

BUKU AJAR
KEPERAWATAN
JIWA

Teguh Purwanto

BUKU AJAR
KEPERAWATAN
JIWA



PUSTAKA PELAJAR

BUKU AJAR KEPERAWATAN JIWA

Penulis

Teguh Purwanto

Editor

Sujono Riyadi, S.Kep, Ns, M. Kes

Tata Aksara

Dimaswids

Desain Cover

Marjeck

Cetakan I, September 2015

Penerbit

PUSTAKA PELAJAR

Celeban Timur UH III/548 Yogyakarta 55167

Telp. 0274 381542, Faks 0274 383083

E-Mail: pustakapelajar@yahoo.com

ISBN 978-602-229-528-0

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim. Segala puji bagi Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya, penulis akhirnya menyelesaikan “Buku Ajar Keperawatan Jiwa”. Buku ini berisi tentang sejarah perkembangan keperawatan jiwa, model konseptual yang membantu memberikan dasar dalam memberikan asuhan keperawatan, hubungan terapeutik perawat-klien yang memberikan pengetahuan tentang hubungan terapeutik dan beberapa teknik yang dapat digunakan pada saat berinteraksi dengan klien, penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa yang difokuskan pada proses keperawatan jiwa yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan berdasarkan NANDA, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta berbagai terapi modalitas untuk menangani masalah gangguan jiwa.

Sebagai penutup, layaknya pepatah “tiada gading yang tak retak”, penulis menyadari bahwa buku ini tidak lepas dari berbagai macam kekurangan. Oleh karena itu, penulis akan menerima dengan senang hati kritik, saran dan masukan yang membangun dari semua pihak demi kesempurnaan buku ini. Akhir kata, penulis mengucapkan selamat membaca buku ini dan semoga bermanfaat.

Yogyakarta, September 2015

Penulis

DAFTAR ISI

PENGANTAR — v

DAFTAR ISI — vii

BAB I

KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA — 1

1. Pengertian Kesehatan Jiwa — 1
2. Prinsip Keperawatan Kesehatan Jiwa — 3
3. Perkembangan Keperawatan Jiwa — 5

BAB II

MODEL KONSEP KEPERAWATAN JIWA — 15

1. Model Psikoanalisis — 16
2. Model Perilaku — 20
3. Model Eksistensial — 21
4. Model Interpersonal — 21
5. Model Medical — 22
6. Model Komunikasi — 23
7. Model Keperawatan — 23
8. Model Sosial — 24

BAB III

KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT-KLIEN — 27

1. Pengertian Terapeutik — 29

2. Fungsi Komunikasi Terapeutik — 30
3. Sifat Hubungan Terapeutik — 30
4. Analisis Diri — 31
5. Fase-fase Hubungan Komunikasi Perawat-Klien — 35
6. Komunikasi Fasilitatif — 39
7. Proses Komunikasi — 40
8. Macam Komunikasi — 41
9. Sikap Perawat dalam Komunikasi Terapeutik — 42
10. Teknik Komunikasi — 43
11. Dimensi Hubungan — 44

BAB IV

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA — 47

1. Asuhan Keperawatan Kecemasan — 48
2. Asuhan Keperawatan dengan Klien Gangguan Kognitif — 63
3. Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Konsep diri — 73
4. Asuhan Keperawatan pada Klien Kritis — 97
5. Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Kehilangan — 106
6. Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Perilaku Kekerasan — 113
7. Asuhan Keperawatan pada Klien Bunuh Diri — 123
8. Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Alam Perasaan — 136
9. Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Berhubungan Sosial — 147
10. Asuhan Keperawatan Jiwa pada Anak dan Remaja — 158

BAB V

KEPERAWATAN JIWA MASYARAKAT — 173

1. Proses Keperawatan — 174

2. Upaya Kesehatan Jiwa Masyarakat — 177

BAB VI

TERAPI MODALITAS — 189

1. Pemberian Psikotropika — 189
2. Terapi Aktivitas Kelompok — 200
3. Terapi Okupasi — 206
4. Terapi Lingkungan — 210

LAMPIRAN — 215

DAFTAR PUSTAKA — 235

INDEKS — 237

TENTANG PENULIS — 241

Bab I

KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA

TUJUAN INTRUKSIONAL KHUSUS

1. Mahasiswa dapat menjelaskan Pengertian Kesehatan Jiwa dengan benar
2. Mahasiswa dapat menjelaskan Prinsip Keperawatan Kesehatan Jiwa dengan benar
3. Mahasiswa dapat menjelaskan Perkembangan Keperawatan Jiwa dengan benar

1. Pengertian Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa menurut Undang-Undang No. 3 tahun 1966, adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu selaras dengan keadaan orang lain. Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat yang harmonis dan memperhatikan segi kehidupan manusia dan cara berhubungan dengan orang lain. Sedangkan menurut ANA keperawatan jiwa merupakan satu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku

manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya.

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kesehatan jiwa adalah suatu kondisi perasaan sejahtera secara subyektif, suatu penilaian diri tentang perasaan mencakup aspek konsep diri, kebugaran dan kemampuan pengendalian diri. Indikator mengenai keadaan sehat mental/psikologis/jiwa yang minimal adalah individu tidak merasa tertekan atau depresi.

Menurut WHO, sehat diartikan sebagai suatu keadaan sempurna baik fisik, mental dan sosial serta bukan saja keadaan terhindar dari sakit maupun kecacatan.

Kriteria sehat jiwa meliputi :

- 1) 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.
- 2) Tumbuh kembang dan beraktualisasi diri
Individu mengalami perubahan ke arah yang normal sesuai dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangan dan dapat mengekspresikan potensi dirinya.
- 3) Integrasi
Individu menyadari bahwa semua aspek yang dimilikinya adalah satu kesatuan yang utuh dan mampu bertahan terhadap stres dan dapat mengatasi kecemasannya.
- 4) 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.
- 5) Otonomi
Individu dapat mengambil keputusan secara bertanggung jawab dan dapat mengatur kebutuhan yang menyangkut dirinya tanpa

bergantung pada orang lain.

2. Prinsip Keperawatan Kesehatan Jiwa

Keperawatan jiwa adalah pelayanan kesehatan profesional yang didasarkan pada ilmu perilaku, ilmu keperawatan jiwa pada manusia sepanjang siklus kehidupan dengan respons psiko-sosial dan maladaptif yang disebabkan oleh gangguan bio-psiko-sosial, dengan menggunakan diri sendiri dan terapi keperawatan jiwa melalui pendekatan proses keperawatan untuk meningkatkan, mencegah, mempertahankan dan memulihkan masalah kesehatan jiwa individu, keluarga dan masyarakat. Prinsip keperawatan jiwa berdasarkan pada paradig kesehatan yang dibagi menjadi 4 komponen yaitu manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan.

Manusia

- Fungsi seseorang sebagai makhluk holistik.
- Setiap individu mempunyai kebutuhan dasar yang sama dan penting.
- Setiap individu mempunyai harga diri dan martabat.
- Tujuan individu adalah untuk tumbuh, sehat, mandiri dan tercapai aktualisasi diri.
- Setiap manusia mempunyai kemampuan untuk berubah dan keinginan mencapai tujuan hidup.
- Setiap individu mempunyai kemampuan untuk berubah dan kemauan untuk mengejar tujuan.
- Setiap individu mempunyai kapasitas koping yang berbeda-beda.
- Setia individu mempunyai hak untuk terlibat dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan dirinya.
- Semua perilaku individu bermakna di mana perilaku tersebut meliputi persepsi, pikiran, perasaan dan tindakan.

Lingkungan

- Lingkungan adalah faktor eksternal yang berpengaruh terhadap perkembangan manusia, mencakup antara lain lingkungan sosial, status ekonomi dan kesehatan.
- Perawat bertanggung jawab dalam memelihara tatanan pengobatan sebagai bagian dari lingkungan fisik dan sosial, yang berhubungan dengan lingkungan personal.
- Terapi lingkungan dapat membantu perawat dalam menjaga pola pertahanan tubuh terhadap penyakit dan meningkatkan pola interaksi yang sehat.
- Perawat berperan sebagai fasilitator interaksi lingkungan kesehatan.

Kesehatan

- Sehat adalah simbol perkembangan kepribadian dan proses kehidupan manusia yang berlangsung terus menerus menuju kehidupan yang kreatif dan konstruktif.
- Perilaku sehat adalah perilaku yang memfasilitasi pemenuhan kebutuhan, kepuasan, kesadaran diri dan integrasi pengalaman yang berarti, misalnya pengalaman sakit.
- Menurut rentang sehat-sakit atau rentang ansietas manusia sehat diartikan sebagai manusia yang tidak memiliki ansietas.
- Intervensi keperawatan berfokus kepada proses membina dan mempertahankan hubungan saling percaya guna memenuhi kebutuhan klien.

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang menunjukkan salah satu kebutuhan dasar manusia oleh karena itu setiap individu mempunyai hak untuk memperoleh kesehatan yang sama dalam pelayanan kesehatan.

Keperawatan

Keperawatan merupakan satu bentuk pelayanan atau asuhan yang bersifat humanistik, profesional, dan holistik berdasarkan ilmu

dan kiat, memiliki standar asuhan dan menggunakan kode etik, serta dilandasi oleh profesionalisme yang mandiri dan kolaborasi. Konsep keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat profesional dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia yang dapat ditujukan kepada individu, keluarga atau masyarakat dalam rentang sehat-sakit (A.Aziz, 2004). Dalam keperawatan jiwa, perawat memandang manusia secara holistik dan menggunakan diri sendiri sebagai alat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Strategi dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa adalah menggunakan diri secara terapeutik dan interaksi interpersonal dengan menyadari diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Kesadaran ini merupakan dasar untuk perubahan sikap dan perilaku klien. Perawat memberikan stimulus yang konstruktif pada klien dan membantu klien berespons secara adaptif dalam menghadapi berbagai masalah dalam kehidupannya.

3. Perkembangan Keperawatan Jiwa

A. Perkembangan Keperawatan di Dunia

Masa Peradaban

Pada masa peradaban telah terdapat tanda-tanda yang menunjukkan bahwa manusia sudah mengenal dan berusaha mengobati gangguan jiwa. Hal ini dibuktikan dengan ditemukannya berbagai tengkorak yang dilubangi di Negara Peru. Diperkirakan tengkorak tersebut adalah tengkorak seorang penderita penyakit ayan atau seseorang yang menunjukkan perilaku kekerasan, tindakan tersebut diharapkan dapat mengeluarkan roh jahat yang merasuki tubuh penderita. Pada masa peradaban kepercayaan bahwa gangguan jiwa itu timbul karena masuknya roh nenek moyang ke dalam tubuh seseorang lalu menguasainya, merupakan suatu hal yang universal. Usaha pengobatan untuk mengusir roh-roh yang menjadi penyebab gangguan dipengaruhi oleh sistem magik-keagamaan ini dapat dipandang sebagai usaha untuk memakai pemikiran rasional. Pada

zaman modern ini juga masih ditemukan banyak cara pengobatan pada penderita gangguan jiwa ataupun fisik dengan tujuan mengeluarkan roh penyebab gangguan jiwa.

Di Mesir kira-kira pada 1500 sebelum masehi ditemukan tulisan tentang orang yang mengalami gangguan jiwa, sebagai berikut: "... hati menjadi berat dan tidak dapat mengingat lagi hari kemarin". Dalam tahun-tahun berikutnya di sana didirikan beberapa kuil yang terkenal dengan nama "Kuil Saturn" untuk merawat orang dengan gangguan jiwa.

Di Yunani, **Hippocrates** (460-357 SM), yang sekarang dianggap sebagai bapak ilmu kedokteran membantah anggapan bahwa penyakit ayatan disebabkan oleh roh atau makhluk halus, tetapi karena adanya gangguan pada otak. Hippocrates juga menerangkan perubahan perilaku pada gangguan mental disebabkan oleh perubahan hormon dan cairan tubuh yang dapat menghasilkan panas, kering dan kelembapan. Pernyataan tersebut didukung oleh seorang dokter Yunani yang bernama **Galen** yang menyatakan bahwa emosi atau kerusakan mental ada hubungannya dengan gangguan pada otak. Orang Yunani menggunakan kuil-kuil sebagai tempat perawatan sedangkan untuk terapi pengobatan pasien dengan gangguan jiwa digunakan hawa segar, air murni, sinar matahari dan musik. Sebagai kegiatan alternatif penyembuhan klien disuruh bersepeda, jalan-jalan dan mendengarkan suara air terjun. Pada zaman Romawi juga dilakukan "pengeluaran darah" dan mandi air belerang.

Setelah jatuhnya kebudayaan Yunani dan Romawi ilmu kesehatan jiwa pada umumnya mengalami kemunduran. Penderita gangguan jiwa diikat, dikurung, dipukuli, dibiarkan kelaparan dan ada yang dimasukkan ke dalam sebuah tong lalu digulingkan dari atas bukit. Bahkan, ada pula yang diceburkan ke dalam sungai dari atas jembatan. Semua usaha ini dilakukan untuk mengusir roh jahat dari tubuh penderita.

Di Negara Arab, dipakai cara-cara yang lebih berperikemanusiaan.

Terpengaruh oleh cara Yunani sebelumnya, mereka memakai tempat pemandian, gizi yang baik, obat-obatan, wangi-wangian, musik yang lembut dan aktivitas rekreasi.

Di Eropa antara abad ke-17 sampai abad ke-18 didirikan rumah perawatan untuk penderita gangguan jiwa yang dinamakan rumah amal (*almshouse*), rumah kontrak (*contrac house*) atau suaka duniawi (*secular asylum*). Tempat-tempat ini selain dipakai sebagai penampungan penderita gangguan jiwa juga sebagai tempat pembuangan penjahat. Cara pengobatan yang digunakan pada masa itu dengan pengeluaran darah, penderita dipakaikan pakaian gila dan dicambuk.

Masa Pertengahan

Di Prancis pada akhir revolusi abad ke-18 terjadi perubahan pada tempat penampungan penderita gangguan jiwa. **Phillipe Pinel** (1745-1826), seorang dokter Prancis membuka sebuah rumah sakit untuk seorang penderita jiwa atau mental di kota La Bicetre, Paris. Pinel memulai dengan tindakan kemanusiaan dan advokasi melalui observasi perilaku, riwayat perkembangan dan menggunakan komunikasi dengan penderita. **Weyer**, seorang psikiatrik Jerman menjelaskan kesehatan psikiatrik melalui kategori diagnostik.

Abad 18 dan 19

Benjamin Rush (1745-1813) yang sering disebut sebagai bapak Ilmu Psikiatrik Amerika memperkenalkan cara pengobatan baru berdasarkan perlakuan secara moral (*moral treatment*) di Rumah Sakit Pennsylvania. Pada 1843 **Thomas Kikbridge**, memberikan pelatihan di Rumah Sakit tersebut untuk membantu merawat pasien gangguan jiwa.

Pada 1882 didirikan pendidikan keperawatan jiwa pertama di Mc Lean Hospital, Belmont, Massachusetts. Dan pada 1890 siswa perawat menjadi staf keperawatan di rumah sakit jiwa. Perawat diharapkan mengembangkan keterampilan dalam memberikan

pengobatan melalui asuhan keperawatan. Pada abad ke-19 ini juga sudah dilakukan penyelidikan tentang penyebab gangguan jiwa dan jenis gangguan jiwa mulai diselidiki secara ilmiah. **Martin Charcot** (1825-1893) menjelaskan histeris dan mendemonstrasikan penyembuhan gangguan jiwa dengan hipnosa.

Abad 20

Pada periode abad 20, **Clifford Beers** pada tahun 1908 menerbitkan buku berjudul *A mind that found itself* (jiwa yang menemukan dirinya sendiri). Beers menulis bukunya berdasarkan pengalaman dan observasi selama 3 tahun sebagai pasien di rumah sakit jiwa. Hal tersebut merupakan awal gerakan kesehatan jiwa. Pada tahun 1855-1926 muncullah beberapa pelopor psikiatri modern antara lain:

- 1) Sigmund Freud : menjelaskan tentang struktur kepribadian (*id, ego dan super ego*) dan topografi jiwa.
- 2) Adolf Meyer : menjelaskan tentang teori psikobiologi, gangguan jiwa dianggap sebagai reaksi.
- 3) Eugen Bleuler : menjelaskan tentang studi tentang skizofrenia.
- 4) Karen Horney : menjelaskan tentang pandangan holistik terhadap manusia, yaitu kesatuan yang berada di dalam lingkungan dengan interaksi yang terus-menerus.

Semula ilmu kedokteran yang menangani hal-hal yang somatik (badaniah), mental dan sosial berkembang menjadi ilmu kedokteran somatik, ilmu jiwa dan ilmu kemasyarakatan.

Pada 1915 Linda Richards lulusan perawat pertama di AS dan sering disebut sebagai perawat psikiatrik pertama di Amerika Serikat, menganjurkan pelayanan yang sama terhadap pasien penyakit fisik. Dia menerangkan bahwa asuhan pada pasien penyakit jiwa memerlukan tingkat kesabaran yang tinggi. Pengalaman praktik di rumah sakit jiwa memberikan kesempatan bagi siswa perawat untuk

mempunyai kemampuan tersebut.

Tampak banyak kemajuan di National Committee dan ANA (*American Nurse's Association*) yang mempromosikan pendidikan kepada pasien dengan menerbitkan journal. Buku-buku tentang keperawatan jiwa mulai diterbitkan dan dewan National League for Nursing mendiskusikan pendidikan diploma keperawatan psikiatrik (1915-1935). Adapun tujuan pendidikan adalah:

1. Mengajarkan kepada siswa tentang hubungan antara penyakit jiwa dan penyakit mental serta penerapannya dalam keperawatan kesehatan jiwa.
2. Mengajarkan kepada siswa tentang penyebab gangguan atau penyakit jiwa dan metode perawatan modern.
3. Mengajarkan kepada siswa perawat bagaimana mengkaji perilaku pasien sakit jiwa sehingga dapat mengetahui gejala-gejala awal.
4. Mengajarkan siswa perawat tentang pengaruh lingkungan dan gangguan mental.
5. Mengajarkan siswa perawat agar dapat diandalkan dan mudah beradaptasi pada saat memberikan perawatan.

Pengalaman klinik di rumah sakit jiwa merupakan bagian terpenting dari dasar pengalaman siswa perawat dan sudah distandardisasikan pada 1937 di mana siswa diberikan kesempatan untuk merawat pasien dengan berbagai macam tingkat gangguan mental termasuk penyakit organik. Pengalaman-pengalaman berdasarkan pada hidroterapi, okupasi, rekreasi dan terapi lainnya serta pendidikan pasien. Tindakan perawatan termasuk kebersihan diri, eliminasi yang sesuai dan nutrisi yang adekuat seperti pemberian relaksasi setelah mandi.

Pada 1939 hampir semua sekolah perawatan memberikan pembelajaran keperawatan psikiatrik untuk siswanya, tetapi belum dapat diakui sampai dengan tahun 1955. Pada 1963 Gerakan Kesehatan Mental Masyarakat mendirikan pusat kesehatan masyarakat yang melayani: (1) Perawatan gawat darurat psikiatrik, (2) Hospitalisasi,

(3) Bagian hospitalisasi seperti pusat perawatan sehari-hari dan kelompok terapeutik, (4) Post perawatan, termasuk pusat konseling. Diizinkan nya pasien untuk hidup di masyarakat dianggap sebagai tindakan yang positif, namun begitu banyak juga ditemukan pasien yang tidak mempunyai tempat tinggal. Gerakan Kesehatan Mental Masyarakat mempunyai peranan penting dalam pelayanan kesehatan mental.

Pada 2000, keperawatan jiwa mulai menjadi bagian klinik khusus. Perawat berperan sebagai manajer dan koordinator kegiatan dengan melaksanakan perawatan terapeutik sesuai dengan model dasar medis. Dengan studi lanjutan dan pengalaman praktik klinik di bidang perawatan psikiatrik, para ahli spesialis dan praktisi, perawat mendapat pengetahuan yang banyak dalam perawatan dan pencegahan gangguan psikiatrik.

B. Perkembangan Keperawatan Jiwa di Indonesia

Masalah kesehatan yang merupakan masalah fisik, mental dan sosial menjadi tantangan, bukan hanya dokter, perawat akan tetapi juga masyarakat pada umumnya. Di Indonesia sejak dahulu telah mengenal gangguan jiwa yang digambarkan dalam cerita Mahabarata dan Ramayana terdapat Srikandi Edan, Gatutkaca Gandrung dan perilaku Lesmono yang mirip seorang perempuan.

Bagaimana para penderita gangguan jiwa diperlakukan pada zaman dulu belum diketahui dengan jelas. Tindakan terhadap penderita gangguan jiwa seperti warisan nenek moyang yang turun temurun. Penderita dibuang ke hutan, penderita dipasung, diikat atau dirantai bila penderita dianggap membahayakan orang lain dan lingkungan. Bila tidak membahayakan penderita dibiarkan berkeliaran dan menjadi tontonan ataupun objek lelucon bahkan ada yang menganggap orang sakti atau linuwih.

Pada zaman kolonial sebelum ada Rumah Sakit Jiwa para penderita gangguan jiwa ditampung di Rumah Sakit Umum Sipil

atau Rumah Sakit Militer di Jakarta, Semarang dan Surabaya, pasien yang ditampung pada umumnya merupakan pasien jiwa berat (psikosis). Namun Rumah Sakit tersebut lama-lama tidak cukup untuk menampung penderita sehingga pada 1862 pemerintah Hindia Belanda mengadakan sensus penderita jiwa di Pulau Jawa dan Madura.

Rumah Sakit Jiwa yang pertama kali dibangun adalah Rumah Sakit Jiwa Bogor pada 1 Juli 1882 kemudian Rumah Sakit Jiwa Lawang (1902), Rumah Sakit Jiwa Magelang (1923) dan Rumah Sakit Jiwa Sabang (1927). Namun, Rumah Sakit Jiwa Sabang hancur waktu pengeboman sekutu dalam perang dunia kedua. Rumah sakit jiwa dibangun jauh dari lingkungan masyarakat, dengan alasan untuk menghindari cap atau stigma yang tidak baik dari masyarakat. Cara pengobatan yang dulu sering dipakai di rumah sakit jiwa ialah isolasi dan penjagaan (*custodial care*), suntikan obat penenang, terapi mandi dan pasien dijemu dipanas matahari.

Sejak 1910 pasien diberi kebebasan tidak ada penjagaan yang terlalu ketat. Pada 1930 sudah diterapkan terapi kerja seperti menggarap tanah, membersihkan alat makan dan membersihkan lantai. Semua rumah sakit jiwa dan fasilitas lain dibangun dan dibiayai pemerintah Hindia Belanda. Pada Perang Dunia ke-2 dan penjajahan kesehatan jiwa tidak berkembang. Semua fasilitas tidak terawat, dirusak dan dihancurkan Jepang.

Setelah merdeka merupakan awal perkembangan keperawatan jiwa. Pada 1947 dibentuk Jawatan Urusan Penyakit Jiwa namun belum bekerja dengan baik karena revolusi fisik masih berlangsung. Pada 1966 Jawatan Urusan Penyakit Jiwa diganti nama menjadi Direktorat Kesehatan Jiwa dipimpin oleh seorang Direktur Kesehatan Jiwa. Direktur Kesehatan Jiwa pertama kali dipimpin oleh Marzuki Mahdi.

Perkembangan sejarah kesehatan jiwa yang lain setelah Indonesia merdeka yaitu:

1. Undang-Undang Kesehatan Jiwa No. 3 tahun 1966 ditetapkan

- oleh pemerintah.
2. Didirikan BKR-PPJ (Badan Koordinasi Rehabilitasi Penderita Penyakit Jiwa)
 3. Pembinaan suatu sistem pelaporan diolah dengan komputer sejak 1971.
 4. PPDGJ ke-1 di Indonesia tahun 1973.
 5. Integrasi kesehatan jiwa dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas.

Pihak swasta juga mulai memikirkan masalah kesehatan jiwa, ini terbukti dengan didirikannya sanatorium-sanatorium jiwa di berbagai tempat, seperti Rumah Sakit “St Carolus” di Jakarta dan Rumah Sakit Gunung Muria di Minahasa dan didirikan Pusat Kesehatan Jiwa Masyarakat di Jakarta dan Surabaya.

Mulai tahun 2000 keperawatan jiwa di Indonesia mulai bergerak maju. Hal ini ditandai dengan penanganan perawatan mandi pada keperawatan jiwa, dengan ditetapkannya standar penanganan pada pasien gangguan jiwa dengan 4 besar masalah yang ditemukan. Pada 2002 diperkenalkan bangsal perawatan percontohan pada pasien jiwa atau dikenal dengan Model Pelayanan Keperawatan Profesional Pemula (MPKPP). Dengan adanya MPKPP ini perawatan dan penanganan pasien lebih terstruktur dan tingkat kesembuhan meningkat.

Adanya berbagai bencana di Indonesia telah menggugah bidang kesehatan terutama bidang keperawatan jiwa untuk lebih meningkatkan kontribusi dalam pemulihan kondisi masyarakat yang mengalami gangguan psikologis hebat. Di daerah pasca bencana dan pasca konflik, keperawatan jiwa telah mencanangkan sebuah program rehabilitasi yaitu *Community Mental Health Nursing (CMHN)*. Di Nangroe Aceh Darussalam, Poso, NTB, program ini telah berjalan meskipun masih dalam tahap basik. Pada organisasi profesi, keperawatan jiwa telah mempunyai wadah organisasi yang disepakati berdasarkan hasil kongres Himpunan Perawat Kesehatan

Jiwa Indonesia I di Magelang awal Desember 2006 dengan nama Ikatan Kesehatan Jiwa Indonesia.

Keperawatan jiwa terus berupaya mengembangkan diri dengan diadakannya Konferensi Nasional (Konas) setiap tahunnya. Konas jiwa pertama kali diselenggarakan di Bandung, kemudian Yogyakarta dan Semarang. Keputusan yang ditetapkan pada Konas di antaranya adalah adanya 10 masalah besar pada keperawatan jiwa dan penggunaan diagnosis tunggal pada rumusan masalah keperawatan jiwa.

BAB II

MODEL KONSEP KEPERAWATAN JIWA

TUJUAN INTRUKSIONAL KHUSUS

Mahasiswa dapat menjelaskan dan mengaplikasikan berbagai model dalam keperawatan jiwa yang meliputi: Model Psikoanalisis, Model Perilaku, Model Eksistensial, Model Interpersonal, Model Medical, Model Komunikasi, Model Keperawatan maupun Model Sosial.

Banyak profesional kesehatan jiwa melakukan praktik dalam kerangka model konseptual. Model cara untuk mengorganisasi kumpulan pengetahuan yang kompleks, sedangkan konsep merupakan suatu ide di mana terdapat kesan yang abstrak yang dapat diorganisir menjadi simbol-simbol yang nyata. Model konsep ini sebagai kunci perkembangan ilmu keperawatan jiwa dan pengembangan profesi keperawatan, yang mempunyai tujuan sebagai berikut: (A Azis Aimul Hidayat, 2004).

1. Memberikan alasan-alasan tentang kenyataan-kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan kesehatan, baik dalam bentuk tindakan

atau model praktik keperawatan sehingga permasalahan dapat teratasi.

2. Membantu para anggota profesi untuk memahami berbagai pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan dan memberikan dasar dalam penyelesaian berbagai masalah keperawatan.
3. Membantu proses penyelesaian masalah dalam keperawatan dengan memberikan arah yang jelas bagi tujuan tindakan keperawatan sehingga segala bentuk dan tindakan dapat dipertimbangkan.
4. Memberikan dasar dari asumsi dan filosofi keperawatan sehingga pengetahuan dan pemahaman dalam tindakan keperawatan dapat terus bertambah dan berkembang.

Beberapa model konseptual dikembangkan dalam ilmu keperawatan jiwa. Model dan teori yang terkait, pandangan mereka tentang penyimpangan perilaku, proses terapeutik, peran pasien dan ahli terapi. Adapun model praktik kesehatan mental psikiatrik adalah sebagai berikut:

1. Model Psikoanalisis

Model ini dikembangkan pertama kali oleh Sigmund Freud dan kemudian disempurnakan oleh Erickson, A. Freud, Klien Horney dan Reich Manninger. Menurut model ini gangguan jiwa terjadi akibat tidak terselesaikannya konflik-konflik pada tahap perkembangan sebelumnya. Konflik tersebut terjadi sebagai akibat dari pertahanan ego yang tidak dapat mengendalikan ansietas. Gejala gangguan jiwa muncul sebagai upaya untuk mengatasi ansietas dan menyelesaikan konflik pada tahap perkembangan sebelumnya. Artinya pada model ini meyakini bahwa penyimpangan perilaku pada usia dewasa dipengaruhi oleh perkembangan pada masa anak. Di mana setiap fase perkembangan mempunyai tugas perkembangan yang harus dicapai. Gejala yang tampak merupakan simbol dari konflik. Model ini mempelajari tentang teori perkembangan psikoseksual, topografi

jiwa dan struktur kepribadian.

Perkembangan kepribadian terdiri dari beberapa fase, di mana pada perkembangan setiap fase mempunyai ciri tersendiri dan antara satu fase dengan fase yg lain saling berhubungan. Fase-fase tersebut yaitu:

1) Fase Oral (0 – 1 tahun)

Adalah fase pertama yang menunjukkan bahwa bayi mendapat kepuasan dan kenikmatan yg bersumber pada mulut. Rasa lapar dan haus mendorongnya untuk mengenal hubungan sosial. Pada saat haus bila tidak menyusu ibunya, bayi akan memasukkan jari-jari tangannya ke mulut sebagai pengganti kepuasan oral.

2) Fase Anal (1 – 3 tahun)

Pada fase ini anak berfokus pada kepuasan di daerah anus, terutama pada saat BAB. Pada fase ini waktu yang tepat untuk melatih kedisiplinan pada anak terutama tentang *toilet training*.

3) Fase Phalik (3 – 5 tahun)

Dalam fase ini anak memperoleh kepuasan pada daerah kelamin. Anak mulai mempunyai ketertarikan pada perbedaan alat kelamin laki-laki dan perempuan. Pada anak laki-laki lebih dekat dan tertarik pada ibunya. Kedekatan ini disertai gairah seksual dan perasaan cinta yang disebut *odipus kompleks*. Tetapi perasaan ini menimbulkan rasa kecemasan terhadap ayahnya yang dianggap sebagai saingan. Konflik ini akan terselesaikan bila seorang anak sudah dapat menerima, menyukai dan mengagumi saingannya.

4) Fase Laten (5 – 12 tahun)

Fase ini merupakan masa tenang, walaupun sebenarnya terdapat kecemasan dan ketakutan yang terjadi pada fase sebelumnya namun perasaan tersebut ditekan atau disembunyikan. Anak laki-laki lebih suka bergaul dengan teman sejenisnya, demikian pula pada anak perempuan. Anak mencari figur ideal di antara orang dewasa yang berjenis kelamin sama dengannya.

5) Fase Genetalia (12 – 18 tahun)

Fase ini ditandai dengan maturnya alat-alat reproduksi dan kepuasan pada daerah kelamin. Rasa cintanya pada anggota keluarga dialihkan pada orang lain yang berlawanan jenis. Pengalaman masa sebelumnya menjadi bekal untuk memasuki masa dewasa.

Sigmund Freud juga mengemukakan teori topografi tentang kesadaran yang dibagi menjadi 3 bagian yaitu: alam tak sadar, alam pra sadar dan alam sadar.

Alam tak sadar mengandung berbagai ide atau afek yang ditekan. Bahan-bahan alam tak sadar biasanya tidak dapat diingat. Bahan-bahan tersebut dapat diingat kembali bila sensor dibuat tidak berdaya dan rileks. Isi alam tak sadar terbatas pada hasrat untuk mencari kepuasan dan naluri.

Alam pra sadar belum ada sejak lahir tetapi berkembang pada masa kanak-kanak. Kegiatan mental alam prasadar dinamakan proses berpikir yang bertujuan agar terhindar dari ketidaksenangan dan norma individu. Kesadaran ini menjaga agar seseorang terhindar dari hal-hal yang mencemaskan atau bertentangan dengan kenyataan keluar ke alam sadar.

Alam sadar sebagai alat pencerahan. Melalui perhatian individu dapat menjadi sadar tentang rangsangan yang masuk dari dunia luar.

Dari struktur psiko atau jiwa, S. Freud membagi menjadi 3 bagian yaitu id, ego dan super ego.

1) Id

Id ialah tempat dorongan (*instinct*) dan berada di bawah pengawasan proses primer, sehingga id bekerja sesuai dengan prinsip kesenangan tanpa memedulikan kenyataan. Seorang bayi pada waktu lahir telah mempunyai id. Ia tidak mempunyai kemampuan untuk menghambat, mengawasi atau memodifikasi dorongan nalurinya. Karena itu sangat tergantung pada ego orang lain di dalam lingkungannya.

Ciri id yaitu:

- a. Merupakan bagian yang primitif
- b. Egoistis, asosial dan amoral
- c. Tidak mempunyai konsep etika
- d. Tidak dapat menunda keinginan
- e. Tidak belajar dari pengalaman
- f. Tidak mengenal waktu

2) Ego

Ego artinya aku. Fungsinya memberikan identitas diri pada individu, tugasnya untuk menghindari ketidaksenangan dan rasa nyeri dengan melawan atau mengatur pelepasan dorongan naluri agar sesuai dengan tuntutan dunia luar. Ego harus tahu tentang tuntutan realitas dan memengaruhi atau mendorong individu untuk melakukan sesuatu. Jika ego menyadari seseorang untuk pergi ke dokter maka ego harus kuat mendorong individu untuk pergi ke dokter. Ego harus memilih reaksi yang cocok dengan keadaan dan kapasitas individu serta sebagai stabilisator antara id dan super ego sehingga adanya hubungan yang harmonis, fungsi ini disebut *realisty testing*.

3) Super Ego

Super ego berhubungan dengan moral, peraturan nilai-nilai dan cita-cita. Terbentuk dari konsep, orangtua, norma masyarakat dan ajaran agama. Berguna untuk mengontrol impuls-impuls id agar individu memperoleh kepuasan yang sebenar-benarnya. Adanya perasaan bersalah jika individu melakukan tindakan yang melanggar norma. Super ego dapat diartikan sebagai kata hati, hati nurani.

Dari struktur kepribadian tersebut dapat disimpulkan apabila individu mempunyai id terlalu kuat maka ia hanya ingin memenuhi kepuasan tanpa memperhatikan orang lain. Sehingga terjadi pemerkosaan, pembunuhan, perampokan dan tindakan kriminal lainnya. Apabila individu mempunyai super ego terlalu kuat maka ia akan selalu merasa bersalah atau mengalami waham berdosa. Dengan

demikian diperlukan ego yang kuat karena dengan pembentukan ego yang kuat akan terbentuk identitas diri seseorang dan merupakan bagian yang matur atau kedewasaan.

Proses terapeutik

Psikoanalisis menggunakan teknik asosiasi bebas dari analisis mimpi. Proses terapeutik memerlukan waktu yang lama. Hal ini menginterpretasikan perilaku, menggunakan transferen untuk memperbaiki pengalaman traumatik masa lalu dan mengidentifikasi area masalah melalui interpretasi resisten pasien.

Peran pasien dan terapis

Pasien mengungkapkan semua pikiran dan mimpi serta mempertimbangkan interpretasi terapi. Terapis tetap mengupayakan perkembangan transferen dan menginterpretasi pikiran serta mimpi pasien dalam hal konflik, transferen dan resisten.

2. Model Perilaku

Dikemukakan oleh Wolpe, Skinner, Bandura dan Pavlov, model ini merupakan teori belajar tentang perilaku. Penyimpangan perilaku terjadi karena individu membentuk kebiasaan yang tidak menyenangkan. Penyimpangan perilaku yang dilakukan sebagai usaha untuk menurunkan kecemasan.

Proses terapeutik

Terapis merupakan proses pendidikan. Penyimpangan tingkah laku tidak diberi *reward*.

Sedangkan tingkah laku yang adaptif dikuatkan. Pendekatan model ini dengan terapi relaksasi dan latihan asertif.

Peran klien dan terapis

Pasien melakukan teknik perilaku yang digunakan, melakukan pekerjaan rumah dan latihan penguatan. Terapis mengajarkan tentang pendekatan perilaku, mengembangkan tingkat perilaku dan menguatkan perilaku yang positif.

3. Model Eksistensial

Dikembangkan oleh Peris, Glasser, Ellis, Rogers dan Frank. Pada model ini dikemukakan bahwa kehidupan akan penuh arti apabila manusia dapat menerima dirinya sepenuhnya. Penerimaan terhadap diri dapat dicapai melalui hubungan dengan orang lain. Penyimpangan perilaku terjadi jika individu tidak dapat menenukan dan menerima diri.

Proses terapi

Klien dibantu untuk mengadakan hubungan dengan orang lain. Individu dianjurkan untuk menerima diri dan mengendalikan perilakunya. Pada model ini terapi yang sering digunakan adalah terapi kelompok.

Peran klien dan terapis

Klien mempunyai tanggung jawab terhadap perilakunya dan berperan serta dalam suatu pengalaman yang berarti untuk mempelajari tentang diri yang sebenarnya. Terapis membantu klien menerima diri, mengklarifikasi situasi nyata dan kesadaran diri.

4. Model Interpersonal

Model interpersonal dikembangkan oleh Harry Stack Sullivan dan Peplau. Pandangan tentang gangguan jiwa menurut model ini akibat kecemasan yang ditimbulkan dan dialami dalam hubungan interpersonal. Ketakutan terjadi secara mendasar pada akibat penolakan atau *rejective* oleh orang lain, karena individu membutuhkan rasa aman dan kepuasan dari hubungan interpersonal. Dalam melakukan hubungan interpersonal individu dipengaruhi oleh orangtua dalam mendidik anak. Jika seorang anak selalu dilarang dan dihukum serta selalu dikatakan jelek, maka akan terbentuk *system self* yang jelek. Namun sebaliknya apabila anak diberi reward dan membetulkan hal yang tidak tepat dengan diberi penjelasan dan pengertian maka akan terbentuk *system self* yang baik. Dan apabila

orangtua tidak konsisten dengan suatu peraturan, maka anak akan mengembangkan pribadi yang tidak konsisten atau ragu. Anak tidak dapat membentuk kepribadian yang baik maupun buruk atau disebut dengan sistem *self not* atau *not me*.

Proses terapeutik

Hubungan antara klien dan terapis membangun perasaan aman. Terapis membantu klien untuk memperoleh pengalaman hubungan saling percaya dan meningkatkan kepuasan interpersonal kemudian klien dibantu mengembangkan hubungan yang erat di luar situasi terapis.

Peran klien dan terapis

Klien membagi kecemasan dan perasaannya kepada terapis secepatnya. Terapis mengembangkan hubungan yang erat dengan klien menggunakan empati untuk menerima perasaan klien dan menggunakan hubungan sebagai pengalaman interpersonal yang korektif.

5. Model Medical

Model ini dikemukakan oleh Meyer, Kraeplin, Spitzer dan Frances. Menurut model ini gangguan perilaku diakibatkan oleh proses penyakit biologis. Gejala muncul sebagai kombinasi faktor fisiologis, genetik, lingkungan dan faktor sosial. Gangguan perilaku berhubungan dengan toleransi pasien terhadap masalah yang menimbulkan stres.

Proses terapeutik

Proses terapi berfokus pada penanganan diagnosis yang meliputi terapi somatik, farmakologis dan teknik interpersonal. Terapi diberikan sesuai dengan respons simtomatik.

Peran klien dan terapis

Peran pada model ini mengikuti program terapi yang dianjurkan dan melaporkan efek terapi kepada terapis. Sedangkan peran terapis adalah menegakkan diagnosis penyakit dan menentukan

pendekatan terapeutik.

6. Model Komunikasi

Dikemukakan oleh Erick Berne dan Watzlawick. Menurut model ini gangguan perilaku terjadi akibat pesan tidak disampaikan dengan jelas, pesan yang disampaikan atau yang diterima tidak sesuai antara persepsi pengirim dengan penerima sehingga terjadi salah persepsi dalam komunikasi. Antara pesan verbal dan non verbal mungkin tidak selaras.

Proses terapeutik

Pola komunikasi dianalisis dan umpan balik diberikan untuk mengklarifikasi masalah. Analisis berfokus pada permainan dan cara belajar berkomunikasi tanpa bersandiwara. Terapi keluarga dapat digunakan untuk memodifikasi kekurangan atau kesalahan komunikasi.

Peran klien dan terapis

Klien belajar pola komunikasi termasuk permainan. Bekerja untuk mengklarifikasi komunikasinya dan memvalidasi pesan dari orang lain. Terapis menginterpretasi pola komunikasi kepada klien dan mengajarkan prinsip komunikasi yang baik. Analisis transaksional berfokus pada permainan dan pelajaran untuk berkomunikasi secara langsung tanpa perlu bermain.

7. Model Keperawatan

Model ini dikemukakan oleh Dorothen Orem, John Rischl, Roy dan Martha Roger. Dorothen Orem yang mempunyai pandangan bahwa asuhan keperawatan berfokus pada respons individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial dengan model pendekatan berdasarkan teori sistem, teori perkembangan, teori interaksi, pendekatan holistik dan teori keperawatan.

Penyimpangan perilaku

Dalam model ini manusia dipandang sebagai makhluk biopsiko-sosial kultural yang utuh berespons terhadap stres dengan cara-

caranya sehingga gangguan tingkah laku akan berakibat kepada seseorang secara menyeluruh.

Respons yang adaptif terhadap stres menyebabkan sehat dan respons yang maladaptif akan menyebabkan sakit terletak pada kontinum dari potensial tingkah laku. Artinya pada model ini penyimpangan perilaku disebabkan karena adanya respons yang maladaptif.

Proses terapeutik

Proses keperawatan meliputi pengumpulan data merumuskan diagnosis keperawatan, merencanakan, tindakan dan evaluasi. Rencana keperawatan dibuat bersama-sama antara perawat dan klien. Tujuan yang ditetapkan adalah tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Intervensi keperawatan menggunakan terapi modalitas seperti terapi lingkungan, terapi individu dan kelompok, terapi kerja dan terapi lainnya.

Peran klien dan terapis

Peran klien bekerja sama dengan terapis dalam mengidentifikasi masalah, menyusun rencana, melakukan tindakan, evaluasi dan memodifikasi tindakan. Peran terapis bekerja sama dengan klien dan anggota tim kesehatan lain dalam pengembangan rencana keperawatan dan memodifikasi rencana didasarkan oleh umpan balik klien dan hasil evaluasi.

8. Model Sosial

Dikemukakan oleh Caplan dan Szasz. Model ini mengemukakan pandangan sosial terhadap perilaku. Faktor sosial dan lingkungan menciptakan stres yang menyebabkan kecemasan yang akan menimbulkan gejala perilaku menyimpang. Stres tersebut ditimbulkan oleh perilaku yang tidak dapat diterima oleh sistem sosial setempat.

Proses terapeutik

Klien dibantu untuk menghadapi sistem sosialnya dengan

menggunakan pendekatan primer, krisis intervensi, manipulasi lingkungan dan sistem pendukung sosial, keluarga dan masyarakat yang titik pusatnya adalah kesehatan jiwa masyarakat.

Peran klien dan terapis

Klien secara aktif menyampaikan masalahnya dan bekerja sama untuk memperoleh resolusi. Terapis menggali atau mengeksplorasi sistem sosial klien dan membantu pasien menggali sistem yang sesuai dan menciptakan sumber baru.

BAB III

KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT-KLIEN

TUJUAN INTRUKSIONAL KHUSUS

1. Mahasiswa dapat menjelaskan Pengertian Komunikasi Terapeutik secara benar
2. Mahasiswa dapat menjelaskan Fungsi komunikasi, analisis diri hubungan terapeutik dengan benar
3. Mahasiswa dapat membedakan antara komunikasi terapeutik dengan komunikasi fasilitatif dengan benar
4. Mahasiswa dapat mempraktikkan komunikasi terapeutik dengan klien beserta dimensi hubungan dengan benar

Komunikasi dalam bidang keperawatan adalah merupakan suatu dasar dan kunci dari seorang perawat dalam menjalankan tugas-tugasnya. Komunikasi merupakan suatu proses untuk menciptakan hubungan antara perawat dan klien serta dengan tenaga kesehatan lainnya, untuk mengenal kebutuhan manusia dan menentukan rencana tindakan serta kerja sama dalam

memenuhi kebutuhan tersebut.

Tanpa komunikasi seseorang akan merasa terasing, dan tanpa komunikasi pula suatu tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien akan mengalami kesulitan yang sangat berarti. Kemampuan berkomunikasi tidak dapat dipisahkan dari tingkah laku seseorang yang melibatkan aktivitas fisik, mental, di samping juga dipengaruhi oleh latar belakang sosial budaya, pengalaman, usia, pendidikan serta tujuan yang hendak dicapai. Sudah tidak meragukan bahwa para perawat sering sangat tertekan menghadapi beban kerja mereka yang berlebihan dan belum mendapatkan manfaat dari penyediaan sumber yang memadai. Namun, hal ini tidak memberikan suatu penjelasan yang memadai tentang komunikasi mereka yang jelek dengan para pasien.

Karena komunikasi bersifat sangat kompleks, maka banyak model yang digunakan dalam menjelaskan bagaimana seorang perawat dalam melakukan komunikasi dengan pasien, dengan dokter maupun dengan tenaga kesehatan yang lain yang banyak berinteraksi dengan perawat. Pada umumnya setiap komunikasi tersebut ada yang berfungsi sebagai pemberi/pengirim pesan serta ada yang berstatus sebagai penerima pesan, sedangkan pesan itu sendiri bisa secara verbal, tertulis maupun dengan non verbal. Dan pada proses ini pula kita tidak boleh menafikan peran lingkungan internal maupun eksternal di mana komunikasi tersebut berlangsung. Lingkungan internal bisa berupa nilai-nilai, kepercayaan, temperamen dan tingkat stres pengirim dan penerima pesan, sedang lingkungan eksternal bisa berupa keadaan cuaca, suhu, faktor kekuasaan dan waktu (Nursalam, 2002).

Menzies, 1970, *cit*, Abraham, 1997, mengatakan bahwa gaya komunikasi perawat – klien hanya berfokus pada tugas, bukan berfokus pada pasien yang akibatnya akan mengurangi kelangsungan hubungan dan perawatan perseorangan. Hal tersebut juga dikombinasikan dengan suatu perasaan menolak dan emosi yang mengobjektifkan

pasien. Hal senada juga disampaikan oleh Mac Leod Clark, 1981, *cit*, Abraham, 1997, dalam hasil penelitiannya dia menyampaikan bahwa perawat bicara lebih dari dua kali dari pembicaraan pasien dan kurang memfokuskan pada kondisi pasien serta menjawab pertanyaan mereka yang berkaitan dengan prognosis dan tindakan. Di dalam penelitian itu juga Mac Leod Clark menemukan bahwa perawat sering menggunakan pertanyaan yang hanya membutuhkan jawaban “ya” dan “tidak” atau memberikan pertanyaan yang hanya menyoroti suatu respons tertentu.

Adanya penerapan komunikasi yang seperti tersebut di atas, yang tampaknya hanya dikerjakan secara sepotong-sepotong atau terkotak-kotak akan membatasi kesempatan klien untuk memperluas percakapan atau menyatakan permasalahan mereka sendiri. Dalam pelaksanaannya penerapan komunikasi terapeutik ini sangat dipengaruhi oleh minat dari para perawat itu sendiri.

1. Pengertian Terapeutik

Komunikasi adalah penyampaian informasi verbal dan non verbal untuk mencapai kesamaan pengertian dari pengiriman informasi kepada penerima, sehingga menimbulkan tingkah laku yang diinginkan oleh pengirim dan penerima informasi. Komunikasi merupakan sarana yang digunakan oleh seseorang untuk mengadakan hubungan dengan orang lain untuk mencapai tujuan (Suliswati, 2005).

Menurut As Hornby (1974) terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Di sini dapat diartikan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, tujuan dan kegiatannya difokuskan untuk penyembuhan klien. Hubungan terapeutik perawat-klien merupakan pengalaman belajar timbal balik dan pengalaman emosional korektif bagi pasien. Dalam hal ini, perawat menggunakan diri sebagai alat dalam menangani dan mengubah perilaku klien.

2. Fungsi Komunikasi Terapeutik

Fungsi komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan menganjurkan kerja sama antara perawat dan pasien melalui hubungan perawat dan pasien. Perawat berusaha mengungkapkan perasaan mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan.

Proses komunikasi yang baik dapat memberikan pengertian tingkah laku pasien dan membantu pasien dalam rangka mengatasi persoalan yang dihadapi pada tahap perawatan. Sedangkan pada tahap preventif kegunaan adalah mencegah adanya tindakan yang negatif terhadap diri pasien.

3. Sifat Hubungan Terapeutik

Tujuan hubungan perawat-klien adalah (*Stuart dan Sundeen, 1995*):

1. Kesadaran diri, penerimaan diri dan meningkatkan kehormatan diri.
2. Identitas pribadi yang jelas dan meningkatkan integritas pribadi.
3. Kemampuan untuk membentuk suatu keintiman, saling ketergantungan, hubungan interpersonal dengan kapasitas member dan menerima cinta.
4. Meningkatkan fungsi dan kemampuan terhadap kebutuhan yang memuaskan dan mencapai tujuan pribadi yang realistis.

Untuk mencapai tujuan, perawat harus memberikan kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaan, persepsi dan pikirannya. Perawat juga harus mengidentifikasi, meningkatkan kekuatan ego klien dan mendukung hubungan dengan keluarga. Area konflik dan kecemasan diklarifikasi. Masalah yang berhubungan dengan komunikasi diperbaiki dan perilaku maladaptif dimodifikasi.

Komunikasi terapeutik berbeda dengan komunikasi yang dilakukan sehari-hari pada aktivitas sosial. Tabel 1.1 membandingkan perbedaan antara komunikasi terapeutik dengan komunikasi sosial.

Tabel 1.1*Perbedaan Komunikasi Terapeutik dengan Komunikasi Sosial*

Komunikasi Terapeutik	Komunikasi Sosial
<ol style="list-style-type: none"> 1. Terjadi antara perawat dengan pasien atau anggota tim kesehatan lainnya. 2. Komunikasi umumnya lebih akrab karena mempunyai tujuan. 3. Perawat secara aktif mendengar dan memberi respons kepada pasien. 4. Berfokus kepada pasien yang membutuhkan bantuan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terjadi setiap hari antara orang baik dalam pergaulan maupun lingkungan kerja. 2. Komunikasi bersifat dangkal karena tidak mempunyai tujuan. 3. Lebih banyak dalam pekerjaan, aktivitas sosial dll. 4. Pembicaraan tidak mempunyai fokus tertentu tetapi lebih mengarah kebersamaan dan rasa senang. 5. Dapat direncana tetapi juga tidak direncana.

4. Analisis Diri

Analisis diri merupakan dasar utama perawat untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dan membina hubungan yang harmonis dan terapeutik. Jadi kunci keberhasilan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan adalah dirinya sendiri. Kualitas personal yang dibutuhkan perawat dalam melakukan komunikasi terapeutik meliputi (Intan Sari, 2005):

- 1) Kesadaran diri
- 2) Klarifikasi nilai
- 3) Eksplorasi perasaan
- 4) Kemampuan menjadi model peran
- 5) Motivasi altruistik
- 6) Rasa tanggung jawab dan etik

Kesadaran diri adalah kemampuan untuk berpikir tentang proses berpikir itu sendiri (Covey, 1997). Hal ini dapat diartikan sebagai kemampuan individu untuk memahami perasaan, perilaku dan pikiran diri sendiri. Perawat harus dapat mengkaji perasaan, reaksi dan perilakunya secara pribadi maupun sebagai pemberi

asuhan keperawatan. Untuk memahami diri, maka perawat harus dapat menjawab pertanyaan “Siapa Saya?”, “Perawat seperti apakah saya ini”. Pemahaman dan penerimaan perawat terhadap diri sendiri akan membuat ia menghargai perbedaan pemikiran, keunikan klien dan menghargai pendapat orang lain.

Gambaran kesadaran diri ditunjukkan oleh *Johari Window* yang terdiri dari 4 kuadran yaitu:

Kuadran I Diketahui diri dan orang lain	Kuadran II Hanya diketahui oleh orang lain
Kuadran III Hanya diketahui diri sendiri	Kuadran IV Tidak diketahui diri dan orang lain

Setiap kuadran menggambarkan perasaan, tingkah laku, pikiran seseorang dan perubahan pada satu kuadran akan memengaruhi kuadran yang lain.

Kuadran satu merupakan kuadran terbuka di mana tingkah laku, perasaan dan pikiran seseorang diketahui diri sendiri dan orang lain.

Kuadran kedua disebut kuadran buta karena tingkah laku, perasaan dan pikiran diketahui orang lain tetapi dirinya tidak mengetahui.

Kuadran ketiga adalah kuadran tersembunyi karena tingkah laku, perasaan dan pikiran seseorang tidak diketahui orang lain hanya individu sendiri yang tahu. Kuadran ini dikenal dengan kuadran rahasia pribadi atau orang lain mengenal sebagai individu yang misterius.

Kuadran keempat merupakan kuadran yang tidak diketahui oleh diri maupun orang lain. Orang yang mengalami gangguan jiwa mempunyai kuadran keempat yang besar, karena aspek pada diri sendiri mereka tidak tahu sama sekali atau sangat sedikit diketahui oleh mereka dan orang lain juga sangat sulit dan bahkan tidak paham tentang pikiran, perasaan dan perilaku orang tersebut.

Ada tiga cara untuk meningkatkan kesadaran diri perawat, yaitu:

1. Mempelajari diri sendiri

Mempelajari diri sendiri dapat dilakukan dengan mendengar diri sendiri dengan cara merenung atau kontemplasi dan menilai diri sendiri. Dengan mempelajari diri akan memperluas kuadran I dan memperkecil kuadran yang lain.

2. Menerima umpan balik dari orang lain

Menerima umpan balik dari orang lain dilakukan dengan mendengar dan belajar dari orang lain. Evaluasi diri tidak mungkin dilaksanakan sendiri namun harus bersama orang lain. Dengan meminta bantuan orang lain memberikan penilaian secara jujur berbagai aspek fisik dan psikologis terhadap diri kita. Tanyakan apakah pribadi kita seorang yang pemaarah, pendiam, pemalas dan lain sebagainya. Cara ini merupakan usaha untuk mengecilkan ukuran kuadran II.

3. Membuka diri

Menyatakan pada orang lain aspek penting, potensi atau kemampuan yang kita miliki.

Klarifikasi nilai. Nilai adalah konsep di mana seseorang memiliki standar mengenai hal-hal yang pantas dilakukan (Stuat dan Sudeen, 1995). Konsep tersebut terbentuk dari keluarga, norma masyarakat, ajaran agama, pendidikan dan sebagainya. Nilai yang dimiliki seseorang bisa berubah atau ditingkatkan melalui klarifikasi nilai. Klarifikasi nilai adalah suatu metode di mana seseorang dapat menemukan nilai-nilainya dengan mengkaji, mengeksplorasi dan menentukan nilai-nilai pribadi serta bagaimana nilai-nilai tersebut digunakan dalam mengambil keputusan.

Klarifikasi nilai dilakukan untuk mengetahui berapa banyak nilai yang kita miliki dan apakah nilai-nilai tersebut kita jadikan prinsip hidup. Bagi perawat klarifikasi nilai sangat penting untuk mengambil keputusan dalam melakukan tindakan keperawatan kepada pasien. Perawat yang sadar terhadap nilainya maka akan lebih sensitif dalam

melakukan tindakan (Taylor dkk, 1997). Tabel 1-2 menjelaskan langkah-langkah dalam proses klarifikasi nilai dikutip dari Stuart dan Laria, 1998.

Tabel 1-2
Langkah-Langkah Proses Klarifikasi Nilai

Memilih	Kebebasan untuk memilih dari beberapa alternatif setelah memperlihatkan secara teliti konsekuensi-konsekuensi dari setiap alternative.
Memberikan penghargaan	Penghargaan, merasa gembira dengan pilihannya. Keinginan untuk mempertahankan pilihan di depan umum.
Tindakan	Mengerjakan sesuatu sesuai dengan pilihannya Mengulangi pada beberapa pola kehidupan

Eksplorasi Perasaan; bagi perawat eksplorasi perasaan merupakan hal yang perlu dilakukan agar perawat terbuka dan sadar terhadap perasaannya sehingga ia dapat mengontrol perasaannya (Stuart dan Sudeen, 1995). Individu yang tidak mampu mengeksplorasi dan terbuka perasaannya dapat merusak interaksinya dengan orang lain, misalkan seorang dosen yang sebelum mengajar ada masalah di rumah maka tanpa disadari dia mungkin akan melampiaskan kemarahannya pada mahasiswanya. Seorang perawat yang jengkel dengan suaminya, pada saat berinteraksi dengan klien yang agresif kemungkinan perawat tersebut kesulitan dalam membina hubungan saling percaya dengan klien.

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien, perawat akan mengalami berbagai macam perasaan antara lain senang ketika melihat pasiennya mulai menunjukkan perilaku yang adaptif dan perasaan jengkel ketika kliennya tidak mau minum obat. Bagi perawat eksplorasi perasaan merupakan hal yang perlu dilakukan agar perawat terbuka dan sadar akan perasaannya sehingga dia dapat menggunakan dirinya secara terapeutik (Stuart dan Sudeen, 1995).

Kemampuan menjadi model peran (role model), perawat dalam memberikan bantuan pada klien menggunakan dirinya sebagai alat melalui contoh perilaku yang ditampilkannya. Perawat yang mempunyai masalah pribadi misalnya ketergantungan obat, hubungan interpersonal yang terganggu akan memengaruhi kualitas hubungannya dengan klien. Perawat yang memiliki kepribadian yang baik bukan hanya memungkinkan perawat dapat melaksanakan tindakan secara profesional tetapi juga dapat menjadi model yang baik bagi klien.

Altruisme adalah suatu kepedulian terhadap orang lain. Perawat yang memiliki jiwa altruisme akan memberikan perhatian penuh pada klien, memberikan pertolongan dengan segera pada saat klien tidak mampu melakukan suatu tindakan. Perawat dengan jiwa altruisme akan merasakan kepuasan pribadi dalam melakukan setiap asuhan keperawatan pada kliennya.

Eti dan Tanggung Jawab, perawat sebagai profesi mempunyai kode etik dan tanggung jawab tertentu yang menggambarkan nilai-nilai dalam melakukan asuhan keperawatan. Perawat dalam melaksanakan tugasnya tak lepas dari kegiatan yang berkaitan dengan etik. Untuk dapat melaksanakan tanggung jawabnya dalam merawat klien perawat perlu memahami dan menggunakan kode etik tersebut untuk melaksanakan tugas-tugasnya.

5. Fase-fase Hubungan Komunikasi Perawat-Klien

Hubungan terapeutik perawat klien berbeda dengan hubungan sosial sehari-hari. Dalam melakukan komunikasi terapeutik perawat mempunyai empat tahap komunikasi, yang pada setiap tahapnya mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh perawat. Empat tahap tersebut yaitu tahap preinteraksi, orientasi atau pengenalan, kerja dan terminasi. Adapun tugas-tugas yang harus diselesaikan pada tiap tahap adalah sebagai berikut (*Stuart dan Sudeen, 1995*).

1) Tahap Pre-Interaksi

Merupakan tahap persiapan sebelum di mana perawat belum bertemu dan berkomunikasi dengan klien. Pada tahap ini perawat harus mengeksplorasi diri terhadap perasaan-perasaan diri seperti ansietas, ketakutan dan keraguan. Sehingga dengan eksplorasi diri diharapkan perawat lebih siap dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan klien. Eksplorasi ini dapat dilakukan dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

“Apakah saya akan marah atau melukai apabila bertemu klien yang bersikap kasar, bermusuhan atau tidak kooperatif?”, “Apakah saya takut terhadap tanggung jawab ini?” “Apa yang akan saya ucapkan saat bertemu klien?”, “Apakah saya cemas apabila berhadapan dengan klien?”

Tugas perawat dalam tahap ini antara lain :

- a) Mengumpulkan informasi tentang klien (alasan masuk, riwayat kesehatan, Dx medis dan lain sebagainya).
- b) Mencari referensi yang berkaitan dengan masalah klien.
- c) Mengeksplorasikan perasaan, ketakutan dan fantasi.
- d) Menganalisis kekuatan dan kelemahan diri.

2) Tahap Orientasi/Perkenalan

Pada tahap ini perawat dan klien pertama kali bertemu. Dalam membina hubungan perawat dengan klien yang kunci utama adalah terbinanya hubungan saling percaya, adanya komunikasi yang terbuka, memahami penerimaan dan merumuskan kontrak.

Tugas pada tahap ini meliputi :

- a) Menetapkan iklim rasa saling percaya, pengertian, penerimaan dan komunikasi terbuka.
- b) Merumuskan kontrak dengan klien yang meliputi saling memperkenalkan diri, penjelasan peran, tanggung jawab, topik pembicaraan, harapan dan tujuan interaksi, kerahasiaan, waktu dan tempat interaksi.

3) Tahap Kerja

Tahap ini merupakan tahap di mana kerja sama terapeutik perawat-klien paling banyak dilakukan. Tugas perawat pada tahap ini adalah melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan pada tahap pra-interaksi. Perawat dan klien menggali stresor yang tepat dan mendukung perkembangan daya tilik klien dengan cara menghubungkan persepsi, pikiran dan tindakan klien.

Perawat menghilangkan atau mengurangi tingkat kecemasan cemas klien, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab terhadap diri sendiri dan mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Perubahan perilaku yang adaptif merupakan tanda bahwa tujuan telah tercapai.

4) Fase Terminasi

Merupakan tahap perpisahan di mana perawat akan mengakhiri interaksinya dengan klien, tahap ini dapat bersifat sementara maupun menetap.

Terminasi sementara adalah terminasi yang dilakukan untuk mengakhiri interaksi dalam waktu sebentar misalnya pergantian jaga atau antar sesi. Terjadi pada setiap akhir pertemuan perawat dengan klien dan masih akan bertemu lagi. Sedangkan terminasi menetap adalah perpisahan yang terjadi pada saat klien akan pulang ke rumah, sudah tidak dirawat di rumah sakit dan perawat tidak akan bertemu lagi dengan klien.

Terminasi adalah satu dari tahap yang sulit tetapi sangat penting dari hubungan terapeutik perawat-klien. Tahap ini saat untuk mengubah perasaan dan mengevaluasi kemajuan klien.

Tugas perawat pada tiap tahap hubungan terapeutik (*Stuart dan Laria, 1998*) diringkas pada tabel 1-3 dan pedoman komunikasi terapeutik perawat-klien pada tabel 1-4.

Tabel 1-3*Tugas Perawat dalam setiap tahap hubungan terapeutik*

Tahap	Tugas
Pre-interaksi	Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri. Menganalisis kekuatan dan keterbatasan sikap profesional perawat. Mengumpulkan data tentang klien jika mungkin. Merencanakan pertemuan pertama dengan klien.
Perkenalan/Orientasi	Menentukan penyebab klien mencari pertolongan Membina hubungan saling percaya, penerimaan dan komunikasi terbuka Mengidentifikasi masalah klien Mengkaji perasaan, pikiran dan tindakan klien Menjelaskan tujuan bersama klien Membuat kontrak secara timbal balik
Kerja	Mengeksplorasi stresor yang sesuai Mendukung pengembangan daya tilik diri klien dan penggunaan mekanisme koping yang konstruktif Menangani tingkah laku penolakan
Terminasi	Menyediakan realita perpisahan Melihat kembali kemajuan terapi dan pencapaian tujuan Saling mengeksplorasi perasaan penolakan, kesedihan dan kemarahan

Dalam membina hubungan terapeutik perawat-klien, diperlukan keterampilan perawat dalam berkomunikasi untuk membantu memecahkan masalah klien. Perawat harus hadir secara utuh baik fisik maupun psikologis terutama dalam penampilan atau sikap pada saat berkomunikasi dengan klien.

Tabel 1-4
Pedoman Komunikasi Perawat-Klien

Tahap	Kegiatan
Pre-interaksi	Mengumpulkan data klien Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan Membuat rencana pertemuan dengan klien (topik, waktu dan tempat)
Orientasi	Memberi salam dan tersenyum pada klien Melakukan validasi (biasanya pada pertemuan lanjutan) Memperkenalkan nama perawat Menanyakan nama panggilan klien Menjelaskan tanggung jawab perawat dan klien Menjelaskan peran perawat-klien Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan Menjelaskan tujuan Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan interaksi Menjelaskan kerahasiaan
Kerja	Memberi kesempatan pada klien untuk bertanya Menanyakan keluhan klien Memulai kegiatan dengan cara yang baik Melakukan kegiatan sesuai dengan rencana
Terminasi	Menyimpulkan hasil kegiatan Memberikan reinforcement positif Merencanakan tindak lanjut Melakukan kontrak selanjutnya (waktu, tempat dan topik) Mengakhiri kegiatan dengan baik

6. Komunikasi Fasilitatif

Komunikasi adalah proses pertukaran informasi atau proses yang menimbulkan dan meneruskan makna dan arti (*Taylor, dkk, 1993*). Menurut Heri Purwanto (1994) Komunikasi adalah pemindahan informasi dari satu orang ke orang lain, terlepas percaya atau tidak. Sejak dalam kandungan sampai meninggal, individu sudah belajar dan melakukan komunikasi, sehingga dapat dikatakan umur komunikasi sama dengan umur individu tersebut. Semua perilaku merupakan komunikasi dan semua komunikasi akan memengaruhi perilaku, sehingga komunikasi merupakan alat untuk memfasilitasi

hubungan terapeutik atau sebaliknya dapat menjadi penghambat hubungan terapeutik.

Pada praktik keperawatan jiwa komunikasi merupakan alat untuk membina hubungan terapeutik karena komunikasi mencakup penyampaian informasi pertukaran pikiran dan perasaan. Komunikasi juga sebagai cara yang digunakan untuk memengaruhi perilaku klien. Oleh karena itu, komunikasi sebagai dasar untuk mencapai tujuan keberhasilan dalam melakukan intervensi pada klien.

7. Proses Komunikasi

Komunikasi merupakan proses dinamis yang dipengaruhi kondisi fisiologis dan psikologis. Perasaan sedih, gembira dan sakit akan memengaruhi individu dalam melakukan komunikasi dengan orang lain. Komunikasi mempunyai mengidentifikasi 6 komponen fungsional yaitu (*Potter dan Perry, 1993*):

- 1) Komunikator: pengirim pesan
- 2) Komunikan : penerima pesan, yang responsnya dipengaruhi oleh pesan yang disampaikan komunikator
- 3) Pesan : informasi atau stimulus yang disampaikan komunikator ke komunikan
- 4) Media : alat atau sarana yang dipakai untuk menyampaikan pesan
- 5) Encoding : perumusan pesan oleh komunikator sebelum disampaikan kepada komunikan
- 6) Decoding : penafsiran pesan oleh komunikan pada saat menerima pesan

Derajat seseorang dalam menerima pesan dengan baik tergantung pada kemampuannya untuk menangkap, mengartikan dan menanggapi pesan tersebut. Dengan cara tertentu si penerima pesan akan memberikan umpan balik kepada pengirim pesan, sehingga penerima pesan akan berganti peran menjadi pengirim pesan. Dengan

demikian proses komunikasi berlangsung secara berkesinambungan, tetapi apabila pengirim pesan tidak memperoleh umpan balik maka pertukaran pesan tidak terjadi dan proses komunikasi akan berhenti.

Dalam melakukan komunikasi perawat perlu memperhatikan dan memahami kesadaran diri dan mengenal klien sebelum melakukan komunikasi sehingga perawat dapat menggunakan dirinya secara efektif dan tujuan komunikasi dapat tercapai. Jika perawat selalu mengevaluasi proses komunikasi dengan 6 komponen tersebut, masalah atau kesalahan yang terjadi dalam komunikasi dapat diidentifikasi.

8. Macam Komunikasi

Komunikasi ada dua macam yaitu komunikasi verbal dan non verbal. *Komunikasi verbal* dilakukan melalui media kata-kata, bicara atau tulisan. Komunikasi ini mewakili segmen kecil dari komunikasi manusia secara menyeluruh. Hal yang sering terjadi masalah dalam komunikasi verbal adalah adanya pengertian denotasi dan konotasi sehingga mempunyai risiko kesalahan persepsi. Dalam hal ini validasi tentang makna komunikasi verbal antara perawat dan klien sangat penting.

Komunikasi non verbal merupakan komunikasi meliputi panca-indra dan mencakup segala hal yang tidak melibatkan kata yang ditulis atau diucapkan. Dari 90% komunikasi dilakukan dengan komunikasi non-verbal. Hal ini menunjukkan bahwa mempelajari komunikasi non-verbal sangat penting. Ada 5 kategori komunikasi verbal (Stuart, 2006).

- 1) Isyarat vokal : nada suara, kecepatan bicara, keras atau lembutnya suara serta mutu suara.
- 2) Isyarat tindakan: semua gerakan tubuh, termasuk ekspresi wajah dan postur
- 3) Isyarat objek : objek yang digunakan secara sengaja atau tidak sengaja oleh individu seperti

- pakaian, topi, jaket dan sebagainya.
- 4) Ruang : jarak fisik antara dua orang. Jarak untuk melakukan komunikasi yang intim adalah 45,4 cm sedangkan untuk komunikasi personal 45,5 – 120 cm.
 - 5) Sentuhan : kontak fisik antara dua orang dan merupakan komunikasi non verbal yang paling personal.

9. Sikap Perawat dalam Komunikasi Terapeutik

Sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik sehingga dapat memfasilitasi komunikasi yang terapeutik (*Egan cit. Keliat, 1992*):

- 1) Berhadapan
Sikap ini menunjukkan kesiapan dalam melayani dan mendengarkan keluhan klien.
- 2) Mempertahankan kontak mata
Sikap ini menandakan kita menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi serta dapat dipercaya.
- 3) Membungkuk ke arah klien
Sikap ini menunjukkan keinginan untuk menyatakan atau mendengarkan semua apa yang dikatakan klien.
- 4) Mempertahankan sikap terbuka
Pada saat berkomunikasi dengan klien kita jangan melipat kaki atau menyilangkan tangan. Hal ini menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi dan siap membantu klien.
- 5) Tetap relaks
Tetap bersikap tenang, meskipun pada situasi tidak menyenangkan. Kita harus mengontrol ketegangan, kecemasan dan relaksasi dalam berkomunikasi dengan klien.

10. Teknik Komunikasi

Dalam menanggapi pesan yang disampaikan klien, ada beberapa teknik komunikasi yang perlu dilakukan oleh perawat. Bentuk teknik terapeutik dijelaskan pada tabel 1-5.

Tabel 1-5
Teknik Komunikasi Terapeutik

Teknik	Pengertian	Contoh
Mendengar aktif (<i>Active Listening</i>)	Proses aktif menerima informasi dan mempelajari respons seseorang terhadap pesan yang diterima.	Mempertahankan kontak mata, menganggukkan kepala, posisi badan sedikit membungkuk ke arah klien.
Pertanyaan terbuka	Mendorong klien untuk menyeleksi topik yang akan dibicarakan.	"Apa yang kamu pikirkan pagi ini".
<i>Restating</i>	Mengulangi pikiran utama yang diekspresikan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri.	Pasien: "Suster, saya tadi malam tidak dapat tidur" Perawat: Apakah sdr. T mengalami kesulitan tidur?
<i>Reflecting/refleksi</i>	Mengulang kembali apa yang dibicarakan pasien.	Pasien: "Apakah menurut suster saya harus memaafkan suami saya" Perawat: "Bagaimana menurut ibu apakah lebih baik memaafkan suami ibu?"
Klarifikasi/validasi	Berupaya menyampaikan idea tau pikiran klien yang tidak jelas dan meminta klien menjelaskan kembali.	"Saya belum jelas dengan yang mbak maksudkan. Bisa mbak Yani jelaskan kembali?"
Focusing	Komunikasi yang dilakukan untuk membatasi area diskusi sehingga menjadi lebih spesifik dan dimengerti.	"Saya rasa kita harus membicarakan lebih lanjut tentang masalah yang terjadi antara mbak Yani dengan suami".
<i>Sharing persepsi</i>	Meminta klien memastikan pemahaman perawat mengenai apa yang klien pikirkan.	"Mbak Yani tersenyum, tetapi saya merasa mbak sangat jengkel dengan saya".

Diam	Tidak ada komunikasi verbal, memberikan kesempatan klien untuk mengutarakan pikirannya.	Duduk bersama klien, mengomunikasikan perhatian dan peran perawat secara non verbal.
Identifikasi tema	Menyatakan isu atau masalah yang terjadi berulang kali.	“Saya perhatikan dari cerita mbak tadi, mbak selalu dikecewakan oleh pria. Menurut mbak apakah hal ini yang menjadi masalah?”.
Humor	Pengeluaran energi melalui lelucon	“Setelah mbak mandi, saya menjadi ingin mandi juga, karena setelah mandi mbak kelihatan tambah cantik seperti artis”.

11. Dimensi Hubungan

Menurut Stuart dan Sudeen (1995) kehadiran secara psikologis atau mental dapat dibagi menjadi 2 dimensi yaitu dimensi responsif dan dimensi tindakan.

Dimensi responsif sangat penting dalam tahap orientasi hubungan untuk membina rasa percaya dan komunikasi terbuka, tahap kerja dan tahap terminasi. Dimensi respons yang harus dimiliki perawat terdiri dari 4 unsur yaitu:

1) Kesejatian

Adalah pengiriman pesan pada orang lain tentang gambaran diri kita sebenarnya (*Smith, 1992*). Hal ini dapat ditunjukkan dengan adanya kesamaan antara verbal dan non verbal.

2) Empati

Empati merupakan kemampuan menempatkan diri kita pada diri orang lain dan memahami bagaimana perasaan orang lain tersebut dan apa yang menyebabkan reaksi mereka tanpa kita larut dalam emosi orang lain (*Smith, 1992*).

3) Hormat/respek

Respek yaitu perilaku yang menunjukkan kepedulian, perhatian, rasa suka dan menghargai klien. Dengan dimensi ini perawat

akan dapat mengakui kebutuhan klien untuk dipenuhi, dimengerti dan dibantu.

4) Konkret

Perawat menggunakan istilah mudah dimengerti pada saat mendiskusikan dengan klien tentang perasaan dan masalah klien serta mendorong klien memikirkan masalah yang spesifik.

Dimensi yang kedua adalah Aksi atau Tindakan, dimensi ini harus dilaksanakan dalam bentuk kehangatan, penerimaan dan pengertian yang dibentuk oleh dimensi responsif. Manfaatnya untuk membantu kemajuan hubungan terapeutik dengan mengidentifikasi hambatan pertumbuhan klien dan tidak mempertimbangkan kebutuhan akan pemahaman internal tetapi tindakan eksternal dan perubahan perilaku. Dimensi aksi ini meliputi:

1) Konfrontasi

Ungkapan perawat tentang perbedaan perilaku klien untuk memperluas kesadaran diri klien (*Stuart, 1996*). Tujuan dari konfrontasi adalah agar klien sadar adanya ketidaksesuaian pada dirinya mengenai perasaan, tingkah laku dan kepercayaan (*Stuart dan Sudeen, 1995*).

2) Kesegaraan

Sensivitas perawat mengenai perasaan klien dan kesediaan untuk mengatasi perasaan dari pada mengacuhkannya. Perawat berespons terhadap perasaan klien saat itu dan di tempat itu.

3) Membuka diri

Perawat memberikan informasi tentang diri, ide, nilai, perasaan dan sikapnya untuk memfasilitasi kerja sama, proses belajar dan dukungan klien. Dengan membuka diri perawat dapat menunjukkan adanya persamaan pemikiran, perasaan dan pengalaman dengan klien.

4) Katarsis emosional

Perawat didorong untuk membicarakan mengenai aspek kehidupan yang sangat mengganggu guna mendapatkan hasil

terapeutik. Pada kegiatan ini perlu pengkajian dan kesiapan klien dalam mengungkapkan perasaan dan perawat harus membantu mengekspresikan perasaannya.

5) Bermain peran

Melakukan peran dalam situasi tertentu untuk meningkatkan pemahaman klien tentang hubungan manusia dan memperdalam kemampuan klien untuk melihat situasi dari sudut pandang lain, juga memungkinkan klien mencoba perilaku baru di lingkungan yang aman. Bermain peran terdiri dari beberapa tahap yaitu mengidentifikasi masalah, menciptakan kesiapan untuk bermain peran, menciptakan situasi, membuat karakter, penjelasan dan pemanasan, pelaksanaan, memerankan suatu peran, berhenti, analisis diskusi dan evaluasi (*Stuart dan Sudeen, 1995*).

BAB IV

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA

TUJUAN INTRUKSIONAL KHUSUS

1. Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Kecemasan
2. Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Kognitif
3. Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Konsep diri
4. Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan pada Klien Kritis
5. Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien dengan Kehilangan
6. Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Perilaku Kekerasan
7. Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Bunuh Diri

8. Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Alam Perasaan
9. Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Berhubungan Sosial
10. Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Anak dan Remaja

1. Asuhan Keperawatan Kecemasan

A. Pengertian

Ansietas menurut Stuart (1995) adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik.

Ansietas berbeda dengan gangguan ansietas. Ansietas (cemas) adalah suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang sering disertai gejala fisiologis, sedangkan pada gangguan ansietas terkandung unsur penderitaan yang bermakna dan gangguan fungsi yang disebabkan oleh kecemasan tersebut (*David A. Tomb, 1993*).

Respons yang timbul ansietas yaitu khawatir, gelisah, tidak tenang dan dapat disertai dengan keluhan fisik. Kondisi dialami secara subjektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. Ansietas berbeda dengan rasa takut yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Ansietas adalah respons emosional terhadap penilaian tersebut yang penyebabnya tidak diketahui. Sedangkan rasa takut mempunyai penyebab yang jelas dan dapat dipahami. Kapasitas kecemasan diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat ansietas yang parah tidak sejalan dengan kehidupan.

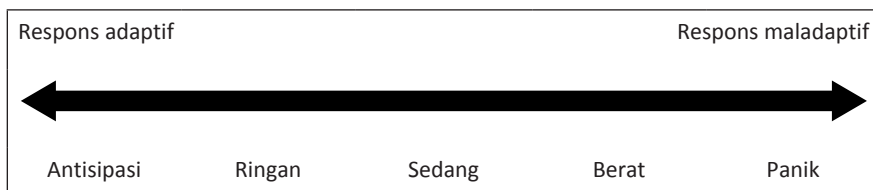
B. Tingkat Ansietas

Tingkat ansietas menurut *Stuart* (2006) dibagi menjadi 4 yaitu:

- 1) Ansietas ringan, berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari; ansietas pada tingkat ini menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.
- 2) Ansietas sedang, memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Sehingga seseorang mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih banyak jika diberi arahan.
- 3) Ansietas berat, sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Individu cenderung untuk berfokus pada sesuatu yang terinci dan spesifik serta tidak dapat berpikir tentang yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat berfokus pada suatu area lain.
- 4) Tingkat panik dan ansietas berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik merupakan disorganisasi kepribadian dan terjadi peningkatan aktivis motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan bahkan kematian.

C. Rentang Respons

Rentang respons ansietas berfluktuasi antara respons adaptif dan maladaptif seperti terlihat pada Gambar 2-1.



Gambar 2-1
Rentang Respons Ansietas

D. Proses Keperawatan

Pengkajian

Ansietas dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku secara tidak langsung dapat timbul gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan ansietas. Peningkatan intensitas perilaku akan meningkat sejalan dengan meningkatnya ansietas.

Faktor Predisposisi

Berbagai teori yang dikembangkan untuk menjelaskan penyebab ansietas adalah:

- 1) Dalam pandangan psikoanalitik yang dikemukakan oleh Sigmund Freud, ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan super ego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif individu, sedangkan super ego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya individu. Ego atau Aku, berfungsi mediator antara tuntutan id dan super ego. Menurut teori psikoanalitik ansietas merupakan konflik emosional yang terjadi antara id dan super ego, yang berfungsi memperingatkan ego tentang sesuatu bahaya yang perlu diatasi.
- 2) Menurut pandangan interpersonal yang dikemukakan oleh Sullivan ansietas timbul dari perasaan takut dari tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Hal ini

juga berhubungan dengan trauma perkembangan seperti perpisahan, kehilangan yang menimbulkan individu tidak berdaya. Seseorang dengan harga diri rendah biasanya sangat mudah mengalami perkembangan ansietas berat.

- 3) Menurut pandangan perilaku ansietas merupakan hasil frustrasi dari segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Para ahli perilaku menganggap ansietas sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan untuk menghindari rasa sakit. Ahli teori pembelajaran meyakini bahwa individu yang sejak kecil terbiasa dalam kehidupannya dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan akan menunjukkan kemungkinan ansietas berat pada kehidupan masa dewasanya. Ahli teori konflik memandang ansietas sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan ansietas. Konflik menimbulkan ansietas dan ansietas menimbulkan perasaan tidak berdaya yang pada akhirnya akan meningkatkan konflik yang dirasakan.
- 4) Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan ansietas merupakan hal yang biasanya terjadi dalam suatu keluarga. Teori ini juga tumpang tindih antara gangguan ansietas dengan depresi.
- 5) Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepines. Reseptor ini mungkin membantu mengatur ansietas. Penghambat asam aminobutirat-gama neuroregulator (GABA) juga mempunyai peran penting dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas, sebagaimana halnya dengan endorfin. Selain itu, telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi terhadap ansietas. Ansietas mungkin disertai dengan

gangguan fisik selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor.

Stresor Pencetus

Stresor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal. Stresor pencetus dapat diklasifikasikan dalam dua jenis:

1. Ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan terjadi atau menurunkan kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Pada ancaman ini, stresor yang berasal dari sumber eksternal adalah faktor-faktor yang dapat menyebabkan gangguan fisik (misal; infeksi virus, polusi udara). Sedangkan yang menjadi sumber internalnya adalah kegagalan mekanisme fisiologi tubuh (misal; sistem jantung, sistem imun, pengaturan suhu dan perubahan fisiologi selama kehamilan).
2. Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang. Ancaman yang berasal dari sumber eksternal yaitu kehilangan orang yang berarti (meninggal, perceraian, pindah kerja) dan ancaman yang berasal dari sumber internal berupa gangguan hubungan interpersonal di rumah, tempat kerja, atau menerima peran baru.

Perilaku

Ansietas dapat diekspresikan langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping dalam upaya mempertahankan diri dari ansietas. Intensitas dari perilaku akan meningkat sejalan dengan peningkatan ansietas. Respons fisiologis, perilaku, kognitif dan afektif terhadap ansietas dijelaskan pada Tabel 2-1 dan 2-2.

Tabel 2-1
Respons fisiologis terhadap ansietas

Sistem Tubuh	Respons
Kardiovaskuler	Palpitasi Jantung berdebar Tekanan darah meningkat Denyut nadi menurun Pingsan
Pernapasan	Napas cepat Sesak napas Pembengkakan pada tenggorokan Sensasi tercekik Napas dangkal Tekanan pada dada
Neuromuskuler	Refleks meningkat Reaksi terkejut Mata berkedip-kedip Insomnia Gelisah Wajah tegang Kelemahan umum Gerakan yang janggal Tremor
Gastrointestinal	Kehilangan nafsu makan Rasa tidak nyaman pada abdomen Menolak makan Nyeri abdomen Mual Nyeri ulu hati Diare
Saluran perkemihan	Sering berkemih Tidak dapat menahan kencing
Kulit	Wajah kemerahan Telapak tangan berkeringat Berkeringat seluruh badan Gatal Rasa panas dan dingin Wajah pucat

Tabel 2-2
Respons perilaku, kognitif dan afektif

Sistem	Respons
Perilaku	<ul style="list-style-type: none"> Gelisah Ketegangan fisik Reaksi terkejut Bicara cepat Kurang koordinasi Cenderung mengalami cedera Menarik diri dari hubungan interpersonal Inhibisi Melarikan diri dari masalah Menghindar Hiperventilasi Sangat waspada
Kognitif	<ul style="list-style-type: none"> Perhatian terganggu Konsentrasi buruk Pelupa Salam dalam memberikan penilaian Preokupasi Hambatan berpikir Lapang persepsi menurun Bingung Sangat waspada Kesadaran diri Kehilangan objektivitas Takut kehilangan kendali Takut pada gambaran visual Takut cedera atau kematian Mimpi buruk
Afektif	<ul style="list-style-type: none"> Mudah terganggu Tidak sabar Tegang Gugup Ketakutan Waspada Rasa bersalah Mati rasa Malu Kecemasan Kekhawatiran

Sumber Koping

Sumber koping merupakan sumber yang dapat membantu individu mengurangi atau mengatasi masalah yang dapat menimbulkan stres. Sumber koping tersebut dapat berupa keadaan ekonomi keluarga, dukungan keluarga atau sosial, kemampuan menyelesaikan masalah dan keyakinan agama atau budaya.

Mekanisme Koping

Ketika mengalami ansietas, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya dan ketidakmampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Pola yang biasa digunakan individu untuk mengatasi ansietas ringan cenderung tetap dominan ketika ansietas menghebat. Ansietas tingkat ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran yang serius. Tingkat ansietas sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping:

1. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi stres secara realistis.
 - a. *Perilaku menyerang* digunakan untuk mengubah, menghilangkan atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.
 - b. *Perilaku menarik diri* digunakan baik secara fisik maupun psikologis untuk memindahkan seseorang dari sumber stres.
 - c. *Perilaku kompromi* digunakan untuk mengubah cara seseorang mengoperasikan, mengganti tujuan atau mengorbankan aspek kebutuhan personal seseorang.
2. Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi jika berlangsung pada tingkat tidak sadar dan melibatkan penipuan diri dan distorsi realitas maka mekanisme ini dapat merupakan respons maladaptif terhadap stres. Tabel 2-3 menjelaskan tentang mekanisme pertahanan ego

yang sering digunakan klien dengan gangguan kecemasan.

Tabel 2-3
Mekanisme pertahanan ego pada respons ansietas

Mekanisme Pertahanan	Definisi	contoh
Denial	Menghindari realita yang tidak menyenangkan dengan mengabaikan atau menolak untuk mengakuinya.	Ny. Eni diberi tahu bahwa anaknya meninggal, ia masuk ke kamar dan ketika melihat dan memeriksa jenazah anaknya, ia menceritakan kepada tetangganya bahwa anaknya sedang tidur.
Kompensasi	Proses di mana individu memperbaiki penurunan citra diri berupaya menggantinya dengan menonjolkan kelebihan lain yang dimiliki.	Nn. W mahasiswa stikes di Surakarta, prestasi lulus rata-rata (pas-pasan) tetapi sangat aktif dalam organisasi kemahasiswaan dan sosial.
Displacement	Memindahkan emosi atau perasaan kepada seseorang atau objek lain yang lebih netral atau kurang berbahaya.	Eko mahasiswa Stikes, dimarahi oleh dosennya karena sering terlambat. Setelah dosennya pergi ia membanting buku catatannya.
Proyeksi	Menyatakan harapan pikiran, perasaan, motivasi sendiri sebagai harapan, pikiran, perasaan atau motivasi orang lain.	Dedi menyangkal bahwa ia mencintai teman sekerjanya. Ia mengatakan temannya itu mencoba untuk merayunya.
Reaction Formation	Mengembangkan perilaku dan pola sikap tertentu yang disadari, berlawanan dengan perasaan dan keinginannya	Esti (35 th) mengalami kesukaran mencari jodoh karena ibu yang tinggal bersamanya terlalu cerewet dan rewel. Ia harapkan ibunya cepat meninggal, tetapi ia sangat telaten dan sabar dalam merawat ibunya
Isolasi	Memisahkan atau mengeluarkan dari komponen perasaan tentang pikiran, kenangan atau pengalaman tertentu	Nn. Suryani mahasiswa keperawatan setiap kali memandikan pasien pria tidak merasa malu atau canggung

Mekanisme Pertahanan	Definisi	contoh
Introyeksi	Bentuk identifikasi yang lebih mendalam di mana individu mengambil atau memasukkan nilai dari orang lain yang dicintai atau benci menjadi struktur egonya	Lilies (18 th) yang selalu dikambing hitamkan dan sering dihina oleh keluarganya. Ia berpendapat bahwa ia gadis yang buruk, bodoh dan tidak menarik.
Rasionalisasi	Memberikan alasan atau penjelasan yang masuk akal agar perilaku, pikiran atau perasaan yang tidak dapat diterima atau dibenarkan oleh orang lain.	Lilis mengalami kesukaran dalam mengikuti salah satu mata ajaran ia mengatakan mata ajaran itu tidak jelas tujuannya dan penyampaiannya monoton.
Substitusi	Mengganti tujuan bernilai lebih tinggi yang tidak dapat dicapai dengan tujuan lain yang hampir sama tetapi nilainya lebih rendah.	Syifa ingin membeli boneka teletubis ukuran besar namun uangnya tidak cukup. Ia membeli boneka dengan model sama tapi yang ukurannya kecil.
Identifikasi	Suatu proses di mana seseorang berusaha seperti orang yang dikagumi dengan meniru cara berpikir dan perilakunya.	Fina, mahasiswa Stikes Semarang menata rambutnya seperti dosen yang ia kagumi.
Undoing	Suatu tindakan atau komunikasi tertentu yang bertujuan menghapuskan atau meniadakan tingkatan sebelumnya.	Syifa (5 th), langsung memeluk dan mencium ibunya setelah ia mengatakan benci dan marah pada ibunya.
Sublimasi	Perubahan bentuk ekspresi dorongan atau rangsangan yang terlambat ke ekspresi yang lebih dapat diterima oleh masyarakat secara sosial.	Danang baru putus hubungannya dengan kekasihnya. Ia banyak menulis puisi cinta di majalah.
Regresi	Dalam menghadapi stres, perilaku, perasaan dan cara berpikir mundur kembali ke ciri tahap perkembangannya sebelumnya.	Ardi anak lelaki 4 th, sudah tidak BAB dan BAK dicelana serta artikulasi bicara sudah jelas. Ketika adiknya lahir ia kembali mengompol.
Represi	Pengesampingan secara tidak sadar tentang pikiran atau memori yang menyakitkan atau bertentangan dengan kesadaran.	Tn. Yono tidak mengingat peristiwa kekerasan yang ia lakukan pada istrinya.

Diagnosis Keperawatan

Pembentukan diagnosis keperawatan mengharuskan untuk perawat menentukan kualitas (kesesuaian) dari respons pasien, kuantitas (tingkat) dari ansietas pasien dan sifat adaptif atau maladaptif dari mekanisme koping yang digunakan.

Kotak 2-1

Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan respons kecemasan

Penyesuaian, Gangguan
Ansietas
Pola pernafasan, Ketidakefektifan
Komunikasi, Hambatan verbal
Konfusi, Akut
Koping, Ketidakefektifan
Diare
Ketakutan
Pemeliharaan kesehatan, Ketidakefektifan
Cedera, Risiko
Memori, Kerusakan
Nutrisi, Ketidakseimbangan
Sindrom pasca trauma
Ketidakberdayaan
Ketidakberdayaan, Risiko
Sindrom stres akibat perpindahan, Risiko
Harga diri, Rendah situasional
Persepsi sensori, Gangguan
Pola tidur, Gangguan
Interaksi sosial, Hambatan
Proses pikir, Gangguan
Eliminasi urine, Gangguan

Suatu pengkajian keperawatan yang lengkap mencakup semua respons maladaptif pasien. Banyak masalah keperawatan tambahan akan teridentifikasi dengan cara di mana ansietas pasien secara resiprokal memengaruhi area lain dalam kehidupan. Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan gangguan ansietas NANDA telah mengidentifikasi seperti dalam kota 2-1.

Perencanaan

Pasien harus meningkatkan keterampilan dalam mengendalikan ansietas dan menggunakan keterampilan tersebut secara sadar dan konstruktif. Dengan cara ini klien menjadi kuat dan lebih terintegrasi. Rencana keperawatan pada ansietas tingkat berat dan panik dijelaskan pada tabel 2-4 dan ansietas pada tingkat sedang pada tabel 2-5.

Tabel 2-4

Rencana Keperawatan: Respons Ansietas pada Tingkat Berat dan Panik

Tujuan jangka pendek	Intervensi	Rasional
Pasien dapat terlindung dari bahaya	Dukung dan terima mekanisme pertahanan klien. Kenalkan klien pada realita kesedihan yang berhubungan dengan mekanisme kopingnya saat ini. Berikan umpan balik pada klien tentang perilaku, stresor dan sumber koping. Hindari perhatian terhadap fobia, ritual atau keluhan fisik. Kuatkan ide bahwa kesehatan fisik berhubungan dengan kesehatan emosional. Batasi perilaku maladaptif klien dengan cara yang mendukung.	Ansietas berat dan panik dapat dikurangi dengan mengizinkan klien untuk menentukan besarnya stres yang dapat ditangani. Jika klien tidak mampu menghilangkan ansietas, ketegangan dapat mencapai tingkat panik dan klien dapat kehilangan kendali.
Klien akan mengalami situasi yang lebih sedikit menimbulkan ansietas	Bersikap tenang terhadap klien. Kurangi stimulus lingkungan. Batasi interaksi klien dengan klien lain, untuk meminimalkan aspek menularnya ansietas. Identifikasi dan modifikasi situasi yang dapat menimbulkan ansietas bagi klien. Berikan tindakan fisik yang mendukung, seperti mandi air hangat dan masase.	Perilaku klien dapat dimodifikasi dengan mengubah lingkungan dan interaksi klien dengan lingkungan.

Tujuan jangka pendek	Intervensi	Rasional
Klien akan terlibat dalam aktivitas yang dijadwalkan sehari-hari	Ikutlah terlibat dengan aktivitas klien untuk memberikan dukungan dan penguatan perilaku produktif secara sosial. Berikan beberapa jenis latihan fisik. Rencanakan jadwal atau daftar aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari. Libatkan anggota keluarga dan sistem pendukung lainnya.	Dengan mendorong aktivitas ke luar rumah, perawat membatasi waktu klien yang tersedia untuk mekanisme koping destruktif sambil meningkatkan partisipasi dan menikmati aspek kehidupan lainnya.
Klien akan mengalami penyembuhan dan gejala-gejala ansietas berat.	Berikan medikasi yang dapat membantu mengurangi rasa tidak nyaman klien. Amati efek samping medikasi dan lakukan penyuluhan kesehatan yang relevan.	Efek hubungan terapeutik dapat ditingkatkan jika kendali kimiawi terhadap gejala memungkinkan klien untuk mengarahkan perhatian pada konflik yang mendasari.

Diagnosis keperawatan: Ansietas berat/panik

Kriteria Hasil: Pasien akan mengurangi ansietasnya sampai tingkat sedang atau ringan

Tabel 2-5

Rencana Asuhan Keperawatan: Respons Ansietas Tingkat Sedang Diagnosis Keperawatan: Ansietas Sedang

Tujuan jangka pendek	Intervensi	Rasional
Klien akan mengidentifikasi dan menggambarkan perasaan tentang ansietasnya.	Bantu pasien mengidentifikasi dan menggambarkan perasaan yang mendasari kecemasan. Kaitkan perilaku klien dengan perasaan tersebut. Validasi semua perubahan dan asumsi kepada pasien. Gunakan pertanyaan terbuka untuk beralih dari topik yang tidak mengancam ke isu-isu konflik	Untuk mengadopsi respons koping yang baru, klien pertama kali harus menyadari perasaan dan mengatasi penyangkalan dan resistensi yang disadari atau tidak disadari.

Tujuan jangka pendek	Intervensi	Rasional
	<p>Variasikan besarnya ansietas untuk meningkatkan motivasi pasien.</p> <p>Gunakan konfrontasi suportif dengan bijaksana.</p>	
<p>Pasien akan mengidentifikasi penyebab ansietas.</p>	<p>Bantu klien menggambarkan situasi dan interaksi yang mendahului ansietas.</p> <p>Tinjauan penilaian klien terhadap stresor, nilai-nilai yang terancam dan cara konflik berkembang.</p> <p>Hubungkan pengalaman klien dengan pengalaman yang relevan pada masa lalu.</p>	<p>Setelah perasaan ansietas dikenali, klien harus mengerti perkembangannya termasuk stresor pencetus, penilaian stresor dan sumber yang tersedia.</p>
<p>Pasien akan menguraikan respons koping adaptif dan maladaptif.</p>	<p>Kaji bagaimana klien menurunkan ansietasnya di masa lalu dan tindakan yang dilakukan untuk menurunkannya.</p> <p>Tunjukkan efek maladaptif dan destruktif dari respons koping saat ini.</p> <p>Dorong klien menggunakan koping adaptif yang efektif di masa lalu.</p> <p>Fokuskan klien pada tanggung jawab untuk berubah.</p> <p>Bantu klien untuk mengevaluasi nilai, sifat dan arti stresor pada saat yang tepat.</p> <p>Bantu klien secara aktif mengaitkan hubungan sebab akibat.</p>	<p>Respons koping adaptif dapat dipelajari melalui analisis mekanisme koping yang digunakan di masa lalu, penilaian ulang stresor, menggunakan sumber koping yang tersedia dan menerima tanggung jawab untuk berubah.</p>

Tujuan jangka pendek	Intervensi	Rasional
Pasien akan meng-imple-mentasikan dua respons adaptif untuk mengatasi ansietas	Bantu klien mengidentifikasi cara untuk membangun kembali pikiran, memodifikasi perilaku, menggunakan sumber dan menguji respons koping yang baru. Dorong klien melakukan aktivitas fisik untuk menyalurkan energi. Libatkan orang terdekat sebagai sumber koping dan dukungan sosial. Ajarkan teknik relaksasi untuk meningkatkan percaya diri.	Individu dapat mengatasi stres dengan mengatur di stres emosional yang menyertainya melalui teknik penatalaksanaan stres.

Kriteria hasil: Pasien akan menunjukkan cara koping adaptif terhadap stres

Implementasi

Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Effendy, 1995). Pada situasi nyata sering implementasi jauh berbeda dengan rencana. Hal ini karena perawat belum terbiasa dengan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Rencana yang dilakukan adalah rencana tidak tertulis, apa yang dipikirkan, dirasakan. Hal ini sangat membahayakan klien dan perawat jika berakibat fatal dan tidak memenuhi aspek legal. Fokus intervensi pada klien dengan respons ansietas menurut tingkatannya, yaitu:

1. *Intervensi dalam Ansietas Tingkat Berat dan Panik*
Prioritas tertinggi dari tujuan keperawatan harus ditujukan untuk menurunkan ansietas tingkat berat atau panik pasien dan intervensi keperawatan yang berhubungan harus suportif dan protektif.
2. *Intervensi dalam Ansietas Tingkat Sedang*
Saat ansietas pasien menurun sampai tingkat ringan atau

sedang perawat dapat mengimplementasikan intervensi keperawatan reedukatif atau berorientasi pada pikiran. Intervensi ini melibatkan pasien dalam proses pemecahan masalah.

Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi ini harus dilakukan terus menerus pada respons ansietas klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Hal-hal yang perlu dievaluasi meliputi:

1. Apakah ancaman terhadap integrasi fisik atau sistem diri pasien berkurang dalam sifat, jumlah, asal atau waktunya?
2. Apakah perilaku pasien mencerminkan ansietas tingkat ringan atau tingkat yang lebih berat?
3. Apakah sumber koping pasien telah dikaji dan dikerahkan dengan adekuat?
4. Apakah pasien mengenali ansietasnya sendiri dan mempunyai pandangan terhadap perasaan tersebut?
5. Apakah pasien menggunakan respons koping adaptif?
6. Sudahkah pasien belajar strategi adaptif baru untuk mengurangi kecemasan?
7. Apakah pasien menggunakan ansietas ringan untuk meningkatkan pertumbuhan dan perubahan personal?

2. Asuhan Keperawatan dengan Klien Gangguan Kognitif

A. Pengertian

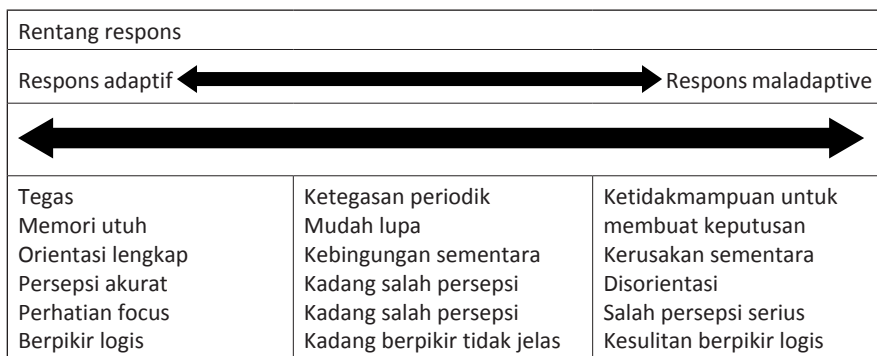
Kognitif adalah kemampuan untuk memberikan alasan, mengingat, persepsi, orientasi, memperhatikan serta memberikan keputusan (*Stuart dan Laria, 1998*). Proses kognitif meliputi sensasi dan persepsi, perhatian, ingatan, asosiasi, pertimbangan, pikiran dan kesadaran. Ini berarti kognitif adalah suatu proses mental yang berfungsi agar individu menyadari dan mempertahankan hubungan

dengan lingkungan luarnya.

Gangguan kognitif merupakan respons maladaptif yang ditandai dengan adanya gangguan daya ingat, disorientasi, inkoheren, salah persepsi, penurunan perhatian serta sukar berpikir secara logis. Gangguan ini membuat individu berada dalam kebingungan, tidak mampu memahami suatu pengalaman dan tidak mampu menghubungkan kejadian saat ini dengan kejadian yang telah lampau.

B. Rentang Respons Kognitif

Rentang kognitif dapat berfluktuasi dari rentang respons dan maladaptif. Rentang tersebut dapat terjadi secara reversible atau ditandai dengan penurunan fungsi secara progresif. Gambar 2-2 menunjukkan rentang respons kognitif.



Gambar 2-2
Rentangrespons kognitif

Gangguan yang paling sering terjadi adalah delirium dan dimensia. Delirium adalah fungsi kognitif yang kacau, ditandai dengan kekacauan kesadaran yang meliputi salah satu persepsi dan perubahan proses pikir (*Stuart dan Laria, 1998*). Umumnya gangguan ini terjadi dalam waktu singkat (jarang terjadi lebih dari satu bulan). Manifestasi yang muncul berfluktuasi antara agitasi, gerakan yang tidak terarah, ketakutan, ansietas, depresi, euphoria, apatis dan adanya gangguan pola tidur. Terdapat pula kemungkinan terjadinya

kekacauan bicara, inkoheren, disorientasi, gangguan memori dan persepsi yang seperti ilusi dan halusinasi.

Gangguan berikutnya yaitu dimensi. Dimensi adalah gangguan fungsi kognitif yang ditandai oleh penurunan fungsi intelektual yang berat disertai kerusakan daya ingat, pemikiran abstrak dan daya nilai, emosi dan kepribadian (*Stuart dan Laria, 1998*). Dimensia terjadi pada segala usia, tetapi yang paling sering terjadi pada usia lansia. Tidak seperti delirium pada dimensia proses terjadi perlahan-lahan. Kemampuan berbahasa individu tidak selalu terganggu, namun pada dimensia yang berat klien dapat mengalami gangguan bicara. Perubahan kepribadian dan gangguan aktivitas motorik biasanya terjadi. Pada kebanyakan kasus dimensia merupakan kondisi ireversibel. Perbandingan antara delirium dan dimensia ditunjukkan pada tabel 2-6.

Tabel 2-6
Perbandingan Delirium dan Dimensia

	Delirium	Demensia
Proses terjadinya	Cepat (beberapa jam sampai dengan beberapa hari)	Perlahan-lahan (beberapa tahun)
Perjalanan penyakit	Berfluktuasi secara luas, dapat berlangsung selama ber-minggu-minggu bila penyebabnya tidak ditemukan	Kronik, perlahan tetapi terus memburuk
Tingkat kesadaran	Berfluktuasi dari kompos-metis sampai dengan sukar bangun tidur.	Normal
Orientasi	Tidak terjadi disorientasi, kebingungan	Terjadinya disorientasi dan kebingungan
Afek	Fluktuasi	Labil apatis pada tahap lebih lanjut
Rentang perhatian	Selalu terganggu	Mungkin tidak terganggu
Tidur	Susah tidur	Normal
Tingkah laku	Agitasi, gelisah	Mungkin agitasi, apatis, atau berjalan sendiri tanpa tujuan
Pembicaraan	Cepat, inkoheren	Cepat, pengulangan inkoheren

Memori	Rusak, khususnya untuk memori jangka pendek	Rusak, khususnya untuk memori jangka pendek
Kognitif	Gangguan dalam memberikan alasan	Gangguan dalam pemberian alasan dan kalkulasi
Isi pikir	Inkoheren, kebingungan, waham, stereotipi	Disorganisasi, banyak isi pikir, waham, paranoid
Persepsi	Misinterpretasi, ilusi, halusinasi	Tidak ada perubahan
Pengambilan keputusan	Buruk	Buruk, perilaku tidak tepat
Daya tilik	Kadang-kadang jelas	Tidak ada
Status mental	Bervariasi, biasanya membaik selama proses penyembuhan	Cenderung memburuk

C. Proses Keperawatan

Pengkajian

Faktor Presdisposisi

Gangguan kognitif pada umumnya disebabkan oleh karena gangguan fungsi biologis dan sistem saraf pusat. Sistem saraf pusat memerlukan nutrisi untuk dapat berfungsi dan setiap adanya gangguan pengiriman nutrisi dapat mengakibatkan gangguan pada fungsi ini.

Faktor-faktor yang dapat memengaruhi terjadinya gangguan kognitif adalah:

1. Degenerasi yang berhubungan dengan proses menua.
2. Gangguan suplai oksigen, glukosa dan zat-zat makanan yang penting untuk fungsi otak:
 - a. Arteriosclerotic vaskuler
 - b. Serangan iskemik singkat
 - c. Perdarahan otak
 - d. Gangguan infrak pada otak
3. Penumpukan racun pada jaringan otak
4. Penyakit hati kronik
5. Penyakit ginjal kronik

6. Kekurangan vitamin (B1 atau tiamin)
7. Malnutrisi
8. Abnormalitas genetik
9. Penyakit HIV (*Human Imuodefisiensi Virus*)

Gangguan jiwa seperti skizoprenia, gangguan bipolar dan depresi juga dapat menyebabkan gangguan fungsi kognitif.

Faktor Presipitasi

Setiap kelainan atau gangguan pada otak dapat menjadi faktor presipitasi pada gangguan kognitif. Kelainan tersebut antara lain:

1. Hipoksia
2. Gangguan metabolisme (hipertiroidisme, hipotiroidisme, penyakit adrenal, hipoglikemia)
3. Racun pada otak
4. Adanya perubahan struktur otak
5. Stimulus lingkungan yang kurang atau berlebihan yang mengakibatkan gangguan sensorik
6. Respons perlawanan terhadap pengobatan

Mekanisme Koping

Ketika mengalami gangguan kognitif, individu akan menggunakan berbagai macam koping untuk mengatasinya. Individu yang telah mempunyai pengalaman menggunakan koping yang konstruktif pada masa lalu akan lebih mampu mengatasi masalah tersebut dari pada individu yang sebelumnya telah memiliki kesulitan dalam menyelesaikan masalah. Ketidakmampuan mengatasi masalah tersebut secara konstruktif merupakan penyebab utama perilaku patologis.

Perawat perlu melindungi klien dari kemungkinan terjadinya kecelakaan dengan menggantikan mekanisme koping yang dimiliki individu dengan cara mengorientasikan klien pada realita secara terus-menerus. Mekanisme pertahanan yang dipakai pada gangguan kognitif yaitu regresi, denial dan kompensasi.

Perilaku

Perilaku yang dimanifestasikan klien dengan dimensia merupakan usaha untuk mengatasi kehilangan kemampuan kognitif. Perilaku tersebut dapat meliputi rasa curiga, bermusuhan depresi, mencela diri dan menaruk diri. Sedangkan pada klien dengan delirium perilaku yang mungkin muncul adalah gelisah, hiperaktivitas, tremor, depresi dan perilaku merusak diri (*Townsend, 1993*).

Menurut David A Tomb (2003) perilaku delirium ditandai dengan:

1. *Kesadaran berkabut*
Pasien tidak waspada seperti biasanya dan tampak bingung. Klien dapat terjadi penurunan kesadaran (bertahap sampai stupor) atau hiper-alert (waspada berlebihan).
2. *Atensi kurang*
Biasanya pasien mudah teralih perhatiannya dan tidak dapat memusatkan perhatian dengan baik atau cukup lama untuk mengikuti rangkaian pikir atau mengerti apa yang sedang terjadi di sekitarnya.
3. *Gangguan persepsi*
Pasien biasanya salah interpretasi terhadap suatu kejadian atau mengalami ilusi (misal ada bayangan pohon pisang yang melambai-lambai, klien yakin ada hantu atau orang yang menggangukannya). Ia bisa atau mungkin tidak menyadari kesalahan persepsinya.
4. *Perubahan pola tidur-bangun*
Insomnia hampir selalu ada (semua gejala biasanya memburuk di waktu malam hari pada keadaan gelap) dan kantuk berat juga dapat terjadi.
5. *Disorientasi*
Pasien mengalami disorientasi terhadap waktu, tempat, orang dan situasi.

6. *Gangguan memori*

Pasien mengalami deficit recent memory dan biasanya menyangkal (dapat berkonfabulasi dan cenderung ingin menceritakan masa lalu).

7. *Inkoheren*

Pasien dalam berbicara kacau atau tidak dapat dimengerti.

8. *Aktivitas psikomotor yang berubah*

Sebagian besar pasien mengalami agitasi, gelisah dan menunjukkan pengulangan gerakan.

Pada tabel 2-6 (sebelumnya) juga telah dibandingkan perilaku dimensia dan delirium. Diagnosis keperawatan NANDA yang berhubungan dengan gangguan kognitif pada Kotak 2-2.

Kotak 2-2

Diagnosis yang berhubungan dengan gangguan kognitif

Ansietas
Komunikasi, Hambatan verbal
Konfusi, Akut
Konfusi, Kronik
Koping keluarga, Penurunan
Koping individu, ketidakefektifan
Jatuh, Risiko
Pemeliharaan kesehatan, ketidakefektifan
Pemeliharaan rumah, Gangguan
Cedera, Risiko
Memori, Kerusakan
Mobilitas fisik, Hambatan
Performa peran, Ketidakefektifan
Defisit perawatan diri, Mandi, Berpakaian, Makan, Eliminasi
Persepsi sensori, Gangguan: penglihatan, pendengaran, kinestetik, perhidu, perabaan, pengecapan
Pola tidur, Gangguan
Interaksi sosial
Proses pikir, Gangguan

Perencanaan

Rencana keperawatan pada klien dengan gangguan kognitif terdapat pada tabel 2-7. Tujuan tindakan keperawatan untuk klien dengan gangguan kognitif ditujukan untuk perbaikan fungsi kognitif. Namun sering kali tujuan tersebut sukar dicapai, sehingga tindakan keperawatan difokuskan pada tujuan jangka pendek yaitu pemenuhan kebutuhan dasar pasien.

Tabel 2-7
Rencana keperawatan pada gangguan kognitif

Tujuan jangka pendek	Tindakan
Pasien akan memenuhi kebutuhan biologis dasar.	Kaji tanda-tanda vital. Pertahankan asupan nutrisi secara adequate. Berikan waktu untuk istirahat. Bantu ambulasi jika diperlukan. Bantu personal hygiene sesuai kebutuhan
Pasien akan aman dari cedera.	Kaji fungsi sensori dan persepsi.. Berikan kemudahan untuk memperoleh alat bantu pendengaran, kacamata, alat bantu jalan jika diperlukan. Jauhkan dari lingkungan yang membahayakan (api, lantai licin, ketinggian). Lindungi pasien selama agitasi, lakukan restrein jika perlu.
Pasien akan mengalami peningkatan harga diri.	Lakukan orientasi realita. Bina hubungan saling percaya. Dukung kemandirian. Identifikasi minat dan keterampilan dan beri kesempatan untuk melakukannya. Berikan pujian terhadap keberhasilan dalam melakukan kegiatan yang positif. Gunakan teknik terapeutik untuk menggali perasaan dan pemikiran pasien.
Pasien akan mempertahankan hubungan interpersonal yang positif.	Anjurkan klien melakukan interaksi awal dengan orang terdekat. Libatkan klien dalam aktivitas kelompok. Libatkan orang terdekat dalam melakukan asuhan pasien. Beri kesempatan pada klien untuk bertemu dan berbicara dengan orang terdekat secara teratur.

Tindakan Keperawatan

Prinsip intervensi keperawatan delirium dan dimensia diidentifikasi pada tabel 2-8.

Tabel 2-8
Prinsip tindakan masalah delirium dan demensia

Delirium	Dimensia
<p><i>Penuhi kebutuhan fisiologis;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan keseimbangan nutrisi dan cairan • Lakukan teknik relaksasi seperti menggosok punggung, memberi minum hangat dan percakapan yang membuat klien merasa tenang <p><i>Intervensi pada gangguan persepsi;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Biarkan lampu tetap menyala. • Pastikan keamanan. • Berikan asuhan keperawatan satu perawat satu pasien jika diperlukan. • Orientasikan ulang terhadap orang, tempat dan waktu <p><i>Komunikasi;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan pesan singkat • Gunakan pernyataan langsung dan sederhana • Hindari memberikan pilihan <p><i>Penyuluhan pasien;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan informasi tentang penyebab delirium • Ajarkan pasien dan keluarga tentang pengobatan • Beritahukan cara pencegahan episode delirium • Rujuk ke lembaga keperawatan kesehatan komunitas jika dibutuhkan intervensi lebih lanjut 	<p><i>Orientasi;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasang nama klien dengan jelas pada pintu kamar atau tempat tidur klien • Anjurkan klien untuk menyimpan barang-barang di kamar • Gunakan lampu malam • Sediakan jam dan kalender • Sediakan buku bacaan dan bahas isinya bersama klien • Orientasikan klien pada realita secara teratur <p><i>Komunikasi;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Perkenalkan diri perawat • Tunjukkan rasa penghargaan kepada klien dengan tulus • Gunakan komunikasi verbal yang jelas dan singkat • Minta klien untuk melakukan sesuatu aktivitas sederhana • Pelajari kehidupan masa lampau klien • Sarankan penggunaan mekanisme koping yang konstruktif • Kurangi agitasi dengan memberikan rasa aman dan nyaman • Berikan penjelasan yang dibutuhkan klien secara spesifik • Tawarkan pilihan kepada klien • Sediakan jadwal kegiatan • Hindari perebutan kekuasaan (jika klien menolak permintaan, perawat sebaiknya tidak memaksa, tinggalkan sebentar dan kembali lagi beberapa menit kemudian) • Libatkan klien dan anggota keluarga dalam asuhan keperawatan jika memungkinkan • Gunakan sumber-sumber yang tersedia di masyarakat

Evaluasi

Hasil yang diharapkan dari klien dengan gangguan kognitif harus realistis. Evaluasi ditujukan pada kemampuan klien dalam berorientasi terhadap orang, waktu, tempat dan situasi lingkungan, melakukan perawatan diri secara mandiri, meningkatkan status nutrisi, meningkatkan fungsi kognitif (perhatian dan berpikir rasional).

1. Evaluasi pada klien delirium

Klien dapat kembali sepenuhnya pada fungsi semula. Klien dapat berorientasi pada realita secara optimal, berperan dalam aktivitas sehari-hari dan memelihara keseimbangan fisiologis.

2. Evaluasi demensia

Pada klien demensia terjadi proses kemunduran intelektual, perilaku dan fisiologis. Pada kebanyakan kasus sedikit sekali kemungkinan gagal kembali ke fungsi semula. Evaluasi untuk klien demensia lebih diarahkan kepada kemampuan klien melakukan perawatan diri secara optimal dan terbinanya hubungan sosial.

Hal yang perlu dievaluasi perawat selama melakukan tindakan keperawatan meliputi:

1. Apakah pengkajian sudah lengkap untuk mengidentifikasi masalah?
2. Apakah tujuan bersifat individual untuk pasien tersebut?
3. Apakah waktu yang ditetapkan sudah cukup untuk mencapai tujuan?
4. Apakah faktor lingkungan memengaruhi pencapaian tujuan?
5. Apakah tujuan yang ditetapkan dapat tercapai?
6. Modifikasi tindakan apa yang dapat dicoba?

3. Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Konsep diri

Konsep diri merupakan hal yang kompleks dan abstrak, tidak dapat diraba dan tidak berwujud. Diri merupakan konsep seseorang sebagai orang yang berbeda dengan orang lain dan objek di sekitarnya, terpisah dari orang lain dan objek tetapi merupakan manusia yang utuh.

Konsep diri merupakan konsep dasar yang perlu diketahui perawat untuk mengerti perilaku dan pandangan klien tentang diri, masalah serta lingkungannya. Respons individu terhadap stresor atau stimulus dapat dianalisis dari berbagai komponen konsep diri sehingga perawat dapat merencanakan asuhan yang lebih tajam dan berkualitas. Di dalam perawatan kesehatan mental-psikiatri hal ini menjadi topik utama yang harus diperhatikan sehingga asuhan keperawatan yang diberikan bersifat komprehensif dengan memandang manusia secara utuh baik bio-psiko-sosial maupun spiritual.

Konsep diri merupakan konsep kritis yang perlu dimengerti oleh semua profesi yang berhubungan dengan manusia (*helping profesional*). Perawatan klien dengan gangguan konsep diri diperlukan dalam merawat klien pada setiap tatanan pelayanan yaitu di masyarakat, di rumah sakit umum, atau di rumah sakit jiwa.

A. Pengertian

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan memengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (*Stuart & Sudeen, 1991*). Termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek, tujuan serta keinginannya. Sedangkan menurut Beck, William, dan Rawlin (*1986*), konsep diri adalah cara individu memandang dirinya secara utuh: fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual.

B. Teori Perkembangan

Secara umum konsep diri belum ada saat bayi dilahirkan tetapi konsep diri ini berkembang secara bertahap saat bayi mulai mengenal dan dapat membedakan dirinya dengan orang lain dan objek di sekitarnya sebagai individu yang terpisah.

Perkembangan konsep diri terpacu cepat dengan perkembangan bicara. Nama dan panggilan anak merupakan aspek bahasa yang utama dalam membantu perkembangan identitas. Dengan memanggil namanya, anak mengartikan dirinya secara istimewa, unik dan mandiri.

Konsep diri dipelajari melalui kontak sosial dan pengalaman berhubungan dengan orang lain. Pandangan individu tentang dirinya dipengaruhi oleh bagaimana individu mengartikan pandangan orang lain tentang dirinya. Keluarga mempunyai peran yang penting dalam membantu perkembangan konsep diri terutama pada pengalaman masa kanak-kanak. Stuart dan Sudeen (1991), mengemukakan pengalaman awal kehidupan dalam keluarga, merupakan pembentukan konsep diri. Peran keluarga dalam pembentukan konsep diri anak meliputi:

1. Perasaan mampu atau tidak mampu
2. Perasaan diterima atau ditolak
3. Kesempatan untuk identifikasi
4. Penghargaan yang pantas tentang tujuan, perilaku dan nilai

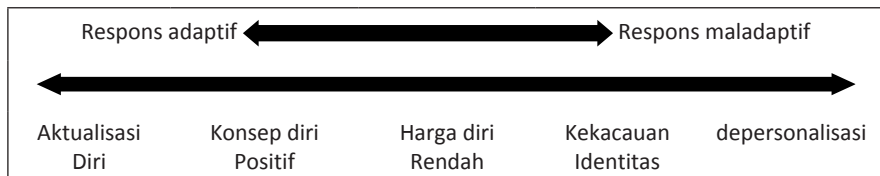
Suasana keluarga yang saling menghargai dan mempunyai pandangan yang positif akan mendorong kreativitas anak, menghasilkan perasaan positif dan berarti. Penerimaan keluarga akan kemampuan anak sesuai dengan perkembangannya sangat mendorong aktualisasi diri dan kesadaran akan potensi dirinya.

Dapat disimpulkan, konsep diri merupakan aspek kritical dan dasar perilaku individu. Individu dengan konsep diri positif dapat berfungsi lebih efektif yang dapat dilihat dari hubungan interpersonal, kemampuan intelektual dan penugasan lingkungan. Konsep diri

yang negative dapat dilihat dari hubungan individu dan sosial yang maladaptif.

C. Rentang Respons Konsep Diri

Respons individu terhadap konsep diri berfluktuasi sepanjang rentang respons dari aktualisasi diri yang paling adaptif sampai status depersonalisasi yang paling maladaptif (Gambar 2-3). *Kerancuan identitas* merupakan kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi di masa kanak-kanak ke dalam kepribadian pada masa dewasa yang harmonis. *Depersonalisasi* merupakan suatu perasaan tidak realistis dan merasa asing terhadap diri sendiri. Individu mengalami kesulitan membedakan diri sendiri dan orang lain, ia merasa asing dan tidak nyata. Hal ini sering berhubungan dengan ansietas individu pada tingkat panik dan kegagalan dalam uji realita.



Gambar 2-3
Rentang respons konsep diri

Konsep diri terdiri dari 5 komponen yaitu gambaran diri (*body image*), ideal diri (*self ideal*), harga diri (*self esteem*), peran diri (*self role*) dan identitas diri (*self identity*).

Gambaran diri (*Body Image*)

Gambaran diri adalah kumpulan sikap individu terhadap tubuhnya yang disadari atau tidak disadari. Termasuk persepsi dan perasaan masa lalu dan sekarang tentang ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan dan potensi (Stuart dan Sundeen, 1996). Gambaran diri dapat dimodifikasi atau diubah secara berkesinambungan dengan

persepsi dan pengalaman baru.

Gambaran diri ini harus realistik karena lebih banyak individu menerima dan menyukai tubuhnya akan lebih aman dan bebas dari ansietas sehingga harga dirinya meningkat. Pada usia remaja, individu berfokus terhadap fisik lebih menonjol dari periode kehidupan yang lalu. Bentuk tubuh, tinggi badan dan berat badan serta tanda-tanda pertumbuhan sekunder, semua akan menjadi bagian dari gambaran tubuh. Di saat seseorang lahir sampai mati, maka selama waktu itu individu hidup dengan tubuhnya sehingga setiap perubahan tubuh akan memengaruhi kehidupan individu.

Gangguan gambaran diri (*body image*) adalah persepsi negatif tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang sering berhubungan dengan tubuh. Tanda dan gejala gangguan gambaran diri yaitu:

1. Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah.
2. Tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi atau akan terjadi.
3. Menolak penjelasan perubahan tubuh.
4. Persepsi negatif terhadap tubuh.
5. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang.
6. Mengungkapkan keputusan dan ketakutan.

Ideal diri (*Self Ideal*)

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar pribadi, aspirasi, tujuan atau nilai personal tertentu (Stuart & Sundeen, 1996).

Standar dapat berhubungan dengan tipe orang yang diinginkan-nya atau sejumlah aspirasi, cita-cita, nilai yang ingin dicapai. Ideal diri akan mewujudkan cita-cita dan harapan pribadi berdasarkan norma sosial (keluarga, budaya) dan kepada siapa ia ingin lakukan.

Ideal diri mulai berkembang pada masa kanak-kanak yang dipengaruhi oleh orang penting dari dirinya yang memberikan tuntutan dan harapan. Pada masa remaja, ideal diri akan dibentuk melalui proses identifikasi pada orangtuanya, guru dan teman terdekat. Penetapan ideal diri sebaiknya lebih tinggi dari kemampuan individu saat ini tetapi masih dalam batas yang dapat dicapai. Hal ini diperlukan oleh individu untuk memacu dirinya ke tingkat yang lebih tinggi. Ada beberapa faktor yang memengaruhi individu dalam membentuk ideal diri yaitu:

1. Kecenderungan individu menetapkan ideal diri dari batas kemampuannya.
2. Faktor budaya, pembentukan standar ini dibandingkan dengan standar kelompok teman dan norma yang ada di masyarakat.
3. Ambisi dan keinginan untuk melebihi dan berhasil, kebutuhan yang realistis, keinginan untuk menghindari kegagalan, perasaan cemas dan rendah diri.

Semua faktor di atas memengaruhi individu dalam menetapkan ideal diri. Individu yang mampu berfungsi akan mendemonstrasikan kesesuaian antara persepsi diri dan ideal diri, sehingga ia akan dapat mencapai apa yang diinginkan. Ideal diri hendaknya ditetapkan tidak terlalu tinggi, akan tetapi masih lebih tinggi dari kemampuan agar tetap menjadi pendorong atau motivasi dalam hidupnya. Gangguan ideal diri terjadi karena ideal diri terlalu tinggi, sukar dicapai dan tidak realistis.

Harga Diri (*Self Esteem*)

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Frekuensi pencapaian tujuan akan menghasilkan harga diri rendah atau tinggi. Jika individu selalu sukses maka cenderung harga diri tinggi tetapi apabila individu sering gagal maka kecenderungan

memiliki harga diri rendah.

Harga diri dapat diperoleh dari diri sendiri maupun dari orang lain. Aspek utama adalah perasaan dicintai dan menerima penghargaan dari orang lain. Manusia cenderung negatif, walaupun ia cinta dan mengakui kemampuan orang lain namun jarang mengekspresikannya. Sebagai perawat sikap negatif perlu dikontrol sehingga setiap bertemu perawat dengan sikapnya yang positif merasa dirinya berharga. Harga diri akan rendah jika kehilangan kasih sayang dan penghargaan dari orang lain.

Cara meningkatkan harga diri pada anak (*Coopersmith cit Stuart & Sundeen, 1991*):

1. Memberi kesempatan berhasil
Berikan tugas yang kemungkinan dapat diselesaikan oleh anak kemudian berilah pengakuan dan pujian atas keberhasilannya. Jangan memberikan tugas di luar kemampuan atau yang sudah kita ketahui tidak dapat diselesaikannya.
2. Menanamkan gagasan
Befungsi memotivasi kreativitas anak untuk berkembang.
3. Mendorong aspirasi
Pertanyaan dan pendapat anak perlu ditanggapi dengan memberikan penjelasan sesuai. Berikan pengakuan dan sokongan yang sesuai untuk aspirasi yang positif sehingga anak memandang dirinya diterima dan bermakna.
4. Membantu membentuk koping
Pada tiap perkembangan, individu mempunyai tugas perkembangan yang harus diselesaikan. Jadi individu perlu mengembangkan koping untuk menghadapi kemungkinan yang terjadi dalam menyelesaikan tugasnya. Anak akan merasa bermakna dan berhasil jika diterima dan diakui oleh orang lain, merasa mampu menghadapi kehidupan dan merasa dapat mengontrol dirinya.

Harga diri yang rendah berhubungan dengan hubungan inter-

personal yang buruk dan terutama menonjol pada klien *skizofrenia* dan *depresi* (Stuart & Sundeen, 1991).

Gangguan harga diri atau harga diri rendah dapat digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri dan merasa gagal mencapai keinginan.

Peran (Role)

Peran adalah serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi-fungsi individu di berbagai kelompok sosial (Stuart, 1996). Setiap individu dalam kehidupannya sering disibukkan dengan perannya pada setiap waktu. Misalnya, sebagai seorang anak, istri, ibu rumah tangga, mahasiswa, perawat, wanita karier, dan lain sebagainya. Peran ini diperlukan individu untuk aktualisasi diri. Harga diri yang tinggi merupakan hasil dari peran yang memenuhi kebutuhan dan kesesuaian dengan ideal diri. Posisi individu di masyarakat dapat merupakan stresor terhadap peran karena struktur sosial yang menimbulkan kesukaran, atau tuntutan posisi yang tidak mungkin dilaksanakan. Stres peran terdiri dari konflik peran, peran yang tidak jelas, peran yang tidak sesuai dan peran yang berlebihan.

1. Konflik peran
Terjadi jika peran yang diminta konflik dengan sistem individu atau dua peran terjadi konflik satu sama lainnya.
2. Peran yang tidak jelas
Terjadi jika individu diberi suatu peran yang tidak jelas dalam hal perilaku dan penampilan yang diharapkan.
3. Peran yang tidak sesuai
Terjadi jika individu dalam proses transisi mengubah nilai dan sikap. Misal: seseorang yang masuk dalam profesi, di mana terdapat konflik antara individu dan profesi.
4. Peran berlebih
Terjadi jika seseorang individu menerima banyak peran,

misalnya sebagai Ny. A seorang ibu rumah tangga ia harus mengasuh dan membesarkan kedua anaknya sendirian karena suaminya sudah meninggal, ia juga masih kuliah di perguruan tinggi. Untuk memenuhi kehidupan rumah tangganya ia terpaksa harus bekerja menjadi pembantu rumah tangga. Kemungkinan dengan kesibukan peran tersebut Ny. A mempunyai risiko dalam menjalani perannya. Individu dituntut melakukan banyak hal tetapi tidak tersedia waktu untuk menyelesaikannya.

Banyak faktor yang memengaruhi dalam menyesuaikan diri dengan peran yang harus dilakukan (*Stuart & Sundeen, 1991*):

1. Kejelasan perilaku dan pengetahuan yang sesuai dengan peran.
2. Konsistensi respons orang yang berarti terhadap peran yang dilakukan.
3. Kesesuaian dan keseimbangan antar peran yang diemban.
4. Keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran.
5. Pemisahan situasi yang akan menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran.

Identitas diri (*identity*)

Identitas adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan sintesis dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh (*Stuart & Sundeen, 1991*). Individu yang memiliki perasaan identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berbeda dengan orang lain, unik dan tak ada duanya. Kemandirian timbul dari perasaan berharga (respek pada diri), kemampuan dan penguasaan diri. Seseorang yang mandiri dapat mengatur dan menerima dirinya.

Identitas berkembang sejak masa kanak-kanak bersamaan dengan perkembangan konsep diri. Hal yang penting dari identitas

adalah jenis kelamin. Identitas jenis kelamin berkembang sejak bayi secara bertahap, dimulai dengan konsep laki-laki dan wanita yang banyak dipengaruhi oleh pandangan dan perlakuan masyarakat terhadap masing-masing jenis. Misalnya, anak perempuan pasif dan menerima sehingga berkembanglah asuhan yang tidak asertif.

Enam ciri identitas ego (*Meller cit Stuart & Sundeen, 1991*):

1. Mengenal diri sendiri sebagai organisme utuh dan terpisah dari orang lain.
2. Mengakui jenis kelamin diri sendiri.
3. Memandang berbagai aspek dalam dirinya sebagai sesuatu keselarasan.
4. Menilai diri sendiri sesuai dengan penilaian masyarakat.
5. Menyadari hubungan masa lalu, sekarang dan yang akan datang.
6. Mempunyai tujuan yang bernilai yang dapat direalisasikan.

Kepribadian yang Sehat

Bagaimana individu berhubungan dengan orang lain adalah inti dari kepribadian. Kepribadian tidak dapat cukup diuraikan melalui teori perkembangan dan dinamika diri sendiri. Pengalaman individu yang mempunyai kepribadian sehat (*Stuart & Sundeen, 1991*) meliputi:

1. Gambaran diri positif dan akurat
Kesadaran diri berdasarkan observasi mandiri dan perhatian yang sesuai dengan kesehatan diri. Termasuk persepsi saat ini dan yang lalu akan diri sendiri dan perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi tubuh.
2. Ideal diri realistik
Mempunyai tujuan hidup yang dapat dicapai.
3. Konsep diri positif
Menunjukkan individu akan sukses dalam hidupnya atau sesuai dengan apa yang diharapkan.

4. Harga diri tinggi
Individu akan memandang dirinya sebagai individu yang berarti dan bermanfaat. Ia memandang dirinya sesuai dengan apa yang diinginkan.
5. Kepuasan penampilan peran
Individu dapat berhubungan dengan orang lain secara intim dan mendapat kepuasan, dapat mempercayai, terbuka pada orang lain dan membina hubungan interdependen.
6. Identitas jelas
Individu merasakan keunikan dirinya yang memberi arah kehidupan dalam mencapai tujuan.

D. Proses Keperawatan

Pengkajian

Faktor Predisposisi

Faktor yang memengaruhi harga diri

Meliputi penolakan orangtua, harapan orangtua tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketegantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis.

Faktor yang memengaruhi peran

Di masyarakat umumnya peran seseorang sesuai dengan jenis kelaminnya. Misalnya, seorang wanita dianggap kurang mampu, kurang mandiri, kurang objektif dan rasional, sedangkan pria dianggap kurang sensitif, kurang hangat, kurang ekspresif dibanding wanita. Sesuai dengan standar tersebut, jika wanita atau pria berperan tidak sesuai lazimnya, maka dapat menimbulkan konflik diri maupun hubungan sosial. Misal: seorang istri yang berperan sebagai kepala rumah tangga atau seorang suami yang mengerjakan pekerjaan rumah, akan menimbulkan masalah. Konflik peran dan peran tidak sesuai muncul dari faktor biologis dan harapan masyarakat terhadap wanita atau pria. Peran yang berlebihan muncul pada wanita yang

mempunyai sejumlah peran.

Faktor yang memengaruhi identitas diri

Meliputi ketidakpercayaan, tekanan dari teman sebaya dan perubahan struktural sosial. Orangtua yang selalu curiga pada anak akan menyebabkan anak menjadi kurang percaya diri, ragu dalam mengambil keputusan dan dihantui rasa bersalah ketika akan melakukan sesuatu. Kontrol orangtua yang berat pada anak remaja akan menimbulkan perasaan benci pada orangtua. Teman sebaya merupakan faktor lain yang berpengaruh pada identitas. Remaja ingin diterima, dibutuhkan, dan diakui oleh kelompoknya.

Faktor Presitipasi

Masalah khusus tentang konsep diri disebabkan oleh setiap situasi yang dihadapi individu dan ia tidak mampu menyesuaikan. Situasi atas stresor dapat memengaruhi komponen.

Stresor yang dapat memengaruhi gambaran diri adalah hilangnya bagian tubuh, tindakan operasi, proses patologi penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, proses tumbuh kembang, prosedur tindakan dan pengobatan. Sedangkan stresor yang dapat memengaruhi harga diri dan ideal diri adalah penolakan dan kurang penghargaan diri dari orangtua yang berarti, pola asuh yang tidak tepat, misalnya terlalu dituntut, dituruti, persaingan dengan saudara, kesalahan dan kegagalan berulang, cita-cita tidak terpenuhi dan kegagalan bertanggung jawab terhadap diri.

Sepanjang hidup individu sering menghadapi transisi peran. Tiga kategori transisi peran (*MELEIS cit Stuart & Sundeen*):

1. Transisi perkembangan

Setiap perkembangan dapat menimbulkan ancaman pada identitas. Tiap tahap harus dilalui dengan menyelesaikan tugas perkembangan yang berbeda-beda. Hal ini dapat merupakan stresor bagi konsep diri.

2. Transisi situasi

Terjadi sepanjang kehidupan, bertambah atau berkurang orang yang berarti karena kelahiran atau kematian, misalnya status sendiri menjadi berdua atau menjadi orangtua. Perubahan status menyebabkan perubahan peran yang dapat menimbulkan ketegangan peran yaitu konflik peran, peran yang tidak jelas atau peran yang berlebihan.

3. Transisi sehat-sakit

Stresor pada tubuh dapat menyebabkan gangguan gambaran diri dan berakibat perubahan konsep diri. Perubahan tubuh dapat memengaruhi semua komponen konsep diri yaitu gambaran diri, identitas diri, peran dan harga diri.

Penilaian Stresor

Masalah konsep diri dapat dicetuskan oleh faktor psikologis, sosiologis atau fisiologis namun yang masih penting adalah persepsi klien terhadap ancaman.

Sumber Koping

Individu mempunyai beberapa kemampuan yang dimiliki dengan memberikan kesempatan dan menguatkan tersebut dapat meningkatkan kepercayaan diri individu.

Mekanisme Koping

Penggunaan mekanisme koping untuk melindungi diri dalam menghadapi persepsi yang menyakitkan meliputi pertahanan koping jangka pendek atau jangka panjang dan pertahanan ego.

Pertahanan jangka pendek meliputi:

a. *Aktivitas pelarian sementara dari krisis*

Contoh: Pemakaian obat terlarang, ikut musik rock, balap mobil, obsesi nonton televisi.

b. *Aktivitas sebagai pengganti identitas*

Contoh: Ikut kelompok tertentu untuk dapat identitas yang sudah dimiliki kelompok, pengikut kelompok tertentu.

- c. *Aktivitas memberi kekuatan atau dukungan sementara terhadap konsep diri/identitas diri yang kabur*
Contoh: Ikut aktivitas yang kompetisi, prestasi akademi, kontes, kelompok anak muda (geng).
- d. *Aktivitas yang memberi arti dari kehidupan*
Contoh: penjelasan tentang keisengan akan menurunkan kegairahan.

Pertahanan jangka panjang

Pertahanan jangka panjang mencakup penutupan identitas dan identitas negatif. Semua koping jangka pendek dapat berkembang menjadi koping jangka panjang. Penyelesaian positif akan menghasilkan integritas ego-identitas dan keunikan individu.

Identitas negatif merupakan rintangan terhadap nilai dan harapan masyarakat. Remaja mungkin akan menjadi individu antisosial, ini disebabkan karena ia merasa tidak memiliki identitas yang positif. Mungkin remaja ini mengatakan: ‘Saya lebih baik menjadi anak tidak baik daripada tidak jadi apa pun’.

Mekanisme pertahanan ego

Mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan adalah fantasi, disosiasi, isolasi, proyeksi dan displacement. Dalam keadaan yang semakin berat dapat terjadi deviasi perilaku dan kegagalan penyesuaian seperti: *psikosis, neurosis, obesitas, anoreksia nervosa, bunuh diri, persetubuhan dengan siapa saja, kriminal, kenakalan, penyalahgunaan zat, perkosaan, inses, dan penganiayaan.*

Perilaku

Dalam pengkajian dapat melalui observasi penampilan klien, misalnya dari kebersihan, berpakaian dan berhias.

Perilaku berhubungan dengan harga diri rendah

Harga diri rendah merupakan masalah banyak orang dan diekspresikan melalui tingkat kecemasan yang sedang sampai berat. Umumnya disertai evaluasi diri negatif dengan membenci diri dan

menolak diri.

Cara individu dalam mengekspresikan secara langsung harga diri rendah (*Stuart & Sundeen*) yaitu:

- a. *Mengejek dan mengkritik diri sendiri*
Pandangan negatif tentang dirinya. Misalnya: mengatakan dirinya “bodoh” dan “tidak tahu apa-apa”.
- b. *Merendahkan dan mengurangi martabat*
Individu menghindari, mengabaikan atau menolak kemampuan yang nyata dimiliki.
- c. *Rasa bersalah dan khawatir*
Klien menghukum diri, muncul dalam bentuk fobia, obsesi dan klien menolak diri sendiri.
- d. *Manifestasi fisik*
Seperti tekanan darah tinggi, psikosomatis, penyalahgunaan obat dan lain sebagainya.
- e. *Menunda keputusan*
Ragu-ragu dalam mengambil keputusan, rasa aman terancam.
- f. *Gangguan berhubungan*
Klien menjadikéjam, merendahkan diri atau mengeksploitasi orang lain. Perilaku yang muncul dalam bentuk menarik diri atau isolasi diri karena perasaan tak berharga.
- g. *Menarik diri dari realitas*
Bila kecemasan karena penolakan diri mencapai kecemasan tingkat berat dan panik, mungkin klien akan mengalami gangguan asosiasi, halusinasi, curiga, cemburu atau paranoid.
- h. *Merusak diri*
Individu mencederai diri sendiri bahkan sampai keinginan mengakhiri hidupnya.
- i. *Merusak atau mencederai orang lain*
Kebencian dan penolakan diri sendiri dapat berkisar pada

lingkungan dengan melukai orang lain.

Perilaku yang objektif dan perasaan subyektif klien harus dikumpulkan perawat sebelum merumuskan diagnosis keperawatan. Pada Kotak 2-3 diuraikan tentang perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah.

Kotak 2-3

Perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah

- Mengkritik diri sendiri atau orang lain
- Produktivitas menurun
- Destruktif pada orang lain
- Gangguan berhubungan
- Perasaan dirinya penting yang berlebih-lebihan
- Perasaan tidak mampu
- Rasa bersalah
- *Irritabel* atau mudah marah
- Sikap negatif terhadap diri sendiri
- Ketegangan peran
- Pesimis terhadap kehidupan
- Keluhan fisik
- Pandangan hidup yang terpolarisasi
- Menolak kemampuan diri sendiri
- Mengejek diri sendiri
- Merusak diri
- Pengurangan diri
- Penyalahgunaan obat
- Menarik diri dari realitas
- Cemas dan takut

Perilaku yang berhubungan dengan identitas kabur

Terjadi karena kegagalan dalam mengintegrasikan berbagai identifikasi pada masa kanak-kanak secara harmonis dan selaras. Klien mengalami kesukaran tampil sesuai dengan jenis kelaminnya. Perilaku yang terkait dengan kerancuan identitas diuraikan pada Kotak 2-4.

Kotak 2-4

Perilaku yang terkait dengan Keracunan Identitas

- Kode moral tidak dilakukan
- Kontradiksi dengan ciri kepribadian
- Eksploitasi hubungan interpersonal
- Perasaan kosong
- Perasaan tentang diri yang berfluktuasi
- Kacau identitas seksual
- Kecemasan yang tinggi
- Ideal diri tidak realistis
- Tidak mampu berempati
- Tidak ada/kurang ciri keaslian diri
- Kecintaan pada diri yang patologis
- Masalah dalam hubungan intim
- Fragmentasi dan tidak ada kesinambungan yang sementara

Sumber: Stuart & Sundeen, 1991, Principle & practice of psychiatric nursing

Perilaku berhubungan dengan depersonalisasi

Apabila individu dalam tingkat kecemasan panik, maka respons maladaptif terhadap masalah identitas akan bertambah yang mengakibatkan klien menarik diri dari realitas. *Depersonalisasi* adalah perasaan yang tidak realistis di mana klien tidak dapat membedakan stimulus dari dalam atau luar dirinya (Stuart & Sundeen, 1991). Hal ini ditandai dengan perasaan asing akan dirinya sendiri, sukar membedakan diri dengan orang lain atau lingkungannya. Depersonalisasi merupakan pengalaman subjektif yang dapat merusak ego sebagian atau seluruhnya dan diintegrasikan serta disorganisasi konsep diri. Perasaan ini dapat terjadi pada klien depresi, skizofrenia, mania dan gangguan mental organik. Perilaku yang terkait dengan depersonalisasi diuraikan pada Kotak 2-5.

Kotak 2-5

Perilaku yang berhubungan dengan Depersonalisasi

Afektif

- Mengalami kehilangan identitas
- Perasaan asing terhadap diri
- Perasaan tidak aman, rendah diri, takut, malu
- Tidak realistis
- Merasa terisolasi
- Tak ada perasaan berkesinambungan
- Tidak ada rasa puas

Persepsi

- Halusinasi pendengaran dan penglihatan
- Ragu akan jenis seksualnya
- Sukar membedakan diri dan orang lain
- Gangguan gambaran diri
- Merasakan dunia sebagai mimpi

Kognitif

- Kacau
- Disorientasi waktu
- Distorsi pikiran
- Gangguan daya ingat

Perilaku

- Gangguan penilaian
- Afek tumpul
- Emosi yang pasif dan tidak berespons
- Komunikasi yang tidak sesuai
- Kurang spontanitas
- Kehilangan kendali terhadap impuls
- Menarik diri secara sosial
- Kehilangan inisiatif dan membuat keputusan

Sumber: Stuart & Sundeen, 1991 (principle and practice of psychiatric nursing)

Diagnosis Keperawatan

Masalah konsep diri berhubungan dengan perasaan ansietas, bermusuhan dan rasa bersalah. Masalah ini dapat menyebabkan respons koping maladaptif. Diagnosis keperawatan NANDA yang berhubungan dengan gangguan konsep diri terhadap dalam kotak 2-6.

Contoh diagnosis keperawatan terkait gangguan konsep diri:

1. Gangguan harga diri rendah berhubungan dengan kematian pasangan yang dimanifestasikan dengan menarik diri.
2. Gangguan harga diri rendah berhubungan dengan ideal diri yang terlalu tinggi dimanifestasikan dengan perasaan depresi dan menarik diri dari aktifitas.
3. Menarik diri berhubungan dengan harga diri yang rendah.

Kotak 2-6

Diagnosis keperawatan NANDA berhubungan dengan gangguan konsep diri

- Gangguan penyesuaian
- Kecemasan
- Gangguan gambaran diri
- Gangguan komunikasi verbal
- Koping tidak efektif
- Disfungsi proses berhubungan
- Putus asa
- Gangguan identitas
- Gangguan penampilan peran
- Gangguan perawatan diri
- Gangguan harga diri
- Gangguan persepsi
- Isolasi
- Gangguan pola seksual
- Amuk

Sumber: Stuart & Sundeen (1991) Principle & practice of psychiatric Nursing. Hal: 395

Perencanaan

Fokus dari rencana tindakan adalah pada tingkat penilaian kognitif terhadap kehidupan terdiri dari persepsi, keyakinan dan pendirian. Kesadaran klien akan emosi dan perasaannya juga hal yang penting.

Intervensi keperawatan dibagi dalam 5 tingkat (*Stuart & Sundeen*):

1. Memperluas kesadaran diri

2. Eksplorasi diri
3. Mengevaluasi diri
4. Perencanaan realistik
5. Tanggung jawab bertindak

Tabel 2-9

Intervensi keperawatan perubahan konsep diri tingkat 1

Tujuan: Memperluas kesadaran diri

Prinsip	Intervensi	Rasionalisasi
Membina hubungan terbuka dan saling percaya	Tawarkan penerimaan tanpa syarat. Dengarkan semua keluhan klien. Dukung pembahasan tentang pikiran dan perasaan klien. Berespons tanpa mendakwa. Sampaikan bahwa pasien adalah seseorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong dirinya sendiri.	Mengurangi ancaman yang diperlihatkan perawat terhadap pasien, perluas dan menerima semua aspek kepribadian.
Membantu pasien apa pun kekuatan ego yang ditunjukkannya.	Identifikasi kekuatan ego pasien. Gunakan pedoman untuk pasien dengan sumber ego yang terbatas: Mulai dengan meyakinkan identitas pasien. Berikan dukungan untuk mengurangi tingkat ansietas panik. Dekati pasien dengan cara tidak menuntut. Terima dan upayakan klarifikasi komunikasi verbal atau non verbal. Cegah pasien dari pengisolasian diri. Bina rutinitas yang sederhana bagi pasien. Tetapkan batasan untuk perilaku yang tidak tepat. Orientasikan pasien terhadap realitas. Kuatkan perilaku yang sesuai. Tingkatkan aktivitas dan tugas yang memberikan pengalaman positif secara bertahap. Bantu dalam hygiene personal dan berias. Dukung pasien dalam perawatan diri.	Beberapa tingkat kekuatan ego, seperti kapasitas untuk uji realitas, kontrol diri atau tingkat integritas ego dibutuhkan sebagai dasar asuhan keperawatan lanjutan.

Prinsip	Intervensi	Rasionalisasi
Memaksimalkan peran serta dalam terapeutik	Tingkatkan peran serta pasien secara bertahap dalam membuat keputusan yang berkaitan dengan perawatan. Sampaikan bahwa pasien adalah individu yang bertanggung jawab.	Timbal balik diperlukan bagi pasien untuk memikul tanggung jawab pokok terhadap perilakunya sendiri dan respons koping maladaptif.

Intervensi keperawatan membantu klien dalam meningkatkan pemahaman perilaku dan memberi motivasi untuk mengubah perilakunya yang maladaptif. Tabel 2-9 sampai 2-13 menjelaskan tingkat intervensi keperawatan tersebut.

Tabel 2-10

Intervensi keperawatan perubahan konsep diri tingkat 2

Tujuan: Memperluas eksplorasi diri

Prinsip	Intervensi	Rasional
Membantu klien untuk menerima perasaan dan pikirannya	Dukung ekspresi emosional, keyakinan, perilaku dan pemikiran klien. Gunakan respons empatik dan komunikasi terapeutik. Catat penggunaan pemikiran yang logis atau tidak logis klien.	Dengan menerima perasaan dan pemikiran klien, perawat mendorong klien untuk melakukan hal yang sama
Membantu klien mengklarifikasi konsep diri dan hubungan dengan orang lain melalui pengungkapan diri	Tumbuhkan persepsi klien tentang kelebihan dan kekurangan diri yang dimiliki. Bantu klien menggambarkan ideal diri. Identifikasi klien, mengkritik diri sendiri. Bantu klien menggambarkan tentang bagaimana ia berhubungan dengan orang lain.	Pengungkapan diri dan pemahaman terhadap persepsi diri diperlukan untuk membawa perubahan yang akan datang serta dapat mengurangi kecemasan.

Prinsip	Intervensi	Rasional
Menyadari dan mengendalikan perasaan sendiri	Terbuka terhadap perasaan sendiri. Terima perasaan positif dan negative. Menggunakan perasaan secara terapeutik pada klien. Mengungkapkan tentang apa yang dirasakan orang lain. Mencerminkan persepsi perawat tentang perasaan klien	Kesadaran diri memberikan model perilaku autentik dan member batasan pengaruh negative dalam berhubungan dengan orang lain.
Berespons empatik yang menekankan bahwa untuk berubah tergantung pada klien sendiri.	Gunakan respons empati dan evaluasi diri perawat terhadap perasaan simpati atau kasihan. Yakinkan bahwa klien bukan tidak berdaya atau tidak kuasa dalam menghadapi masalah. Tunjukkan pada klien baik secara verbal atau non verbal bahwa klien bertanggung jawab terhadap perilakunya. Diskusikan pilihan klien, kekuatan ego dan sumber coping yang tersedia. Gunakan sistem pendukung keluarga atau kelompok untuk mengeksplorasi diri klien. Bantu klien dalam mengenali sifat konflik dan respons coping mal-adaptif.	Simpati dapat menumbuhkan perasaan kasih sayang klien pada diri sendiri. Perawat meyakinkan klien bahwa situasi kehidupan klien adalah subyek untuk pengendalian diri

Tabel 2-11

Intervensi keperawatan perubahan konsep diri tingkat 3

Tujuan: Memperluas evaluasi diri klien

Prinsip	Intervensi	Rasional
Membantu klien untuk mendefinisikan masalah secara jelas	Identifikasi stresor yang sesuai dan penilaian klien terhadap stresor. Klarifikasi bahwa keyakinan klien memengaruhi perasaan dan perilakunya. Identifikasi keyakinan, persepsi yang salah, ilusi, distorsi dan tujuan yang tidak realistis bersama klien.	Pilihan alternative dapat ditetapkan setelah masalah didefinisikan dengan benar.

	<p>Mengkaji respons coping adaptif dan maladaptif klien terhadap masalah.</p> <p>Kaji penggunaan coping klien.</p> <p>Jelaskan pada klien bahwa semua coping memiliki konsekuensi positif dan adaptif.</p> <p>Bandingkan respons adaptif dan maladaptif.</p> <p>Identifikasi keuntungan dan kerugian respons coping klien.</p> <p>Gunakan keterampilan terapeutik seperti klarifikasi peran, psikodrama dan komunikasi fasilitatif.</p>	<p>Pengkajian terhadap respons coping berguna untuk memeriksa pilihan coping klien dan mengevaluasi konsekuensi positif dan negatif.</p>
--	---	--

Tabel 2-12

Intervensi keperawatan perubahan konsep diri tingkat 4

Tujuan: Membantu klien menetapkan tujuan yang realistis

Prinsip	Intervensi	Rasional
Membantu klien mengidentifikasi solusi alternative	<p>Bantu klien untuk mengubah perilakunya.</p> <p>Yakinkan klien tentang kemampuannya dalam mengubah perilaku.</p> <p>Ciptakan lingkungan yang mendukung perubahan perilaku klien.</p> <p>Identifikasi penggunaan sumber coping bersama klien.</p>	<p>Perubahan perilaku dapat terjadi setelah semua solusi alternative dievaluasi</p>
Membantu klien menetapkan tujuan yang realistis	<p>Dorong klien dalam merumuskan tujuannya.</p> <p>Diskusikan bersama klien konsekuensi yang bersifat emosional, praktis dan realistis dari tiap tujuan.</p> <p>Bantu klien untuk mendefinisikan perubahan nyata yang dilakukan.</p> <p>Dorong klien untuk mengingat pengalaman baru.</p> <p>Gunakan latihan peran, model peran, bermain peran dan visualisasi.</p>	

Tabel 2-13*Intervensi keperawatan untuk konsep diri tingkat 5*

Tujuan: Membantu klien mempunyai tanggung jawab dalam membuat keputusan

Prinsip	Intervensi	Rasional
Membantu klien melakukan tindakan yang di-perlukan untuk mengubah respons koping maladaptif dan mempertahankan respons koping adaptif.	Berikan kesempatan klien untuk mengalami keberhasilan. Dukung kemampuan, keterampilan dan aspek yang positif dari kepribadian klien. Dukung klien untuk memperoleh bantuan (pekerjaan, financial, pelayanan masyarakat). Gunakan kelompok untuk meningkatkan harga diri klien. Beri klien kesempatan untuk berubah. Beri dukungan dan umpan balik yang positif untuk membantu klien mempertahankan kemajuan.	Membuat klien mengganti respons koping maladaptive menjadi koping adaptif.

Implementasi

Implementasi ini merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, kolaborasi dan tindakan rujukan. Rencana tindakan yang berhubungan dengan gangguan harga diri diringkas pada tabel 2-14.

Tabel 2-14*Rencana tindakan keperawatan gangguan harga diri rendah*

Diagnose keperawatan: gangguan harga diri rendah

Kriteria Hasil: pasien akan mencapai tingkat aktualisasi diri yang maksimal untuk menyadari potensi dirinya.

Tujuan jangka pendek	Intervensi
Pasien akan membina hubungan terapeutik dengan perawat.	Perkuat identitas pasien Berikan dukungan untuk mengurangi tingkat ansietas panik. Tetapkan batasan pada perilaku yang tidak tepat. Bantu pasien apa pun kekuatan ego yang ditunjukkannya. Kuatkan perilaku adaptif.
Pasien akan mengekspresikan perasaan, perilaku dan pikiran yang berhubungan dengan situasi stres saat ini.	Bantu pasien mengekspresikan dan menggambarkan perasaan serta pikirannya. Bantu pasien mengidentifikasi kelebihan dan kekurangannya. Berespons empatik yang menekankan bahwa kekuatan untuk berubah tergantung pada pasien sendiri.
Pasien akan mengevaluasi konsekuensi positif dan negatif dari respons konsep diri.	Identifikasi stresor yang relevan dan penilaian pasien terhadap stresor. Klasifikasi keyakinan yang salah dan distorsi kognitif. Evaluasi keuntungan dan kerugian dari respons koping saat ini.
Pasien akan mengidentifikasi satu tujuan baru dan dua respons koping adaptif	Dorong pasien untuk merumuskan tujuan baru. Bantu pasien mendefinisikan secara jelas perubahan yang dilakukan. Gunakan latihan peran, model peran, dan visualisasi untuk mempraktikkan perilaku baru.
Pasien akan mengimplementasikan respons konsep diri adaptif yang baru.	Beri kesempatan pada klien untuk berhasil. Dorong keterampilan, perilaku dan respons koping yang adaptif. Beri waktu yang cukup kepada pasien yang berubah. Tingkatkan keterlibatan keluarga dan kelompok. Beri sejumlah dukungan yang tepat dan umpan balik positif kepada pasien untuk mempertahankan kemajuan dan pertumbuhannya.

Evaluasi

Dalam tahap evaluasi ini klien dan keluarga agar dapat melihat perubahan dan berupaya mempertahankan dan memelihara perilaku

yang adaptif. Hal-hal yang perlu dievaluasi meliputi:

1. Apakah ancaman terhadap integritas fisik atau sistem diri pasien telah berkurang?
2. Apakah perilaku pasien mencerminkan penerimaan diri, nilai diri dan persetujuan diri yang lebih besar?

4. Asuhan Keperawatan pada Klien Kritis

A. Pengertian

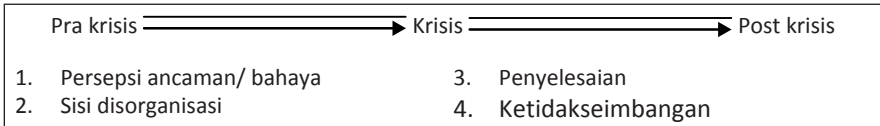
Dalam kehidupan, individu harus mengatasi masalah secara terus-menerus untuk menjaga keseimbangan (*balance*) antara stres dan mekanisme koping. Jika individu tersebut tidak dapat menjaga keseimbangan maka ia akan dapat mengalami krisis.

Krisis adalah suatu kondisi di mana individu tak mampu mengatasi masalah dengan cara (mekanisme koping) yang biasa dipakai. Krisis terjadi akibat ketidakseimbangan psikologis yang merupakan hasil dari peristiwa menegangkan atau mengancam integritas diri. Hal ini merupakan bagian dari kehidupan yang dapat terjadi dengan bentuk dan penyebab yang bermacam-macam, dan dapat disebabkan karena faktor eksternal maupun internal.

B. Tahap Krisis

Dalam menjalani kehidupan individu akan berusaha memenuhi kebutuhan dan menyelesaikan berbagai persoalan yang dihadapi. Gambar 2-4 menunjukkan tahap terjadinya krisis. Pada tahap *Pra krisis* individu mampu memenuhi kebutuhan dengan baik. Kemudian tahap berikutnya adalah tahap krisis. Pada tahap *krisis* individu mengalami ancaman atau bahaya yang menyebabkan disorganisasi dan ketidakseimbangan. Individu mencoba menangani krisis dengan berbagai cara yang dimiliki atau dengan bantuan orang lain. Tahap akhir adalah *Post Krisis*, merupakan tahap penyelesaian masalah. Penyelesaian krisis dapat menghasilkan keadaan individu yang sama dengan sebelum krisis karena hasil pemecahan masalah efektif, lebih

baik daripada sebelum krisis karena individu menemukan sumber dan cara penanganan yang baru atau lebih rendah dari sebelum krisis karena masalah individu menimbulkan perilaku yang maladaptif (individu dapat mengalami depresi, curiga, atau agresif).



Gambar 2-4
Tahap Terjadinya Krisis

C. Tipe Krisis

1. Krisis perkembangan (*Maturasi*)

Sepanjang daur kehidupan manusia (lahir sampai meninggal) terjadi perkembangan di mana manusia mengalami perubahan. *Sigmund Freud* membagi perkembangan kepribadian menjadi 5 fase yaitu: fase oral, fase anal, fase laten dan fase pubertas. Sedangkan *Erik Erikson* membagi menjadi 8 fase: masa bayi, masa kanak-kanak, masa pra sekolah, masa remaja, masa dewasa muda, masa dewasa pertengahan, masa dewasa lanjut.

Dalam teori yang mereka kemukakan menekankan bahwa perkembangan tersebut merupakan satu rentang yang setiap tahap mempunyai tugas dan masalah yang harus diselesaikan untuk menuju kematangan pribadi individu. Keberhasilan seseorang menyelesaikan masalah pada fase-fase tersebut akan memengaruhi individu mengatasi stres yang terjadi dalam hidupnya. Krisis maturasi terjadi dalam satu periode transisi yang dapat mengganggu keseimbangan psikologis seperti pada masa pubertas, masa perkawinan, menjadi orangtua, menopause, dan masa lanjut usia. Krisis maturasi membutuhkan perubahan peran yang memadai, sumber-sumber interpersonal, dan penerima orang lain terhadap peran baru.

2. Krisis situasi

Krisis situasi terjadi apabila keseimbangan psikologis terganggu akibat suatu kejadian yang spesifik seperti: kehilangan, kehamilan yang tidak diinginkan, atau penyakit akut, kehilangan orang yang dicintai dan kegagalan hidup.

Krisis situasi terjadi jika peristiwa eksternal tertentu menimbulkan ketidakseimbangan. Peristiwa tersebut dapat berupa:

Peristiwa dapat diduga

Peristiwa tersebut dapat terjadi dalam peristiwa hidup (Misal: mulai sekolah, gagal sekolah), hubungan dalam keluarga (Misal: bertambah anggota keluarga, perpisahan, perceraian) dan diri sendiri (Misal: putus pacar).

Peristiwa tidak dapat diduga

Peristiwa yang sangat traumatik dan tidak pernah diharapkan. Peristiwa tersebut misalnya individu mengalami peristiwa seperti kematian orang yang dicintai akibat PHK, diperkosa, dipenjara, kecelakaan atau bencana.

3. Krisis sosial

Krisis sosial adalah krisis yang disebabkan oleh suatu kejadian yang tidak diharapkan, menyebabkan kehilangan yang besar dan terjadi sejumlah perubahan di lingkungannya seperti gunung meletus, kebakaran, banjir, dan perang. Krisis ini tidak dialami oleh semua orang seperti halnya krisis maturasi.

D. Faktor Keseimbangan (*balance factor*)

1. Persepsi terhadap peristiwa atau kejadian

- a. Apa arti kejadian pada individu
- b. Pengaruh kejadian pada masa depan
- c. Apakah individu memandang masalah secara realistis

Persepsi yang realistis mendorong individu untuk menerima kenyataan sehingga dapat menemukan pemecahan masalah positif dalam menyelesaikan masalahnya. Sebaliknya persepsi

yang tidak realistis membuat individu sulit untuk menerima kenyataan sehingga dalam menyelesaikan masalah menggunakan cara yang maladaptif.

2. Situasi pendukung/pendorong

Hubungan intim yang bermakna dengan lingkungan akan memberi dukungan dan sumber koping pada individu. Krisis dapat terjadi jika kurang atau tidak memiliki dukungan dari lingkungan.

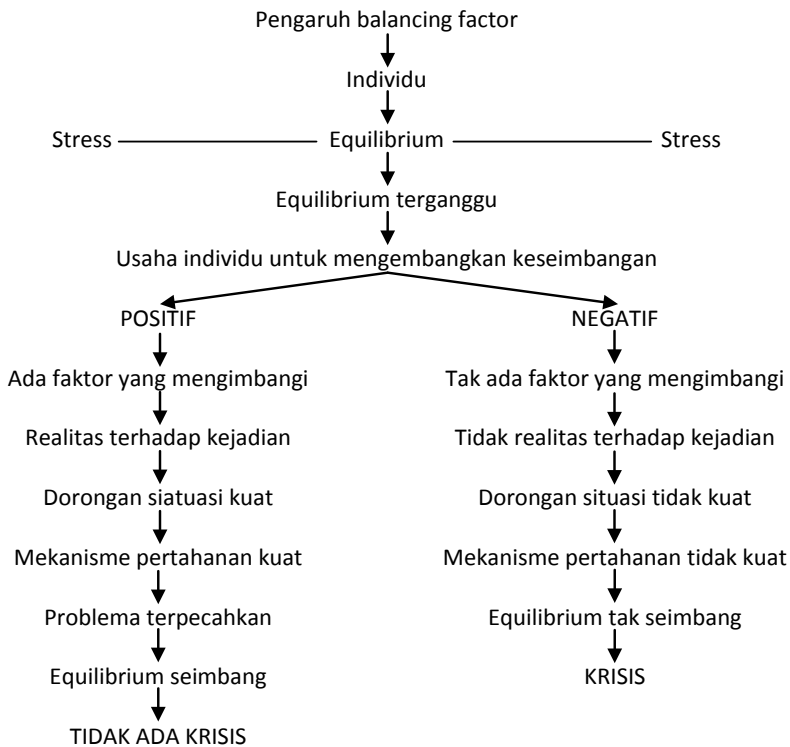
3. Koping (kemampuan menangani masalah)

Individu mempunyai koping yang siap dipakai setiap saat dalam menghadapi berbagai masalah. Jika individu tidak mengetahui apa yang akan dilakukan dalam menyelesaikan masalah, maka dapat meningkatkan kecemasan. Dalam keadaan cemas yang meningkat (panik), penyelesaian masalah menjadi tidak rasional sehingga menimbulkan krisis.

Menurut Caplan (1961) aspek penting pada kesehatan jiwa yaitu:

- a. Kemampuan seseorang untuk menahan stres, ansietas serta mempertahankan keseimbangan.
- b. Kemampuan mengenal kenyataan yang dihadapi serta memecahkan masalah.
- c. Kemampuan mengatasi problema serta mempertahankan keseimbangan psikososial.

Gambar di bawah ini memperlihatkan pengaruh faktor keseimbangan yang memengaruhi individu dalam menghadapi masalah.



Proses Keperawatan

Pengkajian

Dalam menangani masalah, harus mengingat waktu krisis dan penyelesaiannya. Waktu tersebut sangat singkat (paling lama enam minggu), maka pengkajian harus dilaksanakan secara spesifik dan ditekankan pada masalah yang aktual.

Beberapa aspek yang harus dikaji adalah:

- a. Peristiwa pencetus, termasuk kebutuhan yang terancam oleh kejadian dan gejala yang timbul, misalnya:
 - 1) Kehilangan orang yang dicintai, baik karena perpisahan maupun karena kematian.
 - 2) Kehilangan bio-psiko-sosio seperti kehilangan salah satu bagian tubuh karena operasi, penyakit, kehilangan pekerja-

- an, kehilangan peran sosial, dan lain sebagainya.
- 3) Kehilangan milik pribadi. Misalnya kehilangan harta benda, kewarganegaraan, rumah digusur.
 - 4) Ancaman kehilangan. Misalnya ada anggota keluarga yang sakit, perselisihan yang hebat dengan pasangan hidup.
 - 5) Perubahan-perubahan seperti pergantian pekerjaan, pindah rumah, garis kerja yang berbeda.
 - 6) Ancaman-ancaman lain yang dapat diidentifikasi, termasuk semua ancaman terhadap pemenuhan kebutuhan.
- b. Mengidentifikasi persepsi pasien terhadap kejadian. Persepsi terhadap kejadian yang menimbulkan krisis, termasuk pokok-pokok pikiran dan ingatan yang berkaitan dengan kejadian tersebut. Persepsi tersebut meliputi:
- 1) Apa makna/arti kejadian bagi individu
 - 2) Pengaruh kejadian terhadap masa depan
 - 3) Apakah individu memandang kejadian tersebut secara realistik
- c. Mengidentifikasi sikap dan kekuatan dari sistem pendukung meliputi: keluarga, sahabat dan orang-orang penting yang mungkin dapat membantu pasien.
- 1) Dengan siapa pasien tinggal?
 - 2) Apakah punya teman tempat mengeluh/curhat?
 - 3) Apakah pasien dapat menceritakan masalah yang dihadapi bersama keluarga?
 - 4) Apakah ada orang/lembaga yang dapat memberi bantuan?
 - 5) Apakah punya keterampilan untuk mengganti fungsi orang hilang, dsb.
- d. Mengidentifikasi kekuatan dan mekanisme koping sebelumnya.
- 1) Apa yang biasa dilakukan dalam mengatasi masalah?
 - 2) Cara apa yang pernah berhasil; dan tidak berhasil serta apa saja yang menyebabkan kegagalan tersebut?

- 3) Apa saja yang sudah dilakukan untuk mengatasi masalah sekarang?
- 4) Apakah pasien suka menyendiri atau meninggalkan lingkungan agar dapat berpikir dengan jernih?
- 5) Apakah pasien suka mengikuti latihan olahraga untuk mengurangi ketegangan?
- 6) Apakah pasien mencetuskan perasaannya dengan menangis?

Perilaku

Beberapa gejala yang sering ditunjukkan oleh individu dalam keadaan krisis antara lain:

1. Perasaan tidak berdaya, kebingungan, depresi, menarik diri, keinginan bunuh diri atau membunuh orang lain.
2. Perasaan diasingkan oleh lingkungannya
3. Kadang-kadang menunjukkan gejala somatik.

Pada krisis akibat bencana, perilaku individu dapat diidentifikasi berdasarkan 5 fase respons. Fase respons tersebut meliputi:

1. *Dampak emosional*

Fase ini termasuk dampak dari kejadian itu sendiri, dengan karakteristik sebagai berikut: syok, panik, takut yang berlebihan, ketidakmampuan mengambil keputusan dan menilai realitas serta mungkin terjadi perilaku merusak diri.

2. *Pemberani (heroic)*

Terjadi satu semangat kerja sama yang tinggi antara teman, tetangga dan tim kedaruratan mengatasi kecemasan dan depresi. Namun tindakan yang terlalu berlebihan dapat menyebabkan kelelahan.

3. *Honey moon (bulan madu)*

Fase ini dimulai terlihat satu minggu sampai beberapa bulan setelah terjadi bencana. Bantuan orang lain berupa uang, sumber daya serta dukungan dari berbagai pihak terkumpulkan, akan

membantu membentuk masyarakat baru. Masalah psikologis dan masalah perilaku mungkin terselubung.

4. *Kekecewaan*

Fase ini berakhir dalam 2 bulan sampai satu tahun. Pada saat ini individu merasa sangat kecewa, timbul kebencian, frustrasi dan perasaan marah. Individu sering membandingkan keadaan tetangganya dengan dirinya dan mulai tumbuh rasa benci atau bermusuhan terhadap orang lain.

5. *Rekonstruksi reorganisasi*

Individu mulai menyadari bahwa ia harus menghadapi dan mengatasi masalahnya. Mereka mulai membangun rumah, bisnis dan hidupnya. Fase ini akan berakhir dalam beberapa tahun setelah terjadinya bencana.

Diagnosis Keperawatan

Kotak 2-7 mendefinisikan pada diagnosis NANDA pada klien dengan masalah krisis.

Kotak 2-7

Diagnosis Keperawatan yang berkaitan dengan krisis

Anxietas
Koping keluarga tidak efektif
Koping individu tidak efektif
Perubahan proses keluarga
Berduka
Takut
Perubahan tumbuh kembang
Defisit pengetahuan
Perubahan menjadi orangtua
Respons pasca trauma
Gangguan harga diri
Isolasi sosial
Distres spiritual

Perencanaan

Setelah masalah teridentifikasi maka langkah selanjutnya dari

intervensi krisis adalah membuat perencanaan dan menetapkan tujuan.

Tujuan:

- a. Membantu pasien agar dapat berfungsi kembali seperti sebelum terjadi krisis
- b. Meningkatkan fungsi pasien dari sebelum terjadi krisis (bila memungkinkan)
- c. Mencegah terjadinya dampak serius dari krisis misalnya bunuh diri

Implementasi

Tindakan keperawatan utama dapat dibagi 4 tingkat dengan urutan dari tingkat dasar sampai tingkat yang paling mendalam yaitu:

- a. Manipulasi lingkungan untuk memperoleh dukungan situasi dan menjauhkan sumber stres individu.
- b. Dukungan umum (*general support*), dengan membuat pasien merasa bahwa perawat ada disampingnya dan siap membantu. Sikap perawat hangat, menerima, empati secara penuh perhatian merupakan sesuatu yang penting bagi pasien.
- c. Pendekatan umum (*general approach*), membantu klien menghadapi proses berduka dengan diikutsertakan dalam kelompok yang memiliki masalah krisis yang sama. Misalnya pada korban bencana alam.
- d. Pendekatan individual (*individual approach*), terapi terhadap masalah spesifik pada pasien tertentu. Pendekatan ini efektif untuk semua tipe krisis.

Evaluasi

Beberapa hal yang perlu dievaluasi antara lain:

1. Apakah individu dapat menjalankan fungsinya kembali, seperti sebelum terjadi krisis?

2. Apakah sudah ditemukan kebutuhan utama yang dirasakan terancam oleh kejadian yang menjadi faktor pencetus?
3. Apakah perilaku maladaptif atau gejala yang ditunjukkan telah berkurang?
4. Apakah mekanisme koping yang adaptif telah berfungsi kembali?
5. Apakah individu telah mempunyai sistem pendukung sebagai tempat dia bertumpu?

5. Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Kehilangan

Kehilangan adalah suatu keadaan di mana individu berpisah dengan sesuatu yang semula ada menjadi tidak ada baik terjadi secara keseluruhan atau sebagian (Suliswati dkk, 2005). Peristiwa ini bisa terjadi secara tiba-tiba atau bertahap. Dapat pula kehilangan diartikan dengan suatu kondisi di mana seseorang mengalami kekurangan akan sesuatu yang sebelumnya ada.

Karakteristik respons kehilangan yaitu:

- 1) Kehilangan memengaruhi tingkat distress individu.
- 2) Setiap individu mempunyai respons berbeda terhadap kehilangan.
- 3) Makin bermakna atau bernilai dari sesuatu yang hilang maka makin besar perasaan kehilangan atau berduka.
- 4) Kehilangan mengancam konsep diri, harga diri, keamanan dan rasa makna diri.

Sumber-sumber kehilangan

- 1) Kehilangan objek eksternal
Mencakup segala kepemilikan yang telah usang, berpindah tempat, dicuri atau rusak.
Ke dalam berduka tergantung pada nilai dan kegunaan dari benda tersebut. Misalnya kehilangan uang, rumah, binatang kesayangan, pindah rumah dan lain sebagainya.
- 2) Kehilangan lingkungan yang telah dikenal

Perpisahan dengan lingkungan yang telah dikenal selama periode tertentu atau kepindahan secara permanen. Misalnya orang yang pindah ke kota yang baru, klien yang sedang dirawat di rumah sakit. Perawatan di suatu institusi atau rumah sakit mengakibatkan isolasi dari kegiatan atau rutinitasnya.

3) Kehilangan Orang Terdekat

Misalnya orangtua, pasangan, anak-anak, artis, teman yang terjadi karena perpisahan, melarikan diri, dipenjara atau kematian.

4) Kehilangan Aspek Diri

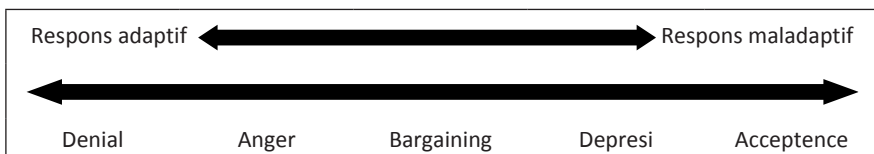
Mencakup kehilangan bagian tubuh (misalnya anggota gerak, mata, kaki) fungsi tubuh (misalnya penglihatan, kekuatan otot) dan fungsi psikologis (rasa humor, ingatan dan kepercayaan diri).

5) Kehilangan Hidup

Seseorang yang menghadapi kematian menjalani hidup, merasakan, berpikir dan merespons terhadap kejadian dan orang sekitar.

Rentang respons

Pada rentang respons kehilangan *fase acceptense* atau penerimaan merupakan tujuan akhir yang adaptif dari proses. Gambar 2-5 memperlihatkan tentang respons kehilangan.



Gambar 2-5
Rentang respons kehilangan

Tabel 2-15
Proses berduka terhadap kehilangan (Kubler-Ross)

Tahap	Reaksi Respons
1. Denial mengingkari kenyataan	Menolak memercayai bahwa kehilangan terjadi secara nyata dan mengisolasi diri. Reaksi fisik: letih, lemah, diare, gelisah, sesak napas, nadi cepat. Contoh: "Tidak mungkin, berita kematian itu tidak benar. Saya tidak percaya suami saya pasti nanti kembali".
2. Anger marah	Timbul kesadaran akan kenyataan kehilangan. Kemarahan meningkat kadang diproyeksikan ke orang lain, tim kesehatan atau lingkungan. Reaksi fisik: nadi cepat, tangan mengepal, susah tidur, muka merah bicara kasar, agresif. Contoh: "Saya benci dengan dia karena....." "Ini terjadi karena dokter tidak sungguh-sungguh dalam pengobatannya".
3. Bergaining: tawar menawar penundaan realita kehilangan	Klien berunding dengan cara halus untuk mencegah kehilangan dan perasaan bersalah. Memohon pada Tuhan. Klien juga mempunyai keinginan untuk melakukan apa saja untuk mengubah apa yang sudah terjadi. Contoh: "Kalau saja saya yang sakit, bukan anak saya....." "Kenapa saya izinkan pergi. Kalau saja dia di rumah ia tidak akan kena musibah ini". "Seandainya saya hati-hati, pasti ini tidak akan terjadi".
4. Depresi	Sikap menarik diri, perasaan kesepian, tidak mau bicara dan putus asa. Individu bisa melakukan percobaan bunuh diri atau penggunaan obat berlebihan. Reaksi fisik: susah tidur, letih, menolak makan, dorongan libido menurun. Contoh: "Biarkan saya sendiri" "Tidak usah bawa ke rumah sakit, sudah nasib saya"

<p>5. Acceptance: Penerimaan</p>	<p>Reorganisasi perasaan kehilangan, mulai menerima kehilangan. Pikiran tentang kehilangan mulai menurun. Mulai tidak tergantung dengan orang lain. Mulai membuat perencanaan. <i>Contoh:</i> "Ya sudah, saya ikhlaskan dia pergi" "Apa yang harus dilakukan supaya saya cepat sembuh" Ya pasti dibalik bencana ini ada hikmah yang tersembunyi"</p>
--------------------------------------	--

Individu yang dapat melalui fase-fase tersebut sampai fase penerimaan, maka ia akan dapat mengakhiri proses berduka secara tuntas dan dapat mengatasi perasaan kehilangannya. Namun apabila individu tersebut tetap berada pada salah satu fase atau tidak mencapai fase penerimaan maka jika ia kembali mengalami kehilangan akan sulit mencapai fase penerimaan.

Proses Keperawatan

Pengkajian

Faktor Persdisposisi

1. *Genetik*

Individu yang dilahirkan dan dibesarkan dalam keluarga yang mempunyai riwayat depresi akan sulit mengembangkan sikap optimistik dalam menghadapi masalah, termasuk dalam menghadapi kehilangan.

2. *Kesehatan fisik*

Individu yang memiliki kesehatan sehat fisik dan pola hidup teratur cenderung mempunyai kemampuan mengatasi stres yang lebih tinggi dibandingkan dengan seseorang yang mengalami gangguan fisik.

3. *Kesehatan mental*

Seseorang yang mengalami gangguan jiwa, terutama yang mempunyai riwayat depresi yang ditandai perasaan tidak berdaya, pesimis, selalu dibayangi oleh masa depan yang suram biasanya sangat peka terhadap situasi kehilangan.

4. *Pengalaman kehilangan masa lalu*

Kehilangan yang traumatis atau perpisahan dengan orang yang berarti di masa kanak-kanak akan memengaruhi kemampuan individu dalam menghadapi kehilangan di masa dewasa.

Faktor Presipitasi

Faktor pencetus dari perasaan kehilangan dapat berupa stres nyata, imajinasi individu, seperti kehilangan kesehatan, kehilangan fungsi seksual, kehilangan peran, kehilangan harga diri, kehilangan pekerjaan dan kehilangan posisi di masyarakat.

Perilaku

Seseorang yang mengalami kehilangan sering menunjukkan perilaku seperti tidak percaya pada orang lain, rasa marah, putus asa, menarik diri, tidak mau bicara, menangis, kadang-kadang ada upaya bunuh diri atau ingin membunuh orang lain.

Mekanisme Koping

Individu dengan kehilangan sering menggunakan koping denial, intelektualisasi, regresi, disosiasi, supresi dan proyeksi. Pada klien kehilangan pada fase depresi, individu sering menggunakan regresi dan disosiasi secara berlebihan.

Diagnosis Keperawatan

1. *Berduka antisipasi*

Merupakan proses berduka yang normal pada saat individu akan mengalami kehilangan atau sebelum kehilangan tersebut terjadi.

2. *Berduka disfungsional*

Merupakan proses berduka yang maladaptif terhadap kehilangan dengan respons berduka yang berkepanjangan.

Perencanaan

Tujuan

1. Tujuan Umum

Klien mampu melalui proses berduka dan menerima kehilangannya.

2. Tujuan Khusus

Klien mampu:

- a. Mengungkapkan perasaan berduka
- b. Menjelaskan makna kehilangan
- c. Membagi perasaan kehilangan dengan orang terdekat
- d. Menerima kenyataan tentang kehilangan dengan perasaan damai
- e. Membina hubungan baru yang bermakna dengan objek atau orang dekat

Tindakan Keperawatan

Untuk mencegah terjadinya proses berduka yang kehilangan maka dilakukan intervensi yang adekuat. Apabila individu dapat melalui atau melewati tahapan berduka dan akhirnya masuk proses berduka pada tahap penerimaan. Tabel 2-16 menjelaskan tentang tindakan keperawatan pada tiap fase kehilangan.

Tabel 2-16
Tindakan keperawatan pada fase kehilangan

Fase	Tindakan Keperawatan
Denial (Penolakan)	<p>Memberi kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan. Jelaskan kepada klien bahwa sikapnya itu wajar terjadi pada orang yang mengalami kehilangan.</p> <p>Mendukung kebutuhan emosi tanpa memperkuat penyangkalan. Beri dukungan kepada klien secara non verbal seperti memegang tangan, menepuk bahu atau merangkul klien.</p> <p>Menawarkan diri untuk tetap bersama klien tanpa mendiskusikan alasan untuk mengatasi.</p> <p>Memberi jawaban yang jujur terhadap pertanyaan pasien tentang sakit, pengobatan dan kematian tanpa membantah detail klien</p> <p>Memperhatikan kebutuhan dasar klien.</p>
Anger (Marah)	<p>Memberi kesempatan pada klien untuk mengungkapkan kemarahannya secara verbal tanpa melawan kemarahannya.</p> <p>Jelaskan kepada keluarga bahwa kemarahan klien sebenarnya tidak ditujukan kepada mereka.</p> <p>Jangan mengambil hati kemarahan yang dilontarkan klien.</p> <p>Motivasi klien untuk membicarakan perasaan marahnya.</p> <p>Bantu klien menguatkan sistem pendukung dari orang lain.</p> <p>Ajarkan teknik asertif.</p>
Bargaining (tawar-menawar)	<p>Membantu klien mengidentifikasi rasa bersalah dan perasaannya.</p> <p>Jelaskan pada klien tentang sesuatu tindakan yang nyata.</p> <p>Berikan informasi yang diperlukan untuk membuat keputusan.</p>
Depresi	<p>Mengidentifikasi tingkat depresi dan risiko merusak diri.</p> <p>Membantu klien mengurangi rasa bersalah.</p> <p>Mengidentifikasi hal positif yang masih dimiliki untuk meningkatkan harga diri klien.</p> <p>Beri kesempatan klien untuk menangis dan mengungkapkan perasaan.</p>
Acceptance (Penerimaan)	<p>Sediakan waktu bagi keluarga untuk mengunjungi klien secara teratur.</p> <p>Membantu dalam mendiskusikan rencana masa datang.</p> <p>Membantu keluarga dan teman klien untuk bisa mengerti penyebab kematian.</p>

Evaluasi

1. Klien dapat mengungkapkan perasaannya secara spontan
2. Klien dapat menjelaskan makna kehilangan tersebut terhadap kehidupan
3. Klien mempunyai sistem pendukung untuk mengungkapkan perasaannya
4. Klien menunjukkan tanda-tanda penerimaan akan kehilangan
5. Klien dapat menilai hubungan baru dengan orang lain atau objek lain

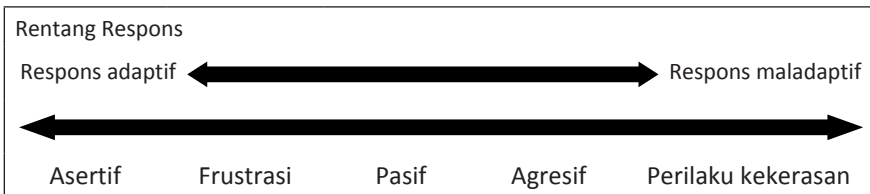
6. Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Perilaku Kekerasan

A. Pengertian

Kemarahan adalah suatu perasaan atau emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dirasakan sebagai ancaman. Pengungkapan marah yang konstruktif dapat membuat perasaan lega. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal dan fisik. Sedangkan marah tidak harus memiliki tujuan khusus. Marah lebih merujuk kepada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah. Dengan kata lain kemarahan adalah perasaan jengkel yang muncul sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman oleh individu.

B. Rentang Respons Marah

Pada Gambar 2-6 ditunjukkan respons kemarahan yang berfluktuasi sepanjang respons adaptif dan maladaptif.



Gambar 2-6

Rentang respons marah

Perilaku asertif merupakan perilaku individu yang mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyakiti atau menyalahkan orang lain. Dengan perilaku ini dapat melegakan perasaan pada individu. *Frustrasi* merupakan respons yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan. *Perilaku pasif* merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan marah yang sedang dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu tuntutan nyata. *Agresif* merupakan suatu perilaku yang menyertai marah, merupakan dorongan mental untuk bertindak dan masih terkontrol. Individu agresif tidak memedulikan hak orang lain. Bagi individu ini hidup adalah medan peperangan. Biasanya individu kurang percaya diri. Harga dirinya ditingkatkan dengan cara menguasai orang lain untuk membuktikan kemampuan yang dimilikinya. *Violent (amuk)* adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat dan disertai kehilangan kontrol, yang dapat merusak diri dan lingkungan.

Stres, cemas, harga diri rendah dan rasa bersalah dapat menimbulkan kemarahan yang dapat mengarahkan kepada perilaku kekerasan. Respons terhadap marah dapat diekspresikan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal dapat berupa perilaku depresi dan penyakit fisik.

Mengekspresikan marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain akan memberikan perasaan puas, menurunkan ketegangan sehingga perasaan marah dapat teratasi.

Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku kekerasan, biasanya dilakukan individu karena ia merasa kuat. Cara demikian tentunya tidak akan menyelesaikan masalah, bahkan dapat menimbulkan tingkah laku destruktif, seperti tindakan kekerasan yang ditujukan kepada orang lain maupun lingkungan.

Perilaku yang tidak asertif seperti menekan perasaan marah dilakukan individu karena merasa tidak kuat. Individu akan berpura-pura tidak marah atau melarikan diri dari rasa marahnya sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama dan pada suatu saat dapat menimbulkan kemarahan destruktif yang ditujukan kepada diri sendiri.

Beberapa pasien di antaranya menunjukkan peningkatan terhadap risiko timbulnya perilaku kekerasan (*David A. Tomb, 2003*).

1. Sindrom otak organik; khususnya dengan kebingungan atau berkurangnya pengendalian impuls (misalnya dimensia, penggunaan obat-obatan pada usia lanjut, hipoglikemia, infeksi SSP, anoksia, asidosis metabolik).
2. Penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan terutama dengan intoksikasi.
3. Skizoprenia, tipe paranoid dan katatonik
4. Keadaan psikotik
5. Retardasi mental tertentu
6. Gangguan pemusatan perhatian yang berat dan hiperaktivitas, pada usia dewasa.

C. Proses Keperawatan

Pengkajian

Faktor Presdiposisi

Faktor-faktor yang mendukung terjadinya masalah perilaku kekerasan adalah faktor biologis, psikologis dan sosiokultural.

1. Faktor biologis
 - a. *Instinctual drive theory* (teori dorongan naluri)

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

b. *Psycomatic theory* (teori psikomatik)

Pengalaman marah adalah akibat dari respons psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan.

2. Faktor psikologis

a. *Frustration aggression theory* (teori agresif frustrasi)

Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil akumulasi frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

b. *Behavioral theory* (teori perilaku)

Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. *Reinforcement* yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan di rumah atau luar rumah. Semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

c. *Existential theory* (teori eksistensi)

Bertindak sesuai perilaku adalah kebutuhan dasar manusia apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi melalui perilaku konstruktif maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

3. Faktor sosial kultural

a. *Social environment theory* (teori lingkungan)

Lingkungan sosial akan memengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.

b. *Social learning theory* (teori belajar sosial)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

Faktor Presipitasi

Stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik. Stresor tersebut dapat disebabkan dari luar maupun dalam. Contoh stresor yang berasal dari luar antara lain serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain. Sedangkan stresor yang berasal dari dalam adalah putus hubungan dengan orang yang berarti, kehilangan rasa cinta, ketakutan terhadap penyakit fisik dan lain-lain. Selain itu lingkungan yang terlalu ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan.

Mekanisme koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti *displacement*, sublimasi, depresi, denial dan reaksi formasi.

Perilaku

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain:

1. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respons fisiologis timbul karena kegiatan sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinephrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urine dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat, disertai ketegangan otot seperti; rahang terkutup, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai refleks yang cepat.

2. Menyatakan secara asertif
Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.
3. Memberontak
Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.
4. Perilaku kekerasan
Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Rencana tindakan keperawatan

Tujuan tindakan keperawatan

Tujuan umum:

Klien dapat mengontrol perilakunya dan dapat mengungkapkan kemarahannya secara konstruktif.

Tujuan khusus:

1. Klien dapat mengidentifikasi penyebab dan tanda-tanda perilaku kekerasan
2. Klien mampu memilih cara yang konstruktif dalam berespons
3. Klien mampu mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol
4. Klien memperoleh dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku dan menggunakan obat yang benar

Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan pada perilaku kekerasan dapat menggunakan pendekatan rentang rencana keperawatan mulai dari strategi pencegahan sampai dengan strategi pengontrolan. Pada strategi pencegahan dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan,

kesadaran diri, komunikasi verbal dan non verbal, perubahan lingkungan, intervensi perilaku dan penggunaan psikofarmaka. Jika strategi-strategi ini telah dilakukan namun klien menjadi bertambah agresif, maka teknik manajemen krisis seperti isolasi dan pengikatan dapat dilakukan. Namun demikian pencegahan adalah upaya yang terbaik dalam pengelolaan klien dengan perilaku kekerasan.

Untuk dapat melakukan strategi di atas perawat perlu memahami perasaan sendiri dan reaksinya terhadap perilaku kekerasan. Sering kali tanpa disadari perawat memperhatikan respons yang tidak terapeutik yang dapat memperburuk hubungan terapeutik perawat-klien. Tabel 2-17 menjelaskan tentang rencana pendidikan kesehatan untuk mengekspresikan marah secara tepat, Tabel 2-18 diuraikan tentang tindakan keperawatan pada klien yang sulit mengekspresikan rasa marah dan tabel 2-19 tentang respons marah maladaptif.

Tabel 2-17

Rencana pendidikan kesehatan untuk mengekspresikan marah secara tepat

Isi	Kegiatan	Evaluasi
Bantu klien mengidentifikasi marahnya	Fokuskan pada perilaku non verbal Mengekspresikan marah secara non verbal melalui role play	Klien mendemonstrasikan sikap tubuh dan ekspresi wajah pada saat marah
Berikan kesempatan mengekspresikan marah	Gambarakan situasi yang biasanya dapat menimbulkan rasa marah yang tepat	Klien dapat menggambarkan situasi marah dengan respons yang sesuai
Latihan ekspresi marah	Bermain peran dengan membayangkan respons yang sesuai terhadap marah	Klien ikut serta dalam bermain peran dan mengidentifikasi perilaku yang sesuai untuk ekspresi marah

<p>Terapkan ekspresi marah pada situasi nyata</p>	<p>Bantu klien mengidentifikasi situasi nyata yang membuat ia marah. Bermain peran dengan menghadapi objek yang menimbulkan marah.</p>	<p>Klien mengidentifikasi situasi nyata yang telah membuat ia marah. Klien mampu mengekspresikan marahnya melalui bermain peran. Berikan umpan balik apa bila klien dapat mengekspresikan perasaannya</p>
<p>Identifikasi alternatif yang digunakan untuk mengekspresikan marahnya</p>	<p>Buat daftar beberapa cara ekspresi marah tanpa konfrontasi langsung. Diskusikan alternatif situasi yang akan digunakan.</p>	<p>Klien ikut serta mengidentifikasi alternatif-alternatif yang akan digunakan.</p>
<p>Hadapi klien dengan berperan sebagai orang yang menjadi sumber marah.</p>	<p>Berikan dukungan selama konfrontasi bila diperlukan. Diskusikan pengalaman yang dirasakan.</p>	<p>Klien mengidentifikasi perasaan marahnya dan dapat menghadapi objek yang membuatnya marah dengan cara yang positif atau sesuai.</p>

Tabel 2-18

Tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Kesulitan untuk mengekspresikan rasa mual

Prinsip Umum	Tindakan Keperawatan	Rasional
<p>Mengekspresikan marah secara asertif</p>	<p>Bina hubungan saling percaya Bantu klien mengenali perasaan dan batasan marahnya</p>	<p>Perilaku pasif akan memperkuat harga diri rendah</p>
<p>Mengekspresikan perasaan secara asertif. Meningkatkan perhatian pada perilaku yang positif. Lindungi dari usaha melukai diri sendiri maupun orang lain.</p>	<p>Komunikasikan bahwa marah itu normal. Identifikasi mekanisme koping yang biasanya digunakan. Berikan dukungan pada mekanisme koping yang konstruktif. Eksplorasi alternatif perilaku. Bantu klien untuk berlatih mengekspresikan perasaannya secara asertif.</p>	<p>Kemarahan yang ditetapkan dapat menyebabkan depresi. Perilaku agresif juga menyebabkan rasa tidak aman dan harga diri rendah. Perilaku asertif akan menghasilkan harga diri tinggi dan dapat menghindarkan diri dari melakukan tindakan kekerasan kepada orang lain.</p>

	<p>Berikan umpan balik. Informasikan batasan perilaku yang dapat diterima berikut alasannya. Klasifikasikan kembali tanggung jawab klien terhadap perilakunya. Berikan batasan konsekuensi untuk pelanggaran peraturan yang telah disepakati. Tingkatkan kesepakatan staf terhadap batasan-batasan yang sesuai. Konsisten terhadap batasan-batasan yang telah ditetapkan bersama. Berikan umpan balik positif apabila berhasil. Hindari pertentangan dengan klien yang dapat merendahkan dirinya. Pertahankan sikap maupun lingkungan dengan tenang. Kontrol emosi dan tanda-tanda ketegangan.</p>	<p>Memberikan batasan perilaku yang dapat diterima dan tidak dapat diterima akan meningkatkan sosialisasinya. Ekspresi perasaan adalah suatu proses yang membantu klien untuk saling menghargai orang lain dengan perilaku positif. Menetapkan batasan marah. Marah dapat dipelajari klien dan lebih efektif dari pada mekanisme koping. Perilaku kekerasan mempunyai risiko tinggi untuk mencederai diri sendiri dan orang lain. Perasaan bersalah akan menimbulkan tekanan psikologis apabila tidak dapat mengontrolnya, individu dapat melukai orang lain. Ciptakan rasa aman.</p>
--	--	---

Tabel 2-19
Respons maladaptif terhadap ekspresi marah

Respons	Ciri Utama
<p>Bertahan Membalas dendam Merendahkan Menghindari</p>	<p>Kemarahan klien diinterpretasikan sebagai penyerangan dengan penjelasan bahwa situasi menyerang itu tidak adil atau pengecut. Menempatkan diri pada status yang tinggi dengan harapan dapat menghukum orang lain dan mengekspresikan kemarahannya. Menduga bahwa dengan bersikap sombong atau menempatkan diri pada posisi yang lebih tinggi dapat menurunkan emosi klien. Tidak mengakui atau mengabaikan perasaan klien.</p>

Tabel 2-20
Proses belajar asertif

Proses belajar asertif
Observasi perilaku. Buat catatan tentang perilaku asertif dan tidak asertif. Pilih situasi untuk menguji perilaku diri. Ulangi perilaku diri dalam situasi yang berbeda. Observasi apakah tindakan asertif diri efektif pada situasi yang berbeda. Identifikasi alternatif respons. Bayangkan bagaimana anda menempatkan diri untuk melaksanakan tindakan yang efektif, ulangi latihan tersebut pada situasi yang berbeda. Latih hubungan baru pada situasi nyata. Siapkan diri untuk menerima umpan balik dan sikap positif terhadap respons orang lain.

Prinsip yang perlu diperhatikan pada pengelolaan klien perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1. Seluruh staf sebaiknya diberi latihan khusus mengenai pencegahan dan pengelolaan klien perilaku kekerasan termasuk bermain peran untuk memberikan intervensi keperawatan perbandingan antara klien dan perawat 1:1.
2. Pada pasien kehilangan kendali secara akut, tangani segera dengan pengekangan fisik. Untuk memberikan tindakan pengamanan staf sebaiknya dilakukan secara kompak, tidak dibenarkan menghadapi klien perilaku kekerasan seorang diri.
3. Memberikan informasi atas tindakan yang akan dilakukan dan pemberian obat.
4. Staf sebaiknya harus dapat melindungi bagian tubuh yang vital dari upaya perlukaan.
5. Setelah situasi dapat ditangani, segera mungkin staf mendiskusikan insiden yang terjadi.
6. Setelah klien tenang dan dapat mengontrol perilakunya, berikan kesempatan kepadanya untuk mengekspresikan perasaannya.
7. Berikan penguatan positif apabila klien dapat mengekspresikan perasaannya.

Evaluasi

Pada perilaku kekerasan evaluasi harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respons subjektif. Pada evaluasi diharapkan klien dapat mengidentifikasi penyebab, tanda-tanda perilaku kekerasan, respons, dan mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan, dukungan keluarga dan penggunaan obat dengan benar. Beberapa pertanyaan dalam evaluasi meliputi:

1. Bagaimana perasaan tentang pengalaman marahnya?
2. Bagaimana respons orang lain?
3. Apa ada kesempatan untuk konfrontasi?

7. Asuhan Keperawatan pada Klien Bunuh Diri

A. Pengertian

Perilaku destruktif adalah setiap aktivitas yang bila tidak dicegah dapat mengarah kepada kematian baik secara langsung maupun tidak langsung yang sebenarnya dapat dicegah.

Perilaku destruktif diri langsung mencakup setiap bentuk aktivitas bunuh diri yang secara sadar dilakukan oleh individu untuk mengakhiri kehidupannya. Keinginan individu berfokus pada kematian dan individu menyadari bahwa kematian merupakan suatu harapan.

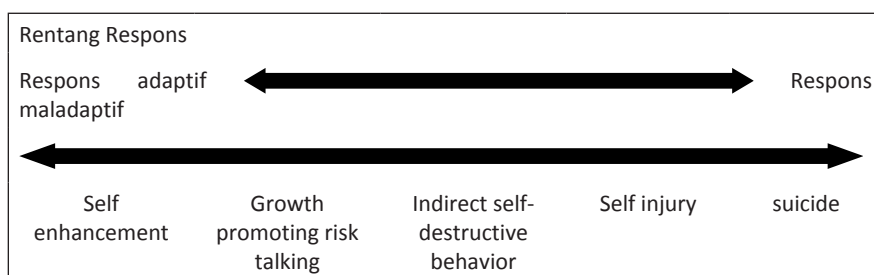
Perilaku destruktif diri tidak langsung meliputi setiap aktivitas yang merusak kesejahteraan fisik individu dan dapat mengarah pada kematian. Individu tersebut tidak menyadari tentang potensial terjadi kematian akibat perilakunya dan akan menyangkal apabila dinasihati. Durasi perilaku ini lebih lama daripada perilaku bunuh diri. Perilaku destruktif diri tidak langsung meliputi perilaku penyalahgunaan obat, mengebut, merokok, ketidakpatuhan pada pengobatan medis, tindakan kriminal, terlibat aktivitas rekreasi yang berisiko tinggi.

B. Rentang Respons

Rentang respons perlindungan diri berfluktuasi sepanjang

respons adaptif sampai maladaptif. Rentang respons peningkatan diri (*self enhancement*) merupakan rentang respons paling adaptif, sedangkan bunuh diri (*suicide*) sebagai respons yang paling maladaptif.

Rentang sehat-sakit dapat dipakai untuk menggambarkan respons adaptif sampai respons maladaptif pada bunuh diri dapat dilihat pada Gambar 2-7.



Gambar 2-7
Rentang respons perlindungan diri

Dalam kehidupan, individu selalu menghadapi masalah atau stresor. Respons individu terhadap stresor tergantung pada kemampuan pemecahan masalah yang dimiliki dan tingkat stres yang dialaminya. Individu yang sehat senantiasa berrespons secara adaptif dan jika gagal ia berrespons secara maladaptif dengan menggunakan koping bunuh diri.

Rentang respons perlindungan diri yang adaptif yaitu:

1. *Self enhancement* (pengembangan diri); menyayangi kehidupan diri; berusaha selalu meningkatkan kualitas diri.
2. *Growth-promoting risk taking*; berani mengambil risiko untuk meningkatkan perkembangan diri.

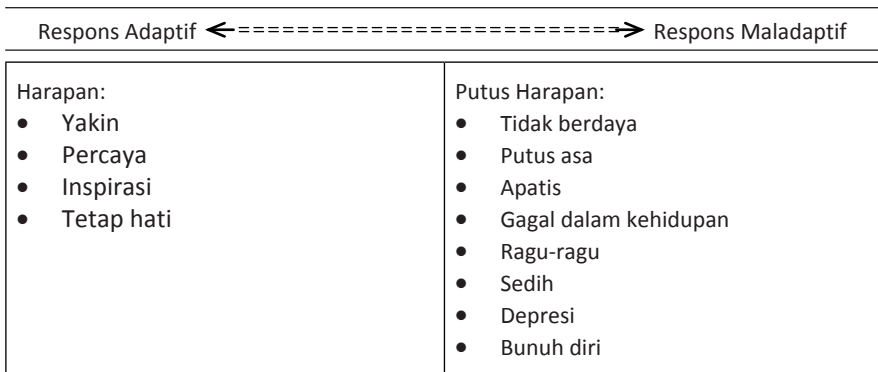
Sedangkan rentang respons maladaptif meliputi:

1. *Indirect self-destructive behavior*; perilaku merusak diri tidak langsung; aktivitas yang dapat mengancam kesejahteraan fisik dan berpotensi mengakibatkan kematian, individu tidak menya-

dari atau menyangkal bahaya aktivitas tersebut.

2. *Self injury*; mencederai diri; tak bermaksud bunuh diri tetapi perilakunya bisa mengancam jiwa.
3. *Suicide atau bunuh diri*; perilaku yang disengaja menimbulkan kematian diri; individu sadar bahkan menginginkan kematian.

Beck, Rawlins dan Williams (1984; 499) mengemukakan bahwa individu berharapan. Rentang putus harapan merupakan rentang adaptif-maladaptif (lihat gambar 2-8).



Gambar 2. Rentang harapan-putus harapan (Beck, dkk., 1984; 499).

Gambar 2-8
Rentang putus harapan

Individu putus harapan menunjukkan perilaku yang tidak berdaya, putus asa, apatis, kehilangan, ragu-ragu, sedih, depresi dan yang paling berat adalah bunuh diri.

Ketidakterdayaan, Keputusan dan Apatis

Individu yang tidak berhasil memecahkan masalah akan meninggalkan masalah karena merasa tidak mampu, seolah-olah koping yang biasa bermanfaat sudah tidak berguna lagi. Harga diri rendah, apatis dan tidak mampu mengembangkan koping baru serta yakin tidak ada yang akan membantu.

Kegagalan hidup dan ragu-ragu

Individu yang mempunyai cita-cita terlalu tinggi yang tidak realistis akan merasa gagal dan kecewa bila cita-citanya tidak tercapai. Demikian pula bila individu baru mengalami kehilangan bermakna misalnya kehilangan pekerjaan, harga diri, pasangan dan perpisahan. Individu akan merasa gagal, kecewa dan rendah diri yang semuanya dapat berakhir dengan bunuh diri.

Depresi

Dapat dicetuskan oleh rasa bersalah atau kehilangan yang ditandai dengan kesedihan dan rendah diri. Banyak teori yang menjelaskan tentang depresi merupakan pencetus terjadinya bunuh diri. Individu berpikir tentang bunuh diri pada saat depresi berat tapi tidak mempunyai tenaga untuk melakukannya. Biasanya bunuh diri terjadi pada saat individu keluar dari keadaan depresi berat.

Bunuh Diri

Merupakan tindakan agresif yang langsung ditujukan terhadap diri sendiri untuk maksud mengakhiri kehidupan. Keadaan ini didahului oleh respons maladaptif yang telah dijelaskan sebelumnya. Bunuh diri mungkin merupakan keputusan terakhir dari individu untuk memecahkan masalah.

Menurut David A. Tomb (2003, hlm. 85), mengemukakan pasien yang berpotensi bunuh diri yaitu:

1. Pasien pernah mencoba bunuh diri.
2. Keinginan bunuh diri dinyatakan secara terang-terangan maupun tidak, atau berupa ancaman. Misalkan pasien berkata “saya tidak akan bertemu lagi dengan kalian”.
3. Secara objektif terlihat mood depresif atau kecemasan.
4. Baru mengalami kehilangan yang bermakna (misal, pekerjaan, harga diri, pasangan hidup).
5. Perubahan sikap yang mendadak: mudah marah, sedih atau menarik diri.

6. Perubahan perilaku yang tidak terduga, menyampaikan pesan-pesan, membagikan barang-barang miliknya.

Pernyataan yang Salah tentang Bunuh Diri (mitos)

Banyak pernyataan yang salah tentang bunuh diri yang harus diketahui perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan tingkah laku bunuh diri, pernyataan tersebut yaitu:

1. Ancaman bunuh diri hanya cara individu untuk menarik perhatian dan tidak perlu dianggap serius.
2. Bunuh diri tidak memberi tanda.
3. Berbahaya membicarakan pikiran bunuh diri pada klien.
4. Kecenderungan bunuh diri adalah keturunan.

C. Proses Keperawatan

Situasi gawat pada klien bunuh diri adalah saat ide bunuh diri timbul secara berulang tanpa rencana spesifik untuk bunuh diri. Oleh karena itu, perawat memerlukan pengetahuan dan keterampilan yang dapat mencegah terjadinya bunuh diri. Sekali individu berhasil bunuh diri, maka asuhan keperawatan sudah terlambat dan tidak diperlukan. Asuhan keperawatan difokuskan pada pencegahan bunuh diri. Pencegahan dapat dicapai karena semua individu yang ingin bunuh diri ambivalen terhadap kehidupannya dan individu sebenarnya tidak ingin mati.

Pengkajian

Pengkajian bunuh diri termasuk aplikasi observasi melekat dan keterampilan mendengar untuk mendeteksi tanda spesifik dan rencana yang spesifik. Pengkajian juga mencakup apakah individu telah membuat rencana yang spesifik dan apakah tersedia alat untuk melakukan rencana bunuh diri tersebut. Orang yang siap bunuh diri adalah orang yang telah mempunyai rencana spesifik dan mempunyai alat untuk melakukan bunuh diri. Langkah awal, membina hubungan selama wawancara yang sifatnya tidak menghakimi pasien. Apabila

pasien tidak menceritakan sendiri keinginannya, selidiki adanya ide-ide bunuh diri melalui pertanyaan-pertanyaan yang lebih spesifik, misal, “Apakah mas merasa sedih?”. “Apakah mas pernah memikirkan untuk mengakhiri hidup?”. “Bagaimana caranya?”. Mengajukan pertanyaan mengenai bunuh diri tidak akan mencetuskan terjadi peristiwa itu.

Hal utama yang perlu dikaji adalah tanda atau gejala yang dapat menentukan tingkat risiko dari tingkah laku bunuh diri. Ditekankan pada perilaku, faktor predisposisi, stresor presipitasi, penilaian stresor dan mekanisme koping.

Perilaku

Perilaku Ketidapatuhan

Individu sadar alasan tidak patuh, merupakan tindakan yang merugikan diri sendiri. Telah diperkirakan bahwa sebagian dari pasien tidak patuh terhadap rencana pengobatan kesehatan mereka. Perilaku yang berkaitan dengan ketidakpatuhan terhadap pengobatan ditunjukkan dengan meremehkan keseriusan terhadap masalah, adanya penyakit kronik yang ditandai dengan periode asimtomatik, mencari mukjizat kesembuhan penyakitnya, sering berganti petugas kesehatan dan rasa bersalah yang mengganggu asuhan keperawatan.

Perilaku mencederai diri

Istilah lainnya *self abuse, self-directed aggression, self-harm, self-inflicted injury, self mutilation*. Mencederai diri adalah suatu tindakan membahayakan diri sendiri yang dilakukan dengan sengaja, tanpa bantuan orang lain. Bentuk mencederai diri termasuk memotong atau membakar kulit, membenturkan kepala, mengorek-korek luka dan menggigit jari. Perilaku ini sering ditunjukkan pada klien retardasi mental, psikotik dan gangguan kepribadian.

Perilaku bunuh diri

Semua bentuk perilaku bunuh diri baik ancaman, usaha ataupun perilaku bunuh diri harus ditanggapi secara serius apapun tujuannya.

Namun perhatian lebih ditujukan ketika seseorang merencanakan atau mencoba dengan cara yang paling mematikan seperti dengan menembak diri, memotong urat nadi, menabrakkan diri ke kendaraan atau terjun dari ketinggian. Cara yang kurang mematikan seperti minum racun serangga dan menggantungkan diri memberikan waktu untuk mendapat pertolongan saat tindakan bunuh diri telah dilakukan.

Berdasarkan besar kemungkinan individu melakukan bunuh diri, maka bunuh diri dibagi menjadi 3 jenis yaitu:

1. Ancaman bunuh diri (*suicide threats*)

Merupakan peringatan verbal atau non verbal bahwa seseorang tersebut mempertimbangkan bunuh diri. Individu akan mengatakan bahwa hidupnya tidak lama lagi atau mungkin menunjukkan respons non verbal dengan memberikan barang-barang yang dimilikinya. Misalkan dengan mengatakan “tolong jaga anak-anakku karena saya akan pergi jauh” atau “segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya”. Perilaku ini harus dipertimbangkan dalam konteks peristiwa kehidupan saat ini. Ancaman menunjukkan ambivalensi seseorang tentang kematian.

2. Percobaan bunuh diri (*suicide attempts*)

Klien sudah melakukan percobaan bunuh diri. Semua tindakan terhadap diri sendiri yang dilakukan oleh individu yang dapat menyebabkan kematian, jika tidak dilakukan pertolongan segera. Pada kondisi ini klien aktif mencoba bunuh diri dengan berbagai cara seperti gantung diri, minum racun, memotong urat nadi atau menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi.

3. *Completed suicide*

Terjadi setelah tanda peringatan terlewatkan atau diabaikan. Orang yang melakukan upaya bunuh diri dan tidak benar-benar mati mungkin akan mati, jika ia tidak ditemukan tepat pada waktunya.

Faktor Predisposisi

Beberapa faktor predisposisi perilaku bunuh diri meliputi:

1. **Diagnosis medis; gangguan jiwa**
Diagnosis medis gangguan jiwa yang berisiko untuk bunuh diri yaitu gangguan afektif, penyalahgunaan zat dan schizoprenia. Lebih dari 90% orang dewasa mengakhiri hidupnya dengan bunuh diri mengalami gangguan jiwa.
2. **Sifat kepribadian**
Sifat kepribadian yang meningkatkan risiko bunuh diri yaitu suka bermusuhan, impulsif, kepribadian anti sosial dan depresif.
3. **Lingkungan psikososial**
Individu yang mengalami kehilangan dengan proses berduka yang berkepanjangan akibat perpisahan atau bercerai, kehilangan barang dan kehilangan dukungan sosial merupakan faktor penting yang memengaruhi individu untuk melakukan tindakan bunuh diri.
4. **Riwayat keluarga**
Keluarga yang pernah melakukan bunuh diri dan konflik yang terjadi dalam keluarga merupakan faktor penting untuk melakukan bunuh diri.
5. **Faktor biokimia**
Menurunnya neurotransmitter serotonin, opiat dan dopamin dapat menimbulkan perilaku destruktif-diri.

Stresor pencetus

Bunuh diri dapat terjadi karena stres yang berlebihan yang dialami individu. Faktor pencetus sering kali berupa peristiwa kehidupan yang memalukan seperti masalah hubungan interpersonal, dipermalukan di depan umum, kehilangan pekerjaan, ancaman penahanan dan dapat juga pengaruh media yang menampilkan peristiwa bunuh diri.

Sumber koping

Perlu dikaji adalah dukungan masyarakat terhadap klien dalam mengatasi masalah individu dalam memecahkan masalah seringkali membutuhkan bantuan orang lain.

Mekanisme koping

Mekanisme koping yang berhubungan dengan perilaku merusak diri tak langsung adalah denial, rasionalisasi, intelektualisasi dan regresi. Seseorang yang melakukan tindakan bunuh diri adalah individu telah gagal menggunakan mekanisme pertahanan diri sehingga bunuh diri sebagai jalan keluar menyelesaikan masalah hidupnya.

Intensitas Bunuh Diri

Intensitas bunuh diri yang dikemukakan oleh Bailey dan Dreyer (1977, dikutip oleh Shivers, 1988, halm. 475) mengkaji intensitas bunuh diri yang disebut SIRS (*Suicidal Intertion Rating Scale*), intensitas bunuh diri dengan skor 0-4 dijelaskan pada Tabel 2-21.

Skor	Intensitas
0	Tidak ada ide bunuh diri yang lalu atau sekarang
1	Ada ide bunuh diri, tidak ada percobaan bunuh diri, tidak mengancam bunuh diri.
2	Memikirkan bunuh diri dengan aktif, tidak ada percobaan bunuh diri.
3	Mengancam bunuh diri, misalnya: "tinggalkan saya sendiri atau saya bunuh diri"
4	Aktif mencoba bunuh diri.

*) Sumber: Bailey dan Dreyer (1977), dikutip oleh Shiver (1986; 475)

Tabel 2-22
Pengkajian Tingkat Risiko Bunuh Diri

Perilaku atau Gejala	Intensitas Risiko		
	Rendah	Sedang	Tinggi
1. Cemas	Rendah	Sedang	Tinggi atau panik
2. Depresi	Ringan	Sedang	Berat
3. Isolasi-menarik diri	Perasaan depresi yang samar, tidak menarik diri	Perasaan tidak berdaya, putus asa, menarik diri	Tidak berdaya, putus asa, menarik diri, protes pada diri sendiri
4. Fungsi sehari-hari	Umumnya baik pada semua aktivitas	Baik pada beberapa aktivitas	Tidak baik pada semua aktivitas
5. Sumber	Beberapa	Sedikit	Kurang
6. Strategi koping	Umumnya konstruktif	Sebagian konstruktif	Sebagian besar destruktif
7. Orang dekat	Beberapa	Sedikit atau hanya satu	Tidak ada
8. Pelayanan psikiatri yang lalu	Tidak, sikap positif	Ya, umumnya memuaskan	Bersikap negatif terhadap pertolongan
9. Pola hidup	Stabil	Sedang	Tidak stabil
10. Pemakai alkohol/obat	Tidak sering	Sering	Terus-menerus
11. Percobaan bunuh diri	Tidak atau yang tidak fatal	Dari tidak sampai dengan cara yang agak fatal	Dari tidak sampai berbagai cara yang fatal
12. Disorientasi dan disorganisasi	Tidak ada	Sedikit	Jelas atau ada
13. Bermusuhan	Tidak atau sedikit	Beberapa	Jelas atau ada
14. Rencana bunuh diri	Samar, kadang-kadang ada pikiran, tidak ada rencana	Sering dipikirkan, kadang-kadang ada ide untuk merencanakan	Sering/konstan dipikirkan; ada rencana spesifik

*) Sumber: Hatton, Valente, Rink (1977), dikutip oleh Shiver (1986: 472).

Dari ketiga pengkajian di atas perawat mengidentifikasi klien yang termasuk kedaruratan adalah klien risiko tinggi dengan skor tinggi, tingkat lain juga mempunyai risiko. Skor nol dan intensitas rendah tidak mempunyai risiko bunuh diri saat ini.

Diagnosis Keperawatan

Diagnosis perilaku destruktif diri memerlukan pengkajian yang cermat. Penyangkalan dari pasien terhadap sifat merusak diri tidak boleh memengaruhi perawat dalam melakukan intervensi keperawatan. Diagnosis keperawatan didasarkan pada hasil pengamatan perawat, data-data yang dikumpulkan oleh pemberi pelayanan kesehatan lain dan informasi yang diberikan oleh pasien dan keluarga. Kotak 2-8 mendefinisikan tentang diagnosis NANDA yang berhubungan dengan respons proteksi diri maladaptif.

Kotak 2-8

Diagnosis NANDA yang berhubungan dengan Respons Proteksi Diri Maladaptif

Penyesuaian, Gangguan
Ansietas
Cita tubuh, Gangguan
Koping Ketidakefektifan
Kesepian, Risiko
Ketidakpatuhan
Harga diri, Rendah situasional
Harga diri, Risiko rendah situasional
Perilaku mencederai diri, Risiko
Distres spiritual
Bunuh diri risiko
Perilaku kekerasan, Risiko terhadap diri sendiri

Perencanaan

Tujuan yang diharapkan pasien tidak akan membahayakan diri sendiri secara fisik. Rencana asuhan keperawatan untuk individu dengan perilaku bunuh diri difokuskan pada melindungi pasien dari

perilakunya yang dapat membahayakan diri. Rencana keperawatan juga mencakup pemberian penyuluhan tentang penyakit.

Implementasi

Tabel 2-23

Tindakan keperawatan yang berhubungan dengan perilaku bunuh diri

Tujuan Jangka Pendek	Intervensi	Rasional
Pasien tidak akan melakukan aktivitas yang mencederai dirinya	Observasi dengan ketat. Pindahkan benda yang membahayakan. Siapkan lingkungan yang aman. Kontrak untuk keamanan jika tepat. Pantau pengobatan.	Prioritas tertinggi diberikan pada aktivitas penye-lamatan hidup pasien. Perilaku pasien harus diawasi sampai kendali diri memadai untuk keamanan.
Pasien akan mengidentifikasi aspek positif pada dirinya.	Identifikasi kekuatan pasien. Ajak pasien untuk berperan serta dalam aktivitas yang disukai dan dapat dilakukannya. Dukung hygiene yang baik dan berhias. Tingkatkan hubungan interpersonal yang sehat.	Perilaku destruktif diri mencerminkan depresi yang mendasar dan terkait dengan harga diri rendah serta kemarahan terhadap diri.
Pasien akan mengimplementasikan dua respons proteksi diri yang adaptif	Permudah kesadaran, penamaan dan ekspresi perasaan. Bantu pasien mengenal mekanisme koping yang tidak sehat. Identifikasi alternatif cara koping. Beri imbalan untuk perilaku koping yang sehat.	Mekanisme koping maladaptif harus diganti dengan mekanisme koping yang sehat untuk mengatasi stres dan ansietas.

Tujuan Jangka Pendek	Intervensi	Rasional
Pasien akan mengiden-tifikasi dua sumber dukungan sosial yang bermanfaat.	Bantu orang terdekat untuk berkomunikasi secara konstruktif dengan pasien. Tingkatkan hubungan keluarga yang seha. Identifikasi sumber komunitas yang relevan. Lakukan rujukan ke sumber komunitas.	Isolasi sosial menyebabkan harga diri rendah dan depresi, mencetuskan perilaku destruktif diri.
Pasien akan mampu menjelaskan rencana pengobatan dan rasionalnya	Libatkan pasien dan orang terdekat dalam perencanaan asuhan. Jelaskan karakteristik dari kebutuhan pelayanan kesehatan yang telah diidentifikasi, kebutuhan asuhan keperawatan, diagnosis medis, pengobatan dan medikasi yang direkomendasikan. Dapatkan respons terhadap rencana asuhan keperawatan. Modifikasi rencana berdasarkan umpan balik pasien.	Pemahaman dan peran serta dalam perencanaan pelayanan kesehatan mengingatkan kepatuhan.

Evaluasi

Evaluasi pada tingkah laku bunuh diri memerlukan pemantauan yang teliti tentang tingkah laku klien setiap hari. Perubahan dapat segera terjadi yang memerlukan modifikasi perencanaan. Peran serta klien pada perencanaan, evaluasi dan modifikasi rencana sangat membantu pencapaian tujuan asuhan keperawatan.

Tujuan utama asuhan keperawatan adalah melindungi klien sampai ia dapat melindungi diri sendiri. Melalui intervensi yang aktif dan efektif diharapkan klien dapat mengembangkan alternatif pemecahan masalah bunuh diri.

1. Apakah ancaman terhadap integritas fisik atau sistem diri pasien telah berkurang sifat, jumlah, asal atau waktunya?

2. Apakah perilaku pasien mencerminkan kepeduliannya terhadap kesejahteraan fisik, psikologis dan kesejahteraan sosial?
3. Apakah sumber coping pasien telah dikaji dan dimobilisasi secara adekuat?
4. Apakah pasien menggambarkan diri dan perilaku secara akurat dan adekuat?
5. Apakah pasien menggunakan respons coping yang adaptif?
6. Apakah pasien terlibat dalam aktivitas peningkatan diri?
7. Apakah pasien mengambil risiko yang cukup beralasan, yang dapat meningkatkan pertumbuhan personal?

8. Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Alam Perasaan

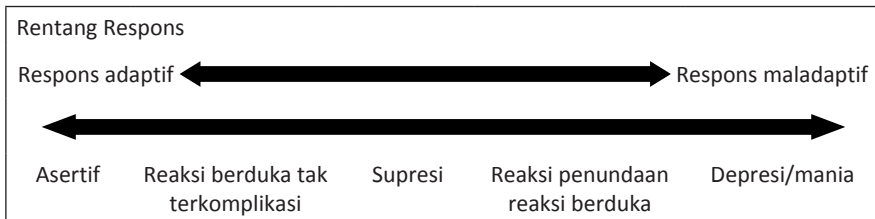
A. Pengertian

Alam perasaan adalah keadaan emosional yang berkepanjangan yang memengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan seseorang. Menurut Stuart (2006), alam perasaan adalah perpanjangan keadaan emosional yang memengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan seseorang. Gangguan alam perasaan ditandai oleh sindroma depresif sebagian atau total dan ditandai dengan kehilangan minat terhadap aktivitas sehari-hari.

Psikodinamika gangguan alam perasaan depresi dapat disebabkan karena terjadinya ketidakseimbangan elektrolit, yaitu natrium dan kalium di dalam neuron (Gibbons, 1960 dikutip dari Townsend, M.C. 1995). Neurostranmitter yang ada di sistem saraf pusat dan perifer juga memiliki implikasi pada psikiatrik. Transmisi monoamin seperti norepinefrin, dopamin dan serotonin berimplikasi pada etiologi gangguan emosi tertentu seperti gangguan alam perasaan: depresi dan mania. Norepineprin dan dopamin mempunyai implikasi menurunkan derajat depresi dan meningkatkan derajat mania sedangkan serotonin memiliki menurunkan kadar depresi (Suliswati, 2005).

B. Rentang Respons

Rentang respons emosional berfluktuasi antara respons adaptif dan maladaptif dijelaskan pada Gambar 2-6. Rentang respons yang paling adaptif adalah responsif dan depresi atau mania respons emosional.



Gambar 2-9
Rentang respons emosional

Responsif:

Responsif adalah respons emosional yang terbuka dan sadar akan perasaannya. Individu dapat berperan aktif dalam dunia internal maupun eksternal.

Reaksi berduka tak terkomplikasi:

Reaksi berduka tak terkomplikasi merupakan rentang respons kehilangan yang dialami oleh individu secara normal terpendam dalam proses berdukanya dan tidak berlangsung lama.

Supresi:

Supresi adalah respons emosional yang menunjukkan penyangkalan (*denial*) terhadap perasaan sendiri dan terhadap semua aspek dari dunia afektif seseorang.

Reaksi berduka yang memanjang:

Reaksi berduka yang memanjang merupakan proses penyangkalan yang menetap tetapi tidak terdapat reaksi emosional terhadap kehilangan. Ini terjadi pada awal proses berduka dan menjadi nyata pada proses berduka atau keduanya. Reaksi berduka ini dapat terjadi selama bertahun-tahun.

Mania:

Mania adalah suatu gangguan alam perasaan yang ditandai dengan adanya alam perasaan yang meluas, meningkat, bersemangat atau mudah tersinggung. Respons ini dapat ditunjukkan dengan perilaku hiperaktif, banyak bicara, tertawa berlebihan dan penyimpangan seksual.

Depresi:

Disebut juga melankolia adalah suatu kesedihan dan berduka yang berkepanjangan atau abnormal. Dapat digunakan untuk menunjukkan fenomena tanda, gejala, keadaan emosi, reaksi penyakit atau kondisi klinis secara menyeluruh.

C. Prose Keperawatan

Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara mengidentifikasi faktor predisposisi, perubahan perilaku, sumber stresor, mekanisme koping, sumber koping dan penilaian stresor.

Faktor Predisposisi

1. *Faktor Genetik* mengemukakan bahwa gangguan alam perasaan dipengaruhi transmisi gangguan melalui riwayat keluarga dan keturunan. Frekuensi gangguan alam perasaan meningkat pada kembar monozigote dari pada zygot.
2. *Teori Agresiberbalik pada diri sendiri* menunjukkan bahwa depresi terjadi karena perasaan marah yang ditujukan kepada diri sendiri. Sigmund Freud mengemukakan bahwa kehilangan objek atau orang, ambivalensi antara benci dan cinta dapat berbalik menjadi perasaan menyalahkan diri sendiri.
3. *Teori Kehilangan*, berhubungan dengan perpisahan traumatik individu dengan objek atau orang lain yang sangat dicintai.
4. *Teori Kognitif* menjelaskan bahwa depresi merupakan asalah kognitif terjadi akibat evaluasi negatif seseorang terhadap diri sendiri, dunia dan masa depan. Individu merasa pesimis

dan memandang dirinya tidak berharga dan hidupnya tidak mempunyai masa depan yang cerah.

5. *Model Belajar Ketidakberdayaan* menunjukkan bahwa depresi terjadi karena individu mengalami berbagai macam kegagalan-kegagalan, kemudian menjadi pasif dan tidak mampu. Keyakinan bahwa seseorang tidak mempunyai kendali terhadap hasil yang penting dalam kehidupannya, oleh karena itu ia berhenti mengembangkan respons yang adaptif.
6. *Model Perilaku* mengemukakan bahwa depresi terjadi karena kurangnya reinforcement atau penghargaan positif dalam berinteraksi dengan lingkungan.
7. *Teori Organisasi Kepribadian* menguraikan bahwa tipe kepribadian tertentu menyebabkan seseorang mengalami depresi atau mania.
8. *Model Biologis* menguraikan bahwa pada keadaan depresi terjadi perubahan kimia dalam tubuh, yaitu defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin, disregulasi neurotransmiter dan hipersekresi kortisol.

Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang digunakan pada reaksi berduka yang tertunda adalah penyangkalan dan supresi yang berlebihan untuk menghindari distress hebat yang berhubungan dengan berduka. Pada depresi menggunakan mekanisme denial, represi, supresi dan disosiasi. Mania merupakan cerminan dari depresi walaupun perilakunya tidak sama namun dinamika dan mekanisme koping yang digunakan saling berhubungan.

Perilaku

Pasien mania sering tidak mengeluhkan gejala-gejala mereka. Beberapa pasien merasa terlalu senang dan gembira sehingga tidak mengeluh; pasien lainnya merasa agitasi dan tidak senang tetapi memperlihatkan perilaku yang berlebihan. Pada pasien depresi

cukup banyak yang mengeluhkan depresinya, tetapi ada juga yang tidak mengeluh. Tabel 2-23 dan 2-24, menjelaskan tentang perilaku yang berkaitan dengan perilaku mania dan depresi.

Tabel 2-23
Perilaku yang berkaitan dengan perilaku mania

Afektif	Gembira berlebihan Harga diri meningkat Tidak tahan kritik
Kognitif	Ambisi Mudah terpengaruh Mudah beralih perhatian Ilusi Flight of idea Gangguan penilaian
Fisik	Dehidrasi Tenaga meningkat Nafsu makan menurun Berkurangnya kebutuhan tidur/istirahat Berat badan menurun
Tingkah laku	Agresif Hiperaktif Aktivitas motorik meningkat Kurang bertanggung jawab Royal Irritabel atau suka berdebat Perawatan diri kurang Tingkah laku seksual berlebihan Bicara tidak terarah

Tabel 2-24
Perilaku yang berkaitan dengan Depresi

Afektif	Sedih, cemas, apatis, murung Kebencian, kekesalan, marah Perasaan ditolak, perasaan bersalah Merasa tidak berdaya, putus asa Menarik diri dari hubungan interpersonal Merasa rendah diri Merasa tidak berharga
---------	--

Kognitif	Ambivalensi, bingung, ragu-ragu Tidak mampu konsentrasi Hilang perhatian dan motivasi Menyalahkan diri Rasa tidak menentu Pesimis
Fisik	Sakit perut, anoraksia, mual, muntah Gangguan pencernaan, konstipasi Lemah, lesu, nyeri kepala, pusing Insomnia atau hipersomnia Retardasi psikomotor Perubahan berat badan, gangguan selera makan Gangguan menstruasi, impotensi Libido terganggu
Tingkah laku	Agresif, tidak toleran Gangguan tingkat aktivitas Kemunduran psikomotor Menarik diri, isolasi sosial Irritabel atau mudah tersinggung Berkesan menyedihkan Gangguan kebersihan

Sumber Koping

Sumber yang dapat menjadi koping individu yaitu keluarga, kelompok sosial, status sosial-ekonomi, dan lingkungan. Kurangnya sistem pendukung tersebut dapat meningkatkan stres personal.

Stresor Pencetus

Stresor yang dapat menimbulkan gangguan alam perasaan meliputi:

1. *Kehilangan keterkaitan*, individu mempunyai hubungan yang sangat aktual atau penting dengan seseorang atau objek kehilangan sehingga menimbulkan stres. Misalkan kehilangan orang yang dicintai, fungsi fisik, harga diri dan peran diri.
2. *Peristiwa besar dalam kehidupan*, pengalaman terdahulu tentang hal-hal menyakitkan atau menyenangkan yang tidak terlupakan memengaruhi masalah individu saat ini dan kemampuannya

dalam menyelesaikan masalah.

3. *Ketegangan peran*, yang meliputi konflik peran, peran yang tidak jelas atau peran yang berlebihan dapat menimbulkan gangguan alam perasaan depresi atau mania.
4. *Perubahan fisiologis akibat penyakit fisik dan obat-obatan*, penyakit fisik seperti infeksi, neoplasma, ketidakseimbangan metabolik, dan berbagai macam obat antihipertensi serta penyalahgunaan obat dapat mencetuskan gangguan alam perasaan.

Perasaan Stresor

Penilaian individu terhadap situasi hidup yang dialami dan stresor yang terkait dengan gangguan alam perasaan meliputi:

1. Kerentanan genetik
2. Peristiwa perkembangan
3. Stresor fisiologis
4. Stresor psikososial

Gangguan alam perasaan dapat disebabkan oleh tingkat kimiawi, perilaku dan pengalaman tersebut di atas.

Diagnosis Keperawatan

Masalah keperawatan yang berhubungan dengan gangguan alam perasaan pada pemahaman tentang berbagai konsep yang saling terkait termasuk konsep diri, ansietas dan perilaku kekerasan. Kotak 2-9 menjabarkan tentang diagnosis keperawatan NANDA yang berhubungan dengan gangguan alam perasaan.

Kotak 2-9

Diagnosis NANDA yang berhubungan dengan Gangguan Alam Perasaan

Ansietas
Komunikasi, Hambatan verbal
Koping, Ketidakefektifan
Dukacita, Adaptif

Keputusan
Cedera, Risiko
Kesepian, Risiko
Memori, Kerusakan
Nutrisi, Ketidakseimbangan
Ketidakberdayaan
Ketidakberdayaan, Risiko
Defisit perawatan diri
Harga diri, Risiko rendah situasional
Harga diri, Rendah situasional
Disfungsi seksual
Pola tidur, Gangguan
Isolasi sosial
Distres spiritual
Bunuh diri, Risiko
Proses pikir, Gangguan
Perilaku kekerasan, Risiko mencederai diri

Perencanaan

Tujuan umum:

Mengajarkan klien untuk memiliki respons emosional yang adaptif dan meningkatkan kepuasan diri yang dapat diterima oleh lingkungan. Untuk mencapai tujuan tersebut pengobatan yang diberikan terdiri dari 3 fase yaitu:

1. Fase akut

Tujuan fase ini untuk menghilangkan gejala. Fase ini memerlukan waktu 6 sampai 12 hari. Keberhasilan pada fase ini ditandai dengan individu mulai berespons, bebas dari gejala (*periode remisi*) dan status kesehatan kembali pada tingkat sebelum sakit.

2. Fase kesinambungan

Tujuan perawatan pada fase ini yaitu mencegah timbul kembali gejala (*relaps*). Risiko timbulnya relaps meningkat dalam waktu 4 sampai 6 bulan pertama setelah masa pemulihan.

3. Pemeliharaan

Tujuan adalah mencegah terjadinya kembali episode baru dari penyakit (*rekurensi*).

Tindakan Keperawatan

Tindakan untuk mencegah kemungkinan terjadinya bunuh diri telah dilakukan. Tindakan keperawatan telah mencakup semua aspek dunia klien.

Diagnosis Keperawatan: Keputusan

Kriteria hasil: Pasien akan responsif secara emosional dan kembali pada tingkat fungsi sebelum sakit.

Tujuan Jangka Pendek	Intervensi	Rasional
Lingkungan pasien aman dan protektif	Rawat pasien yang berisiko bunuh diri di rumah sakit. Evaluasi potensi untuk bunuh diri secara terus menerus. Bantu pasien untuk beradaptasi di lingkungan yang baru bila memungkinkan (mis; pindah rumah, pekerjaan baru, teman baru)	Klien dengan gangguan alam perasaan berat berada pada tingkat risiko tinggi untuk melakukan bunuh diri. Lingkungan yang aman dapat mengurangi risiko bunuh diri dan mengurangi ketegangan, stres klien.
Pasien dapat membina hubungan terapeutik dengan perawat.	Lakukan pendekatan yang hangat, menerima dan empati. Sadari dan kendalikan perasaan dan reaksi diri sendiri (mis; marah, sedih dan frustrasi)	Klien dengan gangguan alam perasaan sering menolak terlibat dalam hubungan terapeutik, sehingga diperlukan strategi agar perilaku dan penerimaan terhadap perilaku yang positif.
Pasien mampu secara fisiologis dan dapat memenuhi kebutuhan perawatan	Bantu pasien memenuhi kebutuhan ADL (makan, tidur dan personal hygiene) Dukung kemandirian pasien apabila memungkinkan. Beri terapi psikofarmaka dan terapi somatik	Perawatan fisik dan terapi somatik dapat mengatasi masalah yang dialami klien.
Pasien mampu mengenali dan mengekspresikan emosinya	Bersikap dengan penuh empati dan berfokus pada perasaan bukan pada peristiwa yang terjadi.	Klien dengan gangguan alam perasaan mengalami kesulitan dalam mengidentifikasi, mengekspresikan, dan mengendalikan perasaannya.

Tujuan Jangka Pendek	Intervensi	Rasional
	<p>Bantu klien untuk mengekspresikan perasaan marahnya secara tepat. Bantu klien menurunkan tingkat kecemasan.</p> <p><i>Pasien depresi:</i> Bina hubungan persahabatan dan sediakan waktu untuk diskusi. Beri pasien waktu untuk berespons. Beri perawatan individual dan perhatikan nilai kemanusiaan</p> <p><i>Pasien mania:</i> Beri respons sederhana dan jujur. Waspada terhadap kemungkinan manipulasi. Tetapkan batasan yang konstruktif terhadap tingkah laku yang negatif. Lakukan pendekatan yang konsisten oleh semua tim kesehatan. Kuatkan perilaku pengendalian diri dan perilaku positif klien.</p>	<p>Klien dengan gangguan alam perasaan mengalami kesulitan dalam mengidentifikasi, mengekspresikan, dan mengendalikan perasaannya.</p>
<p>Klien mampu mengevaluasi pemikiran dan memperbaiki pikiran yang negatif</p>	<p>Kaji persepsi klien terhadap masalah, tetapi jangan menerima kesimpulannya. Identifikasi klien dari pikiran negatif dan bantu mengurangnya. Tingkatkan pemikiran positif klien. Kaji persepsi, penyimpangan dan keyakinan yang salah dan tidak rasional. Bantu klien mengganti tujuan yang tidak realistis menjadi tujuan yang realistis.</p>	<p>Membantu meningkatkan pengendalian terhadap tujuan dan perilaku klien, meningkatkan harga diri dan memodifikasi tujuan yang negatif.</p>

Tujuan Jangka Pendek	Intervensi	Rasional
	Batasi penilaian diri klien yang negatif.	
Klien mampu menerapkan dua strategi koping perilaku yang baru.	<p>Berikan tugas yang berorientasi pada tindakan yang terapeutik.</p> <p>Dukung aktivitas secara bertahap, tingkatkan sesuai kemampuan klien.</p> <p>Berikan program yang nyata dan terjadwal.</p> <p>Tetapkan aktivitas yang positif dengan tujuan yang realistis sesuai dengan kebutuhan dan minat klien.</p> <p>Fokuskan pada aktivitas yang dilakukan saat sekarang, bukan masa lalu atau akan datang.</p> <p>Dukung kemampuan positif.</p>	Keberhasilan penampilan perilaku melawan perasaan ketidakberdayaan dan keputusasaan.
Klien mampu menggambarkan interaksi sosial yang bermanfaat	<p>Kaji keterampilan sosial dan minat klien.</p> <p>Kaji potensi sumber yang ada.</p> <p>Instruksikan dan contohkan keterampilan sosial yang efektif.</p> <p>Gunakan roleplay dan latihan interaksi sosial.</p> <p>Beri umpan balik dan dukungan positif terhadap keterampilan interpersonal yang efektif.</p> <p>Cari dukungan keluarga terhadap respons emosional adaptif klien.</p> <p>Dukung dan libatkan dalam terapi keluarga dan kelompok, jika sesuai.</p>	Kemampuan interaksi sosial yang baik akan meningkatkan harga diri melalui penguatan sosial. Berupa persetujuan, dukungan dan penerimaan dari lingkungan sosial.

Evaluasi

1. Apakah semua sumber stres dan persepsi klien dapat digali?
2. Apakah masalah klien mengenai konsep diri, rasa marah

- dan hubungan interpersonal dapat digali?
3. Apakah perubahan pola tingkah laku dan respons klien tersebut tampak?
 4. Apakah riwayat individu klien dan keluarganya sebelum fase depresi atau mania dapat dievaluasi sepenuhnya?
 5. Apakah perlu dilakukan tindakan untuk mencegah kemungkinan terjadinya bunuh diri?
 6. Apakah masyarakat lingkungan juga merupakan sumber koping?
 7. Apakah tindakan keperawatan telah mencakup semua aspek dunia klien?
 8. Apakah reaksi perubahan klien dapat diidentifikasi dan dilalui dengan baik oleh klien?
 9. Apakah perawat mampu untuk mawas diri terhadap perasaan pribadi, konflik, dan mampu untuk menghadapi benturan emosi yang timbul dalam hubungan dengan klien?
 10. Apakah pengalaman klien akan meningkatkan kepuasan dan kesenangan klien terhadap dunia pribadinya?

9. Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Berhubungan Sosial

A. Pengertian

Gangguan hubungan sosial merupakan suatu gangguan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel yang menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam berhubungan sosial. Tiap individu mempunyai potensi untuk terlibat dalam hubungan sosial pada berbagai tingkat hubungan, yaitu hubungan intim biasa sampai hubungan saling ketergantungan. Keintiman saling ketergantungan dalam menghadapi dan mengatasi berbagai kebutuhan setiap hari. Individu tidak mampu memenuhi kebutuhannya tanpa adanya hubungan dengan lingkungan sosial. Oleh karena itu individu perlu membina

hubungan interpersonal.

Keputusan hubungan dapat dicapai jika individu terlibat secara aktif dalam proses berhubungan. Peran serta yang tinggi dalam berhubungan disertai respons lingkungan yang positif akan meningkatkan rasa memiliki, kerja sama, hubungan timbal balik yang sinkron (*Stuart dan Sundeen, 1995*). Pemutusan proses hubungan terkait erat dengan ketidakpuasan individu terhadap proses hubungan yang disebabkan oleh kurangnya peran serta, respons lingkungan yang negatif. Kondisi dapat mengembangkan rasa tidak percaya diri dan keinginan untuk menghindar dari orang lain.

B. Perkembangan Hubungan Sosial

Kemampuan hubungan sosial berkembang sesuai dengan proses pertumbuhan dan perkembangan individu mulai bayi sampai usia lanjut. Untuk mengembangkan hubungan sosial yang positif, setiap tugas perkembangan diharapkan dapat dilalui. Tugas-tugas hubungan sosial menurut tahap perkembangan:

Bayi:

Bayi sangat tergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhannya. Bayi menggunakan komunikasi yang sederhana untuk memenuhi kebutuhannya, misal dengan menangis. Respons ibu atau pengasuh terhadap kebutuhan bayi harus sesuai dengan harapannya agar bayi berkembang rasa percaya diri terhadap lingkungan dan orang lain.

Kegagalan pemenuhan kebutuhan bayi tergantung pada orang lain akan mengakibatkan rasa tidak percaya terhadap diri sendiri, orang lain dan menarik diri (*Haber, dkk, 1987*).

Pra sekolah

Anak pra sekolah mulai memperluas hubungan sosialnya di luar lingkungan keluarga. Anak menggunakan kemampuan yang telah dimiliki untuk berhubungan dengan lingkungan diluar rumah. Dalam hal ini anak membutuhkan dukungan dan bantuan dari

keluarga khususnya pemberian pengakuan yang positif terhadap perilaku anak yang adaptif. Hal ini merupakan dasar rasa otonomi anak yang berguna untuk mengembangkan kemampuan hubungan interpersonal.

Kegagalan anak dalam berhubungan dengan lingkungan disertai respons keluarga yang negatif akan menyebabkan anak menjadi tidak mampu mengontrol diri, tidak mandiri, pesimis dan takut perilakunya salah.

Anak usia sekolah

Anak mulai mengenal hubungan yang lebih luas khususnya lingkungan sekolah. Pada usia ini anak mulai mengenal bekerja sama, kompetisi, dan kompromi. Konflik sering terjadi dengan orangtua karena pembatasan dan dukungan yang tidak konsisten. Teman dengan orang dewasa di luar keluarga merupakan sumber penting pada anak.

Kegagalan dalam membina hubungan dengan teman sekolah, kurang dukungan guru dan pembatasan dari orangtua mengakibatkan frustrasi terhadap kemampuannya, putus asa, merasa tidak mampu dan menarik diri.

Remaja

Pada usia ini anak mengembangkan hubungan intim dengan teman sebaya, lebih memperhatikan hubungan dengan lawan jenis. Hubungan dengan teman sangat tergantung, sedangkan hubungan dengan orangtua mulai independen.

Kegagalan membina hubungan dengan teman dan kurangnya dukungan orangtua akan mengakibatkan keraguan akan identitas, ketidakmampuan mengidentifikasi karier dan rasa percaya diri yang kurang.

Dewasa muda

Pada usia ini individu mempertahankan hubungan interdependen dengan orangtua dan teman sebaya. Individu belajar mengambil keputusan dengan memperhatikan saran dan pendapat orang

lain, seperti: memilih pekerjaan, memilih karier, melangsungkan perkawinan.

Kegagalan individu dalam melanjutkan kuliah, pekerjaan, perkawinan akan mengakibatkan individu menghindari hubungan intim, menjauhi orang lain dan merasa putus asa.

Dewasa tengah

Individu pada usia dewasa ini, mengalami penurunan ketergantungan pada orangtua, telah pisah tempat tinggal dengan orangtua, khususnya individu yang telah menikah. Jika ia telah menikah maka peran menjadi orangtua dan mempunyai hubungan antar orang dewasa merupakan situasi tempat menguji kemampuan hubungan interdependen.

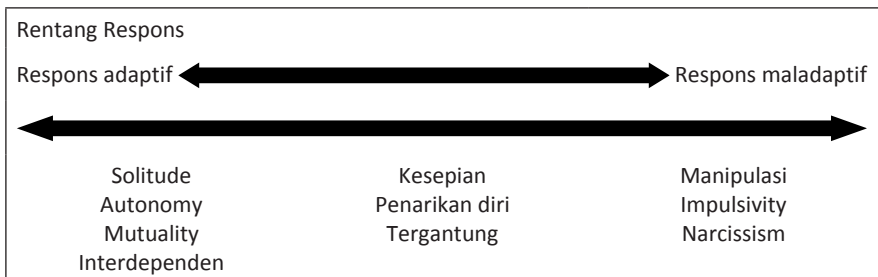
Kegagalan dalam tugas perkembangan ini akan menyebabkan produktivitas dan kreativitas berkurang, individu hanya perhatian terhadap diri sendiri dan kurang perhatian terhadap orang lain.

Dewasa lanjut

Pada masa ini individu akan mengalami kehilangan fisik, kegiatan pekerjaan, pasangan hidup, anggota keluarga. Individu memerlukan dukungan orang lain dalam menghadapi kehilangan.

C. Rentang Respons Sosial

Manusia adalah makhluk sosial yang dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari membutuhkan orang lain dan lingkungan sosial. Hubungan dengan orang lain dan lingkungan sosial akan menimbulkan respons sosial pada individu. Rentang respons sosial tersebut digambarkan pada Gambar 2-10 sebagai berikut: (stuart dan Sudeen, 1995).



Gambar 2-10
Rentang respons sosial

Respons adaptif adalah respons individu dalam menyelesaikan dengan cara yang dapat diterima oleh norma-norma masyarakat. Respons ini meliputi:

1. *Solitude* atau *menyendiri*
Merupakan respons yang dilakukan individu untuk merenungkan apa yang telah terjadi atau dilakukan dan suatu cara mengevaluasi diri dalam menentukan rencana-rencana.
2. *Autonomy*
Merupakan kemampuan individu dalam menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial. Individu mampu menetapkan diri untuk interdependen dan pengaturan diri.
3. *Mutuality*
Merupakan kemampuan individu untuk saling pengertian, saling memberi dan menerima dalam hubungan interpersonal.
4. *Interdependen*
Merupakan suatu hubungan saling ketergantungan, saling tergantung antar individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.

Respons maladaptif adalah respons individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara-cara yang bertentangan dengan norma-

norma agama dan masyarakat. Respons maladaptif tersebut antara lain:

1. *Manipulasi*

Merupakan gangguan sosial di mana individu memperlakukan orang lain sebagai objek, hubungan terpusat pada masalah pengendalian 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. *Impulsivity*

Merupakan respons sosial yang ditandai dengan individu sebagai subjek yang tidak dapat diduga, tidak dapat dipercaya, tidak mampu merencanakan, tidak mampu untuk belajar dari pengalaman dan miskin penilaian.

3. *Narcissism*

Respons sosial ditandai dengan individu 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 di mana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

D. Proses Keperawatan

Pengkajian

Pengkajian perlu dikaji faktor predisposisi, faktor presipitasi, perilaku dan mekanisme koping pada klien dengan gangguan hubungan sosial.

Faktor Predisposisi

Beberapa faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial yaitu:

1. **Faktor Perkembangan**

Pada setiap tahap tumbuh kembang terdapat tugas-tugas perkembangan yang harus terpenuhi. Apabila tugas tersebut tidak terpenuhi maka akan memengaruhi hubungan sosial. Misalnya anak yang kurang kasih sayang, dukungan, perhatian dan kehangatan dari orangtua akan memberikan rasa tidak aman dan menghambat rasa percaya.

2. **Faktor Biologis**

Organ tubuh dapat memengaruhi terjadinya gangguan hubungan sosial. Misalnya kelainan struktur otak dan struktur limbik diduga menyebabkan skizofrenia. Pada klien skizofrenia terdapat gambaran struktur otak yang abnormal, otak atrofi, perubahan ukuran dan bentuk sel limbik dan daerah kortikal.

3. **Faktor Sosial Budaya**

Norma-norma yang salah di dalam keluarga atau lingkungan dapat menyebabkan gangguan hubungan sosial. Misalkan pada pasien lansia, cacat, dan penyakit kronis yang diasingkan dari lingkungan.

Faktor Presipitasi

1. **Stresor Sosial Budaya**

Adalah stres yang ditimbulkan oleh sosial dan budaya masyarakat. Kejadian atau perubahan dalam kehidupan sosial-budaya memicu kesulitan berhubungan dengan orang lain dan cara berperilaku.

2. **Stresor Psikologis**

Adalah stres yang disebabkan karena kecemasan yang berkepanjangan dan terjadinya individu untuk tidak

mempunyai kemampuan mengatasinya.

Mekanisme Koping

Mekanisme pertahanan diri yang sering digunakan pada masing-masing gangguan hubungan sosial yaitu regresi, proyeksi, represi dan isolasi.

Perilaku

Perilaku pada klien gangguan sosial menarik diri yaitu: kurang sopan, apatis, sedih, afek tumpul, kurang perawatan diri, komunikasi verbal turun, menyendiri, kurang peka terhadap lingkungan, kurang energi, harga diri rendah dan sikap tidur seperti janin saat tidur. Sedangkan perilaku pada gangguan sosial curiga meliputi tidak memercayai orang lain, sikap bermusuhan, mengisolasi diri dan paranoid. Kemudian perilaku pada klien dengan gangguan sosial manipulasi adalah kurang asertif, mengisolasi diri dari lingkungan, harga diri rendah, dan sangat tergantung pada orang lain.

Diagnosis Keperawatan

Setelah mengumpulkan semua data, perawat kemudian menganalisis data dan merumuskan diagnosis keperawatan. Subyek dari diagnosis keperawatan ini menyangkut respons perilaku klien terhadap stres yang diakibatkan dari hubungan sosial. Diagnosis keperawatan NANDA yang berkaitan dengan gangguan sosial terdapat pada kotak 2-10.

Perencanaan

Tujuan

Tujuan umum

Kotak 2-10

Diagnosis keperawatan NANDA yang berkaitan dengan masalah gangguan hubungan sosial

Penyesuaian, Gangguan
Ansietas
Koping, Ketidakefektifan
Proses keluarga, Gangguan
Identitas pribadi, Gangguan
Kesepian, Risiko
Performa peran, Ketidakefektifan
Harga diri, Risiko rendah situasional
Harga diri, Rendah situasional
Perilaku mencederai diri
Perilaku mencederai diri, Risiko
Interaksi sosial, Hambatan
Isolasi sosial
Bunuh diri, Risiko
Penatalaksanaan program terapeutik, Ketidakefektifan, Ketidakefektifan keluarga
Proses pikir, Gangguan
Perilaku kekerasan, Risiko terhadap orang lain
Perilaku kekerasan, Risiko terhadap diri sendiri

Klien mampu mencapai kepuasan interpersonal yang maksimal dengan membina dan mempertahankan hubungan peningkatan diri dengan orang lain.

Tujuan khusus

Berikut ini contoh tujuan khusus pada klien dengan gangguan isolasi sosial.

1. Klien mampu:
 - a. Membina hubungan saling percaya
 - b. Menyadari penyebab isolasi sosial
 - c. Berinteraksi dengan orang lain
2. Keluarga mampu merawat klien di rumah

Implementasi

Contoh tindakan keperawatan pada klien masalah isolasi sosial

Tujuan	Tindakan Keperawatan
Pasien mampu membina hubungan saling percaya	Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan klien. Berkenalan dengan klien. Menanyakan perasaan dan keluhan klien saat ini. Membuat kontak asuhan (topik, waktu dan tempat). Menjelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi. Menunjukkan sikap empati terhadap pasien. Memenuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.
Klien mampu menyadari penyebab isolasi sosial	Menanyakan tentang pendapat klien mengenai kebiasaan berinteraksi dengan orang lain. Menanyakan apa yang menyebabkan klien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain. Mendiskusikan keuntungan bila pasien memiliki banyak teman dan bergaul akrab dengan mereka. Mendiskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain. Menjelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik pasien.
Klien mampu berinteraksi dengan orang lain secara bertahap	Beri kesempatan klien mempraktikkan cara berinteraksi dengan orang lain. Mulailah bantu pasien berinteraksi dengan satu orang (pasien, perawat atau keluarga). Bila pasien sudah menunjukkan kemajuan, tingkatkan jumlah interaksi dengan dua, tiga, empat orang dan seterusnya. Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien. Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah berinteraksi dengan orang lain. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan interaksinya.

Tindakan Keperawatan pada keluarga masalah isolasi sosial

Tujuan	Tindakan Keperawatan
Keluarga mampu merawat klien di rumah	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. Menjelaskan tentang masalah klien, dampak, penyebab dan cara merawat klien. Memperagakan cara merawat pasien isolasi sosial. Membantu keluarga mempraktikkan cara merawat yang telah dipelajari.

Evaluasi

Evaluasi difokuskan pada perubahan perilaku klien setelah diberikan tindakan keperawatan. Keluarga juga perlu dievaluasi karena merupakan sistem pendukung klien. Sebagai contoh evaluasi pada klien dengan isolasi sosial:

1. Evaluasi kemampuan klien
 - a. Klien menjelaskan kebiasaan interaksi
 - b. Klien menjelaskan penyebab tidak bergaul dengan orang lain.
 - c. Klien menyebutkan keuntungan bergaul dengan orang lain
 - d. Klien menyebutkan kerugian bergaul dengan orang lain
 - e. Klien memperagakan cara berkenalan dengan orang lain.
 - f. Klien bergaul dan berinteraksi dengan perawat, keluarga dan tetangga.
 - g. Klien menyampaikan perasaannya setelah interaksi dengan orang lain.
 - h. Klien mempunyai jadwal bercakap-cakap dengan orang lain.
 - i. Klien menggunakan obat dengan patuh.
2. Evaluasi kemampuan keluarga
 - a. Keluarga menyebutkan masalah isolasi sosial dan akibatnya
 - b. Keluarga menyebutkan penyebab dan proses terjadinya isolasi sosial

- c. Keluarga membantu klien berinteraksi dengan orang lain
- d. Keluarga melibatkan klien melakukan kegiatan di rumah tangga

10. Asuhan Keperawatan Jiwa pada Anak dan Remaja

A. Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan adalah peningkatan dalam ukuran, seperti tinggi dan berat badan atau tiap bagian tubuh. Pertumbuhan dapat diukur secara kuantitatif dengan menggunakan satuan kilogram atau sentimeter. Pertumbuhan mulai terjadi sejak konsepsi yaitu pertemuan antara sperma dengan sel telur. Hal ini tergantung dari sifat genetik yang diturunkan. Walaupun untuk tumbuh kembang tergantung pada sifat dan pola tumbuh kembang, juga dipengaruhi oleh lingkungan, khususnya pengaruh perhatian dan kasih sayang yang membantu meningkatkan kesehatan. Malnutrisi, penganiayaan fisik dan emosional sangat memengaruhi pertumbuhan anak (*Beger & William, 1992*).

Perkembangan merupakan peningkatan fungsi, keterampilan yang bersifat kompleks. Perubahan yang terjadi bersifat kualitatif, yaitu berupa perubahan psikososial, kognitif, atau fungsi moral. Misalnya perubahan minat sosial anak dari keluarga ke dunia diluar lingkungan keluarga, pada dasarnya mencerminkan suatu perkembangan. Perkembangan lebih sukar diukur daripada mengukur pertumbuhan karena lebih kompleks. Maturasi juga sering menggambarkan perbedaan atau peningkatan kompleksitas kemampuan yang bertambah sesuai dengan usia, sedangkan perkembangan menunjukkan perubahan secara bertahap dari kemampuan seseorang. Agar seorang anak secara psikososial dapat berkembang secara spontan dan wajar, diperlukan kasih sayang, pengertian, perasaan aman, penghargaan dan penerimaan dari lingkungan sekitarnya. Seorang anak membutuhkan kepuasan dalam berhubungan dengan orangtua, perasaan disayang, dihargai dan mempunyai kepercayaan

akan kemampuan dan kekuatan dirinya. Erickson memandang perkembangan kepribadian dari segi psikososial tertentu yang harus diatasi oleh anak agar dapat melewati stadium selanjutnya. Stadium perkembangan manusia dibagi menjadi 8 tugas yaitu:

1. *Basic trust vs mistrust*
2. *Autonomy vs shame and doubt*
3. *Initiative vs guilt*
4. *Industriousness vs sense of inferiority*
5. *Identity formation vs diffusion*
6. *Intimacy vs isolation*
7. *Procreation/generativity vs self absorption*
8. *Ego integrity vs despair*

B. Prinsip-Prinsip Tumbuh Kembang

Tumbuh kembang terjadi secara teratur dan berurutan

Proses maturasi dapat diramalkan dan mengikuti urutan perubahan yang universal. Pertumbuhan yang sangat pesat terjadi selama satu tahun pertama, kemudian menjadi lebih lambat selama pertengahan dan akhir masa kanak-kanak, gigi menjadi ompong pada pertengahan masa kanak-kanak dan ciri seks sekunder berkembang lebih pesat pada awal masa remaja.

Tumbuh kembang dipengaruhi oleh lingkungan sosial ekonomi

Keluarga, teman sebaya dan lingkungan menciptakan suasana sosial dan emosional bagi anak. Adat istiadat, peraturan, dan nilai yang berlaku di suatu daerah tertentu berbeda dengan daerah lain sehingga anak mempunyai perilaku yang berbeda-beda sesuai dengan asal daerahnya.

Kecepatan Tumbuh kembang spesifik

Tiap sistem tubuh mempunyai tingkat kecepatan tumbuh kembang yang tidak sama. Berbeda tersebut mencakup penambahan ukuran, berat dan fungsi maturitas. Misalnya sistem syaraf dan kardovaskuler berkembang lebih awal dari pada sistem reproduksi.

Tumbuh kembang terjadi dengan arah chepalocaudal dan proksimodistal

Bagian kepala berkembang lebih dahulu dari pada bagian tarso, kemudian diikuti perkembangan pada tungkai dan kaki. Bayi baru lahir memiliki kepala yang besar dari pada tubuhnya. Bayi belajar bergulingan terlebih dahulu sebelum belajar memegang benda dengan jari tangannya.

Tumbuh kembang makin dapat dibedakan

Dalam aspek perkembangan bersifat umum dan berkembang ke arah respons yang spesifik. Misalkan pada saat menangis bayi akan menggerakkan seluruh tubuhnya sedangkan pada anak toddler saat menangis hanya melibatkan mata dan gerakan tangannya.

Tumbuh kembang makin terintegrasi dan berkesinambungan

Perilaku berkembang dari yang sederhana ke perilaku yang lebih kompleks sesuai dengan keterampilan, pengetahuan yang dipelajari.

C. Tahap Tumbuh Kembang

Tumbuh kembang pada manusia yang terjadi sepanjang kehidupan terdiri atas beberapa tahap yang berkesinambungan yang mencakup masa neonatus, bayi, toddler, prasekolah, sekolah, remaja, dewasa, dan lansia.

1. Neonatus (0-1 bulan)

Menangis, napas cepat dan tidak teratur, nadi cepat, tonus otot kuat, bereaksi terhadap stimulus dan warna. Kepala tampak besar dibandingkan dengan badan, wajah bulat. Setelah lahir berat badan akan menurun karena kurangnya minum, kehilangan cairan tubuh melalui kencing, pernapasan, kulit dan mekonium. Kemudian selama empat minggu pertama berat badan bertambah 0,5 - 0,7 kg dengan panjang badan bertambah sekitar 2,5 cm dari ukuran ketika bayi baru lahir. Pada usia ini kebutuhan bayi belum banyak, tetapi kebutuhannya perlu segera dipenuhi sebab bila tidak ia akan menangis dan menunjukkan

gerakan tidak teratur. Sebelumnya tidak penting siapa yang memenuhi kebutuhannya karena ia belum dapat membedakan diri sendiri dengan lingkungannya. Namun lambat laun ia belajar membedakan orang yang satu dengan yang lain. Jika ia selalu diasuh oleh ibunya, maka ibunyalah yang dikenal lebih dahulu dan ia akan tergantung dengan ibunya. Ketergantungan ini antara lain ketergantungan terhadap kasih sayang, kehangatan, kebersihan, makan, minum dan perlindungan.

Bila rasa percaya mulai berkembang, maka bayi akan dapat membedakan dirinya dengan dunia luar. Besar kecilnya rasa percaya yang diperoleh bayi tergantung dari sikap orang-orang di sekitarnya. Seorang ibu yang tidak peka atau tidak memahami akan membuat bayi menjadi lebih tegang. Ketegangan ini akan menimbulkan kekecewaan pada ibunya. Dengan demikian, sejak semula terjadi hubungan timbal balik antara ibu dan bayi. Pada usia ini saat yang sangat penting bagi bayi untuk membentuk rasa percaya dan hubungan baik dengan ibunya.

2. Bayi (1-12 bulan)

Pada usia ini bayi mulai dapat mengendalikan kepala pada usia 3 bulan dan mengendalikan tungkai pada usia 9 bulan. Koordinasi mata dan tangan sudah mulai baik, sehingga bayi sudah mampu memegang sesuatu pada umur 6 bulan. Pada usia sekitar umur 12 bulan mulai belajar berjalan.

Dalam masa ini sangat penting adanya *mothering process*, karena hal ini akan menjadi landasan rasa puas, aman dan kepercayaan kepada orangtua dan rasa toleransi terhadap frustrasi. Perkembangan emosional merupakan lanjutan pembinaan rasa percaya dan tidak percaya yang telah dimulai pada tahap neonatus. Penyelesaian pada tahap ini sangat menentukan bagaimana individu menyelesaikan tahap tumbuh kembang selanjutnya. Pada tahun kehidupannya, bayi tergantung dalam pemenuhan kebutuhan fisiologis maupun psikologisnya. Peme-

nuhan terhadap kebutuhan tersebut diperlukan bayi untuk mengembangkan perasaan percaya melalui sikap orangtua yang mengasuhnya. Orangtua yang peka terhadap kebutuhan dan lingkungan yang nyaman menjadikan bayi memiliki rasa percaya kepada pengasuh dan lingkungan disekitarnya. Pada usia 7 sampai 9 tahun bayi mulai menyadari bahwa dirinya bagian yang terpisah dari orang yang mengasuhnya. Bayi akan menangis jika berpisah dengan pengasuhnya.

3. Toddler (1-3 tahun)

Pada toddler mempunyai tungkai yang lebih panjang dan berat badan naik secara perlahan. Mulai belajar mengendalikan defekasi dan berkemih, mengembangkan keterampilan motorik seperti mencoba minum dan makan sendiri.

Pada masa ini sifat ketergantungan mulai berkurang, hal ini disebabkan karena anak sudah dapat memberitahukan keinginan dan kebutuhannya melalui bahasa atau kata-kata. Keseimbangan tubuh sudah mulai berkembang terutama dalam berjalan yang sangat diperlukan dalam meningkatkan rasa otonomi untuk melakukan sesuatu.

Perkembangan aspek sosial dan emosional ditekankan pada *autonomy vs shame and doubt*. Pada masa ini terdapat 2 hal yang penting yaitu motilitas dan kontrol fungsi tubuh. Anak mulai mengeksplorasi dunia luar dengan aktivitas motorik dan dari pengalaman itu ia akan mengontrol dorongan impulsifnya untuk bertindak. Toddler meniru orang dewasa yang menjadi idolanya. Sebagai orangtua kita harus fleksibel dan percaya diri untuk memberikan kebebasan dalam batasan yang aman bagi anak untuk mengekspresikan perilaku yang diperlukan untuk meningkatkan kemandirian anak. Konflik akan terjadi bila orangtua menghalangi aktivitas motorik dan menuntut anak agar menjadi anak penurut. Bila anak dipaksa toilet training terlalu dini, namun ia tidak mampu kemudian anak dihukum, maka

anak bereaksi dengan 2 cara yaitu, menjadi takut pada orangtua dan selalu berusaha agar tidak dimarahi dengan berpenampilan selalu bersih, sangat rapi dan penurut atau sebaliknya ia marah dengan cara menjadi jorok, keras kepala dan tidak dapat dipercaya. Anak juga belajar mengatasi frustrasi sampai batas tertentu dan sudah dapat mengidentifikasi dirinya sebagai anak laki-laki atau wanita. Perkembangan kognitif diperlihatkan melalui rasa ingin tahu tentang diri. Kebiasaan dan rutinitas menimbulkan rasa aman bagi anak dan mulai mengerti sesuatu yang baik atau buruk serta mencoba mematuhi orangtua untuk mendapatkan persetujuan dan menghindari hukuman.

4. Pra sekolah (3-5 tahun)

Pada usia ini anak akan tampak kurus karena adanya pertumbuhan beberapa organ, jumlah jaringan bertambah sehingga jumlah jaringan lemak di bawah kulit berkurang.

Telah menguasai motorik kasar dan halus, serta sudah mengembangkan kemampuan pola komunikasi, baik secara verbal maupun non verbal. Memfokuskan perkembangan motorik halus melalui gerakan seperti menggunakan pensil dan menggambar. Bermain bersama teman sebaya merupakan media pengembangan keterampilan fisik dan sosial yang baik bagi anak prasekolah.

Menurut Erikson pada usia ini anak mengembangkan inisiatif versus rasa bersalah setelah berhasil menanamkan rasa percaya dan otonomi yang berkembang pada tahap sebelumnya. Inisiatif dapat berkembang jika anak merasa aman dan terlindungi. Terbuka kesempatan bagi anak untuk berhubungan dengan lingkungan sekitar dan mulai timbul inisiatif untuk menyelesaikan sendiri masalah yang dihadapinya. Ia mulai berkompetensi dengan saudaranya untuk mendapatkan perhatian, mulai timbul perasaan cemburu, iri dan rasa bersalah. Keingintahuan yang besar menjadikan anak cenderung banyak bertanya dan merasa

yakin akan kemampuannya menoleransi perpisahan dengan orangtuanya. Pada masa ini anak tidak mampu membedakan fantasi dengan kenyataan dalam semua situasi. Ketika anak bertindak tidak baik, orangtua perlu menekankan pada anak bahwa perilakunya yang tidak baik atau yang tidak disukai bukan dirinya. Jika tidak, anak akan menganggap bahwa ia tidak baik atau dibenci oleh orangtuanya. Anak akan menghadapi rasa takutnya dengan menjadi pemurung, isolasi dan internalisasi dari larangan untuk ekspresi perasaan marah. Perasaan ini dapat menetap hingga masa dewasanya.

Kemampuan kognitif terlihat melalui pikiran magis dan berpikir konkret. Masih terbatas kemampuan menentukan volume, bentuk, ukuran, usia, waktu. Anak biasanya mengulangi perilakunya yang memuaskan diri dan orang lain, serta sudah tidak terlalu tergantung pada orangtua.

5. Usia sekolah (5-12 tahun)

Tugas perkembangan pada tahap ini adalah menanamkan interaksi yang sesuai dengan teman sebaya dan orang lain, meningkatkan keterampilan intelektual khususnya di sekolah, meningkatkan keterampilan motorik halus dan motorik kasar.

Untuk perkembangan emosional dan sosial, sosialisasi anak lebih luas lagi dengan orang di luar keluarganya. Pengaruh lingkungan memungkinkan untuk mengubah, menghambat atau menambah identifikasi tingkah laku yang dibentuk sebelumnya. Anak perlu diberikan kesempatan untuk belajar menerapkan peraturan dalam berinteraksi dengan orang lain diluar keluarga. Mengamati bahwa tidak semua keluarga berinteraksi dengan cara atau sikap yang sama, tiap keluarga mempunyai perbedaan norma tentang perilaku yang diterima dan tidak diterima. Oleh karena itu, perlu bagi anak untuk mengembangkan kesadaran dan penghargaan terhadap perbedaan tiap keluarga sehingga dapat berhubungan dengan orang lain secara efektif. Menurut

Erikson, tugas perkembangan pada tahap ini mengembangkan pola industri versus inferioritas. Dalam fase ini anak berusaha merebut perhatian dan penghargaan atas karyanya. Ia belajar melaksanakan tugas dan aturan, rasa tanggung jawab mulai timbul, ia senang untuk belajar bersama. Anak merasa inferior atau rendah diri apabila dirinya kurang mampu dibandingkan teman-temannya. Hubungan lebih banyak dari orangtua atau teman dengan jenis kelamin yang sama diperlukan agar anak lebih menetapkan maskulinitas atau feminitas. Dalam masa ini juga ideal diri mulai terbentuk. Perkembangan kognitif terjadi cukup pesat pada penerapan keterampilan merasionalisasi pemahaman tentang ide atau konsep, mampu mengingat serangkaian keterampilan mengumpulkan benda yang sejenis. Anak juga belajar pentingnya menghargai orangtua atau guru.

6. Remaja (12-18 tahun)

Pada usia ini termasuk masa pubertas. Pertumbuhan fisik terjadi dalam waktu yang sangat singkat yaitu antara 18 sampai 36 bulan dan selesai selama masa pubertas. Wanita bertambah tinggi 5 cm sampai 20 cm dan berat badan bertambah 7 kg sampai 25 kg yang dialami 2 tahun lebih awal dari pada pria. Tidak semua anak memiliki panjang atau tinggi badan yang sama, hal ini dipengaruhi oleh genetik, penyakit, makanan, keadaan sosial-ekonomi, dan hormon (hormon pertumbuhan, tiroid dan kelamin). Pengaruh hormon terlihat pada fungsi seksual dan tanda seks sekunder. Pada wanita terjadi pembesaran uterus, ovarium dan vagina. Tanda seks sekunder dimulai dengan pembesaran payudara, pinggul melebar, tumbuh rambut di daerah pubis dan ketiak serta terjadi menstruasi pertama. Pada pria ditandai pembesaran penis, testis, dan skrotum. Ejakulasi terjadi pada umur sekitar 15-16 tahun, pertumbuhan rambut di pubis, ketiak, kumis, janggut dan terjadi pembesaran suara. Muka menjadi lebih jelas, bahu menjadi lebih melebar

dan penambahan jumlah dan kekuatan otot. Dalam masa ini terjadi proses pematangan seksualitas, hal ini diperlukan untuk membentuk ciri-ciri perilaku dalam pergaulan antara anak yang berlainan jenis.

Kelompok sebaya memberi pengaruh dalam kehidupan remaja. Remaja menjadi lebih mandiri dan sering merasa bingung dengan perilaku orangtuanya. Tugas psikososial pada masa ini adalah mengembangkan identitas kelompok dan rasa baik dengan teman pria maupun wanitanya yang disebut oleh Erikson sebagai tahap identitas versus kerancuan identitas. Biasanya remaja dipenuhi oleh pertanyaan tentang arti kehidupan dan masa depan. Proses pengembangan identitas diri mencerminkan keturunan, nilai keluarga, pengalaman hidup, keyakinan dan harapan orang yang berarti dalam kehidupannya. Memberi kesempatan untuk berperilaku seperti orang dewasa antara lain mengasuh adik, berpacaran atau meninggalkan rumah untuk sekolah di luar kota memungkinkan remaja menelaah tanggung jawab dan peran orang dewasa. Pengarahan orangtua dalam menentukan alternatif dan membuat keputusan yang logis dalam menyelesaikan masalah sangat penting bagi remaja. Orangtua perlu memahami konflik yang dialami, pada umumnya konflik tersebut adalah keinginan untuk menunjukkan identitas dirinya melalui kemandirian dengan perasaan tergantung pada orangtua yang pada umumnya dialami remaja. Dalam perkembangan kognitif remaja mampu berpikir tentang cara mengubah masa depan dan mampu mengantisipasi konsekuensi dari tiap perilaku serta mampu melihat hubungan yang nyata antara diri mereka dengan lingkungannya, mulai menentang nilai-nilai tradisional dan mencoba menggunakan cara yang baru.

D. Penyebab Umum Gangguan Jiwa pada Anak

Penyebab gangguan jiwa pada anak secara garis besar dapat dibagi menjadi 3 faktor yaitu: organik, psikososial, dan kombinasi organik dan psikososial. Di sini hanya akan dibahas lebih lanjut tentang gangguan jiwa yang disebabkan faktor psikososial, yaitu:

1. Gangguan dalam hubungan orangtua dengan anak

Gangguan ini disebabkan oleh karena tidak adanya kekurangan atau terputusnya *mothering proces* pada waktu yang lama, terutama pada masa bayi. Hal ini akan menyebabkan anak menjadi apatis, gelisah, susah tidur, perkembangan kepribadian dan fisik terhambat. Misalnya *toilet training* terlalu dini, putusannya hubungan anak dengan orangtua karena perceraian, orangtua yang neurotis, psikopatis atau yang mempunyai kecenderungan agresif. Interaksi orangtua dengan anak yang patologis dapat menyebabkan konflik antara orangtua. Hal ini diakibatkan oleh konflik antara kedua orangtua dimasa lalu dan sekarang yang direfleksikan pada anaknya. Perlu ditekankan bahwa gangguan hubungan antara orangtua dan anak dapat terjadi akibat primer dari tingkah laku anak itu sendiri. Orangtua yang pilih kasih, mengakibatkan *sibling rivalry* yang abnormal. Perlindungan orangtua yang berlebihan sehingga dalam pertumbuhan anak tetap diperlukan sebagai anak kecil. Hal ini akan menghambat perkembangan kebebasan, tanggung jawab dan kematangan kepribadian anak. *Maternal overprotection* sering merupakan suatu penolakan terhadap perasaan bersalah dari orangtua, perlindungan yang berlebihan tersebut dapat menyebabkan anak menjadi tidak disiplin, bandel temper tantrums, menuntut dengan agresif atau sebaliknya jika anak sering dilarang, anak menjadi submisif, pemalu dan penakut.

2. Gangguan dalam diri anak

Tubuh yang cacat akibat penyakit kronis atau gangguan neurologis, tubuh terlalu gemuk, retardasi mental akan menimbulkan

perasaan inferior dan berbeda dengan anak lain sehingga dapat menimbulkan regresi dan kegelisahan yang dapat menyebabkan gangguan tingkah laku.

3. Gangguan dalam interaksi sosial di luar keluarga

Kegagalan di sekolah akibat retardasi mental atau situasi keluarga yang tidak harmonis, kemiskinan, kesukaran dalam bahasa, minimnya pendidikan sering menjadi penyebab timbulnya konflik dalam identitas anak dengan keluarga. Seorang anak yang merasa ditolak sering merasa tidak aman dan gelisah sehingga ia menjadi hiperaktif, emosi tidak stabil, sukar konsentrasi dan bertindak agresif.

E. Proses Keperawatan

Pengkajian

Perawat mengkaji pertumbuhan dan perkembangan anak sampai usia dewasa, data demografi, riwayat kesehatan terdahulu, kegiatan hidup anak sehari-hari, keadaan fisik, status mental, hubungan interpersonal, serta riwayat personal dan keluarga.

Data Demografi

Pengkajian tersebut meliputi nama, usia, alamat, tanggal lahir, pendidikan, nama orangtua, riwayat kelahiran, alergi, penyakit dan pengobatan, keadaan gizi seperti berat badan, pola makan, menu makanan sehari-hari, pola tidur, pola eliminasi dan data lain yang mendukung masalah klien.

Pemeriksaan Fisik

Pada pengkajian fisik anak yang perlu dikaji antara lain: keadaan kulit, kepala rambut, mata, telinga, hidung, mulut, pernapasan, kardiovaskuler, muskuloskeletal, dan neurologis anak. Pemeriksaan ini untuk mengetahui kemungkinan adanya gangguan fisik atau mungkin adanya bekas penganiayaan pada anak yang memengaruhi penyimpangan perilaku.

Pemeriksaan Status Mental

Dalam pemeriksaan ini perawat membandingkan perilaku dengan tingkat fungsi eo anak. Pengkajian sebaiknya dilakukan pada suasana santai dan nyaman pada anak, dengan terapi bermain sangat bermanfaat untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan anak. Pemeriksaan ini meliputi keadaan emosi, isi dan proses pikiran, halusinasi dan persepsi, cara bicara dan orientasi, keinginan untuk mencederai diri sendiri atau orang lain. Pengkajian terhadap hubungan interpersonal dapat dilihat dari hubungan anak dengan teman sebaya. Pertanyaan yang untuk mengkaji hubungan interpersonal anak, antara lain:

- a) Apakah anak mempunyai teman dekat?
- b) Bagaimana kemampuan anak dalam bergaul dengan anak lain?
- c) Apakah anak mendominasi teman sebayanya ketika bergaul?

Perlu dikaji juga orang dewasa atau tokoh yang menjadi idola atau panutan anak untuk mengetahui kemampuan hubungan dengan orang dewasa.

Riwayat personal dan keluarga

Meliputi faktor presipitasi, riwayat gejala, riwayat tumbuh kembang. Data inti bermanfaat untuk mengetahui perilaku anak dan membantu menyusun tujuan asuhan keperawatan. Data keluarga yang perlu dikaji adalah sistem keluarga, pola komunikasi, masalah yang terjadi dalam keluarga, cara mengatasi dan kemampuan keluarga dalam memecahkan masalah tersebut.

Diagnosis Keperawatan

Data-data yang telah dikumpulkan atau dikaji kemudian dianalisis untuk menegakkan suatu diagnosis keperawatan. Dalam menegakkan diagnosis dapat menggunakan diagnosis NANDA (*North American Nursing Diagnosis Assosion*), DSM III R dan PND

(*Psychiatric Nursing Diagnosis*). Kotak 2-11 menyajikan diagnosis keperawatan NANDA yang berhubungan dengan gangguan jiwa pada anak dan remaja.

Kotak 2-11

Diagnosis Keperawatan NANDA yang berhubungan dengan gangguan jiwa pada Anak dan Remaja

Intoleransi
Penyesuaian, Gangguan
Ansietas
Gangguan harga diri
Cedera, Risiko
Respons pascatrauma
Perkembangan, Risiko gangguan
Pertumbuhan, Risiko gangguan
Keputusan
Duka cita, Adaptif/maladaptif
Koping individu (anak), Ketidakefektifan
Ketidakpatuhan
Ketidakberdayaan
Isolasi sosial
Interaksi sosial, Hambatan
Distres spiritual

Perencanaan

Tujuan disusun berdasarkan kebutuhan anak seperti kebutuhan fisiologis, kebutuhan bermain, kebutuhan rasa nyaman dan kebutuhan kasih sayang.

Tujuan umum:

1. Memenuhi kebutuhan emosi anak dan kebutuhan untuk dihargai.
2. Mengurangi ketegangan pada anak dan kebutuhan untuk berperilaku defensif.
3. Membantu anak menjalin hubungan positif dengan orang lain.
4. Memberi kesempatan anak untuk menjalani kembali tahap

- perkembangan yang belum terselesaikan.
5. Membantu anak berkomunikasi secara efektif.
 6. Membantu anak memelihara kesehatan fisiknya.
 7. Mencegah anak untuk menyakiti, baik pada diri sendiri maupun orang lain.
 8. Meningkatkan persepsi realita yang adaptif.

Tindakan Keperawatan

Berbagai tindakan keperawatan pada anak dengan masalah gangguan jiwa dapat diterapkan dengan menggunakan bentuk-bentuk terapi antara lain:

Terapi bermain

Manfaat terapi bermain adalah sebagai sarana belajar bagaimana berhubungan dengan diri sendiri, lingkungan dan orang lain serta untuk mengekspresikan konflik yang belum terselesaikan.

Terapi individu

Hubungan antara anak dengan terapist memberikan kesempatan pada anak untuk mendapatkan pengalaman mengenai hubungan positif dengan orang dewasa dengan penuh kasih sayang.

Terapi keluarga

Terapi ini melibatkan semua anggota keluarga. Orangtua harus memahami peran mereka dalam memecahkan masalah dan tanggung jawab terhadap masalah yang terjadi pada anak dan keluarga.

Terapi lingkungan

Lingkungan yang aman dan kegiatan yang terencana memungkinkan anak untuk mencapai tugas terapeutik kegiatan terencana seperti belajar, bermain, bangun pagi, makan dan istirahat. Dalam terapi ini perawat harus menciptakan lingkungan yang terapeutik, mengetahui harapan atau keinginan anak dan mengadakan komunikasi terbuka.

Terapi kelompok

Terapi ini bermanfaat untuk meningkatkan harga diri, mening-

katkan keterampilan sosial anak dan membantu memfasilitasi tugas pada tahap pertumbuhan dan perkembangan anak.

Psikofarma

Pemberian obat dapat bermanfaat untuk mengurangi kecemasan, hiperaktif, depresi dan impulsif. Terapi obat ini belum sepenuhnya diterima dalam psikiatri anak.

Pendidikan kesehatan

Pendidikan tentang gangguan kesehatan pada anak harus diberikan pada orangtua dan keluarga. Hal ini sangat penting mengingat keluarga merupakan sumber coping. Pendidikan bertujuan untuk mencegah gangguan jiwa pada anak dan meningkatkan kemampuan dalam merawat anak di rumah. Orangtua dijelaskan tentang tahap tumbuh kembang sehingga mengetahui perilaku yang menyimpang. Konsep kesehatan jiwa, psikodinamika keluarga, cara perawatan dan pengobatan gangguan jiwa pada anak.

Evaluasi

Pada evaluasi ini ditekankan pada tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Apabila gejala sudah hilang, gambaran klinis anak membaik dan hasil evaluasi sudah sesuai dengan tujuan yang diharapkan maka intervensi bisa dihentikan. Walaupun tujuan sudah tercapai perawat tetap mengevaluasi perkembangan anak. Pengamatan terhadap perilaku anak, apakah anak menunjukkan kemampuan beradaptasi dengan lingkungannya merupakan hal yang perlu diperhatikan. Aspek yang perlu dievaluasi meliputi:

1. Ketepatan intervensi terhadap penyimpangan perilaku.
2. Kemampuan anak untuk berhubungan dengan orang lain.
3. Status mental secara keseluruhan.
4. Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan secara mandiri.
5. Kemampuan menggunakan kegiatan terprogram sebagai proses belajar dan rekreasi.

BAB V

KEPERAWATAN JIWA MASYARAKAT

TUJUAN INTRUKSIONAL KHUSUS

Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa di masyarakat dengan memakai pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi secara baik dan benar.

Masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat tertentu yang bersifat kontinu, dan terikat oleh suatu rasa kebersamaan (Koentjaraningrat, 1990). Keperawatan jiwa masyarakat adalah pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik dan paripurna berfokus pada masyarakat yang sehat, rentan terhadap stres dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan pemulihan.

Pelayanan keperawatan komprehensif adalah pelayanan yang difokuskan pada pencegahan primer pada anggota masyarakat yang mengalami masalah psikososial dan gangguan jiwa, sedangkan pencegahan tersier ditujukan pada klien gangguan jiwa dengan

proses pemulihan.

Pelayanan keperawatan yang holistik adalah pelayanan yang difokuskan pada aspek bio-psikososiokultural dan spiritual.

Pelayanan keperawatan paripurna adalah pelayanan yang lengkap jenjang pelayanan yaitu dari pelayanan kesehatan jiwa spesialistik, pelayanan kesehatan integratif dan pelayanan kesehatan jiwa yang bersumber daya masyarakat. Pemberdayaan semua potensi yang bersumber daya masyarakat diupayakan agar terwujudnya masyarakat yang mandiri dalam memelihara kesehatannya.

Pelayanan keperawatan diberikan secara terus-menerus dari kondisi sehat sakit baik di rumah maupun di rumah sakit dari kandungan sampai lanjut usia.

Perawat dapat mengaplikasikan konsep kesehatan jiwa masyarakat dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sehingga anggota masyarakat sehat jiwa dan yang mengalami gangguan jiwa dapat dipertahankan di lingkungan masyarakat serta tidak dirawat di rumah sakit jiwa.

1. Proses Keperawatan

Pengkajian

Pengumpulan data dapat dilakukan melalui wawancara dengan klien dan keluarga, pengamatan langsung dan pemeriksaan. Setelah ditemukan tanda-tanda yang menonjol yang mendukung adanya gangguan jiwa, maka pengkajian dilakukan dengan menggunakan format pengkajian jiwa pada umumnya. Data yang dikumpulkan mencakup keluhan utama, riwayat kesehatan jiwa, pengkajian psikososial dan pengkajian status mental. Jika perawat menemukan anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa, perawat harus berhati-hati dalam menyampaikan kepada klien maupun keluarga untuk menghindari stigma dalam masyarakat.

Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan dapat dirumuskan berdasarkan hasil pengkajian, baik masalah aktual maupun risiko gangguan jiwa.

Adapun diagnosis keperawatan yang perlu diidentifikasi untuk kesehatan jiwa masyarakat meliputi:

- 1) Masalah kesehatan usia dewasa
 - a. Gangguan persepsi sensori: halusinasi
 - b. Harga diri rendah
 - c. Isolasi sosial
 - d. Perilaku kekerasan
 - e. Risiko bunuh diri
 - f. Defisit perawatan diri
 - g. Gangguan proses pikir: waham
- 2) Masalah kesehatan jiwa pada usia anak
 - a. Perilaku kekerasan
 - b. Depresi
- 3) Masalah kesehatan jiwa pada usia lanjut
 - a. Dimensia
 - b. Depresi

Perencanaan

Perencanaan tindakan disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa yaitu menggunakan teknik komunikasi terapeutik, pendidikan kesehatan, aktivitas sehari-hari, penerapan terapi modalitas dan tindakan kolaborasi. Rencana tindakan keperawatan ditujukan pada tingkat individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

1) Individu

Individu merupakan bagian dari anggota keluarga. Apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan jiwa maka akan memengaruhi anggota keluarga lainnya. Pada tingkat ini rencana difokuskan pada peningkatan keterampilan dalam ADL dan keterampilan menggunakan coping yang adaptif.

2) Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat. Apabila salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan jiwa, maka akan memengaruhi anggota keluarga yang lain dan keluarga yang ada di sekitarnya. Pada tingkat ini tindakan keperawatan difokuskan pada pemberdayaan keluarga dalam merawat pasien dan membantu klien bersosialisasi dengan lingkungannya.

3) Kelompok

Pada tingkat keluarga ditekankan pada kelompok, dalam rangka sosialisasi agar klien mampu beradaptasi dengan lingkungan.

4) Masyarakat

Pada tingkat ini rencana didasarkan pada peningkatan kesadaran masyarakat tentang kesehatan jiwa dan menggerakkan sumber-sumber yang ada di masyarakat yang dapat dimanfaatkan oleh klien dan keluarga.

Implementasi

Pelaksanaan kesehatan jiwa masyarakat dilakukan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan. Pelaksanaan disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien, perawat bekerja sama dengan klien, keluarga dan tim kesehatan lain untuk mengidentifikasi dan memfasilitasi pengobatan melalui kolaborasi dan rujukan.

Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai perkembangan kemampuan klien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan.

Kemampuan yang diharapkan adalah:

1) Pada tingkat individu

- a. Klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kemampuannya.
- b. Klien mampu membina hubungan dengan orang lain di

lingkungan secara bertahap.

- c. Melakukan cara-cara menyelesaikan masalah yang dialami.
- 2) Pada tingkat keluarga diharapkan keluarga mampu
- a. Membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari hingga klien mandiri.
 - b. Mengenal tanda dan gejala dini terjadinya gangguan jiwa.
 - c. Melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa atau kekambuhan.
 - d. Mengidentifikasi perilaku klien yang membutuhkan konsultasi segera.
 - e. Menggunakan sumber-sumber yang tersedia di masyarakat seperti teman dekat, tetangga dan rumah sakit terdekat.

2. Upaya Kesehatan Jiwa Masyarakat

Pencegahan Primer

Pada pencegahan ini, fokus pelayanan keperawatan jiwa ditujukan untuk peningkatan kesehatan dan pencegahan terjadinya penyakit. Tujuan pelayanan adalah mencegah terjadinya gangguan jiwa, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jiwa. Tujuan tersebut ditujukan untuk anggota masyarakat yang belum mengalami gangguan jiwa sesuai dengan kelompok umur yaitu anak-anak, remaja, dewasa dan usia lanjut. Kegiatan pencegahan primer mencakup:

- a. Program pendidikan kesehatan, program stimulasi perkembangan, program sosialisasi, manajemen stres, persiapan menjadi orangtua. Beberapa kegiatan yang dilakukan adalah:
 - (1) Pendidikan kesehatan orangtua
 - (2) Pendidikan menjadi orangtua
 - (3) Perkembangan anak sesuai dengan usia
 - (4) Memantau dan menstimulasi perkembangan
 - (5) Menyosialisasikan anak dengan lingkungan
- b. Cara mengatasi stres
 - (1) Stres pekerjaan

- (2) Stres pasca bencana
 - (3) Stres pendidikan
 - (4) Stres perkawinan
- c. Program dukungan sosial diberikan pada anak yatim, kehilangan pasangan, kehilangan pekerjaan, kehilangan rumah. Kegiatan yang dilakukan adalah:
- (1) Memberikan informasi cara mengatasi kehilangan
 - (2) Menggerakkan dukungan masyarakat seperti menjadi orangtua asuh bagi anak yatim
 - (3) Melatih keterampilan sesuai keahlian masing-masing untuk mendapatkan pekerjaan
 - (4) Mendapatkan dukungan pemerintah untuk memperoleh tempat tinggal
 - (5) Program pencegahan penyalahgunaan obat
 - (6) Kegiatan yang dapat dilakukan
 - (7) Pendidikan kesehatan melatih koping positif untuk mengatasi stres
 - (8) Latihan asertif yaitu mengungkapkan perasaan tanpa menyakiti orang lain
 - (9) Latihan afirmasi dengan menguatkan aspek-aspek positif yang ada pada diri sendiri
- d. Program pencegahan bunuh diri
- Tindakan yang dilakukan:
- (1) Memberikan informasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang tanda-tanda bunuh diri
 - (2) Menyediakan lingkungan yang aman untuk mencegah bunuh diri
 - (3) Melatih keterampilan koping yang adaptif

Pencegahan Sekunder

Fokus pelayanan keperawatan pada pencegahan sekunder adalah deteksi dini tentang masalah psikososial dan gangguan jiwa serta

penanganan dengan segera. Tujuan pelayanan adalah menurunkan kejadian gangguan jiwa.

Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang berisiko atau memperlihatkan tanda-tanda masalah psikososial dan gangguan jiwa.

Kegiatan pencegahan sekunder adalah:

- a) Menemukan kasus sedini mungkin dengan cara memperoleh informasi dari berbagai sumber seperti masyarakat, tim kesehatan lain.
- b) Melakukan penjarangan kasus dengan pengkajian.
- c) Memberikan pengobatan yang cepat terhadap kasus yang baru ditemukan.
- d) Penanganan kasus bunuh diri dengan menempatkan klien di tempat yang aman melakukan terapi modalitas.

Pencegahan Tersier

Fokus pelayanan keperawatan pada peningkatan fungsi dan sosialisasi serta pencegahan kekambuhan pada gangguan jiwa. Tujuan pelayanan adalah mengurangi kecacatan atau ketidakmampuan akibat gangguan jiwa.

Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa pada tahap pemulihan.

Kegiatan yang dilakukan:

- a) Program dukungan sosial dengan menggerakkan sumber-sumber di masyarakat seperti sumber pendidikan, dukungan masyarakat, dan pelayanan kesehatan terdekat.
- b) Program rehabilitasi dengan memberdayakan klien dan keluarga sampai mandiri. Fokus pada kekuatan dan kemampuan klien dan keluarga dengan cara:
 - Meningkatkan kemampuan koping yaitu belajar mengungkapkan dan menyelesaikan masalah dengan cara yang tepat.
 - Mengembangkan sistem pendukung dengan member-

dayakan keluarga dan masyarakat.

- Menyediakan pelatihan kemampuan dan potensi yang perlu dikembangkan oleh klien, keluarga dan masyarakat.
- Membantu klien dan keluarga merencanakan dan mengambil keputusan.
- Program sosialisasi.
- Membuat tempat pertemuan untuk sosialisasi.
- Mengembangkan keterampilan hidup: mengelola rumah tangga, mengembangkan hobi.

c) Program sosialisasi

Kegiatan:

- Membuat tempat pertemuan sosialisasi
- Mengembangkan keterampilan hidup: ADL, mengembangkan hobi dan mengelola rumah tangga.
- Program rekreasi seperti jalan sehat bersama, nonton TV bersama, berlibur.
- Kegiatan sosial dan keagamaan, contoh arisan, pengajian, kerja bakti.

d) Program mencegah stigma

Stigma adalah anggapan yang keliru dari masyarakat tentang klien gangguan jiwa, sehingga perlu tindakan untuk menghindari isolasi dan diskriminasi terhadap klien gangguan jiwa. Beberapa kegiatan yang dilakukan yaitu:

- Melakukan pendidikan kesehatan tentang kesehatan jiwa dan gangguan jiwa, sikap dan perilaku menghargai klien gangguan jiwa.
- Pendekatan kepada tokoh masyarakat atau orang yang berpengaruh dalam rangka menyosialisasikan kesehatan jiwa.

3. Pengorganisasian Masyarakat

Pelayanan kesehatan jiwa merupakan pelayanan yang kontinum

terjadi sepanjang kehidupan, sepanjang rentang sehat-sakit dan pelayanan tersebut dapat dilakukan di mana saja, (di rumah, sekolah, tempat kerja, RS, dan lain-lain).

4. Perawatan Mandiri Individu dan Keluarga

Masyarakat baik individu maupun keluarga diharapkan dapat secara mandiri memelihara kesehatan jiwanya. Pada tingkat ini sangat penting pemberdayaan dan keterlibatan keluarga dalam memelihara kesehatan anggota keluarga dan masyarakat di sekitarnya. Masyarakat dikelompokkan menjadi:

- a) Masyarakat sehat mandiri- yang memerlukan pelayanan pencegahan gangguan jiwa/preventif dan peningkatan sehat jiwa/promotif. Misalnya pendidikan tentang pola asuh anak.
- b) Masyarakat yang mempunyai masalah psikososial- memerlukan upaya mencegah gangguan jiwa dengan melakukan tindakan segera untuk mengatasi masalah psikososial. Misalnya melakukan asuhan pada pasien yang baru mengalami kehilangan bagian tubuh.
- c) Masyarakat yang mengalami gangguan jiwa, memerlukan upaya pemulihan dan rehabilitasi dengan tindakan khusus pada masalah gangguan jiwa. Misalnya pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan. Perawat perlu mengidentifikasi upaya yang dilakukan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang ada di lingkungan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan atau upaya lain di luar tatanan pelayanan kesehatan.

5. Pelayanan Formal dan Informal di luar Sektor Kesehatan

Kelompok yang terdiri dari tokoh masyarakat, kelompok formal dan informal merupakan sasaran dari pelayanan kesehatan jiwa. Mereka merupakan bagian dari kelompok perawatan mandiri individu dan keluarga. Dan dijadikan sebagai mitra tim kesehatan

jiwa komunitas yang diintegrasikan perannya di masyarakat. Sehingga perlu memiliki pengetahuan melalui pelatihan konseling, kesehatan jiwa, pola asuh, psikosial dan relawan keswa. Kelompok tersebut seperti: kelompok PKK, karang taruna, tokoh masyarakat dan lain-lain.

6. Pelayanan Kesehatan Jiwa melalui Pelayanan Kesehatan Dasar

Semua pemberi pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat yaitu praktik mandiri dokter, bidan, perawat, psikolog dan semua sarana kesehatan seperti puskesmas, balai pengobatan merupakan mitra tim kesehatan jiwa. Untuk itu mereka memerlukan penyegaran dan peningkatan pengetahuan tentang kesehatan jiwa agar dapat memberikan pelayanan kesehatan jiwa komunitas dan dapat merujuk pasien dengan masalah kesehatan jiwa. Penyegaran dan peningkatan pengetahuan berupa pelatihan tentang konseling, deteksi dini dan pengobatan keperawatan jiwa dasar. Puskesmas menjadi penanggung jawab dalam pelayanan kesehatan ini.

7. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Tim kesehatan jiwa terdiri dari psikiater, psikolog klinik dan perawat jiwa atau dalam kondisi tertentu dapat dokter, perawat dan psikolog yang telah mendapat pelatihan kesehatan masyarakat. Tim tersebut berada di tingkat dinas kesehatan kabupaten/kota, bertanggung jawab terhadap program kesehatan ditingkat kabupaten atau kota. Tim akan bergerak secara rutin ke tiap-tiap puskesmas untuk memberikan konsultasi, supervisi, monitoring dan evaluasi. Pada saat pertemuan dengan tim di tingkat DKK, penanggung jawab pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas:

1. Mendiskusikan tentang kasus-kasus yang tidak berhasil diselesaikan.
2. Melaporkan hasil dan kemajuan pelayanan yang dilakukan.

8. Unit Pelayanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum pada tingkat kabupaten/kota diharapkan menyediakan pelayanan rawat jalan dan rawat inap bagi pasien gangguan jiwa dengan jumlah tempat tidur sesuai dengan kemampuan. Sistem rujukan di puskesmas atau tim kesehatan jiwa ke rumah sakit umum dan sebaliknya, harus jelas. Pada saat ini belum semua rumah sakit umum memiliki rawat jalan atau rawat inap kesehatan jiwa. Kondisi pasien yang dirawat di rumah sakit umum adalah pasien dengan kondisi yang akut, jika di RSU tidak berhasil maka pasien dapat dirujuk ke RSJ.

9. Unit Pelayanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa

Rumah sakit jiwa merupakan pelayanan spesialisik kesehatan jiwa yang difokuskan pada pasien gangguan jiwa yang tidak berhasil dirawat oleh keluarga, puskesmas, atau RSU. Sistem rujukan dari RSU dan rujukan kembali ke masyarakat atau puskesmas harus jelas, agar kontinuitas di keluarga dapat dilakukan. Pasien di RSJ yang telah sembuh dirujuk ke puskesmas dan selanjutnya puskesmas bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan lanjutan di keluarga.

10. Peran dan Fungsi Perawat Kesehatan Jiwa Masyarakat

Perawat kesehatan jiwa masyarakat merupakan tenaga keperawatan dari puskesmas yang bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan di wilayah kerja puskesmas. Fokus pelayanan pada tahap awal adalah anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa. Adapun peran dan fungsi perawat jiwa masyarakat adalah:

1) Pemberi asuhan keperawatan

Perawat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien untuk membantu mengembangkan kemampuan menyelesaikan masalah dan meningkatkan fungsi kehidupannya. Peran ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan jiwa untuk melakukan tindakan sesuai dengan masalah pasien.

Kegiatan yang dilakukan adalah pengelolaan kasus, tindakan keperawatan jiwa pada individu dan masyarakat, dan tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan lain.

2) Pendidikan

Perawat memberikan pendidikan kesehatan jiwa kepada individu dan keluarga untuk mengembangkan kemampuan keluarga dalam melakukan lima tugas keluarga yaitu mampu mengenal masalah-masalah pada pasien, mengambil keputusan untuk mengatasi masalah, merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, memodifikasi lingkungan keluarga yang mendukung pemulihan pasien dan memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa yang ada.

3) Koordinator

Melakukan koordinasi dalam kegiatan penemuan kasus dan rujukan. Penemuan kasus dilakukan dengan pemeriksaan langsung di keluarga, meningkat ke dusun, kemudian kelurahan dan kecamatan. Perawat kesehatan jiwa harus menetapkan jumlah kasus gangguan jiwa pada wilayah kerja puskesmas. Penemuan kasus tersebut dapat berkoordinasi dengan masyarakat, tokoh agama atau anggota tim kesehatan lain. Rujukan ke puskesmas dapat dilakukan jika pasien belum melihat perbaikan dan perawat kesehatan dapat berkonsultasi dengan dinas kesehatan jiwa di tingkat kabupaten. Rujukan dapat bersifat timbal balik. Rujukan balik dari tim kesehatan jiwa masyarakat, RSU, RSJ ke perawat jiwa komunitas.

11. Pendekatan dalam Pengorganisasian Masyarakat

Pendekatan dalam pengorganisasian masyarakat ada 3 jenis yaitu:

1) Perencanaan Sosial (*Social Planning*)

Keputusan program pemenuhan dan penyelesaian masalah didasarkan pada fakta-fakta yang didapat di lapangan dan

difokuskan pada penyelesaian tugas. Pendekatan ini diperlukan untuk kondisi yang memerlukan penyelesaian masalah dengan segera.

2) Aksi Sosial (*Social Action*)

Program pemenuhan kebutuhan dan penyelesaian masalah pada satu area tertentu yang dilakukan oleh sekelompok ahli dari tempat lain. Hal ini dilakukan jika pada tempat kejadian belum dapat diidentifikasi sumber daya yang digunakan.

3) Pengembangan Masyarakat (*Community Development*)

Program pemenuhan kebutuhan dan penyelesaian masalah ditekankan pada peran serta masyarakat, pemberdayaan masyarakat atau peningkatan kemampuan masyarakat dalam menyelesaikan masalah (*self direction & self control*) dan saling memberi bantuan (*selfhelp*) dalam mengidentifikasi masalah serta menyelesaikan masalah. Peran perawat adalah memberdayakan masyarakat, memfasilitasi dan melatih keterampilan mereka dalam menyelesaikan masalah. Hal ini merupakan program jangka panjang dan tidak pernah berhenti sampai terwujudnya masyarakat yang mandiri.

12. Penerapan Pengorganisasian Masyarakat

1) Perawat bertanggung jawab terhadap wilayah kerja puskesmas tempatnya kerja. Perawat kesehatan jiwa komunitas bekerja sama dengan perawat jiwa masyarakat dalam melakukan kegiatan.

Kegiatan tersebut meliputi:

- a. Mengidentifikasi kebutuhan dan masalah serta sumber daya yang ada di masyarakat. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan melalui:
- b. Informasi dari masyarakat tentang anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa.
- c. Informasi dari perawat komunitas.
- d. Pengkajian langsung kepada individu, keluarga maupun

masyarakat.

e. Pertemuan-pertemuan formal dan informal.

2) Mengelompokkan data.

Pengelompokan data dilakukan dengan cara:

- a. Program pencegahan dan peningkatan kesehatan jiwa, jika ditemukan anggota masyarakat yang masih sehat.
- b. Diperlukan program untuk pemulihan segera, jika ditemukan masyarakat yang mengalami masalah psikososial.
- c. Diperlukan intervensi pemulihan segera dan rehabilitasi, jika ditemukan kasus gangguan jiwa.

Kasus gangguan jiwa dikelompokkan berdasarkan tumbuh kembang anak, remaja, dewasa dan lanjut usia, baik jumlah dan masalahnya.

3) Merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan kasus. Perawat kesehatan jiwa komunitas membuat jadwal dalam melakukan tindakan terhadap kasus.

- a. Jadwal aktivitas harian sesuai dengan program kerja harian.
- b. Jadwal kunjungan terhadap kasus-kasus yang ditangani sesuai dengan program pemulihan.

4) Melakukan evaluasi dan tindak lanjut

- a. Mencatat kemajuan perkembangan pasien dan kemampuan keluarga dalam merawat pasien.
- b. Jika kondisi kasus berkembang ke arah yang baik, maka dilanjutkan rencana asuhan yang telah ditetapkan sampai pasien mandiri. Kemudian diteruskan perawatannya oleh keluarga untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup pasien.
- c. Jika ditemukan tanda dan gejala yang memerlukan pengobatan, maka perawat kesehatan jiwa komunitas dapat memberikan obat sesuai dengan standar pendelegasian program pengobatan.
- d. Jika dengan perawatan dan pengobatan pasien tidak menga-

lami perubahan atau kondisi bertambah berat, maka pasien dirujuk ke puskesmas.

- e. Jika kondisi pasien tetap tidak ada perubahan, maka dirujuk ke rumah sakit umum atau rumah sakit jiwa dengan rekomendasi tim kesehatan tingkat kabupaten.

BAB VI

TERAPI MODALITAS

TUJUAN INTRUKSIONAL KHUSUS

1. Mahasiswa mampu berkolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk pemberian terapi psikotropika dengan baik dan benar.
2. Mahasiswa mampu memberikan terapi aktivitas kelompok (TAK) pada klien dengan masalah kesehatan jiwa secara benar dan terarah.
3. Mahasiswa mampu memberikan terapi okupasi secara baik dan benar.
4. Mahasiswa mampu memberikan terapi lingkungan yang mendukung pemulihan klien dengan cermat, baik dan benar.

1. Pemberian Psikotropika

A. Pendahuluan

Klien gangguan jiwa mempunyai keunikan yang tidak didapatkan pada penderita penyakit fisik. Pada penderita penyakit fisik sangat menyadari bahwa dirinya sakit dan membutuhkan pertolongan tenaga kesehatan sedangkan pada penderita klien dengan gangguan jiwa tidak merasa atau menyadari ia sakit. Dengan keunikan ini sering kali perawat kesulitan dalam

pemberian obat karena klien menolak apabila disuruh minum obat, tidak mau menelan, mencurigai obat sebagai racun atau bahkan menyimpan obat untuk bunuh diri. Rentang waktu pemberian obat yang lama membuat klien ketakutan akan ketergantungan obat dan keracunan. Hal ini membuat klien dan keluarga memutuskan pemberian obat tanpa berkonsultasi dengan dokter atau tenaga kesehatan lain terutama bila gejala-gejala gangguan jiwa sudah mulai berkurang. Tindakan putus obat tersebut sering kali merugikan bagi klien karena bila terjadi kekambuhan akan memerlukan dosis obat yang lebih besar.

B. Peranan Perawat dalam Pemberian Obat

Dalam melaksanakan perannya perawat harus mempunyai pengetahuan yang memadai dalam upaya memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Pengetahuan tentang farmakologi yang harus diketahui perawat antara lain tentang dosis, reaksi obat, efek obat, efek samping obat, cara pemberian obat, interaksi obat dengan bahan lain serta perilaku dan persepsi klien dalam menerima terapi obat.

Ada empat peran perawat dalam pemberian obat yaitu:

a) *Sebagai pelaksana*

Perawat berperan langsung dalam pemberian obat, menjaga keefektifan obat dan mengobservasi efek samping dan alergi yang mungkin terjadi. Dalam melaksanakan perannya perawat harus memberi kenyamanan dan rasa aman pada klien dan melindungi hak dan kewajiban klien.

b) *Sebagai pengelola*

Perawat berperan dalam menyimpan, menyiapkan dan menjamin keamanan obat. Perawat harus tahu tata cara menyimpan obat yang benar karena penyimpanan yang salah dapat merusak struktur kimia maupun efek obat. Perawat juga harus memeriksa kedaluarsa dan cara pemberian obat.

c) *Sebagai pendidik*

Perawat bertanggung jawab dalam mendidik klien keluarga dan masyarakat. Peran ini dapat berupa penyuluhan tentang manfaat obat, efek samping dan cara mengatasi reaksi obat yang ditimbulkan, cara pemberian, waktu pemberian dan prinsip 6 benar dalam pemberian obat. Pada akhirnya setiap anggota masyarakat bertanggung jawab terhadap kesehatan jiwa.

d) *Sebagai peneliti*

Perawat diharapkan mengidentifikasi dan mengobservasi terhadap masalah pengobatan yang terjadi, menerapkan rencana dan metode penelitian serta hasil penelitian untuk meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan jiwa.

Untuk melaksanakan keempat peran tersebut dengan baik perawat perlu memahami ilmu farmakologi yang meliputi jenis obat, efek terapi dan efek samping, dosis, cara pemberian, indikasi kontraindikasi obat, tindakan antisipasi terhadap efek terapi yang mungkin timbul dan tindakan rujukan bila tidak dapat ditangani dengan tindakan keperawatan.

C. Jenis Obat

Pembagian obat-obat psikotropika yang sering digunakan dalam pelayanan kesehatan jiwa adalah:

1. Obat antipsikotik
Anatensol, Clozapil, Largactil, Mellerril, Stelazin, Promactil, Haloperidol
2. Obat anti depresan
Asendin, Anafranil, Antiprestin, Laroxyl, Ludiomil
3. Obat anti maniak
Lihtium karbonat
4. Obat anti ansietas
Valium, Ativan, Fresium, Lexotan, Buspar, Xanax
5. Obat anti insomnia

Mogadon, Esilgan

6. Obat anti parkinson

Artane, Kongentin, Akineton, Kemadrin, Benadryl

D. Pemberian Obat pada Klien

Hal-hal yang perlu disiapkan dalam memberikan obat pada pasien antara lain:

- 1) Cek lembar obat, identifikasi jenis obat, cara pemberian dan dosis obat.
- 2) Cek kemasan obat, identifikasi tujuan, cara kerja, efek samping dan cara pemberian.
- 3) Kaji riwayat pengobatan klien, apakah terjadi reaksi yang tidak diinginkan.
- 4) Kaji pengetahuan klien tentang obat.
- 5) Kaji kondisi klien sebelum obat diberikan.
- 6) Cek enam benar pemberian obat (benar obat, dosis obat, nama klien, cara pemberian, waktu pemberian obat dan benar dokumentasi).

E. Metode Pendekatan Khusus dalam Pemberian Obat

Untuk menjalankan tugas atau perannya secara baik, perawat jiwa perlu menggunakan kiat-kiat keperawatan tertentu yang unik dan individual sesuai dengan masalah yang dihadapi. Dalam menangani klien curiga berbeda dengan menangani klien kecanduan obat.

Di bawah ini pendekatan-pendekatan yang dapat dilakukan antara lain:

Pendekatan kepada klien curiga

Klien curiga biasanya tidak mudah percaya atas segala sesuatu. Obat sering kali dianggap racun untuk membunuhnya. Keadaan ini membuat perawat sulit memberikan obat pada klien curiga.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan perawat:

- a) Yakinkan klien bahwa obat tersebut bermanfaat untuk kesembuhan klien. Dan bila sembuh klien dapat memenuhi harapan-

harapannya, misalkan harapan untuk pulang ke rumah, bekerja lagi, bertemu dengan orang-orang yang terdekat.

- b) Hindari sikap ragu-ragu, perawat harus konsisten antara respons verbal dan non verbal. Pertahankan kontak mata, bersikap jujur sehingga klien memercayai perawat.
- c) Berkomunikasi jelas dan singkat.
- d) Berikan obat dalam kemasan yang sama setiap kali pemberian.
- e) Yakinkan obat benar-benar diminum klien dengan cara setelah obat dimasukkan kemulut kemudian ajak klien untuk bicara. Periksa kamar atau bawah kasur klien apakah obat disembunyikan dengan seizin klien.
- f) Cari alternatif lain jika segala upaya gagal misalkan mencari rujukan ke dokter untuk mengubah jenis atau cara pemberian obat.

Pendekatan pada klien bunuh diri

Pada klien dengan perilaku bunuh diri sering kali menolak minum obat karena ia merasa hidupnya sudah tidak ada gunanya atau sebaliknya ia pura-pura taat dalam pengobatan namun obat tidak diminum tetapi disimpan dan dikumpulkan setelah banyak baru diminum untuk melakukan bunuh diri.

Untuk mencegah hal tersebut perlu dilakukan tindakan:

- 1) Lakukan pengawasan secara ketat, termasuk kemungkinan penyimpanan obat.
- 2) Beri perhatian dan dukungan agar klien semangat hidup.
- 3) Tingkatkan harga diri klien.
- 4) Kerahkan dukungan sosial yang dimiliki klien.

Pendekatan pada klien ketergantungan zat

Perawat harus menjelaskan bahwa obat bukan segala-galanya untuk mengatasi masalah dan jelaskan juga bahwa masing-masing obat memiliki efek merugikan jika dikonsumsi tidak sesuai aturan.

F. Pendidikan Kesehatan

Rentang pengobatan gangguan jiwa yang harus rutin dan terus-menerus dapat menyebabkan klien dan keluarga takut mengalami ketergantungan. Untuk mencegah masalah tersebut perawat perlu memberikan penyuluhan kesehatan pada klien dan keluarga. Pendidikan kesehatan tersebut meliputi:

- 1) Tujuan pemberian obat
- 2) Proses pengobatan
- 3) Pentingnya pengobatan rutin dan terus menerus
- 4) Jenis obat, efek samping, dosis, dan waktu pemberian

G. Pengelolaan Obat di Ruangan

Dalam mengelola obat, perawat perlu memperhatikan:

- 1) Obat disimpan di lemari terkunci
- 2) Kunci obat tidak boleh diletakkan sembarangan
- 3) Lemari obat diletakkan di ruang jaga perawat
- 4) Obat disimpan dikemasannya atau di tempat yang diberi label khusus dan masing-masing klien mempunyai tempat tersendiri.
- 5) Setiap pergantian dinas atau shif melakukan serah terima tentang keluar masuk obat.

H. Terapi Somatik

Terapi somatik adalah terapi yang memberikan kepada klien dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku yang adaptif dengan melakukan tindakan dalam bentuk perlakuan fisik. Terapi somatik telah banyak dilakukan pada klien dengan gangguan jiwa. Pada bagian ini membahas terapi somatik restrain, seklusi, elektrokonvulsi dan foto terapi.

I. Restrain

Restrain adalah terapi dengan menggunakan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien. Alat tersebut

meliputi penggunaan manset untuk pergelangan tangan atau kaki dan kain pengikat. Restrain harus dilakukan pada kondisi khusus, hal ini merupakan intervensi yang terakhir jika perilaku klien sudah tidak dapat diatasi atau dikontrol dengan strategi perilaku maupun modifikasi lingkungan. Indikasi restrain yaitu:

- 1) Perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri dan lingkungannya.
- 2) Perilaku agitasi yang tidak dapat diatasi dengan obat-obatan.
- 3) Klien yang mengalami gangguan kesadaran.
- 4) Klien yang membutuhkan bantuan untuk mendapatkan rasa aman dan pengendalian diri.
- 5) Ancaman terhadap integritas tubuh berhubungan dengan penolakan klien untuk istirahat, makan dan minum.

Prinsip intervensi restrain ini melindungi klien dari cedera fisik dan memberikan lingkungan yang nyaman. Restrain dapat menyebabkan klien merasa tidak dihargai hak asasinya sebagai manusia, untuk mencegah perasaan tersebut perawat harus mengidentifikasi faktor pencetus apakah sesuai dengan indikasi terapi, dan terapi ini hanya untuk intervensi yang paling akhir apabila intervensi yang lain gagal mengatasi perilaku agitasi klien. Kemungkinan mencederai klien dalam proses restrain sangat besar, sehingga perlu disiapkan jumlah staf yang cukup dan harus terlatih untuk mengendalikan perilaku klien. Perlu juga dibuat perencanaan pendekatan dengan klien, penggunaan restrain yang aman dan lingkungan restrain harus bebas dari benda-benda berbahaya.

J. Seklusi

Seklusi adalah bentuk terapi dengan mengurung klien dalam ruangan khusus. Klien tidak dapat meninggalkan ruangan tersebut secara bebas. Bentuk seklusi dapat berupa pengurungan diruangan tidak terkunci sampai pengurungan dalam ruangan terkunci dengan

kasus tanpa seprei, tergantung dari tingkat kegawatan klien.

Indikasi seklusi yaitu klien dengan perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Kontra indikasi dari terapi ini antara lain:

- 1) Risiko tinggi bunuh diri
- 2) Klien dengan gangguan sosial
- 3) Kebutuhan untuk observasi masalah medis
- 4) Hukuman

K. ECT (*Electro Convulsif Therapie*)

ECT adalah suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik dan menimbulkan kejang pada penderita baik tronik maupun klonik. Tindakan ini adalah bentuk terapi pada klien dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempelkan pada pelipis klien untuk membangkitkan kejang *grandmall*. Indikasi terapi kejang listrik adalah klien depresi pada *psikosomanik depresi*, klien *schizophrenia stupor katatonik* dan *gaduh gelisah katatonik*. ECT lebih efektif dari antidepresan untuk klien depresi dengan gejala psikotik (waham, paranoid, dan gejala vegetatif), berikan antidepresan saja (imipramin 200-300 mg/hari selama 4 minggu) namun jika tidak ada perbaikan perlu dipertimbangkan tindakan ECT. Mania (*gangguan bipolar manik*) juga dapat dilakukan ECT, terutama jika litium karbonat tidak berhasil. Pada klien depresi memerlukan waktu 6-12x terapi untuk mencapai perbaikan, sedangkan pada mania dan katatonik membutuhkan waktu lebih lama yaitu antara 10-20x terapi secara rutin. Terapi ini dilakukan dengan frekuensi 2-3 hari sekali. Jika efektif, perubahan perilaku mulai kelihatan setelah 2-6 terapi.

Indikasi

ECT merupakan prosedur yang hanya digunakan pada keadaan yang direkomendasikan. Tabel menunjukkan indikasi dan kontra indikasi terapi ECT.

Tabel
Indikasi dan Kontra Indikasi Terapi ECT

Kontra Indikasi	Kompilasi
1. Peningkatan tekanan intra kranial (karena tumor otak, infeksi SSP)	Luksasio dan dislokasi sendi
2. Keguguran pada kehamilan	Fraktur vetebra
Gangguan sistem Muskuloskeletal; Osteoarthritis berat, Osteoarthritis, fraktur karena kejang grandmal	Robekan otot rahang
3. Gangguan kardiovaskuler; Infark miokardium, agina, hipertensi, aritmia, dan aneurisma	Apnoe
4. Gangguan sistem pernapasan; Asma bronkial	Sakit kepala, mual dan nyeri otot
5. Keadaan lemah	Amnesia
	Bingung, agresif, destruktif
	Dimensia

Peran Perawat

Perawat sebelum melakukan terapi ECT harus mempersiapkan alat dan mengantisipasi kecemasan klien dengan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan.

Persiapan alat

- a) Konvulsator set (diatur intensitas dan timer)
- b) Tounge spatel/karet mentah dibungkus kain
- c) Kain kasa
- d) Cairan Nacl secukupnya
- e) Spuit disposibel
- f) Obat SA injeksi 1 ampul
- g) Tensimeter
- h) Stetoskop
- i) Slim suiger
- j) Test konvulsator

Persiapan klien

- 1) Anjurkan pasien dan keluarga untuk tenang dan beritahu

prosedur tindakan yang akan dilakukan.

- 2) Lakukan pemeriksaan fisik dan laboratorium untuk mengidentifikasi adanya kelainan yang merupakan kontraindikasi ECT.
- 3) Siapkan surat persetujuan tindakan.
- 4) Klien dipuasa 4-6 jam sebelum ECT.
- 5) Lepas gigi palsu, lensa kontak, perhiasan atau penjepit rambut yang mungkin dipakai klien.
- 6) Klien diminta untuk mengosongkan kandung kemih dan defeksi.
- 7) Klien jika ada tanda ansietas, berikan 5 mg diazepam IM 1-2 jam sebelum ECT.
- 8) Jika klien menggunakan obat antidepresan, antipsikotik, sedatif-hipnotik, dan antikonvulsan harus dihentikan sehari sebelumnya. Litium biasanya dihentikan beberapa hari sebelumnya karena berisiko organik.
- 9) Premedikasi dengan injeksi SA (*sulfat atropine*) 0,6 - 1,2 mg setengah jam sebelum ECT. Pemberian antikolinergik ini mengendalikan aritmia vagal dan menurunkan sekresi gastrointestinal.

Pelaksanaan:

- 1) Setelah alat sudah disiapkan, pindahkan klien ke tempat dengan permukaan rata dan cukup keras. Posisikan hiper-ektensi punggung tanpa bantal. Pakaian di kendorkan, seluruh badan ditutup dengan selimut, kecuali bagian kepala.
- 2) Berikan natrium metohexital (40-100 mg IV). Anestetik barbiturat ini dipakai untuk menghasilkan koma ringan.
- 3) Berikan pelemas otot suksinilkolin atau Anectine (30-80 mg IV) untuk menghindari kemungkinan kejang umum.
- 4) Kepala bagian temporal (pelipis) dibersihkan dengan alkohol untuk tempat elektroda menempel.

- 5) Kedua pelipis tempat elektroda menempel dilapisi dengan kasa yang basahi cairan NaCl.
- 6) Penderita diminta untuk membuka mulut dan pasang spatel/karet yang dibungkus kain dimasukkan dan penderita diminta untuk menggigit.
- 7) Rahang bawah (dagu) ditahan supaya tidak membuka lebar saat kejang dengan dilapisi kain.
- 8) Persendia (bahu, siku, pinggang, lutut) ditahan selama kejang dengan mengikuti gerakan kejang.
- 9) Pasang kedua elektroda di pelipis yang sudah dilapisi kain kasa basah kemudian tekan tombol sampai timer berhenti dan di lepas.
- 10) Menahan gerakan kejang sampai selesai kejang dengan mengikuti gerakan kejang (menahan tidak boleh dengan kuat).
- 11) Bila berhenti napas berikan bantuan napas dengan rangsangan menekan diafragma.
- 12) Bila banyak lendir, dibersihkan dengan slim suiger.
- 13) Kepala dimiringkan.
- 14) Observasi sampai penderita sadar.
- 15) Dokumentasikan hasil di kartu ECT dan catatan keperawatan.

Setelah ECT:

- 1) Observasi dan awasi tanda vital sampai kondisi klien stabil.
- 2) Jaga keamanan.
- 3) Bila klien sudah sadar bantu mengembalikan orientasi klien sesuai kebutuhan. Biasanya timbul kebingungan pasca kejang 15-30 menit.

Foto Terapi

Foto terapi atau sinar adalah terapi somatik pilihan. Terapi ini diberikan dengan memaparkan klien pada sinar terang (5-20

kali lebih terang dari sinar ruangan). Klien disuruh duduk dengan mata terbuka 1,5 meter, di depan klien diletakkan lampu flouresen spektrum luas setinggi mata. Waktu dan dosis terapi ini bervariasi pada tiap individu. Beberapa klien berespons jika terapi diberikan pagi hari, sementara klien lebih bereaksi kalau dilakukan terapi pada waktu sore hari. Semakin sinar terang, semakin efektif terapi perunit waktu.

Terapi sinar berlangsung dalam waktu yang tidak lama namun cepat menimbulkan efek terapi. Kebanyakan klien merasa sembuh setelah 3-5 hari tetapi klien dapat kembali kambuh jika terapi dihentikan. Terapi ini dapat menurunkan 75% gejala depresi yang dialami klien depresi musim dingin atau gangguan afektif musiman.

Efek samping yang terjadi setelah dilakukan terapi dapat berupa nyeri kepala, insomnia, kelelahan, mual, mata kering, keluar sekresi dari hidung atau sinus dan rasa lelah pada mata.

L. Terapi Derivat Tidur

Terapi derivat tidur adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan cara mengurangi jumlah waktu tidur klien. Terapi ini sangat tepat diberikan kepada klien depresi. Dari hasil penelitian ditemukan 60% klien depresi mengalami perbaikan setelah jam tidur dikurangi selama 1 malam. Namun banyak klien yang mengalami depresi kembali ketika klien hanya tidur selama kurang lebih 2 jam pada malam hari.

2. Terapi Aktivitas Kelompok

Kelompok adalah kumpulan individu yang mempunyai hubungan satu dengan yang lain, saling ketergantungan dan mempunyai norma yang sama (*Stuart & Laraia, 2001*). Anggota kelompok mungkin datang dari berbagai latar belakang yang harus ditangani sesuai keadaannya seperti agresif, takut, kebencian, kompetitif, kesamaan, ketidaksamaan, kesukaran dan menarik diri

(Yaloom, 1995 dalam Stuart Sundeen dan Laraia, 2001). Semua kondisi ini akan memengaruhi dinamika kelompok, di mana anggota kelompok memberi dan menerima umpan balik yang berarti dalam berbagai interaksi yang terjadi dalam kelompok.

Tujuan dari kelompok adalah membantu anggota yang berperilaku destruktif dalam berhubungan dengan orang lain dan mengubah perilaku yang maladaptif. Kekuatan kelompok ada pada kontribusi dari tiap anggota kelompok dan pemimpin kelompok dalam mencapai tujuan kelompok, sedangkan fungsi-fungsi dari kelompok adalah untuk mencapai anggota kelompok berbagi pengalaman dan saling membantu satu sama lain. Jika anggota kelompok berbagi cara mereka menyelesaikan masalah, maka kelompok berfungsi dengan baik. Kelompok merupakan laboratorium tempat mencoba dan menemukan hubungan interpersonal dan perilaku.

Rowlins, Williams dan Beck (1993) membagi kelompok menjadi tiga yaitu terapi kelompok, kelompok terapeutik dan terapi aktivitas kelompok. Terapi kelompok adalah metode pengobatan di mana klien ditemui dalam rancangan waktu dengan tenaga yang memenuhi persyaratan. Fokus terapi kelompok adalah menjadi *self awareness*, peningkatan hubungan interpersonal dan dengan membuat perubahan atau ketiganya.

Tujuan Aktivitas Kelompok

Adalah suatu upaya untuk memfasilitasi psikoterapis terhadap sejumlah klien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal antar anggota.

Tujuan terapi aktivitas kelompok dibagi menjadi tiga yaitu:

1) *Tujuan umum*

Meningkatkan kemampuan uji realitas melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain, melakukan sosialisasi, meningkatkan kesadaran terhadap hubungan reaksi emosi dengan tindakan atau perilaku defensif dan meningkatkan

motivasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif.

2) *Tujuan khusus*

Meningkatkan identitas diri, menyalurkan emosi secara konstruktif, meningkatkan keterampilan hubungan interpersonal atau sosial.

3) *Tujuan rehabilitasi*

Meningkatkan keterampilan ekspresi diri, sosial, meningkatkan kepercayaan diri, empati, meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pemecahan.

Karakteristik Pasien

Berdasarkan pengamatan dan kajian status klien maka karakteristik klien yang dilibatkan dalam terapi aktivitas kelompok ini adalah klien dengan masalah keperawatan seperti risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, perilaku kekerasan, defisit perawatan diri, isolasi sosial: menarik diri, dan perubahan persepsi sensori.

Model Terapi Aktivitas Kelompok

- *Focal conflict model*

Dikembangkan berdasarkan konflik yang tidak disadari dan berfokus pada kelompok individu. Tugas leader adalah membantu kelompok memahami konflik dan membantu penyelesaian masalah. Misalnya; adanya perbedaan pendapat antar anggota, bagaimana masalah ditanggapi anggota dan leader mengarahkan alternatif penyelesaian masalah.

- *Model komunikasi*

Dikembangkan berdasarkan teori dan prinsip komunikasi, bahwa tidak efektifnya komunikasi akan membawa kelompok menjadi tidak puas. Tujuan membantu meningkatkan keterampilan interpersonal dan sosial anggota kelompok. Tugas leader adalah memfasilitasi komunikasi yang efektif antar anggota dan

mengajarkan pada kelompok bahwa perlu adanya komunikasi dalam kelompok, anggota bertanggung jawab terhadap apa yang diucapkan, komunikasi pada semua jenis: verbal, non verbal, terbuka dan tertutup, serta pesan yang disampaikan harus dipahami orang lain.

- *Model interpersonal*

Tingkah laku (pikiran, perasaan dan tindakan) digambarkan melalui hubungan interpersonal dalam kelompok. Pada model ini juga menggambarkan sebab akibat tingkah laku anggota, merupakan akibat dari tingkah laku anggota yang lain. Terapist bekerja dengan individu dan kelompok, anggota belajar dari interaksi antar anggota dan terapis. Melalui proses ini, tingkah laku atau kesalahan dapat dikoreksi dan dipelajari.

- *Model psikodrama*

Dengan model ini dapat memotivasi anggota kelompok untuk berakting sesuai dengan peristiwa yang baru terjadi atau peristiwa yang lalu, sesuai peran yang diperagakan. Anggota diharapkan dapat memainkan peran sesuai peristiwa yang pernah dialami.

Fokus Terapi Aktivitas Kelompok

- *Orientasi realitas*

Adalah pemberian aktivitas kelompok yang mengalami gangguan orientasi terhadap orang, waktu dan tempat. Tujuan adalah klien mampu mengidentifikasi stimulus internal (pikiran, perasaan dan sensasi somatik) dan stimulus eksternal (iklim, bunyi dan situasi alam sekitar), klien dapat membedakan antara lamunan dan kenyataan, pembicaraan klien sesuai realitas, klien mampu mengenal diri sendiri dan klien mampu mengenal orang lain, waktu dan tempat. Karakteristik klien: gangguan orientasi realita (GOR), halusinasi, waham, ilusi dan depersonalisasi yang sudah dapat berinteraksi dengan orang lain, klien kooperatif, dapat berkomunikasi verbal dengan baik, dan kondisi fisik dalam

keadaan sehat.

- *Sosialisasi*

Maksudnya adalah memfasilitasi psikoterapis untuk memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal, memberi tanggapan terhadap orang lain, mengekspresikan ide dan tukar persepsi dan menerima stimulus eksternal yang berasal dari lingkungan. Tujuan meningkatkan hubungan interpersonal antar anggota kelompok, berkomunikasi, saling memperhatikan, memberikan tanggapan terhadap orang lain, mengekspresikan ide serta menerima stimulus eksternal. Karakteristik klien: kurang berminat atau tidak ada inisiatif untuk mengikuti kegiatan ruangan, sering berada di tempat tidur, menarik diri, kontak sosial kurang, harga diri rendah, gelisah, curiga, takut dan cemas, tidak ada inisiatif memulai pembicaraan, menjawab seperlunya, jawaban sesuai pertanyaan, dan dapat membina trust, mau berinteraksi dan sehat fisik.

- *Stimulasi persepsi*

Artinya adalah membantu klien yang mengalami kemunduran orientasi, stimulus persepsi dalam upaya memotivasi proses berpikir dan afektif serta mengurangi perilaku maladaptif. Tujuan meningkatkan kemampuan orientasi realita, memusatkan perhatian, intelektual, mengemukakan pendapat dan menerima pendapat orang lain dan mengemukakan perasaannya. Karakteristik klien: gangguan persepsi yang berhubungan dengan nilai-nilai, menarik diri dari realita, inisiatif atau ide-ide yang negatif, kondisi fisik sehat, dapat berkomunikasi verbal, kooperatif dan mengikuti kegiatan.

- *Stimulasi sensori*

Maksudnya adalah menstimulasi sensori pada klien yang mengalami kemunduran sensoris. Tujuan meningkatkan kemampuan sensori, memusatkan perhatian, kesegaran jasmani, dan mengekspresikan perasaan.

- *Penyaluran energi*

Maksudnya adalah untuk menyalurkan energi secara konstruktif. Tujuan menyalurkan energi dari destruktif menjadi konstruktif, mengekspresikan perasaan dan meningkatkan hubungan interpersonal.

Tahap-tahap dalam terapi aktivitas kelompok

Menurut Yalom yang dikutip oleh Stuart dan Sundeen, 1995, fase-fase dalam terapi aktivitas kelompok adalah sebagai berikut:

1. Pre kelompok

Dimulai dengan membuat tujuan, merencanakan, siapa yang menjadi leader, anggota, di mana, kapan kegiatan kelompok tersebut dilaksanakan, proses evaluasi pada anggota dan kelompok, menjelaskan sumber-sumber yang diperlukan kelompok seperti proyektor dan jika memungkinkan biaya dan keuangan.

2. Fase awal

Pada fase ini terdapat 3 kemungkinan tahapan yang terjadi yaitu orientasi, konflik atau kebersamaan.

Orientasi

Anggota mulai mengembangkan sistem sosial masing-masing, dan leader mulai menunjukkan rencana terapi dan mengambil kontrak dengan anggota.

Konflik

Merupakan masa sulit dalam proses kelompok, anggota mulai memikirkan siapa yang berkuasa dalam kelompok, bagaimana peran anggota, tugasnya dan saling ketergantungan yang akan terjadi.

Kebersamaan

Anggota mulai bekerja sama untuk mengatasi masalah, anggota mulai menemukan siapa dirinya.

3. Fase kerja

Pada tahap ini kelompok sudah menjadi tim. Perasaan positif

dan negatif dikoreksi dengan hubungan saling percaya yang telah dibina, bekerja sama untuk mencapai tujuan yang telah disepakati, kecemasan menurun, kelompok lebih stabil dan realistis, mengeksplorasi lebih jauh sesuai dengan tujuan dan tugas kelompok, serta penyelesaian masalah yang kreatif.

4. Fase terminasi

Ada dua jenis terminasi (akhir dan sementara). Anggota kelompok mungkin mengalami terminasi prematur, tidak sukses atau sukses.

Peran Perawat dalam Terapi Aktivitas Kelompok

1. Mempersiapkan program terapi aktivitas kelompok
2. Sebagai leader dan co leader
Sebagai *role model*, menyusun rencana, mengarahkan kelompok dalam mencapai tujuan, memotivasi anggota, mengatur jalannya kegiatan, menjelaskan aturan kegiatan dan memimpin jalannya kegiatan.
3. Sebagai fasilitator
Membantu leader memfasilitasi anggota untuk berperan aktif dan membantu leader dalam memotivasi anggota.
4. Sebagai observer
Mengobservasi respons tiap klien dan mencatat semua proses yang terjadi dan semua perubahan perilaku klien.
5. Mengatasi masalah yang timbul pada saat pelaksanaan.

3. Terapi Okupasi

Adalah suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu yang telah ditetapkan. Terapi ini berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada seseorang pemeliharaan dan peningkatan bertujuan untuk membentuk seseorang agar mandiri, tidak tergantung pada pertolongan orang lain.

Tujuan Terapi Okupasi

1. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi mental
 - a. Menciptakan kondisi tertentu sehingga klien dapat mengembangkan kemampuannya untuk dapat berhubungan dengan orang lain dan masyarakat sekitarnya.
 - b. Membantu melepaskan dorongan emosi secara wajar.
 - c. Membantu menemukan kegiatan sesuai bakat dan kondisinya.
 - d. Membantu dalam pengumpulan data untuk menegakkan diagnosis dan terapi.
2. Terapi khusus untuk pengembalian fungsi fisik, meningkatkan gerak, sendi, otot dan koordinasi gerakan.
3. Mengajarkan ADL seperti makan, berpakaian, BAK, BAB dan sebagainya.
4. Membantu klien menyesuaikan diri dengan tugas rutin di rumah.
5. Meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki.
6. Menyediakan berbagai macam kegiatan agar dicoba klien untuk mengetahui kemampuan mental dan fisik, kebiasaan, kemampuan bersosialisasi, bakat, minat dan potensinya.
7. Mengarahkan minat dan hobi untuk dapat digunakan setelah klien kembali di lingkungan masyarakat.

Peranan aktivitas dalam terapi

Aktivitas dalam okupasi terapi hanya media, tidak untuk menyembuhkan. Peranan terapi tersebut sebagai penghubung antara batin klien dengan dunia luar, berhubungan dengan tujuan pekerjaan dan dapat meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi dalam kelompok terapi.

Indikasi Terapi Okupasi

- a) Klien dengan kelainan tingkah laku disertai dengan kesulitan berkomunikasi.
- b) Ketidakmampuan menginterpretasikan rangsangan sehingga reaksi terhadap rangsangan tidak wajar.
- c) Klien yang mengalami kemunduran.
- d) Klien dengan cacat tubuh disertai gangguan kepribadian.
- e) Orang yang mudah mengekspresikan perasaan melalui aktivitas.
- f) Orang yang mudah belajar sesuatu dengan praktik langsung daripada membayangkan.

Karakteristik Aktivitas Terapi

- a) Mempunyai tujuan jelas
- b) Mempunyai arti tertentu bagi klien
- c) Harus mampu melibatkan klien walau minimal
- d) Dapat mencegah bertambah buruknya kondisi
- e) Dapat memberi dorongan hidup
- f) Dapat dimodifikasi
- g) Disesuaikan dengan minat

Analisis Aktivitas

- a) Jenis kegiatan
- b) Maksud dan tujuan
- c) Sarana/alat/aktivitas
- d) Kerumitan/aktivitas
- e) Persiapan
- f) Pelaksanaan
- g) Kontra indikasi
- h) Disukai klien atau tidak disukai

Jenis Kegiatan

Jenis kegiatan dalam terapi okupasi antara lain olahraga, per-

mainan, kerajinan tangan, seni, rekreasi, diskusi dan perawatan kebersihan diri.

Proses Terapi Okupasi

1. *Pengumpulan data*

Meliputi data tentang identitas klien, gejala, diagnosis, perilaku dan kepribadian klien. Misalnya klien mudah sedih, putus asa, marah.

2. *Analisis data dan identifikasi masalah*

Dari data yang telah dikaji ditegakkan diagnosis sementara tentang masalah klien maupun keluarga.

3. *Penentuan tujuan dan sasaran*

Dari diagnosis yang ditegakkan dapat dibuat sasaran dan tujuan yang ingin dicapai.

4. *Penentuan aktivitas*

Jenis kegiatan yang ditentukan harus disesuaikan dengan tujuan terapi.

5. *Evaluasi*

Evaluasi kemampuan klien, inisiatif, tanggung jawab, kerja sama, emosi dan tingkah laku selama aktivitas berlangsung. Dari hasil evaluasi rencanakan kembali kegiatan yang sesuai dan akan dilakukan. Evaluasi dilakukan secara periodik misalkan 1 minggu sekali dan setiap selesai melaksanakan kegiatan.

Pelaksanaan Terapi

Terapi okupasi dapat dilakukan secara individu maupun kelompok tergantung dari kondisi klien dan tujuan terapi.

1. *Metode*

- a) Individual; dilakukan untuk klien baru masuk, klien yang belum mampu berinteraksi dengan kelompok dan klien yang sedang menjalani persiapan aktivitas.
- b) Kelompok; klien dengan masalah sama, klien yang lama,

dan yang memiliki tujuan kegiatan yang sama.

2. Waktu

Terapi dilakukan 1-2 jam setiap sesi baik metode individual maupun kelompok dengan frekuensi kegiatan per sesi 2-3 kali dalam seminggu. Setiap kegiatan dibagi menjadi 2 bagian (pertama: $\frac{1}{2}$ - 1 jam; kedua: 1 - $\frac{1}{2}$ jam).

4. Terapi Lingkungan

Perawatan klien di rumah sakit pada rentang waktu yang lama mengakibatkan klien mengalami penurunan kemampuan berpikir dan bertindak secara mandiri dan kehilangan hubungan dengan dunia luar. Oleh karena itu diperlukan pengembangan layanan keperawatan psikiatrik salah satunya dengan penerapan terapi lingkungan di rumah sakit.

Terapi lingkungan atau “Millieu Terapi” adalah suatu manipulasi ilmiah yang bertujuan untuk menghasilkan perubahan pada perilaku pasien dan untuk mengembangkan keterampilan emosional dan sosial (Stuart & Sundeen, 1991). Sedangkan menurut Suliswati (2005) terapi lingkungan merupakan lingkungan yang ditata untuk menunjang untuk menunjang proses terapi, baik fisik, mental maupun sosial agar dapat membantu penyembuhan dan pemulihan klien.

Tujuan Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan merupakan salah satu bentuk terapi klien gangguan jiwa yang dapat membantu efektivitas pemberian asuhan keperawatan jiwa. Schultz dan Videbeck (1998) menyebutkan bahwa pemindahan klien dan lingkungan yang terapeutik akan memberikan kesempatan untuk istirahat dan memulihkan diri, memberikan waktu untuk berfokus pada pengembangan dalam hal kekuatan dan kesempatan belajar, agar klien mampu mengidentifikasi alternatif dan solusi masalah. Menurut Abrams cit Stuart & Sundeen (1995) menyebutkan 2 tujuan yaitu:

- 1) Membatasi gangguan dan perilaku maladaptif
- 2) Mengajarkan keterampilan psikososial

Untuk melakukan pembatasan terhadap perilaku yang maladaptif, perlu ditekankan penggunaan terapi lingkungan dengan mengembangkan empat keterampilan psikososial. (Abroms, 1995).

Empat keterampilan tersebut yaitu:

- 1) *Orientation*

Pencapaian orientasi dan kesadaran terhadap realita yang lebih baik. Orientasi tersebut berhubungan dengan pemahaman klien terhadap orang, waktu, tempat, dan situasi. Sedangkan kesadaran terhadap realita dapat dikuatkan melalui interaksi dan hubungan dengan orang lain.

- 2) *Assertation*

Kemampuan mengekspresikan perasaan dengan tepat. Klien perlu dianjurkan mengekspresikan diri secara efektif dengan tingkah laku yang dapat diterima masyarakat.

- 3) *Accupation*

Kemampuan klien untuk dapat memupuk percaya diri dan berprestasi melalui keterampilan. Hal ini dapat dilakukan dengan memberikan aktivitas dalam bentuk yang positif dan disukai klien, misalnya melukis, bermain musik, merangkai bunga dan lain sebagainya.

- 4) *Recreation*

Kemampuan menggunakan dan membuat aktivitas yang menyenangkan, contoh menebak kata, senam dan jalan-jalan.

Karakteristik Umum dari Terapi Lingkungan

Jack cit Barry (1998) menyebutkan beberapa karakteristik dari terapi lingkungan sebagai berikut:

- 1) Setiap interaksi merupakan suatu kesempatan untuk intervensi terapeutik.
- 2) Klien memikul tanggung jawab terhadap tingkah laku

mereka sendiri.

- 3) Pemecahan masalah dicapai dengan diskusi, negosiasi dan konsensus daripada hanya dengan menggunakan beberapa gambaran dari para ahli.
- 4) Komunikasi terbuka dan langsung antar staf dan klien.
- 5) Klien didukung untuk berpartisipasi aktif dalam penanganan mereka sendiri dan dalam membuat keputusan di unit tempat mereka dirawat.
- 6) Unit tetap sering melakukan komunikasi dan kontak dengan komunitas, keluarga serta jaringan sosial.

Dalam upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik ada 5 (lima) aspek yang perlu diperhatikan yaitu aspek fisik, intelektual, sosial, emosional dan spiritual.

a) *Aspek Fisik*

Menciptakan lingkungan fisik yang aman dan nyaman. Gedung permanen, mudah dijangkau, lengkap dengan kamar tidur, ruang tamu, ruang makan, kamar mandi dan WC. Struktur dan tatanan dalam gedung dirancang sesuai dengan kondisi dan jenis penyakit serta tingkat perkembangan klien. Misalnya: ruang perawatan anak didesain dengan gambar-gambar kartun/idola anak-anak yang berbeda dengan ruang dewasa.

b) *Aspek Intelektual*

Tingkat intelektual klien dapat ditentukan melalui kejelasan stimulus dari lingkungan dan sikap perawat. Misalkan lingkungan dengan warna biru dan hijau memberikan stimulus ketenangan dan keteduhan. Perawat harus memberikan stimulus eksternal yang positif sehingga kesadaran diri klien menjadi luas dan klien dapat menerima kondisinya.

c) *Aspek Sosial*

Dalam aspek ini perawat mengembangkan pola interaksi

yang positif, hubungan psikososial yang menyenangkan dan menguatkan ego klien. Oleh karena itu perawat perlu penggunaan tehnik komunikasi yang tepat sehingga perawat dapat menciptakan aspek ini.

d) *Aspek Emosional*

Perawat harus menciptakan iklim emosional yang positif dengan menunjukkan sikap yang tulus, jujur atau dapat dipercaya, bersikap spontan dalam memenuhi kebutuhan klien, empati, peka terhadap perasaan dan kebutuhan klien.

e) *Aspek Spiritual*

Aspek ini ditujukan untuk memaksimalkan manfaat dari pengalaman, pengobatan dan perasaan damai bagi klien, sehingga perlu disediakan sarana ibadah seperti kitab suci dan ahli agama.

Peran Perawat dalam Terapi

Perawat dalam memenuhi kebutuhan klien berdasarkan pada identitas masalah baik kebutuhan fisik dan emosional. Perawat yang berperan sebagai *mothering care* tidak hanya memenuhi kebutuhan klien tetapi juga memfasilitasi klien agar mengembangkan kemampuan baru untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Dengan demikian klien dapat memahami dan menerima situasi yang sedang dialaminya dan termotivasi untuk mengubah perilaku destruktif menjadi konstruktif. Perawat juga membantu klien mengenal batasan dan menerima risiko akibat perilakunya.

Perawat memperlakukan klien sebagai individu yang unik sehingga dalam memberikan asuhan keperawatan ia harus memperhatikan kondisi dan tingkat perkembangan klien. Sebagai perencana perawat sebelumnya memberikan asuhan keperawatan terlebih dahulu harus melakukan pengkajian untuk memperoleh gambaran yang jelas tentang kondisi klien dan situasi ruangan yang dibutuhkan. Sebagai koordinator perawat harus dapat mengatur dan

mengorganisasi semua kegiatan supaya rencana yang ditetapkan dapat dilaksanakan dengan baik. Perawat harus memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga agar mereka dapat berperan aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Lampiran:

**FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA
RS. JIWA DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA**

RUANGAN RAWAT **TANGGAL DIRAWAT**

IDENTITAS KLIEN

Inisial :(L/P) Tanggal Pengkajian :
Umur : RM No. :
Informan :

ALASAN MASUK

.....
.....

FAKTOR PREDISPOSISI

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

3. Pengalaman	Pelaku Usia	Korban Usia	Saksi Usia
Aniaya fisik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aniaya seksual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Penolakan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kekerasan dalam keluarga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
indakan kriminal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jelaskan No. 1, 2, 3 :

Masalah Keperawatan :

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Ya Tidak

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

Masalah keperawatan :

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

.....
.....
Masalah keperawatan :

FISIK

- 1. Tanda Vital : TD : N : S : P :
- 2. Ukur : TB : BB :

- 3. Keluhan Fisik Ya Tidak

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

II. PSIKOSOSIAL

1. Genogram

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

2. Konsep diri

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

Masalah keperawatan :

3. Hubungan Sosial

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

Masalah keperawatan :

4. Spiritual

- a. Nilai dari keyakinan :
- b. Kegiatan ibadah :

Masalah keperawatan :

GENOGRAM :

III. STATUS MENTAL

1. Penampilan

Tidak Rapi

Penggunaan pakaian tidak sesuai

Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

2. Pembicaraan

Cepat

Keras

Gagap

Inkoberen

Apatis

Lambat

Membisu

Tidak mampu mulai pembicaraan

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

3. Aktivitas Motorik

Lesu

Tegang

Gelisah

Agitasi

Tik

Grimasing

Tremor

Kompulsif

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

4. Alam perasaan

- Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir Gembira berlebihan

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

5. Afek

- Datar Tumpul Labil Tidak ssesuai

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

6. Interaksi selama wawancara

- Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung
 Kontak mata kurang Defensif Curiga

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

7. Persepsi

Halusinasi

- Pendengaran Pengelihatan Perabaan
 Pengecapan Pembauan

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

8. Proses Pikir

- Sirkumstansial Tangensial Kehilangan asosiasi
 Flight of ideas Blocking Penanggulangan pembicaraan/perseverasi

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

9. Isi Pikir

- Obsesi Fobia Hipokodria
 Depersonalisasi Ide yang terkait Pikiran magis

Waham

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

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

10. Tingkat kesadaran

Bingung Sedasi Stupor

Disorientasi

Waktu Tempat Orang

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

11. Memori

Gangguan daya ingat jangka panjang Gangguan daya ingat jangka pendek
 Gangguan daya ingat Konfabulasi

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mudah beralih Tidak mampu berkonsentrasi Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

13. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

14. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diberita Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

IV. KEBUTUHAN PULANG

2. Kemampuan klien memenuhi / menyediakan kebutuhan :

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

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

2. Kegiatan hidup sehari-hari

a. Perawatan diri

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

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

b. Nutrisi

- Apakah anda puas dengan pola makan anda ? Ya Tidak
- Apakah anda makan memisahkan diri ?

Jika Ya, jelaskan alasannya ?

- Frekuensi makan sehari kali
- Frekuensi udapan sehari kali

- Nafsu makan Meningkat Menurun Berlebihan Sedikit-sedikit

- Meningkat Menurun BB tertinggi BB terendah

- Diet khusus :

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

c. Tidur

- Apakah ada masalah ? Ya Tidak
 - Apakah anda merasa segar setelah bangun tidur ?
 - Apakah anda kebiasaan tidur siang ?
- Lamanyajam

- Apakah yang menolong anda untuk tidur ?
- Waktu tidur malam : Jam Waktu bangun jam
- Sulit tidur Terbangun saat tidur
- Bangun terlalu pagi Gelisah saat tidur
- Semnabolisme Berbicara dalam tidur

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

3. Kemampuan Klien dalam

- Mengantisipasi kebutuhan sendiri Ya Tidak
- Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri
- Mengatur penggunaan obat
- Melakukan pemeriksaan kesehatan (follow up)

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

4. Klien memiliki sistem pendukung

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

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

5. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi Ya Tidak

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

V. MEKANISME KOPING

Adaptif

- Bicara dengan orang lain
- Mampu menyelesaikan masalah
- Teknik relaksasi
- Aktifitas konstruksi
- Olah raga
- lainnya

Maladaptif

- Minum Alkohol
- Reaksi lambat / berlebihan
- Bekerja berlebihan
- Menghindar
- Mencederai diri
- Lainnya

Masalah keperawatan :

VI. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Masalah dengan pendidikan, spesifik.....

Masalah dengan perumahan, spesifik.....

Masalah ekonomi, spesifik.....

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik.....

Masalah lainnya, spesifik.....

Masalah keperawatan

VII. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input type="checkbox"/> Sistem pendukung |
| <input type="checkbox"/> Faktor presipitasi | <input type="checkbox"/> Penyakit fisik |
| <input type="checkbox"/> Koping | <input type="checkbox"/> Obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : | |

VIII. DATA LAIN-LAIN

.....
.....
.....
.....
.....
.....

IX. ASPEK MEDIK

Diagnosa Medik :

Terapi Medik :

X. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

.....

.....

.....

.....

.....

XI. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

.....

.....

.....

.....

.....

Yogyakarta,

KOMPETENSI KLINIK KEPERAWATAN JIWA

Adapun kompetensi klinik yang harus dicapai mahasiswa adalah:

1. Komunikasi terapeutik :
 - a. Menjalin hubungan interpersonal sesuai tugas-tugas pada tahapan hubungan perawat dan klien
 - b. Menerapkan tehnik komunikasi terapeutik
 - c. Mengamati reaksi verbal dan non verbal
 - d. Menyusun analisa proses interaksi
 - e. Kegawat daruratan psikiatris
2. Proses keperawatan :
 - a. Anak remaja
 - b. Dewasa
 - c. Usila
 - d. Masyarakat
3. Pelaksanaan terapi modalitas keperawatan
 - a. somatoterapi
 - b. psikofarmaka
 - c. ECT
4. Psikoterapi suportif
 - a. katarsis
 - b. sugesti
 - c. bimbingan penyuluhan
 - d. terapi okupasi
 - e. terapi aktivitas kelompok
5. Manipulasi lingkungan
 - a. keluarga
 - b. masyarakat

**FORMAT EVALUASI
PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK**

Ruang : _____ **Tanggal :** _____
Nama : _____ **Observasi Penilai :** _____

No	Aspek yang dinilai	Bobot	Dilakukan	Tidak dilakukan
1.	Fase Prainteraksi			
	a. Menuliskan kondisi klien	1		
	b. Menuliskan Diagnosa kep	1		
	c. Tujuan			
	d. Rencana tindakan (prinsip) tindakan, lingk. (Terapeutik)	1 1		
2.	Fase Orientasi			
	1. Salam	1		
	2. Evaluasi validasi	2		
	3. Mengingatkon kontrak	1		
	- Topic			
	- Waktu			
	- Tempat			
	4. Tujuan tindakan pembicaraan	1		
3.	Fase Kerja			
	1. Teknik Komunikasi	3		
	2. Sikap Komunikasi	3		
	3. Langkah-langkah tindakan sesuai dengan rencana	5		
4.	Fase Terminasi			
	1. Evaluasi respon pasien	2		
	2. Rencana tindak lanjut			
	3. Menetapkan kontrak yang akan datang	1 2		
	JUMLAH NILAI	25		

Nilai : $\frac{\text{Jumlah Nilai (yang dilakukan)}}{\text{Bobot}} \times 100$

Penilai,

(.....)

KOMPETENSI KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

SUB UNIT KOMPETENSI	KUK (KRITERIA UNTUK KERJA)	INDIKATOR	PENILAIAN			
			1	2	3	4
Melakukan komunikasi interpersonal dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada klien & keluarga <u>Fase pra interaksi</u>	Ucapan salam disampaikan	Memberi salam: 1. Ucapan salam 2. Sikap tubuh 3. Raut wajah 4. Bahasa verbal				
	Identitas perawat disampaikan	Memperkenalkan diri: 1. Nama lengkap 2. Nama panggilan 3. profesi				
	Identitas klien & klg. ditanyakan	Mengidentifikasi klien: 1. Nama lengkap 2. Nama panggilan 3. Umur 4. Alamat				
<u>Fase orientasi</u>	Tujuan melakukan hubungan/interaksi interpersonal disampaikan	Menyampaikan tujuan interaksi: 1. Kontrak waktu 2. Kontrak topik 3. Kontrak tempat				
	Penjelasan yang disampaikan dimengerti oleh pasien & keluarga	Mengevaluasi pengetahuan klien: 1. Ungkapan validasi 2. Ungkapan klarifikasi 3. Respon verbal 4. Respon non verbal				
Fase kerja	Selama komunikasi dipergunakan bahasa yang jelas, sopan dan sistematis, serta tidak mengancam	Mengidentifikasi kemampuan perawat berkomunikasi: 1. Intonasi 2. Nada bicara 3. Emapi 4. Komunikasi dua arah				

	Klien / keluarga diberi kesempatan bertanya untuk klarifikasi	Member kesempatan bertanya: 1. Pertanyaan dari klien & keluarga 2. Validasi dari klien & keluarga 3. Klarifikasi dari klien & keluarga				
	Privasi klien selama komunikasi dihargai	Menjaga privasi klien: 1. Keamanan klien 2. Kerahasiaan klien 3. Kerahasiaan data 4. Kepercayaan klien				
	Sebagai pendengar diperlihatkan dengan sabar dan penuh perhatian serta empati	Perawat menjadi pendengar: 1. Sikap tubuh 2. Bahasa verbal 3. Sikap non verbal				
	Laporan verbal dilaksanakan	Berkomunikasi dengan klien: 1. Bahasa 2. Intonasi 3. Nada 4. Volume				
Fase terminasi	Akhir komunikasi dirumuskan & divalidasi	Mengakhiri komunikasi: 1. Evaluasi subyektif 2. Evaluasi obyektif 3. Rencana tindak lanjut 4. Kontrak yang akan datang				
	Salam perpisahan/ penutup disampaikan	Mengucapkan salam perpisahan: 1. Ucapan salam 2. Sikap tubuh 3. Raut wajah 4. Bahasa verbal				

	Analisis Proses Interaksi (API) pada klien di dokumentasikan	Mendokumentasikan API: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbal 2. Nonverbal 3. Analisis berfokus pada perawat 4. Analisis berfokus pada klien, rasional 				
Aspek gg. Jiwa dewasa: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perilaku kekerasan ➤ Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, & lingkungan ➤ Resiko bunuh diri ➤ Gg. Konsep diri ➤ PSP: Halusinasi ➤ PPP: Waham ➤ Gg. Alam perasaan: Depresi 	Kebutuhan alat & bahan diidentifikasi sesuai dengan standar	Mengidentifikasi kebutuhan alat & bahan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Format pengkajian status mental 2. Alat tulis 3. Tensimeter 4. Termometer 				
	Aspek keamanan & kenyamanan dijaga	Mengidentifikasi keamanan & kenyamanan: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kenyamanan klien ✓ Kerahasiaan data klien ✓ Kepercayaan klien 				
	Tujuan & prosedur tindakan disampaikan	Menyampaikan tujuan & prosedur: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tujuan prosedur ✓ Alasan dilakukan prosedur ✓ Akibat prosedur 				

	Data riwayat keperawatan diidentifikasi	Mengidentifikasi riwayat keperawatan: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alasan masuk ✓ Factor predisposisi ✓ Factor presipitasi ✓ Psikososial ✓ Hubungan social ✓ Rncana pulang ✓ Aspek medik 				
	Data pemeriksaan status mental diidentifikasi	Mengidentifikasi status mental: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Penampilan ✓ Proses piker ✓ Persepsi ✓ Daya tilik diri ✓ Afek emosi ✓ Memori ✓ Pembicaraan ✓ Konsentrasi ✓ Aktifitas motorik 				
	Data pemeriksaan penunjang termasuk laboratorium dan diagnostic diidentifikasi	Mengidentifikasi laboratorium & diagnostic: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Laboratorium ✓ Rontgent ✓ EEg ✓ Ct Scan ✓ Psiko Test ✓ Brain mapping 				
	Data subyektif dikumpulkan secara sistematis	Mengidentifikasi data: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Subyektif klien ✓ S u b y e k t i f i t a s keluarga ✓ Observasi perawat 				
	Masalah keperawatan dirumuskan	Merumuskan masalah: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Data obyektif ✓ Data subyektif ✓ Problem & etiologi 				

	Pohon masalah keperawatan ditentukan	Menentukan pohon masalah: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Core problem ✓ Sebab ✓ Akibat ✓ Urutan prioritas 				
	Diagnose keperawatan diformulasikan	Mengidentifikasi diagnose keperawatan: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Core problem ✓ Sebab ✓ Akibat ✓ Urutan prioritas 				
	Rencana Askep disusun	Melakukan observasi: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnose keperawatan ✓ Tujuan umum ✓ Tujuan khusus ✓ Criteria hasil ✓ Intervensi keperawatan 				
	Observasi dilakukan	Melakukan observasi: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Keadaan umum ✓ Status mental ✓ Tanda – tanda vital 				
	Fiksasi fisik & kimia dilakukan	Melakukan fiksasi: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Persiapan alat/ bahan ✓ Persiapan perawat ✓ Persiapan pasien ✓ Tehnik pengikatan ✓ Evaluasi keamanan 				
	Home visit dilakukan	Melakukan home visit: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposal home visit ✓ Respon keluarga ✓ Hasil kunjungan 				
	Keberhasilan dan kegagalan asuhan dievaluasi	Mengevaluasi respon klien: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Subyektif ✓ Obyektif ✓ Analisis ✓ Planning 				

	Kajian ulang diterapkan	Menindak lanjuti respon klien: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rencana modifikasi ✓ Dimodifikasi ✓ Rencana dilanjutkan ✓ Rencana selesai 				
TERAPI MODALITAS somatoterapi	Psikofarmaka dilaksanakan	Memberikan psikofarmaka: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Benar pasien ✓ Benar obat ✓ Benar dosis ✓ Benar frekuensi ✓ Benar cara pemberian ✓ Efek samping obat 				
	ECT dilaksanakan	Melakukan ECT: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Persiapan klien ✓ Persiapan alat ✓ Persiapan lingkungan ✓ Pelaksanaan ✓ Evaluasi respon klien 				
TAK (terapi Aktifitas Kelompok)	TAK Sosialisasi dilakukan	Melakukan TAK sosialisasi: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposal ✓ Menyebutkan jati diri ✓ Mengenal jati diri anggota kelompok ✓ Bercakap – cakap dengan anggota kelompok ✓ Menyampaikan dan membicarakan topic percakapan ✓ Menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi dengan orang lain 				

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bekerjasama dalam permainan sosialisasi kelompok ✓ Menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS yang telah dilakukan 				
	TAK Peningkatan harga diri dilakukan	<p>Melakukan TAK peningkatan harga diri:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposal ✓ Identifikasi hal positif ✓ Menghargai hal positif yang lain ✓ Menetapkan tujuan hidup yang realistis 				
	TAK Stimulasi persepsi mengontrol halusinasi dilakuka	<p>Melakukan TAK stimulasi persepsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposal ✓ Mengenal halusinasi ✓ Mengontrol halusinasi ✓ Mengontrol halusinasi dengan menghardik ✓ Mengontrol halusinasi dengan minum obat yang benar ✓ Mengontrol halusinasi dengan bercakap - cakap 				
	TAK Stimulasi sensori dilakukan	<p>Melakukan TAK stimulasi sensori:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposal ✓ Menonton TV ✓ Membaca majalah/Koran/ artikel ✓ Gambar 				

	TAK Orientasi realita dilakukan	Melakukan TAK orientasi realita: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposal ✓ Pengenalan orang ✓ Pengenalan tempat ✓ Pengenalan waktu 				
	TAK Perilaku kekerasan dilakukan	Melakuakn TAK perilaku kekerasan: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposal ✓ Mengenal perilaku kekerasan yg biasa dilakukan ✓ Mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan fisik ✓ Mencegah perilaku kekerasan melalui interaksi asertif ✓ Mencegah perilaku kekerasan melalui kepatuhan minum obat ✓ Mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan ibadah 				
Terapi lingkungan	Manipulasi lingkungan dilakukan	Melakukan manipulasi lingkungan; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Persiapan lingkungan ✓ Persiapan klien ✓ Pelaksanaan ✓ Evaluasi 				
Terapi keluarga	PKRS dilakukan	Melakukan PKRS: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Komunikatif ✓ Informative ✓ Edukatif ✓ Motivatif ✓ Supportif 				

Psikoterapi	Konseling dilakukan	Melakukan konseling: ✓ konseling individu ✓ keluarga ✓ pasutri				
Terapi rekreasi	Rekreasi dilakukan	Melakukan rekreasi: ✓ keberadaan diluar area rawat ✓ berkebun				

KETERANGAN:

- 1 : Pernah melakukan 1 kali, perlu bimbingan dan supervisi lebih lanjut
- 2 : Pernah melakukan lebih dari 1 kali, perlu bantuan sebagian dan supervisi seperlunya
- 3 : Kompeten, hampir tidak membutuhkan bantuan dan perlu supervise minimal
- 4 : Kompeten tidak perlu dan dapat membantu mengajarkan yang lain

DAFTAR KEGIATAN HARIAN MAHASISWA

Hari/Tanggal :

Tempat :

Waktu :

WAKTU	KEGIATAN	KET
Kasus yang dikelola : 1. 2. 3. 4.		
Mengetahui,		
Pembimbing Akademik (.....)	Pembimbing Klinik (.....)	

DAFTAR PUSTAKA

- A. Tomb, David. 2004. *Buku Saku Psikiatri*, Edisi 6. Jakarta. Terj.: EGC
- Aimul Hidayat, A. Aziz. 2004. *Pengantar Konsep Keperawatan Dasar*, Salemba Medica.
- Direktorat Kesehatan Jiwa. 1995. *Asuhan Keperawatan Jiwa Anak dan Remaja*. Jakarta: Depkes.R.I.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. 2005. *Teori dan Tindakan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Hamid, AchirYani, S. 1999. *Asuhan Keperawatan Jiwa Anak dan Remaja*. Jakarta: EGC.
- Hamid, AchirYani, S. 2008. *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Johnson, B.S. 1996. *Psychiatric-mental health nursing: Adaption & Growth*. Second Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Judith M. Wilkinson. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*. Edisi 7. Terj.: EGC.
- Keliat, Budi Anna. 2006. *Modul Basic Course Community Mental Healthy Nursing*. Jakarta: Depkes.R.I.

- Keliat, Budi Anna. 2004. *Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- Maramis, W.F. 1996. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Nurjannah, Intan Sari. 2005. *Komunikasi Keperawatan*. Yogyakarta: MocoMedika.
- Nurjannah, Intan Sari. 2004. *Pedoman Penanganan Pada Gangguan Jiwa*. Yogyakarta: MocoMedika.
- Priharjo, Robert. 1994. *Tehnik Dasar Pemberian Obat bagi Perawat*. Jakarta: EGC.
- Purwanto, Heri. 1994. *Komunikasi untuk Perawat*. Jakarta; EGC.
- Riyadi, S dan Sukarmin. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Klien Anak*. Yogyakarta. Graha Ilmu.
- Stuart, Gail W. 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta. terj: EGC.
- Stuart, Gail Wiscarz dan Sundeen, Sandra J. 1995. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Suliswati, dkk. 1995. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Taylor C, Lilis C, Le Mone. P. 1997. *Fundamentals of Nursing Care*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher.
- Townsend, Mary C. 1993. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care*. Philadelphia: F.A. David Company.

Indeks

- A
- Abraham 28, 29
- Adolf Meyer 8
- A. Freud 16
- aktualisasi diri 3, 74, 75
- Alam sadar 18
- Alam tak sadar 18
- ANA (*American Nurse's Association*) 9
- Analisis diri 31
- As Hornby 29
- B**
- Bailey 131
- Bandura 20
- Beck 73, 125, 201
- Behavioral theory* (teori perilaku) 116
- Benjamin Rush 7
- C**
- Caplan 100
- Clifford Beers 8
- Community Mental Health Nursing* (CMHN) 12
- D**
- David A Tomb 68
- Depersonalisasi 88
- depresi 51
- dimensi responsif 44
- dimensi tindakan 44
- Dorothen Orem 23
- Dreyer 131
- E**
- ego 8, 16, 18, 19, 20, 30, 50, 55, 56, 81, 84, 85, 88, 91, 93, 96, 117, 213
- Ellis 21
- Erick Berne 23
- Erickson 16, 159
- Erikson 98, 163, 165, 166
- Eugen Bleuler 8

- Existential theory* (teori eksistensi) 116
- F**
- Frances 22
- Frank 21
- Frustration aggression theory* (teori agresif frustrasi) 116
- G**
- Galen 6
- gambaran diri (*body image*) 75, 76
- gangguan kognitif 67
- Gangguan kognitif 66
- Glasser 21
- Growth-promoting risk taking 124
- H**
- harga diri (self esteem) 75
- Harry Stack Sullivan 21
- Heri Purwanto 39
- Hippocrates 6
- I**
- id 8, 18, 19, 50
- ideal diri (self ideal) 75
- identitas diri (*self identity*) 75
- Indirect self-destructive behavior* 124
- J**
- Jack cit Barry 211
- John Rischl 23
- K**
- Karen Horney 8
- Keperawatan jiwa 3, 13, 173
- Kesadaran diri 31, 81
- kesehatan jiwa 2
- Klien Horney 16
- Komunikasi 41
- Komunikasi non verbal 41
- komunikasi sosial 30
- komunikasi terapeutik 27, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 92, 175
- komunikasi verbal 41
- konsep diri 74, 75, 80, 89
- Konsep diri 73
- Kraepelin 22
- L**
- Linda Richards 8
- M**
- mahluk holistik 3
- mahluk sosial 150
- Martha Roger 23
- Martin Charcot 8
- masa bayi 98, 167
- masa dewasa lanjut 98
- masa dewasa muda 98
- masa dewasa pertengahan 98
- masa kanak-kanak 18, 74, 75, 77, 80, 87, 98, 159
- masa pra sekolah 98

masa remaja 98
Menzies 28
Meyer 8, 22
Model Pelayanan Keperawatan
Profesional Pemula
(MPKPP) 12

N

National Committee 9

P

Pavlov 20
peningkatan diri (*self
enhancement*) 124

Peplau 21

peran diri (*self role*) 75

Perilaku destruktif 123

Peris 21

Phillipe Pinel 7

Psycomatic theory (teori
psikomatik) 116

R

Rawlin 73

realisty testing 19

Reich Manninger 16

Respons adaptif 151

Respons maladaptif 50, 75, 107,
114, 121, 124, 137, 151, 152

Rogers 21

Roy 23

rumah amal (*almshouse*) 7

rumah kontrak (*contrac house*) 7

S

Selfenhancement (pengembangan
diri) 124

Sigmund Freud 8, 16, 18, 50, 98

Skinner 20

Spitzer 22

stimulus eksternal 203

stimulus internal 203

Stuart 30, 34, 35, 37, 41, 44, 45,
46, 48, 63, 64, 65, 73, 74, 75,
76, 78, 79, 80, 81, 83, 86, 88,
89, 90, 136, 148, 200, 201,
205, 210, 216

suaka duniawi (secular asylum)
7

Sudeen 33, 34, 35, 44, 45, 46, 73,
74, 150

Suliswati 210

Sullivan 50

Sundeen 75, 76

super ego 8, 18, 19, 50

T

terapi kelompok 21

terapi lingkungan 211

Terapi okupasi 209

Terapi somatik 194

Thomas Kikbridge 7

W

Watzlawick 23

Weyer 7

WHO 2
William 73
Wolpe 20
Y
Yalom 205

TENTANG PENULIS

Teguh Purwanto, S.Kep.,Ns. Lahir di Karanganyar, 27 Desember 1979. Pendidikan dimulai dari sarjana muda keperawatan di Akademi Keperawatan Patria Husada pada 2001, menamatkan pendidikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Ngudi Waluyo pada 2003, program ners tahun 2004.

Karir kerjanya dimulai sejak 2002 sampai 2003 sebagai dosen di Akademi Keperawatan 17 Karanganyar, tahun 2003 sampai dengan 2009 sebagai dosen tetap di Stikes Aisyiyah Surakarta. Pengalaman profesional yang dimiliki sebagai koordinator praktik klinik jiwa, penguji lokal/nasional UAP DIII Keperawatan seminat jiwa, sebagai Sekretaris Program Studi Keperawatan (2007) dan Ketua Program Studi keperawatan (2007-2009), Senat (2006-2009) di Stikes Aisyiyah Surakarta. Penulis aktif dalam mengikuti konggres nasional/KONAS, pelatihan dan seminar yang berhubungan dengan keperawatan jiwa. Penulis juga sering mengisi majalah kesehatan (GASTER) dan membuka rubrik konsultasi kesehatan pada majalah Didik. Saat ini penulis sebagai PNS di Rumah Sakit Umum Daerah Grobogan Jawa Tengah.