

MODULAJAR MATA KULIAH

KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA II

PROGRAM REGULER
SEMESTER V

EDISI REVISI KE EMPAT
T.A 2022-2023

PROGRAM STUDI S1 ILMUKEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU
2022



Editor :
Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep

**MODUL AJAR MATA KULIAH
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA II
PROGRAM REGULER
SEMESTER V**

EDISI REVISI KE EMPAT

T.A 2022-2023

TIM PENYUSUN

Ners. Dewi Kurnia Putri, M. Kep.

Sekani Niriyah S.Kep, Ns, M. Kep

Ns. Rezky Pradessetia, M. Kep

Editor :

Ners. Dewi Kurnia Putri, M. Kep



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU
2022**

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi Ke-Empat T.A 2021-2022

Tim Penyusun :

Ners. Dewi Kurnia Putri, M. Kep.

Sekani Niriyah, S.Kep., Ners., M. Kep

Ns. Rezky Pradessetia, M. Kep

Editor :

Ners. Dewi Kurnia Putri, M. Kep

Penerbit : Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas
Hang Tuah Pekanbaru

**MODUL AJAR MATA KULIAH
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA II**

TIM PENGAJAR

Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep
Sekani Niryah S.Kep, Ners, M.Kep

**HALAMAN PENGESAHAN
MODUL AJAR MATA KULIAH
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA II
EDISI REVISI KE EMPAT
T.A 2022-2023**



Menyatakan dan menetapkan bahwa modul ini dapat digunakan untuk pembelajaran mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II pada Semester V (Lima) Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas Hang Tuah Pekanbaru.

Ditetapkan di Pekanbaru

Tanggal 30 Juli 2022

Ketua Program Studi

(Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep)

**Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

(Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep)

**VISI DAN MISI PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU**

VISI

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan tinggi ilmu keperawatan yang bermutu
2. Melaksanakan penelitian dan pengembangan bidang keperawatan serta pengabdian kepada masyarakat sebagai wujud kepedulian untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
3. Melaksanakan penjaminan mutu secara konsisten berkelanjutan
4. Mewujudkan atmosfer akademik yang kondusif serta menjalin kemitraan dengan institusi pendidikan dan pelayanan keperawatan

Menjalin kerjasama baik pada institusi pemerintah, swasta, dalam

PRAKATA

Segala Puji bagi Allah SWT atas karunia-Nya sehingga Buku Panduan Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II edisi revisi ke-empat ini bisa kami terbitkan sebagai panduan bagi dosen dan mahasiswa. Mata kuliah ini memiliki bobot 4 SKS yang membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan jiwa. *Recovery* dari gangguan jiwa dengan pendekatan holistik dan person-centered care merupakan fokus dalam mata kuliah ini, termasuk hubungan terapeutik secara individu dan dalam konteks keluarga dan penerapan terapi modalitas keperawatan. Asuhan keperawatan jiwa pada kelompok khusus serta pada klien pengguna NAPZA juga merupakan bahasan pada mata kuliah ini, pengalaman ini akan berguna dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan jiwa dan integrasi keperawatan jiwa pada area keperawatan lainnya

Mata kuliah keperawatan kesehatan jiwa II ini akan diselesaikan dalam waktu 14 (empat belas) minggu. Pembelajaran pada mata kuliah ini akan diselenggarakan di kelas dan laboratorium (praktikum) dengan metode dalam jaringan (daring) selama pandemik. Setelah mempelajari mata kuliah keperawatan kesehatan jiwa II ini, diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan tentang masalah kesehatan jiwa sebagai suatu pendekatan dalam menyelesaikan masalah keperawatan.

Evaluasi dilakukan untuk menilai pencapaian kompetensi mahasiswa, dengan menggunakan evaluasi formatif dan sumatif yang terdiri dari Ujian Tengah Semester (UTS), Ujian Akhir Semester (UAS), ujian praktikum, *softskill* dan penugasan baik individu ataupun kelompok

Pekanbaru, 30 Juli 2023

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Prakata.....	iii
Daftar Isi.....	iv
BAB I Pendahuluan	1
A. Deskripsi Modul	1
B. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah.....	1
C. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah.....	2
D. Diagram Alir Pembelajaran Mata Kuliah.....	3
E. Keterkaitan dengan Mata Kuliah Lain	4
BAB II Program Pembelajaran	5
A.Rencana Program Pembelajaran Semester Mata Kuliah	5
B.Evaluasi Pembelajaran.....	27
I. Kriteria penilaian	27
II. Nilai Batas lulus Mata Kuliah	27
III. Kriteria boleh mengikuti Ujian	28
IV. Jenis soal Evaluasi Sumatif (Semester).....	28
V. Keterkaitan Capaian Pembelajaran Mata Kuliah dengan Metode pembelajaran serta evaluasi pembelajaran.....	31
C. Metode Pembelajaran	34
D. Aktivitas Pembelajaran Mingguan	38
I. Rincian Aktivitas Pembelajaran Mingguan	38
II. Rincian Penugasan.....	42

Topik 1 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Resiko perilaku kekerasan.....	45
Topik 2 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial & Harga Diri Rendah	67
Topik 3 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusisnasi.....	118
Topik 6 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Resiko Bunuh Diri	138
Topik 7 : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Waham.....	168
Topik 8 : Terapi Modalitas dalam keperawatan jiwa	184
Topik 9 : Konsep psikofarmaka dalam keperawatan jiwa dan peran perat dalam pemberian psikofarmaka	219
Topik 10: Asuhan keperawatan jiwa kegawatdaruratan psikiatri	237
Topik 11 : Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien Napza.....	255
Topik 12 : Konsep <i>recovery & supportive environment</i> jiwa	283
Topik 13 : Konsep Pelayanan manajemen pelayanan jiwa profesional klinik & jiwa komunitaskhusus	292
Daftar Rujukan.....	341

Lampiran

BAB I

PENDAHULUAN

A. Deskripsi Modul

Mata kuliah ini merupakan lanjutan dari mata kuliah keperawatan kesehatan jiwa I. Mata kuliah ini membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan jiwa. *Recovery* dari gangguan jiwa dengan pendekatan holistik dan *person-centered care* merupakan fokus dalam mata kuliah ini, termasuk hubungan terapeutik secara individu dan dalam konteks keluarga dan penerapan terapi modalitas keperawatan. Asuhan keperawatan jiwa pada kelompok khusus serta pada klien pengguna NAPZA juga merupakan bahasan pada mata kuliah ini, pengalaman ini akan berguna dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan jiwa dan integrasi keperawatan jiwa pada area keperawatan lainnya.

Mata kuliah ini memiliki bobot 4 SKS, dengan rincian 2 SKS teori, 1 SKS praktikum (*lab skill*) dan 1 SKS Praktik Lapangan. Berbagai pengalaman belajar akan diterapkan dalam mata kuliah ini, diantaranya *mini lecture*, *collaborative learning* (CL), *small group discussion* (SGD), *discovery learning* (DL), *problem based learning* (PBL), *video based learning* (VBL) dan praktik laboratorium. Metode pembelajaran di lakukan secara luring dan daring menggunakan *Elearning Hang Tuah Pekanbaru*.

B. CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH (CPMK)

Setelah proses pembelajaran selama 14 (empat belas) minggu/pertemuan, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah gangguan jiwa (P5, P6, P9, KKK1, KKK3, KKK4, KKK6, KKK7, KKK11)

2. Memahami & mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa dengan pasien pengguna NAPZA dan anak dengan kebutuhan khusus. . (P5, P6, P9, KKK1, KKK3, KKK4, KKK6, KKK7, KKK11)
3. Mampu dalam menjalin hubungan terapeutik secara individu dan dalam kontek keluarga dalam penerapan terapi modalitas. . (P5, P6, P9, KKK1, KKK3, KKK4, KKK6, KKK7, KKK11)

C. SUB CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH.

Setelah proses pembelajaran selama 14 (empat belas) minggu/ pertemuan, mahasiswa diharapkan mampu:

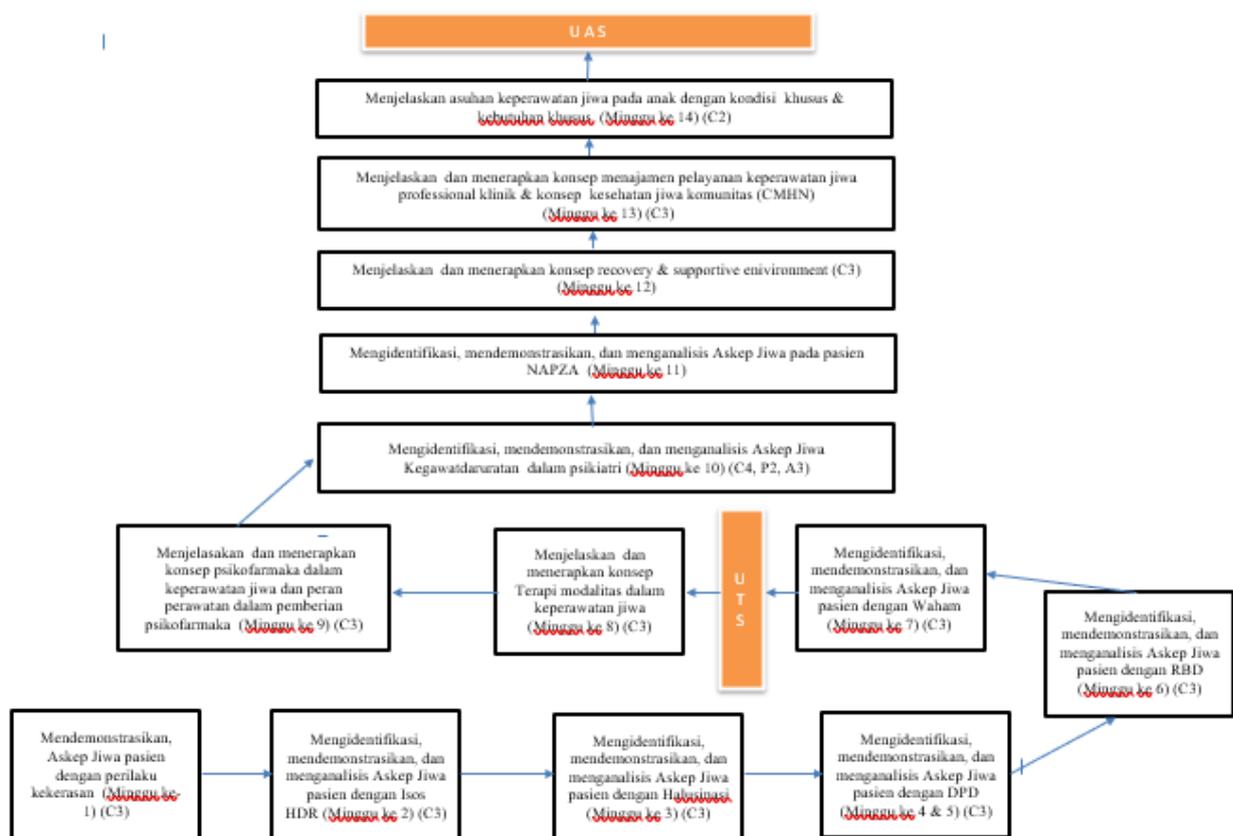
1. Memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien yang mengalami perilaku kekerasan.
2. Memahami & mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko bunuh diri.
3. Memahami & mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa dengan gangguan proses pikir :
4. Memahami & mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa dengan gangguan sensori persepsi halusinasi.
5. Memahami & mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa dengan harga diri rendah.
6. Memahami & mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa dengan isolasi sosial.
7. Memahami & mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa dengan defisit perawatan diri.

8. Memahami & mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa dengan pasien pengguna NAPZA dan anak dengan kebutuhan khusus.
9. Mampu dalam menjalin hubungan terapeutik secara individu dan dalam konteks keluarga dalam penerapan terapi modalitas

D. Diagram alir Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA:

1. Memahami dan mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah gangguan jiwa (P5, P6, P9, KKK1, KKK3, KKK4, KKK6, KKK7, KKK11)
2. Memahami & mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa dengan pasien pengguna NAPZA dan anak dengan kebutuhan khusus. . (P5, P6, P9, KKK1, KKK3, KKK4, KKK6, KKK7, KKK11)
3. Mampu dalam menjalin hubungan terapeutik secara individu dan dalam konteks keluarga dalam penerapan terapi modalitas. . (P5, P6, P9, KKK1, KKK3, KKK4, KKK6, KKK7, KKK11)



Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

E. KETERKAITAN DENGAN MATA KULIAH LAIN

Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II berkaitan dengan mata kuliah lain yang akan dipelajari mahasiswa yaitu:

1. Komunikasi dalam Keperawatan I
2. Komunikasi dalam Keperawatan II
3. Psikososial dan budaya dalam keperawatan



RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)
PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU

MATA KULIAH	KODE MK	RUMPUN MK	BOBOT	SEMESTER	DIREVISI	DIBUAT
Keperawatan Kesehatan Jiwa II	WP 5233	Keperawatan Jiwa	4 SKS (2T, 1P, 1 K)	V (Lima)	Revisi Ke I -Juni 2019 Revisi ke III -Juli 2020 Revisi ke III Agustus 2021 Revisi ke IV Juli 2022	Juli 2018
OTORITAS	KOORDINATOR MK	KOORDINATOR RMK	Ka. PRODI			
Capaian Pembelajaran Lulusan Program Studi yang dibebankan pada mata kuliah Pembelajaran	Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep	Eka Wisanti, Ns., M.Kep., Sp.Kep.Kom	Ns. Siska Mayang Sari., M.Kep			
MIK	Capaian Pembelajaran Lulusan Program Studi yang dibebankan pada mata kuliah					
	P1 : Menguasai teori keperawatan, khususnya konseptual model dan <i>middle range theories</i>					
	P4 : Menguasai teknik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri					

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

atau berkelompok , pada bidang keilmuan, keperawatan jiwa,

P5 : Menguasai konsep dan teknik penegakkan diagnosis asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan jiwa

P6 : Menguasai konsep teoretis komunikasi terapeutik

P7 : Menguasai konsep, prinsip, dan teknik penyuluhan kesehatan sebagai bagian dari upaya pencegahan penularan penyakit pada level primer, sekunder dan tertier

P9 : Menguasai konsep dan prinsip manajemen dalam pengelolaan asuhan keperawatan kepada klien dengan masalah kesehatan jiwa di berbagai tatanan pelayanan kesehatan

P10 : Menguasai pengetahuan faktual tentang sistem informasi keperawatan dan kesehatan

P15 : Menguasai konsep penanganan kecelakaan/ kegawatan pada setiap bidang keilmuan keperawatan jiwa

KKK1 : Mampu memberikan asuhan keperawatan yang lengkap dan berkesinambungan yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*) sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah atau belum tersedia;

KKK2 : Mampu memberikan asuhan keperawatan pada area keperawatan jiwa;

KKK3 : Mampu melakukan komunikasi terapeutik dengan klien dan memberikan informasi yang akurat kepada klien dan/atau keluarga /pendamping/penasehat untuk mendapatkan persetujuan keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya

KKK4 : Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif

KKK5 : Mampu mempersiapkan pasien yang akan melakukan pemeriksaan penunjang

<p>KKK 6 : Mampu menegakkan diagnosis keperawatan dengan kedalaman dan keluasan terbatas berdasarkan analisis data, informasi, dan hasil kajian dari berbagai sumber untuk menetapkan prioritas asuhan keperawatan;</p> <p>KKK7 : Mampu menyusun dan mengimplementasikan perencanaan asuhan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan kode etik perawat, yang peka budaya, menghargai keragaman etnik, agama dan faktor lain dari klien individu, keluarga dan masyarakat;</p> <p>KKK8 : Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan atas perubahan kondisi klien yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat dan melaporkan kondisi dan tindakan asuhan kepada penanggung jawab perawatan;</p> <p>KKK11 : Mampu memberikan (administering) obat oral, topical, nasal, parenteral, dan suppositoria sesuai standar pemberian obat dan kewenangan yang didelegasikan</p> <p>KKK12 : Mampu melakukan evaluasi dan revisi rencana asuhan keperawatan secara reguler dengan/atau tanpa tim kesehatan lain;</p> <p>KKK13 : Mampu melakukan studi kasus secara teratur dengan cara refleksi, telaah kritis, dan evaluasi serta peer review tentang praktik keperawatan yang dilaksanakannya;</p> <p>KKK 14 : Mampu melakukan upaya pencegahan terjadinya pelanggaran dalam praktik asuhan keperawatan</p> <p>KKK 17 : Mampu merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program promosi kesehatan, melalui kerjasama dengan sesama perawat, profesional lain serta kelompok masyarakat untuk mengurangi angka kesakitan, meningkatkan gaya hidup dan lingkungan yang sehat.</p> <p>KKK 20 : Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan pada penanganan kecelakaan/ kegawatan</p>
--

- KKU 1 : Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standar kompetensi kerja profesinya;
- KKU 2 : Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif;
- KKU 5 : Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja;
- KKU 7 : Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat;

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

1. Melakukan simulasi asuhan keperawatan klien yang mengalami harga diri rendah dan isolasi social
2. Melakukan simulasi asuhan keperawatan klien yang mengalami waham dan halusinasi
3. Melakukan simulasi asuhan keperawatan klien yang mengalami perilaku kekerasan dan risiko bunuh diri
4. Melakukan simulasi asuhan keperawatan klien yang mengalami deficit perawatan diri
5. Melakukan simulasi asuhan keperawatan pada anak dengan kebutuhan khusus, korban pemerkosaan, korban KDRT, korban *trafficking*, Narapidana anak dan anak jalanan
6. Menganalisis konsep *recovery* dan *supporting environmental* dalam perawatan gangguan jiwa
7. Mengaplikasikan manajemen pelayanan keperawatan jiwa professional klinik dan komunitas dengan pendekatan kearifan local
8. Mensimulasikan terapi modalitas

	<p>9. Melakukan stimulasi asuhan keperawatan dengan NAPZA</p>
	<p>Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub CPMK)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mahasiswa mampu mengidentifikasi, mendemonstrasikan, dan menganalisis asuhan keperawatan klien yang mengalami harga diri rendah dan isolasi social (C4, P2, A3) 2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi, mendemonstrasikan, dan menganalisis asuhan keperawatan klien yang mengalami waham dan halusinasi (C4, P2, A3) 3. Mahasiswa mampu mengidentifikasi, mendemonstrasikan, dan menganalisis asuhan keperawatan klien yang mengalami perilaku kekerasan dan risiko bunuh diri (C4, P2, A3) 4. Mahasiswa mampu mengidentifikasi, mendemonstrasikan, dan menganalisis asuhan keperawatan klien yang mengalami deficit perawatan diri (C4, P2, A3) 5. Mahasiswa mampu mengidentifikasi, mendemonstrasikan, dan menganalisis asuhan keperawatan pada anak dengan kebutuhan khusus, korban pemerkosaan, korban KDRT, korban <i>trafficking</i>, Narapidana anak dan anak jalanan. (C4, P2, A3) 6. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan dan menganalisis konsep <i>recovery</i> dan <i>supporting environmental</i> dalam perawatan gangguan jiwa (C4, P2, A3) 7. Mahasiswa mampu memahami, dan mensimulasikan manajemen pelayanan keperawatan jiwa profesional klinik dan komunitas dengan pendekatan kearifan local (C3, P2, A4) 8. Mahasiswa mampu memahami, mendemonstrasikan, menstimulasikan terapi modalitas (C3, P2, A4)

	<p>9. Mahasiswa mampu mengidentifikasi, mendemonstrasikan, dan menganalisis asuhan keperawatan dengan NAPZA (C4, P2, A3)</p> <p>10. Mahasiswa mampu mengaplikasikan, mendemonstrasikan dan menilai ketepatan penggunaan EBNP dalam manajemen kasus gangguan jiwa (C3, P2, A3)</p>
<p>Deskripsi Mata Kuliah dan Bahan Kajian</p>	<p>Deskripsi Mata Kuliah</p> <p>Mata kuliah ini membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan jiwa. <i>Recovery</i> dari gangguan jiwa dengan pendekatan holistik dan <i>person-centered care</i> merupakan fokus dalam mata kuliah ini, termasuk hubungan terapeutik secara individu dan dalam konteks keluarga dan penerapan terapi modalitas keperawatan. Asuhan keperawatan jiwa pada kelompok khusus serta pada klien pengguna NAPZA juga merupakan bahasan pada mata kuliah ini, pengalaman ini akan berguna dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan jiwa dan integrasi keperawatan jiwa pada area keperawatan lainnya</p> <p>Bahan Kajian / Pokok Bahasan</p> <p>Dalam mata kuliah ini mahasiswa akan mempelajari tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asuhan keperawatan klien yang mengalami perilaku kekerasan 2. Asuhan keperawatan klien yang mengalami resiko bunuh diri 3. Asuhan keperawatan klien yang mengalami waham 4. Asuhan keperawatan klien yang mengalami halusinasi

	<p>5. Asuhan keperawatan klien yang mengalami harga diri rendah</p> <p>6. Asuhan keperawatan klien yang mengalami isolasi sosial</p> <p>7. Asuhan keperawatan klien yang mengalami defisit perawatan diri</p> <p>8. Asuhan keperawatan klien dengan NAPZA</p> <p>9. Kegawatdaruratan psikiatri</p> <p>10. Asuhan keperawatan anak dengan kebutuhan khusus, korban perkosaan, korban KDRT, Korban trafficking, narapidana, dan anak jalanan</p> <p>11. Konsep recovery</p> <p>12. <i>Supportive environment</i></p> <p>13. Manajemen pelayanan keperawatan jiwa profesional klinik dan komunitas</p> <p>14. Terapi modalitas</p>
<p>PUSTAKA</p>	<p>Utama</p> <p>1. Carson, V.B. (2000). <i>Mental health Nursing : The Nurse-pasient journey (2th ed)</i>. Philadelphia: W.B. Sauder Company</p> <p>2. Fortinas, K.M., & Holoday W.P.A (2006), <i>Pscycatric nursing care plans</i>, St. Louis, Mosby Your Book</p> <p>3. Frisch N, & Frisch A. (2011). <i>Pscycatric mental health Nursing</i>, 4 ed. Australia : Delmar CENGAGE learning</p> <p>4. Gail. William, Mark Soucy (2013). <i>Course Overview – Role of the advanced Practice Nurse & Primary Care Issue of mental health/therapeutic use of self</i>. School of Nursing, The University of Texas Health Science Center at San</p>

Antonio

5. Halter, MJ. (2014). *Varcaroli's Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. 7th edition. Saunder : Elsevier Inc
6. Marry, A. B (2002). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, 2nd edition
7. Nanda.(2005). *Nursing diagnosis definition & clasification*. Nanda International

Pendukung

1. Keliat, B.A. dkk (2005). *KeperawatanKesehatan Jiwa Komunitas : CMHN (Basic Course) Nursing*. Jakarta: EGC
2. _____, (2006). *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta: EGC
3. Potter, P.A.,& Perry A.G.(2009). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC.
4. Setyoadi & Kushariyadi. (2011). *Terapi Modalitas Keperawatan pada Kliien Psikogeriatik*. Jakarta : Salemba Medika

Online Reading

1. www.googlebooks.com tambahkan link bukunya
2. www.google-scholar.com
3. www.youtube.com (tambahkan link yt)
4. <https://elearning.htp.ac.id/>
5. *Whatsapp Group*

Media	Software	Hardware
Pembalajaran	<ul style="list-style-type: none"> • <i>OS: MS Office</i> • <i>MS. Windows Media Player</i> • <i>Firefox/Google-Crome</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Notebook PC</i>
Dosen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tim 2. Ners. Dewi Kurnia Putri, Kep 3. Sekani Niriyah, S.Kep., Ners., M.Kep 	
Penilaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teori : Penugasan Individu (10%), Penugasan Kelompok (5%), Tutorial (10%) UTS (35%), UAS (35%) dan softskill (5%) 2. Praktikum : OSCE (50%), SGD (30%) , PjBL (20%), 3. Praktik klinik : Pre & post conference (10%), LP (15 %), Portofolio (15%), SP & API (20%), log Book (10%), Miniseminar (15%), Soft Skill (15%) 	
Mata kuliah	Komunikasi Keperawatan I, Komunikasi Keperawatan II, Keperawatan Jiwa I	
Syarat		

RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)
PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA II (4 SKS / 2T, 1P, 1K)

M g ke	Kemampuan Akhir yang Diharapkan	Indikator	Materi Pokok (Bahan Kajian)	Bentuk Pembelajaran (Metode dan Pengalaman Belajar)	Penilaian				Daftar Referensi	
					Jenis	Kriteria	Bobot			
					UT	TI	TK	PBL		
1	Mahasiswa mampu memahami dan menganalisis asuhan keperawatan klien dengan perilaku kekerasan	Ketetapan Menjelaskan konsep asuhan keperawatan pasien dengan resiko perilaku kekerasan	Penjelasan Silabus Asuhan keperawatan pasien dengan resiko perilaku kekerasan a. Definisi marah b. Rentang respon marah c. Proses terjadinya marah d. Pengkajian pada pasien yang mengalami resiko perilaku	a. <i>Mini lecture</i> b. <i>Brainstorming</i> c. <i>Skill Lab</i>	• Diskusi dan menjelaskan dengan kata-kata mahasiswa sendiri	Kesesuaian mengungkapkan pendapat dan menjelaskan terkait asuhan keperawatan pada pasien	4,38	0,8	12,5	1,2,3,4,5,6,7

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

3	<p>(C3, A3)</p> <p>Mahasiswa mampu memahami dan menganalisis asuhan keperawatan klien dengan halusinasi</p>	<p>Ketepatan</p> <p>Menjelaskan konsep asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan halusinasi</p>	<p>diri rendah</p> <p>f. Diagnosis keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah</p> <p>g. Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah</p> <p>h. Evaluasi rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah</p>	<p>a. <i>Mini lecture</i></p> <p>b. <i>Brainstorming</i></p> <p>c. <i>Problem Based Learning</i></p>	<p>a. Diskusi dan menjelaskan pendapat dengan kata-kata mahasiswa sendiri</p>	<p>harga diri rendah</p> <p>Kesesuaian mengungkap pendapat dan menjelaskan terkait asuhan keperawatan pasien</p>	4,38	0,8	12,5	2,3
<p>Asuhan keperawatan pasien dengan halusinasi</p> <p>a. Definisi halusinasi</p> <p>b. Rentang respon neurobiologi</p> <p>c. Intensitas level halusinasi</p> <p>d. Klasifikasi halusinasi</p> <p>e. Pengkajian keperawatan pada pasien dengan halusinasi</p>										

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

6	(C3,A3) Mahasiswa mampu memahami dan menganalisis asuhan keperawatan klien dengan resiko bunuh diri	Ketetapan Menjelaskan konsep asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko	e. Diagnosis keperawatan pada pasien dengan deficit perawatan diri f. Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan deficit perawatan diri g. Evaluasi rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan deficit perawatan diri	a. <i>Mini lecture</i> b. <i>Brainstorming</i> c.	Diskusi dan menjelaskan dengan kata-kata mahasiswa sendiri	perawatan diri	4,38	0,8	12,5	2,3
		Asuhan keperawatan pasien dengan resiko bunuh diri a. Definisi b. Rentang respon protektif diri c. Proses terjadinya bunuh diri d. Klasifikasi bunuh diri e. Asuhan keperawatan pasien dengan resiko bunuh diri			Kesesuaian mengungkap pendapat dan menjelaskan terkait asuhan keperawatan					

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

7	(C3, A3) Mahasiswa mampu memahami dan menganalisis asuhan keperawatan klien dengan waham	bunuh diri	Asuhan keperawatan pasien dengan waham d. Definisi waham e. Proses terjadinya waham f. Tanda dan gejala waham g. Klasifikasi waham h. Pengkajian keperawatan pada pasien dengan waham i. Diagnosis keperawatan pada pasien dengan waham j. Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan waham k. Evaluasi rencana tindakan keperawatan pada pasien	a. <i>Mini lecture</i> b. <i>Brainstorming</i>	b. Diskusi dan menjelaskan dengan kata-kata mahasiswa sendiri	n pada pasien dengan resiko buh diri a. Kesesuaian mengungkap pendapat dan menjelaskan terkait asuhan keperawatan pasien dengan waham	4,38	0,8	12,5	2,3
---	---	------------	---	---	---	--	------	-----	------	-----

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

		dengan waham													
UJIAN TENGAH SEMESTER															
8	(C3, A3) Mahasiswa mampu menjelaskan dan memahami konsep terapi modalitas	Menjelaskan dan memahami konsep terapi modalitas dan memahami peran perawat dalam pemberian terapi modalitas	Konsep terapi modalitas dalam keperawatan jiwa a. Definisi terapi modalitas b. Jenis terapi modalitas c. Manfaat terapi modalitas dalam keperawatan d. Peran perawat dalam pemberian terapi modalitas	a. <i>Mini lecture</i> b. <i>Brainstorming</i>	Diskusi dan menjelaskan kata-kata mahasiswa sendiri	Kesesuaian mengungkap pendapat, menjelaskan dan memahami terkait terkait terapi modalitas									
9	(C3, A3) Mahasiswa mampu menjelaskan dan	menjelaskan dan memahami psikofarmak	Konsep psikofarmaka dalam keperawatan jiwa dan peran perawat dalam pemberian psikofarmaka	a. <i>Mini lecture</i> b. <i>Brainstorming</i>	Diskusi dan menjelaskan kata-kata mahasiswa	Kesesuaian mengungkap pendapat,									

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

	memahami psikofarmaka dalam keperawatan jiwa dan peran perat dalam pemberian psikofarmaka	a dalam keperawatan jiwa dan peran perat dalam pemberian psikofarmaka	a. Pengertian psikofarmaka b. Jenis obat psikofarmaka c. Efek samping obat psikofarmaka d. Identifikasi masalah klien dalam pemberian psikofarmaka e. Cara penggunaan obat psikofarmaka f. Peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka g. Evaluasi pemberian obat psikofarmaka		sendiri	menjelaskan dan memahami terkait psikofarmaka dalam keperawatan jiwa			
10	Mahasiswa mampu menjelaskan dan memahami Asuhan keperawatan	Menjelaskan & memahami masalah asuhan keperawatan	Asuhan keperawatan jiwa kegawat daruratan psikiatri a. Definisi emergency psychiatric nursing b. Triage mental health nursing c. Definisi crisis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini Lecture</i> • <i>Brainstorming</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusi dan menjelaskan kata-kata mahasiswa sendiri 	Kesesuaian mengungkap pendapat, menjelaskan dan	4,38		

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

11	jiwa kegawatdaruratan dalam psikiatri	jiwa kegawatdaruratan psikiatri	d. Phase of crisis e. Management crisis f. Special case in emergency psychiatric nursing : suicide & anger/aggression	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini Lecture</i> • <i>Brainstorming</i> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusi dan menjelaskan kata-kata mahasiswa sendiri • 	memahami terkait konsep keperawatan kegawatdaruratan psikiatri				
	jiwa kegawatdaruratan dalam psikiatri	jiwa kegawatdaruratan psikiatri	Asuhan keperawatan jiwa pada pasien napza yang menjalani rehabilitasi a. Pengertian rehabilitasi napza b. Model pelayanan rehabilitasi napza c. Asuhan keperawatan napza rehabilitasi			Kesesuaian mengungkap pendapat, menjelaskan dan memahami terkait konsep asuhan				

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

12	(C3, A3) Mahasiswa mampu menjelaskan dan menganalisis konsep <i>recovery & supportive environment</i>	Ketetapan Menjelaskan dan menganalisis konsep <i>recovery & supportive environment</i>	Konsep recovery a. Karakteristik <i>recovery</i> b. Model <i>recovery supportive environment</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini Lecture</i> • <i>Brainstorming</i> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusi dan menjelaskan kata-kata mahasiswa sendiri • menganalisa konsep <i>recovery & supportive environment</i> 	jeperawatan jiwa pasien napza yang menjalani rehabilitasi	4,38				1,2,3,4
13	Mahasiswa mampu menjelaskan dan memahami	Ketetapan Menjelaskan konsep manajemen	Konsep Pelayanan manajemen pelayanan jiwa profesional klinik & Konsep keperawatan kesehatan jiwa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mini Lecture</i> • <i>Brainstorming</i> • Ketepatan: 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusi dan menjelaskan kata-kata 	Kesesuaian mengungkapkan pendapat, menjelaskan dan menganalisa konsep <i>recovery & supportive environment</i>	4,38				1,2,3,4

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

	konsep manajemen pelayanan keperawatan jiwa profesional klinik	pelayanan keperawatan jiwa profesional klinik	komunitas	Pembahasan dan diskusi	<ul style="list-style-type: none"> mahasiswa sendiri 	menjelaskan dan memahami terkait konsep keperawatan kesehatan jiwa profesional klinik					
14	Mahasiswa mampu menjelaskan dan memahami Asuhan keperawatan pada anak dengan kebutuhan khusus, korban pemerkosaan, korban KDRT, korban <i>trafficking</i> , Narapidana anak dan anak jalanan.	Ketepatan Menjelaskan Asuhan keperawatan pada anak dengan kebutuhan khusus, korban pemerkosaan,	Asuhan keperawatan pada anak dengan kebutuhan khusus, korban pemerkosaan, korban KDRT, korban trafficking, Narapidana anak dan anak jalanan.	<ul style="list-style-type: none"> <i>Small Group Discussion</i> <i>Brainstorming</i> Ketepatan: Pembahasan dan diskusi 	<ul style="list-style-type: none"> Diskusi dan menjelaskan kata-kata mahasiswa sendiri 	Kesesuaian mengungkap pendapat, menjelaskan dan memahami terkait	4,38				1,2,3,4

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

B. EVALUASI PEMBELAJARAN

I. KRITERIA PENILAIAN

Sistem penilaian pencapaian kompetensi yang dikembangkan mengacu pada aktivitas pembelajaran didasarkan pada pencapaian aspek kognitif, psikomotor, dan afektif yang terdiri dari:

No.	Indikator Penilaian Teori	Persentase Penilaian
1.	Penugasan : a. Kelompok b. Individu	5 % 10%
2.	Tutorial	10%
3.	Ujian Tengah Semester (UTS)	35%
4.	Ujian Akhir Semester (UAS)	35%
5.	<i>Softskill</i>	5%
	TOTAL	100%

II. NILAI LULUS MATA AJAR

Sistem penilaian berdasarkan acuan Universitas Hang Tuah Pekanbaru dalam nilai angka mutu, huruf mutu, dan bobot. Nilai lulus setiap mata ajar adalah C.

Taraf Penguasaan	Nilai Huruf	Nilai Numerik
85 - 100	A	4,00
80 – 84	A -	3,70
75 – 79	B +	3,30
70 – 74	B	3,00
65 – 69	B -	2,70
60 – 64	C +	2,30
55 – 59	C	2,00

50 – 54	C -	1,70
40 – 49	D	1,00
0 – 40	E	0,00

III. KRITERIA BOLEH MENGIKUTI UJIAN

1. Pencapaian kehadiran teori minimal 75%
2. Absensi skill laboratorium dan praktikum 100%
3. Telah mengumpulkan semua tugas yang telah diberikan, baik dalam bentuk laporan tertulis dan dokumentasi lainnya

IV. JENIS SOAL: MCQ

Ujian	Topik	Tujuan			Jumlah Soal
		C2	C3	C4	
UTS	Asuhan Keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan		3	3	6
	Asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko bunuh diri		3	3	6
	Asuhan Keperawatan pada pasien dengan waham		3	3	6
	Asuhan Keperawatan pada pasien dengan halusinasi		3	3	6
	Asuhan Keperawatan pada pasien dengan harga diri		3	3	6

	rendah				
	Asuhan Keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial		3	3	6
	Asuhan Keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri		3	3	6
	Asuhan keperawatan pada korban perkosaan, korban KDRT, korban trafficking, narapidana & anak jalanan		5	5	10
Jumlah Soal UTS					52
UAS	Asuhan keperawatan pada korban perkosaan, korban KDRT, korban trafficking, narapidana & anak jalanan		5	5	10
	Asuhan keperawatan jiwa kegawat daruratan psikiatri		2	3	5
	Asuhan Keperawatan jiwa pada pasien dengan Napza		2	3	5
	Konsep <i>recovery & supportive environment</i>		3	3	6
	Konsep manajemen pelayanan keperawatan jiwa profesional klinik		2	3	5
	Konsep keperawatan		3	3	6

kesehatan jiwa komunitas (CMHN)				
TAK		2	3	5
Konsep terapi modalitas :Terapi keluarga, psikofarmaka, somatik, okupasi, rehabilitasi & terapi lingkungan		3	3	6
Jumlah Soal UAS				48
JUMLAH				102

V. Keterkaitan Capaian Pembelajaran dengan Metode Pembelajaran dan Metode Evaluasi

No	Capaian Pembelajaran	Metode Pembelajaran								Metode Evaluasi								
		Diskusi kelompok kecil (SGD)	Belajar Mandiri (DL)	Kuliah Pakar	Praktikum	Role Play	Film	Tutorial PBL	Ujian Tulis	Diskusi Tutorial	Penilaian Makalah & Presentasi	Role Play	Praktikum	OSCE				
1	Mahasiswa mampu mengidentifikasi, mendemonstrasikan, dan menganalisis asuhan keperawatan klien yang mengalami harga diri rendah dan isolasi social		√	√	√				√					√				
2	Mahasiswa mampu mengidentifikasi, mendemonstrasikan, dan menganalisis asuhan keperawatan klien yang mengalami waham dan halusinasi		√	√	√				√					√				√
3	Mahasiswa mampu mengidentifikasi, mendemonstrasikan, dan menganalisis		√	√	√				√					√				√

D. AKTIVITAS PEMBELAJARAN

Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa I dari 14 (empat belas) minggu/ pertemuan pembelajaran. Oleh karena itu, disiapkan aktivitas pembelajaran yang sesuai dengan tujuan pembelajaran yang akan dicapai. Aktivitas pembelajaran mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa I yang akan digunakan untuk mencapai tujuan pembelajaran adalah :

1. Tutorial (*Problem Based Learning*)

Tutorial yang dilakukan adalah diskusi dalam kelompok kecil dengan menggunakan *Problem Based Learning* (PBL) melalui daring menggunakan *video conference* (*Google meet, meeting group call*) dan *virtual class* (*platform line chat dan google class room*) selama masa pandemi. Mahasiswa dibagi menjadi **4 kelompok/ kelas** yang beranggotakan 10 - 12 mahasiswa. Tutorial dijadwalkan **1 kali seminggu** dan dilakukan dengan didampingi oleh tutor atau mandiri. Untuk mencapai tujuan pembelajaran, mahasiswa diberikan skenario kasus dan kelompok akan mendiskusikan kasus tersebut dengan pendekatan *seven jump*. Setiap satu skenario akan dibahas dalam dua kali pertemuan. Pertemuan pertama akan melakukan langkah 1-5 dan langkah 6 mahasiswa menggunakan sumber belajar eksternal dan belajar mandiri. Pertemuan kedua mahasiswa akan melanjutkan diskusi untuk langkah 7. Setiap tutorial akan diakhiri dengan seminar kelompok dimana mahasiswa mempresentasikan hasil diskusi tutorial yang telah diselesaikannya. Adapun langkah-langkah *seven jump* sebagai berikut:

- a. Langkah 1: Klarifikasi Istilah
- b. Langkah 2: Identifikasi Masalah
- c. Langkah 3: Curah Pendapat Kemungkinan Hipotesis Atau Penjelasan

- d. Langkah 4: Menyusun Penjelasan menjadi Solusi Sementara
- e. Langkah 5: Penetapan *Learning Objective*
- f. Langkah 6: Mencari Informasi dan Belajar Mandiri
- g. Langkah 7: Berbagi Hasil Mengumpulkan Informasi dan Belajar Mandiri

Tutorial di mata kuliah ini adalah:

Skenario 1 : “**Dari Mata Turun ke Hati**”

2. Belajar mandiri / *Discovery Learning (DL)*

Dalam pembelajaran orang dewasa, mahasiswa dapat belajar secara mandiri dari berbagai sumber belajar eksternal yaitu : perpustakaan, *website* (internet & intranet), buku, artikel dan jurnal. Metode belajar mandiri berbentuk pelaksanaan tugas membaca atau kajian jurnal oleh mahasiswa tanpa bimbingan atau pengajaran khusus. Dalam metode ini mahasiswa akan terlebih dahulu mendapatkan penjelasan tentang proses dan hasil yang diharapkan serta diberikan daftar bacaan sesuai kebutuhan. Dengan belajar mandiri diharapkan dapat meningkatkan kemampuan kerja dan memberikan kesempatan pada mahasiswa untuk memperdalam pengetahuan secara aktif.

3. Kuliah pakar/ *Mini Lecture*

Metode kuliah pakar/ceramah pakar berbentuk penjelasan pengajar kepada mahasiswa dan biasanya diikuti dengan tanya jawab tentang isi pelajaran yang belum jelas. Hal yang perlu dipersiapkan pengajar adalah daftar topik yang akan diajarkan dan media visual atau materi pembelajaran. Selama kuliah pakar, seluruh dosen diwajibkan

menggunakan pendekatan *Student Centered Learning* (SCL). Dalam kuliah pakar ini, mahasiswa juga diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas selama proses diskusi tutorial atau belajar mandiri. Perkuliahan dilakukan secara luring dan daring menggunakan Elearning SPADA HTP melalui *video conference* melalui google meet dan zoom selama masa pandemi

4. Skills Laboratorium / Praktikum

Skills laboratorium keperawatan merupakan praktik keterampilan keperawatan di laboratorium keperawatan dengan menggunakan probandus/manekin untuk simulasi keterampilan klinik keperawatan. Jenis keterampilan keperawatan klinik pada mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa I, yaitu: Tarik nafas dalam dan fokus lima jari

5. Seminar/ *Small Group Discussion* (SGD)

Metode seminar berbentuk kegiatan belajar bagi kelompok mahasiswa untuk membahas tugas yang umumnya berupa tugas makalah dalam kelompok. Seminar dilakukan pada akhir penugasan dan tutorial yang ditujukan agar mahasiswa menyajikan hasil diskusi dalam kelompok. Kuliah *Small Group Discussion* luring dan daring menggunakan Elearning SPADA HTP melalui *video conference* melalui google meet dan zoom selama masa pandemic

6. Film/ Video

Metode pembelajaran yang dilakukan dengan memutar film/video sesuai dengan tujuan pembelajaran yang mau dicapai. Metode ini menggunakan media dimana peserta didik akan menonton pemutaran

suatu film/video dan peserta didik mendiskusikan inti atau pesan dari film/video yang sudah diputar

E. AKTIVITAS PEMBELAJARAN MINGGUAN

1. Rincian Aktivitas Pembelajaran Mingguan

No	Pertemuan ke-	Hari/ Tgl	Jam	Topik	Metode	Dosen
1	I	Kelas B	Kelas B	Asuhan Keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	Ners. Dewi Kurnia Putri., M.Kep
		Rabu / 14 Sept 2022	13.00 - 15.00			
		Kelas A	Kelas A			
2	II	Jum'at / 16 Sept 2022	10.00 – 12.00	Asuhan Keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial & harga diri rendah	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	Ns. Sekani Niriyah, M.Kep
		Kelas B	Kelas B			
		Rabu / 21 Sept 2022	13.00 - 15.00			
		Kelas A	Kelas A			
3	III	Jum'at / 23 Sept 2022	10.00 – 12.00	Asuhan Keperawatan pada pasien dengan halusinasi	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	Ners. Dewi Kurnia Putri., M.Kep
		Kelas B	Kelas B			
		Rabu / 28 Sept 2022	13.00 - 15.00			
		Kelas A	Kelas A			
		Jum'at / 30 Sept 2022	10.00 – 12.00			

4	IV	Kelas B Rabu / 05 Okt 2022 Kelas A Jum'at / 07 Okt 2022	Kelas B 13.00 -15.00 Kelas A 10.00 – 12.00	Tutorial 1 “ <i>Dari Mata Turun Ke Hati</i> ”	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	TIM
5	V	Kelas B Rabu / 12 Okt 2022 Kelas A Jum'at / 14 Okt 2022	Kelas B 13.00 -15.00 Kelas A 10.00 – 12.00	Tutorial 2 “ <i>Dari Mata Turun ke Hati</i> ”	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	TIM
6	VI	Kelas B Rabu / 19 Okt 2022 Kelas A Jum'at / 21 Okt 2022	Kelas B 13.00 -15.00 Kelas A 10.00 – 12.00	Asuhan Keperawatan pada pasien dengan resiko bunuh diri	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	Sekani Niriyah, S.Kep, Ners
7	VII	Kelas B Rabu / 26 Okt 2022 Kelas A Jum'at / 28 Okt 2022	Kelas B 13.00 -15.00 Kelas A 10.00 – 12.00	Asuhan Keperawatan pada pasien dengan waham	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	Ners. Dewi Kurnia Putri., M.Kep

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

UJIAN TENGAH SEMESTER

	UJIAN TENGAH SEMESTER					
8	VIII	Kelas B Rabu / 09 Nov 2022 Kelas A Jum'at / 11 Nov 2022	Kelas B 13.00 - 15.00 Kelas A 10.00 – 12.00	Terapi Modalitas dalam keperawatan jiwa	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> <i>Quiz</i>	Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep
9	IX	Kelas B Rabu / 16 Nov 2022 Kelas A Jum'at / 18 Nov 2022	Kelas B 13.00 - 15.00 Kelas A 10.00 – 12.00	Konsep psikofarmaka dalam keperawatan jiwa dan peran perat dalam pemberian psikofarmaka	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	Ns. Sekani Niriyah, M.Kep
10	X	Kelas B Rabu / 23 Nov 2022 Kelas A Jum'at / 25 Nov 2022	Kelas B 13.00 - 15.00 Kelas A 10.00 – 12.00	Asuhan keperawatan jiwa keawatdaruratan psikiatri	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	Ners. Dewi Kurnia Putri., M.Kep
11	XI	Kelas B Rabu / 30 Nov 2022 Kelas A Jum'at / 02 Des 2022	Kelas B 13.00 - 15.00 Kelas A 10.00 – 12.00	Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien Napza	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	Ns. Sekani Niriyah, M.Kep

12	XII	Kelas B Rabu / 07 Des 2022 Kelas A Jum'at / 09 Des 2022	Kelas B 13.00 -15.00 Kelas A 10.00 – 12.00	Konsep <i>recovery & supportive environment</i> jiwa	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	Ners. Dewi Kurnia Putri., M.Kep
13	XIII	Kelas B Rabu / 14 Des 2022 Kelas A Jum'at / 16 Des 2022	Kelas B 13.00 -15.00 Kelas A 10.00 – 12.00	Konsep Pelayanan manajemen pelayanan jiwa profesional klinik & jiwa komunitas	- <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	Ners. Dewi Kurnia Putri., M.Kep*
14	XIV	Kelas B Rabu / 21 Des 2022 Kelas A Jum'at / 23 Des 2022	Kelas B 13.00 -15.00 Kelas A 10.00 – 12.00	Asuhan keperawatan pada anak dengan kebutuhan khusus, korban pemerkosaan, korban KDRT, korban <i>trafficking</i> , Narapidana anak dan anak jalanan.	- <i>Small Group Discussion</i> - <i>Mini lecture</i> - <i>Brainstorming</i> - <i>Quiz</i>	Ners. Dewi Kurnia Putri., M.Kep*
UJIAN AKHIR SEMESTER						

2. Rincian Penugasan

Per tem uan Ke-	Capaian Pembelajaran/ Keterampilan akhir yang diharapkan	Metode Pembelajar an	Materi Pembelaj aran	Kegiatan Dosen	Kegiatan Mahasiswa	Kriteria Penilaian	Media	Wakt u	Bob ot Nilai
14	Mahasiswa mampu mengidentifikasi, mendemonstrasik an, dan menganalisis asuhan keperawatan pada anak dengan	SGD (<i>Small Group Discussion</i>) Penugasan kelompok	asuhan keperawat an pada anak dengan kebutuhan khusus, korban pemerkos	- Dosen akan menjelask an penugasan pada pertemua n ke-13 - Memberik	- Setiap individu wajib mengikuti seminar melalui tatap muka - Mahasiswa dibagi dalam	Penilaian Presentas i makalah & Seminar pada pertemua n ke-14	Untuk presentas i (Laptop & Infokus) Format penilaian	1 mingg u	5 %

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

kebutuhan khusus, korban pemerkosaan, korban KDRT, korban <i>trafficking</i> , Narapidana anak dan anak jalanan.		aan, korban KDRT, korban <i>trafficking</i> , Narapidana anak dan anak jalanan	an bimbingan pembuatan makalah - Menilai makalah dan seminar tugas pada pertemuan ke-14	kelompok (kelompok telah ditentukan/ terlampir) - Mahasiswa secara berkelompok mencari sumber topik penguasaan - Mahasiswa melakukan konsultasi bimbingan selama proses pembuatan	Makalah & Presentasi Seminar (<i>Elearning SPDA HTP</i> ,)	
Skill 21st century 1.Literasi 2.Curiosity 3.Creativity 4.Problem solving/ critical thinking						

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

TOPIK 1

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

A. Definisi

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)

B. Klasifikasi Perilaku Kekerasan

1. *Irritable agrresion*

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

2. *Instrumental Aggression*

Suarau cara kekerasan yang di gunakan sebagai media untuk mencapai suatu maksud tertentu. Contoh untuk kelancaran suatu politik dengan cara

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, selau 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 merusak lingkungan.

Karakteristik	Pasif	Asertif	Amuk
Nada Bicara	Negatif	Positif	Berlebihan
	Menghina diri	Menghargai diri sendiri	Menghina orang lain
	Dapatkah	Saya dapat/akan	Anda

	saya lakukan?	saya lakukan	selalu/tidak pernah
	Dapatkah ia lakukan?		
Nada suara	Diam	Diatur	Tinggi
	Lemah		Menuntut
	Merengek		
Sikap Tubuh	Melotot	Tegak	Tegang
	Menunduk Kepala	Relaks	Bersandar kedepan
Personal Space	Orang lain dapat masuk dalam teritorial pribadinya	Menjaga jarak yang menyenangkan	Memiliki teritorial orang lain
		Mempertahankan hak/tempat/teritorial	
Gerakan	Minimal	Memperlihatkan gerakan yang sesuai	Mengancam, ekspansi gerakan
	Lemah		
	Resah		
Kontak Mata	Sedikit/tidak ada	Sesekali (intermiten)sesuai dengan	Melotot

**Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

		kebutuhan interaksi	
--	--	------------------------	--

D. Mekanisme Koping

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

1. **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

2. **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 pikinya di balik sebagai bentuk pembenarananya. Contoh: seseorang merasa tidak suka dengan teman kerjanya, ia menyampaikan bahwa temannya tersebut tidak menyukainya.

3. **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 yg 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 bahha menghormati orangtuamu

, 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.

4. **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.

5. **Displacement:** 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 melempiaskan ke anak- anaknya serta kepada istrinya.

E. Tanda & Gejala

Menurut (AH Yusuf; Rizky Fitriyasai 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: Kemahkuasaan, kebijaksanaan/kebenarana diri, keraguan, tidak bermoral, kebejatan, kreativitas terlambat.
- e. Sosial: Menarik diri,Pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor.

Tabel 2 .2: Penyebab dan Asal Usul Kemarahan

Penyebab Kemarahan	Penjelasannya
Psikologis	<p><i>Attachment Theori</i></p> <p>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 agresif maka akan tergambar pada saat dewasa nantinya.</p>
	<p><i>Sensitivity to Reinforcement Theory</i></p> <p>Orang dengan tingkat stres dan kecemasan yang tinggi (BIS / <i>behavioral inhibition system</i> (BIS) atau FFFS/ <i>fight-flight-freeze system</i> 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</p>

Penyebab Kemarahan	Penjelasannya
	<p>dan menunjukkan banyak perilaku dan reaksi marah.</p> <p><i>Five-Factor Model of Personality</i></p> <p>Neurotisisme 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	<p>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</p>

Penyebab Kemarahan	Penjelasannya
	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)

F. PROSES ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik

a) Faktor Presipitasi

1) Faktor Internal:

Pasien: mengalami Kelemahan fisik, keputus-asaan,

ketidakberdayaan, kurang Percaya diri, ekspresi diri, tidak terpenuhinya kebutuhan dasar.

2) Faktor eksternal:

Lingkungan: lingkungan yang padat, bisisng, panas, penghinaan, kehilangan orang yang dicintai, kesulitan pemenuhan i 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 frutasi, Kematian orang yang berarti (misalnya anggota keluarag), kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga

b) Faktor Predisposisi

1) **Factor Genetic:** 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.

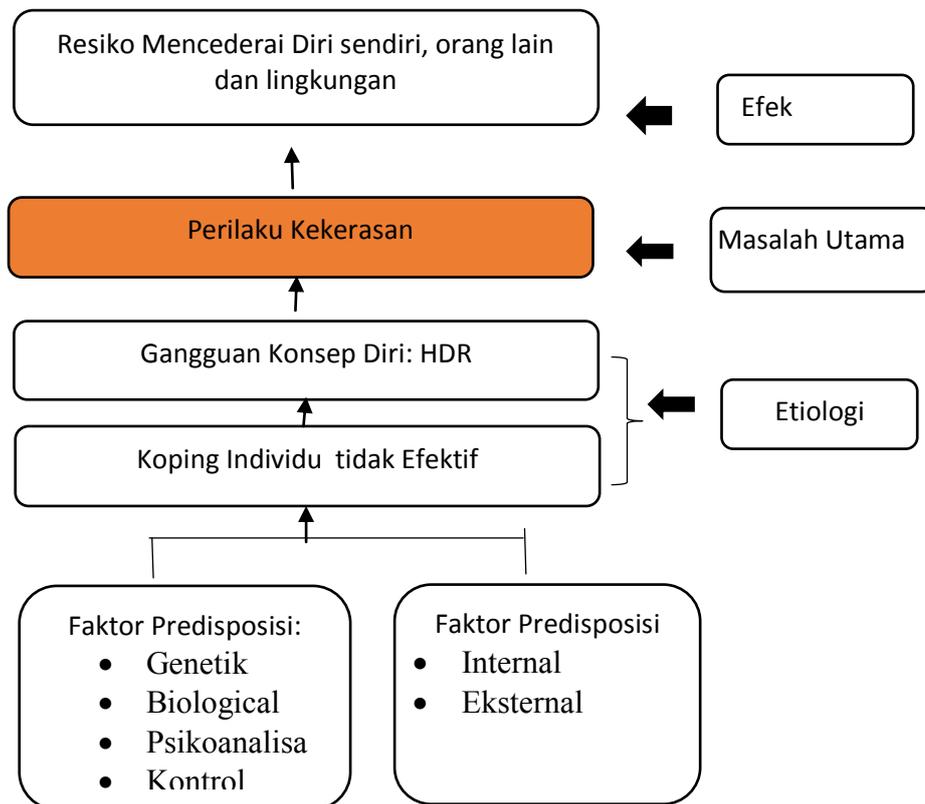
2) **Teori Biological:** kerusakan sistem limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran dan rasional), lobus temporal (untuk interpretasi indera penciuman dan memori dan

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) **Psikoanalisa:** 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*

2. Pohon Masalah



3. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

4. Rencana Tindakan

Menurut Budi Anna Keliat, et al (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 kekerasan

3. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan
 4. Menyebutkan cara mengatasi resiko perilaku kekerasan
- b. Psikomotor, Pasien mampu:
1. Mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan relaksasi: tarik nafas 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. Patuh 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

5. Tindakan Keperawatan

Menurut (Budi Ann Keliat, et al, 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:

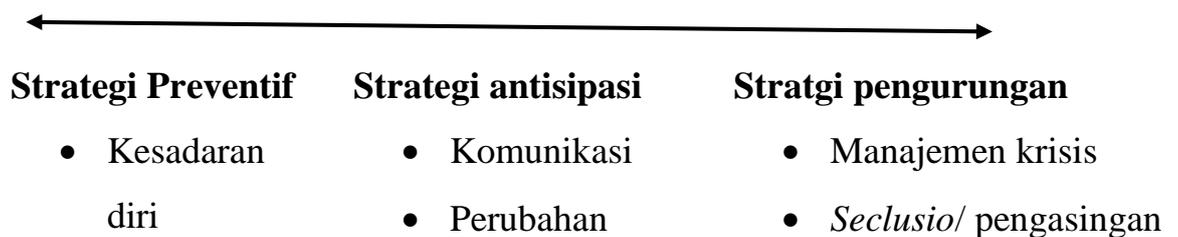
- a) Latih pasien untuk melakukan realisasi: tarik nafas dalam, pukul bantal atau kasur, senam, jalan-jalan
- b) Latih pasien untuk bicara dengan baik, mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik
- c) Latih deeskalasi secara verbal maupun tertulis
- d) Latih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama, dan kepercayaan yang di anut (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

6. Peran Perawat dalam Pengurangan



- Pendidikan lingkungan
- Restrain/pengekangan pasien
- Perilaku
- Latihan Psikofarmaka
- asertif

Gambar: strategi rencana tindakan keperawatan dalam penanganan pasien dengan perilaku kekerasan

7. Managemen Krisis

Pengekangan dan pengurungan 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 dasaretik yang perlu di perhatikan dalam penangannya antara lain: *autonomy, justice, beneficence, and non-maleficence*. Sebuah meta-analisis 2019 tentang efek pengekangan dan pengasingan akan mangalami stres pascatrauma setelah intervensi pengekangan berkisar antara 25% hingga 47%. (Tadi Prasama; Parkas Domonique, 2021). Efek pengekangan 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;

1. Jaga jarak sejauh dua lengan
2. Pertahankan postur yang santai dan tidak konfrontatif
3. Komunikasi verbal
4. Gunakan bahasa yang sederhana dan sesuai topik.
5. Identifikasi permintaan dan perasaan pasien.
6. Dengarkan secara aktif apa yang pasien katakan.
7. Jangan takut untuk setuju atau tidak setuju.
8. Tetapkan batasan yang jelas
9. Mencoba menawarkan pilihan kepada pasien
10. Diskusi antara staf dan pasien

Indikasi Pengurangan dan pengekangan Darurat

Jika de-eskalasi gagal, sebaiknya dilanjutkan dengan pengurangan dan Restrain. Indikasi dilakukan pengurangan dan pengekangan/ restrain

1. Bahaya langsung bagi orang lain
2. Bahaya yang mengancam pasien
3. Gangguan pengobatan atau kerusakan serius

8. 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 anatar respons pasien dan umum dan khusus yang telah ditetapkan. Evaluasi ini dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP: *subjetif, Objektif, Assesment, Planning*.

9. 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.

Ringkasan

1. Marah adalah salah satu emosi paling dasar, masih banyak disalahpahami dan diabaikan. Kemarahan telah didefinisikan secara beragam oleh para ahli. Tujuan kemarahan, biasanya pertahanan, pertarungan, atau kerusakan. Konsep tentang definisi marah yang belum ada yang akurat, alasannya faktanya, kemarahan adalah emosi, yang bisa jadi kapan saja dan dimana saja, serta mungkin akan berakhir dengan agresi
2. Rentang respon marah ,dimana amuk dan agresif pada rentang maladaptive dan mekanisme koping yang di gunakan jika marah dengan tujuan melindungi diri antara lain: Sublimasi, proyeksi, represi, reaksi formasi, *deplacement*:

Latihan /Penugasan

Seorang perempuan usia 45 tahun, di antar keluarganya ke UGD RSJ dengan keluhan marah dan melempar rumah tetangganya. Keluhan saat di kaji: wajah merah dan tegang, mata melotot, kedua tangan mengepal. Menurut keluarga. Pasien dan suaminya seorang kaya raya, sejak suaminya sakit semua harta di jual. Tetangga selalu menghina dia dan mengatakan janda kembang, miskin, tidak punya uang. Suaminya meninggal duani 2 tahun yang lalu,

1. Tentukan Masalah utama pada kasus di atas
2. Tulislah data subjektif dan data objektif pada kasus di atas, untuk mendukung jawaban no 1
3. Apa rencana tindakan untuk masalah utama keperawatan no 1

Latihan soal

1. Seorang laki- laki 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 Agresion
 - D. Instrumental Aggresion
 - E. Mass Agresion
2. Seorang laki-laki usia 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 berusia 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 nafa dalam
 - C. Berbicara dengan baik
 - D. Melakukan kegiatan ibadah
 - E. Patuhi minum obat dengan 8 benar
4. Seorang laki-laki berusia 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 berusia 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

Referensi

- AH Yusuf; Rizky Fitryasai P.K; Endang Nihayati. (2015). *Buku Ajar Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba.
- Amir Mohammad; Shahrarvarani; Sima Noohi. (2014). Explaining The Bases And Fundamentals Of Anger; A Literature Review. *International Journal Of Medical Reviews* .
- APA., A. P. (2013). *Anger*. Washington Dc, USA: APA Press.
- Budi Ann Keliat,et all. (2019). *Asuhan keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

- Coburn A Victoria; Mycyk B. Mark. (2009). *Physical And Chemical Restraints*. *Pubmed.Gov*.
- Evans K. Lois; Cotter Valeri T. (2008). *Avoiding restraints in patients with dementia: understanding, prevention, and management are the keys*. *Pubmed.Gov*.
- Fitria Nita. (2010). *Prinsip Dasar Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan Dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Salemba.
- G.W Stuart; M.T Laraia. (2001). *Principle And Practice Of Psychiatric Nursing*. USA: Mosby Company.
- Kassienove, T. &. (2006). *Anger Management For Adulth: A Menu- Driven Cognitive - Behavioral Approach To The Treatment Of Anger Disorders*. *Spiringer Publishing*.
- Smith Delay; Smith Riley; Misquittha Douglas;. (2016). *Neuroimaging And Violence*. *Psych.Theclinice.com*.
- Tadi Prasama; Parkas Domonique. (2021). *Patient Restraint and Seclusion*. India: StarPearls Publishing,LLc.
- The National Institute for The Clinical Application Of Behavioral Medicine. (2017). *How Anger Affects the Brain and Body*. *infographic*.
- Tonnaer Franca, et all. (2017). *Anger Provocation Inviolent Offenders Leads To Emotion Dysregulation* . *Scientic Report*.
- WHO. (2022, March Wednesday). *Violence* . *Violence Prevention*.

TOPIK 2

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL DAN HARGA DIRI RENDAH

A. Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Isolasi Sosial

1. Definisi

Isolasi sosial merupakan kondisi kesendirian yang di alami oleh individu akibat ketidakmampuan dalam mengungkapkan perasaan, yang dapat menimbulkan perasaan negative 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)

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, serebelum 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 stresor kehilangan dan kegagalan, dapat diartikan sebagai pengalaman negatif terhadap gambaran diri, ketidakjelasan atau berlebihan 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

Stresor 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 stresor 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)

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,

Kebersamaan

Ketergantungan

Narsisme

Saling ketergantungan

Isolasi social

a. **Respon adaptif** adalah respon 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 maladaptive 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 respon 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 & 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)

5. Proses Keperawatan

a. Pengkajian

Rangsangan primer dari penyebab isolasi sosial adalah kebutuhan perlindungan diri secara psikologik 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 stresor 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 stress dan mengadopsi strategi koping yang berhasil. Setiap individu mempunyai beberapa kelebihan personal yang dapat membantu dalam menghadapi stress 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).

1) Faktor predisposisi dan presipitasi

a) Faktor predisposisi

Biologi

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

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

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.

b) Faktor presipitasi

Faktor pencetus pada umumnya mencakup kejadian kehidupan yang penuh stress 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 :

Faktor sosiokultural.

Stresor 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.

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).

2) Penilaian terhadap stressor

a) 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).

b) 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, Burleson, Bentson, & Cacioppo, 2003; Steptoe, Owen, Kuns- Ebrecht, & Brydon, 2004)

c) Fisiologis

Respons fisiologis yang dialami klien isolasi sosial yaitu muka murung, sulit tidur, merasa lelah letih dan kurang bergairah.

d) 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)

e) 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.

3) Sumber koping

Sumber koping merupakan hal yang dapat membantu klien dalam mengatasi stresor 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)

a) 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.

b) Sosial Support

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

c) Positive Belief

- i. Keyakinan terhadap kesembuhan diri sendiri dan terhadap petugas kesehatan dalam proses penyembuhan.
- ii. Distres spiritual
- iii. Tidak memiliki motivasi untuk sembuh
- iv. Penilaian negatif tentang pelayanan Kesehatan
- v. Tidak menganggap apa yang dialami merupakan sebuah masalah

d) Material Asset

- i. Biaya kehidupan, jaminan kesehatan yang digunakan, pelayanan kesehatan yang biasa digunakan.
- ii. Adanya perubahan status kesejahteraan
- iii. Tidak punya uang untuk berobat, tidak ada tabungan
- iv. Tidak memiliki kekayaan dalam bentuk barang berharga

4) Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah usaha mengatasi stresor yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya dalam

upaya untuk mengatasi stresor. Mekanisme koping yang sering yang digunakan pada individu dengan gangguan kepribadian antisosial adalah denial, identifikasi, regresi, proyeksi dan isolasi (Stuart, 2016; Fairly, 2018).

i. Denial

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

ii. Identifikasi

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

iii. 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.

iv. Proyeksi

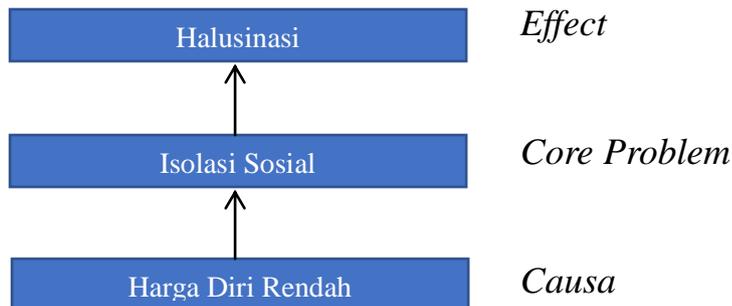
Menyalahkan orang lain terhadap kesulitan yang dialaminya, atau melemparkan kesalahan pada orang lain. Sebagai contoh, suami selingkuh karena digoda oleh wanita lain.

v. Isolasi

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

b. Diagnosa keperawatan

Pohon masalah :



Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial

c. Intervensi

1) Klien

a) Tujuan

Klien mampu :

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

b) Tindakan

- 1- Menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat isolasi sosial
 - Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat isolasi sosial
 - Mendiskusikan keuntungan memiliki teman, kerugian tidak memiliki teman.
- 2- Menjelaskan dan melatih klien berkenalan
 - Menjelaskan cara berkenalan
 - Mendemostrasikan cara berkenalan

- Melatih klien berkenalan 2 - 3 orang atau lebih
- 3- Menjelaskan dan melatih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari.
 - 4- Menjelaskan dan melatih berbicara sosial : meminta Sesutu, berbelanja dan sebagainya.

2) Keluarga

a) Tujuan :

Keluarga mampu :

- Mengetahui masalah klien Isolasi sosial
- Mengambil keputusan untuk merawat klien Isolasi sosial
- Merawat klien Isolasi sosial
- Menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk klien Isolasi sosial
- Memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk *follow up* kesehatan klien Isolasi sosial dan mencegah kekambuhan.

b) Tindakan

- 1- Menjelaskan masalah klien Isolasi sosial pada keluarga
 - Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat klien Isolasi sosial
 - Menjelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya Isolasi sosial.
- 2- Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien Isolasi sosial
 - Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien Isolasi sosial
 - Mengajak keluarga memutuskan untuk merawat klien

Isolasi sosial

- 3- Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat klien isolasi sosial
 - Menjelaskan cara melatih klien berkenalan
 - Menjelaskan cara melatih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari.
 - Menjelaskan cara melatih klien berbicara sosial : meminta sesuatu, berbelanja dan sebagainya.
 - Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan berkenalan.
 - Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari.
 - Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan berbicara sosial.
- 4- Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien isolasi sosial.
 - Mendiskusikan anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan klien
 - Mendiskusikan setting lingkungan rumah yang mendukung perawatan klien
 - Mengajarkan keluarga melibatkan anggota keluarga lainnya merawat klien
- 5- Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk *follow up*, cara rujukan kesehatan klien dan mencegah kekambuhan.
 - Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas kesehatan yang

tersedia.

- Menjelaskan kemungkinan klien relaps dan pencegahan relaps
- Mengidentifikasi tanda-tanda relaps dan kemungkinan kambuh
- Menjelaskan dan menganjurkan *follow up* dan merujuk klien ke pelayanan kesehatan.

3) Tindakan Keperawatan Kelompok Isolasi social

Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

- a) Sesi 1 : kemampuan memperkenalkan diri
- b) Sesi 2 : kemampuan berkenalan
- c) Sesi 3 : kemampuan bercakap-cakap
- d) Sesi 4 : kemampuan bercakap-cakap topik tertentu Sesi
- e) Sesi 5 : kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
- f) Sesi 6 : kemampuan bekerjasama
- g) Sesi 7 : Evaluasi kemampuan sosialisasi

d.Implementasi

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

1) 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 skizofrenia adalah “start low, go slow” dimulai dengan dosis rendah ditingkatkan sampai dosis optimal kemudian diturunkan perlahan untuk pemeliharaan. Berikut adalah sediaan antipsikotik yang sering diberikan.

2) Terapi psikososial

Salah satu dampak yang terjadi pada penderita skizofrenia 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.

3) 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

4) 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

e. **Evaluasi**

- 1) Pasien sudah dapat memahami keuntungan dan kerugian memiliki teman
- 2) Pasien dapat berkenalan dengan dua orang atau lebih
- 3) Pasien dapat bercakap-cakap sambil melakukan kegiatan harian
- 4) Pasien dapat berbicara social meminta sesuatu berbelanja dan sebagainya

B. Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Harga Diri Rendah

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.

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. 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

3. Rentang Respon

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



Gambar 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 dewas 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. Penyebab yang mempengaruhi tanda gejala HDR

<i>Focal</i>	<i>Contextual</i>	<i>Residual</i>
<p>1) Pengalaman atau situasi yang menyebabkan individu menilai diri sendiri secara negatif; Paling sering pengalaman karena kehilangan</p>	<p>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 penilaian orang lain. 5) Kemampuan untuk memenuhi harapan diri sendiri dan orang lain. 6) Perasaan kontrol yang dimiliki</p>	<p>1) Usia dan mekanisme coping yang digunakan seseorang. 2) Situasi stres yang dialami sebelumnya dan kemampuan untuk mengatasinya. 3) Umpan balik sebelumnya dari orang yang berarti yang berkontribusi pada harga diri. 4) Strategi coping yang digunakan dari pengalaman melalui krisis perkembangan sebelumnya. 5) Pengalaman sebelumnya dengan</p>

	<p>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 menilai diri sendiri tidak</p>	<p>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 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>
--	---	--

	<p>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>	
--	--	--

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 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) Gangguan untuk mengingat	4) Gangguan kontrol impuls
5) Kurang rasa berkesinambungan.		5) Ketidakmampuan dalam menilai	5) Daya konsentrasi menurun
6) Tidak mampu	4) Mangalami	6) Memiliki dua atau lebih	6) Isolasi sosial

mencari kesenangan	masalah dengan citra tubuh 5) Kenyataan hidup seperti mimpi	kepribadian	
--------------------	--	-------------	--

4. Proses Keperawatan

a. Pengkajian

Pasien yang mengalami HDR, memiliki tanda dan gejala yang disajikan dalam tabel 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 3. 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.

1) Faktor Predisposisi

a) Citra tubuh

- (1) Anggota tubuh yang tidak lengkap akibat penyakit atau kecacatan
- (2) Pertumbuhan dan perkembangan yang terhambat

- (3) Struktur dan fungsi tubuh tidak normal karena proses penyakit
 - (4) Efek dari menjalankan kemoterapi dan radiasi
 - b) Self Esteem
 - (1) Mengalami kegagalan dan Penolakan
 - (2) Kurangnya reward
 - (3) Pola asuh orang tua otoriter, orang tua terlalu mengikuti keinginan anak
 - (4) Kompetisi sesama saudara
 - c) Ideal diri
 - (1) Memiliki cita-cita tidak sesuai kemampuan
 - (2) Kenyataan tidak sesuai dengan harapan
 - (3) Ideal diri tidak realistis
 - d) Peran
 - (1) Persepsi yang salah tentang peran
 - (2) Peran dalam pekerjaan yang banyak dituntut
 - (3) Tujuan peran dalam budaya
 - e) Identitas diri
 - (1) Orang tua tidak memberikan kepercayaan
 - (2) Adanya tuntutan dari teman seusianya
 - (3) Terjadinya struktur sosial berubah
- 2) Faktor Presipitasi
- a) Tekanan psikologis dan emosional akibat pengalaman dimasa lalu yang tidak menyenangkan
 - b) Kesulitan dalam melakukan peran

- c) Perubahan peran dalam melalui tahap perkembangan
- d) Bertambah atau kehilangan anggota keluarga
- e) Perubahan tubuh akibat dari peran sehat-sakit

3) Penilaian terhadap stressor

a) Kognitif

- (1) Menilai diri dan orang secara negatif
- (2) Pikiran terganggu
- (3) Penilaian diri terganggu
- (4) Tidak efektif koping individu maupun keluarga
- (5) Berkurangnya kemampuan mengingat waktu

b) Efektif

- (1) Tidak spesifik
- (2) 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.

c) Fisiologis

- (1) Hormon pertumbuhan : Dewasa (Laki-laki) >5ng/ml (Perempuan) >10ng/ml, Anak-anak >10ng/ml
- (2) Prolaktin : Perempuan tidak hamil 0-23 ng/ml, Laki-laki 0,1-20 ng/ml
- (3) Adrenocorticotrophic hormone : pagi 8-80 pg/ml, sore-malam >10 pg/ml
- (4) luteinizing hormone : Perempuan 5-30 mIU/ml, Laki-laki 5-25 mIU/ml

- (5) follicle stimulating *hormone* : perempuan 4-30mU/ml, laki-laki 4-25 mU/ml
- (6) Thyroid-Stimulating *Hormone* : 0,35-5,5 μ IU/ml
- (7) Insulin : 5-25 μ U/ml
- (8) Katekolamin <1000pg/ml
- (9) Epinefrin pada saat berbaring >50pg/ml, pada saat duduk >60 pg/ml, pada saat berdiri>90pg/ml
- (10) Norepineprin nilai normal pada saat berbaring >410pg/ml, pada saat duduk >680 pg/ml, pada saat berdiri >700 pg/ml
- (11) Dopamin nilai normal >87 pg/ml

d) Perilaku

- (1) Menghindar dari masalah
- (2) Masalah dalam berinteraksi
- (3) Menunjukkan afek tumpul
- (4) Tidak berespon dengan masalah yang muncul
- (5) Pembicaraan tidak sesuai
- (6) Kurang inisiatif
- (7) Penggunaan zat

e) Sosial

- (1) Kegagalan dalam melakukan komunikasi
- (2) Tidak peduli dengan lingkungan
- (3) Penurunan dalam melakukan sosial
- (4) Mencurigai
- (5) Defisit perawatan diri
- (6) Kesulitan dalam bersosialisasi
- (7) Tidak menyukai dengan kegiatan hiburan

(8) Seksualitas menyimpang

(9) Isolasi sosial

4) Sumber koping

a) Kemampuan diri

(1) Tidak mampu mengatasi masalah

(2) Kesehatan terganggu

(3) Ketidakmampuan dalam berhubungan dengan orang lain

(4) Rendahnya pengetahuan

(5) Tidak efektif Identitas ego

b) *Sosial Support*

(1) Tidak efektif hubungan dengan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat

(2) Kurang efektif dengan lingkungan sosial

c) Aset ekonomi

(1) Tidak mampu mengelola harta benda, seperti terlalu boros atau pelit

(2) Tidak punya dana untuk memeriksakan kesehatan

(3) Tidak punya kekayaan berupa barang

d) Nilai Kepercayaan positif

(1) Masalah dalam spiritual

(2) Kurang motivasi

(3) Menilai negatif tentang pelayanan kesehatan

(4) Tidak menjadikan masalah kesehatan pada diri

5) Mekanisme koping

a) Adaptif

Konsep diri meningkat dapat dilihat dari :

- (1) Ideal diri realistis
- (2) Identitas diri jelas
- (3) Harga diri meningkat
- (4) Peran sesuai
- (5) Gambaran diri positif

b) Maladaptif

Gangguan Konsep Diri ; HDR

b. Diagnosis Keperawatan

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.

1) Definisi Karakteristik

- a) Ketergantungan dengan pendapat orang lain
- b) Perilaku ragu-ragu untuk mencoba hal baru
- c) Evaluasi diri ketidakmampuan menerima peristiwa dalam hidup
- d) Berespon berlebihan terhadap penili diri secara negatif
- e) Kontak mata kurang
- f) Perilaku tidak tegas
- g) Berlebihan dalam mencari kepastian
- h) Terlalu menyesuaikan diri

- i) Ekspresi rasa bersalah dan malu
- j) Pasif Sering kurang sukses dalam peristiwa kehidupan
- k) Menolak umpan balik positif tentang diri sendiri

Tabel 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				

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	setuju				
20	Saya merasa tegang dan stres				

Masalah keperawatan HDRK diperlihatkan dengan skor lebih dari dari 46

2) Pohon masalah



3) Daftar diagnosis keperawatan

- a) Risiko Harga diri rendah kronis
- b) Harga diri rendah kronis

c. Intervensi keperawatan

Pada Tabel 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:

- 1) Mampu mengungkapkan aspek positif tentang diri dan kehidupan situasi
- 2) Mampu menerima umpan balik positif dari orang lain
- 3) Mampu mencoba pengalaman baru
- 4) Mampu menerima tanggung jawab pribadi atas dirinya sendiri masalah
- 5) Mampu menerima kritik yang membangun tanpa menjadi defensif
- 6) Mampu membuat keputusan mandiri tentang kehidupan situasi
- 7) Menggunakan kontak mata yang baik
- 8) Mampu mengembangkan hubungan interpersonal yang positif
- 9) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginan kepada orang lain dengan tegas.

Tabel 4. Intervensi Keperawatan Pasien HDR Kronis

Diagnosis Keperawatan: HDR Kronis		
Behubungan dengan: Kurangnya kasih sayang/persetujuan; kegagalan berulang; penguatan negatif berulang Dibuktikan dengan: Melembihkan umpan balik negatif terhadap diri sendiri dan ekspresi rasa malu dan perasaan bersalah		
Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Setelah dilakukan intervensi keperawatan 4 x 24 jam masalah harga diri rendah kronis teratasi dengan KH: 1) Pasien akan mengungkapkan aspek positif diri sendiri dan meninggalkan penghakiman persepsi diri. 2) Harga diri meningkat	Intervensi Pasien 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.	Rasional intervensi pasien 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

<p>3) Kesadaran diri meningkat</p> <p>4) Ketahanan keluarga meningkat</p> <p>5) Ketahanan personal meningkat</p> <p>6) Fungsi keluarga meningkat</p>	<p>3. Bantu pasien memilih aspek positif atau kemampuan yang akan dilatih.</p> <p>4. Latih aspek positif terhadap kemampuan yang sudah dipilih dengan memotivasi.</p> <p>5. Bantu pasien membuat jadwal latihan untuk membudayakan. Berikan <i>reinforcement</i> positif untuk setiap kegiatan yang telah dilakukan dengan baik.</p>	<p>perubahan persepsi.</p> <p>3) Membantu pasien untuk mengembangkan internal harga diri dan koping 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>
--	--	---

Setelah dilakukan intervensi keperawatan keluarga 4 x 24 jam keluarga mampu merawat pasien harga diri rendah kronis di rumah dengan KH:	Intervensi Keluarga	Rasional intervensi keluarga
<p>1) Keluarga dapat membantu pasien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki.</p> <p>2) Keluarga memfasilitasi aktivitas pasien yang sesuai kemampuan.</p> <p>3) Keluarga memberi dukungan pasien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan latihan yang dilakukan.</p> <p>4) Keluarga mampu menilai perkembangan perubahan</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 yang sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>4) latih keluarga untuk cara merawat pasien HDR a) Diskusikan aspek positif dan</p>	<p>1) Untuk mengetahui masalah yang dialami keluarga selama merawat pasien.</p> <p>2) Untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang proses masalah yang dihadapi pasien.</p> <p>3) Untuk memotivasi keluarga agar berpartisipasi untuk merawat pasien.</p> <p>4) Untuk meningkatkan keterampilan keluarga dalam melakukan intervensi pada</p>

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan local serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

kemampuan pasien	kemampuan yang dimiliki pasien b) Bimbing pasien melakukan kegiatan positif terhadap kemampuan dalam memilih dan melatih kegiatan positifnya c) Beri <i>reinforcement positif</i> atas keberhasilannya 5) Libatkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang nyaman: tidak mengkritik, memberi <i>reinforcement positif</i> .	pasien. 5) Meningkatkan lingkungan kondusif bagi pasien sehingga akan mempercepat pemulihan bagi pasien. Pujian akan meningkatkan harga diri keluarga. 6) Agar keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan setiap terjadi perubahanstatus
------------------	---	---

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

	pelayanan kesehatan.	kesehatan pasien
<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 	<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 	<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 positif diri pasien pada kelompok akan meningkatkan harga diri pasien dalam kelompok.

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

latihan dalam kemampuan harga diri.	5) Sesi 5: Nilai manfaat latihan terhadap harga diri.	5) Dengan mengetahui manfaat latihan akan meningkatkan motivasi kelompok untuk melakukan kegiatan.
Setelah dilakukan intervensi kolaborasi 1 x 24 jam harga diri pasien meningkat	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

d. Implementasi keperawatan

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:

- 1) 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 ashan keperawatan pada pasien gangguan jiwa menggunakan strategi pelaksanaan dalam komunikasi terapeutik.
- 2) 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 $p < 0,000$; $\alpha < 0,05$).
- 3) 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.
- 4) 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.

5) 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.

e. Evaluasi keperawatan

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:

1) Apakah pasien dapat mendiskusikan pencapaian masa lalu dan aspek positif lainnya tentang hidupnya?

- 2) Apakah pasien menerima penghargaan dari orang lain dengan cara yang ramah?
- 3) Apakah pasien dapat mencoba pengalaman baru tanpa rasa takut yang berlebihan akan kegagalan?
- 4) Bisakah dia menerima kritik yang membangun sekarang tanpa menjadi terlalu defensif dan mengubah menyalahkan orang lain?
- 5) Apakah pasien menerima tanggung jawab pribadi untuk masalah, daripada menghubungkan perasaan dan perilaku kepada orang lain?
- 6) Apakah pasien berpartisipasi dalam keputusan yang mempengaruhi hidupnya?
- 7) Dapatkah pasien membuat keputusan rasional secara mandiri?
- 8) Apakah dia menjadi lebih tegas dalam hubungan interpersonal?
- 9) 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:

- 1) Apakah keluarga selalu mendukung pasien dalam melakukan kegiatan harian.
- 2) Apakah keluarga selalu memuji pasien setiap pasien mampu melakukan kegiatan.

f. Pendokumentasian

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

RINGKASAN

1. Isolasi social suatu sikap dimana individu menghindari dari interaksi dengan orang lain. Individu merasa bahwa ia kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk membagi perasaan, pikiran, prestasi, atau kegagalan. Ia mempunyai kesulitan untuk berhubungan secara spontan dengan orang lain
2. Faktor predisposisi isolasi social : faktor perkembangan, komunikasi dalam keluarga, sosial budaya, biologis,
3. Faktor presipitasi isolasi sosial : sosial budaya, stresor bio kimia, stresor biologik: genetic, stresor psikologik: kecemasan
4. Harga diri rendah harga diri rendah dikarenakan penilaian internal maupun penilaian eksternal yang negatif. Penilaian internal merupakan penilaian dari individu itu sendiri, sedangkan penilaian eksternal merupakan penilaian dari luar diri individu (seperti orang tua, teman saudara dan lingkungan) yang sangat mempengaruhi penilaian individu terhadap dirinya.
5. Proses terjadinya harga diri rendah terdiri dari factor predisposisi dan presipitasi
6. Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan kesehatan jiwa yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan dengan pendekatan teknik komunikasi terapeutik.
7. Dari kelompok data yang terkumpul, baik data subjektif dan data objektif, maka masalah dapat dirumuskan. Dalam kaitan ini perlu dibuat daftar masalah keperawatan jiwa sesuai dengan pengkajian, pohon

masalah , dan menegakkan diagnosa keperawatan dengan menyimpulkan **core problem Keperawatan Jiwa**

8. Menegakkan diagnosa berdasarkan perioritas, membuat rencana tindakan keperawatan, menyusun rencana kerja laporan pendahuluan dan menyusun rencana kerja strategi pelaksanaan., melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan dan melaksanakan terapi modalitas serta serta melaksanakan pemberian obat sesuai dengan instruksi dokter.
9. Mengevaluasi keberhasilan pasiendan keluarga, menuliskan pendokumentasian pasiensesuai dengan format yang ada.

TEST

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. Semnjak 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 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

REFERENSI

1. 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](https://doi.org/10.24127/jkj.v9i4.2655-8106).

2. 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.
3. Keliat, BA., Hamid, AYS., Putri YSE., dkk. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
4. 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.

TOPIK 3

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI

A. Pengertian

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)

B. 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 adanya 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, intelektualitas, kepribadian, moralitas, pengalaman masa lalu, coping 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 memandang 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 negative akan mengakibatkan terjadinya perubahan persepsi seseorang dalam memenadang aspek positif yang dimilikinya (Prabowo, 2014). Peran merumakan 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.

C. Rentang Respon



Respon Adaptif

Respon Maladaptif

- Berpikir Logis
- Persepsi Akurat
- Emosi Konsisten dengan pengalmana
- Perilaku sesuai
- Berhubungan sosial

- Pikiran sesekali terdistorsi ilusi
- Reaksi Emosional berlebihan atau tidak bereaksi
- Perilaku aneh atau penarikan tidak ada

- Gangguan Pemikiran/Waham
- Halusinasi
- Kesulitan pengolahan emosi
- Perilaku Kacau
- Isolasi Sosial

D. Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi dinilai perawat dari hasil observasi dan ungkapan yang disampaikan oleh pasien. Adapun tanda dan gejala halusinasi, adalah:

Data Subjektif :

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

Data Objektif :

- Distorsi sensori
- Respon tidak sesuai
- Bersikap seolah-olah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu
- Menyendiri
- Melamun
- Konsentrasi buruk
- Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- Curiga dan ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- Melihat atau menunjuk-nunjuk ke satu arah
- Mondar-mandir

- Bicara sendiri
- Sering meludah
- Menutup hidung
- Menggaruk-garuk permukaan kulit
- Menutup telinga

E. Fase-fase Halusinasi

Tabel 4.1 Fase-fase Halusinasi

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

		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih dapat mengontrol halusinasinya karena tidak ingin orang lain mengetahuinya - Melamun dan berpikir sendiri semakin terlihat dominan 	<ul style="list-style-type: none"> - Rentang perhatian terhadap lingkungan menyempit - Konsentrasi terhadap pengalaman sensorik menurun - Kehilangan kemampuan dalam membedakan anatar halusianasi dengan realita
3	<p>Tahap III : Fase Controlling (Psikotik)</p> <p>Merupakan fase dimana pasien biasanya sudah tidak bisa mengontrol dan menolak halusinasi, tingkat ansietas menjadi berat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyerah dan menerima pengalman sensoriknya - Isi halusinasi menjadi antraktif - Pasien merasa kesepian bila pengalaman sensori berakhir 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien menuruti perintah halusinasi - Sulit berkomunikasi dengan orang lain - Rentang perhatian dengan lingkungan hanya sesaat - Terjadi tanda-tanda ansietas berat: tremor, berkeringat, dan tidak dapat mengikuti perintah realita
4	<p>Tahap IV : Fase Conquering (Psikotik)</p> <p>Merupakan fase</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Halusinasi menjadi ancaman karena mengancam, membentak, dan 	<ul style="list-style-type: none"> - Perilaku panik - Memiliki potensi melakukan bunuh diri - Tindakan kekerasan

dimana pasien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi dan biasanya pasien terlihat panik	<p>memarahi pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak takut,tidak berdaya, hilang kontrol dan tidak dapat berhubungan realita dengan orang disekitar - Halusinasi yang dirasakan berlangsung dalam beberapa jam atau beberapa hari 	<p>agitasi, menarik diri atau katatonia</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak memiliki kemampuan merespon terhadap perintah yang kompleks - tidak mampu berespon lebih dari satu orang
--	--	---

F. Klasifikasi Halusinasi

Tabel 4.2 Klasifikasi Halusinasi

No	Jenis Halusinasi	Karakteristik
1	Halusinasi pendengaran / Auditori	<ul style="list-style-type: none"> - Mendengar suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun sangat jelas - Mendengar suara yang mengajak berbicara pasien - Pasien terkadang mau melakukan sesuatu yang diperintahkan oleh halusinasi
2	Halusinasi penglihatan / Visual	<ul style="list-style-type: none"> - Stimulus visual yang muncul dalam bentuk gambaran geomeris, cahaya, gambaran kartun, bayangan yang rumit dan kompleks - Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan - Pasien terlihat tampak ketakutan yang tidak jelas atau menunjuk-nunjuk ke arah sesuatu
3	Halusinasi penghidu /	<ul style="list-style-type: none"> - Menghirup bau-bauan tertentu seperti bau darah,

	olfactory	bau urine, atau bau feses (biasanya bau-bau tidak menyenangkan)
4	Halusinasi peraba / tactile	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya ketidaknyamanan berupa rasa nyeri tanpa ada stimulus yang jelas - Pasien terlihat tampak sedang membaui bau-bauan tertentu atau menutup hidung
5	Halusinasi pengecapan / gustatory	<ul style="list-style-type: none"> - Rasa mengecap sesuatu seperti darah, urine atau feses yang membuat pasien tampak sering meludah atau muntah
6	Halusinasi sinestetik	<ul style="list-style-type: none"> - Merasakan bahwa fungsi tubuh sedang bekerja, seperti: darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan sedang dicerna atau proses pembentukan urine
7	Halusinasi kinestetik	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien merasakan badan sedang bergerak namun saat itu sedang tidak bergerak sama sekali

G. Proses Keperawatan

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).

2. Diagnosis Keperawatan

Pohon Masalah



Gambar 1.4 Pohon Masalah Halusinasi

Diagnosis Keperawatan :

1. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi (Pendengaran, Penglihatan, Pengecapan, Perabaan dan Penciuman) berhubungan dengan isolasi sosial
2. Risiko Perilaku Kekerasan Berhubungan dengan Halusinasi

3. Intervensi Keperawatan

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 halisinasi, 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 klien mampu :

1. Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, karakteristik, dan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi

2. Menyebutkan cara untuk mengontrol halusinasi
3. Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas terjadwal
4. Mengevaluasi manfaat cara-cara mengatasi halusinasi
5. Mematuhi cara-cara baru dalam mengatasi halusinasi

Intervensi Individu

1. 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).

2. 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 mengkonsumsi 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)

3. 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)

4. 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 :

1. Mengenal masalah halusinasi pada anggota keluarga yang mengalami halusinasi dan mengetahui alternatif cara perawatan halusinasi
2. 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.
3. Mengevaluasi manfaat cara-cara mengatasi halusinasi dan melanjutkan cara-cara yang bermanfaat dalam merawat klien dengan halusinasi

Intervensi

1. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien dengan halusinasi
2. Berikan penjelasan terkait pengertian, proses terjadi, jenis-jenis, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi
3. Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi dengan cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan aktivitas terjadwal
4. Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi
5. Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan
6. Diskusikan cara pemanfaatan pelayanan kesehatan terdekat

4. Implementasi Keperawatan

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 halusiansi dengan cara menjelaskan keuntungan dan kerugian tidak minum obat, serta melatih cara minum obat dengan prinsip 7 benar
- f. Menjelaskan dan melatih pasien mengontrol halusiansi cara bercakap-cakap
- g. Menjelaskan dan melatih pasien mengontrol halusiansi cara melakukan aktivitas terjadwal

Tindakan Keperawatan Keluarga

- a. Menjelaskan kepada keluarga masalah halusinasi yang dialami oleh anggota keluarga
- b. Mendiskusikan masalah dan akibat yang dapat terjadi pada pasien dengan halusinasi

- c. Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat pasien dengan halusinasi
- d. Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi pasien dengan halusinasi
- e. Menjelaskan dan memfasilitasi pelayanan kesehatan untuk melakukan *follow up*, meminta rujukan untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan kesehatan pasien dengan halusinasi

5. Evaluasi Keperawatan

- 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 dapat mengontrol halusinasi
- d. Keluarga mampu merawat pasien di rumah

RINGKASAN

1. Halusinasi adalah suatu tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi.
2. **Faktor Predisposisi:** Faktor Biologis, Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (herediter), riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lain (NAPZA). Faktor Psikologis: Memiliki riwayat kegagalan yang berulang, korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan, kurangnya kasih sayang dari orang-orang disekitar atau overprotektif. Sosiobudaya dan lingkungan. Sebahagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, adanya riwayat penolakan dari lingkungan pada usia

perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah dan mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

- 3. Faktor Presipitasi** Stressor presipitasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat

TEST

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 menjenguknya 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?
- Pasien menyadari bahwa apa yang dicium merupakan sesuatu yang tidak nyata dan harus diatasi
 - Pasien menyadari bahwa apa yang dilihat merupakan sesuatu yang tidak nyata dan harus diatasi
 - Pasien menyadari bahwa apa yang dirasakan merupakan sesuatu yang tidak nyata dan harus diatasi
 - Pasien menyadari bahwa apa yang didengar merupakan sesuatu yang tidak nyata dan harus diatasi
 - Pasien menyadari bahwa apa yang dilihat dan dengar merupakan sesuatu yang tidak nyata dan harus diatasi

REFERENSI

- 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>
- 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>
- 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>

4. 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

TOPIK 6

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN RESIKO BUNUH DIRI

A. Defenisi

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 persen individu yang berusaha melakukan bunuh diri memiliki mengalami masalah mental (Institut Kesehatan Jiwa Nasional [NIMH], 2013).

B. Pengelompokan Resiko Bunuh Diri

1. 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.

2. Suicide *threat*

Umumnya ancaman ini diutarakan oleh pasien, tentang hasrat untuk mengakhiri hidup yang disertai rencana untuk bunuh diri dan telah

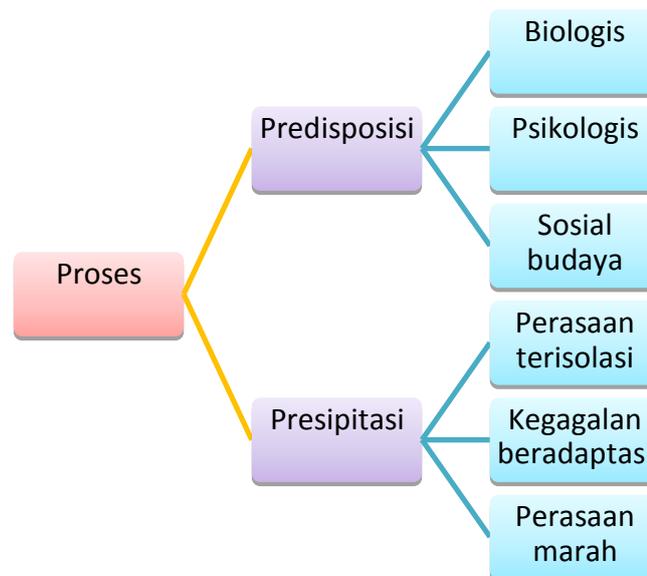
mempersiapkan alat untuk rencananya. Pada situasi ini perlu pemantauan yang lebih agar bisa menggagalkan usaha pasien.

3. 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 over dosis

C. Etiologi

Proses terjadinya perilaku bunuh diri



Gambar 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 Factors*

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 menyalahii 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, keputusasaan, kurang mampu mengambil keputusan dan lebih suka menutup diri.

f) Developmental Stressors

Menurut Rich, Warsrad, dan Nemiroff (1991), telah mengaitkan tingkat perkembangan dengan stresor kehidupan tertentu dan korelasi dengan bunuh diri. Masalah stresor, perceraian, dan pengalaman ditolak dikaitkan dengan risiko terjadinya bunuh diri pada usia remaja dan memasuki usia dewasa. Paling utama stresor 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 respon 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.

c) Umur : Adanya riwayat tugas perkembangan yang belum tuntas

- d) Jenis Kelamin : Adanya riwayat dari identitas yang tidak jelas, , adanya kegagalan dari peran sesuai jenis kelamin.
- e) Pengalaman lingkungan sosial: Terjadinya bencana alam, karena kerusuhan, stresor dalam pekerjaan, gagal dalam mendapatkan kerja.
- f) Keyakinan Agama : keyakinan dalam melakukan keagamaan terlalu tinggi bahkan turun.

g) *Anomic suicide*

Anomic suicide terjadi karena adanya rangsangan dari perubahan di kehidupan individu seperti: (Hilangnya pekerjaan, perpisahan, dan gagal dalam politik) sehingga mempengaruhi masyarakat yang menyebabkan perasaannya terganggu. Keadaan *anomi* 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.

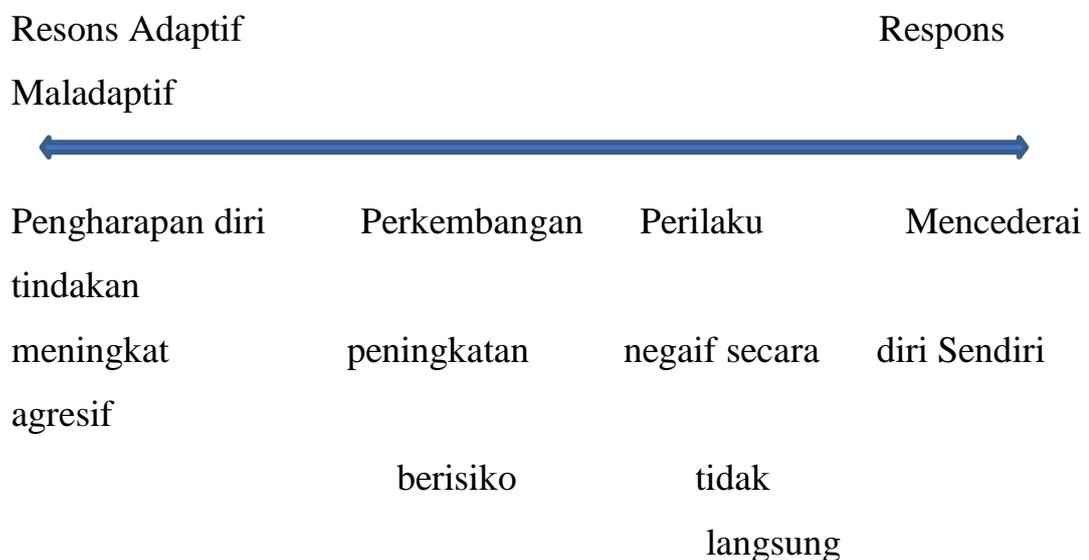
b) Lamanya stressor terjadi secara tiba-tiba, bertahap, frekuensi stressor terjadi saling berdekatan dan berulang.

4) *Number*

Jumlah, dan kualitas stressor : Banyak, kualitasnya tinggi

D. Rentang Respon

Gambar 2 Rentang respon protektif diri



Keterangan

- a. Pengharapan diri meningkat adalah seseorang yang memiliki harapan, keyakinan, dan *self awerenes* meningkat
- b. Perkembangan peningkatan berisiko adalah suatu rentang respons yang normal dimiliki seseorang yang mengalami perkembangan perilaku
- c. 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.

E. Proses Keperawatan

a. Anamnesa

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:

1) Penilaian Stressor

a) Kognitif

- (1) berpikir negatif tentang diri dan lingkungan
- (2) Timbul dorongan/stimulus untuk mati saja

- (3) Memikirkan metode yang sesuai
- (4) Memilih cara, alat, waktu dan tempat
- (5) Memahami dampak dari tindakan
- (6) Menyiapkan cara lain jika gagal

b) Afektif

- (1) Terlihat putus asa
- (2) Harga diri rendah
- (3) Terlihat tidak membutuhkan pertolongan
- (4) Selalu merasa gagal, tidak berguna/ berharga
- (5) Menunjukkan mood yang depresif
- (6) Merasa gagal dlm problem solving
- (7) Terlihat pucat , mata merah, kusut, cekung seperti kurang tidur

c) Fisiologis

- (1) Penurunan kadar serotonin (5 HT)
- (2) Peningkatan kadar kortisol dl urin
- (3) Peningkatan TSH
- (4) Peningkatan TRH
- (5) Peningkatan tofranil
- (6) Penurunan monoamin oksidase trombosit

d) Perilaku

- (1) Gelisah / agitasi
- (2) Berprilaku diluar kebiasaan/ normal
- (3) Berbicara lamban
- (4) Menarik diri
- (5) Tidak konsentrasi

- (6) Tidak bisa tidur
- (7) Tidak mau makan
- (8) Impulsif, agresif
- (9) Menunjukkan rasa bermusuhan

e) Sosial

- (1) Ketidakmampuan untuk berkomunikasi/ mengungkap perasaan
- (2) Acuh dengan lingkungan
- (3) Kemampuan sosialnya mengalami penurunan
- (4) Sulit berinteraksi
- (5) Menarik diri

2) Sumber Koping

a) Kemampuan diri

- (1) Tidak mampu dalam memecahkan problem
- (2) Kesehatan terganggu
- (3) Masalah dalam hubungan dengan orang
- (4) Pengetahuan rendah
- (5) Inefektif Identitas ego

b) Dukungan sosial

- (1) Hubungan individu, keluarga, kelompok dan komunitas
- (2) Kesepakatan dengan lingkungan sekitar
- (3) Hubungan dengan tokoh agama dan masyarakat
- (4) Hubungan dengan *significant other*

c) Material Assets

- (1) Ketidakmampuan mengelola kekayaan
- (2) Tidak memiliki dana untuk berobat ke pusat pelayanan kesehatan

- (3) Fasilitas asuransi kesehatan
- d) Positive Beliefs
 - (1) Motivasi yang kurang
 - (2) Menilai negatif pelayanan kesehatan
 - (3) Distres spiritual
 - (4) Menyangkal masalah yang dialami

3) Faktor Risiko

Tabel 1. Menilai Tingkat Risiko Bunuh Diri

No	BEHAVIOR	INTENSITAS RISIKO		
		Rendah	Sedang	Tinggi
1	Cemas	Ringan	Sedang	Tinggi atau panik
2	Deprei	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	Umunya	Beberapa	Sedikit atau tidak sama sekali
6	Strategi koping	Umumnya	Beberapa yang	Terutama

	yang digunakan	konstruktif	konstruktif	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 mematikan sedang	Beberapa upaya mematikan 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 ada rencana	Pikiran yang sering, ide sesekali tentang sebuah rencana	Pikiran yang sering atau konstan dengan rencana tertentu

Sumber dari Hatton, C.L., Valente, S.M., & Rink, A. (1984).
Bunuh diri: Assessment and intervention (2nd ed.) Norwalk, CT:
Appleton & Lange, with permission.

4) Demografi

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

e) Usia

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

f) Jenis Kelamin

Laki-laki berisiko lebih tinggi daripada perempuan.

g) Etnis

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

h) Status perkawinan

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

i) Status sosial ekonomi

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

j) Pekerjaan

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

k) Metode

Profesi sebagai Angkatan bersenjata berisiko lebih tinggi daripada individu overdosis zat.

l) Agama

Individu yang tidak berafiliasi dengan kelompok agama mana pun berisiko lebih tinggi daripada mereka yang memiliki afiliasi jenis ini.

m) Riwayat keluarga

Risiko lebih tinggi jika individu memiliki riwayat keluarga bunuh diri

5) Mekanisme Koping

a) Adaptif

Konsep diri meningkat dapat dilihat dari: Ideal diri sesuai; tidak jelas Identitas diri; *high self esteem*; kesesuaian peran; konsep diri positif.

b) 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 id dan pikiran bunuh diri tapi tidak ada ancaman dan percobaan

Skor 3: Ada ancaman untuk bunuh diri

Skor 4: Ada percobaan untuk bunuh diri

b. Diagnosis Keperawatan

2) Pohon masalah



Gambar 3. Pohon masalah pasien risiko bunuh diri

3) Daftar diagnosis keperawatan

- a) Risiko bunuh diri
- b) Bunuh diri

c. Intervensi

Pada Tabel 1, 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:

- 1) Tidak mengalami cedera fisik pada diri sendiri

- 2) Menetapkan tujuan realistis untuk diri sendiri
- 3) 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. Intervensi Keperawatan Pasien Risiko Bunuh Diri

<p>Diagnosis Keperawatan: Risiko bunuh diri Behubungan dengan: Kurangnya kasih sayang/persetujuan; kegagalan berulang; penguatan negatif berulang Dibuktikan dengan: Selalu menilai negatif diri</p>		
Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 4 x 24 jam masalah risiko bunuh diri teratasi dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Penurunan tanda dan gejala risiko bunuh diri 2) Peningkatan kemampuan meningkatkan risiko bunuh diri 	<p>Intervensi Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengamankan lingkungan dari risiko bunuh diri (lingkungan aman). 2) Membangun harapan dimasa depan. <ol 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 	<p>Rasional intervensi pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keselamatan pasien merupakan prioritas keperawatan 2) Harapan masa depan diperlukan untuk memastikan bahwa pasien tidak melukai diri sendiri dengan cara apa pun. Waspada terhadap upaya bunuh diri dan melarikan diri memfasilitasi kemampuan untuk mencegah atau

	<p>menggapai harapan di masa depan</p> <p>d) Latih untuk menggapai harapan di masa depan</p> <p>3) Latih cara mengendalikan keinginan untuk mengakhiri hidup.</p> <p>a) Diskusikan dan buat daftar kegiatan positif dari orang yang berarti didalam hidup dan lakukan pikiran positif</p> <p>b) Diskusikan dan membuat daftar kegiatan positif dari lingkungan dan lakukan afirmasi positif</p> <p>c) Latih semua kegiatan positif yang dimiliki: baik dari diri sendiri, maupun orang yang berarti</p> <p>d) Latih mengevaluasi perasaan dan</p>	<p>menghentikan perilaku berbahaya.</p> <p>3) Kemampuan yang dimiliki pasien akan mengurangi pikiran untuk melakukan bunuh diri.</p>
--	---	--

	<p>pikiran atas keberhasilan latihan</p> <p>4) Berikan dukungan untuk meningkatkan harapan dan keinginan 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 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:</p> <p>Keluarga dapat membantu pasien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki.</p>	<p>Intervensi Keluarga</p> <p>1) Kaji masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</p> <p>2) Jelaskan proses terjadinya risiko bunuh diri yang dialami pasien.</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 dihadapi pasien.</p>

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

<p>1) Keluarga memfasilitasi aktivitas pasien yang sesuai kemampuan.</p> <p>2) Keluarga memotivasi pasien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan latihan yang dilakukan.</p> <p>3) Keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan pasien</p>	<p>3) Diskusikan cara merawat risiko bunuh diri dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>4) Latih keluarga merawat risiko bunuh diri</p> <p>a) Sediakan lingkungan yang aman dari risiko bunuh 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</p>	<p>3) Untuk memotivasi keluarga agar berpartisipasi untuk merawat pasien.</p> <p>4) Untuk meningkatkan keterampilan keluarga dalam melakukan intervensi pada pasien.</p>
---	---	--

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

	<p>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 mampu mengendalikan risiko bunuh diri lakukan <i>follow up</i> kepelayanan kesehatan seacara teratur.</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>
<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan kelompok 4 x 24 jam kelompok mampu mengendalikan bunuh diri</p>	<p>Intervensi Kelompok: 1) Terapi aktivitas kelompok (TAK) dan 2) Kelompok self-help group).</p>	<p>Rasional intervensi kelompok 1) Agar anggota kelompok saling memberikan dukungan antara kelompok dalam mengatasi masalah</p>

Modul Ajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa II
Edisi Revisi ke Empat T.A 2022/2023

<p>dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak mengalami cedera fisik pada diri sendiri 2) Menetapkan tujuan realistis untuk diri sendiri 3) Optimisme terhadap harapan dan masa depan 		<p>yang sama</p>
<p>Setelah dilakukan intervensi kolaborasi 4 x 24 jam risiko bunuh diri tidak terjadi</p>	<p>Tindakan Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan program terapi dokter (obat): edukasi 8 benar sesuai konsep safety 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 2) Mencegah terjadinya efek samping obat

d. Implementasi

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

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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 $p\ value = 0,699$.
- 4) Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Andrea Wiglesworth 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.

- 5) 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.

e. Evaluasi Keperawatan

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:

- 1) Agar pasien mengembangkan dan mempertahankan konsep diri yang lebih positif.
 - 2) Pelajari cara yang lebih efektif untuk mengungkapkan perasaan kepada orang lain.
 - 3) Mencapai hubungan interpersonal yang sukses. Merasa diterima oleh orang lain dan mencapai rasa memiliki
- 5) Pendokumentasian

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

TEST

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.

Pertanyaan:

Apakah diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?

Pilihan Jawaban:

- 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.

Pertanyaan:

Apakah intervensi keperawatan pada kasus tersebut?

Pilihan Jawaban:

- 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.

Pertanyaan:

Apakah faktor presipitasi pada kasus tersebut?

- a. hidup sendiri
- b. mengalami kegagalan
- c. Genetik
- d. Jenis kelamin

e. Keputusasaan

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.

Pertanyaan:

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.

Pertanyaan:

Apakah jenis bunuh diri pada kasus tersebut?

- a. Egoistik
- b. Altruistik
- c. Ide bunuh diri

- d. Anomik
- e. Isyarat bunuh diri

REFERENSI

1. 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.
2. American Association of Suicidology. (2013). *Elderly suicide fact sheet*. Retrieved from <http://www.suicidology.org>
3. 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
4. Bilori, A. (2018). *Bunuh diri dalam perspektif sosiologi*. *SIMULACRA, Volume 1, Nomor 2, November*. ISSN 2622-6952.
5. *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

TOPIK 7

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PROSES PIKIR : WAHAM

A. Pengertian

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)

B. Etiologi

1. Faktor Predisposisi

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

a. 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).

b. 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).

c. Faktor Sosiokultural

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

2. 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:

- a) Faktor Biologis : Riwayat pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, riwayat mengalami penyakit kronis, riwayat mengalami trauma kepala/jatuh, riwayat menggunakan Napza, dan herediter
- b) Faktor Psikologis: pengalaman yang tidak menyenangkan, konsep diri yang terganggu, intelektualitas, kepribadian, moralitas, mekanisme koping dan keterampilan komunikasi secara verbal. Stress biologis yang berada diambang batas toleransi terhadap stress yang berinteraksi dengan stress lingkungan menentukan terjadinya gangguan perilaku (Pakpahan, 2021). Proses pengolahan informasi yang berlebihan juga menjadi faktor terjadinya waham (Tumanggor, 2021)
- c) 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.

C. 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 (*conforting*)

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.

D. Rentang Respon Waham



Gambar 1.1 Rentang Respon Waham

E. Klasifikasi Waham

1. Waham curiga

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

2. 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

3. Waham kebesaran

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

4. 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.

5. 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.

6. Waham somatik

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

7. Waham agama

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

8. 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)

F. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Beberapa hal yang harus dikaji pada pasien waham, yaitu:

a. Status mental

Pada pemeriksaan fisik biasanya status mental menunjukkan hasil yang sangat normal, kecuali jika ada sistem waham abnormal yang jelas. Suasana hati (mood) pasien konsisten dengan isi wahamnya, pada pasien waham curiga muncul rasa curiga, pada pasien waham kebesaran muncul peningkatan identitas diri dan mempunyai hubungan khusus dengan orang terkenal, biasanya ada kualitas depresi ringan, pada pasien waham tidak memiliki halusinasi yang menonjol/menetap kecuali pada pasien dengan waham raba dan cium namun pada beberapa kasus muncul halusinasi pendengaran.

b. Sensorium dan kognisi

Pada waham tidak ditemukan kelainan dalam orientasi, kecuali yang memiliki waham spesifik tentang waktu, tempat dan situasi. Daya ingat dan proses kognitif pasien utuh, hampir semua daya tilik (insight) jelek. Pasien dapat dipercaya informasinya, kecuali jika membahayakan dirinya, keputusan yang terbaik bagi pemeriksa dalam menentukan kondisi pasien adalah dengan menilai masa lalu, masa sekarang dan yang direncanakan

2. Tanda dan Gejala Waham

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

Tanda dan gejala Mayor

Data Subjektif : mengungkapkan isi dari waham yang dialami

Data Objektiv :

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

Tanda dan gejala Minor

Data Subjektif :

- a. Merasa sulit berkonsentrasi
- b. Merasa kuatir

Data Objektiv :

- 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. Pohon Masalah



4. Diagnosa Keperawatan

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

5. Intervensi Keperawatan

Pemberian intervensi keperawatan pada pasien dengan waham berfokus untuk orientasi realitas, menstabilkan proses pikir dan keamanan pasien (Towsend, 2015). Pasien waham perlu untuk dikembalikan pada realita bahwa hal-hal yang dikemukakannya tidak berdasarkan fakta dan tidak bisa diterima oleh orang lain dengan cara tidak dengan mendukung atau membantahnya. 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. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat waham
- b. Latihan orientasi realita : panggil nama, orientasi waktu, orang/tempat/lingkungan
- c. Minum obat dengan prinsip 6 benar minum obat, manfaat/keuntungan minum obat, dan kerugian minum obat.
- d. Menidentifikasi kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi akibat wahamnya, memenuhi kebutuhan yang tidak terpenuhi
- e. Melakukan kegiatan/aspek positif yang dipilih

Tindakan Keperawatan:

Tindakan Keperawatan Individu

- a. Bina hubungan saling percaya dan bantu orientasi realitas
Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien, berjabat tangan, menjelaskan tujuan dari interaksi, membuat kontrak topik, waktu, tempat setiap kali bertemu dengan pasien. Tidak mendukung atau membantah waham pasien, meyakinkan pasien berada dalam keadaan yang aman, mengobservasi pengaruh waham terhadap aktivitas sehari-hari dan jika pasien terus menerus membicarakan wahamnya dengarkan tanpa memberikan dukungan atau menyangkal sampai pasien berhenti membicarakannya, memberikan pujian bila penampilan dan orientasi pasien 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
 - Menjelaskan tentang obat yang diminum (6 benar : jenis/nama obat, dosis, frekuensi, cara, orang dan kontinuitas minum obat)

- Mendiskusikan manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat
 - Melatih pasien cara minum obat secara teratur
 - Melatih pasien memasukkannya kegiatan minum obat secara teratur kedalam jadwal kegiatan harian
- c. Latih cara pemenuhan kebutuhan dasar
- Menjelaskan cara memenuhi kebutuhan pasien yang tidak terpenuhi akibat wahamnya dan kemampuan memenuhi kebutuhannya
 - Melatih cara memenuhi kebutuhan pasien yang tidak terpenuhi akibat wahamnya dan kemampuan memenuhi kebutuhannya
 - Melatih pasien memasukkan kegiatan memenuhi kebutuhan kedalam jadwal kegiatan harian
- d. Latih kemampuan positif yang dimiliki
- Menjelaskan kemampuan positif yang dimiliki pasien
 - Mendiskusikan kemampuan positif yang dimiliki pasien
 - Melatih kemampuan positif yang dipilih
 - Melatih klien memasukkan kemampuan positif yang dimiliki dalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan keperawatan Keluarga

Intervensi yang diberikan pada keluarga dianggap sangat penting dalam mendukung proses keberhasilan perawatan pasien di rumah, sehingga melibatkan keluarga dalam proses perawatan merupakan hal yang sangat penting dilakukan oleh perawat (Victoryna et al., 2020)

Tujuan

Setelah diberikan asuhan keperawatan, keluarga mampu:

- a. Mengenal masalah waham

- b. Mengambil keputusan untuk merawat pasien waham
- c. Merawat klien waham
- d. Menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk klien waham
- e. Memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk *follow up* kesehatan klien waham

Tindakan :

- a. Diskusikan dengan keluarga tentang waham yang dialami pasien
 - Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien waham
 - Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya waham
 - Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada pasien waham
 - Mengajukan keluarga memutuskan cara merawat klien waham
- b. Diskusikan dengan keluarga tentang cara merawat pasien waham :
 - Menjelaskan cara merawat pasien waham
 - Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada pasien untuk latihan orientasi realita
 - Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada pasien untuk minum obat dengan prinsip 6 benar
 - Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada pasien untuk memenuhi kebutuhan yang tidak terpenuhi karena waham dan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan
 - Memotivasi, membimbing, dan memberi pujian kepada pasien untuk latihan kemampuan positif yang dimiliki

- Mendiskusikan anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan pasien
 - Menjelaskan *setting* lingkungan rumah yang mendukung perawatan pasien
 - Mengajukan keluarga melibatkan anggota keluarga lainnya dalam merawat pasien
- c. Diskusikan dengan keluarga tentang cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk *follow up*, cara rujukan kesehatan pasien dan mencegah kekambuhan
- Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia
 - Menjelaskan kemungkinan klien relaps dan pencegahan relaps
 - Mengidentifikasi tanda-tanda relaps dan kemungkinan kambuh
 - Menjelaskan dan mengajukan *follow up* dan merujuk ke pelayanan kesehatan

6. Evaluasi

Pasien

- a. Pasien mampu mengungkapkan keyakinannya sesuai dengan kenyataan
- b. Pasien mampu berkomunikasi sesuai kenyataan
- c. Pasien mampu patuh dan menggunakan obat dengan benar

Keluarga

- a. Keluarga mampu membantu pasien untuk mengungkapkan keyakinan sesuai kenyataan
- b. Keluarga mampu membantu pasien melakukan kegiatan-kegiatan sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan pasien

- c. Keluarga mampu membantu pasien menggunakan obat dengan benar dan patuh

TEST

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 Olah Raga 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 Mohammad 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

REFERENSI

1. 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.
2. Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice (Sixth Edit)*. Philadelphia: F.A Davis Company

TOPIK 8

TERAPI MODALITAS DALAM KEPERAWATAN JIWA

1. Definisi terapi modalitas

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 respon 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 :

- a. TAK stimulasi sensori suara, seperti mendengarkan musik
- b. TAK stimulasi sensori : menggambar
- c. 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 mafaat 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 koran / majalah maupun artikel
- c. Sesi 3 : Menggambar
- d. Sesi IV :
 - 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 :

- b. Sesi 1 : mengenal halusinasi
- c. Sesi 2 : mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- d. Sesi 3 : mengontrol halusinasi dengan cara menyusun jadwal kegiatan
- e. Sesi 4 : mengontrol halusinasi dengan cara minum obat yang benar
- f. 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 terapi 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

- a. Pemimpin (Leader)

Tugas :

- 1) Menyusun proposal kegiatan terapi (rencana aktivitas kelompok)
- 2) Mengarahkan kelompok dalam mencapai tujuan

- 3) Memfasilitasi masing-masing anggota untuk mampu mengungkapkan perasaan, mengajukan pendapat, dan memberikan umpan balik
 - 4) Sebagai “ *role model*”
 - 5) Memotivasi masing-masing anggota untuk mengemukakan pendapat dan memberikan umpan balik
- b. Pembantu pemimpin (Co-Leader)
- Tugasnya adalah membantu pemimpin dalam mengorganisasikan kelompok
- c. Fasilitator
- Tugas :
- 1) Membantu leader dalam memfasilitasi setiap anggota untuk berperan aktif dan memotivasi anggota
 - 2) Memfokuskan kegiatan
 - 3) Membantu mengkoordinasi anggota kelompok
- d. Observer
- Tugas :
- 1) Mengobservasi setiap respon pasien
 - 2) Mencatat setiap proses yang terjadi dan perubahan perilaku pasien yang muncul selama terapi terlaksana
 - 3) Memberikan umpan balik pada kelompok

Hambatan yang mungkin timbul dalam TAK:

1. Terdapatnya subkelompok
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.

g. 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 kebutuhannya.

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 berbagai 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.

h. 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 memengaruhi kehidupan pasien dan keluarga sehari-hari.

Peran perawat pada terapi lingkungan

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 negative/ maladaptive 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, suportif, 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 kehidupan emosional sehari-hari
2. Manajerial
 - a. Beri tahu 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

i. 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.

j. 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. Focus 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 tehnik 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 ketidak mampuan 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 negative
2. Menggunakan tanggapan rasional dalam mengatasi pikiran otomatis negative yang muncul
3. Mengungkapkan manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran pikiran otomatis yang negative
4. Mendsapatkan dukungan keluarga dalam membantu pasien meningkatkan kemampuan merubah pikiran negative

Tindakan Keperawatan

Pelaksanaan terapi kognitif (terapi pikiran) terdiri dari 5 sesi, dan masing-masing sesi dilaksanakan 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 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. lien 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 kegiatan sesi 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 kegiatan sesi empat

- 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 kegiatan sesi 5

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

k. Terapi keluarga

Terapi Keluarga merupakan salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang teraupetik. Program psikoedukasi merupakan pemdekatan 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 keluarga
7. Meningkatkan kesehatan jiwa keluarga sesuai dengan tingkat perkembangan anggota keluarga
8. Untuk mencegah kekambuhan pasien gangguan jiwa, dan
9. Untuk mempermudah kembalinya pasien ke lingkungan keluarga dan masyarakat dengan memberikan penghargaan terhadap fungsi social 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 dihadapi keluarga dalam merawat pasien
2. Sesi 2: Latihan perawatan pasien oleh keluarga
3. Sesi 3: Latihan manajemen stress oleh keluarga
4. Sesi 4: Latihan manajemen beban keluarga

5. Sesi 5: Pemberdayaan Komunitas Membantu Keluarga

1. 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 mengebari 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 tritmen modalitas

Perawat memiliki peran penting dalam merancang program tritmen yang komprehensif. Pilihan tritmen yang paling tepat pada setiap pasien bersifat individual dan merupakan gambaran dari rencana tritmen. 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 tritmen obat-obatan dengan berbagai tritmen 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 mengkonsumsi obat-obat psikotropika, kolaborasi pasien dalam merencanakan tritmen, 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 tritmen baru yang bersedia bagi mereka

m. 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 klini 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. Kaktatonia serius dapat melukai diri sendi atau mengalami dehidrasi parah karena tidak makan atau minum.

2. Mekanisme Terapi ECT

ECT digunakan jika perawatan lain seperi 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

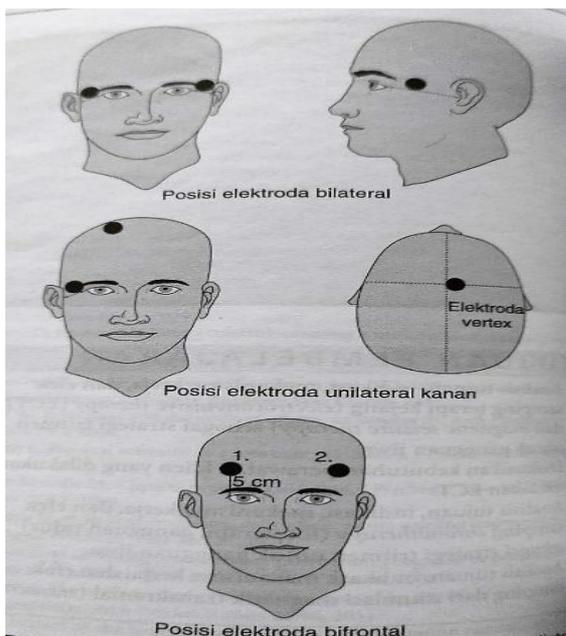
untuk individu dengan dengan penyakit mental. Pasien dengan perawatan ECT yang sedang berlangsung memerlukan jenis perawatan pemeliharaan seperti psikoterapi dan pengobatan pendamping. Hal ini bertujuan untuk mencegah kembalinya penyakit.

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 di mana 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 keparakan 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 Posisi Elektroda dalam terapi ECT (Struart, 2016)

4. Efek Samping

- a. Kehilangan memori jangka pendek dan kesulitan belajar

Beberapa orang mengalami kesulitan mengingat peristiwa yang terjadi pada minggu-minggu sebelum pemngobatan. 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 suportif dan Tindakan keperawatan.
- c. Terjadinya perubahan system 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 peranan 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 tritmen. 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

- a) Perangkat dan perlengkapan terapi ECT, termasuk pasta elektroda dan gel, kain kassa, alkohol swab, cairan NaCl, elektroda electroencephalogram (EEG) dan kertas grafik
- b) Peralatan monitor, termasuk monitor EKD dan EEG
- c) Manset tekanan darah (2 buah), stimulator saraf perifer, dan oksimeter nadi
- d) Stetoskop
- e) Palu refleks
- f) Peralatan cairan intravena dan venipuncture
- g) Bantakan gigitan beserta tempatnya
- h) Brangkar
- i) Suction

- j) Peralatan ventilasi, termasuk tabung, masker, ambu bag, selang O₂ per-oral, dan peralatan intubasi yang dapat memberikan oksigen tekanan positif
- k) Peralatan dan obat-obatan yang direkomendasikan oleh staf anestesi
- l) Obat-obatan jenis lainnya untuk manajemen medis selama tindakan ECT, seperti anestesi, beta blockers, relaksan otot, antikolinergik, benzodiazepine

Persiapan pasien sebelum pelaksanaan ECT

- a) 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.
- b) Bantu pasien gunakan pakaian yang nyaman. Seperti pakaian yang longgar
- c) Gunakan pakain yang dapat dibuka dibagian depan guna memfasilitasi penempatan alatbmonitor
- d) Rambut pasien harus bersih dan kering, sehingga mengoptimalkan kontak elektroda
- e) Pasien berkemih sebum tindakan guna mencegah inkontinesia selama pelaksanaan prosedur

b. Selama prosedur tindakan

Tindakan Keperawatan

- a) Damping pasien selama pelaksanaan terapi, baik perawat dan dengan siapapun yang membuat pasien merasa nyaman
- b) Perkenalkan pasien kepada anggota tim treatment dan jelaskan secara singkat peran anggota tim tersebut.
- c) Bantu pasien tidur di brankar dan minta untuk melepaskan sepatu dan kaus kaki, atur posisi yang nyaman
- d) Tempatkan manset tekanan darah di pergelangan kaki observasi ekstermitas pasien selama prosedur berlangsung.
- e) Pantau tekanan darah selama prosedur berlangsung
- f) Bersihkan kepala pasien dengan sabun khusus di lokasi kontak elektroda
- g) Pasang alat bantalan bibir (*bite-block*) kedalam mulut pasien sebelum tindakan diberikan
- h) Pantau tanda-tanda respon motorik pada pasien yang mengalami kejang
- i) Pantau karakteristik perubahan EEG
- j) Pantau TTV sebelum dan sesudah pembedahan ECT

c. Setelah prosedur

Ruangan pemulihan harus berdekatan dengan ruang treatment untuk memudahkan akses staf anastesi keluar masuk dalam keadaan darurat. Ruang 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 periodic 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 ke ruang perawatan disarankan menggunakan kursi roda
- f) Jelaskan kondisi pasien kepada perawatan di ruang perawatan termasuk obat-obatan yang telah diberikan kepada pasien selama prosedur berlangsung

7. Kolaborasi interdisiplin

Perawat merupakan bagian tim tritmen interdisiplin yang tidak hanya mengelola perawatan terapi tetapi juga bekerja sama mengevaluasi efektifitas ECT dan merekomendasikan perubahan dalam rencana tritmen. 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 tritmen

TEST

1. Seorang perawat yang bertugas di rumah sakit jiwa melakukan terapi aktivitas kelompok pada saat terapi perawat mengatakan “ bahwa selama terapi pasien tidak boleh meninggalkan tempat, jika ingin keluar harus meminta 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 terapeutik
- E. Mempersiapkan settingan tempat

2. Seorang perawat melakukan terapi aktivitas kelompok pada pasien di rumah 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 stimulasi 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 di lakukan 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 di rawat di rumah sakit jiwa dengan skizofrenia sejak 5 bulan yang lalu.. selama dirawat pasien sudah mendapatkan bebrapa terapi seperti psikoterapi dan farmakoterapi, tetapi

belum menunjukkan perubahan yang berarti. Pada saat pengkajian pasien selalu mengkapkan 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

1. Terapi kognitif
2. Terapi kelompok
3. Terapi keluarga
4. Terapi kejang listrik
5. Terapi farmako

REFERENSI

1. Anonim. (2008). *Cognitive Therapy for Depression*. <http://www.psychologyinfo.com/depression/cognitive.htm>
2. Copel, L C (2007). Kesehatan Jiwa dan Psikiatri Pedoman Klinis Perawat (Akemat, Penerjemah) Ed. 2, Jakarta : EGC
3. Marks, J W, (2021) . Medical Definition of Cognitive therapy. https://www.medicinenet.com/cognitive_therapy/definition.htm
4. Nurhalimah. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa. Jakarta : PUSDIK SBM Kesehatan Kemenkes RI
5. Stuart, G W. (2016) Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Buku 2(Budi Anna Kleliat & Jesica Pasaribu, Penerjemah) . Singapore : Elsevier Singapore
6. Weiner R, Falcone G (2011) Electroconvulsive therapy : how effective is it? I am Psychiatric Nurses Assoc 17: 217,
7. Workshop Keperawatan Jiwa ke 8,FIK – UI, (2014). *Modul Terapi Keperawatan Jiwa*. Jakarta: FIK – UI (Tidak dipublikasikan).

8. Canadian Association of Occupational Therapist. (). Occupational Therapy and Mental Health. <https://www.caot.ca/document/4059/>
9. Yusuf, AH. Fitryasari, R. Nihayati, H E (2015) Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika

TOPIK 9

KONSEP PSIKOFARMAKA DALAM KEPERAWATAN JIWA & PERAN PERAWAT DALAM PSIKOFARMAKA

A. DEFINISI PSIKOFARMAKA

Obat psikofarmaka disebut juga sebagai obat psikotropika, atau obat psikoaktif atau obat psikoterapeutik. Penggolongan obat ini didasarkan atas adanya kesamaan efek obat terhadap penurunan atau berkurangnya gejala. Kesamaan dalam susunan kimiawi obat dan kesamaan dalam mekanisme kerja obat. Obat psikofarmaka adalah obat yang bekerja pada susunan saraf pusat (SSP) dan mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku (*mind and behavior altering drugs*), digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik (*psychotherapeutic medication*).

Obat psikofarmaka, sebagai salah satu zat psikoaktif bila digunakan secara salah (*misuse*) atau disalahgunakan (*abuse*) beresiko menyebabkan gangguan jiwa.

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) penyalahgunaan obat psikoaktif digolongkan kedalam gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif. Gangguan mental dan perilaku tersebut dapat bermanifestasi dalam bentuk :

1. Intoksikasi akut (tanpa atau dengan komplikasi)

Kondisi ini berkaitan dengan dosis zat yang digunakan (efek yang berbeda pada dosis yang berbeda). Gejala intoksikasi tidak selalu mencerminkan aksi primer dari zat dan dapat terjadi efek paradoksal

2. Penggunaan yang merugikan (*harmful use*)

Kondisi ini merupakan pola penggunaan zat psikoaktif yang merusak kesehatan (dapat berupa fisik dan atau mental). Pada kondisi ini belum menunjukkan adanya sindrom ketergantungan tetapi sudah berdampak timbulnya kelemahan psikososial sebagai dampaknya.

3. Sindrom ketergantungan (*dependence syndrome*)

Kondisi ini ditandai dengan munculnya keinginan yang sangat kuat (dorongan kompulsif) untuk menggunakan zat psikoaktif secara terus menerus dengan tujuan memperoleh efek psiko aktif dari zat tersebut. Pada kondisi ini individu tidak mampu menguasai keinginan untuk menggunakan zat, baik mengenai mulainya, menghentikannya, ataupun membatasi jumlahnya (*loss of control*). Pengurangan dan penghentian penggunaan zat ini, akan menimbulkan keadaan putus zat, yang akan mengakibatkan perubahan Kondisi ini ditandai dengan munculnya keinginan yang sangat kuat (dorongan kompulsif) untuk menggunakan zat psikoaktif secara terus menerus dengan tujuan memperoleh efek psiko aktif dari zat tersebut. Pada kondisi ini individu tidak mampu menguasai keinginan untuk menggunakan zat, baik mengenai mulainya, menghentikannya, ataupun membatasi jumlahnya (*loss of control*). Pengurangan dan penghentian penggunaan zat ini, akan menimbulkan keadaan putus zat, yang akan mengakibatkan perubahan

4. Keadaan putus obat (*withdrawal state*)

Adalah gejala-gejala fisik dan mental yang timbul pada saat penghentian penggunaan zat yang terus menerus dalam jangka waktu panjang atau dosis tinggi. Gejala putus obat, sangat tergantung pada

jenis dan dosis zat yang digunakan. Gejala putus zat, akan mereda bila pengguna meneruskan penggunaan zat. Ini merupakan salah satu indikator dari sindrom ketergantungan.

5. Gangguan Psikotik

Merupakan sekumpulan gejala-gejala psikotik yang terjadi selama atau segera setelah penggunaan zat psikoaktif. Gejala psikotik ditandai dengan adanya halusinasi, kekeliruan identifikasi, waham dan atau *ideas of reference* (gagasan yang menyangkut diri sendiri sebagai acuan) yang seringkali bersifat kecurigaan atau kejaran. Selain itu timbul gangguan psikomotor (*excitement* atau *stupor*) dan afek abnormal yang terentang antara ketakutan yang mencekam sampai pada kegembiraan yang berlebihan. Variasi gejala sangat dipengaruhi oleh jenis zat yang digunakan dan kepribadian pengguna zat

6. Sindrom amnestic

Gangguan daya ingat jangka pendek (*recent memory*) yang menonjol. Pada sindrom ini juga kadang-kadang muncul gangguan daya ingat jangka panjang (*remote memory*), sedangkan daya ingat segera (*immediate recall*) masih baik. Fungsi kognitif lainnya biasanya relative baik. Adanya gangguan sensasi waktu (menyusun kembali urutan kronologis, meninjau kejadian berulang kali menjadi satu peristiwa). Pada kondisi ini, kesadaran individu kompos mentis, namun terjadi perubahan kepribadian yang sering disertai apatis dan hilangnya inisiatif, serta kecenderungan mengabaikan keadaan

B. Jenis Obat Psikofarmaka

1. Obat ant-psikosis

Obat anti-psikosis merupakan sinonim dari *neuroleptics, major transqualizer, ataractics, antipsychotics, antipsychotic drugs, neuroleptics*. Obat-obat anti-psikosis merupakan *antagonis dopamine* yang bekerja menghambat reseptor dopamine dalam berbagai jaras otak. Sediaan obat anti-psikosis yang ada di Indonesia adalah chlorpromazine, haloperidol, perphenazine, fluphenazine, fluphenazine decanoate, levomepromazine, trifluoperazine, thioridazine, sulpiride, pinozide, risperidone.

Indikasi penggunaan obat ini adalah syndrome psikosis yang ditandai dengan adanya hendaya berat dalam kemampuan daya menilai realitas, fungsi mental, dan fungsi kehidupan sehari-hari.

- a. Sindrom psikosis dapat terjadi pada sindrom psikosis fungsional seperti skozofrenia, psikosis paranoid, psikosis afektif dan psikosis reaktif singkat.
- b. Sindrom psikosis organic seperti, sindrom delirium, dementia, intoksikasi alkohol, dan lain-lain

2. Obat anti-depresan

Obat anti-depresi sinonim dari thymoleptic, psychic energizers, anti depressants, anti depresan. Sediaan obat anti-depresi di Indonesia adalah amitriptyline, amoxapine, amineptine, clomipramine, imipramine, moclobemide, maprotiline, mianserin, opipramol, sertraline, trazodone, paroxetine, fluvoxamine, fluoxetine. Jenis obat anti-depresi adalah anti-depresi trisiklik, anti-depresi tetrasiklik, obat

anti-depresi atipikal, selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), dan inhibitor monoamine okside (MAOI).

Indikasi klinik primer penggunaan obat-obat anti-depresi adalah sindrom depresi yang dapat terjadi pada

- a. Sindrom depresi panic, gangguan afektif bipolar dan unipolar. Gangguan distimik dan gangguan siklotimik.
- b. Sindrom depresi organik seperti hypothyroid induced depression, brain injury depression dan reserpine.
- c. Sindrom depresi situasional seperti gangguan penyesuaian dengan depresi, grief reaction, dll; dan sindrom depresi penyerta seperti gangguan jiwa dengan depresi (gangguan obsesi kompulsi, gangguan panic, dimensia), gangguan fisik dengan depresi (stroke, MCI, kanker, dan lain-lain).

3. Obat anti-mania

Obat anti-mania merupakan sinonim dari *mood modulators*, *mood stabilizers*, *antimanics*. Sediaan obat anti-mania di Indonesia adalah litium carbonate, haloperidol, carbamazepine. Indikasi penggunaan obat ini adalah sindrom mania ditandai adanya keadaan afek yang meningkat hampir setiap hari selama paling sedikit satu minggu. Keadaan tersebut disertai paling sedikit 4 gejala berikut: Peningkatan aktivitas, lebih banyak berbicara dari lazimnya, lompat gagasan, rasa harga diri yang melambung, berkurangnya kebutuhan tidur, mudah teralih perhatian, keterlibatan berlebih dalam aktivitas. Hendaya dalam fungsi kehidupan sehari-hari, bermanifestasi dalam gejala seperti penurunan kemampuan bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin

4. Obat anti-ansietas

Obat anti-ansietas merupakan sinonim psycholeptics, minor transqualizers, anxiolytics, antianxiety drugs, ansiolitika. Obat anti-ansietas terdiri atas golongan benzodiazepine dan nonbenzodiazepin. Sediaan obat anti-ansietas jenis benzodiazepine adalah diazepam, chlordiazepoxide, lorazepam, clobazam, bromazepam, oxasolam, clorazepate, alprazolam, prazepam. Sedangkan jenis non benzodiazepine adalah sulpiride dan buspirone. Indikasi penggunaan obat ini adalah sindrom ansietas seperti :

- a. Sindrom ansietas psikik seperti gangguan ansietas umum, gangguan panik, gangguan fobik, gangguan obsesif kompulsif, gangguan stress paska trauma
- b. Sindrom ansietas organic seperti hyperthyroid, pheochromosytosis, dll; sindrom ansietas situasional seperti gangguan penyesuaian dengan ansietas dan gangguan cemas perpisahan
- c. Sindrom ansietas penyerta seperti gangguan jiwa dengan ansietas (skizofrenia, gangguan paranoid, dll),
- d. Penyakit fisik dengan ansietas seperti pada klien stroke, Myocard Cardio Infac (MCI) dan kanker dll

5. Obat anti-insomnia

Obat anti-insomnia merupakan sinonim dari hypnotics, somnifacient, hipnotika. Sediaan obat anti-insomnia di Indonesia adalah nitrazepam, triazolam, estazolam, chloral hydrate. Indikasi penggunaan obat ini adalah sindrom insomnia yang dapat terjadi pada

- a. Sindrom insomnia psikik seperti gangguan afektif bipolar dan unipolar (episode mania atau depresi, gangguan ansietas (panic, fobia); sindrom insomnia organic seperti hyperthyroidism, putus obat penekan SSP (benzodiazepine, phenobarbital, narkotika), zat perangsang SSP (caffeine, ephedrine, amphetamine);
- b. Sindrom insomnia situasional seperti gangguan penyesuaian dengan ansietas/depresi, *sleep, wake schedule (jet lag, workshift)*, stres psikososial;
- c. Sindrom insomnia penyerta seperti gangguan fisik dengan insomnia (*pain producing illness, paroxysmal nocturnal dyspnea*),
- d. Gangguan jiwa dengan insomnia (skizofrenia, gangguan paranoid)

6. Obat anti-obsesif kompulsif

Obat anti-obsesif kompulsif merupakan persamaan dari *drugs used in obsessivecompulsive disorders*. Sediaan obat anti-obsesif kompulsif di Indonesia adalah clomipramine, fluvoxamine, sertraline, fluoxetine, paroxetine. Indikasi penggunaan obat ini adalah sindrom obsesif kompulsi. Diagnostik obsesif kompulsif dapat diketahui bila individu sedikitnya dua minggu dan hampir setiap hari mengalami gejala obsesif kompulsif, dan gejala tersebut merupakan sumber penderitaan (*distress*) atau mengganggu aktivitas sehari-hari (*disability*).

7. Obat anti-panik

Obat anti-panik merupakan persamaan dari *drugs used in panic disorders*. Sediaan obat anti-panik di Indonesia adalah imipramine,

clomipramine, alprazolam, moclobemide, sertraline, fluoxetine, paroxetine, fluvoxamine. Penggolongan obat anti-panik adalah obat anti-panik trisiklik (imipramine, clomipramine), obat anti-panik benzodiazepine (alprazolam) dan obat anti-panik RIMA/*reversible inhibitors of monoamine oxydase-A (moclobemide)* serta obat anti-panik SSRI (sertraline, fluoxetine, paroxetine, fluvoxamine). Indikasi penggunaan obat ini adalah sindrom panik. Diagnostik sindrom panik dapat ditegakkan paling sedikit satu bulan individu mengalami beberapa kali serangan ansietas berat, gejala tersebut dapat terjadi dengan atau tanpa agoraphobia. Panik merupakan gejala yang merupakan sumber penderitaan (*distress*) atau mengganggu aktivitas sehari-hari (*phobic avoidance*)

C. Efek Samping Obat Psikofarmaka

1. Anti psikosis

Efek samping penggunaan obat-obat antipsikotik sangat luas dan bervariasi untuk memberikan asuhan perawatan yang optimal, sehingga efek samping penggunaan obat ini tidak membahayakan klien.

- a. Efek samping yang harus diperhatikan adalah sindrom ekstrapiramidal (EPS), baik jangka akut maupun kronik. Efek samping yang bersifat umum meliputi neurologis, behavioral, autoimun, autonomik. Reaksi neurologis yang terjadi adalah timbulnya gejala-gejala ekstrapiramidal (EPS) seperti reaksi distonia akut yang terjadi secara mendadak dan sangat menakutkan bagi klien seperti spasme kelompok otot mayor yang meliputi leher, punggung dan mata. Katatonian, yang akan mengakibatkan gangguan pada sistem pernafasan. Reaksi neurologis yang juga

sering terjadi adalah akatisia ditandai dengan rasa tidak tenteram, dan sakit pada tungkai, gejala ini akan hilang jika klien melakukan gerakan.

- b. Sindrom parkinson's merupakan kelainan neurologis yang sering muncul sebagai efek samping penggunaan obat golongan ini. Gejala sindrom Parkinson meliputi akinesia, rigiditas/kekakuan dan tremor. Akinesia adalah suatu keadaan dimana tidak ada atau perlambatan gerakan, sikap tubuh klien kaku seperti layaknya sebatang kayu yang padat, cara berjalan inklin dengan ciri berjalan dengan posisi tubuh kaku kedepan, langkah kecil dan cepat dan wajah seperti topeng. Pada pemeriksaan fisik terjadi rigiditas/kekakuan pada otot, tremor halus bilateral di seluruh tubuh serta Gerakan "memutar-pil" dari jari-jari tangan.
- c. Reaksi behavioral akibat efek samping dari penggunaan obat ini ditandai dengan banyak tidur, grogines dan keletihan.
- d. Reaksi autoimun ditandai dengan penglihatan kabur, konstipasi, takikardi, retensi urine, penurunan sekresi lambung, penurunan berkeringat dan salivasi (mulut kering), sengatan panas, kongesti nasal, penurunan sekresi pulmonal, "psikosis atropine" pada klien geriatrik, hiperaktivitas, agitasi, kekacauan mental, kulit kemerahan, dilatasi pupil yang bereaksi lambat, hipomotilitas usus, diatrik, dan takikardia.
- e. Reaksi autonomik (jantung) biasanya terjadi pening/pusing, takikardia, penurunan tekanan darah diastolic. Reaksi akut merugikan dan jarang terjadi pada penggunaan anti-psikosis adalah reaksi alergi, abnormalitas elektrokardiography dan neurologis yang biasanya terjadi kejang grand mal dan tidak ada tanda aura.

- f. Reaksi alergi yang terjadi meliputi agranulositosis, dermatosis sistemik, dan ikterik. Agranulositosis yang terjadi secara mendadak, demam, malaise, sakit
 - g. Efek samping jangka panjang yang umum terjadi gejala-gejala ekstrapiramidal. Diskinesia tardif merupakan efek samping jangka panjang yang umum terjadi yaitu adanya protrusi lidah/kekakuan lidah, mengecapkan bibir, merengut, menghisap, mengunyah, berkedip, gerakan rahang lateral, meringis; anggota gerak, bahu melorot, “*pelvic thrusting*”, rotasi atau fleksi pergelangan kaki, telapak kaki gepek, gerakan ibu jari kaki
2. Efek samping jangka pendek atau jangka panjang yang jarang terjadi tetapi mengancam jiwa adalah adanya sindrom malignan neuroleptik yang ditandai dengan adanya demam tinggi, takikardia, rigiditas otot, stupor, tremor, inkontinensia, leukositosis, kenaikan serum CPK, hiperkalemia, gagal ginjal, peningkatan nadi-pernapasan dan keringat.

2. Anti-depresi

- a. Efek sedasi seperti rasa mengantuk, kewaspadaan berkurang, kinerja psikomotor berkurang, kemampuan kognitif menurun;
- b. Efek antikolinergik seperti mulut kering, retensi urin, penglihatan kabur, konstipasi, sinus takikardia;
- c. Efek anti-adrenergik alfa seperti perubahan hantaran elektrokardiografi, hipotensi
- d. Efek neurotoksis seperti tremor halus, gelisah, agitasi, insomnia..
Efek samping ringan mungkin timbul akibat penggunaan obat jenis ini (tergantung daya toleransi dari klien), biasanya berkurang setelah 2-3 minggu bila tetap diberikan dengan dosis yang sama. Pada keadaan overdosis/ intoksikasi trisiklik dapat timbul atropine

toxic syndrome dengan gejala eksitasi susunan saraf pusat, hipertensi, hiperpireksia, konvulsi, “*toxic convulsional state*” (*confusion, delirium* dan *disorientasi*).

3. **Anti-mania**

Efek samping penggunaan lithium erat hubungan dengan dosis dan kondisi fisik klien. Gejala efek samping yang dini pada pengobatan jangka lama seperti mulut kering, haus, gastrointestinal distress (mual, muntah, diare, feses lunak), kelemahan otot, poli uria, tremor halus. Efek samping lain hipotiroidisme, peningkatan berat badan, perubahan fungsi tiroid (penurunan kadar tiroksin dan peningkatan kadar TSH/*thyroid stimulating hormone*), odem pada tungkai, seperti mengecap besi, leukositosis, gangguan daya ingat dan konsentrasi pikiran menurun.

4. **Anti-ansietas**

Efek samping penggunaan obat anti-ansietas dapat berupa sedasi seperti rasa mengantuk, kewaspadaan berkurang, kinerja psikomotor menurun, kemampuan kognitif melemah; relaksasi otot seperti ras lemes, cepat lelah. Potensi menimbulkan ketergantungan obat disebabkan oleh efek samping obat yang masih dapat dipertahankan setelah dosis terakhir berlangsung sangat cepat. Penghentian obat secara mendadak akan menimbulkan gejala putus obat, klien menjadi iritabel, bingung, gelisah, insomnia, tremor, palpitasi, keringat dingin, konvulsi. Ketergantungan relative lebih sering terjadi pada individu dengan riwayat peminum alkohol, penyalahgunaan obat.

5. Anti-insomnia

Efek samping penggunaan obat anti-insomnia diantaranya adalah depresi susunan saraf pusat terutama pada saat tidursehingga memudahkan timbulnya koma, karena terjadinya penurunan dari fungsi pernafasan, selain itu terjadi uremia, dan gangguan fungsi hati. Pada klien usia lanjut dapat terjadi “*oversedation*” sehingga risiko jatuh dan Hip fracture (trauma besar pda sistem muskulo skeletal). Penggunaan obat anti-insomnia golongan benzodiazepine dalam jangka panjang yaitu “*rage reaction*” (perilaku menyerang dan ganas)

6. Anti obsesif kompulsif

Efek samping penggunaan obat anti-obsesif kompulsif, sama seperti obat anti-depresi trisiklik, yaitu efek anti-histaminergik seperti sedasi, rasa mengantuk, kewaspadaan berkurang, kinerja psikomotor menurun, kemampuan kognitif menurun; efek anti-kolinergik seperti mulut kering, keluhan lambung, retensi urin, disuria, penglihatan kabur, konstipasi, gangguan fungsi seksual, sinus takikardi; efek anti-adrenergik alfa seperti perubahan gambaran elektokardiografi, hipotensi ortostatik; efek neurotoksis seperti tremor halus, kejang epileptic, agitasi, insomnia.

Efek samping yang sering dari penggunaan anti-obsesif kompulsif jenis trisiklik adalah mulut kering dan konstipasi, sedangkan untuk golongan SSRI efek samping yang sering adalah mual dan sakit kepala. Pada keadaan overdosis dapat terjadi intoksikasi trisiklik dengan gejala eksitasi susunan saraf pusat, hipertensi, hiprefleksia, konvulsi, “*toxic confusional state*”(confusion, delirium, disorientasi).

7. Anti-panik

Efek samping penggunaan obat anti-panik golongan trisiklik dapat

berupa efek antihistaminergik seperti sedasi, rasa mengantuk, kewaspadaan berkurang, kinerja psikomotor menurun, kemampuan kognitif menurun; efek anti-kolinergik seperti mulut kering, retensi urin, penglihatan kabur, konstipasi, sinus takikardi; efek anti-adrenergik alfa seperti perubahan gambaran elektrokardiografi, hipotensi ortostatic; efek neurotoksis seperti tremor halus, kejang, agitasi, insomnia.

Pada kondisi overdosis dapat terjadi intoksikasi trisiklik dengan gejala-gejala seperti eksitasi susunan saraf pusat, hipertensi, hiperpireksia, konvulsi, “*toxic confusional satate*” (*confusion, delirium, disorientasi*).

D.Peran Perawat dalam Pemberian Psikofarmaka

1. Pengkajian

Pengkajian secara komprehensif akan memberikan gambaran yang sesungguhnya tentang kondisi dan masalah yang dihadapi klien sehingga dapat segera menentukan langkah kolaboratif dalam pemberian psikofarmaka.

2. Koordinasi terapi modalitas. Koordinator merupakan salah satu peran seorang perawat. Perawat harus mampu mengkoordinasikan berbagai terapi modalitas dan program terapi agar klien memahami manfaat terapi dan memastikan bahwa program terapi dapat diterima oleh klien.

3. Pemberian terapi psikofarmakologik. Perawat memiliki peran yang sangat besar untuk memastikan bahwa program terapi

psikofarmaka diberikan secara benar. Benar klien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, dan benar waktu.

4. Pemantauan efek obat. Perawat harus memantau dengan ketat setiap efek obat yang diberikan kepada klien, baik manfaat obat maupun efek samping yang dialami oleh klien.

5. Pendidik klien. Sebagai seorang edukator atau pendidik perawat harus memberikan pendidikan kesehatan bagi klien dan keluarga sehingga klien dan keluarga memahami dan mau berpartisipasi aktif didalam melaksanakan program terapi yang telah ditetapkan untuk diri klien tersebut.

6. Program rumatan obat. Bertujuan untuk memberikan bekal pengetahuan Kesehatan pada klien mengenai pentingnya keberlanjutan pengobatan pasca dirawat.

7. Peran serta dalam penelitian klinik interdisiplin terhadap uji coba obat. Perawat berperan serta secara aktif sebagai bagian dari tim penelitian pengobatan klien

E. EVALUASI PEMBERIAN OBAT PSIKOFARMAKA

Evaluasi pemberian obat harus terus menerus perawat lakukan untuk menilai efektifitas obat, interaksi obat maupun efek samping pemberian obat. Berikut ini evaluasi yang harus dilakukan

1. Pemberian obat jenis benzodiazepine, nonbenzodiazepin, antidepresan trisiklik, MAOI, litium, antipsikotik. Benzodiazepin pada umumnya menimbulkan adiksi kuat kecuali jika penghentian pemberiannya dilakukan dengan tapering bertahap tidak akan

menimbulkan adiksi. Penggunaan obat ini apabila dicampur (digunakan bersamaan) dengan obat barbiturate atau alcohol akan menimbulkan efek adiksi. Monitoring timbulnya efek samping seperti sedasi, ataksia, peka rangsang, gangguan daya ingat

2. Penggunaan obat golongan nonbenzodiazepin memiliki banyak kerugian seperti terjadi toleransi terhadap efek antiansietas dari barbiturate, lebih adiktif, menyebabkan reaksi serius dan bahkan efek lethal pada gejala putus obat, berbahaya jika obat diberikan dalam dosis yang besar dapat menyebabkan depresi susunan saraf pusat, serta menyebabkan efek samping yang berbahaya.

3. Golongan antidepresan trisiklik dapat menjadi letal bila diberikan dalam dosis yang besar karena efek obat menjadi lebih lama (3-4 minggu), obat ini relatif aman karena tidak memiliki efek samping jika digunakan dalam jangka waktu yang lama jika diberikan dalam dosis yang tepat. Efek samping menetap dapat diminimalkan dengan sedikit menurunkan dosis, obat ini tidak menyebabkan euphoria, dapat diberikan satu kali dalam sehari. Tidak mengakibatkan adiksi tetapi intoleransi terhadap vitamin B6.

4. Penggunaan litium dapat menimbulkan toksisitas litium yang dapat mengancam jiwa. Perawat harus memantau kadar litium dalam darah. Jika pemberian litium tidak menimbulkan efek yang diharapkan, obat ini dapat dikombinasi dengan obat anti depresan lain. Perlunya pendidikan kesehatan untuk klien mengenai cara memantau kadar litium.

5. Penggunaan anti psikotik harus mempertimbangkan pedoman sebagai berikut bahwa dosis anti psikotik sangat bervariasi untuk

tiap individu. Dosis diberikan satu kali sehari, efek terapi akan didapatkan setelah 2-3 hari tetapi dapat sampai 2 minggu. Pada pengobatan jangka panjang, perlu dipertimbangkan pemberian klorazepin setiap minggu untuk memantau penurunan jumlah sel darah putih.

RINGKASAN

1. Perawat memiliki peranan yang penting dalam program terapi psikofarmaka, untuk itu perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup tentang permasalahan yang sedang dihadapi oleh klien. Hasil identifikasi masalah kesehatan jiwa yang dialami oleh klien terkait dengan program pemberian obat psikofarmaka dapat dikelompokkan sebagai berikut : psikosis, gangguan depresi, gangguan mania, gangguan ansietas, gangguan insomnia, gangguan obsesif kompulsif dan gangguan panic
2. Cara penggunaan obat psikofarmaka. Perawat harus memahami prinsip-prinsip dalam pemberian obat psikofarmaka yang meliputi jenis, manfaat, dosis, cara kerja obat dalam tubuh, efek samping, cara pemberian, kontra indikasi.
3. Peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka. Peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka meliputi pengkajian klien, koordinasi terapi modalitas, pemberian piranti psikofarmakologik, pemantauan efek obat, pendidikan klien, program rumatan obat, dan peran serta dalam penelitian klinik interdisiplin terhadap uji coba obat.

4. Evaluasi pemberian obat psikofarmaka. Evaluasi pemberian obat psikofarmaka ditujukan pada kewaspadaan perawat terhadap penggunaan obat psikofarmaka. Perawat harus menyadari bahwa beberapa masalah mungkin timbul berkaitan dengan penggunaan obat psikofarmaka.

TEST

1. Ani, obat ini harus diminum setelah makan ya pada pukul 17.00. tindakan yang dilakukan perawat merupakan prinsip benardalam pemberian obat\
A. Klien
B. .Obat
C. Dosis
D. Pemberian
E. Waktu.
2. Kontra indikasi pemberian obat anti ansietas adalah pada pasien dengan kecuali....
A. Glaucoma
B. Myasthenia grafis
C. Insufisiensi paru kronis
D. Penyakit renal kronis
E. Hepatitis C
3. Memberikan obat secara IV pada jam 18.00 sehari dengan dosis 1 x 1gr. Tindakan perawat berdasarkan kasus diatas merupakan prinsi benar

- A. Klien, obat dan dosis
 - B. Obat, waktu dan cara
 - C. Dosis, klien dan waktu
 - D. Cara pemberian, waktu dan dosis
 - E. Waktu, cara dan dosis
4. Pemberian litium karbonat tidak boleh diberikan pada wanita hamil....
- A. Mempengaruhi kelenjar tiroid janin
 - B. Mempengaruhi tingkat kecerdasan janin
 - C. Membuat adiksi pada ibu
 - D. Menimbulkan gagal jantung pada ibu dan janin
 - E. Menimbulkan efek euporia pada ibu

REFERENSI

1. Carson, V.B. (2000). *Mental health Nursing : The Nurse-pasient journey (2th ed)*. Philadelphia: W.B. Sauder Company
2. Fortinas, K.M., & Holoday W.P.A (2006), *Pscyatric nursing care plans*, St. Louis, Mosby Your Book
3. Frisch N, & Frisch A. (2011). *Pscyatric mental health Nursing*, 4 ed. Australia : Delmar CENGAGE learning
4. Gail. William, Mark Soucy (2013). *Course Overview – Role of the advanced Practice Nurse & Primary Care Issue of mental health/therapeutic use of self*. School of Nursing, The University of Texas Health Science Center at San Antonio
5. Halter, MJ. (2014). *Varcaroli's Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. 7th edition. Saunder : Elsevier Inc

TOPIK 10

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA KEGAWATDARUTAN 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 adalah

2.1 Hal yang bisa saja tidak ada hubungan dengan kelainan organik/delirium (Psikosis, mania, histeri disosiatif, gangguan panic dan sebagainya)

2.2 Hal yang ada hubungan dengan kelainan organik/delirium (trauma kapitis, *drug abuse*, stroke, kelainan metabolik, sensitivitas terhadap obat dan sebagainya)

3. Masalah Kegawatdaruratan Psikiatri

3.1 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:

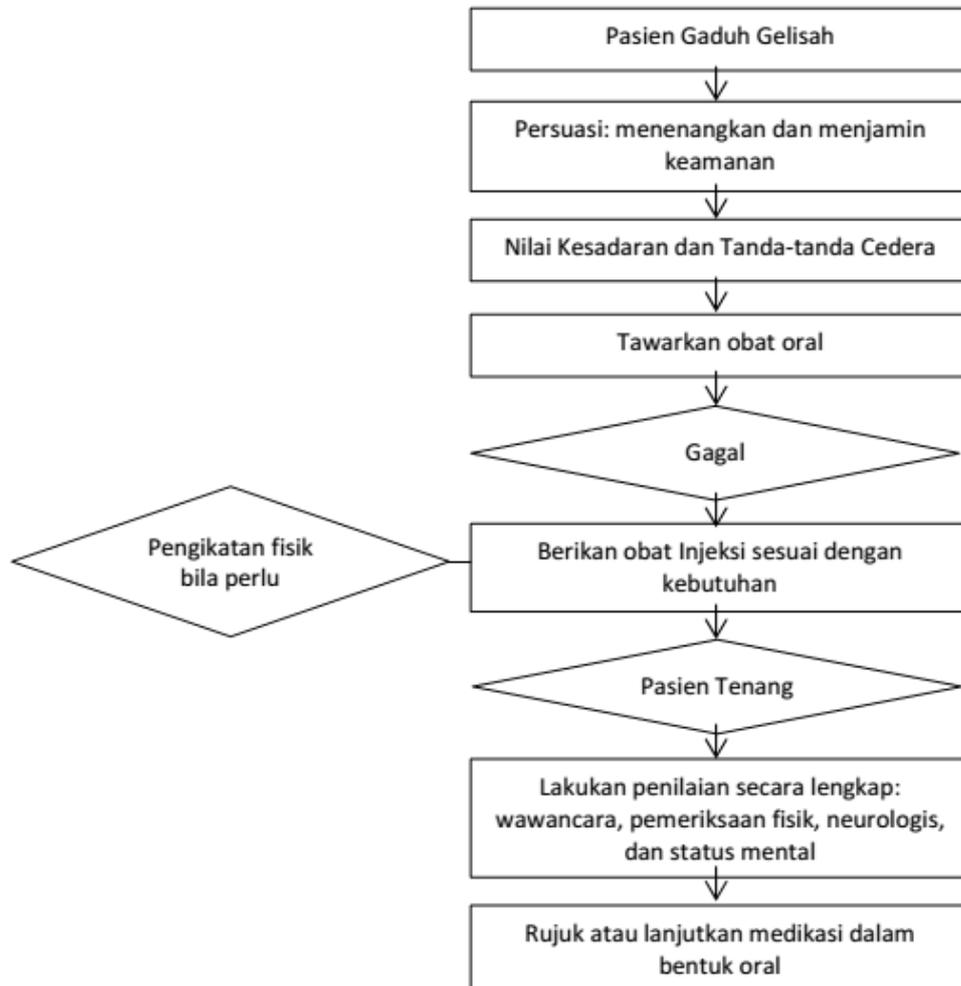
- a. Gangguan Mental Organik: kondisi medis umum yang dapat mempengaruhi sistem syaraf pusat
- b. Penyalahgunaan Napza
- c. Gangguan Psikotik
- d. Gangguan Mood atau alam perasaan
- e. Gangguan Kepribadian

Pada kondisi agitasi, pasien bisa datang dengan:

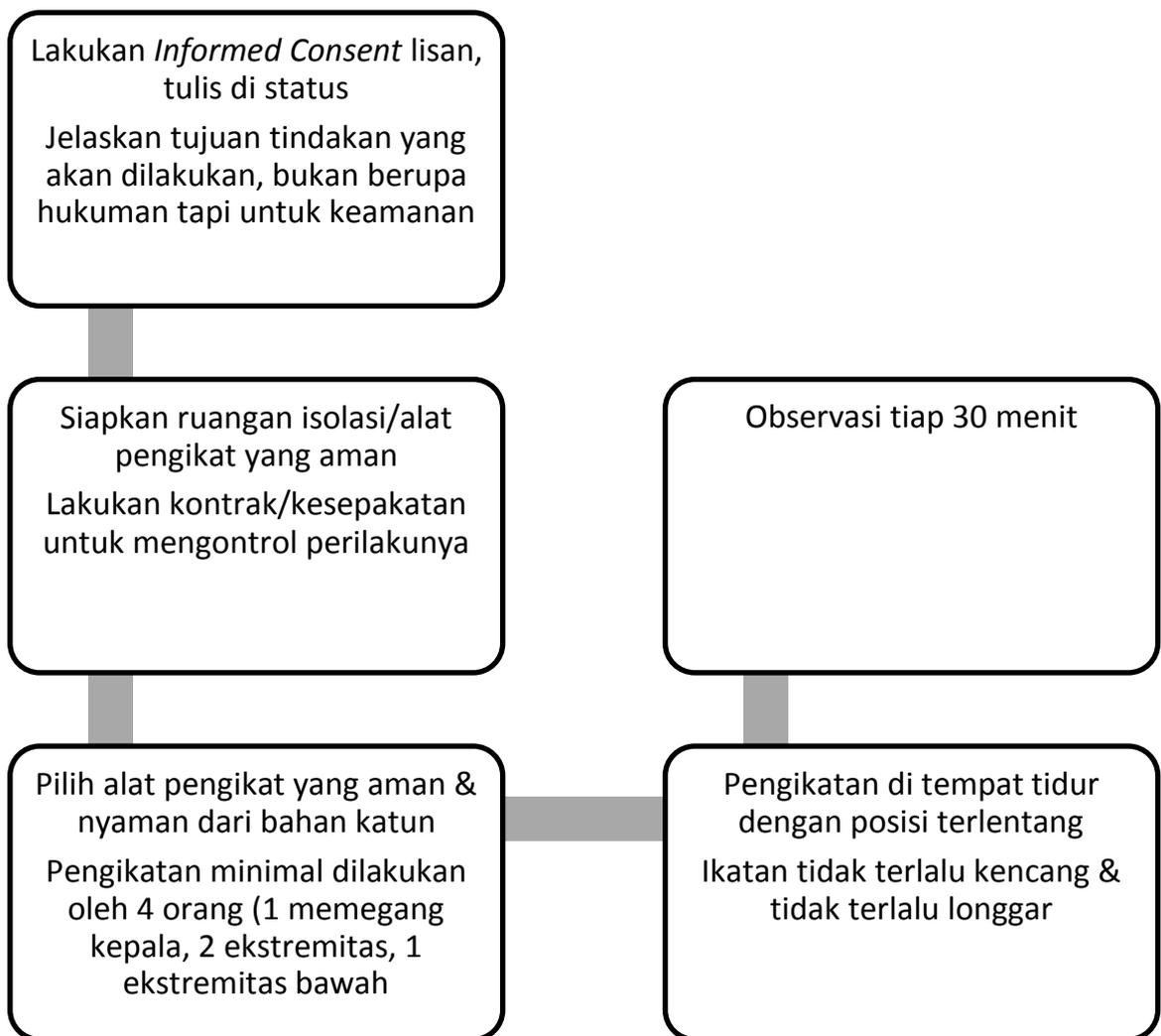
- a. Ketidaksesuaian aktivitas motorik, tidak terarah dan berlebihan
- b. Perilaku Menyerang
- c. Kontrol impuls yang jelek
- d. Postur tubuh tegang dan condong ke depan
- e. Merusak lingkungan
- f. Kontak mata melotot
- g. Ketakutan dan/atau ansietas berat
- h. Iritabilitas yang dapat meningkat intensitasnya menjadi perilaku yang mengancam
- i. Ketidakmampuan dalam menganalisis situasi dengan baik
- j. Isi pembicaraan berlebihan dan bersifat menghina
- k. Tekanan suara keras dan menuntut
- l. Marah-marah
- m. Ada Dendam
- n. 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



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



Hal-Hal Yang Perlu Diobservasi selama proses Pengekangan:

- a. Lakukan Pemeriksaan Tanda-tanda vital
- b. Cek Tanda-tanda cedera yang berhubungan dengan proses pengikatan
- c. Perhatikan Nutrisi dan hidrasi
- d. perhatikan Sirkulasi & rentang gerak ekstremitas

- e. Perhatikan Higiene & eliminasi
- f. Cek Status fisik dan psikologis
- g. Kesiapan pasien untuk dilepaskan dari pengikatan

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam proses pelepasan pengekangan:

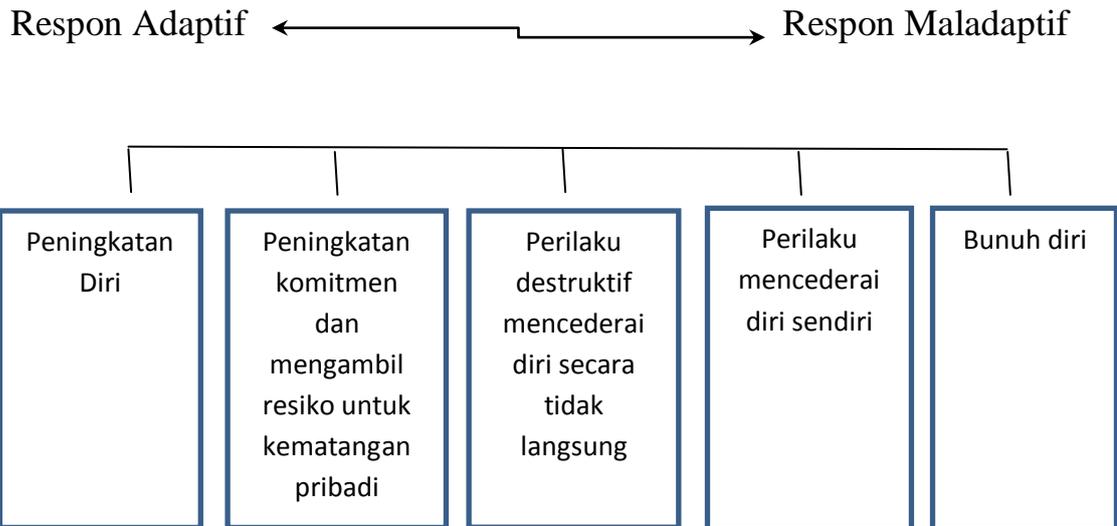
- a. Beri Perawatan pada daerah pengikatan
Perhatikan kondisi kulit yang diikat, beri latihan gerak pada tungkai yg diikat secara bergantian tiap 2 jam dan lakukan perubahan posisi pengikatan
- b. Latih pasien dalam mengontrol perilaku sebelum ikatan dibuka
- c. Kurangi pengekangan secara bertahap
-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

3.2 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).

Rentang Respon 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, keputusan, stress, kepribadian tertutup, kegagalan yang berulang, tidak memiliki harapan hidup, kemampuan bersosialisasi yang rendah, pola asuh dari orang tua dimana orang tua selalu mengkritisi anak.

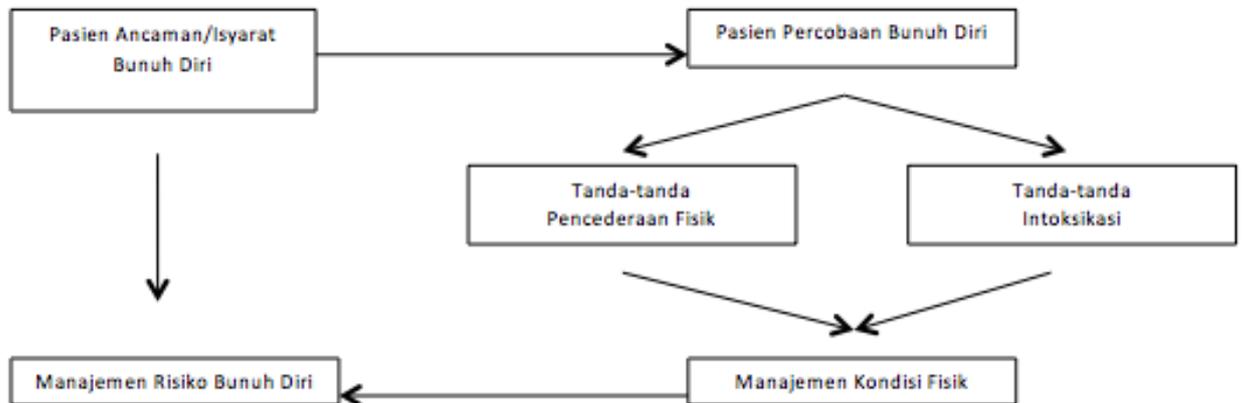
Sosial: ekonomi rendah, tidak bekerja, putus sekolah, tidak mengikuti kegiatan sosial maupun kegiatan keagamaan

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: Menarik diri, Tidak tertarik dengan hal hal yg dulu pernah disukai, Perilaku tidak menentu, Perubahan perilaku drastis, Impulsif, memutilasi diri, Mengembalikan barang², 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, Jejas bekas gantung diri, luka memar akibat jatuh atau membentur benda keras, aroma muntah racun serangga, tanda-tanda intoksikasi obat - obatan tertentu.

Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Bunuh diri



Beberapa Tindakan Khusus Untuk Pasien Bunuh Diri:

- 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.
- Individu yang tampak gelisah dan sulit mengendalikan diri, lakukan manajemen penatalaksanaan gaduh gelisah
- Untuk individu dengan pengalaman bunuh diri, beri perlindungan dari bahaya seperti yang dulu pernah dilakukan
- Individu yang mengalami nyeri dan sesak, beri bantuan untuk mengurangi rasa nyeri dan sesak
- 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

3.3Kegawatdaruratan 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 bias menyebabkan gangguan pada fisik, psikis dan fungsi sosial yang disebabkan oleh kebiasaan, ketagihan (adiksi) serta ketergantungan (dependensi) terhadap NAPZA.

a. Jenis-Jenis NAPZA

NAPZA dibagi menjadi kedalam beberapa golongan yakni:

1. 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.

2. 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.

3. 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, mutagenic, 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 medic 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 alcohol, 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 suportif 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

Pasien Datang Dengan Kondisi	Ingat Akan
Syok	Hipotensi
Gemetar	
Kekakuan:	Parkinson
Gerakan kaku, kalau menoleh harus memutar seluruh badan	
Leher atau badan berputar ke satu sisi	Distonia
Mata melirik keatas dan kesatu sisi	
Hipersaliva: air ludah yang keluar	

berlebihan

Berjalan mondar-mandir atau berjalan Akatisia
ditempat

Tidak bisa diam

Kekakuan seluruh tubuh, demam tinggi Sindrom Maligna Neuroleptik

3.4 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:

- a. Gaduh gelisah (agitasi psikomotor)
- b. Agresivitas/ perilaku kekerasan
- c. Perilaku melukai diri sendiri/percobaan bunuh diri akibat halusinasi/waham

Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Psikotik:

- a. Agresivitas dan perilaku kekerasan pada pasien Psikotik
- b. Lakukan manajemen umum kegawatdaruratan psikiatrik pada pasien gaduh gelisah
- c. Singkirkan kemungkinan penyebab organik/fisik dan penyalahgunaan napza/alkohol
- d. Bila pasien kooperatif dan bersedia, berikan peroral: haloperidol 2-3 x 2,5-5mg, chlorpromazine 100 mg

- e. 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
- f. 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

TEST

1. Tn. K usia 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 usia 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
- a. Resiko Perilaku Kekerasan

5. Seorang wanita usia 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
- a. Isyarat bunuh diri

REFERENSI

1. 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.

2. 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
3. Deviantony, F.,Dewi, E.I., Hadi, Enggal., Windarwati, H.D., Wuryaningsih, E.W. (2019). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1. Jember : UPT Universitas Jember.
4. Kemenkes.(2015). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa. Jakarta.
5. 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.
6. Pinastikasari. (2009). Penatalaksanaan Kegawat Daruratan Psikiatri. Jurnal Psikovidya Volume 13 nomor 1.
7. Ramadhani, Nabila. (2018). Upaya Pemerintah Indonesia Dalam Menurunkan Angka Peredaran Narkotika Di Indonesia Yang Dilakukan Oleh Pengedar Asing tahun 2014-2016. Undip : Tesis
8. Stuart. (2016). Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa Stuart. Edisi indonesia pertama. Diterjemahkan oleh Budi Anna Keliat dan Jesika Pasaribu. Singapura : Elseiver

TOPIK 11

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN REHABILITASI NAPZA

A. Pengertian Napza

NAPZA adalah singkatan dari narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya, meliputi zat alami atau sintetis yang bila dikonsumsi menimbulkan perubahan fungsi fisik dan psikis, serta menimbulkan ketergantungan (BNN, 2009). NAPZA (Narkotika, psikotropika, dan zat adiktif) adalah zat yang apabila masuk ke dalam tubuh manusia akan mempengaruhi system saraf pusat (SPP) sehingga menimbulkan perubahan aktivitas mental, emosional, dan perilaku penggunaannya dan sering menyebabkan ketagihan dan ketergantungan terhadap zat tersebut (Hidayat, 2005).

NAPZA adalah zat yang memengaruhi struktur atau fungsi beberapa bagian tubuh orang yang mengonsumsinya. Manfaat maupun risiko penggunaan NAPZA bergantung pada seberapa banyak, seberapa sering, cara menggunakannya, dan bersamaan dengan obat atau NAPZA lain yang dikonsumsi (Kemenkes RI, 2010)

B. Jenis – jenis Napza

Menurut Partodiharjo (2008), NAPZA dibagi dalam 3 jenis, yaitu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya. Tiap jenis dibagi-bagi lagi ke dalam beberapa kelompok.

1. Narkotika

Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau

bukan tanaman, baik sintetis maupun bukan sintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran dan hilangnya rasa. Zat ini dapat mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan. Narkotika memiliki daya adiksi (ketagihan) yang sangat berat. Narkotika juga memiliki daya toleran (penyesuaian) dan daya habitual (kebiasaan) yang sangat tinggi. Ketiga sifat narkotika inilah yang menyebabkan pemakai narkotika tidak dapat lepas dari “cengkraman”-nya.

Berdasarkan Undang-Undang No.35 Tahun 2009, jenis narkotika dibagi ke dalam 3 kelompok, yaitu narkotika golongan I, golongan II, dan golongan III.

- a. Narkotika golongan I adalah: narkotika yang paling berbahaya. Daya adiktifnya sangat tinggi. Golongan ini tidak boleh digunakan untuk kepentingan apapun, kecuali untuk penelitian atau ilmu pengetahuan. Contohnya ganja, heroin, kokain, morfin, opium, dan lain-lain.
- b. Narkotika golongan II adalah: narkotika yang memiliki daya adiktif kuat, tetapi bermanfaat untuk pengobatan dan penelitian. Contohnya adalah petidin dan turunannya, benzetidin, betametadol, dan lain-lain.
- c. Narkotika golongan III adalah: narkotika yang memiliki daya adiktif ringan, tetapi bermanfaat untuk pengobatan dan penelitian. Contohnya adalah kodein dan turunannya.

2. Psikotropika

Psikotropika adalah zat atau obat bukan narkotika, baik alamiah maupun sintetis, yang memiliki khasiat psikoaktif melalui pengaruh

selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas normal dan perilaku. Psikotropika adalah obat yang digunakan oleh dokter untuk mengobati gangguan jiwa (psyche).

Berdasarkan Undang-Undang No.5 tahun 1997, psikotropika dapat dikelompokkan ke dalam 4 golongan, yaitu:

- a. Golongan I adalah: psikotropika dengan daya adiktif yang sangat kuat, belum diketahui manfaatnya untuk pengobatan, dan sedang diteliti khasiatnya. Contohnya adalah MDMA, ekstasi, LSD, dan STP.
 - b. Golongan II adalah: psikotropika dengan daya adiktif kuat serta berguna untuk pengobatan dan penelitian. Contohnya adalah amfetamin, metamfetamin, metakualon, dan sebagainya.
 - c. Golongan III adalah: psikotropika dengan daya adiksi sedang serta berguna untuk pengobatan dan penelitian. Contohnya adalah lumibal, buprenorsina, fleenitrazepam, dan sebagainya.
 - d. Golongan IV adalah: psikotropika yang memiliki daya adiktif ringan serta berguna untuk pengobatan dan penelitian. Contohnya adalah nitrazepam (BK, mogadon, dumolid), diazepam, dan lain-lain.
3. Bahan Adiktif Lainnya

Golongan adiktif lainnya adalah zat-zat selain narkotika dan psikotropika yang dapat menimbulkan ketergantungan. Contohnya: rokok, kelompok alkohol dan minuman lain yang memabukkan dan menimbulkan ketagihan dan thinner dan zat-zat lain, seperti lem kayu, penghapus cair, aseton, cat, bensin, yang bila dihisap, dihirup, dan

dicium, dapat memabukkan. Jadi, alkohol, rokok, serta zat-zat lain yang memabukkan dan menimbulkan ketagihan juga tergolong NAPZA

C. Tahap penggunaan Napza

1. Tahap pemakaian coba-coba (eksperimental)

Pengaruh kelompok sebaya sangat besar, remaja ingin tahu atau coba-coba. Biasanya mencoba mengisap rokok, ganja, atau minum-minuman beralkohol. Jarang yang langsung mencoba memakai putaw atau minum pil ekstasi

2. Tahap pemakaian social

Tahap pemakaian NAPZA untuk pergaulan (saat berkumpul atau pada acara tertentu), ingin diakui/diterima kelompoknya. Mula-mula NAPZA diperoleh secara gratis atau dibeli dengan murah. Ia belum secara aktif mencari NAPZA.

3. Tahap pemakaian situasional

Tahap pemakaian karena situasi tertentu, misalnya kesepian atau stres. Pemakaian NAPZA sebagai cara mengatasi masalah. Pada tahap ini pemakai berusaha memperoleh NAPZA secara aktif.

4. Tahap habituasi (kebiasaan)

Tahap ini untuk yang telah mencapai tahap pemakaian teratur (sering), disebut juga penyalahgunaan NAPZA, terjadi perubahan pada faal tubuh dan gaya hidup. Teman lama berganti dengan pecandu. Ia menjadi sensitif, mudah tersinggung, pemarah, dan sulit tidur atau berkonsentrasi, sebab narkoba mulai menjadi bagian dari kehidupannya. Minat dan cita-citanya semula hilang. Ia sering membolos dan prestasi sekolahnya merosot. Ia lebih suka menyendiri daripada berkumpul bersama keluarga.

5. Tahap ketergantungan

Ia berusaha agar selalu memperoleh NAPZA dengan berbagai cara. Berbohong, menipu, atau mencuri menjadi kebiasaannya. Ia sudah tidak dapat mengendalikan penggunaannya. NAPZA telah menjadi pusat kehidupannya. Hubungan dengan keluarga dan teman-teman rusak.

Pada ketergantungan, tubuh memerlukan sejumlah takaran zat yang dipakai, agar ia dapat berfungsi normal. Selama pasokan NAPZA cukup, ia tampak sehat, meskipun sebenarnya sakit. Akan tetapi, jika pemakaiannya dikurangi atau dihentikan, timbul gejala sakit. Hal ini disebut gejala putus zat (sakaw). Gejalanya bergantung pada jenis zat yang digunakan.

Orang pun mencoba mencampur berbagai jenis NAPZA agar dapat merasakan pengaruh zat yang diinginkan, dengan risiko meningkatnya kerusakan organ-organ tubuh. Gejala lain ketergantungan adalah toleransi, suatu keadaan di mana jumlah NAPZA yang dikonsumsi tidak lagi cukup untuk menghasilkan pengaruh yang sama seperti yang dialami sebelumnya. Oleh itu, jumlah yang diperlukan meningkat. Jika jumlah NAPZA yang dipakai berlebihan (overdosis), dapat terjadi kematian

D. Rehabilitasi Napza

Rehabilitasi napza adalah rehabilitasi yang meliputi pembinaan fisik, mental, social, pelatihan keterampilan dan resosialisasi serta pembinaan lanjut bagi para mantan pengguna NAPZA agar mampu berperan aktif dalam kehidupan masyarakat. Rehabilitasi NAPZA adalah suatu bentuk terapi dimana klien dengan ketergantungan NAPZA ditempatkan dalam

suatu instansi tertutup selama beberapa waktu untuk mengedukasi penggunaan yang berusaha untuk mengubah perilakunya, mampu mengantisipasi dan mengatasi masalah relapse (kambuh)

E. Model Pelayanan Rehanilitasi Napza

1. Model pelayanan dan Rehabilitasi Media

a. Metadon

Metadon adalah zat opioid sintetik berbentuk cair yang diberikan lewat mulut. Meradon merupakan obat yang paling sering digunakan untuk terapi substitusi bagi ketergantungan opioid. Bentuk terapi ini telah diteliti secara luas sebagai terapi modalitas. Terapi substitusi metadon dari penelitian dan monitoring pelayanan, secara kuat terbukti efektif menurunkan penggunaan NAPZA jalur gelap, mortalitas, resiko penyebaran HIV. memperbaiki kesehatan mental dan fisik, memperbaiki fungsi sosial serta menurunkan kriminalitas. Pada klien pengguna heroin yang memakai rehabilitasi model metadon, maka dosis metadon dosis tinggi dinilai lebih efektif dari pada dosisnya rendah atau menengah. Dosis metadon yang tinggi ini akan diturunkan secara bertahap. Terapi rumatan metadon diikuti perbaikan kesehatan secara bertahap. Terapi rwnatan metadon diikuti perbaikan kesehatan secara substansial dan inseden efek samping rendah. Hampir 3/4 klien yang mengikuti terapi metadon berespon baik. Meski demikian, tidak semua dengan ketergantungan opioid dapat diberi terapi substitusi metadon. Bagi mereka yang tidak dapat menggunakan metode ini, tersedia banyak pendekatan lainya dan menggugah mereka tetap berada dalam terapi.

b. Buprenorfin

Buprenorfin adalah obat yang diberikan oleh dokter melalui resep. Aktifitas agonis opioid buprenorfm lebih rendah dari metadon. Buprenorfin tidak diabsorbsi dengan baik jika ditelan, karena itu cara penggunaannya adalah sublingual (diletakan dibawah lidah)

2. Model pelayanan dan rehabilitasi dengan pendekatan bimbingan individu dan kelompok

Terapi ini merupakan terapi konvensional untuk klien ketergantungan NAPZA yang tidak menjalani rawat inap dan dapat dilakukan secara individual maupun kelompok. Program ini di desain dengan kegiatan yang bervariasi seperti dukasi keterampilan, meningkatkan sosialisasi, pertemuan yang bersifat vokasional. edukasi moral dan spritual serta terapi 12 langkah (*the 12 steps recopvery program*)

3. Model pelayanan dan rehabilitasi dengan pendekatan *Therapeutik Community*

a. Pengertian

Therapeutic Commnity (TC) adalah sebuah kelompok yang terdiri dari individu dengan masalah yang sama, memiliki seperangkat aturan, filosofi, norma dan nilai, serta kultural yang disetujui, dipaharni dan dianut bersama. Kesemuanya dijalankan demi pemulihan diri masing-masing

b. Tujuan TC

Klien dapat mengolah sub-kultur yang dianut pengguna ke arah kultur masyarakat luas (*mainstream society*), menuju kehidupan yang sehat

dan produktif, meskipun pengguna sendiri mempunyai beberapa nilai untuk mempertahankan pemulihannya

c. Cardinal Rules

No Drugs, No Sex and No Violence

4. Model pelayanan dan rehabilitasi dengan pendekatan Agama

Ada berbagai macam pusat rehabilitasi dengan pendekatan agama, misalnya pondok pesantren Suryalaya dan pondok pesantren Inaba di Jawa Barat dengan pendekatan nilai-nilai agama islam dimana kegiatan utamanya adalah berdzikir. Beda halnya di Thailand dimana para biksu Buhdamerawat klien yang mengalami ketergantungan opioida di kuil, antara lain kuil Buhda Tan Kraborg. Di dalam kuil, setiap pagi klien diberi ramuan daun yang menyebabkan klien muntah dan sorenya mendapat pelajaran agama buhda dalam lima hari pertama. Setelah lima hari tidak ada lagi kegiatan terstruktur dan klien di beri kesempatan untuk memulihkan kesehatannya dari kelelahan. Para pendeta ini juga telah dilatih dalam memberi konseling kepada klien

5. Model pelayanan dan rehabilitasi dengan pendekatan Narcotik Anonymus

a. Pengertian

Suatu program recovery yang dijalankan seorang pecandu berdasarkan prinsip 12 langkah. Langkah-langkah ini harus dijaJankan lebih dari satu kali. Setelah selesai mengerjakan seluruh langkah yang ada, seorang pecandu harus menjalankan kembali pada langkah pertama. Karena banyak hal baru yang terjadi dan timbul sehingga seorang pecandu harus menjalankan recoverynya seumur hidup

b. Prinsip 12 Langkah

Langkah 1

Kami mengakui bahwa kami tidak punya kekuatan untuk mengatasi kebiasaan penggunaan alkohol sehingga hidup kami menjadi tidak terkendali.

Langkah 2

Kami berkesimpulan bahwa suatu kekuatan yang lebih besar dari diri kami sendiri dapat memulihkan kami kepada hidup yang lebih sehat.

Langkah 3

Kami memutuskan untuk memalingkan kemauan dan hidup kami di bawah pimpinan Tuhan, sebagaimana kami memahaminya.

Langkah 4

Mencari dan tidak takut akan menemukan tingkat moral kami sendiri.

Langkah 5

Mengakui kepada Tuhan, kepada diri kami sendiri dan kepada orang lain, kesalahan-kesalahan kami yang bersifat alamiah.

Langkah 6

Siap secara bulat menerima Tuhan yang akan mengubah semua cacat watak.

Langkah 7

Dengan rendah hati memohon kepadaNya untuk menghilangkan kekurangan kami

Langkah 8

Membuat daftar-daftar orang yang telah kami rugikan, dan 'ingin berubah terhadap mereka.

Langkah 9

Berubah secara langsung kepada orang tersebut dimana mungkin. kecuali hila dengan berbuat demikian akan mencederai mereka atau orang lain.

Langkah 10

Terus menemukan diri kami sendiri dan bila terdapat kesalahan, segera mengakuinya.

Langkah 11

Melalui do'a dan meditasi meningkatkan hubungan secara sadar dengan Tuhan, sebagaimana kami memahamin-Nya, berdo'a hanya untuk mengetahui akan kehendak-Nya, atas diri kami dan kekuatan melaksanakannya.

Langkah 12

Dengan memiliki kesadaran spritual sebagai hasil dari langkah ini, kami akan mencoba untuk menyampaikan kabar ini kepada pecandu alkohol, dan menerapkan prinsip ini dalam semua kehidupan kami

6. Model pelayanan dan rehabilitas dengan pendekatan Terpadu

Pendekatan Terpadu

Suatu pelayanan rehabilitasi dengan memadukan konsep dari berbagai pendekatan dan bidang ilmu yang mendukung sehingga dapat memfasilitasi korban NAPZA dalam mengatasi masalahnya baik dari aspek bio, psiko, sosial dan spiritual. Tahapan kegiatan yang sesuai dengan standarisasi pelayanan rehabilitasi NAPZA harus dilakukan secara berurutan yang meliputi:

a. Tahap pendekatan awal

- 1) Orientasi dan konsultasi
- 2) Identifikasi
- 3) Motifasi
- 4) Seleksi

b. Tahap penerimaan

- 1) Penelaahan
- 2) Pengungkapan
- 3) Penampatan dalam program rehabilitasi

c. Tahap pengungkapan dan pemahaman masalah (assesmen)

- 1) Tahap bimbingan
- 2) Pembinaan fisik
- 3) Bimbingan mental psikologik
- 4) Birnbingan keagamaan
- 5) Birnbingan sosial spritual
- 6) Pelatihan keterampilan

d. Tahap resosialisasi/reintegrasi sosial

- 1) Bimbingan kesiapan peran serta masyarakat
- 2) Bimbingan hidup bermasyarakat

- 3) Pemberian bantuan stimulan usaha produktif
 - 4) Konfensi kasus dan penyaluran eks klien di masyarakat, dilapangan kerja atau di tempat-tempat magang
- e. Tahap penyaluran dan bimbingan lanjut
- 1) Bimbingan peningkatan peran serta eks klien pada kegiatan kemasyarakatan dan pembangunan
 - 2) Bimbingan pengembangan dan pemanfaatan usaha/kerja/sekolah

F. Pengkajian Keperawatan

Mengkaji klien rehabilitasi NAPZA, perawat dapat menggunakan berbagai

macam teknik, seperti observasi prilaku klien atau keluarga. Hal-hal yang harus di kaji meliputi identitas klien, alasan masuk rumah sakit, riwayat masalah penggunaan zat, faktor penyebab kambuh, mekanisme koping, riwayat penyakit, riwayat pengobatan, data psikososial, pengetahuan klien tentang NAPZA dan status mental klien. Selain pengkajian diatas, perawat juga bisa menggunakan pengkajian ASI (*Addiction Severity Index*) untuk mengkaji keparahan adiksi klien. Pengkajian ASI akan menghasilkan "profil beratnya masalah" klien, termasuk data dasar klien, data medis, data psikologis, data legal, data keluarga / sosial, data pekerjaan dan riwayat pemakaian. Klien-klien yang dirawat di ruang rehabilitasi umumnya menampilkan sikap sebagai berikut:

1. Menolak dirawat di ruang rehabilitasi
2. Mengatakan dirinya sudah sembuh karena sudah tidak ada zat dalam tubuhnya (hasil urine test NAPZA negatif)
3. Menolak mengikuti program karena merasa tidak cocok berada di ruang rehabilitasi

4. Menyalahkan orang lain yang memasukannya ke ruang rehabilitasi
5. Perilaku merusak diri dan mengancam
6. Gelisah, cemas, merasa tidak nyaman serta emosi yang tidak stabil
7. Mengeluh tidak bisa tidur
8. Ingin selalu menghubungi keluarga

G. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien di ruang rehabilitasi NAPZA adalah sebagai berikut

1. Koping individu tidak efektif
2. Resiko prolaku kekerasan
3. Gangguan pola tidur bersama dengan ansietas sedang sampai dengan berat
4. Ketidakberdayaan bersama dengan adiksi zat dengan atau tanpa periode pantangan, episode kompulsif, berupaya untuk pulih
5. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh bersama dengan ketidakcukupan masukan diet untuk memenuhi kebutuhan metabolik
6. Gangguan konsep diri: harga diri rendah bersama dengan stigma sosial yang melekat pada pecandu
7. Koping keluarga tidak efektif bersama dengan kerentanan pribadi anggota keluarga, krisis situasi, sistem sosial menurun, perubahan peran keluarga
8. Disfungsi sosial bersama dengan perubahan fungsi tubuh, kerusakan neurobiologis dan efek menurunkan dari penggunaan obat
9. Kurangnya pengetahuan mengenai efek-efek penyalahgunaan zat dalam tubuh

bersama dengan kurangnya informasi, kesalahan interpretasi infirmasi.

H. Intervensi Keperawatan

1. Koping individu tidak efektif: denial

Tujuan

- a) Klien mengalihkan perhatian dari isu-isu eksternal dan berfokus pada hasil perilaku yang dihubungkan dengan penggunaan zat
- b) Klien akan menerima tanggung jawab untuk perilakunya sendiri dan mengakui hubungan antara penggunaan zat dan masalah-masalah pribadinya.
- c) Klien menyatakan mau mengikuti kegiatan di ruang rehabilitasi

Intervensi

- a) Bina hubungan saling percaya
- b) Perlihatkan sikap menerima klien
- c) Berikan waktu untuk mendengarkan klien mengenai masalah klien
- d) Nyatakan realita dari situasi apa yang dihadapi klien tanpa mempertanyakan apa yang dipercaya
- e) Temani atau atur supaya ada seseorang bersama klien sesuai indikasi
- f) Sediakan informasi yang akurat sesuai kebutuhan, jawab pertanyaan klien dengan jujur, dengan bahasa yang dapat di mengerti oleh semua orang.
- g) Hidari harapan-harapan kosong, misalnya pernyataan seperti .. semua akan berjalan lancar" lebih baik sediakan informasi yang lebih spesifik

- h) Terima ekspresi marah sambil mengobservasi kemungkinan tingkah laku agresif yang berlebihan
- i) Orientasikan klien dengan fasilitas ruangan, jadwal, aktifitas. Perkenalkan pada klien lain dan staf yang bertugas di ruangan tersebut.
- j) Kolaborasi dengan therapist dalam memberikan terapi medikasi sesuai kebutuhan : anti ansietas.

2. Resiko perilaku kekerasan.

Tujuan

- a) Klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan
- b) Klien menunjukkan perilaku bisa mengontrol diri dan tidak membahayakan
- c) Klien tampak rileks

Intervensi

- a) Observasi tanda-tanda awal yang berbahaya, misalnya klien berjeram
mondar-mandir, berteriak-teriak dan menunjukkan tingkah laku yang menuntut
- b) Pindahkan benda-benda yang dapat melukai diri klien dan orang lain
- c) Izinkan klien untuk mengungkapkan rasa marah dengan cara yang diterima
- d) Terima rasa marah klien tanpa memberikan reaksi emosional
- e) Tetap tenang dalam menghadapi klien
- f) Identifikasi adanya faktor lain yang mempengaruhi kondisi klien saat ini

- g) Beritahu klien untuk “berhenti”
- h) Gunakan pendekatan tim, jika diperlukan untuk menundukan klien dengan paksa. Beritahu klien secara jelas dan konsisten mengenai apa yang terjadi
- i) Gunakan dan atur perlengkapan restrain jika diperlukan
- j) Lakukan restrain dengan tenang, positif dan cara yang tidak merangsang atau menghukum
- k) Dokumentasikan alasan dilakukan restrain, waktu dan kondisi klien selama dilakukan restrain. Periksa restrain terus menerus sesuai peraturan yang berlaku di rumah sakit
- l) Pantau adanya keinginan untuk bunuh diri
- m) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian transquilizer dan sedatif

3. Gangguan pola tidur

Tujuan

- a) Klien melaporkan perbaikan pada pola tidur, misalnya jam -,tidur bertambah dan klien dapat tidur pada jam yang ditentukan
- b) Klien mengungkapkan peningkatan kesegaran tubuh

Intervensi

- a) Pantau pola tidur klien
- b) Kurangi tidur seharian untuk mendukung tidur lebih tenang tidur malam hari
- c) Oorong beberapa aktifitas fisik ringan selama siang hari. Pastikan klien berhenti aktifitas beberapa jam sebelum tidur

- d) Bantu dengan tindakan-tindakan yang dapat mendukung tidur, misalnya minum susu hangat, mandi air hangat atau pijat punggung
- e) Lakukan latihan-Iatuhan relaksasi dengan musik yang lembut sebelum tidur
- f) Batasi masukan minuman yang mengandung kafein misalnya teh, kopi dan sejenis minuman bersoda
- g) Hindari mengganggu tidur klien bila memungkinkan walaupun untuk pemberian obat
- h) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat tidur

4. Ketidakberdayaan

Tujuan

- a) Klien mengungkapkan kalau dirinya memerlukan pengobatan / perawatan dan menyadari tidak mampu mengontrol adiksinya tanpa bantuan pihak lain
- b) Klien akan aktifberpartisifasi dalam program
- c) Klien menunjukkan gaya hidup sehat sebagai usaha untuk meningkatkan dan mempertahankan status kesehatanya
- d) Senantiasa bergabung, dalam kelompok pendukung senasib.

Intervensi

- a) Gunakan teknik intervensi krisis, seperti membantu klien mengena I masalahnya, mengidentifikasi tujuan berubah, mendiskusikan solusi altematif, membantu memilih altematif yang tepat, serta rnendukung keputusan yang dipilih.
- b) Diskusikan perlunya bantuan untuk klien.

- c) Diskusikan bagaimana dulu obat mempengaruhi pekerjaan, kehidupan, dan hubungan interpersonal klien.
- d) Gali dukungan dari kelompok sebaya.
- e) Bantu klien untuk mempelajari aktifitas yang dapat meningkatkan status kesehatannya seperti diet yang seimbang, istirahat adekuat, akupuntur, olahraga, menekuni hobi dan lain-lain.
- f) Bantu klien untuk memperkuat aspek spritualnya

5. Perubahan nutrisi

Tujuan

- a) Adanya peningkatan berat badan yang progresif
- b) Nilai laboratorium yang berhubungan dengan status nutrisi dalam batas normal (misalnya hemoglobin, albumin, SGOT, SGPT, dan lain-lain) serta tidak ada tanda malnutrisi.
- c) Menunjukkan perubahan gaya hidup untuk meningkatkan dan mempertahankan berat badan yang ideal.

Intervensi

- a) Catat intake dan output klien
- b) Timbang berat badan setiap hari
- c) Tentukan apa yang disukai dan tidak disukai oleh klien, dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menetapkan jumlah kalori yang dibutuhkan dan menyediakan makanan klien.
- d) Pastikan tidak menerima makanan dalam porsi kecil dan sering, termasuk makanan kecil sebelum tidur.
- e) Berikan suplemen vitamin dan mineral sesuai dengan terapi pengobatan.

- f) Jika diperbolehkan, minta anggota keluarga atau orang yang berarti bagi klien untuk membawa makanan kesukaan klien.
- g) Jelaskan pentingnya nutrisi yang cukup.

6. Gangguan konsep diri : harga diri rendah

Tujuan

- a) Klien akan menenma tanggung jawab atas kegagalan pribadinya dan mengatakan "zat" mempunyai peranan dalam kegagalan tersebut.
- b) Klien akan menunjukkan melalui ekspresi verbal tentang aspek-aspek positif dirinya, keberhasilannya dan prospek untuk masa depan.

Intervensi

- a) Terima klien dengan segala negatfismenya
- b) Luangkan waktu untuk klien
- c) Observasi status mental. Perhatikan adanya gangguan psikiatrik lain (dual diagnosis)
- d) Bantu klien untuk mengakui dan berfokus pada kekuatan dan keberhasilan yang dimilikinya
- e) Diskusikan kegagalan-kegagalan klien di masa lalu, tapi minimalkan perhatian terhadap kegagalan-kagagalan yang membuat klien terlalu sulit menerima
- f) Dorong klien untuk berpartisipasi, dalam kegiatan kelompok
- g) Bantu klien untuk mengidentifikasi bagian-bagian dirinya yang ingin 1/1 ubah dan bantu usaha klien melalui pemecahan masalah.

- h) Berikan penghargaan dan umpan balik yang positif untuk keberhasilan klien.
- i) Lakukan terapi aktifitas kelompok untuk meningkatkan harga diri klien
- j) Lakukan latihan asertif
- k) Kolaborasi dengan psikiater dalam pemberian obat psikosis

7. Koping keluarga tidak efektif

Tujuan

- a) Klien akan mengungkapkan pengertian dinamika saling tergantung (addict-eo-addict) dan berpartisipasi dalam program individu dan keluarga.
- b) Klien mampu mengidentifikasi perilaku dan konsekuensi dari koping yang tidak efektif
- c) Klien menunjukkan dan merencanakan perubahan gaya hidup yang diperlukan
- d) Klien melakukan perubahan perilaku yang dapat merusak diri. Juga merubah perilaku yang memperberat adiksi klien/keluarga

Intervensi

- a) Kaji riwayat keluarga
- b) Kaji bagaimana orang terdekat keluarga telah mengatasi perilaku adiksinya, seperti menyangkal, represi, rasionalisasi, menyakiti, proyeksi.
- c) Kaji fungsi setiap anggota keluarga.

- d) Kaji pemahaman keluarga tentang keadaan klien sekarang dan coping keluarga yang digunakan sebelumnya.
- e) Berikan informasi tentang perilaku dan karakteristik dari adiksi kepada klien dan keluarga
- f) Berikan informasi pada klien dan keluarga tentang efek perilaku pecandu terhadap keluarga dan apa yang diharapkan setelah pulang.
- g) Dorong keluarga untuk mengekspresikan perasaannya dan menyadari perasaan mereka sendiri terhadap situasi klien dengan obyektif
- h) Berikan dukungan kepada keluarga sebagai co addict. Dorong untuk aktif dalam kelompok dukungan (seperti : family support group)
- i) Bantu pasangan keluarga supaya menyadari bahwa penyalahgunaan zat klien bukan tanggungjawab mereka.
- j) Perhatikan bagaimana pasangan keluarga berhubungan dengan star rehabilitasi.
- k) Libatkan keluarga untuk rencana selanjutnya sampai dengan pulang.
- l) Dorong keterlibatan dengan kelompok pendukung lainnya

8. Disfungsi seksual

Tujuan

- a) Klien akan menunjukkan sikap menerima terhadap efek penggunaan zat pada fungsi seksual.
- b) Klien mampu mengidentifikasi intervensi untuk memperbaiki kondisinya.

Intervensi

- a) Kaji riwayat seksual dan tingkat kepuasan sebelumnya.
- b) Kaji persepsi klien tentang masalah seksual
- c) Beri informasi tentang efek obat (drug) terhadap sistem reproduksi
- d) Kaji adanya stress atau adanya kelelahan pada klien yang dapat mengganggu aktifitas seksual
- e) Dorong klien untuk menanyakan hal-hal yang berkenaan dengan seksual dan fungsi yang mungkin menyusahkannya
- f) Rujukan klien ke terapi seks jika dibutuhkan

9. Kurangnya pengetahuan mengenai efek-efek penyalahgunaan zat dalam tubuh

Tujuan

- a) Klien akan mengungkapkan pemahaman tentang kondisi / proses penyakitnya dan rencana perawatannya.
- b) Klien akan menunjukkan perubahan gaya hidup untuk tetap abstinen.
- c) Klien akan berpartisipasi aktif dalam recoverynya

Intervensi

- a) Kaji tingkat pengetahuan klien tentang efek drug terhadap tubuh
- b) Kaji tingkat ansietas dan kesiapan klien untuk belajar
- c) Tetapkan metode pengajaran yang paling tepat untuk klien, misalnya diskusi, tanya jawab, penggunaan audio visual, metode oral atau tulisan.
- d) Kembangkan rencana pengajaran, termasuk objektif yang dapat diukur untuk mengajar

- e) Libatkan orang terdekat klien jika mungkin
- f) Lakukan pendidikan kesehatan pada waktu tepat dan di tempat yang kondusif
- g) Tanyakan kepada klien tentang apa saja yang dapat menyebabkan penyalahgunaan zat
- h) Tanyakan pada klien apa saja yang dapat terjadi sebagai akibat penyalahgunaan zat
- i) Kaji cara apa yang digunakan klien untuk menolak keinginan menggunakan zat
- j) Memberi reinforcement terhadap apa yang di kemukakan klien, terutama cara yang tepat yang telah dipergunakan oleh klien
- k) Mendiskusikan dengan klien tentang cara baru untuk menolak keinginan menggunakan zat.
- l) Meminta klien untuk mengulang tentang cara baru menolak keinginan menggunakan zat.
- m) Menganjurkan klien untuk melatih cara baru yang telah dibahas selama berada di rumah sakit.
- n) Mulai dari konsep-konsep yang sederhana kemudian yang kompleks
- o) Berikan umpan balik positif untuk meningkatkan partisipasi klien.

I. Evaluasi

1. Klien dengan masalah : koping individu tidak efektif : denial
 - a. Klien mengalihkan perhatian dari isu-isu eksternal dan berfokus pada hasil perilaku yang dihubungkan dengan penggunaan zat

- b. Klien akan menerima tanggungjawab untuk perilakunya sendiri dan mengakui hubungan antara penggunaan zat dan masalah-masalah pribadinya
 - c. Klien menyatakan mau mengikuti kegiatan di ruang rehabilitasi
2. Klien dengan masalah : resiko perilaku kekerasan
- a. Klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan
 - b. Klien menunjukkan perilaku dapat mengontrol diri dan tidak membahayakan
 - c. Klien tampak rileks
3. Klien dengan masalah : gangguan pola tidur
- a. Klien melaporkan perbaikan pada pola tidur, misalnya jam tidur bertambah dan klien dapat tidur pada jam yang ditentukan.
 - b. Klien mengungkapkan peningkatan kesegaran tubuh
4. Klien dengan masalah : ketidakberdayaan
- a. Klien mengungkapkan dirinya memerlukan pengobatan dan perawatan serta menyadari tidak mampu mengontrol adiksinya tanpa bantuan pihak lain
 - b. Klien akan aktif berpartisipasi dalam program
 - c. Klien menunjukkan gaya hidup sehat sebagai usaha untuk meningkatkan dan mempertahankan status kesehatannya
 - d. Senantiasa bergabung dalam kelompok pendukung senasib
5. Klien dengan masalah : gangguan nutrisi
- a. Adanya peningkatan berat badan yang progresif

- b. Nilai laboratorium normal dan tidak ada tanda malnutrisi
 - c. Menunjukkan perubahan gaya hidup untuk meningkatkan dan mempertahankan berat badan yang ideal
6. Klien dengan masalah : gangguan konsep diri : harga diri rendah
- a. Klien akan menerima tanggung jawab atas kegagalan pribadinya dengan mengatakan "zat" mempunyai peranan dalam kegagalan tersebut
 - b. Klien akan menunjukkan peningkatan harga diri, yang ditunjukkan melalui ekspresi verbal tentang aspek-aspek positif dirinya, keberhasilannya dan prospek untuk masa depan
7. Klien dengan masalah : koping keluarga tidak efektif
- a. Klien akan mengungkapkan dinamika saling tergantung (addict-eo-addict) dan berpartisipasi dalam program individu dan keluarga.
 - b. Klien mampu mengidentifikasi perilaku dan konsekuensi dari koping yang tidak efektif
 - c. Klien menunjukkan dan merencanakan perubahan gaya hidup yang diperlukan. Klien melakukan perubahan perilaku yang dapat merusak diri, juga merubah perilaku yang memperberat adiksi klien/keluarga.
8. Klien dengan masalah : disfungsi seksual
- a. Klien akan menunjukkan sikap menerima terhadap efek penggunaan zat pada fungsi seksual.
 - b. Klien mampu mengidentifikasi intervensi untuk memperbaiki kondisinya.

9. Klien dengan masalah : kurangnya pengetahuan mengenai efek-efek penyalahgunaan zat dalam tubuh.
- Klien akan mengungkapkan pemahaman tentang kondisi, proses penyakitnya dan rencana perawatannya.
 - Klien akan menunjukkan perubahan gaya hidup untuk setiap abstinen.
 - Klien akan berpartisipasi aktif dalam recoverynya.

TEST

1. Tn. A, usia 25 tahun, dirawat di unit rehabilitasi NAPZA sejak \pm 1 bulan yang lalu. Perawatan ini adalah untuk yang ke-3 kalinya karena Tn. A selalu gagal menolak ajakan teman untuk mengkonsumsi Heroin. Apakah jenis NAPZA yang dikonsumsi Tn. A?
- Opiat
 - Ganja
 - Sedatif hipnotik
 - Nikotin
 - Halusinogen
2. Tn. A, usia 25 tahun, dirawat di unit rehabilitasi NAPZA sejak \pm 1 bulan yang lalu. Perawatan ini adalah untuk yang ke-3 kalinya karena Tn. A selalu gagal menolak ajakan teman untuk mengkonsumsi Heroin karena selalu timbul tanda dan gejala yang menyebabkan Tn. A tidak nyaman apabila mengurangi atau menghentikan penggunaan napza. Apakah istilah yang menyebabkan Tn. A tidak nyaman apabila mengurangi atau menghentikan penggunaan napza:

- A. Intoksikasi
- B. Putus zat
- C. Toleransi
- D. Pernyalahgunaan
- E. Sugesti

3. Sudah \pm 1 bulan ini Tn. A, usia 25 tahun, dirawat di unit rehabilitasi NAPZA. Tetapi belum tampak perubahan kondisi fisik dan psikis dari Tn. A akibat penggunaan NAPZA tersebut. Bahkan Tn. A merasakan nyeri mata, hidung berair, perasaan panas dingin, gelisah dan tidak bisa tidur. Apakah tanda dan gejala yang ditemukan pada Tn. A:

- A. Intoksikasi Heroin
- B. Putus zat Heroin
- C. Intoksikasi Ganja
- D. Putus zat Ganja
- E. Intoksikasi Alkohol

4. An. S, usia 15 tahun, dirawat di unit rehabilitasi NAPZA sejak \pm 1 bulan yang lalu. Perawatan ini adalah untuk yang ke-2 kalinya karena An. S selalu gagal menolak ajakan teman untuk memakai NAPZA kembali dan An. S selalu mengalami keinginan yang kuat sekali untuk memakai NAPZA kembali. An. S menyatakan telah menggunakan NAPZA sejak usia \pm 14 tahun yang berawal saat duduk dibangku SMP bersama teman-temannya untuk sekedar coba-coba. An. S juga menyatakan bahwa sering tidak betah berada di rumah karena di rumah sepi, kedua orang tua selalu sibuk dengan urusan masing-masing dan bila bertemu selalu bertengkar. Awal mula penyalahgunaan NAPZA oleh An. S berada pada rentang respon

- A. Eksperimen
- B. Situasional
- C. Penyalahgunaan
- D. Ketergantungan
- E. Rekreasi

REFERENSI

1. Departemen Kesehatan (2000) *Pedoman Diagnosa dan Terapi Karban Narkotika*, Departemen Kesehatan RI : Jakarta
2. Hawari, d (2000) *Penyalahgunaan dan Ketrgantungan NAPZA*, FKUI, Jakarta

TOPIK 12

KONSEP RECOVERY DAN SUPPORTIVE ENVIRONMENT

A. Konsep Recovery

Orang dengan gangguan jiwa berat yang mendapatkan dukungan tepat dan secara individual, dapat pulih dari penyakitnya dan memiliki kehidupan yang memuaskan serta produktif. Recovery merupakan suatu proses perjalanan mencapai kesembuhan dan transformasi yang memungkinkan seseorang dengan gangguan jiwa untuk hidup bermakna di komunitas yang dipilihnya untuk mencapai potensi yang dimilikinya (USDHHS, 2006 dalam Stuart, 2013). Recovery merupakan proses dimana seseorang mampu untuk hidup, bekerja, belajar dan berpartisipasi secara penuh dalam komunitasnya. Recovery berimplikasi terhadap penurunan atau pengurangan gejala secara keseluruhan (Ware et al, 2008 dalam Stuart 2013).

Kekuatan diri merupakan pondasi dari dukungan dan sistem recovery yang berpusat pada diri sendiri dan motivasi diri. Aspek terpenting dari recovery didefinisikan oleh setiap individu dengan pertolongan dari pemberi layanan kesehatan jiwa dan orang-orang yang sangat penting dalam kehidupannya (Stuart, 2010). Individu menerima dukungan pemulihan melalui aktivitas yang didefinisikan sebagai rehabilitasi, yang merupakan proses menolong seseorang kembali kepada level fungsi tertinggi yang dapat dicapai. Recovery gangguan jiwa merupakan gabungan pelayanan sosial, edukasi, okupasi, perilaku dan kognitif yang bertujuan pada pemulihan jangka panjang dan memaksimalkan kecukupan diri (Stuart, 2013)

Sejumlah praktik berbasis bukti mendukung dan meningkatkan pemulihan meliputi : *tritmen asertif komunitas komunitas, dukungan bekerja, manajemen dan pemulihan penyakit, tritmen terintegrasi untuk*

mendampingi kejadian berulang gangguan jiwa dan penyalahgunaan zat, psikoedukasi keluarga, manajemen pengobatan. Dukungan pemulihan dalam asuhan keperawatan jiwa meliputi bekerja dengan tim tritmen multidisiplin yang meliputi psikiater, psikolog, pekerja sosial, konselor, terapis okupasi, pakar konsumen dan teman sejawat, manajer kasus, pengacara keluarga, pakar pengambil kebijakan. Dukungan ini juga membutuhkan perawat untuk berfokus pada tiga elemen yaitu : individu, keluarga dan komunitas (Stuart, 2013)

B. Manfaat & Peran Perawat Pada Pemberian Terapi pada Proses Penyembuhan

Pemberian terapi adalah berbagai pendekatan penanganan klien gangguan jiwa yang bervariasi, yang bertujuan untuk mengubah perilaku klien dengan gangguan jiwa dengan perilaku mal adaptifnya menjadi perilaku yang adaptif. Perawat sebagai terapis mendasarkan potensi yang dimiliki pasien sebagai titik tolak terapi atau penyembuhan dengan memberikan berbagai macam terapi Generalis maupun Spesialis.

Dalam pemberian terapi perawat sebagai terapis senantiasa berdasarkan pada kompetensi yang dia miliki dan kondisi pasien yang menjadi titik tolak terapi atau penyembuhan. Efektivitas terapi komplementer dan alternatif (CAM) telah banyak dibuktikan oleh klinisi yang merujuk klien ke praktisi CAM baik sebagai terapi tunggal ataupun terapi tambahan dalam terapi konvensional. Terapi CAM dapat memberi dampak penting dalam praktik keperawatan kesehatan jiwa. Terapi alternatif telah banyak dirasakan bermanfaat, aman, hemat biaya, dan mudah dilaksanakan di tatanan kesehatan jiwa. Terapi alternatif komplementer (CAM) dapat dilakukan oleh perawat (Stuart, 2013).

Keperawatan termasuk dalam posisi yang ideal dalam memberikan perawatan dengan menggabungkan banyak terapi CAM untuk mengatasi gejala yang dialami oleh klien dengan gangguan jiwa. Disamping itu terapi CAM yang memberdayakan klien dapat memperkuat hubungan antar perawat dan klien dalam meningkatkan proses pemulihan (Stuart, 2013).

C. Pengertian Supportive Environmen

Wermon dan Rockland berpendapat bahwa penyebab gangguan jiwa adalah faktor biopsikososial dan respons maladaptif saat ini. Aspek social seperti susah bergaul, menarik diri, tidak disukai, bermusuhan, tidak mampu mendapatkan pekerjaan, dan sebagainya. Semua hal tersebut terakumulasi menjadi penyebab gangguan jiwa. Prinsip proses terapi pada model supportif adalah menguatkan respon coping adaptif. Dengan adanya terapi tersebut pasien mampu mengidentifikasi dan mengenal kekuatan atas kemampuan mana yang dapat digunakan untuk alternatif pemecahan masalah. Terapi ini mengupayakan menjalin suatu hubungan yang hangat dan empatik dengan klien untuk membantu menemukan coping klien yang adaptif (Nurhalimah, NS. 2016).

D. Bentuk-bentuk supportive environment

(dalam Isnawati & Suhariadi, 2013)

1. Appraisal support

Merupakan suatu penanganan dalam membantu pasien memecahkan suatu masalah untuk mengurangi stresor dengan memberikan suatu nasehat.

2. Tangible support

Yaitu suatu dukungan yang nyata dalam membantu pasien dengan tindakan atau bantuan fisik pada pasien.

3. Self esteem support

Merupakan dukungan yang diberikan oleh orang lain terhadap perasaan seseorang sebagai bagian dari sebuah kelompok dan dimana setiap anggotanya memiliki kaitan antara satu sama lain.

4. Bolonging support

Yaitu suatu dukungan untuk membuat seseorang memberanikan diri menunjukkan perasaan diterima dalam suatu kelompok dan memiliki suatu perasaan kebersamaan.

E. Manfaat support environment (dalam King, 2012)

1. Bantuan yang nyata

Memberikan suatu dukungan keluarga dan kerabat pasien dapat memberikan suatu barang maupun jasa didalam kondisi yang penuh stres. Sedangkan menurut Apollo & Cahyadi (2012) bantuan yang nyata disebut dengan bantuan yang berupa instrumental yaitu bantuan uang dan kesempatan.

2. Informasi

Dalam membantu seseorang untuk mencapai sebuah coping yang baik setiap individu dapat memberikan dukungan dan juga merekomendasikan tindakan serta rencana. Informasi mungkin sportif jika ia relevan dengan penilaian diri, seperti pemberian nasehat tentang apa yang harus dilakukan.

3. Dukungan emosional

Untuk dapat menenangkan individu yang tengah mengalami stres keluarga serta kerabat dapat membantu dengan memberikan suatu penenangan pikiran dan meredam emosinya dan meyakinkan mereka bahwa banyak orang yang mencintainya dan menyayangi. Kita dapat menunjukkan kepada mereka bahwa kita peduli terhadap mereka. Dukungan emosional berupa penghargaan, cinta, kepercayaan,

perhatian, dan kesediaan untuk mendengarkan.

A. Terapi Lingkungan

1. Pengertian Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan adalah suatu tindakan penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa melalui manipulasi unsur yang ada di lingkungan dan berpengaruh terhadap penyembuhan pasien gangguan jiwa. Terapi lingkungan (terapi Milieu) didefinisikan sebagai tujuan penggunaan lingkungan untuk tujuan terapeutik. setiap interaksi dengan pasien terlihat memiliki hasil yang berpotensi menguntungkan dalam mempromosikan fungsi optimal (Wilson, 1992)

2. Tujuan Terapi Lingkungan

- a. Meningkatkan pengalaman positif pasien khususnya yang mengalami gangguan mental, dengan cara membantu individu dalam mengembangkan harga diri.
- b. Meningkatkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain.
- c. Menumbuhkan sikap percaya pada orang lain.
- d. Mempersiapkan diri kembali ke masyarakat.
- e. Mencapai perubahan yang positif

3. Jenis-jenis kegiatan terapi lingkungan

a. Terapi Rekreasi rekreasi

Terapi rekreasi adalah suatu kegiatan yang dilakukan pada waktu luang, bertujuan agar pasien dapat melakukan kegiatan secara konstruktif dan menyenangkan juga mengembangkan kemampuan hubungan social. Di dalam ruang perawatan yang bertugas sebagai pemimpin terapi adalah perawat, dimana perawat harus menyesuaikan kegiatan dengan tingkat umur pasien. Contohnya, kegiatan yang banyak mengeluarkan

tenaga seperti bulu tangkis, berenang, basket, dan lain-lain diberikan kepada pasien dengan tingkatan umur remaja, sedangkan untuk kegiatan yang tidak banyak mengeluarkan tenaga seperti bermain catur, karambol, kartu, dan sebagainya dapat diberikan kepada pasien dengan tingkatan umurdewasa (orangtua)

b. Terapi kreasi seni

Dalam terapi ini perawat berperan sebagai leader dan bekerja sama dengan orang lain yang ahli dalam bidangnya karena harus disesuaikan dengan bakat dan minat, beberapa diantaranya adalah

1) Dance therapy / menari

Terapi yang menggunakan bentuk ekspresi non verbal dengan gerakan tubuh dengan tujuan mengkomunikasikan tentang perasaan dan kebutuhan pasien.

2) Terapi musik

Suatu terapi yang dilakukan melalui music dengan tujuan untuk memberikan kesempatan kepada para pasien dalam mengekspresikan perasaannya seperti kesepian, sedih, dan bahagia

3) Terapi menggambar/melukis

Terapi menggambar/melukis dapat memberikan kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan tentang apa yang sedang terjadi pada dirinya. Selain itu terapi ini juga dapat membantu menurunkan ketegangan dan pasien dapat memusatkan pikiran pada kegiatan.

4) Literatur/biblio therapy

Terapi ini bertujuan untuk mengembangkan wawasan diri pasien dan merupakan cara untuk mengekspresikan perasaan/pikiran sesuai dengan norma yang ada. Kegiatan dalam terapi ini dapat berupa membaca seperti novel, buku-buku, majalah, dan kemudian bahan

bacaan didiskusikan bersama oleh para pasien.

5) Pet therapy

Pet therapy bertujuan menstimulasi respon pasien yang tidak mampu melakukan hubungan interaksi dengan orang lain dan biasanya mereka merasa kesepian, dan menyendiri. Terapi menggunakan sarana binatang yang dapat memberikan respon menyenangkan kepada pasien dan sering kali digunakan pada pasien anak dengan autistic.

6) Plant therapy

Terapi ini mengajarkan pasien untuk memelihara makhluk hidup dan membantu pasien membina hubungan yang baik antar pribadi yang satu dengan yang lain. Objek yang digunakan dalam terapi ini adalah tanaman/tumbuhan.

7) Peran Keluarga dalam Terapi Lingkungan

- a) Keluarga harus memiliki pengetahuan, pengalaman tentang kejiwaan dan gangguan serta terapi agar pasien mendapatkan kebutuhan yang terbaik.
- b) Komunikasi terbuka antara penderita dan anggota keluarga.
- c) Keluarga juga harus bersikap bersahabat atau berteman.
- d) Pencipta lingkungan yang aman dan nyaman.

8) Peran Perawat dalam Terapi Lingkungan

- a) Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman.
- b) Menyelenggarakan proses sosialisasi.
- c) Sebagai teknis perawatan.
- d) Sebagai leader atau pengelola.

TEST

1. Perjalanan hidup klien dalam mengatasi permasalahan setiap hari, dapat hidup mandiri, memiliki harapan, keyakinan dan kekuatan dalam menentukan nasibnya sendiri, merupakan pengertian dari ?
 - a. Penyembuhan
 - b. Proses
 - c. Supportive environment
 - d. Recovery
 - e. Self Care Deficit
2. Membantu pasien kembali pada keadaan seimbang ketika mengalami stress melalui pengurangan atau menghilangkan sumber stress dan mendukung proses adaptif termasuk kedalam jenis model recovery ?
 - a. Goal attainment
 - b. Behavioral system
 - c. System Model
 - d. Interpersonal Relations
 - e. Transpersonal Caring

REFERENSI

1. Carson, V.B. (2000). *Mental health Nursing : The Nurse-pasient journey (2th ed)*. Philadelphia: W.B. Sauder Company
2. Fortinas, K.M., & Holoday W.P.A (2006), *Pscyatric nursing care plans*, St. Louis, Mosby Your Book
3. Frisch N, & Frisch A. (2011). *Pscyatric mental health Nursing*, 4 ed. Australia : Delmar CENGAGE learning

4. Gail. William, Mark Soucy (2013). *Course Overview – Role of the advanced Practice Nurse & Primary Care Issue of mental health/therapeutic use of self*. School of Nursing, The University of Texas Health Science Center at San Antonio
5. Halter, MJ. (2014). *Varcaroli's Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. 7th edition. Saunder : Elsevier Inc

TOPIK 13

KONSEP PELAYANAN MANAJEMEN PELAYANAN JIWA PROFESIONAL KLINIK & JIWA KOMUNITAS

A. Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP)

1. Pengertian

Model praktik keperawatan profesional (MPKP) adalah suatu system (struktur, proses dan nilai-nilai profesional), yang memfasilitasi perawat profesional, mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan tempat asuhan tersebut diberikan (Ratna Sitorus & Yuli, 2006). Aspek struktur ditetapkan jumlah tenaga keperawatan berdasarkan jumlah klien sesuai dengan derajat ketergantungan klien. Penetapan jumlah perawat sesuai kebutuhan klien menjadi hal penting, karena bila jumlah perawat tidak sesuai dengan jumlah tenaga yang dibutuhkan, tidak ada waktu bagi perawat untuk melakukan tindakan keperawatan. Selain jumlah, perlu ditetapkan pula jenis tenaga yaitu PP dan PA, sehingga peran dan fungsi masing-masing tenaga sesuai dengan kemampuan dan terdapat tanggung jawab yang jelas. Pada aspek struktur ditetapkan juga standar renpra, artinya pada setiap ruang rawat sudah tersedia standar renpra berdasarkan diagnosa medik dan atau berdasarkan sistem tubuh. Pada aspek proses ditetapkan penggunaan metode modifikasi keperawatan primer (kombinasi metode tim dan keperawatan primer).

2. Tujuan

- a. Menjaga konsistensi asuhan keperawatan
- b. Mengurangi konflik, tumpang tindih dan kekososongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.

- c. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
- d. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijakan dan keputusan.
- e. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap tim keperawatan

3. Pilar – pilar dalam Model Praktik Keperawatan Professional (MPKP)

Dalam model praktik keperawatan professional terdiri dari empat pilar diantaranya adalah

- a. Pilar I : pendekatan manajemen (manajemen approach) Dalam model praktik keperawatan mensyaratkan pendekatan manajemen sebagai pilar praktik perawatan professional yang pertama. Pada pilar I yaitu pendekatan manajemen terdiri dari:

1) Perencanaan dengan kegiatan perencanaan yang dipakai di ruang MPKP meliputi (perumusan visi, misi, filosofi, kebijakan dan rencana jangka pendek ; harian, bulanan, dan tahunan) Perencanaan adalah keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang hal-hal yang akan dikerjakan dimasa mendatang dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan (Siagian, 1990). Perencanaan dapat juga diartikan sebagai suatu rencana kegiatan tentang apa yang harus dilakukan, bagaimana kegiatan itu dilaksanakan, dimana kegiatan itu dilakukan. Jenis-jenis perencanaan terdiri dari :

- a) Rencana jangka panjang, yang disebut juga perencanaan strategis yang disusun untuk 3 sampai 10 tahun.
- b) Rencana jangka menengah dibuat dan berlaku 1 sampai 5 tahun.
- c) Rencana jangka pendek dibuat 1 jam sampai dengan 1 tahun.

Hirarki dalam perencanaan terdiri dari perumusan visi, misi, filosofi, peraturan, kebijakan, dan prosedur (Marquis & Houston, 1998). Kegiatan perencanaan yang dipakai di ruang MPKP meliputi perumusan visi, misi, filosofi dan kebijakan. Sedangkan untuk jenis perencanaan yang diterapkan adalah perencanaan jangka pendek yang meliputi rencana kegiatan harian, bulanan, dan tahunan.

2) Visi Di Ruang MPKP

Visi adalah pernyataan singkat yang menyatakan mengapa organisasi itu dibentuk serta tujuan organisasi tersebut. Visi perlu dirumuskan sebagai landasan perencanaan organisasi. Contoh visi di Ruang MPKP RSJ Tampan Prov.Riau adalah “Mengoptimalkan kemampuan hidup klien gangguan jiwa sesuai dengan kemampuannya dengan melibatkan keluarga.”

3) Misi Di Ruang MPKP

Misi adalah pernyataan yang menjelaskan tujuan organisasi dalam mencapai visi yang telah ditetapkan. Contoh misi di Ruang MPKP RSJ Tampan Prov.Riau adalah “Memberikan pelayanan prima secara holistik meliputi bio, psiko, sosio dan spiritual dengan pendekatan keilmuan keperawatan kesehatan jiwa yang professional.”

4) Filosofi Di Ruang MPKP

Filosofi adalah seperangkat nilai-nilai kegiatan yang menjadi rujukan semua kegiatan dalam organisasi dan menjadi landasan dan arahan seluruh perencanaan jangka panjang. Nilai-nilai dalam filosofi dapat lebih dari satu. Beberapa contoh pernyataan filosofi :

- a) Individu memiliki harkat dan martabat
 - b) Individu mempunyai tujuan tumbuh dan berkembang
 - c) Setiap individu memiliki potensi berubah
 - d) Setiap orang berfungsi holistik (berinteraksi dan bereaksi terhadap lingkungan)
- 5) Kebijakan Di Ruang MPKP
- a) Kebijakan adalah pernyataan yang menjadi acuan organisasi dalam pengambilan keputusan.
 - b) Contoh kebijakan di ruang MPKP RSMM Bogor:
 - c) “Kepala Ruangan MPKP dipilih melalui fit and proper test”
 - d) “Staf MPKP bertugas berdasarkan SK”
- 6) Rencana Jangka Pendek Di Ruang MPKP

Rencana jangka pendek yang diterapkan di ruang MPKP terdiri dari rencana harian, bulanan dan tahunan.

7) Rencana harian

Rencana harian adalah kegiatan yang akan dilaksanakan oleh perawat sesuai dengan perannya masing-masing, yang dibuat pada setiap shift. Isi kegiatan disesuaikan dengan peran dan fungsi perawat. Rencana harian dibuat sebelum operan dilakukan dan dilengkapi pada saat operan dan pre conference.

a) Rencana Harian Kepala Ruangan

Isi rencana harian Kepala Ruangan meliputi :

- Asuhan keperawatan
- Supervisi Katim dan Perawat pelaksana
- Supervisi tenaga selain perawat dan kerja sama dengan unit lain yang terkait
- Kegiatan tersebut meliputi antara lain:

- Operan
- Pre conference dan Post conference
- Mengecek SDM dan sarana prasarana
- Melakukan interaksi dengan pasien baru atau pasien yang memerlukan perhatian khusus
- Melakukan supervisi pada ketua tim/perawat pelaksana
- Hubungan dengan bagian lain terkait rapat-rapat terstruktur/insidental
- Mengecek ulang keadaan pasien, perawat, lingkungan yang belum teratasi.
- Mempersiapkan dan merencanakan kegiatan asuhan keperawatan untuk sore, malam, dan besok sesuai tingkat ketergantungan pasien.

b) Rencana Harian Ketua Tim

- Isi rencana harian Ketua Tim adalah:
- Penyelenggaraan asuhan keperawatan pasien pada tim yang menjadi tanggung jawabnya.
- Melakukan supervisi perawat pelaksana.
- Kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain.
- Alokasi pasien sesuai perawat yang dinas. Kegiatan tersebut meliputi antara lain:
- Operan
- Pre conference dan Post conference
- Merencanakan asuhan keperawatan
- Melakukan supervisi perawat pelaksana.
- Menulis dokumentasi

- Memeriksa kelengkapan dokumentasi askep
- Alokasi pasien sesuai dengan perawat yang dinas

c) Rencana Harian Perawat Pelaksana

Isi rencana harian perawat pelaksana adalah Tindakan keperawatan untuk sejumlah pasien yang dirawat pada shift dinasnya. Rencana harian perawat pelaksana shift sore dan malam agak berbeda jika hanya satu orang dalam satu tim maka perawat tersebut berperan sebagai ketua tim dan perawat pelaksana sehingga tidak ada kegiatan pre dan post conference.

Kegiatan tersebut meliputi antara lain:

- Operan
- Pre conference dan Post conference
- Mendokumentasikan askep

d) Penilaian Rencana Harian Perawat

Untuk menilai keberhasilan dari perencanaan harian dilakukan melalui observasi menggunakan instrumen jurnal rencana harian. Setiap Ketua Tim mempunyai instrument dan mengisinya setiap hari. Pada akhir bulan dapat dihitung presentasi pembuatan rencana harian masing-masing perawat.

$$\text{Presentasi RH} = \frac{\text{Jumlah RH yg dibuat}}{\text{Jumlah hari dinas pd bulan tersebut}} \times 100\%$$

8) Rencana bulanan

a) Rencana bulanan karu

Setiap akhir bulan Kepala Ruangan melakukan evaluasi hasil keempat pilar atau nilai MPKP dan berdasarkan hasil evaluasi tersebut kepala ruangan akan membuat rencana tindak lanjut dalam rangka peningkatan kualitas hasil. Kegiatan yang mencakup rencana bulanan karu adalah: Membuat jadwal dan memimpin case conference.

- Membuat jadwal dan memimpin Pendidikan kesehatan kelompok keluarga
- Membuat jadwal dinas
- Membuat jadwal dan memimpin rapat bulanan perawat
- Membuat jadwal dan memimpin rapat tim Kesehatan
- Membuat jadwal supervisi dan penilaian kinerja ketua tim dan perawat pelaksana
- Melakukan audit dokumentasi
- Membuat laporan bulanan

-

b) Rencana bulanan ketua Tim

Setiap akhir bulan ketua tim melakukan evaluasi tentang keberhasilan kegiatan yang dilakukan ditimnya. Kegiatan-kegiatan yang mencakup rencana bulanan katim adalah:

- Mempresentasikan kasus dalam case conference
- Memimpin pendidikan kesehatan kelompok keluarga
- Melakukan supervisi perawat pelaksana.

9) Rencana tahunan

Setiap akhir tahun Kepala Ruangan melakukan evaluasi hasil kegiatan dalam satu tahun yang dijadikan sebagai acuan rencana tindak lanjut serta penyusunan rencana tahunan berikutnya. Rencana kegiatan tahunan mencakup:

- a) Menyusun laporan tahunan yang berisi tentang kinerja MPKP baik proses kegiatan (aktifitas yang sudah dilaksanakan dari 4 pilar praktek profesional) serta evaluasi mutu pelayanan.
- b) Melaksanakan rotasi tim untuk penyegaran anggota masing-masing tim.
- c) Penyegaran terkait materi MPKP khusus kegiatan yang masih rendah pencapaiannya. Ini bertujuan mempertahankan kinerja yang telah dicapai MPKP bahkan meningkatkannya dimasa mendatang.
- d) Pengembangan SDM dalam bentuk rekomendasi peningkatan jenjang karier perawat (pelaksana menjadi katim, katim menjadi karu), rekomendasi untuk melanjutkan pendidikan formal, membuat jadwal untuk mengikuti pelatihan-pelatihan.

10) Pengorganisasian

Dengan menyusun struktur organisasi, jadwal dinas dan daftar alokasi pasien. Pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas untuk mencapai tujuan, penugasan suatu kelompok tenaga keperawatan, menentukan cara dari pengkoordinasian aktivitas yang tepat, baik vertikal maupun horizontal, yang bertanggung jawab untuk mencapai tujuan organisasi. Pengorganisasian kegiatan dan tenaga perawat di ruang MPKP menggunakan

pendekatan sistem penugasan modifikasi Keperawatan Tim Primer. Secara vertikal ada kepala ruangan, ketua tim, dan perawat pelaksana. Setiap tim bertanggung jawab terhadap sejumlah pasien. Pengorganisasian di ruang MPKP terdiri dari:

a) Struktur organisasi

Struktur organisasi adalah susunan komponen-komponen dalam suatu organisasi (Sutopo, 2000). Pada pengertian struktur organisasi menunjukkan adanya pembagian kerja dan menunjukkan bagaimana fungsi-fungsi atau kegiatan yang berbeda-beda diintegrasikan atau dikoordinasikan. Struktur organisasi juga menunjukkan spesialisasi pekerjaan. Struktur organisasi Ruang MPKP menggunakan sistem penugasan Tim primer keperawatan. Ruang MPKP dipimpin oleh Kepala Ruangan yang membawahi dua atau lebih Ketua Tim. Ketua Tim berperan sebagai perawat primer membawahi beberapa Perawat Pelaksana yang memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh kepada sekelompok pasien.

Mekanisme Pelaksanaan Pengorganisasian di Ruang MPKP

- i. Kepala ruangan membagi perawat yang ada menjadi 2 Tim dan tiap Tim diketuai masing-masing oleh seorang ketua Tim yang terpilih.
- ii. Kepala ruangan bekerja sama dengan ketua Tim mengatur jadwal dinas (pagi, sore, malam)
- iii. Kepala Ruangan membagi pasien untuk masing-masing Tim.

- iv. Apabila suatu ketika satu Tim kekurangan Perawat Pelaksana karena kondisi tertentu. Kepala Ruangan dapat memindahkan Perawat Pelaksana dari Tim ke Tim yang mengalami kekurangan anggota.
- v. Kepala ruangan menunjuk penanggung jawab shift sore, malam, dan shift pagi apabila karena sesuatu hal kepala ruangan sedang tidak bertugas. Untuk itu yang dipilih adalah perawat yang paling kompeten dari perawat yang ada. Sebagai pengganti Kepala Ruangan adalah Ketua Tim, sedangkan jika Ketua Tim berhalangan, tugasnya digantikan oleh anggota Tim (perawat pelaksana) yang paling kompeten di antara anggota tim.
 - vi. Ketua Tim menetapkan perawat pelaksana untuk masing-masing pasien.
 - vii. Ketua mengendalikan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien baik yang diterapkan oleh dirinya maupun oleh Perawat Pelaksana anggota Timnya.
 - viii. Kolaborasi dengan Tim Kesehatan lain dilakukan oleh Ketua Tim. Bila Ketua Tim karena suatu hal tidak sedang bertugas maka tanggung jawabnya didelegasikan kepada perawat paling kompeten yang ada di dalam Tim.
 - ix. Masing-masing Tim memiliki buku Komunikasi.
 - x. Perawat pelaksana melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya.

b) Daftar Dinas Ruangan

Daftar yang berisi jadual dinas, perawat yang bertugas, penanggung jawab dinas/shift Daftar dinas disusun

berdasarkan Tim, dibuat dalam 1 minggu sehingga perawat sudah mengetahui dan mempersiapkan dirinya untuk melakukan dinas. Pembuatan jadual dinas perawat dilakukan oleh kepala ruangan pada hari terakhir minggu tersebut untuk jadual dinas pada minggu yang selanjutnya bekerjasama dengan Ketua Tim. Setiap Tim mempunyai anggota yang berdinas pada pagi, sore, dan malam, dan yang lepas dari dinas (libur) terutama yang telah berdinas pada malam hari.

c) Daftar Pasien

Daftar pasien adalah daftar yang berisi nama pasien, nama dokter, nama perawat dalam tim, penanggung jawab pasien, dan alokasi perawat saat menjalankan dinas di tiap shift. Daftar pasien adalah daftar sejumlah pasien yang menjadi tanggung jawab tiap Tim selama 24 jam. Setiap pasien mempunyai perawat yang bertanggung jawab secara total selama dirawat dan juga setiap shift dinas. Dalam daftar pasien tidak perlu mencantumkan diagnosa dan alamat agar kerahasiaan pasien terjaga. Daftar pasien dapat juga menggambarkan tanggung jawab dan tanggung gugat perawat atas asuhan keperawatan pasien sehingga terwujudlah keperawatan pasien yang holistik. Daftar pasien juga memberi informasi bagi kolega kesehatan lain keluarga untuk berkolaborasi tentang perkembangan dan keperawatan pasien. Daftar pasien di Ruangan diisi oleh ketua Tim sebelum operan dengan dinas berikutnya dan dapat dimodifikasi sesuai kebutuhan. Alokasi pasien terhadap perawat yang dinas pagi, sore atau malam dilakukan oleh ketua

Tim berdasarkan jadwal dinas. Kegiatan ini dilakukan sebelum operan dari dinas pagi ke dinas sore.

11) Pengarahan

Dalam pengarahan terdapat kegiatan delegasi, supervise, menciptakan iklim motifasi, manajemen waktu, komunikasi efektif yang mencakup pre dan post conference, dan manajemen konflik Pengarahan yaitu penerapan perencanaan dalam bentuk tindakan dalam rangka mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Istilah lain yang digunakan sebagai padanan pengarahan adalah pengkoordinasian, pengaktifan. Apapun istilah yang digunakan pada akhirnya yang bermuara pada ”melaksanakan” kegiatan yang telah direncanakan sebelumnya (Marquis & Houston, 1998). Dalam pengarahan, pekerjaan diuraikan dalam tugas-tugas yang mampu kelola, jika perlu dilakukan pendelegasian. Untuk memaksimalkan pelaksanaan pekerjaan oleh staf, seorang manajer harus melakukan upaya-upaya (Marquis & Houston, 1998) sebagai berikut:

- a) Menciptakan iklim motivasi
- b) Mengelola waktu secara efisien
- c) Mendemonstarikan keterampilan komunikasi yang terbaik
- d) Mengelola konflik dan memfasilitasi kolaborasi
- e) Melaksanakan sistem pendelegasian dan supervise
- f) Negosiasi

Di ruangan MPKP pengarahan diterapkan dalam bentuk kegiatankegiatan sebagai berikut:

- a) Menciptakan budaya motivasi

- b) Manajemen waktu: Rencana Harian
- c) Komunikasi efektif melalui kegiatan:
 - Operan antar shift
 - Pre conference tim
 - Post conference tim
 - Manajemen konflik
 - Pendelegasian dan supervisi

12) Pengendalian.

Proses terakhir dari manajemen adalah pengendalian atau pengontrolan. Fayol mendefinisikan kontrol sebagai "Pemeriksaan apakah segala sesuatunya terjadi sesuai dengan rencana yang telah disepakati, instruksi yang dikeluarkan, serta prinsip-prinsip yang ditentukan, yang bertujuan untuk menunjukkan kekurangan dan kesalahan agar dapat diperbaiki dan tidak terjadi lagi". Pengontrolan penting dilakukan untuk mengetahui fakta yang ada, sehingga jika muncul issue dapat segera direspon dengan cara duduk bersama. Pengendalian adalah upaya mempertahankan kualitas, mutu atau standar. Output (hasil) dari suatu pekerjaan dikendalikan agar memenuhi keinginan (standar) yang telah ditetapkan. Pengendalian difokuskan pada proses yaitu pelaksanaan asuhan keperawatan dan pada output (hasil) yaitu kepuasan pelanggan (pasien), keluarga, perawat dan dokter. Indikator mutu yang merupakan output adalah BOR, ALOS, TOI, audit dokumen keperawatan. Survei masalah keperawatan diperlukan untuk rencana yang akan datang. Kepala Ruangan akan membuat laporan hasil kerja bulanan tentang semua kegiatan yang dilakukan terkait dengan MPKP. Data tentang indikator

mutu dapat bekerja sama dengan tim rumah sakit atau ruangan membuat sendiri.

Jadi pengendalian manajemen adalah proses untuk memastikan bahwa aktifitas sebenarnya sesuai dengan aktivitas yang direncanakan dan berfungsi untuk menjamin kualitas serta pengevaluasian penampilan, langkah-langkah yang harus dilakukan dalam pengendalian/pengontrolan meliputi :

- a) Menetapkan standar dan menetapkan metode mengukur prestasi kerja
- b) Melakukan pengukuran prestasi kerja
- c) Menetapkan apakah prestasi kerja sesuai dengan standar
- d) Mengambil tindakan korektif

Peralatan atau instrumen dipilih untuk mengumpulkan bukti dan untuk menunjukkan standar yang telah ditetapkan atau tersedia. Audit merupakan penilaian pekerjaan yang telah dilakukan. Terdapat tiga kategori audit keperawatan yaitu :

- a) Audit struktur

Audit Struktur berfokus pada sumber daya manusia; lingkungan perawatan, termasuk fasilitas fisik, peralatan, organisasi, kebijakan, prosedur, standar, SOP dan rekam medik; pelanggan.

- b) Audit proses

Audit Proses merupakan pengukuran pelaksanaan pelayanan keperawatan untuk menentukan apakah standar keperawatan tercapai. Pemeriksaan dapat bersifat retropektif, concurrent, atau peer review. Retropektif adalah audit dengan menelaah dokumen pelaksanaan asuhan keperawatan melalui

pemeriksaan dokumentasi asuhan keperawatan. Concurrent adalah mengobservasi saat kegiatan keperawatan sedang berlangsung. Peer review adalah umpan balik sesama anggota tim terhadap pelaksanaan kegiatan.

c) Audit hasil

Audit hasil adalah audit produk kerja yang dapat berupa kondisi pasien, kondisi SDM, dan indikator mutu. Kondisi pasien dapat berupa keberhasilan pasien dan kepuasan, yaitu:

- Audit dokumentasi asuhan keperawatan
- Survey masalah baru
- Kepuasan pasien dan keluarga

Kondisi SDM dapat berupa efektifitas dan efisiensi serta kepuasan, yaitu

- Kepuasan tenaga kesehatan: perawat, dokter
- Penilaian kinerja perawat

Indikator mutu umum yaitu:

- Prosentasi pemakaian tempat tidur (BOR)
- Rata-rata lama rawat seorang pasien (ALOS)
- Tempat tidur tidak terisi (TOI)
- Angka infeksi nasokomial (NI)
- Angka dekubitus dan sebagainya.

b. Pilar II: sistem penghargaan (Compensatory Reward)

Manajemen sumber daya manusia diruang model praktik keperawatan professional berfokus pada proses rekrutmen, seleksi kerja orientasi, penilaian kinerja, staf perawat. proses ini selalu dilakukan sebelum membuka ruang MPKP dan setiap ada penambahan perawatan baru. Compensatory reward (kompensasi

penghargaan) menjelaskan manajemen keperawatan khususnya manajemen sumber daya manusia (SDM) keperawatan. Fokus utama manajemen keperawatan adalah pengelolaan tenaga keperawatan agar dapat produktif sehingga misi dan tujuan organisasi dapat tercapai. Perawat merupakan SDM Kesehatan yang mempunyai kesempatan paling banyak melakukan praktek profesionalnya pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit. Seorang perawat akan mampu memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan yang profesional apabila perawat tersebut sejak awal bekerja diberikan program pengembangan staf yang terstruktur.

Metode dalam menyusun tenaga keperawatan seharusnya teratur, sistematis, rasional, yang digunakan untuk menentukan jumlah dan jenis tenaga keperawatan yang dibutuhkan agar dapat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien sesuai yang diharapkan. Manajemen SDM di ruang MPKP berfokus pada proses rekrutmen, seleksi, kontrak kerja, orientasi, penilaian kinerja, dan pengembangan staf perawat. Proses ini selalu dilakukan sebelum membuka ruang MPKP dan setiap ada penambahan perawat baru.

1) Proses Rekrutmen Tenaga Perawat di Ruang MPKP

Rekrutmen di ruang MPKP berfokus pada rekrutmen perawat yang ada di rumah sakit. Dalam menentukan perawat yang diperlukan di ruang MPKP, perlu diketahui kategori Ruang MPKP yang akan dikembangkan. Misalnya Untuk level MPKP Profesional I diharapkan Karu dan Katim mempunyai latar belakang pendidikan Ners, Sarjana Keperawatan dengan jenjang karir minimal Perawat Klinik 3 (PK 3), serta seluruh perawat pelaksana minimal mempunyai latar belakang pendidikan D III

Keperawatan dengan jenjang karir minimal Perawat Klinik 2 (PK)

2) Proses rekrutmen perawat di ruang MPKP :

- a) Seluruh perawat di Rumah Sakit harus menyepakati level MPKP yang akan dipilih, disesuaikan dengan sumber daya keperawatan yang ada di rumah sakit tersebut, diharapkan minimal memilih MPKP level pemula.
- b) Setelah level disepakati maka kepala bidang perawatan melakukan sosialisasi pembentukan ruang MPKP kepada pimpinan dan para pejabat struktural yang ada di rumah sakit untuk mendapatkan komitmen dan dukungan.
- c) Kepala ruangan melakukan sosialisasi kepada semua perawat yang ada di ruangan tentang pembentukan ruang MPKP disertai kriteria perawat yang dibutuhkan dengan tujuan merekrut perawat yang memenuhi kriteria. Kepala ruangan memotivasi perawat di ruangnya yang memenuhi kriteria untuk mendaftarkan diri dengan mengisi formulir pendaftaran dan biodata. Sebelum menetapkan proses rekrutmen perlu ditetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan. Jenis tenaga perawat terdiri dari kepala ruangan (Karu), perawat primer (PP) sebagai ketua tim, dan perawat pelaksana. Selain itu juga perlu ditetapkan kriteria perawat yang dibutuhkan.

3) Proses seleksi tenaga perawat di ruang MPKP

- a) Proses seleksi dimulai dari telaah dokumen untuk menetapkan perawat yang memenuhi syarat menjadi kepala ruangan, perawat primer/ketua tim, dan perawat pelaksana/asosiet.

- b) Semua perawat yang memenuhi kriteria dipanggil untuk tes tulis. Hasil tes tulis menetapkan perawat pelaksana yang memenuhi kriteria dan bakal calon ketua tim dan kepala ruangan.
- c) Perawat yang lulus tes tulis mengikuti tes wawancara.
- d) Tahap seleksi selanjutnya adalah presentasi yang diikuti oleh perawat yang memenuhi kriteria karu dan katim untuk memilih kepala ruangan.
- e) Jika nama dan jumlah perawat telah ditetapkan sesuai dengan hasil tes maka pimpinan rumah sakit membuat surat keputusan (SK) penempatan perawat yang bekerja di ruang MPKP.
- f) Sebelum perawat bekerja di ruang MPKP, mereka diminta untuk membuat pernyataan akan kesediaannya bekerja dan mengembangkan ruang MPKP dan menandatangani. Perawat diberikan penjelasan tentang lingkup kerja dan pengembangan karir.

4) Proses orientasi tenaga perawat di ruang MPKP

Setiap perawat yang akan bekerja di ruang MPKP harus melalui masa orientasi yang sering disebut pelatihan awal sebelum seseorang bekerja pada unit kerja tertentu. Orientasi berupa pelatihan tentang informasi budaya kerja MPKP dan informasi umum tentang rumah sakit (visi, misi, program jangka pendek dan jangka panjang, program mutu, kebijakan dan peraturan). Kegiatan orientasi menggunakan metode klasikal, praktik lapangan dan praktik kerja. Kegiatan prientasi dilakukan pada

perawat baru yang akan bekerja di ruang MPKP. Karu dan Katim membuat rencana orientasi.

5) Penilaian kinerja

Penilaian kinerja di ruang MPKP ditujukan pada kepala ruangan, perawat primer dan perawat asosiet. Kemampuan tiap SDM dievaluasi dengan menggunakan supervisi baik secara langsung (observasi) maupun tidak langsung (melalui dokumentasi). Kinerja kepala ruangan disupervisi/ dievaluasi oleh kepala bidang perawatan dan fasilitator/konsultan; kinerja perawat primer disupervisi/ dievaluasi oleh kepala bidang perawatan, fasilitator/konsultan dan kepala ruangan; kinerja perawat pelaksana disupervisi/ dievaluasi oleh kepala ruangan dan perawat primer. Kepala Bidang Perawatan bertanggung jawab mengobservasi dan menilai keberlllangsungan seluruh aktivitas di ruang MPKP. Dalam supervisinya didampingi oleh fasilitator atau konsultan.

6) Pengembangan tenaga perawat

Pengembangan tenaga perawat merupakan salah satu proses yang berhubungan dengan manajemen SDM. Tujuannya adalah membantu masing-masing perawat mencapai kinerja sesuai dengan posisinya dan untuk pengakuan/penghargaan terhadap kemampuan profesional tenaga perawat yang akan memaksimalkan pencapaian jenjang karir. Bentuk pengembangan tenaga perawat di ruang MPKP adalah Pendidikan Keperawatan Berkelanjutan dan Program pengembangan jenjang karir. Pada

tahap awal bekerja di ruang MPKP, perawat mendapat penjelasan tentang proses pengembangan yang dapat diikuti.

4. Komponen-komponen MPKP

Terdapat 4 komponen utama dalam model praktek keperawatan professional, yaitu sebagai berikut :

a. Ketenagaan Keperawatan

Menurut Douglas (1984) dalam suatu pelayanan profesional, jumlah tenaga yang diperlukan tergantung pada jumlah pasien dan derajat ketergantungan pasien. Menurut Loveridge & Cummings (1996) klasifikasi derajat ketergantungan pasien dibagi 3 kategori, yaitu :

- 1) Perawatan minimal : memerlukan waktu 1 – 2 jam/24 jam yang terdiri atas :
 - a) Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri.
 - b) Makan dan minum dilakukan sendiri
 - c) Ambulasi dengan pengawasan
 - d) Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap shift.
 - e) Pengobatan minimal, status psikologis stabil.
 - f) Persiapan prosedur memerlukan pengobatan.
- 2) Perawatan intermediet : memerlukan waktu 3 – 4 jam/24 jam yang terdiri atas :
 - a) Kebersihan diri dibantu, makan minum dibantu
 - b) Observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam
 - c) Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali
 - d) Voley kateter/intake output dicatat
 - e) Klien dengan pemasangan infus, persiapan pengobatan, memerlukan prosedur

- 3) Perawatan maksimal/total : memerlukan waktu 5 – 6 jam/24 jam :
- a) Segala diberikan/dibantu
 - b) Posisi yang diatur, observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam
 - c) Makan memerlukan NGT, menggunakan terapi intravena
 - d) Pemakaian suction
 - e) Gelisah/disorientasi

b. Metoda pemberian asuhan keperawatan

Sistem pemberian asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan pemberian asuhan keperawatan secara efektif dan efisien kepada sejumlah pasien. Setiap metoda memiliki keuntungan dan kerugian masing-masing. Terdapat 3 pola yang sering digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan, yaitu penugasan fungsional, penugasan tim, penugasan primer.

1) Penugasan Keperawatan Fungsional :

Sistem penugasan ini berorientasi pada tugas dinamis fungsi keperawatan tertentu ditugaskan pada setiap perawat pelaksana, misalnya seorang perawat ditugaskan khusus untuk tindakan pemberian obat, perawat yang lain untuk mengganti verband, penyuntikan, observasi tanda-tanda vital, dan sebagainya. Tindakan ini didistribusikan berdasarkan tingkat kemampuan masing-masing perawat pelaksana. Oleh karena itu kepala Ruangan terlebih dahulu mengidentifikasi tingkat kesulitan tindakan tersebut, selanjutnya ditetapkan perawat yang akan bertanggung jawab mengerjakan tindakan yang dimaksudkan. Setiap perawat pelaksana bertanggung jawab langsung kepada kepala Ruangan. Tidak ada perawat pelaksana yang bertanggung

jawab penuh untuk asuhan keperawatan pada seorang pasien.

Keuntungan :

- a) Menyelesaikan banyak pekerjaan dalam waktu singkat.
- b) Tepat metoda ini bila ruang rawat memiliki keterbatasan/kurang tenaga keperawatan professional.
- c) Perawat lebih terampil, karena orientasi pada tindakan langsung dan selalu berulang-ulang dikerjakan.

Kerugian :

- a) Memilah-milah asuhan keperawatan oleh masing-masing perawat.
- b) Menurunkan tanggung gugat dan tanggung jawab.
- c) Hubungan perawat-pasien sulit terbentuk.
- d) Pelayanan tidak professional.
- e) Pekerjaan monoton, kurang tantangan.

2) Penugasan Keperawatan Tim :

Adalah suatu bentuk sistem/metoda penugasan pemberian asuhan keperawatan, dimana Kepala Ruangan membagi perawat pelaksana dalam beberapa kelompok atau tim, yang diketuai oleh seorang perawat professional/berpengalaman. Metoda ini digunakan bila perawat pelaksana terdiri dari berbagai latar belakang pendidikan dan kemampuannya. Ketua tim mempunyai tanggung jawab untuk mengkoordinasikan seluruh kegiatan asuhan keperawatan dalam tanggung jawab kegiatan anggota tim. Tujuan metoda penugasan keperawatan tim untuk memberikan keperawatan yang berpusat kepada pasien. Ketua Tim melakukan pengkajian dan menyusun rencana keperawatan pada setiap pasien, dan anggota tim bertanggung jawab melaksanakan asuhan

keperawatan berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat. Oleh karena kegiatan dilakukan bersama-sama dalam kelompok, maka ketua tim seringkali melakukan pertemuan Bersama dengan anggota timnya (konferensi tim) guna membahas kejadian-kejadian yang dihadapi dalam pemberian asuhan keperawatan.

Keuntungan :

- a) Melibatkan semua anggota tim dalam asuhan keperawatan pasien.
- b) Akan menghasilkan kualitas asuhan keperawatan yang dapat dipertanggung jawabkan.
- c) Membutuhkan biaya lebih sedikit/murah, dibanding system penugasan lain.
- d) Pelayanan yang diperoleh pasien adalah bentuk pelayanan professional.

Kerugian :

- a) Dapat menimbulkan fragmentasi dalam keperawatan.
- b) Sulit untuk menentukan kapan dapat diadakan pertemuan/konferensi, karena anggotanya terbagi-bagi dalam shift.
- c) Ketua tim lebih bertanggung jawab dan memiliki otoritas, dibandingkan dengan anggota tim.

3) Penugasan Keperawatan Primer

Keperawatan primer adalah suatu metoda pemberian asuhan keperawatan dimana perawat profesional bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan keperawatan pasien selama 24 jam/hari. Tanggung jawab meliputi pengkajian pasien,

perencanaan , implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan dari sejak pasien masuk rumah sakit hingga pasien dinyatakan pulang, ini merupakan tugas utama perawat primer yang dibantu oleh perawat asosiet. Keperawat primer ini akan menciptakan kesepakatan untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, dimana asuhan keperawatan berorientasi kepada pasien. Pengkajian dan menyusun rencana asuhan keperawatan pasien di bawah tanggung jawab perawat primer , dan perawat asosiet yang akan mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan dalam tindakan keperawatan.

Keuntungan :

- a) Otonomi perawat meningkat, karena motivasi, tanggung jawab dan tanggung gugat meningkat.
- b) Menjamin kontinuitas asuhan keperawatan.
- c) Meningkatnya hubungan antara perawat dan pasien.
- d) Terciptanya kolaborasi yang baik.
- e) Membebaskan perawat dari tugas-tugas yang bersifat perbantuan.
- f) Metoda ini mendukung pelayanan profesional.
- g) Penguasaan pasien oleh seorang perawat primer.

Kerugian :

- a) Ruang tidak memerlukan bahwa semua perawat pelaksana harus perawat profesional.
- b) Biaya yang diperlukan banyak.

c. Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan proses pengambilan keputusan yang

dilakukan perawat dalam menyusun kegiatan asuhan secara bertahap. Kebutuhan dan masalah pasien merupakan titik sentral dalam pengambilan keputusan. Pendekatan ilmiah yang fragmatis dalam pengambilan keputusan adalah :

- 1) Identifikasi masalah
- 2) menyusun alternatif penyelesaian masalah
- 3) pemilihan cara penyelesaian masalah yang tepat dan melaksanakannya
- 4) evaluasi hasil dari pelaksanaan alternatif penyelesaian masalah.

Seluruh langkah pengambilan keputusan ini tertuang pada langkah-langkah proses keperawatan yaitu :

- 1) pengkajian fokus pada keluhan utama dan eksplorasi lebih holistic
- 2) diagnosis yaitu menetapkan hubungan sebab akibat dari masalah masalah keperawatan
- 3) rencana tindakan untuk menyelesaikan masalah
- 4) implementasi rencana dan
- 5) evaluasi hasil tindakan.

d. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan unsur penting dalam sistem pelayanan keperawatan, karena melalui pendokumentasian yang baik, maka informasi mengenai keadaan Kesehatan pasien dapat diketahui secara berkesinambungan. Disamping itu, dokumentasi merupakan dokumen legal tentang pemberian asuhan keperawatan. Secara lebih spesifik, dokumentasi berfungsi sebagai sarana komunikasi antar profesi Kesehatan, sumber data untuk pemberian asuhan keperawatan, sumber data untuk penelitian, sebagai bahan bukti pertanggung jawaban dan pertanggung gugatan asuhan keperawatan.

Dokumen dibuat berdasarkan pemecahan masalah pasien.

Dokumentasi berdasarkan masalah terdiri dari format pengkajian, rencana keperawatan, catatan tindakan keperawatan, dan catatan perkembangan pasien. Berdasarkan MPKP yang sudah dikembangkan di berbagai rumah sakit, Hoffart & Woods (1996) menyimpulkan bahwa MPKP terdiri lima komponen yaitu nilai – nilai professional yang merupakan inti MPKP, hubungan antar professional, metode pemberian asuhan keperawatan, pendekatan manajemen terutama dalam perubahan pengambilan keputusan serta sistem kompensasi dan penghargaan.

B. *Community Mental Health Nursing* (CMHN)

1. Pengertian Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa merupakan suatu bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan atau bagian integral dan merupakan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh. Kesehatan jiwa menurut UU No 3 tahun 1966 tentang kesehatan jiwa didefinisikan sebagai suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan secara selaras dengan keadaan orang lain. Pakar lain mengemukakan bahwa kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi mental yang sejahtera (*mental wellbeing*) yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif, sebagai bagian yang utuh dan kualitas hidup seseorang dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia. Dengan kata lain, kesehatan jiwa bukan sekedar terbebas dari gangguan jiwa, tetapi merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh semua orang, mempunyai perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain

sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain (Sumiati, dkk, 2009).

Adapun kriteria sehat jiwa menurut Riyadi, Sujono (2013) dalam bukunya yang berjudul *Asuhan Keperawatan Jiwa* meliputi:

a. Sikap positif terhadap diri sendiri

Individu dapat menerima dirinya secara utuh, menyadari adanya kelebihan dan kekurangan dalam diri dan menyikapi kekurangan atau kelemahan tersebut dengan baik.

b. Tumbuh kembang dan beraktualisasi diri

Individu mengalami perubahan kearah yang normal sesuai dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangan dan dapat mengepresikan potensi dirinya.

c. Integrasi

Individu menyadari bahwa semua aspek yang dimilikinya adalah suatu kesatuan yang utuh dan mampu bertahan terhadap stres dan dapat mengatasi kecemasannya.

d. Persepsi sesuai dengan kenyataan

Pemahaman individu terhadap stimulus eksternal sesuai dengan kenyataan yang ada. Persepsi individu dapat berubah jika ada informasi baru, dan memiliki empati terhadap perasaan dan sikap orang lain.

e. Otonomi

Individu dapat mengambil keputusan secara bertanggung jawab dan dapat mengatur kebutuhan yang menyangkut dirinya tanpa bergantung pada orang lain.

f. Kecakapan dalam beradaptasi dengan lingkungan

Stresor yang menstimulasi adaptasi mungkin berjangka pendek,

seperti demam atau berjamgka panjang seperti paralisis dari anggota gerak tubuh. Agar dapat berfungsi optimal, seseorang harus mampu berespon terhadap stresor dan beradaptasi terhadap tuntutan atau perubahan yang dibutuhkan. Adaptasi membutuhkan respon aktif dari seluruh individu. Jika seseorang tidak mampu untuk beradaptasi, maka kemungkinan untuk mengalami gangguan jiwa adalah besar (Kusumawati, 2010).

2. Pengertian *Community Mental Health Nursing* (CMHN)

Community Mental Health Nursing (CMHN) merupakan upaya untuk mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa dengan tujuan pasien yang tidak tertangani di masyarakat akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik. Pelayanan kesehatan jiwa tersebut berupa pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik, dan paripurna, berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentang terhadap stres dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan. Sejalan dengan perkembangan ilmu kesehatan jiwa maka perawat CMHN perlu dibekali pengetahuan dan kemampuan untuk menstimulasi perkembangan individu di masyarakat maupun mengantisipasi dan mengatasi penyimpangan yang menyertai perkembangan psikososial individu di masyarakat. Perawat CMHN sebagai tenaga kesehatan yang bekerja dimasyarakat dan bersama masyarakat harus mempunyai kemampuan melibatkan peran serta masyarakat terutama tokoh masyarakat dengan cara melatih para tokoh masyarakat untuk menjadi kader kesehatan jiwa (Depkes, 2006).

Konsep utama *Community Mental Health Nursing* (CMHN) adalah memberikan perawatan dengan metode yang efektif dalam merespon

kebutuhan kesehatan jiwa perawatan dengan metode yang efektif dalam merespon kebutuhan kesehatan jiwa individu, keluarga atau kelompok. Komunitas menjadi dasar pelayanan keperawatan jiwa dengan cara memberikan perawatan dalam bentuk hubungan terapeutik bersama pasien di rumah, tempat kerja, rumah singgah, klinik kesehatan jiwa, pusat perawatan primer, pusat krisis, rumah perawatan atau setting komunitas lainnya.

Fokus utama dalam CMHN adalah pentingnya menjalin kerjasama dengan keluarga, orang yang berarti bagi pasien dan kerjasama dalam berbagai setting di komunitas. Tujuan dari CMHN yaitu memberikan pelayanan, konsultasi dan edukasi, atau memberikan informasi mengenai prinsip-prinsip kesehatan jiwa kepada para agen komunitas lainnya. Tujuan lainnya adalah menurunkan angka resiko terjadinya gangguan jiwa dan meningkatkan penerimaan komunitas terhadap praktek kesehatan jiwa melalui edukasi. Konsep CMHN yang paling penting adalah pemberian asuhan keperawatan kepada pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam kondisi sehta mental, beresiko gangguan jiwa dan mengalami gangguan jiwa tanpa melibatkan rumah sakit (Yosep, Iyus, dkk, 2014).

3. Model Community Mental Health Nursing (CMHN)

Secara umum model konsep CMHN adalah memberikan asuhan kepada pasien sepanjang hayat termasuk semua aspek kehidupan manusia, termasuk kebutuhan dasar, kebutuhan kesehatan fisik dan pasien yang membutuhkan treatment psikiatri dan rehabilitasi. Model lain dalam CMHN adalah Case Management. Model ini adalah cara memberikan pelayanan kepada pasien secara multidisiplin. Pada model ini selain mengkaji support

system dari komunitas, juga melakukan identifikasi dari pasien, treatment yang dilakukan, respon krisis, dental care, kondisi perumahan, pendapatan dan perlindungan hak serta advokasi. Semua kegiatan tersebut dilakukan bersama-sama terhadap pasien yang mengalami gangguan jiwa maupun yang beresiko terkena gangguan jiwa (Yosep, Iyus, dkk, 2014). Terdapat beberapa tingkatan dalam CMHN (community mental health nursing) seperti:

a. BC-CMHN (Basic Course)

Serangkaian kegiatan pembelajaran untuk perawat komunitas agar memiliki kompetensi untuk melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien gangguan jiwa yang ada di masyarakat. Kegiatan BC-CMHN berupa pemberian pengetahuan dan praktik langsung bagi perawat dalam mengatasi atau menanggulangi masalah kesehatan mental atau jiwa (Keliat, 2012).

b. IC-CMHN (Intermediate Course)

Upaya dalam meningkatkan mutu pelayanan masyarakat, perlu mempersiapkan sumber daya manusia (Perawat CMHN) melalui pelatihan lanjutan berupa intermediate Course. Pelatihan ini dilakukan dalam tiga tahap; pelatihan tahap pertama lebih berfokus pada pengembangan Desa Siaga Sehat Jiwa dan pengelolaannya dan merekrut dan melatih kader kesehatan jiwa.

c. AC-CMHN (Advance Course)

Pengembangan program CMHN yang telah mengikutsertakan keluarga, kelompok, masyarakat luas, serta kerjasama dengan lintas sektoral. Kerjasama lintas sektor seperti:

- 1) Komunitas peduli ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa) dimana komunitas tersebut anggotanya dari masyarakat Bantul itu sendiri. Komunitas peduli ODGJ ini ikut membantu dalam pelaksanaan program CMHN yang sedang berlangsung misalnya mereka menyiapkan tempat untuk pasien gangguan jiwa melakukan TAK (Terapi Aktivitas Kelompok).
- 2) Kelompok anak remaja TKI yang bekerja di Korea. Anggota kelompok ini memberikan donasi kepada puskesmas Bantul yang khususnya untuk poli jiwa untuk pelaksanaan program CMHN (Community Mental Health Nursing) yang sedang berjalan di Puskesmas Bantul.
- 3) Puskesmas Bantul juga bekerjasama dengan salah satu Pabrik Rokok yang ada di Pasuruan. Pabrik rokok tersebut setiap 3-5 bulan sekali memberikan donasi dana kepada Puskesmas Bantul khususnya ke poli jiwa untuk pelaksanaan program CMHN (Community Mental Health Nursing).

Gambaran tingkan CMHN (Community Mental Health Nursing) yang di Puskesmas Bantul sudah dalam tingkatan AC-CMHN (Advance Course). Keterlibatan keluarga dalam pelaksanaan program CMHN sudah dijalankan. Keluarga membantu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti mengingatkan pasien untuk mandi dan menyiapkan peralatan untuk mandi, melibatkan pasien dalam kegiatan sehari-hari misalnya membersihkan rumah dan melibatkan pasien dalam kegiatan masyarakat dan kegiatan sosial misalnya mengikutsertakan mereka dalam kerja bakti dan pengajian. Keluarga juga ikut dalam peningkatan kesehatan pasien

jiwa dengan mengingatkan pasien untuk melakukan kontrol ke Puskesmas dan menemani pasien untuk melakukan kontrol ke Puskesmas. Puskesmas Bantur tidak hanya mengikutsertakan keluarga dalam berjalannya program CMHN, tetapi puskesmas Bantur juga bekerjasama dengan salah satu institusi pendidikan yang ada di Malang untuk memperlancar kegiatan CMHN yang sedang berlangsung.

4. Faktor-Faktor Program CMHN

a. Faktor Pendampingan Keluarga

Keperawatan kesehatan jiwa masyarakat (community mental health nursing) merupakan pelayanan keperawatan tentang kesehatan jiwa masyarakat dengan pendekatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Peran keluarga dapat dicapai melalui pendidikan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga teknik mengatasi perilaku simtomatis, dan mendinging kekuatan keluarga. Secara umum, program komperhensif untuk bekerja dengan keluarga harus meliputi hal berikut ini:

- 1) Komponen edukasi yang memberikan informasi tentang gangguan jiwa dan sistem pelayanan kesehatan jiwa.
- 2) Kompenen keterampilan yang menawarkan pelatihan komunikasi, resolusi konflik, penyelesaian masalah, sikap asertif, manajemen perilaku dan manajemen setres.
- 3) Komponen emosional yang memberikan kesempatan untuk katarsis, berbagi dan memobilisasi sumber.
- 4) Komponen proses keluarga yang memfokuskan pada strategi keluarga dengan gangguan jiwa dalam keluarga.

5) Komponen sosial yang meningkatkan penggunaan jejaring pendukung formal dan tidak formal (Stuart, Gail, 2016).

Menurut Heru (2006) dan Zauszniewski (2009) terdapat banyak keuntungan melibatkan keluarga dalam asuhan bagi orang yang dicintai dengan gangguan jiwa. Riset memastikan bahwa masukan keluarga dalam membuat keputusan tentang tritmen meningkatkan hasil pada klien, dengan kemanfaatan yang maksimum terjadi ketika keluarga didukung dan edukasi untuk peran kemitraan ini (Stuart, Gail, 2016).

1) Tugas Keluarga

Perawat memberikan pendidikan kesehatan jiwa kepada individu dan keluarga untuk mengembangkan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas keluarga yaitu:

- a) Mampu mengenal masalah-masalah pada pasien
- b) Mengambil keputusan untuk mengatasi masalah
- c) Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- d) Memodifikasi lingkungan keluarga yang mendukung pemulihan pasien
- e) Memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa yang ada (Riyadi, Sujono, dkk, 2013).

2) Pendidikan dan Dukungan Keluarga

Keperawatan kesehatan jiwa masyarakat (community mental health nursing) merupakan pelayanan keperawatan tentang kesehatan jiwa masyarakat dengan pendekatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Program ini menggunakan pendekatan edukasi dan praktik. Tujuannya adalah untuk meningkatkan pemahaman tentang perjalanan penyakit anggota keluarga,

mengurangi tingkat kekambuhan, dan meningkatkan fungsi klien dan keluarga. Tujuan itu dicapai melalui pendidikan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga teknik mengatasi perilaku simptomatis, dan mendorong kekuatan keluarga. Secara umum, program komprehensif untuk bekerja dengan keluarga harus meliputi hal berikut ini:

- a) Komponen edukasi yang memberikan informasi tentang gangguan jiwa dan sistem pelayanan kesehatan jiwa.
- b) Komponen ketrampilan yang menawarkan pelatihan komunikasi, resolusi konflik, penyelesaian masalah, sikap asertif, manajemen perilaku dan manajemen stres.
- c) Komponen emosional yang memberikan kesempatan untuk katarsis, berbagi dan memobilisasi sumber.
- d) Komponen proses keluarga yang memfokuskan pada strategi keluarga dengan gangguan jiwa dalam keluarga.
- e) Komponen sosial yang meningkatkan penggunaan jejaring formal dan non formal (Stuart, Gail, 2016).

Faktor pendampingan keluarga terhadap kesehatan pasien jiwa memiliki hubungan yang signifikan. Keluarga memiliki peranan yang penting dalam perawatan pasien gangguan jiwa dan jika pengetahuan keluarga tentang cara penanganan terhadap pasien gangguan jiwa baik, keluarga dapat mencegah terjadinya kekambuhan pada pasien (Risnawati, dkk, 2014).

b. Faktor Peran Kader Kesehatan Jiwa

1) Kegiatan Kader Kesehatan Jiwa

Kegiatan yang dilakukan kader kesehatan jiwa adalah sebagai berikut :

- a) Mendeteksi keluarga sehat, keluarga yang berisiko mengalami gangguan jiwa, dan keluarga yang menderita gangguan jiwa.
- b) Supervisi pasien gangguan jiwa melalui kunjungan rumah. Kasus pasien gangguan jiwa akan dipantau perkembangannya oleh kader kesehatan jiwa adalah: perilaku kekerasan, halusinasi, isolasi sosial, harga diri rendah, dan defisit perawatan diri. Pasien dan keluarga yang akan dipantau oleh kader kesehatan jiwa (KKJ) adalah pasien dan keluarga yang mandiri. Pengertian mandiri adalah jika pasien mampu melakukan semua kegiatan yang telah dilatih sesuai dengan jadwal kegiatan harian secara mandiri selama dua minggu berturut-turut. KKJ akan melakukan serah terima dengan perawat CMHN, dan KKJ akan memantau perkembangan pasien dengan menggunakan buku supervisi pasien (buku terlampir).
- c) Menggerakkan keluarga sehat, keluarga berisiko, dan keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk mengikuti penyuluhan kesehatan jiwa.
- d) Menggerakkan pasien yang mengalami gangguan jiwa untuk melakukan TAK dan rehabilitasi.
- e) Melakukan perujuk kasus kepada perawat CMHN. Kasus atau pasien yang dirujuk oleh KKJ kepada perawat CMHN adalah sebagai berikut:
 - Pasien yang dirawat oleh KKJ dan hasil evaluasi kemampuan pasien dan keluarga kurang dari 50%.
 - Ditemukan tanda dan gejala kritis:

- Perilaku kekerasan: pasien melukai orang lain, merusak barang-barang.
- Halusinasi: pasien mengikuti halusinasinya.
- Isolasi sosial: pasien mengurung diri atau dikurung oleh keluarga.
- Harga diri rendah: pasien selalu mengatakan dirinya negatif/tidak berguna.
- Defisit perawatan diri: pasien tidak mau melakukan aktivitas mandi, berhias, makan, bab/bak (Budi, Keliat, dkk, 2010).

2) Dokumentasi Kader Kesehatan Jiwa

Dokumentasi yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa adalah sebagai berikut:

- a) Hasil deteksi keluarga ditulis pada buku deteksi keluarga.
- b) Hasil partisipasi masyarakat dalam penyuluhan kesehatan jiwa ditulis pada buku penyuluhan kesehatan jiwa.
- c) Hasil partisipasi pasien gangguan jiwa dalam kegiatan TAK dan rehabilitasi ditulis pada buku TAK dan rehabilitasi.
- d) Hasil supervisi pasien melalui kunjungan rumah ditulis di buku supervisi.
- e) Hasil perujukan kasus ditulis di format perujukan kasus (Keliat, 2010).

Faktor peran kader kesehatan jiwa sangat disarankan terhadap kesehatan pasien jiwa. Menurut Pramujiwati, dkk (2013) menjelaskan bahwa kader kesehatan jiwa disarankan untuk ikut merawat pasien gangguan jiwa. Rata-rata kemandirian pasien gangguan jiwa sebelum mendapatkan perawatan dari kader dalam

rentang menengah, setelah mendapatkan perawatan dari kader kesehatan jiwa didapatkan adanya peningkatan kemandirian oleh pasien gangguan jiwa.

c. Faktor Hubungan Terapeutik Perawat-Pasien

1) Hubungan Terapeutik Perawat-Pasien

Hubungan terapeutik perawat-klien adalah pengalaman pembelajaran timbal balik dan mengoreksi pengalaman emosional pada klien. Hal ini berbasis pada rasa kemanusiaan dari perawat dan klien, saling menghormati, dan saling menerima perbedaan sosial budaya. Dalam hubungan ini, perawat menggunakan kualitas personal dan ketrampilan klinis dalam bekerja dengan klien untuk memengaruhi perubahan penghayatan dan perilaku. Inti dari keperawatan kesehatan jiwa adalah memberikan harapan untuk masa depan yang baik bagi klien dan keluarga (Stuart, Gail, 2016).

Komunitas menjadi dasar pelayanan keperawatan jiwa dengan cara memberikan perawatan dalam bentuk hubungan terapeutik bersama pasien di rumah, tempat kerja, rumah singgah, klinik kesehatan jiwa, pusat perawatan primer, pusat krisis, rumah perawatan atau setting komunitas lainnya (Yosep, Iyus, dkk, 2014). Teori komunikasi sangat sesuai dalam praktek keperawatan karena:

- a) Komunikasi merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik. Dalam proses komunikasi terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran.
- b) Maksud komunikasi adalah mempengaruhi perilaku orang lain. Keberhasilan intervensi keperawatan tergantung pada

komunikasi karena proses keperawatan ditujukan untuk merubah perilaku dalam mencapai tingkat kesehatan optimal.

- c) Komunikasi adalah hubungan, hubungan perawat dan klien yang terapeutik tidak mungkin dicapai tanpa komunikasi (Dalamni, 2009).

2) Fase Dalam Hubungan Terapeutik Perawat-Pasien

Proses hubungan perawat-klien dapat dibagi menjadi 4 fase yaitu fase prainteraksi; fase perkembangan atau orientasi; fase kerja; dan fase terminasi.

a) Pra-interaksi

Dimulai sebelum kontak pertama dengan pasien. Perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya, sehingga kesadaran dan kesiapan perawat untuk melakukan hubungan dengan klien dapat dipertanggung jawabkan. Tugas tambahan pada fase ini adalah mendapatkan informasi tentang klien dan menentukan kontak pertama.

b) Perkenalan atau orientasi

Dalam memulai hubungan, tugas utama adalah membina rasa percaya, penerimaan, dan pengertian, komunikasi yang terbuka dan perumusan kontrak dengan pasien. Elemen-elemen kontrak perlu diuraikan dengan jelas pada klien sehingga kerjasama perawat-pasien dapat optimal. Diharapkan pasien berperan serta secara penuh dalam kontrak, namun pada kondisi tertentu, misalnya pasien dengan gangguan realita maka kontrak dilakukan sepihak dan perawat perlu mengulang kontak jika kontak realitas pasien meningkat.

c) Fase kerja

Pada fase kerja, perawat dan pasien mengeksplorasi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran, perasaan dan perbuatan klien. Perawat membantu pasien mengatasi kecemasan, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab diri sendiri, dan mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Perubahan perilaku yang maladaptif menjadi adaptif merupakan fokus fase ini.

d) Terminasi

Terminasi merupakan fase yang sangat sulit dan penting dalam hubungan terapeutik. Rasa percaya dan hubungan intim yang terapeutik sudah terbina dan berada dalam tingkat yang optimal (Dalami, Ermawati, dkk, 2009). Kriteria penetapan kesiapan pasien untuk terminasi yaitu:

- Klien mengalami kelegaan dari masalah yang ada.
- Fungsi klien sudah meningkat.
- Harga diri klien meningkat dan rasa identitas diri yang kuat.
- Klien menggunakan respon koping yang lebih adaptif.
- Klien telah mencapai hasil asuhan yang telah direncanakan.
- Kendala sudah ditemukan dalam hubungan perawat-klien yang tidak dapat diselesaikan (Stuart, Gail, 2016).

3) Hasil Hubungan Terapeutik Perawat-Pasien

Keberhasilan perawat dalam bekerja dengan pasien gangguan jiwa berhubungan dengan (Stuart, 2016):

- a) Dasar pengetahuan perawat.
- b) Keterampilan klinis.
- c) Kapasitas untuk introspeksi dan evaluasi diri.

Perawat dan pasien, sebagai partisipan dalam suatu hubungan interpersonal, digabungkan dalam pola emosi timbal balik yang memengaruhi hasil terapeutik secara langsung. Faktor hubungan terapeutik perawat-pasien terhadap kesehatan pasien jiwa mendapatkan hubungan yang signifikan. Menurut Zeegward, dkk (2017) menjelaskan bahwa adanya hubungan yang saling percaya antara perawat pasien dapat memperlancar dalam melakukan intervensi dan konseling. Pasien akan bebas berbicara secara terbuka dan emosi mereka timbul jika hubungan terapeutik terjalin dengan baik.

d. Faktor Pelayanan Perawat

1) Peran dan Fungsi Perawat Kesehatan Jiwa

Perawat kesehatan jiwa komunitas dan perawat komunitas merupakan tenaga perawatan dari puskesmas yang bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan di wilayah kerja puskesmas. Fokus pelayanan pada tahap awal adalah anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa. Peran dan fungsi perawat kesehatan jiwa komunitas meliputi (Budi, Keliat, dkk, 2012):

- a) Pemberi asuhan keperawatan secara langsung (practitioner).
Perawat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien untuk membantu pasien mengembangkan kemampuan menyelesaikan masalah dan meningkatkan fungsi kehidupannya. Peran ini dilakukan dengan menggunakan

pendekatan proses keperawatan kesehatan jiwa untuk melakukan tindakan sesuai dengan masalah pasien. Kegiatan yang dilakukan adalah manajemen kasus, tindakan keperawatan individu dan keluarga, melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya khususnya manajemen obat dengan dokter.

- b) Pendidik (educator). Perawat memberikan pendidikan kesehatan jiwa kepada individu dan keluarga untuk mengembangkan kemampuan menyelesaikan masalah dan mengembangkan kemampuan keluarga dalam melakukan 5 tugas kesehatan keluarga yaitu mampu mengenal masalah-masalah pasien, mengambil keputusan untuk mengatasi masalah pasien, merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, memodifikasi lingkungan keluarga yang mendukung pemulihan pasien dan memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa yang ada untuk mengatasi masalah pasien.
- c) Koordinator (coordinator). Melakukan koordinasi dalam kegiatan:
 - i. Penemuan kasus. Perawat CMHN menemukan kasus dengan melakukan pemeriksaan langsung dari keluarga ke keluarga pada tingkat RT, RW, kelurahan/desa, dan kecamatan sehingga dapat menetapkan jumlah kasus gangguan jiwa pada wilayah kerja puskesmas.
 - ii. Rujukan. Perawat CMHN yang bertugas di masyarakat dapat merujuk pasien yang belum ada perbaikan untuk datang ke puskesmas agar mendapatkan program pengobatan dari dokter di puskesmas. Perawat CMHN

dapat pula berkonsultasi dengan tim kesehatan jiwa komunitas yang mempunyai jadwal mengunjungi puskesmas, terkait dengan pengembangan kasus dan pengembangan pelayanan. Pada saat berkonsultasi mungkin pula ditetapkan pasien perlu dirujuk ke RSUD/RSJ.

2) Fokus Kegiatan Asuhan Keperawatan

Kegiatan asuhan keperawatan difokuskan pada kelompok berikut (Budi, Keliat,dkk, 2010):

- a) Kelompok masyarakat sehat jiwa, berupa penyuluhan (pendidikan kesehatan) untuk kelompok keluarga dan asuhan keperawatan untuk kelompok masyarakat sehat jiwa.
- b) Kelompok masyarakat yang berisiko mengalami gangguan jiwa (masalah psikososial), meliputi masalah keperawatan gangguan citra tubuh, kehilangan dan berduka, ansietas menjelang ajal.
- c) Asuhan keperawatan untuk pasien dan keluarga yang mengalami gangguan jiwa terdiri dari:
 - i. Asuhan keperawatan untuk pasien anak dengan masalah perilaku kekerasan dan depresi.
 - ii. Asuhan keperawatan untuk pasien dewasa dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan, halusinasi, waham, isolasi sosial, harga diri rendah, defisit perawatan diri, risiko bunuh diri, sindrom pascatrauma, ansietas, penyalahgunaan dan ketergantungan napza, distres spiritual, hambatan komunikasi

verbal, ketidakefektifan koping keluarga, hambatan proses keluarga.

iii. Asuhan keperawatan untuk pasien lansia dengan masalah keperawatan demensia dan depresi.

3) Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat CMHN meliputi (Budi, Keliat, skk, 2010):

- a) Melakukan pendidikan kesehatan pada kelompok sehat jiwa sesuai dengan usianya.
- b) Melakukan pendidikan kesehatan pada kelompok yang berisiko mengalami gangguan jiwa dan masalah psikososial.
- c) Melakukan pendidikan kesehatan pada kelompok pasien dan keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- d) Melakukan TAK dan terapi rehabilitasi pada kelompok pasien gangguan jiwa.
- e) Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga melalui kunjungan rumah sesuai masalahnya.
- f) Mendokumentasikan semua kegiatan.

4) Pelayanan Kepada Pasien

Puskesmas memiliki pelayanan kesehatan jiwa untuk rawat jalan dan kunjungan ke masyarakat sesuai wilayah kerja puskesmas. Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan jiwa adalah perawat yang telah dilatih CMHN dan dokter yang telah dilatih kesehatan jiwa yang bekerja secara tim yang disebut tim kesehatan jiwa puskesmas (Budi, Keliat, dkk, 2012). Pelayanan

keperawatan jiwa komperhensif adalah pelayanan keperawatan jiwa yang diberikan pada masyarakat pascabencana dan konflik, dengan kondisi masyarakat yang sangat beragam dalam rentang sehat-sakit yang memerlukan pelayanan keperawatan pada tingkat pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa yang komperhensif mencakup 3 tingkat pencegahan yaitu pencegahan primer, sukender, dan tersier (Budi, Keliat,dkk, 2012).

a) Pencegahan Primer

Fokus pelayanan keperawatan jiwa adlah pada peningkatan kesehatan dan pencegahan terjadinya gangguan jiwa. Tujuan pelayanan adalah mencegah terjadinya gangguan jiwa, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jiwa. Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang belum mengalami gangguan jiwa. Aktivitas pada pencegahan primer adalah program pendidikan kesehatan, program stimulasi perkembangan, program sosialisasi kegiatan jiwa, manajemen setres, dan persiapan menjadi orang tua.

b) Pencegahn Sekunder

Fokus pelayanan keperawatan pada pencegahan sekunder adalah deteksi dini dan penanganan dengan segera masalah psikososial dan gangguan jiwa. Tujuan pelayanan adalah menurunkan angka kejadia gangguan jiwa. Target pelayanan adalah anggota masayrakat yang berisiko/ memperlihatkan tanda-tanda masalah psikososial dan gangguan jiwa. Aktivitas yang dilakukan pada pencegahan sekunder seperti menemukan kasus sedini mungkin dengan cara memperoleh informasi dan

berbagai sumber seperti masyarakat, tim kesehatan lain, dan penemuan langsung, melakukan penjangkaran kasus.

c) Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier adalah pelayanan keperawatan yang berfokus pada peningkatan fungsi dan sosialisasi serta pencegahan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa. Tujuan pelayanan adalah mengurangi kekacauan/ketidakmampuan akibat gangguan jiwa. Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa pada tahap pemulihan. Aktivitas yang dilakukan meliputi program dukungan sosial, program rehabilitasi, program sosialisasi, dan program mencegah stigma. Pelayanan keperawatan holistik adalah pelayanan menyeluruh pada semua aspek kehidupan manusia yaitu aspek bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual (Keliat, Budi, dkk, 2012:4):

- i. Aspek (bio-fisik) dikaitkan dengan masalah kesehatan fisik seperti kehilangan organ tubuh yang dialami anggota masyarakat akibat bencana yang memerlukan pelayanan dalam rangka adaptasi mereka terhadap kondisi fisiknya. Demikian pula dengan penyakit fisik lain baik yang akut, kronis maupun terminal yang memberi dampak pada kesehatan jiwa.
- ii. Aspek psikologis dikaitkan dengan berbagai masalah psikologis yang dialami masyarakat seperti ketakutan, trauma, kecemasan maupun kondisi yang lebih berat yang memerlukan pelayanan agar mereka dapat beradaptasi dengan situasi tersebut.

- iii. Aspek sosial dikaitkan dengan kehilangan suami/istri/anak, keluarga dekat, kehilangan pekerjaan, tempat tinggal, dan harta benda yang memerlukan pelayanan dari berbagai sektor terkait agar mereka mampu mempertahankan kehidupan sosial yang memuaskan.
- iv. Aspek kultural dikaitkan dengan budaya tolong menolong dan kekeluargaan yang dapat digunakan sebagai sistem pendukung sosial dalam mengatasi berbagai permasalahan yang ditemukan.
- v. Aspek spiritual dikaitkan dengan nilai-nilai keagamaan yang kuat yang dapat diberdayakan sebagai potensi masyarakat dalam mengatasi berbagai konflik dan masalah kesehatan yang terjadi.

5) Evaluasi Asuhan Keperawatan

Evaluasi dilakukan untuk menilai perkembangan kemampuan pasien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan dan menyelesaikan masalah. Kemampuan yang diharapkan adalah (Budi, Keliat, dkk, 2012):

- a) Pada tingkat individu diharapkan pasien mampu:
 - i. Melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari sesuai dengan kemampuannya.
 - ii. Membina hubungan dengan orang lain di lingkungannya secara bertahap.
 - iii. Melakukan cara-cara menyelesaikan masalah yang di alami.
- b) Pada tingkatan keluarga diharapkan keluarga mampu:

- i. Membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien hingga pasien mandiri.
- ii. Mengenal tanda dan gejala dini terjadinya gangguan jiwa.
- iii. Melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa atau kekambuhan.
- iv. Mengidentifikasi perilaku pasien yang membutuhkan konsultasi segera.
- v. Menggunakan sumber-sumber yang tersedia di masyarakat seperti tetangga, teman dekat, dan pelayanan kesehatan terdekat. Faktor pemberi pelayanan keperawatan memiliki hubungan dalam peningkatan kesehatan pasien jiwa. Menurut (Bailey, 2014) menjelaskan bahwa adanya peningkatan dari pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien gangguan jiwa menghasilkan hasil yang baik dan dapat mengantisipasi kekambuhan pasien.

TEST

1. Seorang perawat menemukan kendala dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien kelolaannya. Setelah sebulan dirawat, pasien mengalami kemunduran dan mengalami kekambuhan. Perawat berencana mengusulkan masalah ini dibahas secara bersama tim kesehatan.

Apakah kegiatan yang tepat dilakukan oleh perawat tersebut?

- A. Rapat tim keperawatan
- B. Rapat tim kesehatan
- C. Ronde keperawatan

D. Pre-post confrence

E. Case conference

2. Seorang kepala ruangan melakukan pembinaan terhadap salah seorang pegawainya yang telah melakukan tindakan indisipliner. Perawat tersebut diberikan arahan untuk tidak mengulangi kesalahan yang sama, jika melakukan lagi akan dikenakan sanksi administratif.

Apakah pilar MPKP yang digambarkan oleh kepala ruangan tersebut?

A. Professional value

B. Patient care delivery

C. Compensatory reward

D. Management Approach

E. Professional relationship

3. Seorang perawat melakukan pengkajian awal pada pasien yang baru dikelolanya. Berdsarkan hasil pengkajian perawat tersebut menegakan diagnosa dan menyusun perencanaan asuhan keperawatan pasiennya.

Apakah pilar MPKP yang digambarkan oleh perawat tersebut?

A. Professional value

B. Patient care delivery

C. Compensatory reward

D. Management Approach

E. Professional relationship

4. Seorang perawat komunitas mendapat tugas membina kesehatan jiwa di 10 desa, dan seorang perawat lagi membina 10 desa yang lainnya. Pembagian wilayah ini ditetapkan oleh kepala puskesmas dala upaya

menciptakan desa sehat jiwa.

Apakah fungsi perawat CMHN yang digambarkan kasus di atas?

- A. Pengorganisasian pelayanan kesehatan
- B. Pengendalian pelayanan kesehatan
- C. Perencanaan pelayanan kesehatan
- D. Pengarahan pelayanan kesehatan
- E. Penghitungan tenaga Kesehatan

5. Di dalam sebuah ruangan terdapat ketenagaan perawat dengan kualifikasi yaitu karu dengan pendidikan S1, 2 orang katim dengan kualifikasi DII keperawatan dan terdapat seorang case manager dengan kualifikasi s2 keperawatan spesialis jiwa. Pada ruang tersebut sering dilakukan penelitian dan menerapkan hasil penelitian. Tergolong jenis MPKP apakah ruangan jiwa tersebut

- A. MPKP pemula
- B. MPKP 1
- C. MPKP 2
- D. MPKP 3

6. Fokus dari tindakan keperawatan yang diberikan meliputi peningkatan kesadaran masyarakat ttg keswa dan gangguan jiwa serta memanfaatkan fasilitas kesehatan merupakan fokus kegiatan pada kelompok

- A. Individu
- B. Masyarakat
- C. Kelompok
- D. Keluarga

REFERENSI

1. Carson, V.B. (2000). *Mental health Nursing : The Nurse-pasient journey (2th ed)*. Philadelphia: W.B. Sauder Company
2. Fortinas, K.M., & Holoday W.P.A (2006), *Pscyatric nursing care plans*, St. Louis, Mosby Your Book
3. Frisch N, & Frisch A. (2011). *Pscyatric mental health Nursing*, 4 ed. Australia : Delmar CENGAGE learning
4. Gail. William, Mark Soucy (2013). *Course Overview – Role of the advanced Practice Nurse & Primary Care Issue of mental health/therapeutic use of self*. School of Nursing, The University of Texas Health Science Center at San Antonio
5. Halter, MJ. (2014). *Varcaroli's Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. 7th edition. Saunder : Elsevier Inc

Lampiran 1

LAPORAN KELOMPOK TUTORIAL

Merupakan hasil diskusi setiap pemicu, yang menggambarkan pemahaman materi dan pencapaian sasaran pembelajaran dalam pemicu. Laporan kelompok harus meliputi:

1. Pendahuluan

- a. Penulisan kasus
- b. Daftar kata sulit
- c. Daftar pertanyaan

2. Pembahasan

- a. Jawaban kata sulit

Contoh :

Respiration rate = frekuensi nafas (*Oxford English Dictionary*, 2006)

- b. Jawaban pertanyaan

Contoh :

1. Apakah hipovolemia itu ?

- Hipovolemia adalah cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saja tanpa perubahan pada natrium (Herdman, 2012).

3. Bagan/Skema/konsep solusi

4. Daftar Pustaka

5. Referensi pustaka (fotokopian/ketikan) wajib dilampirkan

Jumlah halaman min. 10 lembar, ketikan 1,5 spasi, *font* Times New Roman, *size* 12, kertas A4, dijilid rapi dan *cover* makalah menggunakan kertas bufalo berwarna **hijau muda**, naskah asli (bukan foto kopi). Laporan dikumpulkan kepada Tim Blok paling lambat pada awal pemicu baru lalu diserahkan kepada Koordinator Blok untuk dievaluasi dan dinilai. Tempat pengumpulan di ruang dosen S1 keperawatan diletakkan di tempat yang sudah disediakan dan jangan lupa untuk menandatangani bukti penyerahan tugas yang sudah disediakan.

Contoh Cover Laporan :

<p>LAPORAN KELOMPOK X</p> <p>MAKALAH TUTORIAL SKENARIO (JUDUL SKENARIO)</p>  <p>PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU 2022</p>	<p>PENYUSUN</p> <ol style="list-style-type: none">1. NAMA NIM/KETUA2. NAMA NIM/SEKERTARIS3. ...4. ...5. ...
--	---

Lampiran 2

Format Laporan Makalah Kelompok Seminar

1. Cover
2. Kata Pengantar :berisi kata-kata harapan penulis, ucapan terimakasih,dll dari penulis
3. Daftar isi (jelas)
4. BAB I Pendahuluan : latar belakang pembuatan tugas, tujuan dan manfaat yg diinginkan
5. BAB II Landasan teori : kutipan teori-teori yang mendasari makalah, dapat dikutip dari jurnal, buku referensi *teks book*, para ahli dan lain-lain
6. BAB III Pembahasan : inti makalah yang ingin di bahas
7. BAB IV Penutup :Kesimpulan dari pembahasan
8. Daftar Pustaka :sumber-sumber yang digunakan untuk membuat makalah (dari jurnal, buku referensi *teks book*, para ahli dan lain-lain)
9. Ketentuan penulisan: jumlah halaman min 10 lembar, ketikan 1,5 spasi, *Font* Time New Roman, size 12, kertas A4, dijilid rapi dan cover makalah menggunakan kertas bufalo berwarna **biru muda**, makalah dikumpul pada tim blok paling lambat 1 minggu setelah penugasan berlangsung.

Contoh Cover

LAPORAN MAKALAH KELOMPOK (I / II) (JUDUL MAKALAH)

NAMA KELOMPOK -NIM
PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU 2022

Lampiran 3

Format Laporan Kegiatan Menonton Film

1. Cover
2. Kata pengantar
3. Daftar isi
4. Pendahuluan : judul film, daftar pertanyaan(disampaikan oleh pembimbing ketika proses pembelajaran sedang berlangsung)
5. Pembahasan: jawaban untuk setiap pertanyaan (di sesuaikan dengan pertanyaan yang telah diberikan oleh pembimbing), jawaban juga harus berdasarkan berbagai referensi yang ada.
6. Kesimpulan
7. Daftar pustaka

Contoh Cover

LAPORAN MAKALAH KELOMPOK (I / II) (JUDUL MAKALAH)

NAMA KELOMPOK -NIM
PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU 2022

Lampiran 4

FORMAT PENILAIAN SEMINAR

No	Deskripsi Penilaian	Skor	Nama Mahasiswa								Nilai
1	Aktivitas & Kreativitas										
	Menanggapi informasi, memberikan ide penyelesaian masalah	31-40									
	Ide bagus, tapi kurang aktif mengemukakan ide	21-30									
	Mengkritik tanpa ada penyelesaian masalah	11-20									
	Mengikuti diskusi tanpa ada ide yang disampaikan	1-10									
2	Sikap dalam Diskusi										
	Menghargai sikap dan berinteraksi dengan baik	16-20									
	Mampu mengemukakan pendapat tapi tidak memfasilitasi teman untuk	11-15									

	berpendapat																		
	Mampu berinteraksi tapi sering menyalahkan pendapat orang lain	6-10																	
	Tidak serius dan menghambat proses diskusi	1-5																	
3	Relevansi dengan Tujuan Pembelajaran																		
	Relevan 90 – 100%	16-30																	
	Relevan 70 – 80%	11-15																	
	Relevan 50 – 60%	1-10																	
	Di luar tujuan pembelajaran	0																	
4	Penjelasan Presenter																		
	Pembicara tenang, intonasi tepat, kontak mata baik, tidak bergantung pada catatan	8-10																	
	Pembicara tenang, suara datar, cukup sering	6-7																	

bergantung pada catatan												
Suara monoton, tidak ada ide di luar catatan, kontak mata kurang	3-5											
Pembicara cemas, audien diabaikan, hanya membaca berbagai catatan daripada berbicara	1-2											
TOTAL												

Pekanbaru,20..

Penilai

(.....)

Lampiran 5

FORMAT PENILAIAN MAKALAH

Dimensi	Sangat Memuaskan	Memuaskan	Cukup	Kurang Memuaskan	Di Bawah Standar	Skor
Konteks bahasa/isi	Bahasa/isi menggugah pembaca untuk mencari tahu konsep lebih dalam (9 – 10)	Bahasa/isi menambah informasi pembaca (7 – 8)	Bahasa/isi deskriptif, tidak terlalu menambah pengetahuan (4 – 6)	Informasi dan data yang disampaikan tidak menarik dan membingungkan (2 – 3)	Tidak ada hasil (0 – 1)	
Kerapian	Paper dibuat dengan sangat menarik dan menggugah semangat pembaca (9 – 10)	Paper cukup menarik, walau tidak terlalu mengundangi (7 – 8)	Dijilid biasa	Dijilid namun kurang rapi	Tidak ada hasil	

			(4 – 6)	(2 – 3)	(0 – 1)	
Referensi	Berasal dari sumber buku/jurnal dan penulisan sesuai dengan APA	Berasal dari sumber buku/jurnal dan penulisan tidak sesuai dengan APA	Berasal dari buku dan sumber internet (bukan jurnal) serta penulisan tidak sesuai dengan APA	Berasal dari sumber internet (bukan jurnal) dan penulisan tidak sesuai dengan APA	Tidak ada hasil	
	(9 – 10)	(7 – 8)	(4 – 6)	(2 – 3)	(0 – 1)	

Nilai Akhir = $\frac{\text{total skor}}{30} \times 100$

Pekanbaru,20

30

Penilai

.....

Lampiran 6

PENILAIAN Critical Incident Report (Soft Skills)

Mata Kuliah :

Pertemuan ke / Topik :

Hari /Tanggal :

Nama Mahasiswa :

Petunjuk Penilaian nilai :

Nilai 1 = Kurang, Nilai 2 = Cukup, Nilai 3 = Baik, Nilai 4 = Sangat baik

No	Aspek Yang Dinilai	Nilai Maks	Nama Mahasiswa					
			1	2	3	4	5	6
1	Kesiapan untuk praktek klinik	4						
2	Berpenampilan bersih dan rapi	4						
3	Jujur dan berperilaku profesional	4						
4	Komunikasi dalam tim dan anggota kesehatan lainnya	4						
5	Menghargai anggota dan tim kesehatan lainnya	4						
6	Melaksanakan asuhan keperawatan sesuai kompetensi	4						
7	Menghargai klien dan keluarganya	4						
8	Menghindarkan/merahasiskan pembicaraan yang tidak perlu tentang klien/keluarga/teman sejawat	4						
9	Bertanggung jawab/bertanggung gugat terhadap apa yang telah dilakukan pada klien dengan mencamtumkan identitas	4						
10	Mentaati tata tertib yang berlaku	4						
TOTAL		40						