merawat diri.

2. Diagnosa

Pohon masalah:



Gambar 6.2 Pohon masalah

Diagnosa Keperawatan: Defisit Perawatan Diri

3. Intervensi

a. Klien

- 1) Mengidentifikasi dan menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri serta melatih klien merawat diri: Mandi
 - a) Menjelaskan cara perawatan diri: mandi (tanyakan alasan tidak mau mandi, berapa kali mandi dalam sehari, manfaat mandi, peralatan mandi, cara mandi yang benar)
 - b) Melatih klien cara perawatan diri: mandi
 - c) Melatih klien memasukkan kegiatan berdandan dalam jadwal kegiatan harian

- 2) Menjelaskan dan melatih klien perawatan kebersihan diri: Berhias
 - a) Mendiskusikan tentang cara perawatan diri berdandan (alat yang dibutuhkan, kegiatan berdandan, cara berdandan, waktu berdandan, manfaat berdandan, kerugian jika tidak berdandan
 - b) Melatih cara berdandan
 - c) Melatih klien memasukkan kegiatan berdandan dalam jadwal kegiatan harian
- 3) Melatih cara melakukan perawatan diri: Makan/minum
 - a) Mendiskusikan cara perawatan diri; makan/minum (tanyakan alat-alat yang dibutuhkan, cara makan minum, waktu makan minum, manfaat makan minum dan kerugian jika tidak makan minum
 - b) Melatih cara perawatan diri: makan minum
 - c) Melatih klien memasukkan kegiatan makan/minum dalam jadwal kegiatan harian
- 4) Melatih cara melakukan perawatan diri: BAK/BAK
 - a) Mendiskusikan cara perawatan diri BAB/BAK (alat yang dibutuhkan, kegiatan BAB/BAK, cara melakukan BAB/BAK yang benar, manfaat

BAB/BAK yang benar, kerugian jika BAB/BAK tidak benar)

- b) Melatih cara perawatan diri: BAB/BAK
- c) Melatih klien memasukkan kegiatan BAB/BAK dalam jadwal kegiatan harian

b. Keluarga

- 1) Menjelaskan masalah klien defisit perawatan diri
 - a) Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat klien defisit perawatan diri
 - b) Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin yang terjadi pada klien defisit perawatan diri
 - c) Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien defisit perawatan diri
 - d) Menganjurkan keluarga memutuskan untuk merawat klien defisit perawatan diri
- 2) Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat klien defisit perawatan diri
 - a) Menjelaskan cara merawat klien defisit perawatan diri
 - b) Menganjurkan, membimbing, dan memberi pujian kepada klien karena latihan perawatan diri: Mandi

- c) Menganjurkan, membimbing, dan memberi pujian kepada klien karena latihan perawatan diri: Berdandan
 - d) Menganjurkan, membimbing, dan memberi pujian kepada klien karena latihan perawatan diri: Makan/minum
 - e) Menganjurkan, membimbing, dan memberi pujian kepada klien karena latihan perawatan diri: BAB/BAK
- 3) Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien defisit perawatan diri
- a) Mendiskusikan anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan klien
 - b) Mendiskusikan *setting* lingkungan rumah yang mendukung perawatan klien
 - c) Menganjurkan keluarga melibatkan anggota keluarga lainnya merawat klien
- 4) Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk *follow up*, cara rujukan kesehatan klien dan mencegah kekambuhan
- a) Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia
 - b) Menjelaskan kemungkinan klien *relaps* dan pencegahan *relaps*
 - c) Mengidentifikasi tanda-tanda *relaps* dan kemungkinan kambuh

- d) Menjelaskan dan menganjurkan *follow up* dan merujuk klien ke pelayanan kesehatan

4. Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawatan perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini menurut Kusumawati dan Hartono, (2010). Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai kondisi pasien saat ini (Damayanti & Iskandar, 2014).

5. Evaluasi

Evaluasi dapat di bagi menjadi 2, yaitu evaluasi proses (formatik) yang dilakukan setiap setelah melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respons pasien dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi yang diharapkan setelah memberikan asuhan keperawatan adalah

agar pasien dapat mengetahui dan bisa melakukan perawatan diri sendiri.

Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan.

O: Respon objektif pasien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan.

A: Analisa terhadap data subjektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.

P: Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon pasien.

6. Pendokumentasian

Tabel 6.1 Pendokumentasian

Hr/Tgl/Jam	Implementasi Tindakan Keperawatan	Paraf & Nama
Rabu, 27 Desember 2022 09.30	<ol style="list-style-type: none">1. Menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri.2. Menjelaskan cara melakukan mandi3. Melatih cara melakukan mandi4. Melatih memasukkan kegiatan mandi dalam jadwal kegiatan harian	ttd Ns. Astri

Tabel 6.2 Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Hr/Tgl/Jam	PPA	Hasil assessment Pasien Pemberian Pelayanan	Instruksi PPA	Review & Verifikasi DPJP
Rabu, 27 Desember 2022 09.30	Ners	<p>S: Klien mengatakan masih bingung cara melakukan mandi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak berantakan 2. Klien tidak mampu melakukan mandi dengan benar <p>A: Defisit Perawatan Diri</p> <p>P: Defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan perawatan diri meningkat 2. verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 	

		<p>3. minat melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>4. kemampuan mandi meningkat</p> <p>5. mempertahankan kebersihan diri</p>	<p>2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan</p>	
		ttd		
		Ns. Astri		

Latihan soal

1. Seorang laki-laki, umur 27 tahun, di rawat di RSJ sejak 1 bulan yang lalu. Keluarga pasien mengatakan pasien sering mengamuk dirumah karena tidak diberi uang rokok. Pasien juga pernah mengancam adiknya dengan pisau jika tidak menuruti kemauannya. Pasien mengatakan hal itu dia lakukan karena ada yang menyuruhnya. Pasien sudah mampu mengontrol marah dengan latihan fisik dan minum obat. Saat pengkajian pasien tampak kotor, bau badan, kuku panjang dan hitam. Pasien mengatakan malas mandi. Core problem berdasarkan kasus diatas adalah...
 - A. Halusinasi
 - B. Harga diri rendah
 - C. Perilaku kekerasan
 - D. Defisit perawatan diri
 - E. Resiko perilaku kekerasan

2. Seorang wanita dirawat di RSJ. C karena mengalami skizofrenia dengan gejala halusinasi dan defisit perawatan diri. Perawat melakukan komunikasi terapeutik sesuai dengan masalah yang ditemukan pada wanita tersebut. Latihan yang diberikan untuk diagnosa DPD SP 3 adalah...
 - A. Latihan kebersihan diri (personal hygiene)
 - B. latihan makan dan minum dengan baik
 - C. latihan toileting dengan rapi
 - D. Latihan berdandan
 - E. Latihan tarik nafas dalam

3. Seorang lelaki, umur 20 tahun, dibawa ke RSJ karena sudah 6 hari mengurung diri dan tidak mau beraktivitas. Hasil observasi: penampilan klien berantakan, tercium bau pesing dan bau mulut, gigi kotor. Hasil pengkajian: klien mengatakan “Saya malas melakukan kegiatan apapun!”
Intervensi utama yang tepat berdasarkan kasus diatas adalah...
- A. Latih pasien mandi dengan benar
 - B. Latih pasien BAB & BAK dengan benar
 - C. Latih pasien oral higiene
 - D. Latih pasien melakukan aktivitas sehari-hari
 - E. Latih pasien dalam melakukan perawatan diri
4. Tn. K umur 44 tahun, sudah satu minggu dirawat di RSJ. Saat dilakukan pengkajian, Tn. K tampak pucat, menolak berinteraksi, berpakaian lusuh & tercium bau tidak sedap. Saat ditanya apakah sudah mandi, Tn. K menggeleng dan menolak untuk mandi, Tn. K berkata “buat apa mandi”.
Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan berdasarkan kasus diatas?
- A. Latih pasien cara-cara melakukan perawatan diri
 - B. Latih pasien berdandan/berhias
 - C. Jelaskan tentang pentingnya kebersihan diri
 - D. Latih pasien mempraktikan cara menjaga kebersihan diri
 - E. Jelaskan alat-alat untuk perawatan diri

5. Klien terlihat tidak bersih, rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki. Pakaian terlihat kotor, tidak rapi, makan berceceran dan tidak pada tempatnya. Klien suka BAB/BAK tidak pada tempatnya dan juga tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK. Bagaimanakah rencana tindakan pertama keperawatan pada kasus diatas?
- A. Identifikasi kemampuan klien dalam melakukan kebersihan diri
 - B. Jelaskan pentingnya kebersihan diri dengan cara memberikan penjelasan terhdap pentingnya kebersihan diri
 - C. Jelaskan peralatan yang dibutuhkan dan cara membersihkan diri
 - D. Minta klien memperagakan ulang alat dan cara kebersihan diri
 - E. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien

BAB VII

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL

Deskripsi

Isolasi sosial merupakan salah satu kondisi ketidakmampuan individu berinteraksi dan membina hubungan dengan orang lain, ketidakmampuan mengungkapkan perasaan, merasa ditolak dan tidak diterima oleh lingkungan. Tanda dan gejala yang muncul adalah menghindari interaksi dengan orang lain.

Materi ini membahas asuhan keperawatan pasien dengan isolasi sosial mulai dari konsep teori dan aspek yang terdiri dari: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

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

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari sub pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan:

1. Menjelaskan definisi isolasi sosial

2. Menjelaskan etiologi isolasi sosial
3. Menjelaskan rentang respons konsep diri
4. Menjelaskan tanda dan gejala isolasi sosial
5. Melakukan pengkajian pada pasien isolasi sosial
6. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien isolasi sosial
7. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien isolasi sosial
8. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien isolasi sosial
9. Menyusun evaluasi tindakan keperawatan pada pasien isolasi sosial

Uraian Materi

A. Isolasi Sosial

1. Definisi

Istilah isolasi sosial berdasarkan KBBI adalah keadaan hampir atau sama sekali tidak ada kontak dengan masyarakat atau makhluk sosial lainnya dengan tidak sengaja. Isolasi sosial adalah keadaan seorang individu yang mengalami penurunan interaksi atau bahkan sama sekali tidak mampu untuk dapat berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya yang biasa disebabkan oleh perasaan ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain disekitarnya (Keliat, 2011). Isolasi sosial merupakan kondisi kesendirian yang di alami oleh individu akibat ketidakmampuan dalam mengungkapkan perasaan, yang dapat

menimbulkan perasaan negatif dan mengancam yang biasanya disebabkan orang lain (Sukaesti, 2018). Isolasi sosial juga merupakan gejala negatif pada penderita skizofrenia, gejala penarikan diri ini dimanfaatkan untuk menghindari orang lain agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang lagi (Pardede 2021). Isolasi sosial dikenal juga sebagai suatu pola dari tingkah laku individu yang ditandai dengan menghindari kontak dengan orang, situasi atau lingkungan untuk menghindari kecemasan secara fisik dan psikologis atau dalam istilah lain disebut juga dengan menarik diri. Menarik diri adalah usaha menghindari interaksi dengan orang lain. Individu merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi perasaan, pikiran, prestasi atau kegagalannya (Kemenkes, 2019).

2. Etiologi

a. Predisposisi

Beberapa faktor yang dapat menjadi penyebab atau melatar belakangi seorang individu mengalami isolasi sosial adalah sebagai berikut:

1) Aspek Biologis

Aspek biologi yang melatar belakangi kejadian gangguan jiwa sebagian besar adalah faktor genetik. Konsisi tersebut terjadi akibat transmisi gen yang

diturunkan melalui kembar monozigot maka mengalami kemungkinan mengalami skizofrenia sebanyak 50%. Selain itu, Gambaran struktur otak menggunakan *Computerized Tomography Scanning (CT-Scan)* dan *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* menunjukkan penyusutan volume otak, pembesaran lateral ventrikel, atrofi pada lobus frontal, cerebellum dan struktur limbik (terutama hipokampus dan amigdala) serta terjadinya peningkatan ukuran bagian depan otak pada klien skizofrenia (Stuart, 2016). Kondisi-kondisi lainnya yang juga dapat menyebabkan kerusakan pada sistem persarafan, seperti riwayat terjadinya benturan pada kepala, penyakit meningitis, riwayat penggunaan obat-obat terlarang dan kondisi kekurangan gizi terutama pada masa kehamilan dan pada 1000 pertama kehidupan juga menjadi penyebab adanya gangguan jiwa.

2) Aspek Psikologis

Aspek psikologis sebagian besar diakibatkan terjadinya pengalaman tidak menyenangkan akibat kegagalan/kehilangan (77,8%). Seseorang yang mengalami isolasi sosial biasanya memiliki pengalaman tidak menyenangkan akibat kehilangan dan kegagalan. Respon

stressor kehilangan dan kegagalan, dapat diartikan sebagai pengalaman negatif terhadap gambaran diri, ketidakjelasan atau berlebuhnya peran yang dimiliki, kegagalan dalam mencapai harapan dan cita-cita, krisis identitas serta kurangnya penghargaan baik dalam diri sendiri, keluarga maupun lingkungan. Hambatan yang terjadi dalam proses perkembangan anak juga merupakan faktor risiko terjadinya isolasi sosial. Anak yang tidak diberikan kesempatan untuk mengeksplor diri karena ibu yang terlalu khawatir dan terlalu melindungi, terjadinya konflik di keluarga, adanya komunikasi yang buruk serta kurangnya interaksi dalam keluarga inilah yang menjadi salah satu faktor risiko terjadinya isolasi sosial (Fortinash & Worret, 2004).

3) Aspek sosial budaya

Stressor sosial budaya yang berhubungan dengan timbulnya gangguan jiwa adalah individu yang memiliki ketidakseimbangan pada lingkungan sosialnya, yang tidak memiliki penghasilan, riwayat menerima kekerasan, tidak memiliki tempat tinggal serta hidup dalam kemiskinan (Videbeck, 2008). Selain itu, riwayat pendidikan, usia, jenis kelamin, agama dan keyakinan serta keikutsertaan

dalam kegiatan dilingkungan seperti organisasi dan politik juga menjadi *stressor* dalam aspek sosial budaya.

b. Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor yang dapat mencetuskan seseorang mengalami gangguan jiwa. Beberapa faktor pencetus terjadinya isolasi sosial: menarik diri adalah *nature*, *origin* dan *timing*. Faktor *nature* dapat dilihat dari adanya pengalaman tidak menyenangkan yang terjadi pada tahap pertumbuhan dan perkembangan dan gangguan komunikasi didalam keluarga, selain itu juga adanya norma-norma yang salah yang dianut dalam keluarga serta faktor biologis berupa gen yang diturunkan dari keluarga yang menyebabkan klien menderita gangguan jiwa (Arisandy, 2017).

Faktor tumbuh kembang yang terjadi pada setiap tahap tumbuh kembang, memiliki tugas-tugas perkembangan yang harus terpenuhi dan menjadi salah satu faktor yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan dalam hubungan sosial apabila tugas tersebut tidak terpenuhi. Tugas perkembangan terkait hubungan sosial terjadi disepanjang fase perkembangan, mulai dari fase bayi hingga lansia (Yusuf. AH, 2015 ; Yosef, 2014).

Tabel 7.1 Tugas & Fase Perkembangan

Fase Perkembangan	Tugas Perkembangan
Fase bayi (0-18 bulan)	Menetapkan rasa percaya, merasa nyaman pada lingkungan yang dikenal
Fase toddler	Mengembangkan otonomi, senang dilibatkan dalam kegiatan sehari-hari dan awal perilaku mandiri
Fase prasekolah	Belajar menunjukkan inisiatif, rasa tanggung jawab, hati nurani, belajar nilai, norma social dan agama
Fase sekolah	belajar benar dan salah, dilibatkan dalam pengambilan keputusan bersama, belajar berkompetisi, bekerja sama, dan berkompromi
Fase remaja	Fase remaja menjadi fase paling berat dalam menyelesaikan tugas perkembangan, karena pada fase ini memiliki perubahan biologis yang dapat mempengaruhi kondisi emosional remaja. Pada fase ini, remaja diharapkan mampu menilai diri secara objektif, kelebihan dan kekurangan diri, menemukan identitas diri, memiliki tujuan dan cita-cita masa depan, memiliki teman dekat dan mulai tertarik dengan lawan jenis.
Fase dewasa	Individu mampu menilai pencapaian diri, inisiatif tinggi dan mampu menerima dan beradaptasi pada perubahan fisik dan psikologis. Selain itu, individu menjadi saling bergantung antara

	orang tua dan teman, mulai mencari pasangan, menikah dan mempunyai anak
Fase lansia	Fase terakhir adalah fase lansia, dimana tugas perkembangannya adalah berduka karena kehilangan dan mengembangkan perasaan ketertarikan dengan agama dan budaya

Faktor *origin*, merupakan faktor pencetus yang dinilai berdasarkan apa yang menjadi pencetus adanya gangguan dalam melakukan hubungan sosial dan dapat ditimbulkan oleh faktor internal (berasal dari dalam diri individu) dan eksternal (berasal dari luar individu).

3. Rentang Respons

Menurut Stuart (2016), gangguan jiwa biasanya dapat dikenali pada masa remaja atau lebih awal dan berlanjut sepanjang masa dewasa dan merupakan pola respon maladaptive terhadap suatu *stressor*.



Gambar 7.1 Rentang Respons

a. Respons adaptif adalah respons individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara yang dapat diterima oleh norma-norma masyarakat dan dalam batas normal. Menurut Riyardi S dan Purwanto T. (2013) respon ini meliputi:

1) Menyendiri

Merupakan respon yang dilakukan individu untuk merenungkan apa yang telah terjadi atau dilakukan dengan cara mengevaluasi diri untuk menentukan rencana-rencana selanjutnya.

2) Otonomi

Merupakan kemampuan individu dalam menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam melakukan hubungan sosial. Individu mampu menetapkan secara mandiri dalam pengaturan diri.

3) Kebersamaan

Merupakan kemampuan individu untuk saling pengertian, saling memberi, saling bekerja sama, dan saling menerima dalam hubungan interpersonal.

4) Saling ketergantungan

Merupakan suatu hubungan saling ketergantungan, saling membutuhkan dalam membina hubungan interpersonal.

b. Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara-cara yang bertentangan dengan norma-norma agama dan masyarakat. Menurut Riyardi S dan Purwanto T. (2013) respon maladaptif tersebut adalah:

1) Manipulasi

Merupakan suatu cara yang dilakukan individu untuk mendapatkan apa yang diinginkan. Manipulasi pada isolasi sosial biasanya individu akan memperlakukan orang lain sebagai objek, hubungan terpusat pada masalah mengendalikan orang lain dan individu cenderung berorientasi pada diri sendiri. Tingkah laku mengontrol digunakan sebagai pertahanan terhadap kegagalan atau frustrasi dan dapat menjadi alat untuk berkuasa pada orang lain.

2) Impulsif

Merupakan respons individu terhadap suatu *stressor* yang bertindak berdasarkan insting. Respon pada isolasi sosial biasanya ditandai dengan individu sebagai subyek yang tidak dapat diduga, tidak dapat dipercaya, tidak mampu merencanakan tidak mampu untuk belajar dari pengalaman dan miskin penilaian.

3) Narsisme

Merupakan respon sosial ditandai dengan individu berfokus pada diri sendiri, memiliki tingkah laku egosentris, harga diri yang rapuh, terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan mudah marah jika tidak mendapat dukungan dari orang lain.

4) Isolasi sosial adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala isolasi sosial meliputi:

a. Subyektif

- 1) Menolak interaksi dengan orang lain
- 2) Merasa sendirian
- 3) Lebih ingin sendiri dan asik sendiri
- 4) Tidak berminat
- 5) Merasa tidak diterima
- 6) Perasaan tidak aman
- 7) Perasaan berbeda dengan orang lain
- 8) Mengungkapkan tujuan hidup yang tidak adekuat

- 9) Tidak ada dukungan orang yang dianggap penting
- b. Obyektif
- 1) Tidak ada kontak mata
 - 2) Menyendiri/menarik diri
 - 3) Tidak ada minat berinteraksi dengan orang lain
 - 4) Tidak komunikatif
 - 5) Tindakan tidak berarti/berulang
 - 6) Afek tumpul
 - 7) Afek sedih
 - 8) Adanya kecacatan (misal: fisik dan mental)

❖ **Asuhan Keperawatan pada Pasien Isolasi Sosial**

1. Pengkajian

Rangsangan primer dari penyebab isolasi sosial adalah kebutuhan perlindungan diri secara psikologi terhadap kejadian traumatik sehubungan dengan perasaan bersalah, marah, perasaan sepi dan takut dengan orang yang dicintai, dan tidak dapat mengungkapkan segala sesuatu yang dapat mengancam harga diri (*self esteem*). Mekanisme koping yang adekuat sangat diperlukan dalam menghadapi *stressor* yang muncul. Mekanisme koping yang adekuat dibentuk berdasarkan adanya sumber-sumber koping yang mendukung seperti kondisi ekonomi, kemampuan menyelesaikan masalah, teknik pertahanan, dukungan sosial dan motivasi. Sumber koping

sebagai model ekonomi dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stres dan mengadopsi strategi koping yang berhasil. Setiap individu mempunyai beberapa kelebihan personal yang dapat membantu dalam menghadapi stres meliputi: aktivitas keluarga, hobi, seni, kesehatan dan perawatan diri, pekerjaan kecerdasan dan hubungan interpersonal. Dukungan sosial dari peningkatan respon psikofisiologis yang adaptif, motivasi berasal dari dukungan keluarga ataupun individu sendiri sangat penting untuk meningkatkan kepercayaan diri pada individu (Stuart & Sundeen, 2016).

a. Faktor predisposisi dan presipitasi

1) Faktor predisposisi

a) Biologi

Faktor herediter yang mengalami gangguan jiwa, riwayat penyakit trauma kepala, Riwayat penyakit yang berhubungan dengan sistem persarafan, riwayat putus obat, adanya masalah pada pemenuhan status gizi, dan riwayat penggunaan NAPZA.

b) Psikologis

Pengalaman negatif atau pengalaman tidak menyenangkan berkaitan dengan gambaran diri, tidak jelasnya atau berlebihan peran yang dimiliki, kegagalan dalam mencapai

harapan atau cita-cita, krisis identitas dan kurangnya penghargaan baik dari diri sendiri maupun lingkungan, yang dapat menyebabkan gangguan dalam berinteraksi dengan orang lain, dan akhirnya menjadi masalah isolasi sosial.

c) Sosial budaya

Masalah sosial budaya pada kasus isolasi sosial biasanya ditemukan dari kalangan ekonomi rendah akibat tingkat pendidikan rendah, adanya kegagalan dalam pekerjaan, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, ketidakaktifan dalam mengikuti kegiatan di lingkungan dan kegagalan dalam berhubungan sosial.

2) Faktor presipitasi

Faktor pencetus pada umumnya mencakup kejadian kehidupan yang penuh stres seperti kehilangan, yang mempengaruhi kemampuan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan menyebabkan ansietas. Biasanya ditemukan riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis, atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, kegagalan dalam hidup, kemiskinan, atau adanya

tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien, dan konflik antar masyarakat.

Faktor pencetus dapat dikelompokkan dalam kategori:

a) Faktor sosiokultural

Stressor yang muncul dapat ditimbulkan karena menurunnya stabilitas unit keluarga seperti berpisah dari orang yang berarti dalam kehidupannya baik oleh kematian ataupun perceraian. Perpisahan itu menyebabkan ketidakefektifan sumber coping individu terhadap *stressor* berupa dukungan sosial.

b) Faktor psikologik

Ansietas berat yang berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya. Pengalaman yang tidak menyenangkan terhadap tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau kegagalan orang lain untuk memenuhi kebutuhan untuk ketergantungan dapat menimbulkan ansietas tinggi (Stuart & sudden, 2016).

b. Penilaian terhadap *stressor*

1) Kognitif

Respons kognitif klien isolasi sosial meliputi bagaimana individu memandang kondisi tersebut. Perasaan kesepian, merasa ditolak orang lain atau lingkungan, merasa tidak dimengerti oleh orang lain, merasa tidak berguna, merasa putus asa dan tidak memiliki tujuan hidup, merasa tidak aman berada diantara orang lain, menghindari dari orang lain dan lingkungan, tidak mampu konsentrasi serta tidak mampu membuat keputusan merupakan hal yang dialami oleh individu yang mengalami isolasi sosial (Fortinash, 1999; Keliat, 2005; Townsend, 2009; NANDA, 2012).

2) Afektif

Klien isolasi sosial menunjukkan respons afektif terhadap isolasi sosial yang terjadi berupa perasaan sedih, tertekan, depresi atau marah, merasa kesepian atau ditolak lingkungan, tidak memperdulikan orang lain, malu dengan orang lain. (Cacioppo et al, 2002; Hawkey, Burlison, Bentson, & Cacioppo, 2003; Steptoe, Owen, Kuns-Ebrecht, & Brydon, 2004).

3) Fisiologis

Respons fisiologis yang dialami klien isolasi sosial yaitu muka murung, sulit

tidur, merasa lelah letih dan kurang bergairah.

4) Perilaku

Klien isolasi sosial menunjukkan perilaku seperti menarik diri, tidak nyaman dengan lingkungan yang ramai, menjauh dari orang lain, tidak atau jarang melakukan komunikasi, tidak ada kontak mata, kehilangan gerak dan mulut, malas melakukan kegiatan sehari hari, berdiam diri di kamar, berdiam diri pada satu posisi, menolak hubungan dengan orang lain, dan menunjukkan sikap bermusuhan (Townsend, 2010).

5) Sosial

Respons fisiologis yang dialami klien isolasi sosial yaitu menarik diri, sulit berinteraksi, tidak mau berkomunikasi, tidak mau berpartisipasi dengan kegiatan sosial, curiga dengan lingkungan, acuh dengan lingkungan serta memilih dan lebih menyukai menyendiri.

c. Sumber koping

Sumber koping merupakan hal yang dapat membantu klien dalam mengatasi *stressor* yang dialaminya. Sumber koping tersebut meliputi nilai dan kemampuan individu (*personal ability*), dukungan sosial (*sosial support*), aset ekonomi (*material aset baik*

berupa finansial dan pelayanan kesehatan), serta kepercayaan (*positive beliefs*) dalam menghadapi masalah (Stuart, 2013).

1) *Personal Ability*

Kemampuan yang diharapkan adalah klien mampu mengetahui penyebab isolasi sosial, menyebutkan keuntungan punya teman dan bercakap-cakap, menyebutkan kerugian tidak memiliki teman, mampu berkenalan dengan klien dan perawat atau tamu, berbicara, saat melakukan kegiatan harian, melakukan kegiatan sosial. Kemampuan lanjutan yang dapat dilakukan oleh klien isolasi sosial adalah mampu melakukan komunikasi dasar verbal seperti, mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan dan bertanya serta klarifikasi. Kemampuan lainnya yang diharapkan pada pasien isolasi sosial yaitu berkomunikasi menjalin persahabatan, meminta dan memberikan pertolongan, menerima dan memberikan pujian kepada orang lain serta mampu berkomunikasi dalam keadaan sulit seperti menerima dan memberi kritik, penolakan dan maaf. Sedangkan kemampuan non verbal seperti kontak mata, tersenyum, duduk tegak, serta berjabat tangan. Kemampuan klien isolasi sosial telah diteliti oleh Keliat, dkk,

menggunakan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) mampu meningkatkan kemampuan komunikasi verbal maupun non verbal.

2) *Sosial Support*

Dukungan sosial (*social support*) adalah dukungan yang diperoleh dari lingkungan sekitar klien seperti keluarga, teman, kelompok, kader kesehatan dalam membantu menyelesaikan *stressor* yang dialami. Videback (2008) menjelaskan bahwa keluarga merupakan salah satu sumber pendukung utama dalam proses penyembuhan klien dengan isolasi sosial.

3) *Positive Belief*

- a) Keyakinan terhadap kesembuhan diri sendiri dan terhadap petugas kesehatan dalam proses penyembuhan
- b) Distres spiritual
- c) Tidak memiliki motivasi untuk sembuh
- d) Penilaian negatif tentang pelayanan kesehatan
- e) Tidak menganggap apa yang dialami merupakan sebuah masalah

4) *Material Asset*

- a) Biaya kehidupan, jaminan kesehatan yang digunakan, pelayanan kesehatan yang biasa digunakan
- b) Adanya perubahan status kesejahteraan

- c) Tidak punya uang untuk berobat, tidak ada tabungan
- d) Tidak memiliki kekayaan dalam bentuk barang berharga

d. Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah usaha mengatasi *stressor* yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya dalam upaya untuk mengatasi *stressor*. Mekanisme koping yang sering yang digunakan pada individu dengan gangguan kepribadian antisosial adalah denial, identifikasi, regresi, proyeksi dan isolasi (Stuart, 2016; Fairly, 2018).

a) Denial

Denial adalah penolakan atau pengabaian sebagai upaya yang dilakukan untuk menghindari realitas.

b) Identifikasi

Merupakan penentu atau penetapan identitas sebagai proses individu mencoba untuk menjadi seseorang yang dikagumi oleh individu tersebut dengan menirukan pikiran, perilaku atau kesukaannya.

c) Regresi

Menghindari stres dengan cara memperhatikan karakteristik perilaku dari tahap perkembangan yang lebih awal. Kondisi yang terjadi adalah kemunduran

pada tingkat perkembangan yang lebih rendah, dengan respon yang kurang matang. Sebagai contoh adalah orang dewasa yang marah-marah ketika keinginannya tidak terpenuhi/tidak sesuai.

d) Proyeksi

Menyalahkan orang lain terhadap kesulitan yang dialaminya, atau melemparkan kesalahan pada orang lain. Sebagai contoh, suami selingkuh karena digoda oleh wanita lain.

e) Isolasi

Merupakan pemisahan komponen emosional dari pikiran yang mungkin bersifat sementara atau jangka panjang.

2. Diagnosa

Pohon masalah:



Gambar 7.2 Pohon Masalah

Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial

3. Intervensi

a. Klien

1) Tujuan

Klien mampu:

- a) Mengenal masalah isolasi sosial
- b) Berkenalan dengan perawat atau klien lain
- c) Bercakap-cakap dalam melakukan kegiatan harian
- d) Berbicara sosial: meminta sesuatu, berbelanja dan sebagainya

2) Tindakan

Tindakan Keperawatan dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP) pada pasien

- a) Strategi pelaksanaan pertemuan 1:
Pengkajian Isolasi sosial, dan melatih bercakap-cakap antara pasien dan keluarga.
 - (1) Membina hubungan saling percaya
 - (2) Membantu pasien menyadari masalah isolasi sosial
 - (3) Melatih bercakap-cakap secara bertahap antara pasien dan anggota keluarga
- b) Strategi pelaksanaan pertemuan 2:
Melatih pasien berinteraksi secara bertahap (pasien dengan 2 orang lain),

latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian.

- (1) Mengevaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
- (2) Memvalidasi kemampuan berkenalan (berapa orang)
- (3) Beri pujian, melatih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan)
- (4) Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang

c) Strategi pelaksanaan pertemuan 3:

Melatih pasien berinteraksi secara bertahap (pasien dengan 4-5 orang), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian baru.

- (1) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial Poltekkes Kemenkes Padang
- (2) Validasi kemampuan berkenalan (berapa orang) dan bicara saat melakukan dua kegiatan harian
- (3) Tanyakan perasaan setelah melakukan kegiatan
- (4) Beri pujian, melatih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan baru)
- (5) Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan 4-5 orang

- d) Strategi pelaksanaan pertemuan 4:
Mengevaluasi kemampuan berinteraksi, melatih cara bicara saat melakukan kegiatan sosial
- (1) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
 - (2) Validasi kemampuan berkenalan (berapa orang) dan bicara saat melakukan empat kegiatan harian
 - (3) Tanyakan perasaan setelah melakukan kegiatan
 - (4) Beri pujian, melatih cara berbicara saat melakukan kegiatan sosial

b. Keluarga

1) Tujuan:

Keluarga mampu:

- a) Mengetahui masalah klien Isolasi sosial
- b) Mengambil keputusan untuk merawat klien Isolasi sosial
- c) Merawat klien Isolasi sosial
- d) Menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk klien Isolasi sosial
- e) Memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk *follow up* kesehatan klien Isolasi sosial dan mencegah kekambuhan

2) Tindakan

- a) Menjelaskan masalah klien Isolasi sosial pada keluarga
 - (1) Mengidentifikasi masalah keluarga

- dalam merawat klien Isolasi sosial
- (2) Menjelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya Isolasi sosial
- b) Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien Isolasi sosial
- (1) Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien Isolasi sosial
 - (2) Menganjurkan kepada keluarga memutuskan untuk merawat klien Isolasi sosial
- c) Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat klien isolasi sosial
- (1) Menjelaskan cara melatih klien berkenalan
 - (2) Menjelaskan cara melatih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari
 - (3) Menjelaskan cara melatih klien berbicara sosial: meminta sesuatu, berbelanja dan sebagainya
 - (4) Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan berkenalan
 - (5) Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari

- (6) Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan berbicara sosial
- d) Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien isolasi sosial
 - (1) Mendiskusikan anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan klien
 - (2) Mendiskusikan *setting* lingkungan rumah yang mendukung perawatan klien
 - (3) Menganjurkan keluarga melibatkan anggota keluarga lainnya merawat klien
- e) Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk *follow up*, cara rujukan kesehatan klien dan mencegah kekambuhan
 - (1) Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia
 - (2) Menjelaskan kemungkinan klien *relapse* dan pencegahan *relapse*
 - (3) Mengidentifikasi tanda-tanda *relapse* dan kemungkinan kambuh
 - (4) Menjelaskan dan menganjurkan *follow up* dan merujuk klien ke pelayanan kesehatan

- c. Tindakan keperawatan kelompok isolasi sosial
Terapi aktivitas kelompok sosialisasi
 - 1) Sesi 1: Kemampuan memperkenalkan diri
 - 2) Sesi 2: Kemampuan berkenalan
 - 3) Sesi 3: Kemampuan bercakap-cakap
 - 4) Sesi 4: Kemampuan bercakap-cakap topik tertentu Sesi
 - 5) Sesi 5: Kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
 - 6) Sesi 6: Kemampuan bekerjasama
 - 7) Sesi 7: Evaluasi kemampuan sosialisasi

4. Implementasi

Beberapa alternatif terapi yang dapat diberikan antara lain dengan pendekatan farmakologi psikososial, rehabilitasi dan program intervensi keluarga (Henry, 2020).

a. Terapi Farmakologi

Pada pendekatan farmakologis, penderita skizofrenia biasanya diberikan obat anti psikotik. Antipsikotik juga dikenal sebagai penenang mayor atau neuroleptic. Pengobatan antipsikotik membantu mengendalikan perilaku skizofrenia yang mencolok dan mengurangi kebutuhan untuk perawatan rumah sakit jangka panjang apabila dikonsumsi pada saat pemeliharaan atau secara teratur setelah episode akut. Prinsip pemberian farmakoterapi pada skiofrenia adalah “*start low, go slow*” dimulai dengan

dosis rendah ditingkatkan sampai dosis optimal kemudian diturunkan perlahan untuk pemeliharaan. Berikut adalah ketersediaan antipsikotik yang sering diberikan.

b. Terapi psikososial

Salah satu dampak yang terjadi pada penderita skiofrenia adalah menjalin hubungan sosial yang sulit. Hal ini dikarenakan skizofrenia merusak fungsi sosial penderitanya. Untuk mengatasi hal tersebut, penderita diberikan terapi psikososial yang bertujuan agar dapat kembali beradaptasi dengan lingkungan sosialnya, mampu merawat diri sendiri, tidak bergantung pada orang lain.

c. Rehabilitasi

Program rehabilitasi biasanya diberikan di bagian lain rumah sakit jiwa yang dikhususkan untuk rehabilitasi. Terdapat banyak kegiatan, diantaranya terapi okupasional yang meliputi kegiatan membuat kerajinan tangan, melukis, menyanyi, dan lain-lain. Pada umumnya program rehabilitasi ini berlangsung 3-6 bulan.

d. Program intervensi keluarga

Intervensi keluarga mempunyai banyak variasi namun pada umumnya intervensi yang dilakukan difokuskan pada aspek praktis dari kehidupan sehari-hari, mendidik anggota keluarga tentang skizofrenia, mengajarkan bagaimana cara berhubungan dengan cara

yang tidak terlalu frontal terhadap anggota keluarga yang menderita skiofrenia, meningkatkan komunikasi dalam keluarga, dan memacu pemecahan masalah dan keterampilan koping yang baik.

5. Evaluasi

- a. Pasien sudah dapat memahami keuntungan dan kerugian memiliki teman
- b. Pasien dapat berkenalan dengan dua orang atau lebih
- c. Pasien dapat bercakap-cakap sambil melakukan kegiatan harian
- d. Pasien dapat berbicara sosial meminta sesuatu berbelanja dan sebagainya

6. Pendokumentasian

Tabel 7.2 Pendokumentasian

Hr/Tgl/Jam	Implementasi Tindakan Keperawatan	Paraf & Nama
Rabu, 27 Desember 2022 09.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat isolasi sosial 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat isolasi sosial 3. Mendiskusikan keuntungan memiliki teman, kerugian tidak memiliki teman. 	ttd Ns. Astri

Latihan soal

1. Seorang perempuan, umur 35 tahun, dirawat di rumah sakit jiwa karena tidak mau berinteraksi dengan orang lain. Saat dikaji, pasien tampak memojok, tidak ada kontak mata, tidak merespon perawat, tidak mengucapkan kata-kata dan tidur dalam posisi meringkuk.
Apakah yang dialami pasien pada kasus di atas?
 - A. Harga diri rendah
 - B. Isolasi sosial
 - C. Waham
 - D. Halusinasi
 - E. Risiko bunuh diri

2. Seorang laki-laki, umur 17 tahun, dirawat di rumah sakit jiwa dengan diagnose isolasi sosial, saat ini pasien tengah menjalani tindakan keperawatan melatih berkenalan dengan perawat atau dengan pasien yang berada pada 1 kamar yang sama.
Apakah tindakan keperawatan yang sedang dilakukan pada kasus diatas?
 - A. SP 1
 - B. SP 2
 - C. SP 3
 - D. SP 4
 - E. SP 5

3. Seorang perempuan, umur 19 tahun, di rawat kembali di rumah sakit jiwa dengan diagnosa isolasi sosial. Saat pengkajian, pasien mengatakan kedua orang tua

berpisah dan diasuh bergantian di keluarga. Pasien mengatakan tidak melanjutkan sekolah karena sering diejek anak orang gila, riwayat putus obat ada (2 minggu putus obat), ayah nya juga seorang dengan gangguan jiwa.

Manakah yang termasuk dalam faktor presipitasi pada kasus diatas?

- A. Ayah memiliki gangguan jiwa juga
 - B. Pola asuh yang berubah-ubah
 - C. Perceraian orang tua
 - D. Riwayat putus obat
 - E. Diejek teman
4. Seorang perempuan, umur 25 tahun, dibawa kembali ke rumah sakit jiwa setelah pulang ke rumah selama 1 minggu. Keluarga mengatakan, pasien tidak mau keluar dari kamar, tidak mau mandi, dan tidak mau melakukan aktivitas sejak di bawa pulang kerumah. Saat pengkajian, pasien mengatakan sedih ketika kakaknya mengatakan “orang gila udah pulang” kepadanya saat baru sampai di rumah.
- Apakah yang terjadi pada kasus diatas?
- A. Halusinasinya muncul
 - B. Isolasi sosial nya belum teratasi
 - C. Tidak cukupnya dukungan dari keluarga
 - D. Pasien di tolak oleh lingkungan keluarganya
 - E. Keluarga tidak memahami cara merawat pasien

5. Seorang laki-laki, umur 29 tahun, sedang dilakukan implementasi keperawatan dan mampu mereview kembali cara berkenalan dengan orang lain. Apakah tahapan tindakan selanjutnya pada pasien tersebut?
- A. Mengenal isolasi sosial
 - B. Mengetahui manfaat berinteraksi dengan orang lain
 - C. Mengetahui kerugian tidak memiliki teman
 - D. Melatih cara melakukan bercakap-cakap dalam kegiatan harian
 - E. Melatih cara berbicara sosial: meminta sesuatu, berbelanja dan sebagainya

BAB VIII

KEGAWATDARURATAN PSIKIATRIK

Deskripsi

Kegawatdaruratan psikiatri merupakan keadaan yang tak terduga dengan potensi katastrof, dimana praktisi kesehatan diharapkan siap mental dalam mengatasi krisis seperti bunuh diri, agitasi dan agresi. Kegawatdaruratan psikiatri merupakan suatu kondisi darurat yang perlu penanggulangan segera karena adanya gangguan perilaku, emosi, proses berpikir yang dapat menimbulkan resiko terhadap diri sendiri maupun terhadap lingkungannya.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Materi ini membahas tentang kegawatdaruratan psikiatri pada pasien dan Penanganan pada kasus-kasus kegawatdaruratan Psikiatri.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Definisi konsep kegawatdaruratan psikiatri
2. Masalah kegawatdaruratan psikiatri
3. Penatalaksanaan kegawatdaruratan psikiatri

Uraian Materi

A. Kegawatdaruratan Psikiatrik

1. Definisi

American Psychiatric Association (APA) menyebutkan bahwa Kegawatdaruratan psikiatri adalah gangguan yang bersifat akut, baik pada perilaku, pikiran maupun hubungan sosial yang memerlukan penanganan segera (Trent, 2013).

Kegawatdaruratan psikiatri merupakan gangguan alam perasaan, pikiran atau perilaku yang membutuhkan intervensi terapeutik segera, sehingga prinsip dari kedaruratan psikiatri adalah perlu penanganan segera (Yusuf Rizky, & Nihayati, 2015).

2. Penyebab Kegawatdaruratan Psikiatri

- a. Hal yang bisa saja tidak ada hubungan dengan kelainan organ/delirium (Psikosis, mania, histeri disosiatif, gangguan panik dan sebagainya)
- b. Hal yang ada hubungan dengan kelainan organ/delirium (trauma kapitis, *drug abuse*, stroke, kelainan metabolik, sensitivitas terhadap obat dan sebagainya)

3. Masalah Kegawatdaruratan Psikiatri

- a. Gaduh gelisah
Kondisi dimana muncul perilaku agitasi dimana aktivitas motorik atau *verbal*

meningkat dan tidak bertujuan ditandai dengan ketakutan atau kecemasan yang berlebihan adanya sikap bermusuhan, peningkatan aktivitas motorik, perilaku destruktif, kekerasan atau mengancam, iritabilitas, respon yang berlebihan terhadap stimulasi dan daya nilai terganggu. Sedangkan kondisi Perilaku kekerasan ditandai dengan agresi fisik yang bertujuan untuk melukai orang lain.

Perilaku agitasi dapat disebabkan oleh:

- 1) Gangguan Mental Organik: kondisi medis umum yang dapat mempengaruhi sistem syaraf pusat
- 2) Penyalahgunaan napza
- 3) Gangguan psikotik
- 4) Gangguan mood atau alam perasaan
- 5) Gangguan kepribadian

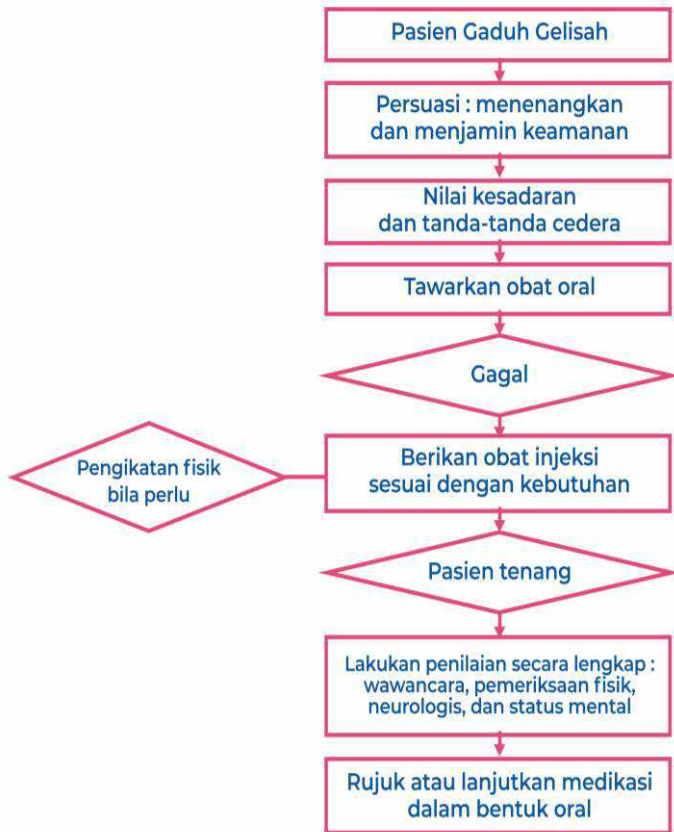
Pada kondisi agitasi, pasien bisa datang dengan:

- 1) Ketidaksesuaian aktivitas motorik, tidak terarah dan berlebihan
- 2) Perilaku menyerang
- 3) Kontrol impuls yang jelek
- 4) Postur tubuh tegang dan condong ke depan
- 5) Merusak lingkungan
- 6) Kontak mata melotot
- 7) Ketakutan dan/atau ansietas berat

- 8) Iritabilitas yang dapat meningkat intensitasnya menjadi perilaku yang bermacam
- 9) Ketidakmampuan dalam menganalisis situasi dengan baik
- 10) Isi pembicaraan berlebihan dan bersifat menghina
- 11) Tekanan suara keras dan menuntut
- 12) Marah-marah
- 13) Ada dendam
- 14) Merasa tidak aman

Lakukan Penilaian pada pasien, jika pasien membawa senjata tajam pastikan pasien dalam keadaan aman, dimintakan meletakkan senjata tajam.

Tata Laksana Gaduh Gelisah



Gambar 8.1 Tata laksana gaduh gelisah



Gambar 8.2 Tata Cara Pembatasan Gerak/Pengekangan Fisik (*Restraint*)

Hal-Hal Yang Perlu Diobservasi selama proses Pengekangan:

- 1) Lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital
- 2) Cek tanda-tanda cedera yang berhubungan dengan proses pengikatan
- 3) Perhatikan nutrisi dan hidrasi
- 4) Perhatikan sirkulasi & rentang gerak ekstremitas
- 5) Perhatikan *hygiene* & eliminasi
- 6) Cek Status fisik dan psikologis
- 7) Kesiapan pasien untuk dilepaskan dari pengikatan

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam proses pelepasan pengekangan:

- 1) Beri perawatan pada daerah pengikatan
Perhatikan kondisi kulit yang diikat, beri latihan gerak pada tungkai yg diikat secara bergantian tiap 2 jam dan lakukan perubahan posisi pengikatan.
- 2) Latih pasien dalam mengontrol perilaku sebelum ikatan dibuka
- 3) Kurangi pengekangan secara bertahap
- 4) Apabila pasien sudah dapat mengontrol perilakunya coba interaksi tanpa ikatan

b. Bunuh diri

Bunuh diri adalah tindakan yang dilakukan untuk membunuh diri sendiri, disebabkan oleh cedera, keracunan dan napas tersumbat akibat dari tindakan tersebut untuk mengakhiri hidupnya serta bunuh diri juga dapat diartikan sebagai panggilan minta tolong dari seseorang yang harus segera di respon (Stuart & Keliat, 2016).

Bunuh diri merupakan tindakan yang dilakukan secara sadar dan intensif oleh pasien/pasien untuk mengakhiri kehidupannya (Turecki, G., Brent , D.A., Gunnell, D.et al, 2019).



Gambar 8.3 Rentang Respons Perlindungan bunuh diri

Tingkatan dalam Bunuh Diri (Wuryaningsih, 2018):

- 1) Ide bunuh diri (*Suicidal Ideation*) didefinisikan sebagai suatu gagasan, pikiran atau fantasi untuk membunuh dirinya sendiri yang diberitahukan kepada orang lain secara verbal, tulisan atau pekerjaan seni
- 2) Niat bunuh diri (*Suicide Intent*) merupakan sebuah komitmen dan keinginan pasien untuk meninggal dengan cara membunuh dirinya sendiri
- 3) Rencana bunuh diri (*Suicide Plan*) ditandai dengan adanya sebuah strategi, penetapan waktu dan sarana prasarana untuk melaksanakan tindakan membunuh dirinya sendiri
- 4) Ancaman bunuh diri (*Suicide Threats*) merupakan sebuah ungkapan baik langsung maupun tertulis untuk melakukan tindakan bunuh diri akan tetapi pada akhirnya tidak melakukannya

- 5) Isyarat bunuh diri (*Suicide Gesture*) merupakan suatu usaha yang melukai dirinya sendiri oleh seseorang yang tidak memiliki niat atau harapan untuk meninggal akan tetapi oleh orang lain diartikan sebagai upaya untuk bunuh diri
- 6) Percobaan bunuh diri (*Suicide Attempt*) merupakan suatu keadaan dimana seseorang telah melakukan upaya bunuh diri akan tetapi belum menyebabkan kematian
- 7) Bunuh diri selesai (*Complete Suicide*) diartikan sebagai sebuah kematian yang diakibatkan oleh seseorang yang mengakhiri kehidupannya sendiri

Pengkajian

- 1) Faktor predisposisi dan presipitasi
Biologi: gangguan neurotransmitter, NAPZA, penyakit gangguan jiwa, faktor herediter, penyakit terminal dan kecacatan
Psikologis: pengalaman yang tidak menyenangkan, riwayat bunuh diri sebelumnya, *bullying* atau perundungan, kecemasan, keputusasaan, stres, kepribadian tertutup, kegagalan yang berulang, tidak memiliki harapan hidup, kemampuan bersosialisasi yang rendah, pola asuh dari orang tua dimana orang tua selalu mengkritisi anak.

Sosial: ekonomi rendah, tidak bekerja, putus sekolah, tidak mengikuti kegiatan sosial maupun kegiatan keagamaan

- 2) Pasien mungkin datang dengan tanda dan gejala:
 - a) Tanda-tanda fisik: tidak peduli dengan penampilan, hilang keinginan seksual, gangguan tidur, nafsu makan berkurang, BB berkurang, keluhan kesehatan fisik
 - b) Tanda-tanda Pikiran: pasien mengatakan "saya tidak butuh apa-apa lagi", "saya tidak bisa berbuat apapun yg baik", "saya tidak mampu berpikir dengan benar", "saya berharap saya mati", "segalanya akan lebih baik tanpa saya", "Semua masalah akan berakhir secepatnya"
 - c) Tanda dan gejala Perasaan: pasien merasa putus asa, marah, rasa bersalah, tidak berarti, kesepian, sedih, tidak ada harapan, tidak tertolong
 - d) Tanda perilaku: perilaku tidak menentu, menarik diri, tidak tertarik dengan hal hal yang dulu pernah disukai, perubahan perilaku drastis, impulsif, memutilasi diri, mengembalikan

barang-barang, mengubah wasiat, menitipkan hal-hal yg dicintai

- 3) Lakukan pemeriksaan fisik untuk melihat adanya: luka sayatan di pergelangan tangan, luka tusuk di dada/abdomen, luka tembak, jejak bekas gantung diri, luka memar akibat jatuh atau membentur benda keras, aroma muntah racun serangga, tanda-tanda intoksikasi obat-obatan tertentu.



Gambar 8.4 Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Bunuh diri

Beberapa tindakan khusus untuk pasien bunuh diri:

- 1) Rencana tindakan untuk individu yang telah merencanakan kejadian bunuh diri yakni menjauhkan alat-alat yang berbahaya, bina komunikasi terus dengan pasien dan kontak sumber dukungan terdekat, perlu untuk dirawat

- 2) Individu yang tampak gelisah dan sulit mengendalikan diri, lakukan manajemen penatalaksanaan gaduh gelisah
- 3) Untuk individu dengan pengalaman bunuh diri, beri perlindungan dari bahaya seperti yang dulu pernah dilakukan
- 4) Individu yang mengalami nyeri dan sesak, beri bantuan untuk mengurangi rasa nyeri dan sesak
- 5) Individu yang memiliki riwayat gangguan jiwa, rujuk ke pelayanan kesehatan jiwa

Tindakan untuk mencegah terjadinya percobaan bunuh diri berikutnya:

Jika Kondisi Pasien Sudah Stabil:

- 1) Lakukan pengawasan pada pasien, jangan biarkan sendirian
- 2) Jauhi benda-benda yang dapat dipergunakan untuk bunuh diri seperti benda tajam, tali, ikat pinggang, racun serangga
- 3) Jika pasien minum obat, pastikan obat yang diminum benar-benar dalam dosis yang sesuai
- 4) Atur kontrak dengan pasien: tidak akan melakukan tindakan bunuh diri pada periode waktu tertentu
- 5) Bina hubungan saling percaya dengan pasien
- 6) Jangan menghakimi perilaku pasien

- 7) Tingkatkan harga diri pasien: mengkaji aspek positif diri, menyusun rencana jangka pendek, melatih kemampuan positif pasien
- 8) Kerahkan dukungan keluarga/orang terdekat, edukasi supaya memberikan dukungan kepada pasien
- 9) Bantu pasien untuk mengenali potensi penyelesaian masalah yang selama ini efektif

c. Kegawatdaruratan NAPZA

NAPZA adalah singkatan dari narkotika, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif lainnya. NAPZA berupa zat yang apabila masuk ke dalam tubuh akan mempengaruhi tubuh, terutama susunan saraf pusat yang bisa menyebabkan gangguan pada fisik, psikis dan fungsi sosial yang disebabkan oleh kebiasaan, ketagihan (adiksi) serta ketergantungan (dependensi) terhadap NAPZA.

1) Jenis-jenis NAPZA

NAPZA dibagi menjadi kedalam beberapa golongan yakni:

a) Narkotika

Terdiri dari narkotika alami yakni zat atau obat yang dapat langsung digunakan sebagai narkotik tanpa memerlukan proses fermentasi, isolasi dan proses lainnya karena bisa

langsung dipakai dengan sedikit melewati proses sederhana. Contohnya ganja dan daun koka.

Sedangkan narkotika sintesis adalah jenis narkotika yang memerlukan proses yang bersifat sintesis untuk kebutuhan medis dan penelitian sebagai penghilang rasa sakit/*analgesic*. Contohnya seperti deksamfetamin, amfetamin, metadon, dekstropropakasifen dan sebagainya.

Narkotika semi sintesis yakni zat/obat yang diproduksi dengan cara di isolasi, ekstraksi dan lain sebagainya seperti heroin, morfin, kodein dan lain-lain.

b) Psikotropika

Psikotropika merupakan zat atau obat, baik sintesis maupun semisintesis yang berkhasiat psikoaktif menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Contohnya *ecstasy*, *amphetamine* dikenal atau disebut *shabu-shabu*, *whiz* dan *sulph* selanjutnya golongan halusinogen yang dapat mengubah

perasaan dan pikiran sehingga perasaan dapat terganggu.

c) Zat adiktif lainnya

Zat adiktif lainnya merupakan zat, bahan kimia dan biologi dalam bentuk tunggal maupun campuran yang dapat membahayakan kesehatan lingkungan hidup secara langsung maupun tidak langsung yang mempunyai sifat karsinogenik, teragenik, mutagenik, korosif dan iritasi.

Penatalaksanaan Kegawatdaruratan NAPZA

1) Penilaian

a) Anamnesis:

(1) Tanda dan gejala, perilaku yang menyertai, intensitas dan frekuensi gejala, gejala yang mengarah kepada gangguan organik

(2) Penggunaan NAPZA: identifikasi jenis, lama penggunaan, toleransi dosis, gejala putus obat, pengobatan sebelumnya

b) Pemeriksaan fisik meliputi tanda vital, pemeriksaan fisik menyeluruh guna mencegah keterlambatan dalam memberikan tindakan resusitasi

c) Pemeriksaan status mental meliputi perasaan, pikiran, perilaku

d) Pemeriksaan penunjang seperti darah lengkap, tes urin untuk napza, SGOT/SGPT, ureum kreatinin

2) Tatalaksana intoksikasi psikofarmaka

Terdiri dari tatalaksana intoksikasi psikofarmaka umum yakni dengan memonitoring tanda-tanda vital, penanganan kondisi medis umum, evaluasi tingkat kesadaran dan jalan nafas.

Tatalaksana intoksikasi psikofarmaka khusus yakni dengan pemberian terapi intoksikasi opioid, terapi intoksikasi kokain dan amfetamin, terapi intoksikasi kanabis, terapi intoksikasi alkohol, terapi intoksikasi sedative hipnotik.

3) Tatalaksana intoksikasi non farmaka

Cara perawatan pasien akibat penyalahgunaan NAPZA:

- a) Gunakan Komunikasi yang Terapeutik, berbicara dengan tenang, menggunakan kalimat yang singkat dan jelas
- b) Apabila ditemukan gejala putus zat jauhkan pasien dari stimulus lingkungan yang berlebihan misalnya lingkungan yang berisik dan pencahayaan yang terlalu terang

- c) Berikan edukasi tentang kondisi pasien secara jelas dan singkat
- d) Persuasi pasien untuk tidak gelisah
- e) Anjurkan pasien dan keluarga untuk melanjutkan pengobatan untuk penyalahgunaan Napza di institusi yang terkait
- f) Psikoterapi *supportif* dengan memberikan pujian kepada pasien jika pasien bersikap tenang
- g) Observasi adanya tanda-tanda resiko bunuh diri pada pasien

Penatalaksanaan kegawatdaruratan pasien dengan efek samping obat psikotropika derajat berat.

**Tabel 8.1 Penatalaksanaan
Kegawatdaruratan**

Pasien Datang Dengan Kondisi	Ingat Akan
Syok Gemeteran	Hipotensi
Kekakuan: 1. Gerakan kaku, kalau menoleh harus memutar seluruh badan	Parkinson
1. Leher atau badan berputar ke satu sisi 2. Mata melirik keatas dan kesatu sisi 3. Hipersaliva: air ludah yang keluar berlebihan	Distonia
1. Berjalan mondar-mandir atau berjalan ditempat 2. Tidak bisa diam	Akatisia

1. Kekakuan seluruh tubuh, demam tinggi	Sindrom Maligna Neuroleptik
--	-----------------------------------

d. Gangguan Psikotik

Gangguan psikotik merupakan gangguan dalam proses berfikir dan perilaku yg ditandai dengan adanya distorsi pikiran dan persepsi, emosi yang tidak sesuai atau rentangnya sempit, pembicaraan yang inkoheren atau irrelevant, adanya gangguan persepsi dan gangguan isi pikir.

Beberapa masalah kegawatdaruratan gangguan psikotik:

- 1) Gaduh gelisah (agitasi psikomotor)
- 2) *Agresivitas*/perilaku kekerasan
- 3) Perilaku melukai diri sendiri/percobaan bunuh diri akibat halusinasi/waham

Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Psikotik:

- 1) Agresivitas dan perilaku kekerasan pada pasien Psikotik
- 2) Lakukan manajemen umum kegawatdaruratan psikiatrik pada pasien gaduh gelisah
- 3) Singkirkan kemungkinan penyebab organik/fisik dan penyalahgunaan napza/alkohol

- 4) Bila pasien kooperatif dan bersedia, berikan peroral: haloperidol 2-3 x 2,5-5 mg, chlorpromazine 100 mg
- 5) Bila pasien tidak kooperatif, tidak bersedia peroral, berikan secara Intra muskular jangka pendek. Beri Haloperidol injeksi 5 mg i.m pemberian diulang setelah 30 menit. max 30 mg/hari, klorpromazin injeksi 25-50 mg, pemberian diulang setelah 1-4 jam. max 200 mg/hari
- 6) Jika Kondisi telah teratasi dan kondisi pasien cukup stabil untuk dirujuk ke RS atau dianjurkan untuk penggunaan obat oral: jika kondisi tidak membaik maka perlu dirujuk segera

Tabel 8.2 Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Hr/Tgl/Jam	PPA	Hasil assessment Pasien Pemberian Pelayanan	Instruksi PPA	Review & Verifikasi DPJP
Senin, 26 Desember 2022 10.10	Ners	S : Klien Meracau O: klien tampak gelisah, teriak-teriak, bicara kacau, tidak ada tidur, obat oral (-), Rufa 1-10	Observasi perilaku klien 3. Awasi resiko perilaku kekerasan	

		<p>A: RPK, Waham Agama</p> <p>P: Setelah 2x24 jam pasien tenang, mampu mengungkapkan perasaannya, rufa 11-20</p> <p>ttd</p> <p>Ns. Arya</p>		
<p>Senin, 26 Desember 2022 12.00</p>	Ners	<p>S: -</p> <p>O: td 110/92 mmhg, n: 68x/l, bingung, komunikasi seperlunya, cukup kooperatif,</p> <p>A : PK +</p> <p>P : Injeksi Zyprexan 10 mg, Risperidon 2 x1/2 mg</p> <p>ttd</p> <p>Ns. Arya</p>	<p>Observasi Efek samping obat Lanjut kolaborasi dengan PPA</p>	

Tugas

Ny I, umur 10 tahun, dibawa oleh keluarga ke Rumah sakit Jiwa Tampan dalam keadaan gelisah, teriak-teriak, berbicara kotor. Menurut keluarga, Ny I sejak 2 hari ini marah-marah, memukul tetangga hingga luka, merusak alat rumah tangga, dan membakar pakaian.

Informasi apa lagi yang harus anda dapatkan dengan segera, dan tindakan awal apa yang perlu anda lakukan?

Latihan soal

1. Tn. K umur 45 tahun, masuk IGD dengan kondisi tangan tersayat, wajah tampak murung, menangis, sambil berkata “saya ingin pergi dari dunia ini”. Data yang didapat dari keluarga yang membawa Tn.K kerumah sakit, bahwa Tn.K ditinggal istri dan anaknya setelah berhenti dari pekerjaannya sebagai seorang aparat negara. Pada saat pengkajian perawat memperoleh data bahwa pasien tidak punya harapan lagi akan masa depannya.

Apakah penatalaksanaan yang tepat untuk kasus kegawatdaruratan diatas?

- A. Bantu pasien mengenal koping yang dimilikinya
- B. Melatih pasien mengidentifikasi sumber koping dari keluarga
- C. Bantu pasien mengidentifikasi harapan yang belum tercapai
- D. Melatih pasien melakukan aktivitas afirmasi positif
- E. Simpan benda-benda yang dapat digunakan pasien untuk bunuh diri

2. Tn. I datang dengan kondisi lemas, Syok hipovolemik, berbicara sendiri, komunikasi inkoheren. Keluarga mengatakan pasien sebelumnya pernah ketahuan mengkonsumsi ganja.
Apa tindakan kegawatdaruratan yang tepat untuk kasus diatas?
- A. Observasi Tanda-tanda vital
 - B. Menjauhkan obat-obatan yang berbahaya
 - C. Mengajak pasien untuk menceritakan kesedihannya
 - D. Mengidentifikasi penyebab mengkonsumsi ganja
 - E. Identifikasi efek samping yang dirasakan
3. Ny. K datang ke ruang IGD dengan kondisi amuk, mengancam membunuh orang lain, berusaha mencederai perawat diruangan. Kondisi saat ini, tangan diikat tali oleh keluarga, kontak mata melotot, tampak tegang, nada bicara keras.
Dari kasus, apa penanganan yang tepat untuk pasien tersebut?
- A. Perintahkan pasien diam dengan nada keras
 - B. Minta keluarga untuk membujuk pasien
 - C. Kaji penyebab pasien marah-marah
 - D. Jika gagal memberi obat oral sebagai penenang, lakukan restrain
 - E. Tinggalkan pasien agar tenang
4. Seorang perempuan, umur 25 tahun, mengalami depresi karena mendapat banyak *bully-an* dari lingkungan sekitar yang mengatakan bahwa

badannya gemuk. Perempuan tersebut membuat pesan dalam bentuk video yang mengatakan bahwa ia stress dan ingin beristirahat sebentar dari aktivitasnya karena tak ada lagi yang bisa ia lakukan. Ia juga mengatakan bahwa dunia tidak lagi nyaman seperti sebelumnya. ia juga mengatakan bahwa “mungkin jika saya disurga saya akan bahagia”.

Apakah masalah keperawatan yang mungkin muncul dari kasus diatas?

- A. Halusinasi
 - B. Waham
 - C. Resiko Bunuh Diri
 - D. Harga Diri Rendah
 - E. Resiko Perilaku Kekerasan
5. Seorang wanita, umur 31 tahun, 1 tahun yang lalu gagal menikah karena mengetahui calon suaminya selingkuh dan sudah memiliki tunangan. Wanita itu mengatakan “barangkali kalau saya sudah tidak ada didunia ini, orang tua saya tidak akan merasa malu”. Dari kasus, termasuk dalam tingkatan bunuh diri yang manakah?
- A. Ancaman bunuh diri
 - B. *Suicide* terjadi
 - C. Percobaan bunuh diri
 - D. Niat bunuh diri
 - E. Isyarat bunuh diri

BAB IX

TERAPI MODALITAS

Deskripsi

Terapi modalitas adalah terapi yang diberikan yang bertujuan mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. Prinsip penting pelaksanaan terapi modalitas adalah peran perawat sebagai terapis. Prinsip ini merupakan dasar yang harus dimiliki sehingga tercapainya proses penyembuhan yang optimal bagi pasien.

Pada materi ini membahas terkait terapi modalitas dalam keperawatan jiwa mulai jenis terapi modalitas hingga peran perawat dalam pemberian terapi modalitas.

Tujuan Pembelajaran

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari pokok pembahasan terkait terapi modalitas dalam keperawatan jiwa, diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan dan memahami konsep terapi modalitas dan memahami peran perawat dalam pemberian terapi modalitas dan mampu mengidentifikasi berbagai alternatif terapi modalitas dalam keperawatan jiwa.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari sub pokok bahasan ini mahasiswa mampu melakukan.

1. Menjelaskan definisi terapi modalitas
2. Menjelaskan jenis terapi modalitas
3. Menjelaskan manfaat terapi modalitas dalam keperawatan
4. Memahami peran perawat dalam pemberian terapi modalitas

Uraian Materi

A. Terapi Modalitas

1. Definisi

Terapi modalitas merupakan teknik terapi yang menggunakan pendekatan secara spesifik berdasarkan beberapa teori. Pendekatan pada terapi ini bersifat langsung dan fasilitatif, yang bertujuan meningkatkan/merubah perilaku klinen menjadi lebih baik. Hal yang harus diperhatikan pada terapi modalitas ini adalah bahwa terapi ini merupakan suatu sistem terapi psikis (psikoterapi). Keberhasilan dari terapi sangat bergantung kepada komunikasi dan hubungan timbal balik antara terapis dan pasien (Perko & Kreigh, 1988).

2. Jenis terapi modalitas

a. Terapi aktifitas kelompok

Terapi aktifitas kelompok (TAK) merupakan terapi kelompok yang dilakukan oleh perawat kepada sejumlah pasien dengan masalah keperawatan yang sama, dan merupakan target dalam pemberian asuhan keperawatan (Keliat, 2005). TAK bertujuan mengubah sikap

dan perilaku pasien dengan menggunakan dinamika kelompok. Hal ini efisien karena pada kelompok tersebut akan berlangsung interaksi antar anggota kelompok yang dapat saling mempengaruhi antar satu dengan yang yang lain . Sehingga dengan interaksi tersebut dapat terbentuk suatu sistem sosial yang khas.

Tujuan terapi aktifitas kelompok (Yusuf, Fitryasari & Nihayati,2015):

1) Terapeutik

Menambah keterampilan pasien, memfasilitasi proses interaksi, membangkitkan motivasi guna kemajuan fungsi kognitif dan efektif, dan mempelajari cara baru dalam mengatasi masalah dan melakukan sosialisasi.

2) Rehabilitasi

Meningkatkan keterampilan pasien dalam mengekspresikan diri, kemampuan untuk berempati, meningkatkan keterampilan sosial, dan tanggung jawabnya dalam menjalin hubungan interpersonal.

Jenis Terapi Aktifitas Kelompok (TAK):

1) Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Stimulasi Sensori

Bertujuan untuk memberikan stimulasi pada sensori pasien. Observasi respons sensori pasien seperti ekspresi emosi atau

perasaan yang dapat diobservasi dari gerakan tubuh, ekspresi wajah, dan ungkapan yang disampaikan pasien pada saat terapi dilaksanakan. Terapi ini ditujukan pada pasien yang tidak mau berkomunikasi secara *verbal*. Aktivitas terapi sebagai berikut:

- 1) TAK stimulasi sensori suara, seperti mendengarkan musik
- 2) TAK stimulasi sensori: Menggambar
- 3) TAK stimulasi sensori: Menonton TV/Video

2) Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas

Terapi ini pasien diorientasikan pada realita pasien seperti diri sendiri, orang lain disekitar pasien, lingkungan yang pernah mempunyai hubungan dengan pasien pada saat ini dan masa lalu. Kegiatan pada terapi ini adalah:

- a) Sesi 1: Pengenalan diri
- b) Sesi 2: Pengenalan tempat
- c) Sesi 3: Pengenalan waktu

3) Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Sosialisasi

TAK sosialisasi, pasien difasilitasi untuk mampu melakukan interaksi dengan individu yang ada di sekitar pasien. Terapi ini dilakukan secara bertahap, dimulai dari

interaksi interpersonal, interaksi dalam kelompok, dan interaksi massa. Aktivitas terapi ini adalah ini:

- a) Sesi 1: Menjelaskan identitas diri
- b) Sesi 2: Mengenalkan identitas diri anggota dalam kelompok
- c) Sesi 3: Berbincang-bincang dengan anggota dalam kelompok
- d) Sesi 4: Mengemukakan dan berbicara terkait topik percakapan yang disepakati
- e) Sesi 5: Mengemukakan dan berbicara masalah pribadi dengan orang lain
- f) Sesi 6: Bekerjasama dalam melakukan permainan sosialisasi kelompok
- g) Sesi 7: Mengemukakan pendapat terkait tujuan dan manfaat kegiatan TAK sosialisasi yang telah dilakukan

4) Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Stimulasi persepsi

Terapi ini pasien dilatih untuk mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan pasien dievaluasi dan ditingkatkan pada setiap sesi. Pada terapi ini diharapkan respon pasien terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif, aktifitas terapi ini adalah:

- a) Sesi 1: Menonton Televisi
- b) Sesi 2: Membaca sebuah koran/ majalah maupun artikel
- c) Sesi 3: Menggambar
- d) Sesi 4:
 - (1) Mengenali perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
 - (2) Mencegah perilaku kekerasan melalui latihan fisik
 - (3) Mencegah perilaku kekerasan melalui interaksi asertif
 - (4) Mencegah perilaku kekerasan melalui kepatuhan minum obat
 - (5) Mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan ibadah

5) Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Stimulasi meningkatkan Harga Diri

Terapi ini bertujuan untuk melatih pasien untuk menggali aspek positif pada diri sehingga mampu menghargai dirinya sendiri. Evaluasi dan tingkatkan kemampuan individu pada setiap sesinya. Hasil yang diharapkan pasien mampu menyusun tujuan hidup yang realistis. Aktifitas pada terapi ini adalah:

- a) Sesi 1: Identifikasi hal positif pada diri sendiri
- b) Sesi 2: Menghargai hal positif pada orang lain

- c) Sesi 3: Menentukan tujuan hidup yang realistis
- 6) Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Mengontrol Halusinasi
- Terapi ini melatih pasien untuk dapat mengenal halusinasi yang dialaminya dan melatih cara mengontrol halusinasi. Kemampuan pasien dievaluasi dan ditingkatkan pada setiap sesi. Hasil yang diharapkan pasien mampu merespon stimulus dalam kehidupan secara adaptif. Aktivitas pada terapi ini adalah:
- a) Sesi 1: Mengenal halusinasi
 - b) Sesi 2: Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - c) Sesi 3: Mengontrol halusinasi dengan cara menyusun jadwal kegiatan
 - d) Sesi 4: Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar
 - e) Sesi 5: Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap

Pengorganisasian Terapi Aktifitas Kelompok

Tugas perawat pada terapi ini adalah sebagai pemimpin, asisten pimpinan, fasilitator, dan observer. Kelompok yang telah melaksanakan aktivitas secara teratur, sudah kooperatif dan stabil, pasien pada kelompok tersebut dapat berperan sebagai asisten

pimpinan, fasilitator, observer bahkan dapat bertugas sebagai pimpinan pada terpai aktifitas kelompok. Jumlah anggota pada satu kelompok terapi adalah antara 7 sampai 10 orang, dengan lama kegiatan 45 sampai 60 menit. Sebelum terapi dimulai, aktivitas kelompok harus mempersiapkan proposal sebagai pedoman pelaksanaan terapi. Pembagian tugas dalam terapi aktifitas kelompok:

1) Pemimpin (*Leader*)

Tugas:

- a) Menyusun proposal kegiatan terapi (rencana aktivitas kelompok)
- b) Mengarahkan kelompok dalam mencapai tujuan
- c) Memfasilitasi masing-masing anggota untuk mampu mengungkapkan perasaan, mengajukan pendapat, dan memberikan umpan balik
- d) Sebagai "*role model*"
- e) Memotivasi masing-masing anggota untuk mengemukakan pendapat dan memberikan umpan balik

2) Pembangun pemimpin (*Co-Leader*)

Tugasnya adalah membantu pemimpin dalam mengorganisasikan kelompok.

3) Fasilitator

Tugas:

- a) Membantu leader dalam memfasilitasi setiap anggota untuk berperan aktif dan memotivasi anggota
- b) Memfokuskan kegiatan
- c) Membantu mengkoordinasi anggota kelompok

4) Observer

Tugas:

- a) Mengobservasi setiap respons pasien
- b) Mencatat setiap proses yang terjadi dan perubahan perilaku pasien yang muncul selama terapi terlaksana
- c) Memberikan umpan balik pada kelompok

Hambatan yang mungkin timbul dalam TAK:

- 1) Terdapatnya sub kelompok
- 2) Pasien kurang terbuka
- 3) Resistensi pada individu peserta terapi maupun kelompok
- 4) Terdapatnya anggota kelompok terapi yang *droup out*
- 5) Penambahan anggota baru

Hambatan yang mungkin timbul pada saat terapi tersebut dapat diatasi. Hal ini bergantung kepada jenis terapis, kontrak (kontak waktu, tempat dan topik), dan

kerangka teori yang mendasari TAK tersebut. Jelaskan kontrak kegiatan, bahwa pasien harus mengikuti terapi dari awal hingga akhir. Jika pasien meninggalkan terapi pada saat proses TAK berjalan, maka tindakan yang diberikan adalah panggil nama pasien dan menanyakan alasan pasien meninggalkan tempat kegiatan dan beri penjelasan.

b. Terapi Individu

Terapi individu merupakan adanya hubungan yang terstruktur antara perawat dan pasien yang bertujuan untuk mengubah perilaku pasien. Hubungan ini merupakan hubungan yang disengaja, bertujuan untuk memberikan terapi yang dilakukan secara sistematis. Perubahan tingkah laku pasien diharapkan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan di awal hubungan. Hubungan terstruktur pada terapi ini bertujuan supaya pasien mampu menyelesaikan konflik yang dialaminya dan pasien mampu mengontrol masalah (*distress*) emosional, serta mengeksplorasi cara yang sesuai dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

Tahapan hubungan dalam terapi individual meliputi:

1) Tahapan Orientasi

Tahap orientasi dilakukan pada saat perawat pertama kali berinteraksi dengan

pasien. Tindakan yang pertama kali yang penting dilakukan pada tahap ini adalah membina hubungan saling percaya dengan pasien. Hal ini sangat penting, karena dengan terjalinnya hubungan saling percaya, diharapkan selama terapi pasien mampu untuk mengekspresikan seluruh permasalahannya dan ikut bekerja sama dengan perawat dalam menyelesaikan masalah yang dialami. Jika hubungan saling percaya telah terbina dengan baik, tahapan berikutnya adalah pasien bersama perawat berdiskusi terkait apa yang menjadi penyebab timbulnya masalah yang terjadi pada pasien, jenis konflik yang dialami, serta dampak dari masalah tersebut terhadap pasien.

Tahapan orientasi diakhiri dengan adanya kesepakatan antara perawat dan pasien terkait tujuan yang hendak dicapai dalam terapi dan bagaimana kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan tersebut.

2) Tahapan Kerja

Tahap kerja, perawat memiliki peran yang sangat penting sebagai seorang terapis, dimana perawat memberikan berbagi tindakan/intervensi keperawatan.

Keberhasilan pada tahap ini dipengaruhi oleh kemampuan perawat dalam mengali dan mengeksplorasi, sehingga pasien mampu mengungkapkan permasalahan yang dialaminya. Tahap ini juga sangat penting dalam menjalankan terapi, dimana pasien dibantu untuk dapat mengembangkan pemahaman terhadap dirinya dan permasalahan yang dihadapinya. Pasien dimotivasi untuk berani untuk mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku yang adaptif.

3) Tahapan Terminasi

Tahap terminasi terjadi jika klien dan perawat menyepakati bahwa masalah yang mengawali terjalinnya hubungan terapeutik telah terselesaikan dan pasien telah mampu untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. Hal yang juga harus dipertimbangkan pada tahap terminasi ini adalah jika pasien telah merasa lebih baik dari sebelumnya, terjadi peningkatan fungsi diri, sosial dan pekerjaan, serta hal yang terpenting adalah tujuan terapi telah tercapai.

c. Terapi lingkungan

Terapi lingkungan (*milieu therapy*) merupakan terapi yang dilakukan dengan

modifikasi lingkungan sosial maupun kelompok. Tujuan dari terapi ini adalah untuk meningkatkan efektifitas terapi yang digunakan untuk rehabilitasi masalah-masalah kesehatan jiwa. Terapi ini sangat bermanfaat pada pasien dengan penyalahgunaan obat, regimen terapeutik, perilaku kekerasan, atau gangguan jiwa lain yang dapat mempengaruhi kehidupan pasien dan keluarga sehari-hari.

Peran perawat pada terapi lingkungan sebagai berikut:

- 1) Bekerjasama dengan pasien untuk memperbaiki masalah-masalah hubungan sosial dalam upaya pengembalian pasien ke keluarga dan masyarakat
- 2) Memfasilitasi struktur, dukungan emosional, dan pendidikan kesehatan

Prinsip utama terapi lingkungan adalah memfasilitasi pasien dalam menjalin hubungan dengan kelompok, lingkungan sosial, serta masyarakat yang ada disekitarnya sekitarnya. Terapi lingkungan memfasilitasi dan memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengubah perilaku negatif/maladaptif dengan cara bekerjasama dengan perawat, *peer feedback*, dan *remodeling* untuk tujuan rehabilitasi pasien dengan gangguan psikososial pasien di masyarakat.

Sikap perawat dalam terapi lingkungan sebagai berikut:

- 1) Bersahabat, *trust*, aman, *supportif*, dan lingkungan yang menyenangkan
- 2) Perilaku optimistik berkaitan dengan gangguan atau prognosis
- 3) Kesempatan pasien untuk bertanggung jawab terhadap diri sendiri
- 4) Realistis
- 5) Hubungan interpersonal yang terapeutik di antara sesama pasien atau pasien dengan perawat terapis
- 6) Sosialisasi adalah unsur pokok dalam terapi

Asuhan keperawatan dalam terapi lingkungan

- 1) Hubungan terstruktur
 - a) Beri kesempatan pasien untuk mengembangkan kemampuan yang baru dan menggunakan kemampuan masa lalu
 - b) Bantu pasien memodifikasi perilaku destruktif anggota kelompok lain, teman, atau keluarga.
 - c) Bantu kelompok untuk menyelesaikan masalah-masalah dalam kehidupan emosional sehari-hari

- 2) Manajerial
 - a) Beritahu pasien tentang apa yang harus dicapai
 - b) Tentukan waktu yang sesuai dengan kegiatan
- 3) Manipulasi lingkungan
 - a) Atur lingkungan untuk meminimalisasi gangguan dari luar
 - b) Kerjasama dengan keluarga, orang lain yang dapat mempengaruhi keberhasilan
 - c) Batasi orang tidak kompeten
- 4) Pendekatan TIM

Gunakan lingkungan sebagai dasar dan sarana untuk memenuhi kebutuhan emosional pasien.

d. Terapi okupasi

Terapi okupasi adalah terapi yang diberikan kepada individu baik dengan masalah kesehatan fisik ataupun mental, seperti pasien dengan stroke, *frozen shoulder*, fraktur, gangguan kognitif, gangguan belajar, ADHD, Autism, *Down Syndrom*, retardasi mental, dll. Terapi yang diberikan berupa latihan/aktifitas yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian, sehingga individu tersebut dapat melakukan kegiatannya sehari-hari.

Sasaran aktivitas yang dilakukan pada terapi ini adalah aktivitas kehidupan sehari-hari, seperti:

- 1) Merawat diri sendiri, seperti *toilet training*, memakai baju, menggosok gigi, menyisir rambut.
- 2) Kemampuan Motorik Halus, seperti kemampuan memegang pensil
- 3) Kemampuan Motorik Kasar, seperti berjalan, menaiki tangga, atau naik sepeda
- 4) Kemampuan Persepsi. seperti membedakan warna, bentuk dan ukuran besar-kecil
- 5) Kepekaan tubuh terhadap diri sendiri, seperti rambut menempel di kepala atau lengan ada di samping badan bagian atas
- 6) Kemampuan visual untuk membaca dan menulis

Peran terapis okupasi:

- 1) Bekerjasama dengan pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi pekerjaan dan aktifitas yang penting bagi keluarga dan kehidupan pasien
- 2) Membantu merencanakan, memulai dan mengidentifikasi tujuan jangka pendek dan panjang dalam kegiatan tersebut
- 3) Ajarkan cara-cara praktis untuk mengatasi efek kesehatan mental seperti Teknik relaksasi

- 4) Membantu mengganti aktivitas yang tidak sehat, seperti penyalahgunaan zat, dengan aktivitas yang sehat dan bermakna
- 5) Kaji keterampilan, minat, nilai, dan kekuatan untuk membantu pasien mempertahankan, memodifikasi, atau menemukan pekerjaan yang sesuai
- 6) Melaksanakan kegiatan yang mengajarkan keterampilan yang berharga, mis. pelatihan keterampilan sosial dengan kelompok dukungan sebaya
- 7) Membantu menyusun kehidupan dan mengatur aktivitas sehari-hari sehingga pasien dapat menyeimbangkan semua yang mereka inginkan, butuhkan, atau diharapkan

Pelaksanaan terapi okupasi dapat dilakukan di lingkungan yang di inginkan oleh klien, dan tidak harus di rumah sakit. Terapi ini dapat dilakukan di rumah, di sekolah, dan di tempat kerja. Meskipun begitu, terapi okupasi lebih sering dilakukan di rumah sakit.

e. Terapi kognitif

Terapi kognitif merupakan bagian dari terapi modalitas yang merupakan bentuk psikoterapi jangka pendek yang didasarkan pada konsep bahwa cara kita berpikir tentang berbagai hal memengaruhi perasaan kita

secara emosional. Fokus terapi ini adalah pada pemikiran, perilaku, dan komunikasi saat ini bukan pengalaman masa lalu dan berorientasi pada pemecahan masalah yang dialami pasien saat ini (Marks, J W, 2021).

Konsep dasar terapi kognitif yang dapat dilakukan oleh seorang terapis (Anonim, 2008), yaitu:

- 1) *Collaborative Empirisme*, yaitu pasien-terapis menjadi co-investigator dan menguji fakta yang dapat menunjang dalam menolak *kognisi* pasien yang keliru
- 2) *Socratic Dialogue*, yaitu dengan menggunakan teknik bertanya yang merupakan anjuran utama dalam proses terapeutik dimana tujuan pertanyaan adalah untuk mengklarifikasi dan mendefinisikan persoalan, membantu mengidentifikasi pikiran, *images*, dan asumsi menilai konsekuensi dari pikiran maladaptif bagi pikiran dan perilaku
- 3) *Guide Discovery*, yaitu terapis memandu pasien untuk memodifikasi keyakinan dan asumsi yang maladaptif dimana pasien-terapis secara bersama-sama merekam perkembangan gangguan yang dialami pasien

Indikasi

Terapi ini merupakan salah satu strategi dalam merubah pola pikir subjektif menjadi pola pikir yang objektif. Terapi ini dapat diberikan kepada pasien dengan masalah ketidakmampuan dalam interaksi sosial, penurunan motivasi, pasien dengan defisit perawatan diri, harga diri rendah, menyatakan ingin bunuh diri.

Tujuan

Tujuan terapi kognitif adalah meningkatkan kemampuan pasien dalam mengubah pikiran negatif, seperti pasien mampu:

- 1) Mengidentifikasi pikiran otomatis yang negatif
- 2) Menggunakan tanggapan rasional dalam mengatasi pikiran otomatis negatif yang muncul
- 3) Mengungkapkan manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran pikiran otomatis yang negatif
- 4) Mendapatkan dukungan keluarga dalam membantu pasien meningkatkan kemampuan merubah pikiran negatif

Tindakan Keperawatan

Pelaksanaan terapi kognitif (terapi pikiran) terdiri dari 5 sesi, dan masing-masing sesi dilaksanakan dalam 30-45 menit. Waktu

pelaksanaan terapi kognitif untuk kelompok intervensi di setiap pertemuan dibuat berdasarkan kesepakatan antara terapis dan pasien atau sesuai jadwal yang telah disepakati sebelumnya.

1) Sesi 1: Mengidentifikasi pikiran negatif otomatis dan penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang pertama

Tujuan strategi pelaksanaan (SP) kegiatan sesi 1:

- a) Pasien mampu mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif
- b) Pasien mampu memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (menggangu) untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini
- c) Pasien mampu mengungkapkan alasan/sumber pikiran otomatis negatif
- d) Pasien mampu memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama
- e) Pasien dapat menuliskan pikiran otomatis negatif dan tanggapan rasionalnya
- f) Pasien dapat meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah

- 2) Sesi 2: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua

Tujuan strategi pelaksanaan (SP) kegiatan sesi 2:

- a) Evaluasi kemampuan pasien dalam memberi tanggapan rasional dan pembuatan catatan harian terhadap pikiran otomatis negatif pertama yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya (Sesi 1). Pasien mampu memilih pikiran otomatis negatif kedua yang akan diselesaikan dalam pertemuan kedua ini
 - b) Pasien mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua dan menuliskannya di lembar/buku catatan harian
 - c) Klien mampu meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran otomatis yang timbul
 - d) Pasien mampu menuliskan kembali pembuatan catatan harian terkait dengan penyelesaian masalah dalam mengatasi pikiran otomatis lainnya
- 3) Sesi 3: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga

Tujuan strategi pelaksanaan (SP) kegiatan sesi 3:

- a) Evaluasi kemampuan pasien dalam memberi tanggapan rasional dan pembuatan catatan harian terhadap pikiran otomatis negatif pertama dan kedua yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya (Sesi 1 dan 2)
 - b) Pasien mampu memilih pikiran otomatis negatif ketiga yang akan diselesaikan dalam pertemuan ketiga ini
 - c) Pasien mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga dan menuliskannya di lembar/buku catatan harian
 - d) Pasien mampu meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran otomatis yang timbul
 - e) Pasien mampu menuliskan kembali pembuatan catatan harian terkait dengan penyelesaian masalah dalam mengatasi pikiran otomatis lainnya
- 4) Sesi 4: manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif)

Tujuan strategi pelaksanaan (SP) kegiatan sesi 4:

- a) Evaluasi kemampuan pasien dalam memberi tanggapan rasional dan pembuatan catatan harian terhadap pikiran otomatis yang negatif pertama, kedua dan ketiga tentang dirinya yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya
- b) Pasien mampu memilih pikiran otomatis negatif ketiga yang akan diselesaikan dalam pertemuan ini.
- c) Pasien mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga tentang dirinya dan menuliskannya di lembar tanggapan rasional dalam buku catatan harian pasien
- d) Pasien mampu meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran otomatis yang timbul
- e) Pasien mampu menuliskan kembali pembuatan catatan harian terkait dengan penyelesaian masalah dalam mengatasi pikiran otomatis negatif lainnya
- f) Pasien dapat memberi tanggapan (perasaan) terhadap pelaksanaan terapi kognitif di rumah

- g) Pasien dapat mengungkapkan hambatan yang ditemui dalam membuat catatan harian
- h) Pasien dapat mengungkapkan hasil dan manfaat dalam mengikuti terapi kognitif
- i) Pasien dapat meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran-pikiran otomatis negatif yang timbul

5) Sesi 5: *support system*

Tujuan strategi pelaksanaan (SP) kegiatan sesi 5:

- a) Meningkatkan komunikasi perawat dengan pasien dan keluarga
- b) Pasien mendapat dukungan (*support system*) dari keluarga
- c) Keluarga dapat menjadi *support system* bagi pasien

Tempat Pelaksanaan

Pelaksanaan pemberian terapi kognitif ini disesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien dengan mengutamakan privasi pasien. Mungkin dapat menggunakan ruangan khusus (tertutup) dan/atau ruangan yang tenang/tidak bising sehingga proses pelaksanaan terapi dapat berjalan lancar tanpa adanya gangguan

dari lingkungan sekitar dan privasi pasien terjaga.

f. Terapi keluarga

Terapi keluarga merupakan salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart & Laraia, 2009).

Terapi keluarga merupakan suatu terapi yang melibatkan seluruh anggota keluarga sebagai unit penanganan masalah yang dialami oleh keluarga. Perilaku salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi anggota lainnya, tidak ada perilaku yang dapat dimengerti tanpa memahami perilaku anggota keluarga lainnya. Terapi keluarga ini membentuk terapi kelompok dimana pasien dan anggota keluarga adalah partisipannya. Setiap anggota keluarga memiliki kesempatan yang sama untuk berperan serta dalam menyelesaikan masalah tersebut (Keliat, 1996; Gladding, 2002.; Copel, 2007).

Tujuan dari terapi keluarga adalah:

- 1) Untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa

- 2) Menurunkan konflik kecemasan keluarga
- 3) Meningkatkan kesadaran keluarga terhadap kebutuhan masing-masing anggota keluarga
- 4) Meningkatkan kemampuan penanganan terhadap krisis
- 5) Mengembangkan hubungan peran yang sesuai
- 6) Membantu keluarga menghadapi tekanan dari dalam maupun dari luar anggota keluar
- 7) Meningkatkan kesehatan jiwa keluarga sesuai dengan tingkat perkembangan anggota keluarga
- 8) Untuk mencegah kekambuhan pasien gangguan jiwa
- 9) Untuk mempermudah kembalinya pasien ke lingkungan keluarga dan masyarakat dengan memberikan penghargaan terhadap fungsi sosial dan okupasi pasien gangguan jiwa

Manfaat terapi keluarga

- 1) Pasien
 - a) Mempercepat proses penyembuhan
 - b) Memperbaiki hubungan interpersonal
 - c) Menurunkan angka kekambuhan
- 2) Keluarga
 - a) Memperbaiki fungsi dan struktur keluarga

- b) Keluarga mampu meningkatkan pengertian terhadap pasien sehingga lebih dapat menerima, toleran & menghargai pasien sebagai manusia
- c) Keluarga dapat meningkatkan kemampuan dalam membantu pasien dalam proses rehabilitasi

Peran perawat dalam terapi keluarga

- 1) Merawat pasien secara utuh: observasi stres dan emosi keluarga
- 2) Mengkaji fungsional & disfungsional keluarga

Aktifitas perawatan dalam terapi keluarga

- 1) Komponen pendidikan: memberikan informasi & pendkes tentang gangguan jiwa, sistem kesehatan jiwa dan pelayanan keperawatan
- 2) Komponen keterampilan: latihan komunikasi, asertif, menyelesaikan konflik, mengatasi perilaku, dan stres
- 3) Komponen emosi: memberikan kesempatan untuk memvalidasi perasaan dan bertukar pengalaman
- 4) Komponen fokus pada koping keluarga dan gejala sisa terhadap keluarga
- 5) Komponen sosial: meningkatkan penggunaan dukungan jaringan formal/ informal untuk pasien dan keluarga

Pelaksanaan Terapi

Pelaksanaan terapi dapat dibagi menjadi 5 sesi yaitu:

- 1) Sesi 1: Identifikasi masalah keluarga yang menghadapi keluarga dalam merawat pasien
- 2) Sesi 2: Latihan perawatan pasien oleh keluarga
- 3) Sesi 3: Latihan manajemen stres oleh keluarga
- 4) Sesi 4: Latihan manajemen beban keluarga
- 5) Sesi 5: Pemberdayaan peran komunitas membantu keluarga

g. Farmako-terapi

Farmako-terapi merupakan terapi obat dimana terapi ini melengkapi terapi lainnya berdasarkan pendekatan pembuktian ilmiah seperti perilaku kognitif, psikososial, interpersonal, psikodinamika, dan tindakan alternatif serta komplementer. Agen psikofarmaka mengabari gejala spesifik penyakit neurobiologis dengan efektifitas yang tinggi.

Peran Perawat dalam Farmako-terapi

Penanganan psikofarmakologi harus terintegrasi dalam prinsip praktik keperawatan kesehatan jiwa. Perawat kesehatan jiwa harus memiliki kompetensi yang luas dan

pengetahuan sehingga dapat meningkatkan kualitas dalam asuhan keperawatan. Berikut peran perawat dalam farmako-terapi (Stuart, 2016):

1) Pengkajian pasien

Pengkajian merupakan landasan utama dalam pemberian asuhan keperawatan. Hal yang perlu dikaji adalah riwayat, kondisi fisik dan hasil laboratorium, evaluasi kesehatan jiwa, pengkajian sosial budaya, dan riwayat pengobatan. Hal ini harus dilakukan pada setiap pasien sebelum diberikan pengobatan.

2) Koordinasi *treatment* modalitas

Perawat memiliki peran penting dalam merancang program *treatment* yang komprehensif. Pilihan *treatment* yang paling tepat pada setiap pasien bersifat individual dan merupakan gambaran dari rencana *treatment*. Koordinasi dalam melakukan perawatan merupakan tanggung jawab utama perawat dengan bersama-sama dengan pasien dalam membina hubungan terapeutik sebagai bagiandari tim pelayanan kesehatan. Perawat mengintegrasikan *treatment* obat-obatan dengan berbagai *treatment* nonfarmakologi dengan dilandasi pengetahuan, keamanan, efektifitas dan penerimaan pasien.

3) Pemberian obat

Perawat memiliki peran penting terhadap pengalaman pasien dalam mendapatkan pengobatan psikomarkologi. Pelayanan kesehatan seperti rawat inap, rumah perawatan dan berbagai layanan rawat jalan lainnya, perawat bertugas menentukan jadwal dosis berdasarkan kebutuhan obat serta kebutuhan pasien, mengatur pemberian obat dan selalu waspada terhadap efek obat serta penanganan efek obat.

4) Monitor efek obat

Peran dalam memantau efek obat seperti membuat standarisasi pengukuran efek obat terhadap target gejala, mengevaluasi dan meminimalisir efek obat terhadap konsep diri pasien, kepercayaan serta keyakitannya terhadap perawatan.

5) Edukasi pengobatan

Edukasi meliputi pemberian informasi lengkap kepada pasien dan keluarga sehingga mereka mampu memahami, mendiskusikan dan menerima. Edukasi terkait obat merupakan kunci penting agar efektif dan aman dalam mengonsumsi obat-obat psikotropika, kolaborasi pasien dalam merencanakan *treatment*, dan kepatuhan pasien terhadap regimen terapi obat.

6) Program pemeliharaan obat

Perawat memiliki peranan penting dalam membina hubungan terapeutik yang berkelanjutan dengan pasien dalam rangka mempertahankan pemeliharaan obat. Perawat sering dihubungi oleh pasien berkaitan dengan pertanyaan tentang regimen obat mereka pada saat ini, efek obat terhadap gaya hidup dan penyakitnya. Serta kemungkinan akan jenis *treatment* baru yang bersedia bagi mereka.

h. Terapi Somatik

Terapi Kejang Listrik (*electroconvulsive therapy/ECT*) menurut Mankad et,al (2010) dalam Stuart (2016) adalah pengobatan dengan pemberian kejang yang cukup besar (*grand mal seizure*) melalui alat yang diinduksi pada pasien yang dibisu dengan memberikan arus listrik melalui elektroda yang dipasang pada kepala pasien. ECT merupakan terapi gangguan jiwa yang efektif dan dapat ditoleransi dengan baik oleh pasien.

1) Indikasi

Indikasi dalam terapi ini adalah pasien dengan depresi berat (Weiner dan Falcone, 2011). Bukti klinis menunjukkan bahwa perawatan medis ECT pada individu dengan depresi berat akan menghasilkan perbaikan substansial pada sekitar 80%

pasien. Terapi ini juga dapat digunakan untuk pasien dengan penyakit mental, seperti gangguan bipolar dan skizofrenia. ECT juga kadang juga digunakan dalam mengobati individu dengan katatonia, dimana seseorang dapat menjadi semakin gelisah dan tidak responsif. Kataktonia serius dapat melukai diri sendiri atau mengalami dehidrasi parah karena tidak makan atau minum.

2) Mekanisme Terapi ECT

ECT digunakan jika perawatan lain seperti obat-obatan dan psikoterapi tidak berhasil. ECT digunakan bagi pasien yang membutuhkan respon pengobatan yang cepat karena tingkat keparahan kondisinya seperti beresiko bunuh diri. *American Psychiatric Association (APA)* mengakui bahwa ECT bukan lah obat tetapi terapi ini sangat efektif untuk individu dengan dengan penyakit mental. Pasien dengan perawatan ECT yang sedang berlangsung memerlukan jenis perawatan pemeliharaan seperti psikoterapi dan pengobatan pendamping. Hal ini bertujuan untuk mencegah kembalinya penyakit.

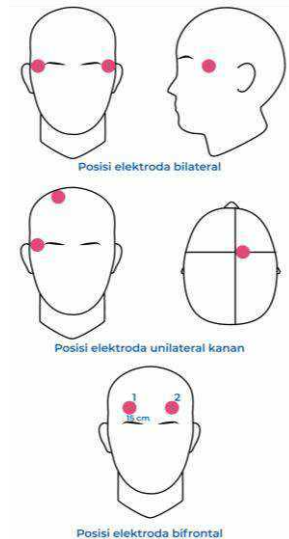
3) Prosedur Tindakan

APA menjelaskan, beberapa prosedur yang harus dilakukan pada perawatan ECT:

- a) Pasien harus menerima penilaian psikiatrik menyeluruh, termasuk pemeriksaan medis, tes darah dasar dan elektrokardiogram (EKG) untuk memeriksa keadaan jantung
- b) Lembar Persetujuan/*Informed Consent*
Merupakan hal terpenting dari proses ini. Seorang pasien harus memberikan persetujuan tertulis sebelum ECT diberikan. Dalam situasi dimana seseorang terlalu sakit untuk membuat keputusan untuk dirinya sendiri, proses persetujuan diatur oleh hukum negara bagian (misalnya, wali yang ditunjuk pengadilan).
- c) Pasien dan keluarganya harus mendiskusikan semua pilihan pengobatan dengan psikiater sebelum membuat keputusan pengobatan tertentu. Pada tahap ini pasien dan keluarga harus mendapatkan informasi yang lengkap terkait prosedur pengobatan dan potensi manfaat, resiko dan efek samping dari setiap pilihan pengobatan sebelum memberikan persetujuan tertulis
- d) Pasien biasanya menerima ECT dua atau tiga kali seminggu dengan total enam sampai 12 perawatan. Hal ini tergantung dari tingkat keparahan

gejala dan seberapa gejala merespon pengobatan

- e) Pada saat setiap perawatan pasien diberikan anestesi umum dan relaksan otot. Elektroda dipasang ke kulit kepala di lokasi yang tepat. Otak pasien dirangsang dengan rangkaian pulsa elektrik yang dikendalikan secara singkat. Hal ini menyebabkan kejang di dalam otak yang berlangsung selama kurang lebih satu menit. Pasien tertidur untuk prosedur dan terbangun setelah 5-10 menit, sama seperti dari operasi kecil



Gambar 9.1 Posisi Elektroda dalam terapi ECT (Stuart, 2016)

4) Efek Samping

- a) Kehilangan memori jangka pendek dan kesulitan belajar

Beberapa orang mengalami kesulitan mengingat peristiwa yang terjadi pada minggu-minggu sebelum pengobatan. Biasanya memori akan membaik dalam beberapa bulan. Pada kasus tertentu mungkin akan mengalami masalah dalam waktu yang lama, bahkan permanen.

- b) Sakit kepala, kelelahan, kebingungan dan mengantuk. Hal ini dapat terjadi setelah dilakukan ECT, tetapi biasanya pasien masih dapat berespon dengan Tindakan *supportif* dan Tindakan keperawatan
- c) Terjadinya perubahan sistem konduksi kardiovaskuler akibat pengaruh ECT. Sehingga pentingnya pemeriksaan EKG sebelum dilakukan ECT

Risiko-risiko ini harus diimbangi dengan konsekuensi dari gangguan jiwa berat yang tidak ditangani secara efektif. Untuk beberapa pasien, risiko ECT mungkin lebih kecil daripada risiko pengobatan berkelanjutan dengan obat-obatan. ECT dapat bekerja lebih cepat daripada obat-obatan. Ini bisa sangat berguna jika pasien

ingin bunuh diri, tidak menanggapi pengobatan atau tidak dapat mentolerir efek samping obat.

5) Peran Perawat

Perawatan Kesehatan jiwa memiliki perana penting dalam melakukan prosedur ECT. Peran tersebut meliputi Tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi. Memberikan dukungan emosi dan edukasi terkait ECT.

Asuhan keperawatan diberikan kepada pasien dan keluarga pada saat pasien dan keluarga telah memilih ECT sebagai program *treatment*. Perawat memberikan kesempatan bagi pasien untuk mengekspresikan perasaannya termasuk masalah yang terkait dengan mitos dan fantasi yang berkaitan dengan ECT. Pasien dapat mengungkapkan perasaan takut dan kekhawatirannya dan perawatan dapat mengklarifikasi kesalah pahaman pasien. Dukungan bagi pasien dan keluarga merupakan hal yang penting dilakukan perawat dari sebelum tindakan, selama dan setelah tindakan.

Edukasi terkait ECT harus diberikan secara individual. Perawat membahas informasi yang diberikan pada pasien dan

keluarga dan menanggapi pertanyaan mereka. Hal yang harus diperhatikan perawat terkait edukasi pada pasien dan keluarga adalah:

- a) Pengkajian, perawat harus mengidentifikasi perilaku keluarga yang berhubungan dengan masalah pasien. Setiap data/informasi dari keluarga terkait pengalaman ECT sebelumnya. Hal ini dapat membantu perawat dalam mengidentifikasi keyakinan terkait kondisi Kesehatan pasien. *Treatment* ECT dan prognosis yang diharapkan
- b) Identifikasi kesalahan informasi terkait prosedur ECT yang diketahui pasien maupun keluarga jelaskan kepada keluarga bahwa dukungan keluarga sangat penting bagi pasien guna menurunkan kesemasan terhadap tindakan ECT
- c) Orientasi ke ruangan ECT agar pasien lebih mengenal ruangan dan peralatan ECT yang digunakan
- d) Dorong pasien untuk berdiskusi dengan pasien lain yang telah menjalani ECT guna menurunkan ansietas pasien

- e) Memberikan keluarga waktu berkunjung yang lebih fleksibel, terutama pada awal-awal *treatment*
- f) Jika keluarga tidak dapat dihubungi atau keluarga tidak ingin mengunjungi pasien, keluarga harus menghubungi keluarga setelah perawatan
- g) Selama proses terapi perawat harus mendorong anggota keluarga untuk membahas perubahan perilaku pasien atau masalah yang muncul akibat perilaku pasien sebelumnya

6) Asuhan Keperawatan

a) Sebelum Prosedur *treatment*

Peran perawat pada fase ini memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas untuk pasien yang mendapatkan ECT, seperti:

- (1) Mengevaluasi protokol tindakan sebelum terapi diberikan
- (2) Memastikan program *treatment* telah sesuai dengan kebijakan rumah sakit
- (3) Perawat bertanggung jawab untuk memastikan dengan tepat alat yang harus tersedia

Peralatan terapi ECT

- (1) Perangkat dan perlengkapan terapi ECT, termasuk pasta elektroda dan

- gel, kain kassa, alkohol swab, cairan NaCl, elektroda electroencephalogram (EEG) dan kertas grafik
- (2) Peralatan monitor, termasuk monitor EKD dan EEG
 - (3) Manset tekanan darah (2 buah), stimulator saraf perifer, dan oksimeter nadi
 - (4) Stetoskop
 - (5) Palu refleks
 - (6) Peralatan cairan intravena dan venipuncture
 - (7) Bantakan gigitan beserta tempatnya
 - (8) Brangkar
 - (9) *Suction*
 - (10) Peralatan ventilasi, termasuk tabung, masker, ambu bag, selang O² per-oral, dan peralatan intubasi yang dapat memberikan oksigen tekanan positif
 - (11) Peralatan dan obat-obatan yang direkomendasikan oleh staf anestesi
 - (12) Obat-obatan jenis lainnya untuk manajemen medis selama tindakan ECT, seperti anestesi, *beta blockers*, relaksan otot, antikolinergik, benzodiazepine

Persiapan pasien sebelum pelaksanaan ECT

- (1) Puasa 6-8 jam sebelum tindakan dilakukan kecuali pada pasien yang secara rutin mengkonsumsi obat jantung, obat antihipertensi, atau H2 blocker. Obat-obatan seperti ini harus diberikan kepada pasien beberapa jam sebelum terapi dengan meminum seteguk kecil air
- (2) Bantu pasien gunakan pakaian yang nyaman. Seperti pakaian yang longgar
- (3) Gunakan pakain yang dapat dibuka dibagian depan guna memfasilitasi penempatan alat monitor
- (4) Rambut pasien harus bersih dan kering, sehingga mengoptimalkan kontak elektroda
- (5) Pasien berkemih sebum tindakan guna mencegah inkontinesia selama pelaksanaan prosedur

b) Selama prosedur tindakan
Tindakan Keperawatan

- (1) Dampingi pasien selama pelaksanaan terapi, baik perawat dan dengan siapapun yang membuat pasien merasa nyaman

- (2) Perkenalkan pasien kepada anggota tim *treatment* dan jelaskan secara singkat peran anggota tim tersebut
- (3) Bantu pasien tidur di brankar dan minta untuk melepaskan sepatu dan kaus kaki, atur posisi yang nyaman
- (4) Tempatkan manset tekanan darah di pergelangan kaki observasi ekstremitas pasien selama prosedur berlangsung
- (5) Pantau tekanan darah selama prosedur berlangsung
- (6) Bersihkan kepala pasien dengan sabun khusus di lokasi kontak elektroda
- (7) Pasang alat bantalan bibir (*bite-block*) kedalam mulut pasien sebelum tindakan diberikan
- (8) Pantau tanda-tanda respon motorik pada pasien yang mengalami kejang
- (9) Pantau karakteristik perubahan EEG
- (10) Pantau TTV sebelum dan sesudah peralatan ECT

- c) Setelah prosedur
Ruangan pemulihan harus berdekatan dengan ruang *treatment* untuk memudahkan akses staf anestesi keluar masuk dalam keadaan darurat. Ruangan ini harus dilengkapi dengan oksigen, *suction*, oksimeter pulsa, monitor tanda-tanda vital dan peralatan emergensi.

Tindakan keperawatan:

- a) Observasi pasien sampai benar-benar pulih setiap 15 menit sekali
- b) Diskusikan *treatment* yang dibutuhkan setelah pasien terbangun dan periksa TTV sesuai kebutuhan
- c) Pastikan konsisi pasien dan secara periodik mengorientasikan pasien setiap 30 menit sampai status kesehatan jiwa kembali ke kondisi awal. Pemberian penjelasan yang singkat, sangat membantu pasien dengan proses pemulihan
- d) Verifikasi kondisi pasien dengan mengecek TTV, saturasi oksigen, tingkat kesadaran jika pasien sudah tampak siap untuk kembali ke ruang perawatan
- e) Pemindahan pasien keruang perawatan disarankan menggunakan kursi roda

- f) Jelaskan kondisi pasien kepada perawat di ruang perawatan termasuk obat-obatan yang telah diberikan kepada pasien selama prosedur berlangsung
- 7) Kolaborasi interdisiplin
Perawat merupakan bagian tim *treatment* interdisiplin yang tidak hanya mengelola perawatan terapi tetapi juga bekerja sama mengevaluasi efektifitas ECT dan merekomendasikan perubahan dalam rencana *treatment*. Gejala yang muncul sebagai dampak negatif dari ECT harus segera dilaporkan, termasuk periode kebingungan atau disorientasi yang berkepanjangan, muat sakit kepala yang berulang, peningkatan TD yang tidak dapat diatasi dalam beberapa jam setelah *treatment*.

Tugas

Pilih salah satu terapi modalitas dan lakukan role play dalam penerapan terapi tersebut pada pasien dengan masalah kesehatan jiwa!

Latihan soal

1. Seorang perawat yang bertugas dirumah sakit jiwa melakukan terapi aktivitas kelompok pada saat terapi perawat mengatakan “bahwa selama terapi pasien tidak boleh meninggalkan tempat, jika ingin keluar harus permisi terlebih dahulu dengan perawat”
Apakah tujuan dari tindakan perawat tersebut?
 - A. Menjelaskan kontrak waktu
 - B. Menjelaskan aturan main
 - C. Menjelaskan prosedur terapi
 - D. Melakukan salam teraupetik
 - E. Mempersiapkan settingan tempat

2. Seorang perawat melakukan terapi aktivitas kelompok pada pasien dirumah sakit jiwa, kegiatan terapi yang akan dilakukannya adalah menonton film, setelah menonton diharapkan pasien bisa memberikan pendapatnya tentang isi dari film tersebut.
Apakah sesi terapi aktivitas kelompok yang diberikan oleh perawat tersebut?
 - A. TAK stimulasi sensori : sesi 1
 - B. TAK stumulasi sensori : sesi 2
 - C. TAK stimulasi sensori : sesi 3
 - D. TAK stimulasi sensori : sesi 4
 - E. TAK stimulasi sensori : sesi 5

3. Seorang perawat jiwa sedang melakukan terapi aktivitas kelompok. Dalam proses terapi perawat bertanya kepada seluruh anggota terapi “bagaimana

perasaannya setelah dilakukan terapi aktivitas kelompok”

Apakah tahapan terapi yang sedang dilakukan oleh perawat tersebut?

- A. Tahap persiapan
- B. Tahap orientasi
- C. Tahap kontrak
- D. Tahap kerja
- E. Tahap terminasi

4. Seorang perawat jiwa akan melakukan kegiatan menggambar bersama pasien, kegiatan ini dilakukan untuk mengisi waktu pasien di rumah sakit, agar pasien tidak melamun atau hanya tidur diruangan, dari hasil pengkajian diketahui pasien memiliki bakat menggambar. Ketika menggambar pasien tampak senang dan bersemangat.

Apakah bentuk tindakan perawatan yang dilakukan oleh perawat tersebut?

- A. Terapi bermain
- B. Terapi aktivitas kelompok
- C. Terapi modalitas
- D. Terapi individu
- E. Terapi imajinasi

5. Pasien laki-laki, usia 40 tahun dirawat di rumah sakit jiwa dengan skizofrenia sejak 5 bulan yang lalu.. selama dirawat pasien sudah mendapatkan beberapa terapi seperti psikoterapi dan farmakoterapi, tetapi belum menunjukkan perubahan yang berarti. Pada

saat pengkajian pasien selalu mengungkapkan aspek negatif pada dirinya, keinginan bunuh diri dan menunjukkan tanda dan gejala depresi berat. Berdasarkan kasus diatas, terapi yang tepat diberikan pada pasien tersebut adalah?

- A. Terapi kognitif
- B. Terapi kelompok
- C. Terapi keluarga
- D. Terapi kejang listrik
- E. Terapi farmako

KUNCI JAWABAN

Bab I

1. D. Harga diri rendah kronis
2. A. Diskusikan aspek positif dan kemampuan yang pernah dan masih dimiliki pasien
3. D. Kegagalan dalam mencapai cita-cita
4. A. Focal
5. E. Depersonalisasi

Bab II

1. A. Risiko bunuh diri
2. C. Amankan lingkungan dari risiko bunuh diri
3. E. Keputusan
4. E. Berikan reinforcement atas keberhasilan pasien
5. D. Anomik

Bab III

1. E. Waham sisip pikir
2. B. Waham somatik
3. B. Waham Agama
4. E. Waham kebesaran
5. A. Membantu orientasi realitas

Bab IV

1. A. Pendengaran
2. C. Mengajarkan cara menghardik halusinasi
3. C. Mengajarkan cara berbincang-bincang
4. E. "Saya percaya pacarmu datang, tapi suster tidak"

- melihat ya”
5. E. Pasien menyadari bahwa apa yang dilihat dan dengar merupakan sesuatu yang tidak nyata dan harus diatasi

Bab V

1. E. Mass Aggression
2. D. Resiko perilaku kekerasan
3. B. Relaksasi nafa dalam
4. A. TAK stimulasi persepsi
5. E. Melatih cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan

Bab VI

1. D. Defisit perawatan diri
2. B. latihan makan dan minum dengan baik
3. A. Latih pasoen mandi dengan benar
4. C. Jelaskan tentang pentingnya kebersihan diri
5. A. Identifikasi kemampuan klien dalam melakukan kebersihan diri

Bab VII

1. B. Isolasi sosial
2. B. SP 2
3. D. Riwayat putus obat
4. E. Keluarga tidak memahami cara merawat pasien
5. D. Melatih cara melakukan bercakap-cakap dalam kegiatan harian

Bab VIII

1. E. Simpan benda-benda yang dapat digunakan pasien untuk bunuh diri
2. A. Observasi Tanda-tanda vital
3. C. Kaji penyebab pasien marah-marah
4. C. Resiko Bunuh Diri
5. D. Niat bunuh diri

Bab IX

1. B. Menjelaskan aturan main
2. C. TAK stimulasi sensori : sesi 3
3. E. Tahap terminasi
4. D. Terapi individu
5. D. Terapi kejang listrik

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul dan Muhith. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- AH Yusuf; Rizky Fitriyasai P.K; Endang Nihayati. (2015). Buku Ajar Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba.
- Aldam, S. F. S., & Wardani, I. Y. (2019). Efektifitas penerapan standar asuhan keperawatan jiwa generalis pada pasien skizofrenia dalam menurunkan gejala halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(2), 165. <https://doi.org/10.26714/jkj.7.2.2019.167-174>
- American Association of Suicidology. (2013). *Elderly suicide fact sheet*. Retrieved from <http://www.suicidology.org>
- American Foundation for Suicide Prevention (AFSP). (2013). *Suicide facts and figures*. Retrieved from http://www.afsp.org/index.cfm?page_id=04ea1254-bd31-1fa3-c549d77e6ca6aa37
- Amir Mohammad; Shahrarvarani; Sima Noohi. (2014). *Explaining The Bases And Fundamentals Of Anger; A Literatire Review*. *International Journal Of Medical Reviews*.

Andrea Wiglesworth MA1| Déjà N. Clement MS2| LaRicka R. Wingate PhD2|Bonnie Klimes- Dougan PhD. (2022). *Understanding suicide risk for youth who are both Black and Native American: The role of intersectionality and multiple marginalization*. *The American Association of Suicidology. Suicide Life Threat Behav.* 2022;00:1-15. DOI: 10.1111/sltb.12851.

Anonim. (2008). *Cognitive Therapy for Depression*. <http://www.psychologyinfo.com/depression/cognitive.htm>

APA., A. P. (2013). *Anger*. Washington Dc, USA: APA Press.

Arisandy, W. (2017). Pengaruh Penerapan Terapi Musikal Pada Pasien Isolasi Sosial Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Dirumah Sakit Ernaldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2017. In *Proceeding Seminar Nasional Keperawatan*. 3(1), 285-292. <Http://Www.Conference.Unsri.Ac.Id/Index.Php/SNK/Article/View/785>

Bano, Mariam MS, Muhamad Rhomandoni, and Sudarsono Sudarsono. "Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Kedaruratan Psikiatri Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Abepura." *Sentani Nursing Journal* 1.2 (2018): 127-133.

- Bilori, A. (2018). Bunuh diri dalam perspektif sosiologi. SIMULACRA, Volume 1, Nomor 2, November. ISSN 2622-6952.
- Budi Ann Keliat, et all. (2019). Asuhan keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC.
- Canadian Association of Occupational Therapist. (). *Occupational Therapy and Mental Health*. <https://www.caot.ca/document/4059/>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). *20 leading causes of death, United States. National Center for Injury Prevention and Control*. Retrieved from http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10_us.html.
- Coburn A Victoria; Mycyk B. Mark. (2009). *Psycical And Chemical Restraints*. Pub<med.Gov.
- Copel, L C (2007). Kesehatan Jiwa dan Psikiatri Pedoman Klinis Perawat (Akemat, Penerjemah) Ed. 2, Jakarta : EGC
- Corr, C.A. & Corr, D.M. (2013). *Death & Dying, Life & Living*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Daulima, N.H.C., Hamid. A.Y.S., Hargiana, G., Keliat, B.A., Putri, Y.S.E., Panjaitan, R.U., Susanti, H., Wardani, I.Y.2019. Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC

- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Deviantony, F., Dewi, E.I., Hadi, Enggal., Windarwati, H.D., Wuryaningsih, E.W. (2019). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1. Jember : UPT Universitas Jember.
- Devita, Y., Nensih, N.A., Malfasari., dkk. (2021). Tentang pengaruh membaca Al-Qur'an terhadap peningkatan harga diri pasien skizofreni. Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Vol 9, No. 4. Hal. 787-794. eISSN:2655-8106.
- Edi, Fandi. R. S. dan Biroli, Alfani. (2017). Psikologi Sosial. Malang: AE Publishing.
- Elvira, S. D., Hadisukanto, G. (2017). Buku Ajar Psikiatri (Vol. Edisi ketiga). Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Erviana, I., & Hargiana, G. (2018). Aplikasi Asuhan Keperawatan Generalis Dan Psikoreligius Pada Klien Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Penglihatan Dan Pendengaran. Jurnal Riset Kesehatan Nasional, 2(2),114-123.<https://doi.org/10.37294/jrkn.v2i2.106>
- Evans K. Lois; Cotter Valeri T. (2008). *Avoiding restraints in patients with dementia: understanding, prevention, and management are the keys*. Pub med.Gov.

Fairly, G. P. P. Asuhan Keperawatan Keluarga Ny. W Dan Tn. S Yang Anggota Keluarganya Mengalami Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Isolasi Sosial Di Wilayah Puskesmas Rogotrungan Lumajang Tahun (2018). <https://Repository.Unej.Ac.Id/Handle/123456789/93823>

Fitria Nita. (2010). Prinsip Dasar Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan Dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan. Jakarta: Salemba.

Fleener, P. (2013). *How to help a suicidal persona. Mental Health Today*. Retrieved from <http://www.mental-health-today.com/suicide/sui2.htm>

G.W Stuart; M.T Laraia. (2001). *Principle And Practice Of Psychiatric Nursing*. USA: Mosby Company.

Herdman. T.H., & Kamitsuru, S. ed. (2017). Keliat, B.A., Mediani, H.S., & Tahlil, T. Alih Bahasa (2017). NANDA-1 Diagnosis keperawatan: Definisi dan klasifikasi 2018-2020. Jakarta: EGC.

Hidayati NO., Badori A., Zalfa A., dkk. (2021). Efek Dialectical Behavior Therapy Bagi Pasien Dengan Perilaku Kekerasan Dan Resiko Bunuh Diri: Studi Literatur. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. Volume 4 Nomor 1, Februari 2021. e-ISSN 2621-2978.

- Irwan, F., Efendi Putra Hulu, Manalu, L. W., Romintan Sitanggang, & Waruwu, J. F. P. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Halusinasi. 1-47. <https://osf.io/fdqzn>
- Kassienove, T. &. (2006). *Anger Management For Adulth: A Menu-Driven Cognitive-Behavioral Approach To The Treatment Of Anger Disorders*. Springer Publishing.
- Kay S.R; Wolkenfeld F; Murrill L.M. (1988). *Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence*. The Journal Of Nervous And Mental deases.
- Keliat B.A ; Dkk. (2012). *Keperawatan Kesehatan Jiwa: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., dkk. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B.A, dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHM (Basic Course)*. Jakarta: EGC
- Keliat, B.A, dkk. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHM (Basic Course)*. Jakarta: EGC
- Keliat, B.A. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.

Keliat, BA., Hamid, AYS., Putri YSE., dkk. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Kemendes RI. (2019). *Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS*. Jakarta: Kemendes RI

Kemendes. (2015). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa*. Jakarta.

Kim, S.-W., Stewart, R., Kim, J.-M., Shin, I.-S., Yoon, J.-S., Jung, S.-W., . . . Jun, T.-Y. (2011). *Relationship between a history of a suicide attempt and treatment outcomes in patients with depression*. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(4), 449-456.

Made Wardhana. (2016). *Pengantar Psikoneuroimunologi*. Bali: Vaikuntha International Publication.

Maharjan, S., & Panthee, B. (2019). *Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in a Nepalese teaching hospital: a cross-sectional study*. *BMC psychiatry*, 19(1), 347. doi: 10.1186/s12888-019-2344-8.

Marks, J W, (2021). *Medical Definition of Cognitive therapy*. https://www.medicinenet.com/cognitive_therapy/definition.htm

Maulana, I., Eriyani, T., & Shalahuddin, I. (2021). Intervensi Keperawatan untuk Pencegahan Pasien Risiko Bunuh Diri: Telaahan *Literature*. Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Vol 9, No. 3. Hal. 569-579. eISSN:2655-8106

Maulana, I., Hernawati, T., & Shalahuddin, I. (2021). Pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap penurunan tingkat halusinasi pada pasien skizofrenia: literature review. Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia: Literature Review, 9(1), 153-160.

Mengxing Wang; et all. (2019). *Abnormal Responses To Emotional stimuli In Children With Primary Monosymtomatic Noctural Enuresis*. European Child & Adolescent Psychiatry.

Motoya Alonso ;et all. (2011). *Validation of the Excited Component of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-EC) in a naturalistic sample of 278 patients with acute psychosis and agitation in a psychiatric emergency room*. Health Qual Life Out come.

NANDA International (NANDA-I). (2012). *Nursing diagnoses: Definitions & classification 2012-2014*. Philadelphia, PA: NANDA-I

National Institute of Mental Health (NIMH). (2013). *The numbers count: Mental disorders in America*. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/the-numbers-countmental-disorders-in-america/index.shtml>.

Nurhalimah. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa. Jakarta : PUSDIK SBM Kesehatan Kemenkes RI

Oktaviany, Debby Sukma, S. Kp Arum Pratiwi, and Faizah Betty Rahayuningsih. Hubungan Karakteristik Personal Perawat Dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Cara Penanganan Kegawatdaruratan Psikiatri Di Ruang Emergency. Diss. Universitas Muhammadiyah Surakarta, (2019).

Pakpahan, E. R. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Dengan Gangguan Proses Pikir: Waham Kebesaran Di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera. OSF Preprints, 14 Mar. <https://doi.org/doi:10.31219/osf.io/f5z4b>

Pardede, J. A. (2013). Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia Di Kecamatan Medan Helvetia Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia Di Kecamatan Medan Helvetia. *Academi Edu*, January.

- Pardede, J. A. (2018). Pelaksanaan Tugas Keluarga Dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(2).
- Pardede, J. A. (2020). Ekspresi Emosi Keluarga Yang Merawat Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*, 6(2), 117-122. <https://doi.org/10.24111/jikeperawatan.v6i2.403>
- Pardede, J. A., & Purba, J. M. (2020). Family Support Related to Quality of Life on Schizophrenia Patients. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 10(4), 645-654. <https://doi.org/10.32583/pskm.v10i4.942>
- Pardede, J. A., Ariyo, A., & Purba, J. M. (2020). *Self Efficacy Related to Family Stress in Schizophrenia Patients*. *Jurnal Keperawatan*, 12(4), 831-838. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v12i4.1010>
- Pardede, J. A., Hamid, A. Y. S., & Putri, Y. S. E. (2020). Penerapan *Social Skill Training* Dengan Menggunakan Pendekatan Teori Hildegard Peplau Terhadap Penurunan Gejala Dan Kemampuan Pasien Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan*, 12(3), 327-340. Doi:10.32583/keperawatan.v12i3.782

- Pinastikasari. (2009). Penatalaksanaan Kegawat Daruratan Psikiatri. *Jurnal Psikovidya* Volume 13 nomor 1.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Pratiwi, M., & Setiawan, H. (2018). Tindakan Menghardik Untuk Mengatasi Halusinasi Pendengaran Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa. *Jurnal Kesehatan*, 7(1), 7. <https://doi.org/10.46815/jkanwvol8.v7i1.76>
- Puspita IW., Erawati E. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Skizofrenia dengan Risiko Bunuh Diri. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. Volume 8 No 2, Hal 211 - 216. e-ISSN 2655-8106.
- Rahmawati, A.N., Ramadhani, A.S., Apriliyani I., (2021). Studi Kasus Harga Diri Rendah Kronis Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*. Vol. 9. No. 2. Hal. 13-23. E-ISSN: 2808-1781.

- Ramadhani, Nabila. (2018). Upaya Pemerintah Indonesia Dalam Menurunkan Angka Peredaran Narkotika Di Indonesia Yang Dilakukan Oleh Pengedar Asing tahun 2014-2016. Undip : Tesis
- Rantunga GMV., Pangemananb DHC., Bidjuni HJ. (2021). Hubungan Faktor Lingkungan Sosial Dengan Ide Bunuh Diri Pada Remaja Di Kabupaten Minahasa Provinsi Sulawesi Utara. *Jurnal Keperawatan*, Volume 9, No. 2, Agustus 2021, (Hal. 71-76).
- Riyardi S dan Purwanto T. (2013). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: GRAHA ILMU
- Rochmawati, D. H., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2013). Manajemen Kasus Spesialis Jiwa Defisit Perawatan Diri Pada Klien Gangguan Jiwa di RW 02 dan RW 12 Kelurahan Baranangsiang Kecamatan Bogor Timur. *Jurnal Keperawatan Jiwa*,1(2). <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/972>
- Santri, T. W. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny.S. Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny.S*, 1-42.
- Saswati N., Harkomah I., & Amelia. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Komunitas*. Jogjakarta: Deepublish.

Saswati, N. (2020). *The influence of logotherapy in Low self-esteem patient in jambi province, Indonesia. International Journal of Nursing and Health Research.* Volume 2; Issue 1; 2020; Page No. 39-45. Online ISSN: 2664-6420.

SDKI. (2017). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia.* Indonesia: DPP PPNI.

Shahsavarani Amir Mohammad & Noohi Sima. (2014). *Explaining The Bases And Fundamentals Of Anger: A Literature Review.* International Journal Of Medical Reviews.

Sheri L. Johnson PhD, Morgan Robison BA, Sarah Anvar BA, Benjamin A. Swerdlow MA, Kiara R. Timpano PhD. (2022). *Emotion-related impulsivity and rumination: Unique and conjoint effects on suicidal ideation, suicide attempts, and nonsuicidal self-injury across two samples.* <https://doi.org/10.1111/sltb.12849>.<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/sltb.12851>

Sianturi, S. F. (2020). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny . H Dengan Masalah Halusinasi.* 1-42.

Smith Delay; Smith Riley; Misquittha Douglas;. (2016). *Neuroimaging And Violence.* Psych.Theclinice.com.

- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). *Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies*. *Psychological bulletin*, 139(1), 213.
- Sri, N. (2013). MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN SPESIALIS JIWA PADA KLIEN HALUSINASI DI RUANG SADEWA DI RS DR . H MARZOEKI MAHDI BOGOR Sri Nyumirah emosional, psikologis, dan sosial yang memuaskan perilaku dan coping individu dalam Videback 2008). *Gangguan jiwa terhadap. Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2(1), 1-13. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/3906>
- Stuart, G W. (2016) *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Buku 2* (Budi Anna Kleliat & Jesica Pasaribu, Penerjemah). Singapore: Elsevier Singapore
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and practice of psychiatric nursing-e-book: Elsevier Health Sciences*.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (B. A. Keliat & J. Pasaribu (eds.); 1 st Indon). Elsevier Ltd.
- Stuart, G.W., (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (10th Ed). Elsevier.

Stuart. (2016). *Principles and practice of psychiatric nursing*. Elsevier.

Sukaesti, D. (2019). Sosial Skill Training Pada Pasien Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 19-24. Doi: <https://doi.org/10.26714/jkj.6.1.2018.19-24>

Susilawati, & Larra, F. (2019). PENGARUH INTERVENSI STRATEGI PELAKSANAAN KELUARGA TERHADAP PENGETAHUAN DAN KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(1), 10-27. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/jks.v3i1.1898>

Syahfitri, M., Tarigan, R. D., & Syahdi, D. (2018). Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Proses Pikir: Waham Kebesaran Pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP) 1-4: Studi Kasus. 1-4.

Tadi Prasama; Parkas Domonique. (2021). *Patient Restraint and Seclusion*. India: StarPearls Publishing,LLc.

Tarwoto & Wartonah, (2009). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi pertama. Jakarta : Salemba Medika.

- The National Institute for The Clinical Application Of Behavioral Medicine. (2017). *How Anger Affects the Brain and Body*. infographic.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tonnaer Franca, et all. (2017). *Anger Provocation Inviolent Offenders Leads To Emotion Dysregulation* . Scientic Report.
- Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice (Sixth Edit)*. Philadelphia: F.A Davis Company
- Townsend, M.C (2010). Buku Saku Diagnosis Keperawatan Psikiatri rencana Asuhan & Medikasi Psikotropik. Edisi 5. Jakarta: Penebit Buku Kedokteran EGC
- Townsend, M.C (2010). Buku Saku Diagnosis Keperawatan Psikiatri rencana Asuhan & Medikasi Psikotropik. Edisi 5. Jakarta: Penebit Buku Kedokteran EGC

- Townsend, MC. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice. Eighth Edition*. By F. A. Davis Company
- Townsend, MC. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice. Eighth Edition*. By F. A. Davis Company.
- Trent, James. (2013). 'A review of *Psychiatric Emergencies*', CME Resource, Sacramento, California.
- Tuasikal, H., Siauta, M., & Embuai, S. (2019). Upaya Peningkatan Harga Diri Rendah Dengan Terapi Aktivitas Kelompok (Stimulasi Persepsi) di Ruang Asoka (Sub Akut Laki) RSKD Provinsi Maluku. *Window of Health: Jurnal Kesehatan*, 345-351.
- Tumanduk, F. M. E., Messakh, S. T., & Sukardi, H. (2018). Hubungan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Depresi Di Bangsal Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 9(1), 10-20.
- Tumanggor, S. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y dengan Masalah Gangguan Proses Pikir: Waham Kebesaran. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 43(1), 7728. <https://osf.io/6f7x3>

- Turecki, G., Brent, D.A., Gunnell, D. et al, (2019). *Suicide and Suicide risk. Nature Reviews disease Primers*. Nature Publishing Grup.
- Upe, Ambo. (2010). *Tradisi Aliran dalam Sosiologi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Varcarolis, E. M. (2016). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing-E-Book: A Communication Approach to Evidence-Based Care*: Elsevier Health Sciences.
- Victoryna, F., Wardani, I. Y., & Fauziah, F. (2020). Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Ners untuk Menurunkan Intensitas Waham Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.26714/jkj.8.1.2020.45-52>
- Videbeck, Sheila L. (2011). *Psychiatric Mental Health Nursing*. 5th edition. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilk.
- Videbeck, Sheila L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta:EGC
- Wahyuni, S., Yuliet, S. N., & Elita, V. (2011). Hubungan Lama Hari Rawat Kemampuan Pasien. *Jurnal Ners Indonesia*, 01(02), 69-76.

Weiner R, Falcone G (2011) Electroconvulsive therapy : *how effective is it? I am Psychiatric Nurses Assoc* 17: 217,

WHO. (2022, March Wednesday). Violence. Violence Prevention.

Wijayati, F., Nasir, t., Hadi, H., dkk. (2020). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian harga diri rendah pasien gangguan jiwa. *HIJP : HEALTH INFORMATION JURNAL PENELITIAN*. Vol 12 No 2. Hal. 224-235. e-ISSN: 2622-5905.

Workshop Keperawatan Jiwa ke 8, FIK - UI, (2014). Modul Terapi Keperawatan Jiwa. Jakarta: FIK - UI (Tidak dipublikasikan).

Yosep, I. (2010). Keperawatan Jiwa. Bandung: PT. Rafika Aditama .

Yosep, Iyus., Sutini, Titin. (2014). Buku Ajar Keperawatan Jiwa (dan *Advance mental healthy nursing*). Bandung: Refika Aditama.

Yudolf sky Stuart C, et all. (1986). *The Overt Aggression Scale For The Objective Rating of verbal and physical Aggression*. *AmJ Psychiatry*.

Yusuf Ah., Fitryasari PKR., & Nihayati AE. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Penerbit: Salemba Medika.

Yusuf Rizky, & Nihayati, (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika

Yusuf, AH, dkk. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.

Yusuf, Ah., Fitryasari, R., Nihayati, H. E. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Penerbit Salemba Medika

Zelika, A. A., & Dermawan, D. (2015). Kajian Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi Pendengaran Pada Sdr. D Di Ruang Nakula Rsjd Surakarta. Profesi, 12(2), 8-15.

Biografi Penulis

Ns. Arya Ramadia, M.Kep., Sp.Kep.J.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Andalas Padang.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Indonesia.
- Kemudian melanjutkan pendidikan Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia.

Sejak tahun 2011 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Keperawatan di Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat dan saat ini penulis aktif mengajar di Institusi Kesehatan dan Teknologi Al insyirah Pekanbaru. Penulis juga aktif sebagai Dosen luar biasa di beberapa institusi pendidikan swasta program studi ilmu keperawatan. Sebagai upaya dalam pengembangan diri Dosen, penulis menjalankan tridarma perguruan tinggi seperti aktif sebagai penulis buku dan jurnal baik skala nasional maupun internasional. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail : yayarivera_0911@yahoo.com

Pesan untuk para pembaca:

“Semoga buku ini dapat menjadi salah satu referensi khususnya dibidang ilmu keperawatan jiwa serta dapat memberikan manfaat bagi semua pembaca”.

Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Harapan Ibu Jambi.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Andalas Padang.

Sejak tahun 2016 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Keperawatan dan saat ini penulis aktif mengajar di Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Harapan ibu Jambi. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya. dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail : nofridasaswati@gamil.com

Pesan untuk para pembaca:

"Belajarlh sepanjang hayat, agar terbuka luas wawasan dalam berinovasi untuk Negeri".

Ns. Malianti Silalahi, M.Kep., Sp.Kep.J.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia.
- Kemudian melanjutkan pendidikan Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia.

Sejak tahun 2015 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Keperawatan Jiwa dan saat ini penulis aktif mengajar di Universitas Kristen Krida Wacana. Penulis juga pernah bekerja di Rumah Sakit Husada Jakarta pada tahun 2013-2014. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail : malianti.silalahi@ukrida.ac.id.

Pesan untuk para pembaca:

"Hidup adalah proses belajar dan perjuangan, jika ingin terus hidup tetaplh belajar dan berjuang!".

Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Brawijaya Malang.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Peminatan Keperawatan Jiwa Universitas Airlangga Surabaya.

Penulis aktif mengajar sebagai Dosen Keperawatan dan saat ini penulis aktif mengajar di

Poltekkes Kemenkes Kupang. Penulis aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail : hamuantonia.2017@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

"Kegiatan pendidikan, pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat difokuskan pada berbagai masalah kesehatan di area dan lingkup keperawatan jiwa. Berbagai karya ilmiah telah dihasilkan baik dalam bentuk buku maupun artikel ilmiah pada jurnal nasional dan internasional. Sejak tahun 2021, beberapa buku yang sudah terbit antara lain: Ilmu Kesehatan Jiwa, Ilmu Dasar Keperawatan, *Paliatif Care* dan *Home Care*. Konseling Kesehatan mental dan kepribadian sehat merupakan topik yang menarik yang perlu di pelajari. Besar harapan saya semoga beberapa karya ini baik buku maupun artikel saya dapat memberi manfaat bagi para pembaca. Sehat jiwa, untuk hidup lebih bahagia".

Ns. Sekani Niriayah, M.Kep.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Ahmad Yani Cimahi.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Andalas.

Sejak tahun 2012 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Keperawatan dan saat ini penulis aktif mengajar di STIKes Hang Tuah Pekanbaru. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal

nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail : sekaniniriayah@htp.ac.id

Pesan untuk para pembaca:

"Buku adalah bagian terpenting bagi mereka yang belajar membaca untuk membangun pengetahuan dan keterampilan".

Ns. Dewi Kurnia Putri, M.Kep.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat.
- Penulis melanjutkan pendidikan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan Jiwa di Universitas Andalas.

Sejak tahun 2013 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Keperawatan dan saat ini penulis aktif mengajar di Prodi S1 Ilmu Keperawatan, Fakultas Kesehatan Universitas Hang Tuah Pekanbaru. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail : dewikurniaputri@htp.ac.id

Pesan untuk para pembaca:

“Kita tidak perlu mengontrol pikiran orang lain, yang perlu kita kontrol adalah pikiran kita sendiri, dan teruslah untuk tetap berfikir positif terhadap diri kita sendiri. Salam sehat jiwa”.

Hai,
Pejuang Cumlaude !
Bagaimana
dengan bukunya ?



Jika suka, yuk tinggalkan kesan & pesan positif. Agar teman-teman perawat seluruh Indonesia tahu, seberapa rekomendasi buku ini. Dengan cara isi pendapat kamu pada link di bawah

 mculink.id/pesanpositif

Terimakasih bagi yang sudah memberikan pendapat, yuk jadikan kami lebih baik dalam meningkatkan kualitas buku ini. Jangan lupa ikuti sosial media kami.

Sosial Media Kami

Kamu bisa scan QR Code di bawah ini :



Atau buka situs di bawah ini :

 linktr.ee/mcu.kompeten

Terimakasih, salam **Cumlaude** dari Tim **MCU Group**

Buku Ajar Jiwa **S1 Keperawatan**

Buku Ini :

- *Sudah lolos seleksi review dengan baik.*
- *Telah dilengkapi dengan latihan soal pada tiap Bab.*
- *Gambar Ilustrasi Yang detail pada tiap Bab.*

Penulis

Ns. Arya Ramadia, M.Kep., Sp.Kep.J., dkk.

Buku Ajar Jiwa

S1 Keperawatan

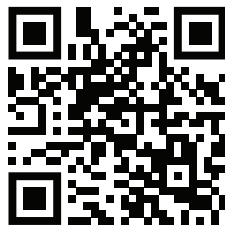
“Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras untuk menduplikat/memperbanyak/mereproduksi sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk atau cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.”

Penyusun : **Ns. Arya Ramadia, M.Kep., Sp.Kep.J., dkk.**

Infiniti Office, Bellezza BSA 1st Floor Unit 106,
Jl. Letjen Soepeno, Kebayoran Lama Jakarta Selatan 12210.

Kontak Kami

(Silakan Scan)



(Silakan Scan)

Tim Fasilitator

Gufron Muhaimin

Lucky Dwi Caraka

Muhammad Rangga Alfiansyah

Rendy Himansyah

Dimasqi Sulthan Sabiq Jiddan

Muhammad Asyfa Dafi

Qoriatul Adawiyah



