



Editor :
Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

ILMU KEPERAWATAN JIWA

Muhammad Risal, S.Kep., Ns., M.Kes
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns. M.Kep
Wulida Litaqia, S.Kep., Ners., M.Kep
Eltanina Ulfameyitalia Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep
dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ
Vera Fauziah Fatah, S.Kep. Ners. M.Kep
Rahmawati Raharjo, S. Kep. Ns., M.Kes
Ns. Devanda Faiqh Albyn, S.Kep
Rista Islamarida, S.Kep., Ns., M.Kep.
Sri Martini, S.Pd., S.Kp, M.Kes
Marta Pastari, S.Kep., Ners., M.Kes.
Sari Narulita, SKp., M.Si
Ns. Desak Made Ari Dwi Jayanti, S.Kep., M.Fis



BOOK CHAPTER

ILMU KEPERAWATAN JIWA

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

ILMU KEPERAWATAN JIWA

Muhammad Risal, S.Kep., Ns., M.Kes
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns. M.Kep
Wulida Litaqia, S.Kep., Ners., M.Kep
Eltanina Ulfameyitalia Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep
dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ
Vera Fauziah Fatah, S.Kep. Ners. M.Kep
Rahmawati Raharjo, S. Kep. Ns., M.Kes
Ns. Devanda Faiqh Albyn, S.Kep
Rista Islamarida, S.Kep., Ns., M.Kep.
Sri Martini, S.Pd., S.Kp, M.Kes
Marta Pastari, S.Kep., Ners., M.Kes.
Sari Narulita, SKp., M.Si
Ns. Desak Made Ari Dwi Jayanti, S.Kep., M.Fis

Editor:

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.penerbit.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

ILMU KEPERAWATAN JIWA

Muhammad Risal, S.Kep., Ns., M.Kes
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns. M.Kep
Wulida Litaqia, S.Kep., Ners., M.Kep
Eltanina Ulfameytalia Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep
dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ
Vera Fauziah Fatah, S.Kep. Ners. M.Kep
Rahmawati Raharjo, S. Kep. Ns., M.Kes
Ns. Devanda Faiqh Albyn, S.Kep
Rista Islamarida, S.Kep., Ns., M.Kep.
Sri Martini, S.Pd., S.Kp, M.Kes
Marta Pastari, S.Kep., Ners., M.Kes.
Sari Narulita, SKp., M.Si
Ns. Desak Made Ari Dwi Jayanti, S.Kep., M.Fis

Editor :

Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

Tata Letak :

Mega Restiana Zendrato

Desain Cover :

Rintho R. Rerung

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

vi, 239

ISBN :

978-623-362-408-4

Terbit Pada :

Februari 2022

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.penerbit.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Book cahpter ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Ilmu Keperawatan Jiwa.

Sistematika buku Ilmu Keperawatan Jiwa ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan book chapter ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai insiator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 18 Januari 2022
Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA DAN PROSES KEPERAWATAN JIWA.....	1
Pengertian Kesehatan Jiwa	1
Kriteria Sehat Jiwa	1
Perkembangan Keperawatan Jiwa di Dunia dan di Indonesia.....	2
Pengertian Keperawatan Kesehatan Jiwa	3
Falsafah Keperawatan Jiwa.....	3
Peran Perawat Kesehatan Jiwa.....	4
Konseptual Model Keperawatan Kesehatan Jiwa.....	4
Proses Keperawatan.....	8
2 DASAR-DASAR KEPERAWATAN JIWA.....	15
Pendahuluan	15
Kesehatan Jiwa.....	16
Kepribadian	19
Stres.....	19
Mekanisme Koping.....	22
Upaya Pelayanan Kesehatan Jiwa	25
3 <i>MENTAL DISORDER</i> DAN PRINSIP-PRINSIP KEPERAWATAN JIWA	31
<i>Mental Disorder</i>	31
Gejala <i>Mental Disorder</i>	32

	Penyebab <i>Mental Disorder</i>	35
	Prinsip-Prinsip Keperawatan Jiwa	36
4	POSYANDU KESEHATAN JIWA	43
	Pendahuluan	43
	Konsep Posyandu Kesehatan Jiwa	44
	Pelaksanaan Posyandu Kesehatan Jiwa	47
	Indikator Keberhasilan.....	51
	Pencatatan dan Pelaporan Posyandu Kesehatan Jiwa.....	53
	Monitoring Dan Evaluasi Posyandu Kesehatan Jiwa.....	58
	Penutup.....	60
5	ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL.....	63
	Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien dengan Isolasi Sosial	63
6	TANDA GEJALA GANGGUAN JIWA DAN FORMAT PENGKAJIAN JIWA	77
	Pendahuluan	77
	Pengertian, Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa.....	77
	Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa	78
	Format Pengkajian Jiwa.....	85
7	KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA PASIEN JIWA	93
	Definisi Komunikasi Terapeutik	93
	Tujuan Komunikasi Terapeutik.....	94

	Tahap Komunikasi Terapeutik	94
	Komunikasi Verbal	97
	Komunikasi Non Verbal	100
	Teknik Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Jiwa	103
	Teknik Komunikasi Tidak Terapeutik Pada Pasien Jiwa	107
8	ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN JIWA ANAK DAN REMAJA	109
	Definisi Anak dan Remaja	109
	Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja.....	110
	Gangguan Jiwa pada Anak dan Remaja	114
	Faktor-Faktor Gangguan Kejiwaan pada Anak dan Remaja	115
	Tanda dan Gejala Gangguan Kejiwaan pada Anak dan Remaja	116
	Klasifikasi.....	116
	Proses Keperawatan.....	119
9	ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN JIWA PADA DEWASA DAN LANSIA	125
	Pengertian Dewasa dan Lansia.....	126
	Klasifikasi Tahap Perkembangan Usia dan Sosial.....	127
	Gangguan Kesehatan Jiwa pada orang Dewasa dan Lansia.....	130

	Masalah Kesehatan Mental Lansia	131
	Intervensi	132
10	ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PSIKOSOSIAL	141
	Pendahuluan	141
	Kehilangan	142
	Asuhan Keperawatan pada Klien Kehilangan dan Berduka.....	158
11	ASUHAN KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN.....	167
	Definisi Perilaku Kekerasan	167
	Fisiologi Neurologi Pada Respon Perilaku	167
	Etiologi Perilaku Kekerasan.....	168
	Mekanisme Koping.....	170
	Rentang Respon Marah.....	170
	Pengkajian Pada Perilaku Kekerasan.....	171
	Identifikasi Perilaku Kekerasan.....	172
	Asesemen Risiko Kekerasan Fisik	172
	Penilaian Perilaku Kekerasan menurut PANSS -EC	174
	Intervensi Keperawatan.....	176
	Implementasi Keperawatan	177
	Evaluasi Keperawatan.....	177
	Masalah Perilaku Kekerasan tentang Latihann Asertif (SP.3)(Studi Kasus)	178

12	ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI.....	187
	Pengertian Konsep Diri	187
	Pembagian Konsep Diri.....	188
	Asuhan Keperawatan Gangguan Konsep Diri.....	191
13	ASUHAN KEPERAWATAN PADA <i>PERSONALITY DISORDER</i>	205
	Definisi	205
	Kategori Gangguan Kepribadian.....	206
	Proses Keperawatan Klien dengan Gangguan Kepribadian	208
	Asuhan Keperawatan Klien dengan Resiko Mutilasi Diri	216
14	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KRITIS DAN MARAH	223
	Pendahuluan	223
	Tanda dan Gejala.....	224
	Rentang Respon Perilaku Kekerasan/Marah	225
	Pengkajian	226
	Asuhan Keperawatan.....	228

KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA DAN PROSES KEPERAWATAN JIWA

Muhammad Risal, S.Kep., Ns., M.Kes

STIKES Bataraguru Soroaka

Pengertian Kesehatan Jiwa

Kesehatan Jiwa Menurut WHO yaitu bukan hanya tidak ada gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya.

Menurut UU Kesehatan Jiwa 18 Tahun 2014 kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Coba anda diskusikan dengan teman menurut ahli yang lain.

Kriteria Sehat Jiwa

WHO, mengemukakan bahwa kriteria sehat jiwa terdiri dari:

1. Sikap positif terhadap diri sendiri

hal ini dapat dipercayai jika melihat diri sendiri secara utuh/total

contoh: membandingkan dengan teman sebaya pasti ada kekurangan dan kelebihan. Apakah kekurangan tersebut dapat diperbaiki atau tidak. Ingat, jangan mimpi bahwa anda tidak punya kelemahan.

2. Tumbuh dan berkembang baik fisik dan psikologis dan puncaknya adalah aktualisasi diri

3. Integrasi

Harus mempunyai satu kesatuan yang utuh. Jangan hanya menonjolkan yang positif saja tapi yang negatif juga merupakan bagian anda. Jadi seluruh aspek merupakan satu kesatuan.

4. Otonomi

orang dewasa harus mengambil keputusan untuk diri sendiri dan menerima masukan dari orang lain dengan keputusan sendiri sehingga keputusan pasienpun bukan diatur oleh perawat tapi mereka yang memilih sendiri

5. Persepsi sesuai dengan kenyataan

Stressor sering dimulai secara tidak akurat. Contoh: putus pacar karena perbedaan adat

Perkembangan Keperawatan Jiwa di Dunia dan di Indonesia

Perkembangan keperawatan jiwa dimulai sejak jaman peradaban. Pada masa ini suku bangsa Yunani dan Arab percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan karena tidak berfungsinya organ otak. Pengobatan pada masa ini telah mengabungkan berbagai pendekatan pengobatan seperti: memberikan ketenangan, mencukupi asupan gizi yang baik, melaksanakan kebersihan badan yang baik, mendengarkan musik dan melakukan aktivitas rekreasi. Perkembangan keperawatan jiwa pada abad 21 lebih menekankan pada upaya preventif melalui pengembangan pusat kesehatan mental, praktek mandiri, pelayanan di rumah sakit dan pelayanan *day care* sertamengidentifikasi pemberian asuhan keperawatan pada kelompok berisiko tinggi dan pengembangan sistem

management patient care dengan pendekatan multidisipliner.

Perkembangan keperawatan di Indonesia dimulai pada masa penjajahan Belanda, memelihara kesehatan staf dan tentara Belanda. Jenderal Daendels juga mendirikan rumah sakit di Jakarta, Surabaya dan Semarang, tetapi tidak diikuti perkembangan profesi keperawatan, karena tujuannya hanya untuk kepentingan tentara Belanda. Sedangkan pada zaman penjajahan Jepang masalah kesehatan menjadi lebih buruk dibandingkan pada masa penjajahan Belanda dan Inggris. Empat tahun setelah kemerdekaan barulah dimulai pembangunan bidang kesehatan yaitu pendirian rumah sakit, balai pengobatan dan pendirian sekolah keperawatan dimulai pertama kali tahun 1952.

Pengertian Keperawatan Kesehatan Jiwa

Menurut Dorothy, Cecelia Perawatan Psikiatric/Keperawatan Kesehatan Jiwa adalah proses dimana perawat membantu individu/kelompok dalam mengembangkan konsep diri yang positif, meningkatkan pola hubungan antar pribadi yang lebih harmonis serta agar berperan lebih produktif di masyarakat.

Menurut ANA Keperawatan Jiwa adalah area khusus dalam praktek keperawatan yang menggunakan ilmu tingkah laku manusia sebagai dasar dan menggunakan diri sendiri secara terapeutik dalam meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan mental klien dan kesehatan mental masyarakat dimana klien berada.

Falsafah Keperawatan Jiwa

Falsafah keperawatan adalah pandangan dasar tentang hakikat manusia dan esensi keperawatan yang menjadikan kerangka dasar dalam praktik keperawatan. Falsafah Keperawatan bertujuan mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan. Keperawatan memandang manusia sebagai makhluk holistic, sehingga pendekatan pemberian asuhan keperawatan, dilakukan melalui pendekatan humanistik, dalam arti perawat sangat menghargai dan menghormati

martabat manusia, memberi perhatian kepada klien serta menjunjung tinggi keadilan bagi sesama manusia. Keperawatan bersifat universal dalam arti dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat tidak membedakan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etik, agama, aliran politik, dan status sosial ekonomi.

Peran Perawat Kesehatan Jiwa

Stuart Sundeen dalam *Principles and Practice of Psychiatric Nursing Care* (1998), peran perawat adalah sebagai Attitude Therapy, yakni:

1. Mengobservasi perubahan, baik perubahan kecil atau menetap yang terjadi pada klien
2. Mendemonstrasikan penerimaan
3. Respek
4. Memahami klien
5. Mempromosikan ketertarikan klien dan beradaptasi dalam interaksi

Konseptual Model Keperawatan Kesehatan Jiwa

1. *Psikoanalitis* (freud, arickon)

Model ini menjelaskan bahwa gangguan jiwa dapat terjadi pada seseorang apabila ketidakmampuan seseorang dalam menggunakan akalunya (ego) untuk mematuhi tata tertib, peraturan, norma, dan agama (*super-ego/das uber ich*) akan mendorong terjadinya penyimpangan perilaku (*deviationof behavioral*). faktor penyebab lain gangguan jiwa dalam teori ini adalah adanya konflik intrapsikis, terutama pada masa kanak-kanak. peran perawat adalah berupaya melakukan assessment atau pengkajian mengenai keadaan – keadaan traumatis atau stressor yang dianggap bermakna pada masa lalu (misalnya pernah disiksa orang tua, pernah disodomi, diperlakukan secara kasar, ditelantarkan, diasuh dengan kekerasan, diperkosa pada masa anak-anak) dengan menggunakan pendekatan komunikasi terapeutik setelah terjalin hubungan saling percaya.

2. *Interpersonal* (sullivan, peplau)

Menurut konsep model ini, kelainan jiwa seseorang bisa muncul akibat adanya ancaman. ancaman tersebut menimbulkan kecemasan (ansietas). ansietas timbul dan dialami seseorang akibat adanya konflik saat berhubungan dengan orang lain (*interpersonal*). Peran perawat dalam terapi adalah share ansietas (berupaya melakukan sharing mengenai apa-apa yang dirasakan klien, apa yang biasa dicemaskan oleh klien saat berhubungan dengan orang lain), dan *therapist use empathy and relationship* (perawat berupaya bersikap empati dan turut merasakan apa-apa yang dirasakan oleh klien, serta memberikan respon verbal yang mendorong rasa aman klien dalam berhubungan dengan orang lain).

3. *Social* (caplan, szasz)

Menurut konsep ini, seseorang akan mengalami gangguan jiwa atau penyimpangan perilaku apabila banyaknya faktor sosial dan faktor lingkungan yang akan memicu munculnya stress pada seseorang, dimana akan menimbulkan kecemasan dan gejala (*social and enviromental factor creat stress, which cause anxiety and symptom*). prinsip proses terapi yang sangat penting dalam model konsep ini adalah modifikasi lingkungan (*environment manipulation*) dan dukungan sosial (*social suport*). peran perawat dalam memberikan terapi menurut model ini adalah pasien harus menyampaikan masalah menggunakan sumber yang ada dimasyarakat elibatkan teman sejawat, atasan keluarga, atau suami istri. sementara itu, terapis berupaya menggali sitem sosial klien seperti suasana dirumah, dikantor, disekolah, dimasyarakat, atau tempat kerja.

4. *Eksistensial* (ellis, rogers)

Menurut teori model eksistensial, gangguan perilaku atau gangguan jiwa terjadi bila individual gagal menemukan jati diri dan tujuan hidupnya. individu tidak memiliki kebanggaan akan dirinya. membenci diri sendiri dan mengalami gangguan dalam body

imaginya. prinsip dalam proses terapinya adalah mengupayakan agar individu berpengalaman dan bergaul dengan orang lain, memahami riwayat hidup orang lain dianggap sukses, atau dianggap sebagai panutan (*experience in relationship*), memperluas kesadaran diri dengan cara intropeksi (*self assesment*), bergaul dengan kelompok sosial dan kemanusiaan (conducted in group), mendorong untuk menerima jati dirinya sendiri, dan menerima kritik atau feedback tentang perilaku dari orang lain serta dapat mengontrol perilakunya (*encouraged to accept self and control behavior*).

5. *Supportive Therapy* (wermon, rockland)

Penyebab gangguan jiwa dalam konsep ini adalah faktor biopsikososial dan respons maladaptif saat ini. aspek biologisnya menjadi masalah seperti: sering sakit maag, migrain, atau batuk-batuk. aspek psikologisnya mengalami banyak keluhan, seperti: mudah cemas, kurang percaya diri, perasaan bersalah, ragu-ragu dan pemaarah. aspek sosialnya memiliki masalah seperti: susah bergaul, menarik diri, tidak disukai, bermusuhan, tidak mampu mendapatkan pekerjaan, dan sebagainya. semua hal tersebut terakumulasi menjadi penyebab gangguan jiwa. Prinsip proses terapinya adalah menguatkan respon koping adaptif, individu diupayakan mengenal terlebih dahulu kekuatan-kekuatan apa yang ada pada dirinya: kekuatan mana yang bisa digunakan sebagai alternatif pemecahan masalahnya

6. *Medical* (meyer, kraeplin)

Menurut konsep ini, gangguan jiwa cenderung muncul akibat multifaktor yang kompleks, meliputi : aspek fisik, genetik, lingkungan, dan faktor sosial sehingga fokus penatalaksanaannya harus lengkap melalui pemeriksaan diagnostik, terapi soatik, farmakologi, dan tehnik interpersonal. perawat berkolaborasi dengan tim medis dalam melakukan prosedur diagnostik dan terapi jangka panjang. terapis berperan dalam pemberian terapi, laporan

mengenai dampak terapi, menentukan diagnosis, dan menentukan jenis pendekatan terapi yang digunakan.

7. Model Komunikasi

Model perilaku mengatakan bahwa, penyimpangan perilaku terjadi jika pesan yang disampaikan tidak jelas. Penyimpangan komunikasi menyangkut verbal dan non verbal, posisi tubuh, kecepatan dan volume suara atau bicara.

8. Model perilaku

Terapi modifikasi perilaku dikembangkan dari teori belajar (*learning theory*). Belajar terjadi jika ada stimulus dan timbul respon, serta respon dikuatkan (*reinforcement*).

9. Model Stress Adaptasi Roy

Keperawatan adalah suatu disiplin ilmu dan ilmu tersebut menjadi landasan dalam melaksanakan praktik keperawatan. Lebih spesifik Roy (1986) berpendapat bahwa keperawatan sebagai ilmu dan praktik berperan dalam meningkatkan adaptasi individu dan kelompok terhadap kesehatan sehingga sikap yang muncul semakin positif.

10. Model Keperawatan

Pendekatan model keperawatan adalah model konsep yang digunakan dalam dan memberikan asuhan keperawatandengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, secara holistik, bio-psiko-sosio-spiritual. Fokus penanganan pada model keperawatan adalah penyimpangan perilaku, asuhan keperawatan berfokus pada respon individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial, dengan berfokus pada: rentang sehat sakit berdasarkan teori dasar keperawatan dengan intervensi tindakan keperawatan spesifik dan melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan.

Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Perawat perlu mengkaji data demografi, riwayat kesehatan dahulu, kegiatan hidup klien sehari-hari, keadaan fisik, status mental, hubungan interpersonal serta riwayat personal dan keluarga

a. Data demografi

Pengkajian data demografi meliputi nama, tempat dan tanggal lahir klien, pendidikan, alamat orang tua, serta data lain yang dianggap perlu diketahui. Riwayat kelahiran, alergi, penyakit dan pengobatan yang pernah diterimaklien, juga perlu dikaji. Selain itu kehidupan sehari-hari klien meliputi keadaan gizi termasuk berat badan, jadwal makan dan minat terhadap makanan tertentu, tidur termasuk kebiasaan dan kualitas tidur, eliminasi meliputi kebiasaan dan masalah yang berkaitan dengan eliminasi, kecacatan dan keterbatasan lainnya.

b. Fisik

Dalam pengkajian fisik perlu diperiksa keadaan kulit, kepala rambut, mata, telinga, hidung, mulut, pernapasan, kardiovaskuler, musculoskeletal dan neurologis klien. Pemeriksaan fisik lengkap saat diperlukan untuk mengetahui kemungkinan pengaruh gangguan fisik terhadap perilaku klien.

c. Status mental

Pemeriksaan status mental meliputi: keadaan emosi, proses berfikir dan isi pikir, halusinasi dan persepsi, cara berbicara dan orientasi, keinginan untuk bunuh diri dan membunuh. Pengkajian terhadap hubungan interpersonal klien dilihat dalam hubungannya dengan orang lain yang penting untuk mengetahui kesesuaian perilaku dengan usia. Pertanyaan yang perlu diperhatikan

perawat ketika mengkaji hubungan interpersonal klien antara lain:

- 1) Apakah klien berhubungan dengan orang lain dengan usia sebanya dan dengan jenis kelamin tertentu.
- 2) Apa posisi klien dalam struktur kekuasaan dalam kelompok
- 3) Bagaimana keterampilan sosial klien ketika menjalin dan berhubungandengan orang lain.
- 4) Apakah klien mempunyai teman dekat.

d. Riwayat personal dan keluarga

Riwayat personal dan keluarga meliputi faktor pencetus masalah, tumbuh kembang klien, biasanya dikumpulkan oleh tim kesehatan. Data ini sangat diperlukan untuk mengerti perilaku klien dan membantu menyusun tujuan asuhan keperawatan.

2. Diagnosa keperawatan

Untuk menegakan diagnosa keperawatan, data yang telah dikumpulkan kemuadian dianalisa sebagai dasar perencanaan asuhan keperawatan selanjutnya.

3. Perencanaan

Setelah pengkajian selesai dan maslah utama yang dialami klien telahteridentifikasi, rencana perawatan dan pengobatan yang komprehensif.

Untuk klien yang dirawat di unit perawatan jiwa, tujuan umumnya adalahsebagai berikut:

- a. Memenuhi kebutuhan emosi klien dan kebutuhan untuk dihargai
- b. Mengurangi ketegangan pada anak dan keutuhan untuk berperilakudefensive.
- c. Membantu klien menjalan hubungan positif dengan orang lain
- d. Membentu mengembangkan identitas diri klien

- e. Memberikan klien kesempatan untuk menjalin kembali tahapan perkembangan terdahulu yang belum terselesaikan secara tuntas
 - f. Membantu klien untuk berkomunikasi secara efektif
 - g. Mencegah anak untuk menyakiti baik dirinya maupun diri orang lain
 - h. Membantu klien memelihara kesehatan fisiknya.
4. Implementasi.

Berbagai bentuk terapi pada klien dan keluarga dapat diterapkan, antara lain:

a. Terapi bermain

Pada umumnya merupakan media yang tepat bagi klien untuk mengekspresikan konflik yang belum terselesaikan, selain juga berfungsi untuk:

- 1) Menguasai dan mengasimilasi kembali pengalaman lalu yang tidak dapat dikendalikan sebelumnya
- 2) Berkomunikasi dengan kebutuhan yang tidak disadari
- 3) Berkomunikasi dengan orang lain
- 4) Menggali dan mencoba belajar bagaimana hubungan dengan diri sendiri, dunia luar dan orang lain.
- 5) Mencocokkan tuntutan dan dorongan dari dalam diri dengan realitas

b. Terapi keluarga

Semua anggota keluarga perlu diikutsertakan dalam terapi keluarga. Orang tua perlu belajar secara bertahap tentang peran mereka dalam permasalahan yang dihadapi dan bertanggungjawab terhadap perubahan yang terjadi pada klien dan keluarga. Biasanya cukup sulit bagi keluarga untuk menyadari bahwa keadaan dalam keluarga turut menimbulkan

gangguan pada anggota keluarganya. Oleh karena itu perawat perlu berhati-hati dalam meningkatkan kesadaran keluarga.

c. Terapi kelompok

Terapi kelompok dapat berupa suatu kelompok yang melakukan kegiatan atau berbicara. Terapi kelompok ini sangat bermanfaat untuk meningkatkan uji realitas, mengendalikan impuls (dorongan internal), meningkatkan harga diri, memfasilitasi pertumbuhan, kematangan dan keterampilan sosial klien. Kelompok dengan lingkungan yang terapeutik memungkinkan anggotanya untuk menjalin hubungan dan pengalaman sosial yang positif dalam suatu lingkungan yang terkendali.

d. Psikofarmakologi

Walaupun belum sepenuhnya diterima dalam psikiatri, tetapi bermanfaat untuk mengurangi gejala (hiperaktif, depresi, impulsif dan ansietas) dan membantu agar pengobatan lain lebih efektif. Pemberian obat ini tetap diawasi oleh dokter dan menggunakan pedoman yang tepat

e. Terapi individu

Ada berbagai terapi individu, terapi bermain psikoanalisa, psikoanalitis berdasarkan psikoterapi dan terapi bermain pengalaman. Hubungan antara klien dan terapist memberikan kesempatan pada klien untuk mendapatkan pengalaman mengenai hubungan positif dengan orang lain dengan penuh kasih sayang.

f. Pendidikan pada orang tua

Pendidikan pada orang tua merupakan hal penting untuk mencegah gangguan kesehatan jiwa klien, begitu pula untuk peningkatan kembali penyembuhan setelah dirawat. Orang tua diajarkan tentang tahap tumbuh klien, sehingga orang tua dapat mengetahui perilaku yang sesuai

dengan klien. Keterampilan berkomunikasi juga meningkatkan pengertian dan empati antara orang tua dan anaknya.

g. Terapi lingkungan

Konsep terapi lingkungan dilandaskan pada kejadian dalam kehidupan sehari-hari yang dialami klien. Lingkungan yang aman dan kegiatan yang teratur dan terprogram, memungkinkan klien untuk mencapai tugas terapeutik dan rencana penyembuhan dengan berfokus pada modifikasi perilaku. Kegiatan yang terstruktur secara formal seperti: belajar, terapi kelompok dan terapi rekreasi. Kegiatan ruti meliputi: bangun pagi hari, makan dan jam tidur.

5. Evaluasi

Pada umumnya pengamatan perawat berfokus pada perubahan perilaku klien. Apakah klien menunjukkan kesadaran dan pengertian tentang dirinya sendiri melalui refleksi diri dan meningkatnya kemampuan untuk membuat keputusan secara rasional.

Aspek yang perlu dievaluasi antara lain:

- a. Keefektifan intervensi penanggulangan perilaku
- b. Kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain secara wajar
- c. Kemampuan untuk melakukan asuhan mandiri
- d. Kemampuan untuk menggunakan kegiatan program sebagai rekreasi dan proses belajar
- e. Respon terhadap peraturan dan rutinitas
- f. Status mental secara menyeluruh

Daftar Pustaka

- FIK UI & WHO, 2006. Modul Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP), Jakarta: Tidak diterbitkan
- Keliat, Budi Anna; Panjaitan; Helena. 2005. Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa.Ed.2. Jakarta: EGC.
- Stuart, Gail W.2007.Buku Saku Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W., Laraia, M.T., 1998 Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 6th Editions, Mosby, St. Louis
- Suliswati, 2005. Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC
- Undang-undang No 18 tahun 2014.Kesehatan Jiwa. Jakarta ;2014
- Yosep, Iyus. 2007. Keperawatan Jiwa. Jakarta: PT. Refika Aditama

Profil Penulis



Muhammad Risal

Lahir di Benceng-Benceng pada tanggal 17 Februari 1991, Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun tahun 2009 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih masuk di Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia Timur dan lulus tahun 2013, dan Profesi Ners pada Tahun 2015.

Penulis menyelesaikan Magister Kesehatan Masyarakat (S2) dengan Konsentrasi Epidemiologi di Universitas Muslim Indonesia tahun 2017. Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap di Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Bataraguru Soroaka Luwu Timur. Sekarang dengan Jabatan Fungsional Akademik Lektor. Pada tahun 2020 telah tersertifikasi sebagai dosen pendidik profesional dalam bidang ilmu keperawatan oleh Kementerian pendidikan dan kebudayaan (KemdikbudDikti). Beberapa kali juga penulis mendapatkan hibah Riset kompetitif oleh Kemristek. Penulis juga mulai aktif menulis buku dengan harapan memberikan kontribusi bagi bangsa dan negara.

Email Penulis: muhrisalichal17@gmail.com

DASAR-DASAR KEPERAWATAN JIWA

Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns. M.Kep

Poltekkes Kemenkes Kupang

Pendahuluan

Manusia yang utuh memiliki tiga komponen besar yang tidak bisa dipisahkan yaitu: tubuh, jiwa dan nyawa. Coba kita renungkan: jika manusia tidak memiliki nyawa apakah masih disebut manusia? Kedua, Jika tidak ada raga apakah masih disebut manusia? Kita sudah bisa menjawab, manusia tersebut sudah mati. Pertanyaan ketiga: jika manusia tidak memiliki jiwa, apakah masih bisa disebut manusia. Pertanyaan ini perlu kita diskusikan lebih lanjut. (Nasir & Muhith, 2011)

Jiwa merupakan unsur yang bersifat non materi, tetapi fungsi dan manifestasinya sangat terkait pada materi. Manifestasi jiwa tampak pada kesadaran, afek, emosi, psikomotor, proses pikir, persepsi, dan sifat-sifat kepribadian. Definisi pasti untuk jiwa sangatlah sulit, karena jiwa bersifat abstrak, hanya sebuah sistem perilaku, hasil olah kesadaran, pikiran, perasaan, persepsi dan berbagai pengaruh lingkungan social. Semua ini merupakan manifestasi kejiwaan seseorang, sehingga untuk mempelajari ilmu jiwa dan keperawatannya, pelajarilah dari manifestasi jiwa terkait materi yang dapat di amati berupa perilaku manusia.

Kesadaran sebagai manifestasi jiwa yang tampak, lebih bersifat kualitatif, di ukur dengan melihat perbedaan

stimulus (stressor) dan respon (perilaku yang di tampilkan), tidak di ukur secara kuantitatif menggunakan *Glasgow coma scale* (GCS). Pemahaman tentang kondisi kejiwaan seseorang dapat dinilai dari perilaku yang ditampilkan. Contoh: Suatu saat saya (s) bertugas di ruangan RSJ mengenakan pakaian kerja warna merah. Ketika saya sampai dipintu kamar, tiba-tiba seorang pasien (P) dari dalam kamar spontan marah, dan berteriak sambil menunjuk jarinya kearah saya, sambil berkata: P: Pergi kamu..... Pergi kamu..... buat apa kamu datang, saya tidak suka kamu, kamu jahat..... S: saya sangat terkejut, kemudian menjawab: mohon maaf, justru saya datang ingin membantu kamu, saya ingin tahu bagaimana keadaan kamu. P: tapi mengapa kamu pakai baju warna merah? S: Ada apa dengan baju merah. P: merahkan artinya stop: kan seperti *traffic lights*, tidak boleh jalan, dilarang masuk. Berarti kamu tidak suka dengan aku, ..Pergi kamuuu.. pergiii.....

Dari cerita di atas dapat kita simpulkan bahwawarna meraha merupakan kiasanatau konotasi, kemudian diekspresikan dengan perilaku marah, berteriak, serta membuat suasana tidak tenang dan tidak mendukung. Ini adalah salah satu contoh kesadaran yang tinggi, dengan sedikit stimulasi pasien memebrikan makna yang berlebihan.

Selain kesadaran yang tinggi, ada juga kesadaran yang rendah. kesadaran rendah merupakan suatu kondisi jika di beri stimulasi yang kuat, tetap tidak memberikan respon, seperti jika kita mengajak makan, pasien tidak mau, di ajak mandi pasien tidak mau, pasien hanya duduk diam, tidak banyak bicara. Kadang juga kita menemukan kondisi pasien yang fluktuasi, kadang marah, kadang diam, kadang marah tiba-tiba langsung tertawa.

Kesehatan Jiwa

Pengertian dari sehat sangatlah sulit, sekalipun dapat kita rasakan bahkan bisa diamati. Orang 'gemuk' dianggap sehat dan orang yang mempunyai keluhan dianggap tidak sehat. Faktor subjektifitas dan kultural mempengaruhi

pemahaman dan pengertian orang terhadap konsep sehat. *World Health Organization* (WHO) merumuskan sehat dalam arti kata yang luas, yaitu keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun social, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat.

Dari gambaran di atas dapat disimpulkan bahwa sehat menurut WHO mengandung pengertian kondisi kesehatan ideal, baik dari segi biologis, psikologis, dan sosial. Hal ini juga tentunya akan membuat seseorang dapat melakukan aktivitas secara maksimal dan optimal. Selain itu, WHO juga menjabarkan beberapa karakteristik kesehatan yang perlu diketahui: diantaranya, seperti sehat jasmani dan rohani tanpa melibatkan unsur eksternal, Sehat berkaitan dengan lingkungan internal atau eksternal, sehat spritual, sehat mental. Serta sehat sebagai hidup kreatif dan produktif.

Sehat adalah suatu kondisi tubuh dalam keadaan bugar dan nyaman (KBBI, 2019). Menurut Undang- Undang nomor 18 tahun 2014, Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Menurut Direktorat P2PTM Kementerian Kesehatan RI: Seseorang akan dikatakan sehat jika ia sehat fisik, sehat sosial dan sehat jiwa: Sehat Fisik artinya memiliki badan yang sehat dan bugar. Sehat Sosial artinya mampu menjalin hubungan baik dengan orang lain sehat jiwa artinya: merasa senang dan bahagia, mampu menyesuaikan diri dengan kehidupan sehari-hari (di rumah dan di sekolah), dapat menerima kelebihan dan kekurangan diri sendiri dan teman, dan dapat melakukan kegiatan yang bermanfaat

Kesehatan jiwa merupakan ini merupakan manifestasi sebuah komponen integral dan esensial dari kesehatan. Menurut WHO: "Kesehatan jiwa adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan." Implikasi penting dari

definisi ini adalah bahwa kesehatan mental lebih dari sekedar tidak adanya gangguan atau cacat mental. jadi dengan demikian, dapat dirumuskan bahwa kesehatan mental adalah keadaan sejahtera di mana individu menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, dan dapat bekerja secara produktif serta mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya. Kriteria Orang yang sehat jiwanya menurut WHO adalah orang – orang yang dapat melakukan hal- hal sebagai berikut: (1)menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan meskipun kenyataan itu buruk; merasa bebas secara relative dari ketegangang dan kecemasan; (2) Memperoleh kepuasan dari usahanya atau perjuangannya sendiri; merasa lebih puas untuk memberi dari pada menerima; Berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan; mempunyai daya kasih sayang yang besar;(3) Menerima kekecewaan untuk di gunakan sebagai pelajaran di kemudian hari; mengarahkan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.

Menurut Gail W Stuart Kriteria sehat jiwa adalah: (1) Sikap positif terhadap diri sendiri, (2) Berkembang, Aktualisasi diri dan ketahanan diri. (3) Integrasi. (4) otonomi. (5) persepsi sesuai realitas. (6) Pengusaha Lingkungan. (Gail., 2016)Kesimpulan bahwa ciri perilaku sehat antara lain: mengenal potensi diri, mampu mengatasi stress, mampu bekerja dan produktif, berguna bagi orang lain.

Point pentingnya yaitu, kesehatan mental adalah dasar bagi kemampuan kolektif dan individu kita sebagai manusia untuk berpikir, beremosi, berinteraksi satu sama lain, mencari nafkah dan menikmati hidup. Atas dasar pengertian ini, maka segala bentuk promosi, perlindungan, dan pemulihan kesehatan mental dapat dianggap sebagai perhatian vital individu, komunitas, dan masyarakat di seluruh dunia. Target pelayanan Kesehatan jiwa adalah: Sehat tetap sehat, resiko gangguan jiwa kembali ke sehat dan gangguan jiwa dapat mandiri dan produktif. Keperawatan kesehatan jiwa (*mental health*)

nursing) merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang integral dari pelayanan kesehatan, menggunakan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya. Menurut Stuart & Laraia (2005) keperawatan jiwa adalah suatu proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku, yang berkontribusi terhadap fungsi yang terintegrasi. Perawat jiwa harus mampu mengembangkan hubungan interpersonal, komunikasi antara perawat dan pasien di jadikan alat terapeutik, menggunakan ilmu perilaku sebagai landasan berpikir dalam meningkatkan kemampuan adaptasi pasien.

Kepribadian

Setiap individu mempunyai struktur kepribadian berbeda-beda, sehingga tingkah laku yang di tampilkan adalah manifestasi dari struktur kejiwaan individu tersebut, dalam diri manusia ada suatu keinginan atau dorongan sangat primitive dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya, Kepribadian (*personality*) adalah salah satu kajian psikologi yang lahir berdasarkan pemikiran, kajian atau temuan-temuan (hasil praktik penanganan kasus) para ahli.

Kata *personality* secara etimologis berasal dari Bahasa Latin: *persona* (kedok) dan *personare* (menembus), bukan keadaan pribadi yang sebenarnya tetapi yang dimaksudkan adalah tingkah laku yang di tampilkan seseorang atau drama atau topeng (menyembunyikan kepribadiannya yang asli). Kepribadian digunakan dalam kehidupan sehari-hari untuk menggambarkan identitas diri, jati diri seseorang, seperti “Saya seorang yang terbuka” atau “Saya seorang yang pendiam”, kesan umum seseorang tentang diri anda atau orang lain, seperti “Dia agresif” atau “Dia jujur” dan fungsi-fungsi kepribadian yang sehat atau bermasalah, seperti “Dia baik” atau “Dia pendendam”.

Stres

Stres di ambil dari definisi fisiologis yang diusulkan oleh Selye (1950, 1973).

Pada hakikatnya Kata “stres”., menyatakan kondisi seseorang yang mengalami tekanan emosi berlebihan dan atau waktu yang membuatnya sulit kembali kekehidupan sebelumnya. Keadaan ini dapat mengakibatkan gejala, seperti depresi, kelelahan kronis, mudah marah, gelisah, impotensi, dan kualitas kerja yang rendah.

Ada begitu banyak definisi yang menjelaskan pengertian stres. Mayoritas orang menyebut stres sebagai sesuatu yang terjadi pada mereka, berupa kejadian yang mengenakan maupun tidak mengenakan. Sebagian lagi mendefinisikan stres sebagai sesuatu yang berpengaruh pada tubuh, pikiran, dan perilaku sebagai wujud respon terhadap suatu kejadian. Dari kedua gambaran mengenai stres tersebut dapat dilihat bahwa inti dari stres adalah adanya keterlibatan kejadian dan respon kita terhadap kejadian itu. Namun, hal terpenting yang menjadi faktor kritis adalah bagaimana pikiran kita mengenai situasi itu. Lalu, dari manakah datangnya stress Ada beberapa sumber yang dapat dikategorikan sebagai pemicu munculnya stress, yaitu: (1) Tension, yaitu suatu keadaan dimana kita mengalami tegang atau tekanan mental, contohnya: mempunyai hutang, suami atau istri selingkuh, hendak menghadapi ujian akhir sekolah, dll. (2) Frustrasi, yakni mengalami kekecewaan karena ambisi atau cita-cita kita terhambat oleh sesuatu atau disaat kita mengalami kegagalan. Misalnya saja gagal dalam berumah tangga, gagal sekolah, gagal dalam panen, dll. (3) Konflik, rasa ketegangan, kecemasan yang disebabkan sukar menentukan dua pilihan atau lebih. Contohnya pasangan suami-istri yang selalu tidak rukun, apakah akan bercerai atau tidak. (4) Krisis, kejadian mendadak, sementara upaya untuk mengatasinya diluar kemampuan kita, sebagai contoh terjadinya bencana alam, kematian seseorang yang kita sayangi dan kita cintai.

Bagaimana proses terjadinya di otak: stressor yang di dengar, dilihat dan dialami akan menyebabkan stres yang akan mempengaruhi Otak (hypothalamus pituitary adrenal (HPA axis), tempat di mana kelenjar endokrin di otak dan di ginjal berinteraksi. Tempat inilah yang akan

mengontrol respon tubuh terhadap stress. Jika situasi seseorang stress dalam pekerjaan yang menumpuk, atau ada masalah di rumah, maka HPA axis langsung aktif dan melepaskan hormone kortisol. Ini bisa menyebabkan gejala psikosomati antara lain: leher tegang, susah tidur, gangguan pencernaan dll. Tingginya kortisol dalam darah berdampak pada organ otak. Jika individu yang mengalami stress dalam waktu lama bisa meningkatkan aktivitas amygdala (pusat ketakutan pada otak) dan juga menyebabkan sinyal listrik pada hippocampus (pusat Kontrol belajar, ingatan, dan stress) akan memburuk.

Selanjutnya tingkat kortisol yang tinggi juga berdampak pada otak yaitu hippocampus memproduksi lebih sedikit sel otak Sehingga terjadi kehilangan koneksi sinaptik antara neuron, akan menyebabkan kemampuan belajar dan mengingat bisa menurun. Selain itu juga bisa menyebabkan masalah kesehatan mental, seperti depresi dan alzheimer.

Secara umum stres dibagi menjadi dua yaitu: (1). Stres akut Stres yang dikenal juga dengan *fight or flight response*. Stres akut adalah respon tubuh terhadap ancaman tertentu, tantangan atau ketakutan. Respons stres akut yang segera dan intensif di beberapa keadaan dapat menimbulkan gemetar. (2) Stres kronis Stres kronis adalah stres yang lebih sulit dipisahkan atau diatasi, dan efeknya lebih panjang dan lebih.

Dilihat dari gejala, stres dibagi menjadi tiga yaitu: (1). Stres Ringan Stres ringan adalah stressor yang dihadapi setiap orang secara teratur, seperti banyak tidur, kemacetan lalu lintas, kritikan dari atasan. Situasi stres ringan berlangsung beberapa menit atau jam saja. Ciri-ciri stres ringan yaitu semangat meningkat, penglihatan tajam, energi meningkat namun cadangan energinya menurun, kemampuan menyelesaikan pelajaran meningkat, sering merasa letih tanpa sebab, kadangkala terdapat gangguan sistem seperti pencernaan, otak, perasaan tidak santai. Stres ringan berguna karena dapat memacu seseorang untuk berpikir dan berusaha lebih tangguh menghadapi tantangan hidup. (2) Stres Sedang Stres sedang berlangsung lebih lama

daripada stress ringan. Penyebab stres sedang yaitu situasi yang tidak terselesaikan dengan rekan, anak yang sakit, atau ketidakhadiran yang lama dari anggota keluarga. Ciri-ciri stres sedang yaitu sakit perut, mules, otot-otot terasa tegang, perasaan tegang, gangguan tidur, badan terasa ringan. (3) Stres berat adalah situasi yang lama dirasakan oleh seseorang dapat berlangsung beberapa minggu sampai beberapa bulan, seperti perselisihan perkawinan secara terus menerus, kesulitan financial yang berlangsung lama karena tidak ada perbaikan, berpisah dengan keluarga, berpindah tempat tinggal mempunyai penyakit kronis dan termasuk perubahan fisik, psikologis sosial pada usia lanjut. Ciri-ciri stres berat yaitu sulit beraktivitas, gangguan hubungan sosial, sulit tidur, negatifistic, penurunan konsentrasi, takut tidak jelas, kelelahan meningkat, tidak mampu melakukan pekerjaan sederhana, gangguan sistem meningkatkan perasaan takut meningkat.

Mekanisme Koping

Setiap individu jika mengalami stress akan melakukan suatu usaha untuk mengatasinya. Dampak dari stress menyebabkan ketidaknyamanan, sehingga membuat seseorang melakukan suatu usaha untuk mengurangi stress, usaha ini disebut koping.

Koping adalah suatu proses dimana seseorang mencoba untuk mengelolah perbedaan di dapat seperti keinginan (*demands*) dan pendapatan (*resources*) yang di ukur atau dinilai dalam keadaan penuh tekanan. Meskipun usaha koping dapat memperbaiki atau menguasai persepsi dari ketidaksesuaian, tolerir atau juga melepaskan diri atau menghindari situasi menimbulkan stress, dengan kognitif dan *behavioral transactions* melaui lingkungan.

Lazarus dan Folkman (1984) mengatakan dalam membangun perilaku koping diperlukan sumber daya koping baik yang bersifat fisik maupun non fisik. Sumber daya koping biasanya bersifat subjektif sehingga perilaku koping dapat berbeda antar individu. Cara seseorang melakukan strategi koping berdasar pada sumber daya yang dimiliki. Adapun sumberdaya koping yang dinilai

sangat penting adalah dukungan sosial. Dukungan sosial ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada individu yang diperoleh atau diberikan oleh orangtua, saudara atau anggota keluarga lain, teman, dan lingkungan masyarakat sekitar. Dengan adanya dukungan sosial, maka individu akan semakin mampu dan yakin dalam memecahkan masalah yang dihadapi serta dapat membantu individu dalam mempraktikkan koping yang tepat.

Lazarus dan Folkman (1984) melanjutkan bahwa kejadian yang menimbulkan stres serta tahapannya dan cara individu melakukan preventif primer juga akan mempengaruhi seseorang terutama dalam memberikan penilaian dan interpretasi terhadap stresor yang dirasakan. Setelah memberikan penilaian dan interpretasi, kemudian seseorang akan memberikan respon dan memilih mekanisme koping yang paling sesuai.

Mekanisme koping merupakan segala upaya yang dilakukan untuk mengelolah stres yang bersifat konstruktif atau destruktif. Tiga jenis utama mekanisme: (1). *Problem focused coping*, yang terdiri dari 3 macam yaitu : (a). *Confrontative coping*: individu berpegang teguh pada pendiriannya dan mempertahankan apa yang diinginkannya. Mengubah situasi secara agresif dan adanya keberanian mengambil resiko. (b) *Seeking social support*: individu berusaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain. (c). *Planful problem solving*: usaha untuk merubah keadaan yang di anggap menekan dengan car hati- hati, bertahap dan analitik. (2). *Cognitive focused coping*: diman seseorang mencoba untuk mengendalikan makna dari suatu masalah lalu menetralkan. Misalnya: perbandingan positif, ketidaktahuan selektif, substitusi penghargaan dan devaluasi objek yang diinginkan. (3). *Emotional focused coping*: klien diorientasikan untuk mengurangi distress emosionalnya. Seperti: penggunaan mekanisme pertahanan ego: denial, supresi atau proyeksi. Mekanisme Koping bersifat konstruktif ketikakecemasan digunakan sebagai tandda peringatan dan individu

menerimanya sebagai tantangan untuk menyelesaikan masalah. Mekanisme koping yang destruktif mematikan peringatan kecemasan dan tidak menyelesaikan konflik dan memungkinkan menggunakan mekanisme koping yang menghindari resolusi.

Tujuan utama manajemen stres adalah kehidupan yang seimbang, dengan waktu untuk bekerja, hubungan, relaksasi, dan kesenangan—dan ketahanan untuk bertahan di bawah tekanan dan menghadapi tantangan secara langsung. Tetapi manajemen stres bukanlah satu ukuran untuk semua. Kiat-kiat manajemen stres yang dapat di pakai untuk mengatasi stress.

1. *Identify the sources of stress in your life* /Identifikasi sumber stres dalam hidup:
2. *The four 4'S/ Latih 4 "A": Avoid Unecessari Stres: Hindari stres yang tidak perlu. After the situation: Mengubah situasi. Adapt to the stressor: Beradaptasi dengan stressor, Accept the things you can't change: Terima hal-hal yang tidak dapat Anda ubah.*
3. *Get Moving/ Bergeraklah: Dengan cara mengalihkan kekegiatan misalnya olah raga.*
4. *Connect to others/ Terhubung dengan orang lain: dengan cara menghubungi teman dan bercerita melalui telpon.*
5. *Make time for fun and relaxation/ Luangkan waktu untuk bersenang-senang dan bersantai.*
6. *Manager your time better/ Kelola waktu Anda dengan lebih baik.*
7. *Maintain balance with a healthy lifestyle/ Jaga keseimbangan dengan gaya hidup sehat.*
8. *Learn to relieve stress in the moment/ belajarlah untuk menghilangkan stres saat ini: dengan cara: Ralaksasi nafas adalah, Relaksasi Otot Progresif, Hipnosis lima jari.*

Upaya Pelayanan Kesehatan Jiwa

Upaya Kesehatan jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif (Mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jiwa), preventif (mencegah masalah kejiwaan dan gangguan jiwa), kuratif (menegakkan diagnosis dan penatalaksanaan gangguan jiwa serta rehabilitasi (mengendalikan disability dan memulihkan fungsi social).

1. Promotif:

Upaya promotif adalah rangkain kegiatan penyelenggaraan Kesehatan jiwa bersifat promotive untuk mempertahankan dan meningkatkan derajat Kesehatan jiwa, menghilangkan stigma, diskriminasi, meningkatkan pemahaman dan peran serta masyarakat terhadap Kesehatan jiwa. Target upaya promotive yang di muat pada pasal 8 adalah: keluarga, Lembaga Pendidikan, tempat kerja, masyarakat, fasilitas pelayanan Kesehatan, media massa, Lembaga keagamaan dan tempat ibadah, dan Lembaga permasyarakatan dan rumah tahanan.

Upaya promosi Kesehatan jiwa keluarga adalah: pola asuh dalam keluarga, pola komunikasi dalam keluarga yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan jiwa yang sehat. Di lingkungan lembaga Pendidikan: Menciptakan suasana belajar-mengajar yang kondusif bagi pertumbuhan dan perkembangan jiwa, keterampilan hidup terkait Kesehatan Jiwa bagi peserta didik sesuai dengan tahap perkembangannya. Di lingkungan lembaga Pendidikan: Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai Kesehatan Jiwa, Menciptakan tempat kerja yang kondusif untuk perkembangan jiwa yang sehat agar tercapai kinerja yang optimal. Di lingkungan masyarakat: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) mengenai Kesehatan Jiwa, Menciptakan lingkungan masyarakat yang kondusif untuk pertumbuhan dan perkembangan jiwa yang sehat.

2. Preventif

Upaya preventif merupakan suatu kegiatan untuk mencegah terjadinya masalah kejiwaan dan gangguan jiwa, hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah kejiwaan, mencegah timbulnya atau kambuhnya gangguan jiwa, mengurangi factor resiko akibat gangguan jiwa pada masyarakat secara umum atau perorangandan mencegah timbulnya dampak pada masalah psikososial. Dampak masalah psikososial merupakan cikal bakal timbulnya gangguan jiwa. Masalah psikososial yang diakibatkan fisik misalnya: hipertensi, diabetes melitus, TBC, Kanker. Masalah psikososial diakibatkan masalah mental: khawatir berlebihan galau. Masalah psikososial diakibatkan masalah social: putus sekolah, berhenti sekolah, perceraian. KDRT. Masalah psikoosial diakibatkan oleh pertumbuhan dan perkembangan: kurang gizi, kenakalan remaja, perundungan. Masalah psikoosial yang diakibatkan oleh ibu hamil dan ibu melahirkan.

Upaya preventif dilingkungan keluarga dilaksanakan dengan melakukan deteksi dini pada anggota keluarga kemungkinan mengalami masalah kejiwaan dengan menggunakan: (a) SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire): SDQ adalah kuesioner untuk deteksi dini masalah perilaku dan emosi pada anak dan remaja berusia 11 - 18 tahun. Berisi 25 pernyataan yang terdiri dari: Domain Masalah emosi (5 butir); Domain Masalah perilaku (5 butir); Domain hiperaktivitas / inatensi (5 butir); Domain Masalah hubungan dengan teman sebaya (5 butir); Domain Perilaku pro-sosial yang mendukung (5 butir). (b) SRQ 20 (Self Reporting Questionnaire 20): SRQ merupakan salah satu alat ukur yang dapat digunakan untuk mengetahui adanya gangguan mental emosional pada seseorang dengan cara yang relatif murah, mudah dan efektif. Dikatakan murah karena dapat dilakukan dalam waktu yang cukup singkat serta tidak memerlukan sumber daya manusia khusus untuk menilainya. SRQ efektif karena memiliki validitas yang

cukup baik dalam hal sensitivitas dan spesifitasnya. Kuesioner yang dikembangkan oleh WHO untuk penyaringan gangguan jiwa dan keperluan penelitian yang telah dilakukan diberbagai negara. Terdiri dari 20 pertanyaan, apabila minimal menjawab 6 jawaban "ya", maka responden diindikasikan memiliki gangguan mental emosional. Melalui SRQ dapat diidentifikasi gejala-gejala gangguan mental emosional seperti gejala depresi, gejala ansietas, gejala kognitif, gejala somatik dan gejala penurunan energi.

3. Kuratif

Upaya kuratif adalah kegiatan pemberian terhadap ODGJ meliputi: penentuan diagnose dan penatalaksanaan yang tepat sehingga ODGJ dapat mandiri dan produktif. Upaya kuratif dilaksanakan untuk penyembuhan atau pemulihan, pengurangan penderitaan, pengendalian disabilitas dan pengendalian gejala penyakit. Penyembuhan adalah prosEs menghilangkan penyakit atau mengembalikan seseorang dari kondisi gangguan menjadi sehat kembali. Proses penegakan diagnose dilakukan kepada individu yang di duga ODGJ untuk menentukan kondisi kejiwaannya sehingga dapat dilakukan penanganan yang tepat misalnya perlu rawat inap di RSJ atau di mendapat pelayanan di Puskesmas atau klinik Kesehatan jiwa.

4. Rehabilitasi

Upaya rehabilitasi adalah keggiatan pelayanan Kesehatan jiwa yang ditujukan untuk mencegah atau mengendalikan disabilitas, memulihkan fungsi social, memulihkan fungsi okupasiional, mempersiapkan dan memberikan kemampuan ODGJ agar mandiri dan produktif. Rehabilitasi psikiatrik adalah upaya pemulihan Kesehatan mental dan peningkatan ketrampilan hidup, dan peningkatan ketrampilan agar mampu melakukan aktivitas hidup sehari-hari.

Daftar Pustaka

- Dansu, D. T. (2017). *Psikologi Keperawatan Yogyakarta*. Yogyakarta: Pustaka Baru Pres.
- KBBI. (2019). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*.
- Kemenkes, R. (2021). *Petunjuk Teknis Pencegahan Dan pengendalian Gangguan Mental Emosional*. Jakarta: Direktorat Pencegahan Dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa Dan Napza Ditjen Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .
- Lawrence Robinson, M. S. (2021). *Stress Management*. Australia: helpguide.
- Lilik Ma'rifatul Azizah, I. Z. (2016). *buku ajar keperawatan jiwa*. yogyakarta indonesia.
- Nasir, A., & Muhith, A. (2011). *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa; Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Priyoto. (2014). *Konsep Manajemen Stres*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Richard, B. (2011). *Coping with stress in a changing word*. Erope: Mc Graw-Hill.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan jiwa*. Singapore: Elsevier.
- Yusuf, A., PK, R. F., Nihayati , H. E., & Tristiana, R. D. (2019). *Kesehatan jiwa pendekatan holistik dalam asuhan keperawatan*. Jakarta: mitra wacana media.
- Yusuf, S., & Nurihsa, J. (2011). *Teori kepribadian*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- <https://www.who.int/publications/who-guidelines>
- <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stress/page/10/apa-yang-dimaksud-dengan-sehat>

Profil Penulis



Antonia Helena Hamu

Lahir di Lekebai- Sikka pada tanggal 19 September 1974, Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan jiwa dimulai pada tahun tahun 2002 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih masuk di Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Brawijaya Malang dan lulus tahun 2004, dan Profesi Ners pada Tahun 2005, penulis menyelesaikan Magister Keperawatan (S2) peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Airlangga Surabaya tahun 2019. Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap di Jurusan Keperawatan poltekkes Kemenkes Kupang. Sekarang dengan Jabatan Fungsional Akademik asisten ahli. Beberapa kali juga penulis melakukan riset di bidang kesehatan jiwa. Penulis juga mulai aktif menulis buku dengan harapan memberikan kontribusi secara umum kepada bidang keperawatan dan dan khususnya kepada keperawatan jiwa serta bangsa Indonesia.

Email Penulis: hamuantonia.2017@gmail.com

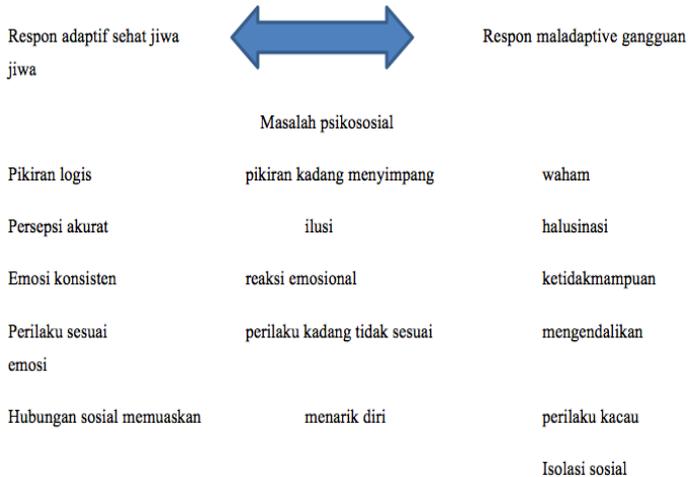
MENTAL DISORDER DAN PRINSIP-PRINSIP KEPERAWATAN JIWA

Wulida Litaqia, S.Kep., Ners., M.Kep

STIKes Yarsi Pontianak

Mental Disorder

Mental disorder atau biasa disebut dengan gangguan jiwa merupakan suatu masalah kesehatan yang ditandai dengan gangguan perilaku pada individu (Spitzer et al., 2018). *Mental disorder* juga disebutkan sebagai sebuah sindrom atau perubahan pola perilaku pada manusia yang secara klinis erat hubungannya dengan distress atau dan menimbulkan lebih dari satu gangguan pada fungsi kehidupannya yaitu baik dari fisik maupun psikologisnya. Hal ini disebabkan oleh adanya kekacauan pikiran, persepsi maupun tingkah laku. Individu yang mengalami gangguan jiwa akan sulit menyesuaikan diri baik dengan dirinya sendiri maupun oranglain dan lingkungannya. Ketidakmampuan seseorang dalam control diri ini akan menimbulkan berbagai perilaku yang disebut dengan respon maladaptive seperti penjelasan berikut.



Masalah psikososial merupakan hal yang kerap terjadi pada individu selama proses hidupnya. Keliat., et al (2011) mengungkapkan respon individu saat mengalami masalah psikososial dalam kehidupannya dan tertuang dalam rentang sehat dan sakit jiwa. Individu bisa saja merespon secara adaptif dan maladaptive saat terjadi masalah. Respon adaptif ditunjukkan saat seseorang memiliki koping yang baik dan sehat secara jiwanya dengan bentuk perilaku seperti dapat berpikir logis, memiliki persepsi yang akurat, perilaku yang sesuai, kestabilan emosi, dan memiliki hubungan sosial yang baik. Rentang respon maladaptive ditunjukkan saat individu memiliki kecenderungan pada *mental disorder* dengan ciri munculnya halusinasi, waham, sulit mengendalikan emosi, memiliki perilaku yang kacau, dan cenderung mengisolasi diri.

Gejala *Mental Disorder*

Mental disorder atau gangguan jiwa dapat mengakibatkan perubahan perilaku pada individu cenderung kearah maladaptive. Saat masalah terjadi dalam kehidupannya, individu tersebut menunjukkan beberapa ciri perilaku diantaranya seperti sedih berkepanjangan, menurunnya semangat dalam hidup dan cenderung malas, emosi yang tidak stabil, mengurung diri, sulit mengenali orang lain,

bicaranya kacau dan cenderung bicara sendiri, serta tidak mampu merawat diri

Dalam berbagai kondisi, individu dengan mental disorder memiliki tanda dan gejala yang dapat dikaji dari berbagai aspek diri diantaranya adalah;

1. Aspek kognitif

Aspek ini dapat dilihat dari proses mental seseorang yang memiliki kemampuan menyadari serta mempertahankan hubungan dengan lingkungannya (Kusumawati, 2010). Beberapa diantaranya adalah;

a. Gangguan pada sensasi

Saat mengalami hal ini individu akan mengalami gangguan kesadaran pada rangsangan pengecap, perabaan, penglihatan, penciuman maupun pendengaran dan kesehatan.

b. Gangguan pada persepsi

Individu dalam hal ini biasanya mengalami ganggian dalam mempersepsikan kesadaran atau rangsangan yang datang. Yang termasuk dalam hal ini adalah halusinasi, iluysi, derealisi, dan depersonalisasi. Halusinasi merupakan kondisi saat individu tersebut mempersepsikan sesuatu dan kenyataannya hal tersebut tidak ada atau tidak berwujud. Halusinasi kerap kali dialami dengan berbagai jenis diantaranya halusinasi penglihatan, halusinasi pendengaran, halusinasi perabaan, halusinasi penciuman, halusinasi sinestetika, dan halusinasi kinestetika. Berbeda dengan ilusi, ilusi merupakan persepsi individu yang salah atau palsu terhadap suatu benda (interperstasi salah). Derealisasi juga merupakan salah satu gangguan persepsi dimana muncul perasaan aneh tentang lingkungan yang

2. Ketegangan (*tension*) dialami oleh individu dengan *mental disorder* ditandai dengan murunga tau putus asa, gelisah, kecemasan, tidak berdaya, perilaku histeris, konfulsif, takut dan muncul pikiran buruk

3. Aspek kepribadian

Kepribadian adalah keseluruhan dari pola pikir individu, perilaku dan perasaan yang seringkali digunakan sebagai cara beradaptasi dalam proses kehidupannya. Individu dengan mental disorder kerap mengalami gangguan kepribadian seperti paranoid, disosial, dan emosi yang tidak stabil. Gangguan kepribadian merupakan salah satu klasifikasi diagnose gangguan jiwa

4. Aspek pola hidup

Pada individu dengan mental disorder juga mengalami gangguan pola hidup. Dalam hal ini seseorang akan merasakan gangguan dalam hubungan sosialnya misalnya sering merasa dirugikan atau dihalangi terus-menerus. Biasanya terjadi dalam sebuah pekerjaan dimana individu tersebut sulit merencanakan masa depannya.

5. Aspek perhatian

Pada aspek ini didapatkan bahwa individu tersebut sulit untuk berkonsentrasi dan memusatkan focus pada satu tujuan. Dalam menilai suatu proses kognitif, ia seringkali salah mempersepsikan.

6. Aspek kemauan

Bentuk dari gangguan pada aspek kemauan dapat dilihat dari kemauannya yang lemah khususnya dalam hal membuat keputusan atau memulai suatu tingkah laku, tidak mampu leluasa dalam mengubah tingkah laku, membandingkan atau menilai beberapa pilihan, cenderung negativism, dan kompulasi

7. Aspek berfikir

Proses pikir yang normal terjadi apabila mengandung ide, symbol dan tujuan asosiasi yang terarah sedangkan pada individu dengan mental disorder seringkali mengalami gangguan dalam proses berfikir. Ketidakmampuan dalam mencapai tujuan yang terarah, membedakan kenyataan dan fantasi

serta kemampuan menilai kenyataan. Gangguan proses pikir ini biasa dikenal dengan psikosis.

8. Aspek psikomotor

Gangguan pada spek psikomotor ditandai dengan aktivitas yang menurun dan meningkat tetapi tidak dikuasai. Hal ini terjadi berulang dalam suatu aktivitas, gerakan yang tidak memiliki tujuan ini berbentuk melawan, menentang terhadap apa yang disuruh

9. Aspek emosi dan perasaan

Gangguan emosi dan perasaan pada individu dengan mental disorder ditandai dengan emosi menyenangkan yang berlebihan (euphoria), mudah tersinggung, gairah yang berlebihan, cemas, sedih, waham kebesaran, hingga emosi tumpul. Tanda-tanda tersebut merujuk pada gangguan afek dan emosi.

10. Aspek ingatan dan asosiasi

Kesanggupan dalam menyimpan, mencatat atau memproduksi isi dan tanda-tanda kesadaran kerap kali sulit dilakukan. Dalam hal asosiasi, individu juga mengalami kesulitan dalam proses mentalnya yaitu perasaan, kesan atau gambaran ingatan yang cenderung berbeda sari kenyataannya.

Penyebab *Mental Disorder*

Pada setiap individu, penyebab mental disorder bukanlah hal yang sama tergantung dari kondisi dan latar belakang masalah masing-masing. Akan tetapi penyebabnya sama-sama terdapat pada unsur kejiwaan. Penyebab utama dapat berasal dari somatogenik atau organobiologis, psikogenik, kultural, sosial, maupun spiritual (Yosep et al., 2016). Secara umum faktor penyebabnya dapat diklasifikasikan pada hal diantaranya;

1. Faktor genetic

Pada individu yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa akan cenderung lebih tinggi berpotensi mengalami gangguan jiwa.

2. Faktor biologis

Faktor biologis diantaranya keturunan, kepekaan atau sensitif, jasmani, dan penyakit atau cedera tubuh. Faktor keturunan menjadi hal yang belum jelas adanya akan tetapi hal ini kerap terlihat dari data yang ada sehingga dapat disimpulkan bahwa faktor ini mengarah pada lingkungan kejiwaan yang tidak sehat dalam lingkup terdekatnya seperti keluarga

3. Faktor psikologis

Faktor psikologis diantaranya pengalaman kegagalan, stres, dan frustrasi yang mengakibatkan perubahan sifat dan perilaku dikemudian hari. Stres yang tidak tertangani dengan baik secara terus menerus akan menimbulkan berbagai gejala mental disorder seperti perasaan kehilangan hingga isolasi sosial.

4. Faktor sosio kultural dan spiritual

Pola pengasuhan anak yang menjadikan hubungan orangtua dan anak menjadi renggang akan membentuk anak yang agresif, pendiam, dan tidak suka bergaul. Hal ini dapat menjadi faktor penyebab individu mengalami masalah dalam kejiwaannya. System kepercayaan terhadap nilai budaya dan agama juga dapat menjadi faktor penyebab, nilai kepercayaan masa lalu dan saat ini yang jauh berbeda tentunya memerlukan kemampuan individu secara adaptif untuk menyesuaikan diri. Selain itu, dengan adanya kemajuan teknologi dan peradaban yang semakin konsumtif juga menyebabkan kesenjangan ekonomi yang dapat menyebabkan banyaknya pengangguran dan masalah ekonomi lain sehingga dapat mengakibatkan seseorang mengalami gangguan kejiwaan.

Prinsip-Prinsip Keperawatan Jiwa

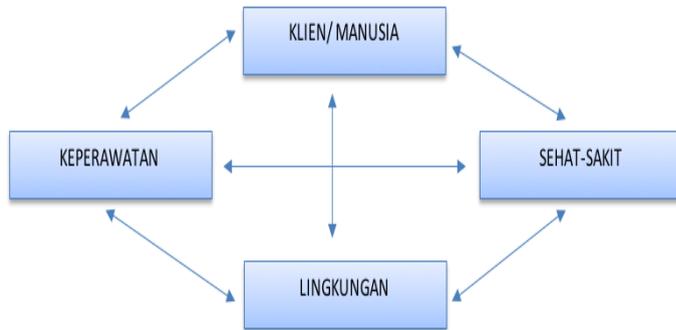
Keperawatan jiwa merupakan area khusus dalam sebuah praktik keperawatan yang mendasari tingkah laku manusia dalam proses pelayanan secara terapeutik guna meningkatkan, mempertahankan, serta memulihkan kesehatan mental klien. Dalam hal ini, proses yang terjadi

didalamnya ialah perawat secara mandiri dan berkelompok membantu individu/ kelompok untuk mengembangkan konsep diri positifnya, meningkatkan hubungan antar pribadi yang harmonis sehingga menciptakan masyarakat yang sehat jiwa dan produktif.

Dalam menjalankan peran dan fungsinya dalam pelayanan keperawatan secara umum, perawat perlu memiliki keyakinan pada pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan diantaranya adalah;

1. Manusia merupakan makhluk yang holistic yaitu terdiri dari bio-psiko-sosio-kultural-spiritual. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat perlu menggunakan intervensi yang sifatnya holistic
2. Asuhan keperawatan diberikan dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan secara optimal
3. Tindakan keperawatan diberikan secara kolaboratif melibatkan tim kesehatan, klien, keluarga, maupun masyarakat
4. Tindakan keperawatan sebagai suatu wujud dalam usaha memecahkan masalah dengan pendekatan proses keperawatan
5. Perawat memiliki tanggungjawab dan tanggungugat
6. Pendidikan keperawatan merupakan hal yang perlu dilakukan terus-menerus guna meningkatkan kualitas pelayanan dan disiplin ilmu

Merujuk pada paradigma keperawatan, prinsip dalam melakukan pelayanan keperawatan jiwa juga harus memperhatikan bahwa klien/ manusia tidak dapat terlepas dari konsep keperawatan, sehat-sakit, dan lingkungannya.



Skema 1. Paradigma keperawatan

1. Manusia

Keperawatan jiwa memandang manusia sebagai makhluk holistik yaitu terdiri dari komponen bio-psiko-sosial-kultural-spiritual. Artinya memiliki satu kesatuan utuh dari aspek jasmani dan rohani serta unik karena mempunyai berbagai macam kebutuhan sesuai tingkat perkembangannya sehingga pelayanan yang diberikan juga mengupayakan interaksi manusia dengan eksternal maupun internal dapat berjalan secara seimbang (homeostatis). Paradigma keperawatan memandang manusia sebagai makhluk holistik, yang merupakan sistem terbuka, sistem adaptif, personal dan interpersonal. Sebagai sistem terbuka, manusia mampu mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungannya, baik lingkungan fisik, biologis, psikologis maupun sosial dan spiritual. Sebagai sistem adaptif manusia akan menunjukkan respon adaptif atau maladaptif terhadap perubahan lingkungan. Respon adaptif terjadi apabila manusia memiliki mekanisme koping yang baik dalam menghadapi perubahan lingkungan, tetapi apabila kemampuan merespon perubahan lingkungan rendah, maka manusia akan menunjukkan perilaku yang maladaptif. Manusia atau klien dapat diartikan sebagai individu, keluarga ataupun masyarakat yang menerima asuhan keperawatan.

2. Keperawatan

Keperawatan merupakan bentuk pelayanan profesional dan bagian integral pelayanan kesehatan. Pelayanan keperawatan dilakukan secara komprehensif ditujukan bagi individu secara perseorangan, keluarga, serta masyarakat dalam lingkup sehat maupun sakit. Pemberian asuhan keperawatan tanpa membeda-bedakan ras, jenis kelamin, warna kulit, etnik, agama, aliran politik serta status ekonomi sosialnya. Pelayanan keperawatan dilakukan dengan metode ilmiah yang menggunakan proses terapeutik didalamnya menggunakan kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan juga disebut dengan pemberian asuhan keperawatan.

3. Sehat-sakit

Dalam menentukan status kesehatan, ukuran yang biasa digunakan dalam pelayanan keperawatan jiwa adalah sehat-sakit. Keadaan sehat selalu berubah secara konstan sehingga perlu diberikan asuhan keperawatan yang gunanya juga untuk mengurangi resiko sakit serta meningkatkan dan mempertahankan derajat kesehatannya. Rentang sehat sakit mengidentifikasikan bahwa kondisi individu berada pada kutub sehat (wellness area) artinya perlu pelayanan keperawatan jiwa yang bertujuan untuk mengurangi resiko sakit serta meningkatkan dan mempertahankan derajat kesehatannya, serta kutub lainnya are sakit sehingga perlu diberikan asuhan keperawatan guna menanggulangi masalah kesehatan yang ada.

4. Lingkungan

Lingkungan dalam hal ini adalah faktor eksternal yang mempengaruhi perkembangan kesehatan manusia diantaranya fisik, psikologis, sosial, budaya, ekonomi, dan spiritual. Manusia dalam upaya menyeimbangkan diri harus mampu untuk beradaptasi dalam hubungan interpersonalnya.

Dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa, peran dan fungsi perawat menjadi hal utama dalam pemberian pelayanan. Hubungan terapeutik antar perawat dan klien serta keluarga menjadi sebuah jurus atau pengalaman belajar yang dapat dilakukan dalam memperbaiki emosi klien. Perawat kesehatan jiwa dapat mempelajari konsep dasar ilmu keperawatan jiwa sehingga dasar teori dalam intervensi klien dengan gangguan jiwa dapat diberikan secara optimal. Struktur dan fungsi otak, lingkungan, system pendukung dan faktor-faktor penting lain merupakan hal dasar yang perlu dikuasai oleh pemberi pelayanan. Selain itu juga kemampuan perawat dalam berkomunikasi aktif dengan memperhatikan aspek legal etik profesionalisme keperawatan juga perlu diterapkan (Fhirawati et al., 2020)

Daftar Pustaka

- Fhirawati. (2020). *Konsep Dasar Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Keliat, B.A, Akemat, Helena Novy, dan N. H. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course)*. EGC.
- Kusumawati, F. dan Y. H. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Salemba Medika.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Micoulaud Franchi, J. A. (2018). Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. *Annales Medico-Psychologiques*, 176(7), 656–665. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.07.004>
- Yosep, H.Iyus., T. S. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Refika Aditama.

Profil Penulis



Wulida Litaqia

Penulis lahir di Kabupaten Sanggau, 28 Maret 1995. Lulus dari program studi ilmu keperawatan dan profesi ners Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak pada tahun 2018. Kemudian melanjutkan studi di Program Studi

Magister Keperawatan Peminatan Jiwa di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan lulus pada tahun 2020.

Pada tahun 2019 beliau menjalani student exchange progame di International Islamic University Malaysia dan menjadi pembicara dalam Seminar Internasional “Technology and Innovation in Psychiatry Nursing” pada tahun 2020. Penulis memiliki ketertarikan dalam bidang keperawatan jiwa sejak dibangku kuliah, bahkan beliau juga aktif dalam melaksanakan penelitian dan pengabdian masyarakat yang berupa edukasi tentang pentingnya kesehatan jiwa terkhusus di era pandemic Covid-19 serta memiliki ketertarikan dalam topik spiritualitas dan bunuh diri. Hal ini ditunjukkan dengan publikasi penelitian maupun literature review yang pernah dipublikasikannya. Saat ini penulis merupakan dosen di STIKes Yarsi Pontianak sejak tahun 2021. Fokus bidang yang diajar olehnya ialah keperawatan jiwa, keperawatan gerontic, komunikasi dalam keperawatan, keperawatan islami, serta keperawatan dasar.

Email Penulis: wulida.litaqia@gmail.com

POSYANDU KESEHATAN JIWA

Eltanina Ulfameytalia Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep

STIKES Guna Bangsa Yogyakarta

Pendahuluan

Posyandu kesehatan jiwa merupakan salah satu kegiatan rehabilitasi bagi orang dengan gangguan jiwa yang melibatkan masyarakat. Kegiatan tersebut merupakan upaya yang dilakukan dalam rangka mempertahankan kondisi kesehatan jiwa yang optimal, mengembalikan fungsi sosial, dan mencegah kambuhnya pada orang dengan gangguan jiwa. Kegiatan posyandu kesehatan jiwa perlu integrasi dari seluruh komponen masyarakat.

Posyandu kesehatan jiwa perlu dilaksanakan pada tingkat pelayanan kesehatan primer. Pemantauan perkembangan dan perawatan terhadap orang dengan gangguan jiwa dan keluarga perlu dilakukan agar dapat meningkatkan kemandirian dan produktivitas dari orang dengan gangguan jiwa. Selain itu, peningkatan pengetahuan dengan berbasis kelompok (self help group) melalui posyandu kesehatan jiwa, dapat menurunkan beban keluarga dalam melakukan perawatan pada orang dengan gangguan jiwa (Dewi et al., 2017; Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa, 2014).

Konsep Posyandu Kesehatan Jiwa

1. Definisi Posyandu Kesehatan Jiwa

Posyandu merupakan singkatan dari pos pelayanan terpadu. Posyandu dilaksanakan untuk pemeliharaan kesehatan yang dilaksanakan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibimbing oleh petugas terkait. Posyandu dilakukan pada karakteristik populasi tertentu seperti anak, lansia, pelayanan penyakit tidak menular dan masalah kesehatan jiwa.

Sedangkan kesehatan jiwa, adalah suatu kondisi dimana seseorang sehat secara emosional, psikologis dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional.

Dengan demikian, posyandu kesehatan jiwa adalah pelayanan untuk pemeliharaan kondisi sehat emosional, psikologis dan sosial yang dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibimbing oleh petugas kesehatan yang memiliki kemampuan, keterampilan dan kemauan untuk meningkatkan kesehatan jiwa.

2. Tujuan Posyandu Kesehatan Jiwa

Penyelenggaraan Posyandu Kesehatan Jiwa diadakan dengan tujuan antara lain (Windarwati et al., 2019),

- a. Menurunkan angka kekambuhan pada orang dengan masalah kejiwaan maupun pada orang dengan gangguan jiwa, yang dilihat dari beberapa indikator yakni penurunan tanda dan gejala gangguan jiwa, peningkatan kemandirian dan produktivitas.
- b. Mempertahankan kondisi sehat jiwa melalui indikator kemandirian dan produktivitas.
- c. Meningkatkan peran serta masyarakat untuk mengembangkan kegiatan Kesehatan jiwa.

3. Kegiatan Pokok Posyandu Kesehatan Jiwa

Kegiatan pokok posyandu kesehatan jiwa antara lain adalah (Idris & Purwanti, 2021);

- a. Pemantauan status atau kesehatan fisik dan nutrisi pada orang dengan gangguan jiwa
- b. Terapi psikofarmaka dan non psikofarmaka
- c. Peningkatan ketrampilan perawatan diri
- d. Peningkatan ketrampilan aktivitas sehari-hari
- e. Peningkatan produktivitas dan penurunan stigma

4. Sasaran Posyandu Kesehatan Jiwa

Peserta posyandu kesehatan jiwa, antara lain adalah:

- a. Orang dengan gangguan jiwa yang pernah dipasung
- b. Orang dengan gangguan jiwa yang tidak pernah dipasung
- c. Keluarga orang dengan gangguan jiwa

5. Kader dan Proses Pembentukan Posyandu Kesehatan Jiwa

Posyandu kesehatan jiwa dikembangkan melalui suatu proses yang berkesinambungan. Adapun langkah pembentukan posyandu kesehatan jiwa sebagai berikut (Indrawati et al., 2018):

- a. Pendataan orang dengan gangguan jiwa di satu wilayah tertentu
- b. Penyiapan sumber daya manusia, meliputi
 - 1) Dua (dua) orang perawat terlatih minimal BC CMHN
 - 2) Satu (satu) orang dokter terlatih GP plus
 - 3) Sejumlah 4-11 kader kesehatan jiwa

- c. Pelaksanaan musyawarah masyarakat desa (MMD)
 - 1) Menetapkan nama posyandu kesehatan jiwa
 - 2) Menetapkan sumber pendanaan posyandu kesehatan jiwa
 - 3) Sosialisasi kegiatan posyandu kesehatan jiwa
- d. Pelaksanaan posyandu kesehatan jiwa
- e. Monitoring dan evaluasi posyandu kesehatan jiwa

Tabel 4.1. Data Tenaga Kesehatan dan Pelayanan Posyandu Kesehatan Jiwa

No	Jenis Tenaga Kesehatan/Fasilitas Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan Jiwa	Jumlah
A	Tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan	
1	Dokter mahir kesehatan jiwa (GP +)	
2	Perawat CMHN	
3	Kader kesehatan jiwa (KKJ)	
4	Desa siaga sehat jiwa atau RW siaga sehat jiwa	
B	Pelayanan kesehatan jiwa di posyandu kesehatan jiwa	
1	Petugas kesehatan melakukan pendataan kesehatan fisik pada ODGJ	
2	Petugas kesehatan melakukan deteksi masalah kesehatan jiwa	
3	Dokter GP plus melakukan penatalaksanaan medis kepada OGDJ	

4	Perawat CMHN melakukan asuhan keperawatan	
5	Kader melakukan peningkatan keterampilan perawatan diri pada ODGJ	
6	Kader melakukan peningkatan keterampilan aktivitas sehari-hari pada ODGJ	
7	Kader melakukan peningkatan kemandirian dan produktivitas pada OGDJ	

Pelaksanaan Posyandu Kesehatan Jiwa

1. Pelaksanaan Posyandu Kesehatan Jiwa

Pelayanan posyandu kesehatan jiwa dilakukan dengan mengacu pada pelaksanaan 5 meja. Masing-masing meja memiliki spesifikasi kegiatan yang berbeda (Adam, 2015; Idris & Purwanti, 2021; Keltner & Steele, 2015; Windarwati et al., 2019).

a. Meja 1

Meja 1 merupakan meja pendaftaran dan pemantauan fisik yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa. Pada kegiatan pendaftaran, instrumen yang disiapkan adalah format pendaftaran yang berisi nomor, tanggal, nomor register, nama, usia, jenis kelamin, alamat dan nomor telepon. Pada kegiatan pemantauan kesehatan fisik dilakukan penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan dan pemeriksaan fisik yang pendokumentasian dilakukan pada buku menuju sehat jiwa. Petugas yang diperlukan di meja 1 adalah seorang perawat kesehatan jiwa masyarakat/perawat CMHN dan satu orang kader kesehatan jiwa.

Tujuan meja 1 posyandu kesehatan jiwa adalah agar ODGJ dan keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat CMHN, dokter dan kader kesehatan jiwa. Tujuan lain yang diharapkan adalah ODGJ dan keluarga mampu menyampaikan kondisi kesehatan fisik yang dialami oleh ODGJ.

Setting pelaksanaan meja 1 digambarkan dalam bentuk konsultasi, duduk berhadapan, dengan satu sisi kursi ditempati oleh perawat CMHN dan kader kesehatan jiwa dan sisi lain oleh ODGJ dan keluarga.

Tabel 4.2. Form Pendaftaran Posyandu Kesehatan Jiwa

No	Tanggal	No Reg	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Alamat	No Telepon

b. Meja 2

Meja 2 merupakan meja yang menjalankan fungsinya untuk pemantauan tanda dan gejala gangguan jiwa dan pemenuhan kebutuhan psikofarmaka, vitamin serta nutrisi. Ceklist pemantauan tanda dan gejala didokumentasikan dalam BMSJ. Petugas yang dibutuhkan di meja di ini adalah satu orang dokter terlatih kesehatan jiwa dan satu orang kader kesehatan jiwa.

Tujuan pertama meja 2 posyandu kesehatan jiwa adalah agar ODGJ dan keluarga dapat menyampaikan gejala gangguan jiwa yang masih dirasakan, baik oleh ODGJ maupun keluarga. Tujuan kedua agar ODGJ mendapatkan terapi psikofarmaka secara tepat, vitamin dan nutrisi tambahan untuk menjaga kesehatan fisik.

Setting pelaksanaan meja 2 digambarkan dalam bentuk meja konsultasi, duduk berhadapan

dengan satu sisi kursi ditempati oleh dokter terlatih GP plus dan kader kesehatan jiwa dan sisi lain adalah ODGJ dan keluarga. Meja dua juga dapat melibatkan ahli gizi yang ada di puskesmas untuk membantu diet ODGJ.

c. Meja 3

Meja 3 adalah meja yang berfungsi untuk melakukan latihan pengendalian gejala sesuai dengan diagnosis keperawatan yang ditemukan pada orang dengan gangguan jiwa. Daftar ceklist latihan pengendalian gejala sesuai dengan diagnosis keperawatan didokumentasikan dalam BMSJ. Petugas yang harus ada di meja 3 posyandu kesehatan jiwa adalah seorang perawat CMHN. Meja 3 disebut juga sebagai meja konsultasi keperawatan.

Tujuan meja 3 posyandu kesehatan jiwa bagi ODGJ adalah agar dapat melakukan pengendalian gejala asuhan keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosis keperawatan. Tujuan bagi keluarga adalah agar keluarga mampu melakukan perawatan kepada ODGJ di rumah.

d. Meja 4

Meja 4 memberikan layanan berupa peningkatan keterampilan perawatan diri secara mandiri. Meja 4 dibagi menjadi 4 kecil sesuai kebutuhan orang dengan gangguan jiwa. Adapun 4 meja kecil tersebut adalah,

- 1) Meja keterampilan kebersihan diri (4A)
- 2) Meja keterampilan berdandan (4B)
- 3) Meja keterampilan makan (4C)
- 4) Meja keterampilan toileting (4D)

Setiap meja kecil dipandu oleh satu orang kader kesehatan jiwa. Meja 4 dapat dimodifikasi jika jumlah kader yang dimiliki sangat terbatas. Jika jumlah kader yang dimiliki terbatas maka

pelaksanaan meja 4A, 4B, 4C dan 4D dapat dilakukan secara bergilir setiap satu bulan sekali.

Tujuan meja 4 posyandu kesehatan jiwa bagi ODGJ adalah agar ODGJ dapat melakukan perawatan diri secara mandiri. Perawatan diri yang dimaksud meliputi kebersihan diri, berdandan, makan dan toileting.

Seting pelaksanaan meja 4 digambarkan dalam bentuk 4 meja konsultasi yang disusun menyerupai huruf V atau U. Setiap meja akan duduk berhadapan dengan satu sisi kursi ditempati oleh kader kesehatan jiwa dan sisi lain adalah ODGJ dan keluarga. Latihan keterampilan perawatan diri juga dapat dilakukan secara berkelompok.

e. Meja 5

Meja 5 memberikan layanan peningkatan keterampilan hidup sehari-hari dan peningkatan produktivitas. Kegiatan keterampilan hidup sehari-hari, meliputi pemeliharaan barang dan ruang pribadi seperti mencuci baju dan membersihkan kamar mandi. Kegiatan peningkatan hubungan dan komunikasi dilakukan dengan mengembangkan dan mempertahankan hubungan yang sehat jiwa melalui kegiatan peningkatan kemandirian dan produktivitas. Contoh kegiatan peningkatan kemandirian dan produktivitas diantaranya adalah latihan okupasi yang sesuai dengan peminatan dari orang dengan gangguan jiwa. Petugas yang diperlukan untuk membantu di meja 5 adalah lima orang kader kesehatan jiwa. Jika jumlah kader yang dimiliki terbatas maka variasi pelaksanaan meja ini dapat dilakukan secara bergilir setiap satu bulan sekali.

Tujuan meja 5 posyandu kesehatan jiwa bagi ODGJ adalah agar dapat melakukan peningkatan keterampilan hidup sehari-hari dan produktivitas secara mandiri. Keterampilan hidup sehari-hari

yang dimaksud meliputi semua kegiatan untuk melakukan aktivitas pemeliharaan barang dan ruang pribadi seperti mencuci baju dan membersihkan kamar pribadi. Keterampilan produktivitas diantaranya kegiatan yang bersifat latihan okupasi. Setting pelaksanaan meja 5 digambarkan dalam bentuk 5 meja konsultasi yang disusun.

2. Instrumen Pendamping Pelaksanaan Posyandu Kesehatan Jiwa

Instrumen pendamping yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas posyandu kesehatan jiwa di antaranya adalah (Kemenkes RI, 2020):

- a. Catatan menuju sehat jiwa yang digunakan untuk mencatat dan memantau perkembangan kesehatan jiwa dengan indikator penurunan gejala, peningkatan kemandirian dan produktivitas.
- b. Kartu grafik gejala pada orang dengan gangguan jiwa.
- c. Kartu grafik stigma pada orang dengan gangguan jiwa.
- d. Kartu grafik kemampuan orang dengan gangguan jiwa.

Indikator Keberhasilan

Indikator pencapaian keberhasilan posyandu kesehatan jiwa dapat diukur melalui empat indikator, yaitu indikator masukan (input), indikator keluaran (output), indikator proses dan indikator dampak. Berikut ini diuraikan penjelasan masing-masing indikator.

1. Indikator masukan (input)

Indikator masukan meliputi,

- a. Tersedianya sumber daya manusia (SDM) dokter, perawat, dan kader kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan kesehatan jiwa

- b. Tersedianya peralatan yang dapat digunakan untuk melaksanakan posyandu kesehatan jiwa
- c. Tersedianya dana operasional untuk melaksanakan posyandu kesehatan jiwa
- d. Tersedianya standar, pedoman dan panduan tentang posyandu kesehatan jiwa
- e. Tersedianya bahan alat tulis kantor, formulis pendaftaran dan BMSJ untuk melaksanakan posyandu kesehatan jiwa

2. Indikator proses

Indikator proses, meliputi:

- a. Dilaksanakan posyandu kesehatan jiwa
- b. Dilaksanakan pendaftaran dan pemantauan fisik pada orang dengan gangguan jiwa di posyandu kesehatan jiwa
- c. Dilaksanakannya pemantauan gejala, pemberian terapi psikofarmaka, vitamin dan penambahan nutrisi orang dengan gangguan jiwa di posyandu kesehatan jiwa
- d. Dilaksanakannya terapi nonpsikofarmaka: pengendalian gejala oleh perawat pada orang dengan gangguan jiwa di posyandu kesehatan jiwa
- e. Dilaksanakannya peningkatan keterampilan perawatan diri orang dengan gangguan jiwa di posyandu kesehatan jiwa
- f. Dilaksanakannya peningkatan keterampilan hidup sehari-hari dan produktivitas orang dengan gangguan jiwa di posyandu kesehatan jiwa

3. Indikator dampak

Indikator dampak keberhasilan posyandu kesehatan jiwa yang ditetapkan berdasarkan *bebas gejala, mandiri, produktif* dan *bebas stigma*.

Pencatatan dan Pelaporan Posyandu Kesehatan Jiwa

Pelaporan posyandu kesehatan jiwa merupakan suatu indikator keberhasilan dari kegiatan posyandu kesehatan jiwa. Pencatatan dan pelaporan akan menghasilkan suatu bentuk komunikasi terkait dengan persiapan, pelaksanaan dan evaluasi posyandu kesehatan jiwa (Ali, 2013; Videbeck, 2008).

Definisi pencatatan posyandu kesehatan jiwa adalah kegiatan atau proses pendokumentasian kegiatan posyandu kesehatan jiwa dalam bentuk tulisan. Pencatatan dilakukan di setiap aktivitas meja posyandu kesehatan jiwa.

Jenis pencatatan posyandu kesehatan jiwa adalah:

1. Pencatatan data ODGJ menggunakan form register posyandu kesehatan jiwa yang berisi pencatatan data pasien, meliputi nomor, tanggal, nomor register, nama, usia, jenis kelamin, alamat dan nomor telepon.
2. Pencatatan aktiivtas posyandu kesehatan jiwa
 - Meja 1 : Meja pendaftaran dan pemantauan kesehatan fisik
 - Meja 2 : Pemantauan gejala, pemberian terapi psikofarmaka, vitamin dan penambahan nutrisi
 - Meja 3 : Terapi non-psikofarmaka, pengendalian gejala oleh perawat
 - Meja 4 : Peningkatan keterampilan perawatan diri
 - Meja 5 : Peningkatan keterampilan sehari-hari dan produktivitas
3. Dilakukan menggunakan catatan menuju sehat jiwa
4. Pencatatan tenaga kesehatan yang terlibat dalam posyandu kesehatan jiwa

Pelaporan adalah mekanisme yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk melaporkan kegiatan posyandu kesehatan jiwa yang telah dilakukan kepada instansi yang lebih tinggi dalam hal ini dinas kesehatan kabupaten/kota.

Jenis-jenis laporan sebagai berikut:

1. Laporan bulanan data ODGJ yang mengikuti posyandu kesehatan jiwa berdasarkan diagnosis medik dan diagnosis keperawatan.
2. Laporan bulanan pelayanan posyandu kesehatan jiwa berisi jumlah ODGJ yang mendapatkan pelayanan posyandu kesehatan jiwa, jenis pelayanan kesehatan yang diberikan di posyandu kesehatan jiwa, hasil pelayanan kesehatan jiwa (tingkat kemandirian ODGJ), jumlah fasilitas dan tenaga kesehatan jiwa di posyandu kesehatan jiwa.

Tabel 4.3. Gejala yang dirasakan oleh ODGJ

No	Gejala	Bulan							
		1	2	3	4	5	6	7	...
Fisik									
1	Sulit tidur								
2	Malas makan								
3	Badan terasa kaku								
4	Sakit kepala								
5	Jantung berdebar								
Perilaku									
6	Tidak mau merawat diri								
7	Tidak mau berinteraksi								
8	Malas minum obat								

No	Gejala	Bulan							
		1	2	3	4	5	6	7	...
9	Tidak melakukan kegiatan yang biasa dilakukan								
10	Ingin marah								
11	Mendengar/melihat sesuatu								
12	Menyendiri								
13	Merasa seperti nabi/malaikat								
14	Bingung								
15	Sedih berlebihan								
16	Senang berlebihan								

Tabel 4.4 Laporan Bulanan Data ODGJ pada Posyandu Kesehatan Jiwa berdasarkan Diagnosis Medik

Kode	Jenis Penyakit	Jumlah ODGJ yg datang ke Posyandu Kesehatan Jiwa							Total
		0-6t h	7-14t h	15-18t h	19-44t h	45-59t h	60-69t h	≥ 70t h	
F00 #	Gangguan mental organik								
F10 #	Gangguan penggunaan NAPZA								

Kode	Jenis Penyakit	Jumlah ODGJ yg datang ke Posyandu Kesehatan Jiwa							
		0-6t h	7-14t h	15-18t h	19-44t h	45-59t h	60-69t h	≥ 70t h	Tot al
F20 #	Skizofrenia dan gangguan psikotik kronik lain								
F23	Gangguan psikopat akut								
F31	Gangguan bipolar								
F32 #	Gangguan depresif								
F40 #	Gangguan neurotik								
F70	Retardasi mental								
F80-90#	Gangguan mental organik								
G40 #	Epilepsi								

Tabel 4.5. Laporan Bulanan Data ODGJ pada Posyandu Kesehatan Jiwa berdasarkan Diagnosis Keperawatan

Kode	Jenis Penyakit	Jumlah ODGJ yg datang ke Posyandu Kesehatan Jiwa							
		0-6th	7-14th	15-18th	19-44th	45-59th	60-69th	≥ 70th	Total
A	Anak								
1	Risiko perilaku kekerasan								
2	Risiko bunuh diri								
3	Ketidakberdayaan								
B	Dewasa								
1	Harga diri rendah								
2	Isolasi sosial								
3	Halusinasi								
4	Waham								
5	Risiko perilaku kekerasan								
6	Risiko bunuh diri								
7	Defisit perawatan diri								

Kode	Jenis Penyakit	Jumlah ODGJ yg datang ke Posyandu Kesehatan Jiwa							
		0-6th	7-14th	15-18th	19-44th	45-59th	60-69th	≥ 70th	Total
C	Lansia								
1	Gangguan proses pikir: pikun								
2	Risiko cedera: jatuh								
3	Ketidakterpaparan								
4	Risiko bunuh diri								
5	Gangguan pola tidur								

Monitoring Dan Evaluasi Posyandu Kesehatan Jiwa

Monitoring dan evaluasi adalah kegiatan yang tidak dapat dipisahkan. Monitoring dan evaluasi merupakan elemen penting dalam pengelolaan dan implementasi program posyandu kesehatan jiwa. Monitoring posyandu kesehatan jiwa merupakan suatu penilaian yang rutin dilakukan terkait aktivitas dan perkembangan posyandu kesehatan jiwa yang sedang berlangsung (Stuart & Laraia, 2015).

Monitoring dilakukan pada fungsi kontinyu dengan menggunakan pengumpulan data secara sistematis terhadap indikator posyandu kesehatan jiwa, untuk dapat dilaporkan dalam hal perkembangan dan pencapaian hasil serta penggunaan dana maupun bantuan.

Fungsi monitoring posyandu kesehatan jiwa adalah sebagai berikut:

1. Kesesuaian/kepatuhan, menentukan kesesuaian implementasi posyandu kesehatan jiwa dengan standar prosedur yang telah ditentukan.
2. Pemeriksaan, menentukan ketercapaian pelayanan posyandu kesehatan jiwa kepada kelompok sasaran yaitu orang dengan gangguan jiwa dan keluarga.
3. Akuntansi, menentukan perubahan sosial dan ekonomi apakah yang terjadi setelah implementasi posyandu kesehatan jiwa.
4. Penjelasan, menjelaskan tingkat ketercapaian hasil program dan kebijakan posyandu kesehatan jiwa terhadap tujuan yang telah ditetapkan.

Evaluasi posyandu kesehatan jiwa adalah penilaian yang bersifat periodik terkait semua pencapaian dalam pelayanan posyandu kesehatan jiwa. Evaluasi memeriksa apa yang sudah dicapai atau apa dampak yang sudah berhasil dibuat dalam posyandu kesehatan jiwa. Evaluasi dilakukan secara sistematis dan obyektif terhadap kegiatan, program atau kebijakan posyandu yang sedang berjalan atau yang sudah dilaksanakan (terkait dengan desain, implementasi dan hasilnya). Tujuannya adalah untuk menentukan relevansi dan pemenuhan tujuan, misalnya efisiensi, efektivitas, dampak dan ketahanan keberlangsungan posyandu kesehatan jiwa.

Fungsi dari evaluasi posyandu kesehatan jiwa adalah sebagai berikut:

1. Penilaian berkaitan erat dengan monitoring, karena evaluasi menggunakan data yang disediakan melalui kegiatan monitoring, mengidentifikasi factor gagal dan sukses, mencari solusi dan rencana tindak lanjut, dasar pertimbangan penyusunan rencana kegiatan selanjutnya.

2. Penyusunan rencana sebagai peningkatan kinerja posyandu kesehatan jiwa.
3. Evaluasi mengarahkan ketercapaian posyandu kesehatan jiwa.
4. Evaluasi dapat memberikan gambaran tentang manfaat program posyandu kesehatan jiwa.

Penutup

Upaya kesehatan jiwa melalui posyandu kesehatan jiwa dilakukan untuk melaksanakan fungsi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi orang dengan gangguan jiwa. Kegiatan ini perlu diwujudkan agar tercapai kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga dan masyarakat. Perlunya dukungan dari pemerintah dan masyarakat agar posyandu kesehatan jiwa terselenggara secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Daftar Pustaka

- Adam, E. (2015). *Psikoedukasi Keluarga Berkelompok Untuk Menurunkan Beban Subyektif Pada Pendamping Penderita Skizofrenia* [Universitas Gadjah Mada]. http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=87800&obyek_id=4
- Ali, Z. (2013). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. EGC.
- Dewi, E. U., Pujiastuti, R. S. E., & Sari, S. P. (2017). Using psychoeducation for family with schizophrenia patients in community level: a review. In *Abstract Book: International Medicine and Translational Health Science*. Faculty of Medicine Diponegoro University.
- Idris, H., & Purwanti, R. (2021). *Pemanfaatan Posyandu Jiwa di Puskesmas*. UPT Penerbit dan Percetakan Universitas Sriwijaya. [https://repository.unsri.ac.id/46396/1/Monograf Posyandu Jiwa Bercover.pdf](https://repository.unsri.ac.id/46396/1/Monograf%20Posyandu%20Jiwa%20Bercover.pdf)
- Indrawati, P. A., Sulistiowati, N. M. D., & Nurhesti, P. O. Y. (2018). Pengaruh Pelatihan Kader Kesehatan Jiwa Terhadap Persepsi Kader Dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): PPNI*, 6(2), 71–75. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/4441/4071>
- Keltner, & Steele. (2015). *Psychiatric Nursing* (Seventh Ed). Elsevier Mosby.
- Kemendes RI. (2020). *Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. [https://promkes.kemkes.go.id/download/fpik/files/1241Pedoman_Pelayanan_Kesehatan_Jiwa di FKTP \[1\].pdf](https://promkes.kemkes.go.id/download/fpik/files/1241Pedoman_Pelayanan_Kesehatan_Jiwa_di_FKTP%20%5B1%5D.pdf)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, (2014). [http://yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/UU No. 18 Th 2014 ttg Kesehatan Jiwa.pdf](http://yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/UU%20No.18%20Th%202014%20ttg%20Kesehatan%20Jiwa.pdf)

Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2015). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing* (8th Ed). Mosby.

Videbeck, S. . (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. EGC.

Windarwati, H. D., Keliat, B. A., Ismail, R. I., & Bachtiar, A. (2019). *Posyandu Kesehatan Jiwa*. EGC.

Profil Penulis



Eltanina Ulfameytalia Dewi

Penulis lahir di Temanggung dan merupakan anak kedua dari tiga bersaudara. Penulis mengawali ketertarikannya pada keperawatan dimulai dengan menempuh pendidikan Diploma

Tiga Keperawatan di Akper Ngesti Waluyo Parakan (saat ini menjadi STIKES Ngesti Waluyo Parakan), kemudian dilanjutkan dengan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta. Pada tahun 2015, penulis melanjutkan pendidikan magister di Jurusan Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang dengan mengembangkan intervensi keperawatan berupa psikoedukasi bagi keluarga penderita skizofrenia untuk tugas akhirnya.

Penulis mengembangkan penelitian dan melakukan pengabdian kepada masyarakat, yang berfokus dan berhubungan dengan pelayanan dan intervensi keperawatan terkait dengan penguatan pada komunitas, keluarga, lansia, dan kelompok khusus keluarga dengan gangguan jiwa. Beberapa hasil karyanya diterbitkan melalui artikel ilmiah pada jurnal nasional.

Pada saat ini penulis aktif sebagai dosen pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, serta tergabung dalam organisasi profesi dan terus berupaya untuk memberikan kontribusi pada keilmuan keperawatan dengan menulis buku.

Email Penulis: eltanina.dewi@gmail.com

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL

Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep

Universitas Negeri Padang

Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien dengan Isolasi Sosial

1. Pengkajian

Klien yang mengalami Isolasi Sosial sukar berinteraksi dan susah berhubungan dengan orang lain. (Dermawan, Deden dan Rusdi, 2013) Untuk itu, perawat harus mempunyai pengetahuan, sikap dan kesadaran yang tinggi agar dapat mengenal, menerima dan mengevaluasi perasaan sensitif sehingga dapat memakai dirinya secara terapeutik dalam merawat klien. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah klien. Adapun isi pengkajian tersebut sebagai berikut (Stuart, G. W, Keliat, B. A, Pasaribu, J, 2016)

a. Identitas klien

Meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal masuk, MRS, tanggal pengkajian, alamat, dan lain-lain.

b. Keluhan utama

Alasan klien masuk bisa dilihat dari rekam medik klien atau bisa didapatkan dari keluarga klien di

rumah, apa yang menyebabkan pasien/keluarga datang ke rumah sakit/puskesmas, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah, dan bagaimana hasilnya. Keluhan berupa mneyendiri, komunikasi tidak ada, tidak melakukan kegiatan sehari-hari, dll

c. Faktor Predisposisi

Meliputi penjelasan apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya (biasanya berhasil, kurang berhasil, dan tidak berhasil). Biasanya pasien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa juga biasanya ada pengalaman klien yang tidak menyenangkan di masalalu misalnya putus sekolah, PHK, perceraian, dll (Stuart, G.W. & Sundeen. 2012)

d. Fisik

Fokus pada sistem dan fungsi organ. Pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan head to toe, tanda-tanda vital pengukuran tinggi badan, berat badan, dan kaji nlebih lanjut sistem dan fungsi organ serta jelaskan dengan kondisi yang sesuai dengan keluhan yang ada.

e. Psikososial

1) Genogram

Menjelaskan apakah ada anggota keluarga pasien yang lain mengalami gangguan jiwa, pola komunikasi terganggu, begitu pula dengan pengambilan keputusan dan pola asuh. Genogram dilihat dari tiga generasi sebelumnya

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Penjelasan tentang pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai. Klien menolak penejalsan perubahan tubuh, persepsi negatif terhadap tubuh sendiri, atau bahkan tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi.

b) Identitas diri

Penjelasan tentang status klien atau posisi klien sebelum dirawat. Keputusan klien sebagai laki-laki atau perempuan, dan kepuasan klien terhadap status dan posisinya di sekolah, tempat kerja dan kelompok, misalnya sukar mengambil keputusan dan ketidakpastian memandang diri sendiri.

c) Peran diri

Penjelasan tentang peran atau tugas yang diemban dalam keluarga/kelompok masyarakat. Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas atau peran tersebut biasanya mengalami krisis peran, misalnya adanya perubahan fungsi peran yang disebabkan oleh penyakit, proses mnua atau bahkan kejadian lain seperti putus sekolah, dll.

d) Ideal diri

Mengungkapkan harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, tugas atau peran dalam keluarga, dan lingkungan masyarakat. Kaji apakah klien mengukapkan keputusan karena penyakitnya, atau mengukapkan keinginan yang terlalu tinggi.

e) Harga diri

Perasaan malu klien terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri,

gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri dan kurang percaya diri. Kaji apakah klien mempunyai gangguan atau hambatan dalam melakukan hubungan sosial dengan orang lain terdekat dalam kehidupan, kelompok yang diikuti dalam masyarakat. Keyakinan klien terhadap tuhan dan kegiatan untuk ibadah (spritual). (Sutejo, 2017).

f. Hubungan sosial

Klien apatis, tidak mempunyai orang terdekat dan sering dicemoohkan oleh lingkungan sekitar.

g. Spritual

Klien memiliki keyakinan, tetapi jarang dalam melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya, karena klien kurang menghiraukan manfaat spritual dengan ibadah.

h. Status mental

1) Penampilan

Penampilan klien tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai dan cara berpakaian klien tidak seperti biasanya. Kuku panjang, rambut kusam dan pakaiam tampak kotor.

2) Cara bicara

Cara bicara klien lambat, membisu dan tidak mampu memulai pembicaraan.

3) Aktivitas motorik

Keadaan klien tampak lesu, tegang, gelisah dan sering menyendiri.

4) Alam perasaan

Keadaan klien tampak seperti sedih, ketakutan, putus asa dan kwatir.

5) Afek

- Afek pasien datar, tumpul, labil dan ambivalen.
- 6) Interaksi dalam wawancara
Pada saat melakukan wawancara klien tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang dan selalu curiga.
 - 7) Persepsi
Pada umumnya mengalami gangguan persepsi terutama halusinasi pendengaran, klien biasanya mengalami suara-suara mengancam, sehingga klien cenderung menyendiri dan melamun.
 - 8) Proses pikir
Klien mempunyai proses pikir sirkuntasial, tangensial dan kurangnya asosiasi.
 - 9) Kesadaran
Klien bingung dan sedasi melalui wawancara dan observasi.
 - 10) Konsentrasi dan berhitung
Pada saat dilakukan wawancara cenderung tidak mampu berkonsentrasi dan tidak mampu berhitung.
 - 11) Kemampuan penilaian
Klien mengalami gangguan kemampuan penilaian bermakna.
 - 12) Daya tilik diri
Klien mengikari penyakit yang diderita dan menyalahkan hal-hal yang diluar dirinya. (Stuart, G. W, Keliat, B. A, Pasaribu, J, 2016)
- i. Kebutuhan persiapan pulang
- 1) Makan: klien kurang makan dan tidak nafsu makan.

- 2) Mandi: klien tidak mau mandi, gosok gigi, tampak kusam, dan tidak mampu menggunting kuku.
 - 3) Bab/Bak: bab/bak klien normal/tidak ada gangguan.
 - 4) Berpakaian: klien tidak mau mengganti pakaian, dan tidak memakai pakaian yang tidak serasi.
 - 5) Istirahat: istirahat klien terganggu.
 - 6) Penggunaan obat: klien meminum obat tidak teratur.
 - 7) Aktivitas dalam rumah: klien tidak mau beraktivitas diluar rumah karena selalu merasa ketakutan.
- j. Mekanisme koping
- 1) Adaptif
Klien menyendiri, otonomi, mutualisme dan interdependent
 - 2) Maladaptif
Reaksi klien lambat, klien bekerja secara berlebihan, selalu menghindari dan menciderai diri sendiri.
 - 3) Masalah psikososial dan lingkungan
Klien mengalami masalah dalam berinteraksi dengan lingkungan, biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari kelompok, masalah dalam pendidikan, masalah dengan pekerjaan, masalah dengan ekonomi dan masalah dengan pelayanan kesehatan.
 - 4) Pengetahuan
Klien mengalami gangguan kognitif. (Stuart, G. W, Keliat, B. A, Pasaribu, J, 2016)

k. Aspek medik

Tindakan medis dalam memberikan asuhan keperawatan adalah dengan memberikan terapi:

- 1) Electro Convulsive Therapy (ECT)
- 2) Obat-obatan seperti Clopromazine (CPZ), Haloperidol (HLP) dan Trihexpenidyl (THP). (Stuart, Gail W, 2013).

2. Pohon Masalah

Halusinasi (*Effect*)



Isolasi sosial (*Core*)



Harga diri rendah (*Causa*)

(Stuart, G. W, Keliat, B. A, Pasaribu, J, 2016)

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Prabowo (2016) dan Stuart, Gail W. (2013). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien isolasi sosial sebagai berikut :

- a. Halusinasi
- b. Isolasi Sosial
- c. Harga diri rendah

4. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan pada klien dan keluarga Fitria. (2019) dan Stuart, G. W, Keliat, B. A, Pasaribu, J, (2016)

Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial

- a. Tindakan Keperawatan pada pasien
 - 1) Tujuan: Pasien tidak mampu

- 2) Membina hubungan saling percaya
 - 3) Menyadari isolasi sosial yang dialaminya
 - 4) Berinteraksi secara bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya
 - 5) Berkomunikasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial
- b. Tindakan keperawatan
- 1) Membina hubungan saling percaya
 - 2) Membantu pasien menyadari perilaku isolasi sosial
 - 3) Melatih pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Klien	Intervensi Keluarga
1.	Isolasi Sosial	<p>Tujuan Umum: Klien dapat mengatasi masalah isolasi sosial. Tujuan Khusus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membina hubungan saling percaya. • Klien menyadari isolasi sosial yang dideritanya. • Berinteraksi secara bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitar. • Berkomunikasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial. • Keluarga mampu merawat klien dengan isolasi sosial. 	<p>SP 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membina hubungan saling percaya. (Kenalkan diri dengan klien dan menyebutkan nama lengkap, nama panggilan dan alamat) • Identifikasi penyebab isolasi sosial. • Tanyakan pada klien keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain. • Melatih dan membantu klien bercakap-cakap (Cara berkenalan) secara bertahap dengan satu orang. • Tanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan orang lain. • Berikan pujian pada klien. 	<p>SP 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. • Menjelaskan, pengertian, tanda dan gejala proses terjadinya isolasi sosial. • Memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya dengan perawatan klien. • Menjelaskan cara merawat klien isolasi sosial • Melatih klien berkenalan dengan satu orang dan berinteraksi. • Membantu klien dalam melakukan kegiatan harian.
			<p>SP 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi kemampuan 	<p>SP 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kemampuan

			<p>klien berkenalan dengan orang lain, berikan pujian.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latih bercakap-cakap dengan dua/tiga orang. • Bantu klien untuk dapat berinteraksi dengan dua orang. • Tanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan orang lain. • Berikan pujian pada klien. • Masukkan ke jadwal harian klien. 	<p>keluarga melatih klien berkenalan dan berinteraksi dengan orang lain, beri pujian.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan kegiatan yang dapat melibatkan klien berbicara dengan orang lain. • Latih cara membimbing klien berbicara. • Anjurkan keluarga membantu klien melakukan kegiatan bercakap-cakap sesuai jadwal kegiatan harian.
			<p>SP 3: Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • kemampuan berkenalan dengan dua orang. • Latih bercakap-cakap secara bertahap dengan 4-5 orang. • Bantu klien untuk dapat berinteraksi dengan kelompok. • Tanyakan perasaan klien 	<p>SP 3: Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • kemampuan keluarga melatih klien dengan orang lain. • Jelaskan kegiatan harian yang melibatkan klien. • Latih cara membimbing klien berbicara dalam melakukan kegiatan social

			<p>setelah berinteraksi dengan beberapa orang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masukkan ke jadwal kegiatan harian klien. • Berikan pujian. <p>SP 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kemampuan berkenalan dengan beberapa orang. • Latih bercakap-cakap dalam kegiatan sosial. • Menanyakan perasaan klien setelah ikut dalam kegiatan sosial. • Masukkan ke jadwal kegiatan harian klien. • Berikan pujian. 	<p>seperti berbelanja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan keluarga membantu klien melakukan kegiatan sosial, bercakap-cakap sesuai jadwal. <p>SP 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kemampuan keluarga melatih klien berkenalan dan berinteraksi dengan beberapa orang. • Beri pujian pada keluarga atas upaya yang telah dilakukan. • Jelaskan follow up ke pelayanan kesehatan jika terjadi kekambuhan. • Anjurkan keluarga membantu klien melakukan kegiatan sesuai jadwal.
--	--	--	---	---

(Stuart, G. W, Keliat, B. A, Pasaribu, J, 2016)

5. Implementasi Keperawatan

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah didefinisikan dalam rencana asuhan keperawatan jiwa untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan dan partisipasi pasien dalam tindakan keperawatan pada hasil yang diharapkan (Muhith, 2015).

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu mevalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien di dokumentasikan (Prabowo, 2016).

6. Evaluasi Keperawatan

Menurut Prabowo (2016), evaluasi merupakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu, evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan, SOAP yaitu:

- a. S, yaitu respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, dapat diukur dengan menanyakan “bagaimana perasaan ibu setelah latihan nafas dalam”.
- b. O, yaitu respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan.
- c. A, yaitu analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.
- d. P, yaitu perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respons pasien yang terdiri dari tindakan lanjut pasien dan tindakan lanjut oleh perawat.

Daftar Pustaka

- Dermawan, Deden dan Rusdi. 2013. *Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Fitria. 2019. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Advance Mental Health Nursing)*. Bandung: Refika Aditama
- Muhith A. 2015. *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Penerbit ANDI.
- Prabowo, E. 2014. *Konsep Dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Stuart, G. W, Keliat, B. A, Pasaribu, J. 2016. *Prinsip Dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa* edisi Indonesia. Jakarta: Elsevier.
- Stuart, Gail W. 2013. *Principles & Practice of Psychiatric Nursing*. Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Stuart, G.W. & Sundeen. 2012. *Buku saku keperawatan jiwa edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Sutejo. 2017. *Konsep dan praktik asuhan keperawatan kesehatan jiwa: gangguan jiwa dan psikososial*. Yogyakarta: PT Pustaka Baru

Profil Penulis



Debby Sinthania

Lahir di Padang, Sumatera Barat pada tanggal 25 Agustus 1990. Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Keperawatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Poltekkes Kemenkes Padang dan lulus tahun 2010. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan di Universitas Andalas dan berhasil menyelesaikan studi Sarjana Keperawatan (S1) dan Profesi Keperawatan (Ners) pada tahun 2013. Dua tahun kemudian, penulis juga menyelesaikan studi Magister Keperawatan (S2) di Universitas Andalas

Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Jiwa, dan untuk mewujudkan karir sebagai Dosen Profesional, Penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Selain peneliti, Penulis juga mencoba untuk mulai aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Penulis merupakan Dosen Tetap di Fakultas Psikologi dan Kesehatan Universitas Negeri Padang. Penulis memiliki kompetensi di bidang Keperawatan khususnya Keperawatan Jiwa, Keperawatan Keluarga & Komunitas serta Keperawatan Gerontik.

Email Penulis:

debby.sinthania@fik.unp.ac.id/sinthaniadebby@gmail.com

TANDA GEJALA GANGGUAN JIWA DAN FORMAT PENGKAJIAN JIWA

dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ

Universitas Syiah Kuala

Pendahuluan

Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari suatu penyimpangan perilaku yang ditimbulkan akibat adanya distorsi dari emosi atau perasaan dan pikiran. Akibat yang dapat timbul seringkali menyebabkan timbulnya hendaya dalam fungsi kesehariannya. Berdasarkan Undang-Undang RI No.18 tahun 2014, yang dimaksud dengan Orang Dengan Gangguan Jiwa atau disebut dengan ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam bentuk pikiran, perilaku, perasaan dan persepsi yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi kesehariannya.

Ketika seorang tenaga professional ingin melakukan pendekatan terhadap orang dengan gangguan kejiwaan, seyogyanya mereka terlebih dahulu harus dapat memahami manifestasi klinis yang ditimbulkan sehingga pada akhirnya dapat dilakukan pendekatan yang holistik.

Pengertian, Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Sebelum kita memahami manifestasi klinis dari gangguan kejiwaan yang bermanifestasi dalam bentuk tanda dan gejala gangguan jiwa, terlebih dahulu kita pahami apa

perbedaan dari tanda (*sign*) dan gejala (*symptoms*) itu sendiri.

Tanda merupakan kondisi klinis yang didapatkan oleh dokter, bersifat objektif, tidak bergantung pada persepsi pasien, namun lebih berkaitan dengan progresifitas dari klinis pasien. Tanda bisa berupa tanda positif maupun negatif. Contohnya adalah marah-marah dan menarik diri.

Sedangkan *symptom* atau gejala adalah keluhan bersifat subjektif yang seringkali disampaikan oleh pasien yang didasari atas persepsi personalnya. Misalnya pasien merasa mendengar suara-suara ditelinganya, mengeluh sakit kepala dan sebagainya.

Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Kita akan membahas satu persatu dari tanda dan gejala gangguan jiwa yang seringkali dapat kita jumpai pada pasien, yaitu:

1. Kesadaran

Kesadaran merupakan salah satu dari penilaian fungsi otak untuk mengetahui kondisi kesiapan mental seseorang dalam menanggapi rangsang baik dari dalam maupun dari luar dirinya. Kesadaran terbagi 2, yaitu:

- a. *Kuantitatif* yang dapat di evaluasi dengan menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS), terdiri dari kompos mentis, apatis, somnolensi, sopor dan koma.
- b. *Kualitatif* merupakan kesadaran yang dapat menjelaskan terkait kondisi klinis dari gangguan kejiwaan, dapat berupa : jernih (masih dapat berfikir sesuai realita yang ada, dapat dijumpai pada ansietas, depresi maupun insomnia), berubah (mengalami gangguan dalam daya nilai realitas, dijumpai pada orang skizofrenia, waham maupun psikotik lainnya), berkabut (mengalami distorsi dalam kesadaran sehingga bermanifestasi dalam bentuk gangguan orientasi waktu, tempat

dan orang, biasa dijumpai pada kondisi delirium), menyempit (biasa dijumpai pada kondisi *trance*, dalam bentuk upacara keagamaan ataupun upacara adat lainnya), mengambang (disebut juga *hysterical twilight state* yang biasa dijumpai pada orang dengan hysteria atau konversi akibat faktor psikologis).

2. Kognisi

Kognisi adalah kemampuan untuk mengenal atau mengetahui benda atau situasi yang dikaitkan dengan pengalaman, pembelajaran dan tingkat intelegensi seseorang. Yang termasuk dalam fungsi kognitif adalah: memori, konsentrasi, orientasi, kemampuan berbahasa, berhitung dan visuospatial, dan taraf intelegensi.

3. Konsentrasi

Konsentrasi merupakan upaya untuk mempertahankan perhatian. Gangguan konsentrasi ini meliputi 3 hal berikut, yaitu: ketidakmampuan memusatkan perhatian, mempertahankan perhatian ataupun mengalihkan perhatian. Manifestasi klinis dari gangguan ini dapat diamati oleh tenaga professional ataupun dapat juga dikeluhkan oleh pasien. Ada 3 jenis gangguan perhatian, yaitu:

- a. Distraktibilitas, ketidakmampuan untuk memusatkan dan mempertahankan perhatian, konsentrasi sangat mudah teralih.
- b. Inatensi selektif, ketidakmampuan untuk memusatkan perhatian pada objek atau situasi tertentu yang dapat memunculkan kecemasan.
- c. Kewaspadaan berlebih, pemusatan perhatian yang berlebih terhadap suatu stimulus eksternal.

4. Orientasi

Penilaian terhadap orientasi terbagi 3, yaitu waktu, tempat dan orang.

- a. Waktu, dapat dievaluasi dengan menanyakan musim, kondisi pagi siang atau malam.

- b. Tempat, dievaluasi dengan menanyakan tempat saat ini
- c. Orang, dievaluasi dengan menanyakan orang yang berada disekitarnya.

Gangguan orientasi ini harus dapat dibedakan dengan memori. Orientasi tidak berkaitan dengan daya ingat namun berkaitan dengan kemampuan pasien untuk menyadari kondisi saat ini.

5. Memori

Memori atau daya ingat terbagi 4 berdasarkan rentang waktu, yaitu segera, pendek, menengah dan panjang. Selain itu ada pembagian jenis gangguan memori lainnya, yaitu:

- a. Amnesia, ketidakmampuan mengingat kembali sebagian atau seluruh pengalaman dimasa lalu. Amnesia terbagi 2, *retrograd* (kehilangan memori sebelum kejadian), dan *anterograd* (kehilangan memori setelah kejadian).
- b. *Paramnesia*, disebut juga ingatan palsu yang disebabkan kekelituan saat *memanggil (recall)* kembali memori lama yang ada. Ada beberapa jenis dari *paramnesia*, yaitu : *deja vu* (merasa seperti pernah melihat atau merasakan peristiwa tersebut), *jamais vu* (merasa asing terhadap ssuatu keadaan atau peristiwa, padahal pernah mengalaminya), *konfabulasi* (secara tidak sadar mengisi kekosongan memori yang ada dengan cerita baru yang tidak sesuai dengan kenyataan), *hiperamnesia* (ingatan yang sangat mendalam terhadap suatu peristiwa), dan *scan memory* (secara sadar mengganti memori yang menyakitkan dengan cerita yang dapat ditoleransinya, biasanya berkaitan dengan kejadian-kejadian traumatik dimasa lalu).

6. Emosi

Emosi merupakan suasana perasaan yang disadari, bersifat kompleks, melibatkan pikiran, perasaan dan

perilaku. Ada 2 hal yang di evaluasi pada gangguan emosi, yaitu:

- a. Mood: merupakan suasana perasaan yang menetap, dipertahankan lama dan dapat diungkapkan secara verbal. Beberapa jenis mood yaitu : *elasi* (peningkatan suasana perasaan, misalnya pada mania), *hipotimia* (penurunan suasana perasaan, misalnya pada depresi, dan cemas), *disforia* (suasana perasaan yang tidak menyenangkan, misalnya saat menderita suatu penyakit dan ketika merasa bosan ataupun jenuh), *labil* (pergeseran suasana perasaan dari sedih, marah, senang dan normal yang seringkali terjadi secara tidak terduga), *iritabel* (suasana perasaan yang ditunjukkan dengan sangat mudahnya meluapkan emosi marah atau mudah tersinggung).
- b. Afek: merupakan respon emosional yang dapat dilihat, terjadi sesaat dengan rentang waktu singkat dan dapat berubah-ubah. Afek dapat dievaluasi melalui ekspresi wajah, gerakan tubuh dan pembicaraan. Ada beberapa jenis afek yaitu : *afek luas* (afek pada rentang normal, didapatkan ekspresi wajah yang dapat mengikuti suasana hati, kondisi dan pembicaraan), *afek sempit* (atau disebut juga afek terbatas, karena hanya dapat mengekspresikan emosi secara terbatas, tidak didapatnya variasi dalam bahasa tubuh dan gerakan, biasa pada anak dengan retardasi mental), *afek tumpul* (adanya penurunan yang serius dari ekspresi wajah, dapat dievaluasi dari tatapan mata yang kosong, irama suara yang monoton dan bahasa tubuh yang sangat kurang, misalnya dapat dijumpai pada penderita skizofrenia), *afek datar* (adanya keterbatasan emosi yang lebih berat dari tumpul, dievaluasi dengan adanya irama suara datar, tatapan mata kosong dan gerakan tubuh kaku dan minimal seperti robot, misalnya pada pasien yang

mengalami *ektrspiramidal syndrome* akibat penggunaan antipsikotik).

7. Proses Pikir

Proses berfikir dapat kita evaluasi melalui 3 hal, yaitu:

- a. Bentuk fikir, merupakan kesatuan dari seluruh pikiran seseorang yang manifestasi klinisnya dapat berupa *realistik* dan *non realistik*.
- b. Arus merupakan bentuk dari pikiran seseorang terkait bagaimana orang tersebut menyampaikan isi fikirannya. Manifestasi klinisnya dapat berupa : *Asosiasi longgar* (berpindahnya isi pikiran tanpa adanya suatu tema ataupun hubungan), *Inkoherensia* (kekacauan pikiran dimana isi pikiran tidak membentuk sebuah kalimat yang dapat dipahami), *Flight of ideas* (pikiran yang sangat cepat, berpindah dari satu tema ke tema lainnya tanpa ada stimulus dari luar), *Sirkumstansial* (pembicaraan yang berputar-putar pada satu hal, menjadi lambat dan terkadang tidak selesai), *Tangential* (ketidakmampuan untuk mencapai tujuan dari isi pembicaraan secara langsung dan seringkali pada akhirnya tidak terselesaikan).
- c. Isi merupakan bagian inti dari pikiran seseorang. Tanda dan gejalanya dapat berupa: *Waham/delusi* (keyakinan menetap yang dipertahankan, tidak sesuai dengan budaya dan tingkat intelegensi, misalnya : waham besar, waham curiga, waham somatik, waham *bizarre*, waham nihilistic, waham cemburu, dll), *Miskin ide* (ketidakmampuan untuk mengungkapkan isi pikirannya, dapat disebabkan karena factor organik ataupun emosional seperti depresi), *Blocking* (ketidakmampuan untuk melanjutkan pembicaraan, tiba-tiba terhenti tanpa adanya stimulus dari luar, dapat disebabkan factor organik), *Obsesi* (adanya ide pikiran yang menetap dan seringkali irasional), *Fobia* (ketakutan patologis secara berlebihan yang sifatnya menetap

terhadap suatu benda, kondisi ataupun situasi tertentu).

8. Perilaku Motorik

Perilaku motorik disebut juga psikomotor merupakan gerakan tubuh yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa, dilandasi motif dan tujuan tertentu dan melibatkan seluruh aktivitas mental individu. Ada beberapa jenis dari gangguan psikomotor ini, yaitu : *Stupor katatonia* (adanya penurunan aktivitas yang sangat berat, dapat seperti patung biasa dapat dijumpai pada penderita skizofrenia katatonia), *Furor katatonia* (adanya peningkatan aktivitas motorik tidak bertujuan yang berlebihan tanpa dipengaruhi adanya stimulus eksternal), *Kataplesia* (mempertahankan sikap tubuh dalam posisi tertentu dalam kurun waktu lama), *Flexibilitas cerea* (sikap tubuh yang sedemikian rupa dapat diatur oleh orang lain tanpa adanya perlawanan), *Negativisme* (adanya penolakan atau penentangan terhadap perintah atau stimulus dari luar), *Stereotipi* (adanya gerakan berulang-ulang yang tidak bertujuan, biasanya pada salah satu anggota tubuh).

9. Persepsi

Persepsi merupakan adanya respon dari panca indra baik adanya stimulus nyata maupun tidak nyata. Ada beberapa manifestasi klinis dari gangguan persepsi, yaitu : *Depersonalisasi* (adanya perasaan yang berubah bahwa dirinya sudah tidak seperti biasa lagi atau ada yang tidak nyata dari bagian tubuhnya), *Derealisasi* (perasaan subjektif berupa perasaan yang tidak wajar karena adanya perubahan pada lingkungannya, terkadang seseorang merasa seperti mimpi), *Ilusi* (adanya persepsi yang keliru terhadap suatu objek yang diawali stimulus dari luar), *Halusinasi* (adanya persepsi keliru yang tanpa diawali oleh stimulus dari luar, bisa berupa halusinasi auditorik, visual, taktil, penciuman dan pengecap).

10. Tilikan

Tilikan atau disebut juga *Insight* adalah kemampuan seseorang untuk dapat memahami kondisi dan situasi dirinya dalam konteks realitas sebenarnya. Berikut adalah jenis tilikan:

- a. Tilikan derajat 1: Sama sekali denial terhadap keadaan sakitnya
- b. Tilikan derajat 2: Sedikit menyadari keadaan sakitnya dan memerlukan pertolongan tetapi pada saat yang bersamaan “*denial*” dan masih menolaknya.
- c. Tilikan derajat 3: Menyadari keadaan sakitnya tetapi menyalahkan orang lain atau faktor luar lainnya atau faktor organik sebagai penyebabnya
- d. Tilikan derajat 4: Menyadari keadaan sakitnya disebabkan karena sesuatu yang tidak diketahui dalam diri pasien.
- e. Tilikan derajat 5: Disebut juga *Intelektual Insight*: menyadari sakitnya dan faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakitnya namun tidak menerapkan dalam perilaku praktisnya.
- f. Tilikan derajat 6: disebut juga *True Emotional Insight* merupakan kesadaran sepenuhnya tentang situasi dirinya disertai motivasi untuk mencapai perbaikan.

11. Daya Nilai

Daya nilai adalah kemampuan seseorang untuk dapat menilai suatu situasi secara benar dan bertindak sesuai dengan situasi tersebut.

12. *Reality Testing Ability (RTA)*

RTA merupakan kemampuan seseorang untuk dapat menilai realitas yang ada. Kemampuan ini berkorelasi dengan tanda dan gejala dari persepsi, emosi, perilaku dan pembicaraan. Adanya gangguan persepsi, waham ataupun halusinasi merupakan manifestasi klinis

yang dapat timbul karena adanya ketidakmampuan dalam RTA.

Format Pengkajian Jiwa

Berikut adalah format pengkajian jiwa yang dapat digunakan untuk mengevaluasi tanda dan gejala gangguan jiwa yang ada.

FORMULIR PENGAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

RUANG RAWAT

TANGGAL DIRAWAT:

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Tanggal Pengkajian :
Umur : RM No. :
Informan :

II. ALASAN MASUK:

III. FAKTOR PREDISPOSISI

- Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu? Ya Tidak
 - Pengobatan sebelumnya? Berhasil Kurang Berhasil Tidak berhasil
 - Hubungan sosial

	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Aniaya Fisik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aniaya Seksual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penolakan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kekerasan dalam keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tindakan Kriminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Jelaskan no. 1, 2, 3 :

- Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? Ya Tidak
- | Hubungan keluarga | Gejala | Riwayat pengobatan/ perawatan |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :

IV. FISIK

- Tanda vital : TD _____ Nadi _____ Suhu _____ Pernapasan _____
 - Ukur : TB _____ BB _____ Turun Naik
 - Keluhan fisik : Ya Tidak
- Jelaskan : _____

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram

Jelaskan : _____

2. Konsep Diri

a. Citra tubuh : _____

b. Identitas : _____

c. Peran : _____

d. Ideal diri : _____

e. Harga diri : _____

3. Hubungan sosial

a. Orang terdekat : _____

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat : _____

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : _____

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan : _____

b. Kegiatan ibadah : _____

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan :

 Tidak rapi Penggunaan pakaian Tidak sesuai Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : _____

2. Pembicaraan :

 Cepat Keras Gagap Inkoheren
 Apatis Lambat Membisu Tdk mampu Memulai pembicaraan

Jelaskan : _____

3. Aktivitas motorik

 Lesu Tegang Gelisah Agitasi
 Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan : _____

4. Alam perasaan

 Sedih Ketakutan Putus asa
 Khawatir Gembira berlebihan

Jelaskan : _____

VII. KEBUTUHAN SEHARI-HARI

1. Makan
 Bantuan Minimal Bantuan Total
2. BAB / BAK
 Bantuan Minimal Bantuan Total
3. Mandi
 Bantuan Minimal Bantuan Total
4. Berpakaian / berhias
 Bantuan Minimal Bantuan Total
5. Istirahat dan Tidur
 Bantuan Minimal Bantuan Total
6. Penggunaan obat
 Bantuan Minimal Bantuan Total
7. Pemeliharaan Kesehatan
- | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ya | Tidak |
| Perawatan lanjutan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sistem pendukung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
8. Aktivitas di dalam rumah
- | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ya | Tidak |
| Mempersiapkan makanan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Menjaga kerapian rumah | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mencuci pakaian | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pengaturan keuangan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
9. Aktivitas di luar rumah
- | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ya | Tidak |
| Belanja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transportasi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lain-lain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Jelaskan : _____

VIII. MEKANISME KOPING

Adaptif

- Bicara dgn orang lain
 Mampu menyelesaikan masalah
 Teknik relokasi
 Aktivitas konstruktif
 Olahraga
 Lainnya

Maladaptif

- Minum alkohol
 Reaksi lambat/ berlebihan
 Bekerja berlebihan
 Menghindar
 Mencederai diri

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Masalah dengan dukungan kelompok, uraikan :

Masalah dengan lingkungan, uraikan : _____

Masalah dengan pendidikan, uraikan : _____

Masalah dengan pekerjaan, uraikan : _____

X. KURANG PENGETAHUAN 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 | |

XI. ASPEK MEDIK

Diagnosa medik : _____
: _____
Terapi medik : _____
: _____

XII. ANALISA DATA

No	Symptom	Problem

Daftar Pustaka

- Elvira. S.D & Hadisukanto. G. (Ed). (2010). *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta: Balai Penerbitan Universitas Indonesia.
- Fatemi. H. S & Clayton.P.J. (2008) . *The medical basic of psychiatry*. (3rd ed). Humana Press
- Kaplan & Sadock's. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry*. (11th ed). Lippincott.
- Kaplan & Sadock's. (2017). *Concise textbook of clinical psychiatry*. (4rd Ed). Wolters Kluwer
- Keliat.B.A. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa*. EGC
- Maramis. W.F. & Maramis. A.A. (2010). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Surabaya: Airalngga University Press
- Sadock. B. J, Sadock. V.A & Ruis.P. (2017). *Comprehensive textbook of Psychiatry*. (10 ed. Vol 1). Wolters Kluwer
- Sutejo. (2019). *Keperawatan kesehatan jiwa: Prinsip dan praktik keperawatan asuhan jiwa*. Yogyakarta. Pustaka Baru

Profil Penulis



Zulfa Zahra

Penulis merupakan lulusan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala pada tahun 2007. Pada tahun 2008, penulis diterima sebagai staf pengajar di Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala. Karena ketertarikan penulis pada ilmu jiwa, penulis pun pada tahun 2011 melanjutkan pendidikan spesialis di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga pada bagian Ilmu Kedokteran Jiwa dan menyelesaikan pendidikan pada tahun 2016. Sejak itu penulis tidak hanya aktif sebagai seorang dosen namun juga sebagai seorang tenaga spesialis di bidang ilmu kejiwaan.

Sebagai seorang staf pengajar, penulis dituntut untuk dapat terus menghasilkan tulisan-tulisan baik dalam bentuk jurnal artikel, penelitian maupun buku. Penulis juga beberapa kali mengikuti seminar-seminar internasional untuk mempublikasikan tulisan ilmiah, antara lain pada Seminar Internasional DAAD dan Seminar Internasional Syiah Kuala 1 pada tahun 2017. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi. Penulis juga telah mengikuti beberapa pelatihan khusus sesuai bidangnya, antara lain pelatihan hipnoterapi, psikoterapi, pemeriksaan kesehatan jiwa, dan pembuatan Visum Psychiatricum. Penulis selama ini juga aktif sebagai narasumber baik yang dilakukan untuk masyarakat awam maupun untuk tenaga kesehatan.

Email Penulis: dr.zulfa00@unsyiah.ac.id

KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA PASIEN JIWA

Vera Fauziah Fatah, S.Kep. Ners. M.Kep
Poltekkes Kemenkes Bandung

Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi merupakan suatu proses yang digunakan individu untuk dapat melakukan pertukaran informasi. Komunikasi yang bertujuan membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya termasuk dalam komunikasi interpersonal. Komunikasi interpersonal memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk membangun hubungan baik berdasarkan kepercayaan untuk membantu pasien sembuh. Komunikasi interpersonal kita kenal juga dengan komunikasi terapeutik.

Dalam dunia keperawatan, komunikasi terapeutik merupakan komunikasi interpersonal antara perawat dan pasien dengan harapan terjadi pertukaran informasi dari perawat ke pasien agar dapat memenuhi kebutuhan pasiennya (Videbeck, 2011). Komunikasi terapeutik sangat penting digunakan dalam semua lingkup bidang keperawatan, salah satunya bidang keperawatan jiwa. Dalam lingkup keperawatan jiwa komunikasi terapeutik merupakan alat utama yang dapat digunakan oleh perawat dalam mengatasi permasalahan pada pasien jiwa, dan perawat menggunakan dirinya sebagai alat untuk komunikasi terapeutik tersebut.

Tujuan Komunikasi Terapeutik

Dalam komunikasi terapeutik, klien belajar untuk dapat menerima dan diterima oleh orang lain. Dengan berkomunikasi secara terbuka dan jujur, perawat dapat meningkatkan kemampuan mereka untuk membangun kepercayaan dengan klien. Maka dapat diuraikan tujuan komunikasi terapeutik pada pasien jiwa diantaranya adalah:

1. Mengidentifikasi kebutuhan pasien terkait kesehatannya
2. Mengembangkan hubungan terapeutik antara perawat-klien
3. Membantu mengatasi masalah keperawatan klien. Melalui komunikasi terapeutik beban perasaan dan pikiran pasien akan berkurang sehingga emosi pasien bisa lebih positif. Dengan emosi yang positif akan dapat mengembangkan pribadi pasien ke arah yang lebih adaptif. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan terjadi perubahan diri klien, klien yang tadinya tidak bisa menerima diri apa adanya atau merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya (Suryani, 2013)
4. Membantu Perawat dalam proses melaksanakan intervensi/strategi pelaksanaan yang harus dilakukan kepada pasien jiwa.
5. Mencapai tingkat kesembuhan yang diharapkan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan

Tahap Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang terstruktur dan terdiri dari beberapa tahapan. Terdapat 4 tahap komunikasi terapeutik, yaitu pra interaksi, orientasi, kerja dan terminasi (Stuart & Laraia, 2005).

1. Tahap Pre-interaksi/persiapan.

Pada tahap ini perawat mempersiapkan diri sebelum bertemu dengan pasien. Perawat perlu menganalisa diri tentang tujuan dan harapannya bertemu dengan

pasien, kemampuan yang dimiliki baik kekuatan dan kelemahan diri (pengetahuan, sikap, dan keterampilan profesional) juga perasaan perawat saat itu dan keadaan yang menyebabkan perasaan tersebut muncul. Dengan analisa diri maka perawat dapat menghadirkan diri secara terapeutik saat berkomunikasi dengan pasien, jika saat analisa didapatkan ternyata dirinya belum siap baik secara kemampuan ataupun perasaan, maka perawat perlu belajar kembali dan berdiskusi dengan rekan perawat lain, juga mengatasi perasaan yang kira-kira nantinya dapat menghambat interaksi perawat-pasien secara terapeutik. Pada tahap ini juga perawat perlu menetapkan rencana setting tempat pertemuan dan mengetahui informasi mengenai pasien sebagai dasar atau bahan untuk membuat rencana interaksi.

2. Tahap Orientasi/Perkenalan.

Tahap ini dimulai ketika perawat bertemu dengan pasien untuk pertama kalinya atau pertemuan berikutnya. Pada tahap ini perawat perlu melakukan perkenalan diri kepada pasien atau mengklarifikasi jika pasien sudah bertemu sebelumnya dengan perawat. Dengan melakukan perkenalan maka perawat telah siap dan secara penuh hadir dan terbuka untuk membantu pasien, begitu pula sebaliknya dengan adanya proses perkenalan maka pasien akan merasa diterima oleh perawat dan memiliki motivasi untuk bisa membuka diri terhadap perawat. Dengan sudah adanya keterbukaan antara perawat dan pasien maka diharapkan hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien mulai terbina. Pada tahap ini juga sebelum memulai interaksi antara perawat-pasien, perawat perlu mengatur posisi dan menciptakan lingkungan yang terapeutik agar interaksi dapat berjalan dengan nyaman dan fokus. Tugas-tugas perawat dalam tahap ini diantaranya:

- a. Mampu menciptakan hubungan saling percaya antara Perawat - Klien. Untuk dapat menciptakan hubungan saling percaya dengan pasien, perawat

harus dapat menunjukkan sikap hangat, tersenyum, jujur, ikhlas, menghargai pasien dan mampu menepati janji kepada pasien.

b. Merumuskan kontrak bersama klien

Kontrak yang harus disepakati bersama adalah tempat, waktu dan topik pertemuan. Pada pasien jiwa kontrak ini sangat penting karena sering terjadi pasien jiwa memutuskan interaksi dan meninggalkan perawat begitu saja padahal waktu interaksi masih panjang, hal tersebut bisa dikarenakan pasien bosan ataupun pasien tiba-tiba berhalusinasi. Dengan dirumuskannya kontrak sebelum interaksi maka perawat bisa memiliki alasan kuat untuk dapat mengingatkan pasien bahwa interaksi perlu dilanjutkan sesuai kontrak yang sudah disepakati.

c. Menggali perasaan dan pikiran pasien serta dapat mengidentifikasi masalah pasien. Dalam menggali perasaan dan masalah pasien, perawat menggunakan teknik pertanyaan terbuka agar mendorong pasien mengekspresikan perasaannya secara terbuka. Pada tahap ini perawat juga bertugas untuk menyatakan tindakan yang akan dilakukan juga tujuan dari tindakan tersebut.

3. Tahap Kerja

Tahap ini adalah inti dari keseluruhan tahapan komunikasi terapeutik. Pada tahap ini perawat bersama pasien akan mengatasi masalah pasien sesuai dengan intervensi yang telah dirancang. Perlu kerjasama antara perawat dan pasien agar tujuan tindakan dapat tercapai. Perawat harus mampu membantu dan mendorong pasien dalam meningkatkan kesadaran diri dengan menyampaikan perasaan dan pikirannya, kemudian perawat menganalisa pesan yang disampaikan oleh pasien baik pesan verbal ataupun non verbal. Kegagalan perawat dalam menganalisa pesan dari pasien menyebabkan kegagalan dalam pencapaian tujuan tindakan yang akan dicapai dan hal tersebut

menyebabkan kegagalan perubahan perilaku dari pasien menjadi lebih adaptif.

4. Tahap Terminasi

Tahap terminasi adalah tahap akhir dari keseluruhan tahapan komunikasi terapeutik. Tahap ini perawat akan menghentikan interaksi dengan pasien. Interaksi perawat – pasien bisa dilakukan dalam beberapa kali pertemuan, sehingga terminasi yang dilakukan bisa disebut terminasi sementara ataupun terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari interaksi perawat dengan pasien, akan tetapi perawat masih akan bertemu kembali dengan pasien sesuai dengan waktu yang telah disepakati bersama. Sedangkan Terminasi akhir adalah terminasi yang dilakukan perawat saat perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara menyeluruh ataupun pasien akan pulang dari rumah sakit. Tugas perawat pada tahap terminasi ini diantaranya: Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi, melakukan evaluasi subjektif, menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi, membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya (Suryani, 2013).

Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal adalah komunikasi yang menggunakan kata-kata baik secara lisan ataupun tulisan. Komunikasi lisan bertujuan untuk mengekspresikan emosi, pikiran, ide, fakta, data, informasi, bertukar perasaan dan pikiran, saling berdiskusi, juga untuk melawan/berdebat. Komunikasi verbal adalah komunikasi yang banyak digunakan oleh perawat di pelayanan rumah sakit termasuk di rumah sakit jiwa. Melalui komunikasi verbal perawat dapat menyampaikan maksud dan tujuan dari tindakan strategi pelaksanaan yang akan dilakukan. Dalam komunikasi verbal terdapat beberapa unsur yang dapat mempengaruhi, yaitu:

1. Kata

Kata merupakan lambang yang mewakili sesuatu hal, baik itu orang, barang, kejadian, atau keadaan. Seringkali kita mencoba membuat kesimpulan terhadap makna apa yang diterapkan pada suatu pilihan kata. Penggunaan kata-kata dapat mempengaruhi bagaimana keberhasilan pesan yang disampaikan, tentunya perbendaharaan kata yang dimiliki tiap individu dapat mempengaruhi bagaimana makna kata yang disampaikan dapat dimengerti.

Menggunakan kata-kata yang mudah dipahami seseorang akan meningkatkan tingkat keberhasilan komunikasi. Jika pengirim pesan tidak dapat menerjemahkan kata atau suara, komunikasi tidak akan berhasil. Karenanya seorang perawat dalam menyampaikan pesan kepada pasien hendaknya menggunakan kata-kata yang sederhana dan mudah dipahami oleh pasien seperti istilah-istilah medis yang perlu disampaikan kepada pasien, perawat harus dapat menyampaikannya dalam bentuk kata yang sederhana.

2. Arti konotatif dan denotative

Makna konotatif adalah pikiran, perasaan atau ide yang terdapat dalam suatu kata, sedangkan arti denotative adalah memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan. Seringkali perawat dalam menyampaikan pesan kepada pasien yang dengan Harga diri rendah kronis mengatakan dengan makna tersebut langsung sehingga pasien ataupun keluarga pasien beranggapan bahwa kondisinya dalam kondisi yang parah, perawat bisa menggunakan kata kehilangan percaya diri untuk bisa menyampaikan masalah keperawatan tersebut agar lebih mudah dipahami.

3. Bahasa

Bahasa dapat berarti symbol yang menunjukkan budaya seseorang, seseorang yang dibesarkan dalam lingkungan sunda dan menggunakan bahasa

keseharian sunda akan menguasai bahasa sunda dan menggunakan bahasa tersebut dalam berkomunikasi sehari-hari. Bahasa bisa menjadi hambatan dalam membangun komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien, jika ada perbedaan penggunaan antara keduanya.

Contohnya saat seorang perawat yang berasal dari Sumatera harus berdinasi di rumah sakit di Bandung dimana mayoritas pasien adalah suku sunda asli yang menggunakan bahasa sunda sebagai bahasa sehari-hari. Perawat akan kesulitan membangun komunikasi yang terapeutik karena makna dari kata-kata yang disampaikan akan sulit dipahami oleh pasien. Hal tersebut dapat diatasi oleh perawat dengan mengajak pihak ketiga /perawat lain sebagai translator untuk mendampingi dalam proses interaksi dengan pasien, maka seiring berjalannya waktu perawat tersebut akan menguasai bahasa sunda sebagai bahasa pengantar saat akan berinteraksi dengan pasien.

4. Intonasi

Intonasi penggunaan tinggi rendahnya nada pada kalimat yang diucapkan, intonasi merupakan bentuk penekanan kata. Emosi sangat berperan dalam nada suara ini. Seorang perawat perlu memperhatikan penggunaan intonasi saat melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien, karena intonasi yang tinggi bisa diartikan marah ataupun memaksa oleh pasien sehingga bisa menyebabkan hubungan terapeutik menjadi rusak. Perawat baiknya menggunakan intonasi sesuai perasaannya.

5. Kecepatan berbicara

Kecepatan berbicara bisa menyebabkan seseorang akan dengan cepat berpindah dari 1 topik ke topik berikutnya, akibatnya memberikan kesan bahwa seseorang tersebut sedang menyembunyikan sesuatu. Saat perawat berbicara dengan cepat tentunya akan menjadi sulit untuk bisa dipahami oleh pasien. Dalam kasus pasien jiwa sendiri dimana kemampuan kognitif sebagian besar pasien terganggu baik dalam

mempersepsikan sesuatu, memaknai sesuatu ataupun mengolah suatu informasi, jika perawat menyampaikan pesan/informasi dengan cepat maka tujuan dari komunikasi terapeutik yang diharapkan menjadi sulit untuk tersampaikan kepada pasien.

6. Jelas dan Ringkas

Komunikasi terapeutik perlu juga memperhatikan kejelasan dan keringkasan dalam menyampaikan pesan. Semakin sederhana dan jelas informasi yang disampaikan maka inti dan tujuan dari komunikasi akan tersampaikan dengan efektif dan efisien tanpa adanya kesalahan penafsiran dari penerima pesan. Seorang perawat saat akan mengajarkan pasien teknik nafas dalam untuk mengontrol marahnya, ia dapat menjelaskan sambil memberikan contoh pelaksanaan Teknik nafas dalam tanpa harus menggunakan penjelasan kata-kata yang panjang kepada pasien.

Komunikasi Non Verbal

Komunikasi nonverbal adalah perilaku yang ditunjukkan seseorang saat menyampaikan konten secara verbal. Termasuk didalamnya ekspresi wajah, kontak mata, dan gerakan tubuh. Komunikasi nonverbal sama pentingnya dengan komunikasi verbal. Komunikasi nonverbal memungkinkan kita untuk mengenali keadaan emosional seseorang, seperti kebahagiaan, kemarahan, kebingungan, atau kesedihan. Kesan pertama bahwa kita mengenal seseorang seringkali didasarkan pada perilaku nonverbal mereka dimana melalui perilaku non verbal dapat mendorong kita untuk mencari tahu lebih banyak. Beberapa factor yang mempengaruhi keberhasilan komunikasi verbal yaitu:

1. Ekspresi Wajah

Wajah manusia menghasilkan pesan nonverbal yang paling terlihat, kompleks, namun terkadang membingungkan karena adanya manipulasi. Gerakan wajah terhubung dengan kata-kata untuk menggambarkan makna; hubungan ini ini

menunjukkan dialog internal pembicara. Ekspresi wajah dapat dikategorikan menjadi ekspresif, pasif, dan ekspresi membingungkan (Videbeck, 2011).

- a. Wajah yang ekspresif menggambarkan pikiran dan perasaan seseorang, Ekspresi ini dapat terlihat bahkan saat orang tersebut tidak ingin mengungkapkan emosinya.
- b. Wajah tanpa ekspresi bisa diartikan menjadi ekspresi datar tanpa tujuan dan bisa diibaratkan seperti topeng, tidak berubah-ubah dengan stimulus apapun.
- c. Ekspresi wajah yang membingungkan adalah ekspresi yang berlawanan dengan apa yang ingin disampaikan oleh orang tersebut. Seseorang yang secara verbal mengungkapkan perasaan sedih atau marah sambil tersenyum menunjukkan ekspresi wajah yang membingungkan atau tidak sesuai dengan verbal yang disampaikan.

Ekspresi wajah perawat akan mempengaruhi respon pasien saat komunikasi terapeutik berlangsung, Ekspresi wajah perawat yang kuat dan emosional dapat meyakinkan pasien untuk bisa mempercayai pesan yang disampaikan. Misalnya, seorang perawat yang menunjukkan ekspresi wajah senang saat pasien menceritakan pengalamannya yang menyenangkan.

2. Bahasa Tubuh

Bahasa tubuh terdiri dari gestur, postur, gerakan, dan posisi tubuh merupakan bagian dari komunikasi nonverbal. Seorang perawat saat melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien harus menghindari Posisi tubuh yang tertutup, seperti menyilangkan kaki atau melipat tangan di depan dada karena dapat memberi kesan bahwa perawat bersikap defensif atau tidak menerima. Lebih baik perawat memosisikan tubuh yang menerima yaitu duduk menghadap klien dengan kedua kaki di lantai, lutut sejajar, tangan di samping tubuh. dan tidak menyilangkan kaki maupun pergelangan kaki. Sikap

terbuka perawat ini menunjukkan penghargaan dan penerimaan positif. Perawat menunjukkan minat dan penerimaan dengan menghadap dan sedikit condong ke pasien sambil mempertahankan kontak mata yang tidak mengancam. Jarak yang dapat dipertahankan antara perawat dan pasien adalah 30 – 40 cm, akan tetapi saat menghadapi pasien dengan resiko perilaku kekerasan jarak yang bisa digunakan antara 100 – 200 cm (Suryani, 2013). Menambahkan gerakan tangan saat berkomunikasi dapat menambah makna pada informasi yang sedang disampaikan. Contohnya: Sedikit mengangkat tangan dari lengan kursi dapat memberi tanda untuk memperkuat arti kata, mengangkat kedua tangan dengan telapak tangan ke atas sambil mengangkat bahu sering kali berarti tidak tahu.

3. Sentuhan

Memberi sentuhan pada pasien dapat menghibur, memberi kenyamanan dan bentuk dukungan saat dilakukan sesuai norma dan diijinkan. Perawat harus bisa mengetahui isyarat yang ditunjukkan oleh pasien, apakah sentuhan diinginkan atau diindikasikan. Misalnya, memegang tangan ibu yang terisak-isak yang anaknya sakit adalah tepat dan terapeutik. Namun, jika ibu menarik tangannya, maka dia memberi isyarat kepada perawat bahwa dia merasa tidak nyaman disentuh. Perawat juga dapat bertanya kepada pasien tentang bentuk sentuhan tersebut. Contoh saat ada pasien yang akan disuntik dan merasa takut, perawat dapat bertanya kepada pasien “apakah membantu mengurangi rasa takut anda jika anda memegang tangan saya?”

Meskipun sentuhan dapat menenangkan dan terapeutik, perlu diperhatikan bahwa Bahasa tubuh tersebut bersifat pribadi. Beberapa pasien jiwa mengalami kesulitan untuk memahami konsep kapan sentuhan yang dilakukan sebagai terapeutik atau dalam artian pribadi. Akibatnya, perawat perlu berhati-hati saat menggunakan bahasa tubuh berupa sentuhan, kecuali mereka akan melakukan tindakan

asuhan keperawatan. Ketika seorang perawat akan menyentuh pasien saat melakukan tindakan asuhan keperawatan, perawat harus melakukan informed consent kepada pasien secara verbal sebelum memulai prosedur. Klien dengan paranoia dapat menafsirkan disentuh sebagai ancaman dan mungkin berusaha melindungi dirinya sendiri dengan memukul perawat jika tidak diberikan penjelasan terlebih dahulu.

Teknik Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Jiwa

Perawat dapat menggunakan banyak pilihan teknik komunikasi terapeutik untuk berinteraksi dengan pasien. Pemilihan teknik tergantung pada tujuan interaksi dan kemampuan pasien untuk berkomunikasi secara verbal. Perawat harus dapat memilih teknik yang memfasilitasi interaksi dan meningkatkan komunikasi antara pasien dan perawat.

1. Bertanya/questioning

Teknik bertanya merupakan teknik yang dapat digunakan untuk bisa memotivasi pasien dapat mengungkapkan perasaan dan pikirannya. Teknik bertanya yang biasa digunakan pada tahap orientasi yaitu:

a. Pertanyaan Fasilitatif dan Nonfasilitatif

Pertanyaan fasilitatif (*facilitative question*) digunakan apabila pada saat bertanya, perawat bersikap sensitif terhadap pikiran dan perasaan klien, karena pertanyaannya tersebut berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien. Contohnya: “Bagaimana perasaan bapa pagi ini?”. Sedangkan untuk pertanyaan nonfasilitatif (*nonfacilitative question*) merupakan pertanyaan yang tidak focus pada masalah dan kurang efektif karena terkesan mengancam, dan memberikan kesan bahwa perawat kurang terapeutik. Contohnya: “Kenapa tidak habiskan makannya?”.

b. Pertanyaan terbuka dan pertanyaan tertutup

Pertanyaan terbuka digunakan oleh perawat saat ingin mengeksplorasi pengalaman pasien lebih banyak dan mendalam. Sedangkan pertanyaan tertutup digunakan perawat saat membutuhkan jawaban yang singkat. Strategi yang dapat digunakan untuk pertanyaan terbuka adalah menggunakan kata tanya yang menuntut jawaban panjang dari pasien (Antai-Otong 2008 dalam Suryani 2013). Contohnya: “Bagaimana cara ibu mengatasi rasa marah?”, “coba ibu ceritakan kepada saya, apa yang menyebabkan rasa kecewa ibu muncul?”. Sedangkan contoh pertanyaan tertutup adalah: “Dimana ibu biasa ikut kegiatan terapi?”, “Kapan ibu minum obat?”.

c. *Inappropriate quantity question*

Pertanyaan yang terlalu banyak diberikan dalam waktu bersamaan. Menurut Stuart & Laraia (2005) Terlalu banyak pertanyaan merupakan Tindakan yang tidak terapeutik karena dapat menimbulkan kebingungan pada pasien. Contoh: “Kemarin datang ke RS jam berapa? Diantar siapa? Apakah ibu masih ingat disebabkan apa?”

d. *Inappropriate quality question*

Pertanyaan yang tidak baik digunakan oleh perawat kepada pasien, dan biasanya perawat memulai pertanyaan dengan kata mengapa atau kenapa sehingga terkesan menyalahkan, mengintimidasi dan tidak terapeutik. Contoh: “Kenapa ibu membanting perabot rumah saat marah?”, “Mengapa bapa tidak meminum obat bapa?”

2. Mendengarkan / *listening*

Teknik mendengarkan adalah Teknik yang banyak digunakan saat pasien sedang mengungkapkan perasaan dan pikirannya secara Panjang dan mendalam, Teknik ini adalah dasar dalam proses komunikasi terapeutik. Dengan perawat

menggunakan Teknik ini menunjukkan bahwa perawat antusias dan menerima dengan ikhlas segala apa yang pasien ungkapkan (Stuart & Laraia, 2005). Selama mendengarkan pasien perawat tidak hanya diam saja tapi sesekali memberikan respon verbal seperti, “Mmm...”, “ooh begitu...”, “lalu...” kemudian bisa ditambahkan dengan respon non verbal seperti mengangguk.

3. Mengulang/*restarting*

Teknik ini adalah mengulang kembali inti dari ungkapan perasaan dan pikiran dari pasien. Dengan melakukan *restarting* dapat menunjukkan bahwa perawat memperhatikan apa yang pasien ungkapkan. Mengulang bisa digunakan oleh perawat untuk memvalidasi pernyataan pasien dan biasanya digunakan untuk mendukung teknik *listening* (Suryani, 2017). Contoh: “Saya sulit untuk ikut main dengan teman-teman karena malu suster, badan saya gemuk, saya ga lulus sekolah, saya dari keluarga miskin, mana ada yang mau main dengan saya”. Tekni mengulang yang bisa dilakukan perawat adalah: “Ibu merasa malu untuk bermain dengan teman-teman?”.

4. Klarifikasi

Klarifikasi salah satu teknik yang banyak digunakan oleh perawat untuk memvalidasi dan mengecek informasi yang disampaikan oleh pasien benar atau tidak (Frish and Frish, 2011). Perawat melakukan klarifikasi dengan meminta pasien untuk mengulang Kembali yang sudah diungkapkannya, Teknik ini banyak digunakan pada tahap kerja (Suryani, 2017). Contoh: “Bapa mohon maaf, bisa diulangi Kembali yang bapa sampaikan tadi?”.

5. Diam/*silence*

Teknik diam adalah tidak adanya komunikasi verbal, yang memberikan waktu bagi klien untuk mengungkapkan pikiran atau perasaan ke dalam kata-kata, untuk mendapatkan kembali ketenangan, atau untuk terus berbicara (Videbeck, 2011). Contoh:

setelah perawat bertanya kepada pasien “Bagaimana perasaan ibu saat suami ibu pergi meninggalkan ibu?”. Perawat bisa diam sejenak untuk memberikan waktu pada pasien untuk menjawab.

6. Memfokuskan/*focusing*

Teknik ini digunakan agar arah pembicaraan tidak melebar kemana-mana dan tetap pada masalah inti sehingga tujuan komunikasi tercapai. Teknik ini bisa digunakan perawat saat berkomunikasi dengan pasien yang alur pembicaraannya tidak terarah, emosional dan tidak fokus (Suryani, 2017). Contoh: “Ibu kita kembali ke pembicaraan kita tadi ya”.

7. Menyimpulkan/*summarizing*

Mengorganisir dan menyimpulkan apa yang telah terjadi sebelumnya. Menyimpulkan bertujuan membuat komunikasi antara pasien-perawat lebih terarah dan fokus pada intinya. Selain itu agar adanya kesamaan persepsi dan ide antara perawat – pasien. Contoh: “Setelah kita berbincang selama 15 menit, coba ibu sebutkan kembali apa saja yang sudah kita bicarakan tadi?”.

8. Eksplorasi

Teknik ini bertujuan untuk menggali perasaan, pengalaman, dan pikiran pasien. Dengan menggunakan Teknik eksplorasi memungkinkan pasien untuk bebas berbicara tanpa rasa takut, tertekan, dan terancam. Teknik ini sangat efektif digunakan pada tahap kerja agar mendapatkan informasi lebih mendalam tentang perasaan dan pikiran pasien (Suryani, 2017). Contoh: saat pasien menatakan “ Saya bingung dengan keadaan saya sendiri sus” maka perawat dapat mengeksplorasi “Coba ibu jelaskan lebih lanjut, seperti apa perasaan bingung yang ibu alami?”.

9. Memberi pujian/*reinforcement*

Memberi pujian sangat efektif digunakan oleh perawat untuk meningkatkan harga diri dan perilaku positif

pasien. Memberi pujian dapat diungkapkan secara verbal dan non verbal. Contoh: “wah bagus sekali, bapa sudah dapat berkenalan dengan rekan di ruangan ini”. sembari perawat mengacungkan jempol sebagai isyarat nonverbal.

Teknik Komunikasi Tidak Terapeutik Pada Pasien Jiwa

Kebalikan dari Teknik komunikasi yang terapeutik ada beberapa Teknik komunikasi yang menyebabkan hubungan terapeutik antara perawat-pasien menjadi rusak dan akhirnya interaksi tidak dapat dilanjutkan.

1. Memberi Saran

Mengatakan pada pasien apa yang harus ia lakukan. Memberikan saran pada pasien terkadang memberi kesan bahwa hanya perawat yang mengetahui apa yang terbaik untuk pasien. Contoh: “Menurut saya, bapa seharusnya....”.

2. Memberi penilaian

Memberi penilaian disini berhubungan dengan penilaian perawat yang menunjukkan pencelaan terkait ide ataupun perilaku pasien. Teknik komunikasi ini menyebabkan pasien merasa direndahkan dan diabaikan oleh perawat akibatnya hubungan saling percaya antara perawat-pasien menjadi rusak. Contoh: “Sangat buruk jika bapa marah dengan berteriak-teriak”

3. Defensif

Sikap defensif merupakan sebuah sikap bertahan dengan pendapat. Respon perawat yang defensive akan menunjukkan bahwa ia tidak lagi fokus pada pesan yang ingin disampaikan, melainkan lebih mempertahankan/menutupi kekurangannya. Contoh: Pasien mengatakan tidak betah di RS karena panas dan bau. Kemudian perawat merespon “ibu belum pernah di rawat di RS lain yah, disana tempatnya lebih kumuh dan kecil”. Dengan respon defensive pasien menjadi enggan untuk mengungkapkan Kembali perasaan dan pikirannya.

Daftar Pustaka

- Frisch, N.C. & Frisch, L.E. (2011). *Psychiatric Mental Health Nursing. Fourth Edition.* Canada: Delmar/Thomson Learning Clifton Park.
- Stuart, G., and Laraia, M., (2005) *The Principle and Practise of Psychiatric Nursing.* Elsevier Mosby, St Louis Missouri.
- Suryani. (2013). *Komunikasi Terapeutik : Teori & Praktik.* Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Videbeck, S.L. (2011) *Psychiatric Mental Health Nursing.* 5th edn. Cina: Lippincott Williams & Wilkins.

Profil Penulis**Vera Fauziah Fatah**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2005 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Fakultas Ilmu Keperawatan UNPAD dan memperoleh gelar sarjana keperawatan. Penulis melanjutkan studi profesi ners dan memperoleh gelar Ns di tahun 2010. Tahun 2014 penulis melanjutkan studi S2 di Magister Keperawatan konsentrasi Keperawatan Jiwa UNPAD dan lulus tahun 2016. Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan Jiwa, untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian dan Pengabdian Masyarakat yang telah dilakukan didanai oleh PPSDM Kementerian Kesehatan. Penelitian yang penulis lakukan selama ini mengenai kesehatan mental yaitu dengan masalah gangguan jiwa maupun dengan resiko/ masalah psikososial. Selain sebagai peneliti dan pengabdian masyarakat, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: Vera.fauziah.fatah@staff.poltekkesbandung.ac.id

ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN JIWA ANAK DAN REMAJA

Rahmawati Raharjo, S.Kep. Ns., M.Kes

Universitas Bakti Indonesia

Definisi Anak dan Remaja

Secara teori definisi anak sangat beragam, namun batasan usia anak dalam praktiknya menimbulkan kebingungan. Menurut WHO yang memiliki definisi anak yaitu dimulai dalam kandungan hingga usia 19 Tahun. Menurut Undang-Undang Perlindungan Anak dan Undang-Undang Hak Asasi Manusia, yang dimaksud dengan anak yaitu individu yang memiliki batasan usia kurang dari delapan belas tahun. Batasan usia menurut teori perkembangan yang dikembangkan oleh Kartini Kartono dibagi menjadi 5 kategori diantaranya 1) usia rentang antara nol bulan hingga lima tahun (bayi), 2) batasan usia satu hingga lima tahun disebut kanak-kanak, 3) sekolah dasar antara usia enam sampai dua belas tahun, 4) masa remaja yaitu usia rentang dua belas sampai dengan empat belas tahun, dan 5) antara usia empat belas hingga tujuh belas tahun disebut pubertas awal (Al Amin, 2017).

Penggunaan “*Adolescere*” atau remaja diadopsi dari bahasa latin memiliki arti tumbuh ke arah dewasa. Pertumbuhan ke arah dewasa dikaitkan secara konvensional sebagai awalam atau tahun-tahun antara permulaan pubertas dan pembentukan kemandirian

social dimulai pada usia antara sepuluh hingga delapan belas tahun (Curtis, 2015). Fase peralihan tersebut terbagi menjadi dua masa periode: kategori pertama yaitu periode rentang usia dua belas hingga empat belas tahun disebut pubertas awal dan kategori kedua “pubertas”, kisaran usia empat belas hingga delapan belas tahun (Azizah, 2013). Menurut Mons, dkk usia remaja dibatasi antara 12 hingga 21 tahun diikuti dengan pertumbuhan fisik sampai selesai. Pengertian remaja tidak hanya berkaitan dengan batasan usia. Namun dapat diartikan secara luas, dimana remaja merupakan masa peralihan secara fisik dan psikis meliputi proses maturasi secara mental, emosional, sosial dan fisik. Pada proses peralihan tersebut sering dikaitkan dengan istilah “*storm and stress*”. Remaja adalah masa penuh dinamika dan tekanan batin yang disebabkan karena kebingungan terhadap identitas, konflik hubungan dengan keluarga atau orang disekitarnya (Jannah, 2016).

Pertumbuhan Perkembangan Anak dan Remaja

Supaya kita memperoleh gambaran, penjelasan peramalan dan intervensi, perlu mempelajari tentang perkembangan manusia. Sebelum memasuki pembahasan tentang perkembangan mental pada anak dan remaja, kita uraikan secara umum teori pertumbuhan dan perkembangan pada anak dan remaja.

Perubahan yang dipengaruhi faktor internal dan eksternal meliputi jumlah, ukuran, bentuk, luas, tinggi serta berat yang dapat diukur dengan jelas, memiliki satuan dan bersifat kuantitatif merupakan ciri-ciri pertumbuhan. Sedangkan perkembangan perkembangan bersifat kualitatif yang memiliki unsur-unsur diantaranya (1) adanya perubahan fungsi psikologis meliputi kemampuan bertingkah laku social, emosional, moral maupun intelektual; (2) perkembangan bersifat berkelanjutan, dimana tahap sebelumnya mempengaruhi tahap selanjutnya; (3) perubahan yang mengarah pada kematangan secara fisik, social, emosi, moral dan intelektual sesuai dengan kondisi individu tersebut (Umami, 2019).

Pada tiap tahap perkembangan anak atau remaja yang dapat diamati gambaran atau ciri-ciri perilaku seorang anak atau remaja. Menurut teori Erik H Erikson tentang fase-fase perkembangan psikososial terbagi dalam delapan tahapan (Erik, 2010 & Curtis, 2015):

Tahap 1, Kepercayaan Vs Ketidakpercayaan (Tahap baru lahir – 1 tahun)

Tahapan ini bayi harus belajar bahwa orang dewasa dapat dipercaya. Jika bayi timbul trust dan dapat mengembangkan asa (hope) maka bayi merasa nyaman dan aman. Sebaliknya dapat timbul mistrust, jika bayi merasa lingkungan sekitarnya tidak aman dan bayi merasa tidak nyaman bersama dengan ibu pengganti/pengasuh

Tahap 2, Otonomi Vs Malu/ Keraguan (Tahap toddler 12 bulan –3 tahun)

Focus tahapan ini adalah pengendalian diri. Peran orang tua sebagai penuntun, mengajarkan untuk mengontrol keinginan sehingga anak belajar mengontrol atas tubuhnya. Dengan metode mengajarkan dan mengontrol yang baik, harapannya anak memiliki otonomi. Yang dimaksud dengan otonomi bahwa anak dapat menyesuaikan dengan aturan-aturan social tanpa harus kehilangan pemahaman awal. Tahapan ini sama halnya dengan tahapan toddler (tahapan toilet training) yang dikembangkan Freud. Namun, Erikson menyakini anak dapat mengendalikan perasaan dan mandiri jika anak mampu belajar mengontrol fungsi tubuhnya.

Tahap 3, Inisiatif Vs Rasa Bersalah (Tahap pra sekolah 3–6 tahun)

Tahapan ini, tampak kemampuan motorik dan Bahasa. Anak cenderung lebih agresif mengeksplor terhadap lingkungan baik fisik dan social, serta anak belajar merencanakan dan melaksanakan Tindakan. Timbul rasa takut dan takut melakukan kesalahan, jika anak tidak dapat menyelesaikan tahapan ini. Anak menjadi kurang percaya diri dan tidak lagi memiliki ataupun mengembangkan harapan ketika dia dewasa. Selain itu,

anak memiliki keraguan dan inisiatif yang kurang. Sebaliknya, jika dapat menyelesaikan tahap ini dengan baik, anak merasa mampu sehingga muncul jiwa kepemimpinan dan rasa tanggung jawab.

Tahap 4, Industri vs. Inferioritas (Tahap Sekolah Dasar 6–12 tahun)

Dalam tahapan ini, teman – teman sekolah atau teman sebaya merupakan orang yang terdekat dengan anak. Dari segi aktivitas fisik, jiwa kompetisi dan interaksi dengan orang yang memiliki makna bagi dirinya. Karena jiwa kompetisinya, remaja secara psikososial secara orientasi berusaha menonjolkan prestasi. Namun di lingkungan keluarga, konflik emosional dengan orang tua meningkat. jika anak didorong dan diperkuat untuk inisiatif mereka, mereka mulai merasa kompeten. Jika sebaliknya, anak dibatasi maka anak mulai merasa rendah diri, meragukan kemampuannya dan mungkin tidak mencapai potensinya.

Tahap 5, Identitas vs. Kebingungan Peran (Tahap remaja 12–18 tahun)

Menurut Erikson, remaja memiliki tugas mengembangkan rasa yang ada dalam dirinya. Karena tugas tersebut cenderung remaja mengalami kebingungan peran tentang siapa dirinya atau tentang sesuatu hal apa yang akan dia lakukan. Mereka mengeksplorasi berbagai peran dan ide, menetapkan tujuan, dan berusaha untuk menemukan diri mereka. Remaja yang berhasil melalui tahapan ini, dia akan memiliki identitas yang kuat dan menyakini prinsip-prinsip tentang keyakinan dan nilai-nilai yang didapat dari prespektif orang lain. Sebaliknya, remaja rendah diri dan mengalami kebingungan peran, ketika pada fase ini remaja memiliki rasa apatis atau mengalami kejadian yang membuat mereka tertekan dan tidak dapat menuangkan ide-ide.

Tahap 6: Keintiman vs. Isolasi (Tahap dewasa awal 21–40 tahun)

Interaksi teman sebaya mulai berkurang. Dewasa awal sering terlibat konflik dengan orang lain dalam hal hubungan intim dan hubungan kasih sayang. Seseorang

akan men menghasilkan hubungan yang bahagia dan rasa komitmen, keamanan, dan perhatian dalam suatu hubungan, jika berhasil melewati tahapan ini. Sebaliknya, tahapan lain belum berhasil diselesaikan, dewasa awal mengalami kesulitan mengembangkan dan mempertahankan hubungan yang sukses dengan yang lain. Orang tersebut akan cenderung mengasingkan dirinya (*isolation*) dan membatasi interaksi dengan orang lain. Lawan jenis merupakan orang yang berperan penting dalam tahap ini.

Tahap 7: Generativitas vs. Stagnasi (Tahap ketika mencapai 40–65 tahun)

Tahapan ini, individu akan memikirkan tentang kontribusinya dirinya dalam kehidupan sehari-hari, manfaat akan dirinya terhadap masyarakat, menjadikan dirinya sebagai figure yang produktif di tempat kerja, dan keterlibatan dalam berbagai organisasi. Kesuksesan yang dicapai tahap ini mengarah pada perasaan berguna. Jika gagal menyelesaikan tahapan ini, mungkin mengalami stagnasi dan merasa seolah-olah mereka tidak berguna bagi orang lain maupun lingkungan di sekitarnya.

Tahap 8: Integritas vs. Keputusasaan (Tahap usia pertengahan enam puluh hingga akhir hayat)

Tahapan terakhir sebagai manusia. Manusia merenungkan proses dan pencapaian selama hidup. Manusia masih memiliki kesempatan mengembangkan integritas jika berhasil memiliki kehidupan yang sukses. Namun seiring bertambahnya usia dan menjadi lansia, membuat diri mengalami hambatan dan penurunan produktivitas. Perasaan bersalah, rasa malu dan tidak berguna muncul jika seseorang gagal atau tidak produktif selama hidupnya sehingga mengarah pada depresi dan putus asa.

Sedangkan keberhasilan dalam tahap ini, seseorang yang dapat mencapai target yang diinginkan, orang tersebut merasa bangga, memiliki integritas, bijaksana, menerima keadaan yang dimiliki dan menerima kematian tanpa adanya perasaan takut.

Intinya dari berbagai teori yang dikemukakan para ahli, diterangkan dan digambarkan tahap perkembangan identic dengan kematangan mental, emosional dan social. Sedangkan arti pertumbuhan itu sendiri lebih mengarah kepada penambahan jumlah, ukuran dan struktur. Tetapi tidak selalu tahapan perkembangan berkorelasi positif dengan kemajuan, terkadang dengan pengaruh faktor internal dan eksternal dapat menunjukkan tanda gejala kemunduran (Masganti, 2015).

Gangguan Jiwa pada Anak dan Remaja

Menurut UU Kesehatan jiwa, munculnya tanda gejala yang termanifestasikan ke dalam perilaku akibat seseorang/ individu mengalami gangguan pikiran, perilaku dan perasaan sehingga membuat orang tersebut menderita dan terhambat menjalankan fungsi sebagai manusia adalah definisi dari gangguan jiwa. Menurut PPDGJ III, gangguan jiwa adalah terganggunya fungsi interaksi dengan orang-orang di sekitar, terganggunya fungsi psikologis, perilaku yang menyimpang, terganggunya fungsi biologis akibat adanya stressor yang dirasakan oleh individu tersebut yang kemudian memunculkan kumpulan perubahan pola perilaku yang membuat dirinya mengalami distress atau hendaya sehingga tidak dapat menjalankan fungsi dan peran sebagai manusia (Maramis, 2009).

Perubahan dan perkembangan yang pesat dari berbagai fungsi biologis, hormonal, psikologis dan social ketika saat anak-anak dan remaja menjadikan kelompok usia ini rentan mengalami gangguan jiwa. Remaja yang dapat melewati tiap tahap perkembangan memiliki ciri-ciri yang dapat dikategorikan sebagai remaja yang normal. Ciri-ciri tersebut diantaranya 1) remaja tidak memiliki gejala yang mengarah ke gangguan jiwa atau remaja sehat baik fisik maupun psikologis. 2) dapat beradaptasi dengan segala bentuk perubahan fisik, mental dan emosional, 3) memiliki solusi pada setiap permasalahan yang dihadapi dan tidak segan meluapkan ekspresi yang menggambarkan perasaannya, 4) memiliki hubungan social yang baik dengan keluarga, teman sebaya maupun masyarakat, 5) dapat menempatkan diri dan memainkan

peran sebagai dirinya dalam hal positif yang dapat berkontribusi di lingkungan sekitarnya. Jika pada proses dinamika perubahan perkembangan anak/remaja menunjukkan ciri-ciri abnormal maka dapat dimungkinkan muncul gejala yang dapat mengganggu kesehatan jiwa pada anak/remaja yang bersangkutan. Anak atau remaja yang mengalami gangguan jiwa, mereka akan mengalami mal-fungsi adaptasi yang ditunjukkan dengan perilaku melanggar norma, perilaku menyimpang dan berbeda dari anak/remaja seusianya yang dapat merugikan dirinya ataupun orang lain (Indarjo, 2009).

Faktor-Faktor Gangguan Kejiwaan pada Anak dan Remaja

Selama abad terakhir pola kesehatan anak dan penyakit telah banyak berubah. Dalam sebuah fenomena dikenal sebagai 'morbidity baru', dimana trend isu masalah Kesehatan berbeda. Saat ini yang sering dialami oleh anak dan remaja adalah masalah Kesehatan mental. Perkiraan prevalensi masalah gangguan jiwa berkisar antara 10% hingga 20% (Whille et al. 2008). Selaras dengan data yang dirilis oleh WHO (2019) bahwa secara global diperkirakan 1 dari 7 remaja berusia 10-19 taun mengalami kondisi kesehatan mental yang berkontribusi lebih dari 62.000 angka kematian remaja disebabkan akibat prevalensi bunuh diri dan kecelakaan karena melukai diri sendiri (WHO, 2019).

Jenis gangguan jiwa yang sering dialami anak-anak dan remaja adalah gangguan kecemasan, suasana hati, perhatian, dan gangguan perilaku dipengaruhi baik oleh faktor biologis, emosional maupun proses kognitif yang terkait dengan pubertas dan oleh konteks sosial di sekitar remaja (hubungan dengan keluarga dan teman sebaya) (Patton, 2016).

Perubahan fisik seiring dengan perubahan emosional dan sosial, termasuk paparan stressor 1) riwayat depresi atau gangguan kesehatan mental lainnya, 2) riwayat orang tua tentang kecemasan atau gangguan mood atau lainnya gangguan kesehatan jiwa, 3) meningkatnya tuntutan akademis atau social, 4) lingkungan keluarga yang penuh

tekanan (mis., kemiskinan, keras disiplin, dukungan minimal), 5) kehilangan dini atau signifikan (kematian orang tua, perceraian, pemutusan hubungan), 6) Penyakit kronis, 7) Riwayat ditindas, termasuk perundungan di dunia maya, 8) riwayat pengabaian atau pelecehan fisik, mental, atau seksual, 9) Riwayat alkohol atau penggunaan zat lain, 10) Riwayat gangguan perilaku, kenakalan, atau lainnya perilaku antisosial dapat membuat remaja rentan terhadap masalah kesehatan mental (Committee on Adolescent Health Care. 2017).

Tanda dan Gejala Gangguan Kejiwaan pada Anak dan Remaja

1. Sulit mengontrol emosi, kesulitan mengekspresikan emosi serta kesulitan dalam menyadari emosinya (Nolen, dkk. 2009).
2. Terjadi gangguan perilaku yang bisa di deteksi pada aktivitas sehari-hari. Perilaku ini diakibatkan oleh salah belajar, dimana anak mencontoh perilaku yang tidak baik oleh orang disekitar (Santrock, J.W. 2011).
3. Gagal melewati tahap perkembangan yang utama, Lingkar kepala diatas dan dibawah normal, Kemungkinan lambatnya pertumbuhan dan Terlambatnya perkembangan motorik halus dan kasar (Santrock, J. W. 2014).

Klasifikasi

1. Gangguan Perkembangan Pervasif

- a. Retardasi Mental

Gangguan ini biasa muncul pada usia 18 tahun dengan gejala keterbatasan fungsi yang ditandai dengan menurunnya fungsi intelektual menjadi dibawah rata-rata. Seperti IQ berada dibawah 70 dan menurunnya kemampuan adaptasi komunikasi, perawatan pada diri, keterampilan sosial, fungsi akademis juga fungsi dalam bermasyarakat (Santrock, J. W. 2011).

- b. Autisme

Terjadi gangguan dalam interaksi sosial, gangguan pada kemampuan komunikasi, dan hilangnya minat²¹. Hal ini dapat ditandai dengan menurunnya responsivitas kepada orang lain, tidak ingin berhubungan sosial, menurunnya kemampuan komunikasi (Santrock, J. W. 2011).

c. Gangguan perkembangan spesifik

Ditandai dengan lambatnya perkembangan fungsional seperti membaca, bahasa, artikulasi dan aritmatika (Santrock, J. W. 2011).

2. Defisit perhatian dan gangguan perilaku disrutif

a. *Attention Deficit-Hyperactivity Disorder* (ADHD)

Ditandai dengan adanya gangguan pada tingkat perhatian impuls, dan terjadi hiperaktivitas yang tidak sejalan dengan tahap perkembangan, hal ini sering terjadi pada usia dibawah 7 tahun (DSM 1V. 1994).

b. Gangguan Perilaku

Ditandai dengan gangguan perilaku pembangkangan tidak patuh pada norma yang ada. Hal ini paling sering disebabkan oleh penyalahgunaan zat terlarang. Hal ini biasanya terjadi pada anak usia 18 tahun. Biasanya dijumpai anak berbohong, menggertak, bolos sekolah, melarikan diri, dan serangan fisik (Santrock, J. W. 2011).

c. Gangguan penyimpangan oposisi

Ditandai dengan gangguan perilaku yang sedikit ringan dan tidak ekstrim. Biasanya perilaku ini ditandai dengan argumentasi, toleransi kurang dan marah, serta minuman keras (Santrock, J. W. 2011).

3. Gangguan Ansietas

a. Gangguan obsesif kompulsif

Gangguan obsesif kompulsif, dan gangguan ansietas serta fobia sering terjadi pada anak-anak

hingga remaja dengan tanda dan gejala yang terlihat seperti pada saat dewasa (Santrock, J. W. 2011).

b. Gangguan ansietas

Gangguan ansietas yang diakibatkan oleh perpisahan merupakan gangguan yang terjadi pada masa kanak-kanak yang di manifestasikan ketakutan untuk berpisah dengan orang terdekat. Tanda dan gejala dari gangguan tersebut seperti menolak sekolah, keluhan somatic, takut akan perpisahan dan takut terhadap bahaya yang mengancam orang terdekat. (Santrock, J. W. 2014).

4. Skizofrenia

Skizofrenia pada anak sangat jarang terjadi. Biasanya gejalanya menyerupai gangguan perhasive. Penelitian tentang skizofrenia yang dilakukan pada anak sangatlah terbatas, namun terdapat beberapa perilaku yang khas²². Sementara skizofrenia pada remaja sering terjadi pada masa akhir usia remaja. Gejalanya ditandai dengan perubahan perilaku yang ekstrim, isolasi sosial, menunjukkan sikap yang aneh, penurunan kemampuan akademik, dan mengekspresikan perilaku yang tidak disadari (Santrock, J. W. 2014).

5. Gangguan penyalahgunaan zat

Gangguan ini paling sering terjadi di usia remaja. Perilaku coba coba karena rasa penasaran tinggi juga di dukung oleh pengaruh atau dorongan lingkungan. Prevalensinya berkisar hingga 32%²³. Usia 15-24 tahun beresiko tinggi mengalami gangguan ini. Hal ini dapat menyebabkan ketergantungan bila dilakukan secara terus menerus. Biasanya di tandai dengan penurunan kemampuan akademis, menarik diri dari keluarga, isolasi sosial, mudah marah, mudah frustrasi (Nolen, dkk. 2009).

Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dalam melakukan proses keperawatan. Pengkajian terdiri dari berbagai item yang harus di peroleh oleh seorang perawat. Data yang dikumpulkan dimulai dari biodata pasien, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama, riwayat penyakit saat ini dan terdahulu, riwayat penyakit keluarga, pola kebiasaan, data biologis, sosial, psikologis dan juga data spritual (Stuart, G. 2014).

Data dalam pengkajian keperawatan jiwa akan dikelompokkan berdasarkan faktor faktor yang ada, penilaian pada stressor, koping, dan kemampuan koping²⁴. Setelah diperoleh data, selanjutnya data tersebut dikelompokkan menjadi dua data yakni data obyektif dan data subyektif. Data obyektif adalah data yang berasal dari hasil pemeriksaan, sementara data subyektif adalah data yang berasal dari wawancara dengan klien atau keluarga. Selanjutnya data tersebut dianalisa. Dalam hal ini perawat dituntu untuk berfikir kritis guna merumuskan diganosa keperawatan yang sesuai pada klien (Stuart, G. 2014).

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukannya pengkajian yang mendalam dan data data yang terkumpul berhasil dianalisa, perawat akan merumuskan diagnosa sesuai data yang diperoleh²³. Untuk merumuskan diagnosa yang tepat perawat dituntut untuk menganalisa dengan cermat dan menggunakan kemampuan berfikir kritis. Diagnosa keperawatan sebaiknya disusun berdasarkan skala prioritas, sehingga harapanya implementasi asuhan keperawatan dapat berjalan tepat sasaran dan mengurangi keluhan pada klien (Stuart, G. 2014).

3. Rencana Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan adalah serangkaian rencana yang disusun secara cermat berorientasi pada diagnosa keperawatan. Rencana keperawatan terdiri dari daftar diagnosa, tujuan dan kriteria hasil, rencana tindakan, serta rasionalisasi peenyusunan rencana tersebut (Stuart, G. 2012).

Untuk melaksanakan kegiatan ini perawat dituntut untuk mampu menganalisa dan berfikir kritis untuk menentukan rencana keperawatan yang sesuai dan tepat sasaran kepada pasien.

4. Evaluasi

Evaluasi atau biasa disebut catatan perkembangan ialah kegiatan yang dilakukan oleh seorang perawat secara terus menerus untuk menilai dan mengkaji pengaruh dan tindakan keperawatan yang dilakukan (Stuart, G. 2014). Evaluasi ini dilakukan untuk menilai respon klien dan membandingkannya dengan tujuan dan kriteria hasil. Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai satu bentuk pola piker.

Daftar Pustaka

- Al Amin, M. 2017. Klasifikasi Kelompok Umur Manusia Berdasarkan Analisis Dimensi Fraktal Box Counting Dari Citra Wajah Dengan Deteksi Tepi Canny. *Jurnal Ilmiah Matematika*. 2(6), 33-42.
- Azizah. 2013. Kebahagiaan dan Permasalahan di Usia Remaja. *KONSELING RELIGI: Jurnal Bimbingan Konseling Islam*. 4(2), 295-316.
- Committee on Adolescent Health Care. 2017. *Comitte Opin* No. 705.
- Curtis, AC. 2015. Defining adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health*. 7(2): 1-39.
- Dra. Kartini Kartono, Psikologi Anak, Penerbit Alumni, Bandung, 1979, hal.37
- Erik H. Erikson. 2010. *Childhood and Society*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Field trial for autistic disorder in DSM-IV, 1994
- Hurlock, E. B. 1991. *Child Development* (Alih Bahasa: Tjandrasa dan Zarkasih). Jakarta: PT. Gelora Aksara Pratama
- Indarjo, S. 2009. Kesehatan Jiwa Remaja. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 5(1), 48-57.
- Jannah, M. 2016. Remaja dan Tugas-tugas Perkembangannya Dalam Islam. *Jurnal Psikoislamedia*. 1(1): 243 – 256.
- Maramis, W.F. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press.
- Masganti. 2015. *Psikologi Perkembangan Anak Usia Dini Jilid I*. Medan: Perdana Publishing.
- Maslim, Rusdi. (2004). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III)*. Jakarta: FK Jiwa Unika Atmajaya

- Mathijssen, J. J. P., Janssen, M. M., Van Bon-Martens, M. J. H., Van Oers, H. A. M., De Boer, E., & Garretsen, H. F. L. (2014). Alcohol segment-specific associations between the quality of the parent-child relationship and adolescent alcohol use. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-872>
- Murni. 2017. Perkembangan fisik, Kognitif, dan Psikososial Pada Masa Kanak-Kanak Awal 2-6 Tahun. 3(1), 19-33.
- Nolen, Hoeksema, Fredikson, B. L., Loftus, G.R., and Wagenaar, W.A. (2009). Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology, 15th edition. United Kingdom: Cengage Learning EMEA.
- Patton, G.C., Sawyer, S.M., Santelli, J.S., et al. (2016) 'Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing' *The Lancet* 387(10036): 2423-2478
- Prasetyoningrum, J. 2009. Psikologi Perkembangan Anak. WORKSHOP URBAND NEIGHBOURHOOD AND CHILDREN SPACES. Surakarta: Muhammadiyah Surakarta (UMS)
- Ramadani, D. Bastiani, M. Khozi, A. 2019. Buku Terminologi Perlindungan Anak Dari Eksploitasi. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.
- Santrock, J.W. (2011). Child Development 13th Edition. New York: McGraw Hill.
- Santrock, J.W. (2014). Adolescence 15th Edition. New York: McGraw Hill.
- Stuart, G. (2016). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart Edisi Indonesia. Elseiver.
- Stuart, G. W., & Sundeen. (2012). Buku Saku Keperawatan Jiwa. In Local Responses to the English Reformation.
- Tadjudin, NS. Camsennius, V. 2020. Memperkenalkan Tahap-Tahap Perkembangan mental Psiko-Sosial Pada Remaja Di Sekolah SMA Ketapang Bogor. *Pintar Opini Untar*. 1(1): 81-85

Umami, I. Psikologi Remaja. 2019. Yogyakarta: IDEA Press Yogyakarta.

WHO (2019) 'Fact sheet: Adolescent mental health'. Webpage. WHO (www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health).

Wille, N. Bettge, S. Ravens-Sieberer, U. 2008. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychia.* 17(1),133-147.

Profil Penulis



Rahmawati Raharjo

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2008 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banyuwangi. Penulis menempuh pendidikan sarjana bidang keperawatan selama 4 tahun dan ditambah 1 tahun Profesi Ners. Menjadi seorang tenaga kesehatan merupakan pekerjaan mulia. Setelah lulus dari program sarjana dan profesi ners, penulis mulai berfikir bahwa ia tidak hanya ingin melakukan pekerjaan mulia sebatas itu saja. Dengan pertimbangan matang, penulis memutuskan melanjutkan pendidikan pasca sarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga pada tahun 2014 dengan bidang konsentrasi Kesehatan Reproduksi. Setelah lulus dari program pasacasarjana penulis mendapatkawan tawaran mengajar di salahsatu kampus swasta di Banyuwangi. Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan, dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis tidak hanya sebatas mengajar, penulis juga melakukan berbagai kegiatan pengabdian masyarakat, dan penulis juga aktif dalam melakukan penelitian sehingga bidang keilmuan yang digeluti oleh penulis semakin terasah.

Email Penulis: rahmawatiraharjo2@gmail.com

ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN JIWA PADA DEWASA DAN LANSIA

Ns. Devanda Faiqh Albyn, S.Kep

Holder PT. Perkebunan Nusantara III (Persero),
DKI Jakarta

Orang dengan *mental disorder* depresi berat dan skizofrenia memiliki kemungkinan 40% hingga 60% cenderung memiliki tingkat kematian lebih tinggi dari pada orang dengan penyakit fisik (kanker, jantung, Diabetes dan HIV) 4,3% Wanita dengan Depresi salah satu penyebab tunggal kecacatan di seluruh dunia (WHO, 2021). Gangguan mental sering membawa individu dan keluarga ke dalam kemiskinan Karena masih kuatnya stigmatisasi dan diskriminasi. Sedangkan prevalensi penduduk di Indonesia yang terdiagnosa Depresi 17,1% usia Dewasa (25- 54) dan 23,4 % Lansia (55-75) berdasarkan InfoDATIN penyebab kecacatan (YLDs) lebih besar disebabkan gangguan mental (13,4%) dibandingkan dengan penyakit kardiovaskular, Neoplasma, Maternal-Neonatal, dan Infeksi Pernafasan maupun TB. (KEMENKES RI, 2019), *Mental Health Atlas 2020* menemukan data penderita gangguan mental secara global 88%, Afrika 83%, Amerika 94%, eastern medeteranan 95%, South-East Asia 73%, Western Pacific 93% menyimpulkan kurangnya perhatian dari pemerintah tentang kebijakan dan hukum kesehatan mental, tenaga kerja dan ketersediaan layanan (World Health Organization, 2021).

Pengertian Dewasa dan Lansia

Masa dewasa merupakan masa yang krusial dalam rentang kehidupan manusia, dan merupakan ditandai dengan kemampuan fisik, kognitif, dan intelektual yang berbeda dengan remaja. Dalam masa peralihan dari remaja ke dewasa, kaum muda, biasanya berusia 18-29 tahun, mengalami perubahan dan perkembangan perilaku persepsi baru tentang diri mereka sendiri dan orang lain. Tahap transisi ini, yang dikenal sebagai masa dewasa baru, lebih dari sekadar proses biologis atau kognitif (Wall et al., 2016). Teori kedewasaan yang muncul menyatakan bahwa kedewasaan tidak terjadi pada tahap yang dapat diprediksi melainkan sebagai kombinasi dari perubahan internal dan eksternal, seperti peristiwa atau pengalaman yang pernah dialami oleh individu tersebut (Wider et al., 2021)

Undang Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia mendefinisikan penduduk lanjut usia (lansia) sebagai mereka yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Kesejahteraan lansia dapat dicerminkan melalui kondisi kesehatannya. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan). Pada tahun 2021, sebanyak 42,22 persen lansia pernah mengalami keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir, separuh di antaranya (22,48 persen) terganggu aktivitasnya sehari-hari atau sakit (BPS, 2021)

Pada umumnya, penyakit yang dialami lansia merupakan penyakit yang tidak menular, bersifat degeneratif, atau disebabkan oleh faktor usia, misalnya penyakit jantung, diabetes mellitus, stroke, rematik dan cedera. Penyakit-penyakit tersebut adalah penyakit kronis, berbiaya besar, dan apabila tidak disembuhkan akan menimbulkan ketidakmampuan atau disabilitas sehingga lansia tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari. Pada tahun 2021, hampir separuh lansia di Indonesia memiliki keluhan kesehatan, baik fisik maupun psikis (43,22 persen). Lansia yang tinggal di perkotaan cenderung lebih banyak

memiliki keluhan kesehatan (45,47 persen) dibandingkan lansia di perdesaan (40,61 persen). Data lansia yang mengalami gangguan Mental Emosional terdapat peningkatan di Risesdas tahun 2013-2018 meningkat 12% dari usia 45-75 lebih, dan di tahun 2015 jumlah orang mengalami Demensia di Indonesia : 1,2 juta berdasarkan hasil survey meter Kementrian Kesehatan Republik Indonesia diperkirakan pada tahun 2050 akan meningkat menjadi 4 juta (Kemenkes RI, 2021)

Definisi kesehatan menurut WHO “keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Angka harapan hidup global telah meningkat dari sekitar 48 menjadi 71 tahun untuk pria dan 53 menjadi 76 tahun untuk wanita. WHO mengaktifkan kembali perdebatan sebelumnya mengenai komponen kesehatan (seperti spiritualitas) untuk meningkatkan perhatian pada orang lanjut usia (Fallon and Karlawish, 2019)

Klasifikasi Tahap Perkembangan Usia dan Sosial

1. Teori *Developmental Psychology*, Hurlock (2001)

Tahap Perkembangan	Periode
1 Periode Prenatal	Masa Konsepsi Kelahiran
2 Bayi	Kelahiran sampai akhir minggu ke dua
3 Masa Bayi	Akhir minggu ke dua sampai akhir tahun kedua
4 Awal masa Kanak-kanak	2-6 tahun
5 Akhir Masa Kanak-kanak	6-10/12 tahun
6 Pramasa Remaja	10/12-13/14 tahun

7	Masa Remaja	13/14-18 tahun
8	Awal masa dewasa	18-24 tahun
9	Usia pertengahan	40-60 tahun
10	Masa Tua atau Lansia	60 tahun sampai meninggal

2. *Stages of Psychosocial Development*, Erikson (dalam Baron&Berney, 2004)

Pakar psikologi perkembangan sosial, Erikson, menitikberatkan pada tugas perkembangan yang harus dipenuhi seseorang. Menurut Erikson tugas perkembangan pada masa tua sangat penting karena menentukan orang tersebut mengakhiri hidupnya dengan bahagia atau putus asa, berikut tahap perkembangan psikososial menurut erikson :

Tahap Kehidupan	Tugas Perkembangan
Masa Bayi (infnt-18 bulan)	Tahap percaya vs tidak percaya
Masa kanak-kanak (18 bulan - 3 tahun)	Tahap otonomi vs rasa malu dan ragu-ragu
Usia Prasekolah (3-5 tahun)	Tahap inisiatif vs rasa bersalah
Usia sekolah (5-13 tahun)	Tahap industri vs rasa rendah diri
Masa Remaja (13-21 tahun)	Tahap idntitas vs keraguan akan identitas
Masa dewasa awal (21-39)	Tahap keakraban vs rasa terasig
Masa Dewasa (40-65)	Tahap produktif vs keadaan pasif
Masa tua (65 dan lebih tua)	Tahap integritas vs putus asa

3. Menurut Kementerian Kesehatan RI, 2016-2019

Kategori	Usia (Tahun)
Balita	0-5
Kanak-kanak	5-11
Remaja Awal	12-16
Remaja Akhir	17-25
Dewasa Awal	26-35
Dewasa Akhir	36-45
Pra-Lansia	45-59
Lansia	60-69
Lansia Tinggi Resiko	Lansia >70 tahun atau usia \geq 60 dengan masalah kesehatan

(Kementerian Kesehatan RI, 2016; Hakim, 2020)

Semakin bertambah usia, makin besar kemungkinan seseorang mengalami permasalahan fisik, jiwa, spiritual, ekonomi dan sosial. Upaya pemerintah dalam hal ini telah membentuk GERMAS dan Keluarga Sehat di Tahun 2016 akan tetapi perlu dikontrol pula terkait *sustainability* dari program tersebut dimana program ini melakukan pembinaan kesehatan dengan pendekatan siklus hidup yang dimulai sejak dari seorang ibu mempersiapkan kehamilannya, sampai bayinya lahir dan berkembang menjadi anak, remaja, dewasa, dan pra lanjut usia, akan sangat menentukan kualitas kehidupan dan kesehatan di saat memasuki masa lanjut usia. Ibu hamil yang rajin memeriksakan kehamilannya mempunyai peluang besar untuk melahirkan bayi yang sehat dengan berat badan lahir normal. Apabila di dalam semua tahapan siklus hidup selanjutnya, bayi ini mendapatkan intervensi dan pelayanan kesehatan sesuai standar, maka dampaknya sangat besar terhadap pencapaian lanjut usia yang sehat,

mandiri, aktif dan produktif sehingga mampu menghindari kejadian kecacatan maupun gangguan mental sedini mungkin (Kementrian Kesehatan RI, 2016).

Gangguan Kesehatan Jiwa pada orang Dewasa dan Lansia

Pada usia 19 hingga 26 tahun individu akan memasuki masa prima dalam aspek fisik, namun di sisi lain pada masa tersebut juga terdapat bahaya tersembunyi seperti kebiasaan-kebiasaan buruk yang akan mempengaruhi kesehatan. Pada masa beranjak dewasa individu akan lebih aktif secara seksual dan akan menikah. Orang dalam masa beranjak dewasa melakukan hubungan seks lebih banyak orang dibanding orang dewasa muda. Perubahan fisik serta penyakit di usia paruh baya dipengaruhi oleh faktor-faktor genetik dan gaya hidup. Ciri-ciri masa dewasa madya, antara lain : Usia madya merupakan masa transisi, Usia madya adalah masa stress, dimana Stres sangat penting untuk kelangsungan hidup, dan deregulasinya dapat menyebabkan kondisi patologis dan perkembangan penyakit yang mempengaruhi sistem endokrin, metabolisme, kekebalan tubuh dan pencernaan (Liakopoulou, Varvogli and Darviri, 2020) **Psychoneuroimmunology (PNI)** adalah studi tentang bagaimana psikologis, saraf, dan proses imunologis berinteraksi dan memengaruhi kesehatan dan perilaku manusia. PNI berfokus pada struktur dan fungsi sistem kekebalan tubuh manusia, dan kesehatan mental (Slavich and Slavich, 2020) Usia madya adalah usia yang berbahaya, Usia madya adalah usia canggung, Usia madya adalah masa berprestasi, Usia madya adalah masa evaluasi. Perubahan yang bersifat sangat umum terhadap kemampuan motorik, termasuk perubahan kekuatan fisik dan kecepatan dalam bergerak (Mariyati, 2021). Ketika Periode ini individu dituntut untuk mengeksplor segala potensi diri, *work-life balance*, mengantisipasi perubahan gaya hidup, fokus berinvestasi dan karir untuk mencapai kesejahteraan mental dalam bekerja (Golden and Biebel, 2017). Tolok ukur **objektif kehidupan orang dewasa adalah status seperti pernikahan, kemandirian**

finansial, menyelesaikan pendidikan (Dalessandro, 2019) akan tetapi terkadang juga kekecewaan jika keinginan dan harapan tidak sesuai dengan kenyataan (Sawang and Newton, 2018; Aisyah and Utami, 2020; Sari, 2021) Sehingga dapat disimpulkan pada fase ini cenderung memiliki rasa tidak memiliki arah, khawatir, bingung, dan galau akan ketidakpastian kehidupannya di masa mendatang pada umumnya, kekhawatiran ini meliputi masalah keuangan, spiritual, relasi, percintaan, karier, tempat tinggal, dan kehidupan sosial (Aisyah., 2020; Habibie et al., 2019; Sari, 2021; Newton, 2018; Denton, 2020), Dimana fenomena dikenal dengan *Quarter-life Crisis* (QLC) (Cirklová, 2021). Menurut Erikson, ditemukan lebih awal dalam perjalanan hidup, kemungkinan karena perbedaan sosial dalam historisitas dan tantangan kedewasaan yang mayoritas 75% terjadi di usia 25-33 tahun. Dan diusia inilah yang rawan mengalami Stres Kerja **World Health Organization mendefinisikan stres kerja sebagai “pola reaksi yang terjadi ketika pekerja dihadapkan pada tuntutan pekerjaan yang tidak sesuai dengan pengetahuan, keterampilan, atau kemampuan dan pekerja tidak mampu untuk mengatasinya”** (Kin, Hui and Aye, 2018).

Masalah Kesehatan Mental Lansia

Seiring waktu berjalan tentunya usia manusia akan terus bertambah dan menua. Penuaan terjadi secara heterogen dan multifaktorial (Cohen *et al.*, 2020), setiap orang memiliki pola penuaan yang dipersonalisasi, tergantung pada faktor-faktor seperti genetik, etnis, diet, lingkungan dan peristiwa kehidupan. Ada penyakit yang memberikan dampak penuaan dini, seperti : arteriosklerosis, diabetes tipe II,infeksi (autoimun), kanker, dan Gangguan progeroid segmental (Hennekam, 2020) Gangguan neuropsikiatrik di antara orang dewasa yang lebih tua mencapai 6,6% dari total kecacatan (DALY) untuk kelompok usia ini.1 Kira-kira 15% orang dewasa berusia 60 dan lebih menderita gangguan mental (World Health Organization, 2016) Sedangkan pada lansia Penyakit Alzheimer adalah di antara 10 penyebab utama kematian di Amerika Serikat. Ini adalah penyebab kematian nomor

6 di antara orang dewasa Amerika dan penyebab kematian nomor 5 untuk orang dewasa yang berusia 65 tahun ke atas. Dan Di antara penghuni panti jompo, 18,7% orang berusia 65 hingga 74 tahun, dan 23,5% orang berusia 85 tahun ke atas telah melaporkan penyakit mental. Berdasarkan data – data diatas bisa dipahami jika pasien dengan penyakit fisik dan mental mengalami kompleksitas masalah kesehatan yang lebih besar.(Avery, Schreier and Swanson, 2020). Kensinger dan Gutches menempatkan penuaan kognitif dalam konteks sosial dengan deskripsi mereka tentang perkembangan penelitian tentang sosial dan penuaan kognitif afektif, sedangkan Fischer, O'Rourke, dan Loken Thornton melaporkan perbedaan usia dan variasi usia pengaruh berbagai domain kognitif, jenis kelamin, dan denyut nadi tekanan pada teori pikiran kognitif dan afektif (Anderson and Craik, 2017).

Intervensi

1. Psikoreligius, Ada 14 jurnal tentang religion dengan suicide yang diambil mulai tahun 2015 sampai dengan 2018, Terdapat 4 tema yang ditemukan dalam telah pada literatur ini, yaitu faktor-faktor yang menyebabkan ide bunuh diri diantaranya pengalaman bunuh diri dari orang terdekat, dukungan ahli agama terhadap resiko perilaku bunuh diri, serta intervensi psiko-religius. Masalah kesehatan mental seperti depresi anak, remaja, dan lansia dapat dicegah dengan melibatkan peran agama didalamnya. Peran perawat dalam hal ini sangat penting dalam mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan ide bunuh diri muncul serta membantu memberikan intervensi pencegahan resiko perilaku bunuh diri dengan mendorong aspek keagamaannya (Litaqia and Permana, 2019).Tingkat religiusitas seseorang berpotensi dapat berfungsi sebagai faktor pelindung terhadap perilaku bunuh diri. (Gearing and Lizardi, 2009) Pendekatan spiritualitas sangat mempengaruhi kondisi kejiwaan pasien dengan gangguan mental karena pentekatan yang dilakukan secara kerohanian atau kebatinan mampu membuat kondisi kejiwaan

klien serta akalnya berada dalam kondisi yang proporsional dengan cara berdoa, agar pasien senantiasa merasa dekat dengan Tuhannya (Munandar, Irawati and Prianto, 2020) selain itu dimensi spiritual berupaya untuk mempertahankan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar, seperti mengurangi rasa kecemasan, depresi, kestabilan emosi dan rasa ketakutan, bahkan pasien bisa mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi stres emosional (Alifudin, Rochmawati and Purnomo, 2015) (Laela Dewi Saputri, Dwi Heppy, 2015).

2. Peer support group, Dukungan sosial teman sebaya memiliki peran penting dalam proses kehidupan dan kualitas hidup lansia, sehingga dukungan sosial menjadi elemen yang sangat berpengaruh dalam membantu menyelesaikan masalah yang terjadi pada lansia. (Karim, 2015) *The effect of intergenerational programs* dapat berfungsi sebagai penggerak kesehatan utama di antara orang lanjut usia dengan mengurangi risiko isolasi sosial dan kesepian karena rasa kebermaknaan yang lebih besar (Murayama *et al.*, 2015).
3. **Tim physician-assisted death (PAD)** di Kanada selama lebih dari 2 tahun, menyoroti peran psikiater C-L, di jaringan rumah sakit besar yang menyediakan bantuan **medical assistance in dying (MAID)**. tim MAID multispecialty berperan untuk menangani masalah dan kekhawatiran yang dialami oleh psien. Di Kanada ada sebuah penelitian Tim MAID yang mengelola 186 pertanyaan MAID, menilai 95 permintaan MAID dan menyediakan 49 intervensi MAID selama 24 bulan. 2 pemimpin tim MAID, 8 penilai, dan 1 dokter intervensi adalah psikiater C-L. Masing-masing kriteria MAID: kondisi medis yang menyedihkan, keadaan lanjut dari penurunan yang tidak dapat dibalikkan, penderitaan yang tidak dapat ditolerir, kematian alami yang dapat diperkirakan, permintaan sukarela, kapasitas dan persetujuan berdasarkan informasi menimbulkan tantangan

khusus yang harus diselesaikan dalam penilaian. Beberapa masalah unik MAID, termasuk peran pendidikan dan penilaian serta protokol psikiatrik wajib juga akan dibahas. Jadi psikiater C-L memiliki posisi yang baik untuk memberikan keahlian dan kepemimpinan yang penting bagi tim PAD multispecialty (Stewart, Rodin and Li, 2018)

4. Intervensi *mindfulness* dengan pendekatan spiritual yang diberikan pada pasien berupa calming technique dan prosedur memfasilitasi memaafkan, klien dapat melakukan tehnik menenangkan diri secara mandiri dan selanjutnya klien mampu mengontrol marah setelah pemberian intervensi *mindfulness* dan calming tehique (Sari and Dwidiyanti, 2014) Mindfulness Spiritual Islam, untuk meningkatkan self efficacy keluarga (Dwidiyanti *et al.*, 2019)

Tindakan Ners Spesialis

Terapi Individu dapat dilakukan:

Terapi kognitif, Cognitive-behavioral therapy (CBT), Terapi Penghentian pikiran, PMR. Problem Solving Therapy (PST) didefinisikan sebagai proses kognitif-perilaku yang melibatkan upaya mengarahkan untuk mengatasi masalah ke arah mengubah sifat situasi, mengubah reaksi seseorang terhadap masalah, atau keduanya. Ini termasuk kemampuan untuk mengidentifikasi dan memilih berbagai respons koping untuk mengatasi fitur-fitur dari situasi stres tertentu (Medscape, 2020). dan telePST memiliki pengaruh besar pada keputusan pada orang dewasa yang lebih tua di rumah yang tertekan (Choi, Marti, & Conwell, 2016) CBT memiliki efek yang signifikan dalam mengurangi keputusan orang dewasa yang lebih tua yang tertekan (Freedland et al., 2009). Untuk orang dewasa yang berisiko bunuh diri, saluran telepon intervensi krisis dan konseling mingguan menunjukkan efek kecil pada keputusan (Fiske & Arbore, 2001). Namun, pendekatan berbasis CBT tidak ditemukan secara signifikan meningkatkan harapan / keputusan pada orang dewasa yang lebih tua dengan penyakit mental yang parah (Berry et al., 2013; Fortuna et

al., 2018) atau mereka yang umumnya sehat (Schwartz-Oscar, 2012; Staats, 1991). PST membantu mengurangi keputusasaan dengan menumbuhkan rasa self-efficacy dan mengasosiasikan kemampuan untuk berhasil memecahkan masalah yang ada (Choietal., 2016). Dalam tinjauan ini, mendukung bukti untuk teori keputusasaan Beck yang ditemukan efektifitas Life-Review Theraphy, CBT, PST, dan perawatan kombinasi (Hernandez and Overholser, 2020)

Daftar Pustaka

- Aisyah, M. and Utami, M. S. (2020) 'Quarter Life Crisis pada Emerging Adult di Indonesia', p. 2020.
- Alifudin, A., Rochmawati, D. H. and Purnomo (2015) 'Pengaruh Mendengarkan Asmaul Husna Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah', *Karya Ilmiah*.
- Anderson, N. D. and Craik, F. I. M. (2017) '50 Years of Cognitive Aging Theory', *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(1), pp. 1–6. doi: 10.1093/geronb/gbw108.
- Avery, J., Schreier, A. and Swanson, M. (2020) 'A complex population: Nurse's professional preparedness to care for medical-surgical patients with mental illness', *Applied Nursing Research*. Elsevier, (May 2019), p. 151232. doi: 10.1016/j.apnr.2020.151232.
- BPS (2021) 'STATISTIK PENDUDUK LANJUT USIA 2021', in Adhie, Budi, Ika, R. (ed.) *STATISTIK PENDUDUK LANJUT USIA 2021*. Badan Pusat Statistik, pp. 1–316. doi: 04200.2125.
- Cirklová, M. J. (2021) 'Coping with the quarter-life crisis the buddhist way in the Czech Republic', *Contemporary Buddhism*. Routledge, 00(00), pp. 1–19. doi: 10.1080/14639947.2021.1929603.
- Cohen, A. A. *et al.* (2020) 'Lack of consensus on an aging biology paradigm? A global survey reveals an agreement to disagree, and the need for an interdisciplinary framework', *Mechanisms of Ageing and Development*. Elsevier, 191(July), p. 111316. doi: 10.1016/j.mad.2020.111316.
- Dalessandro, C. (2019) "It's a Lifestyle": Social Class, Flexibility, and Young Adults' Stories About Defining Adulthood', *Sociological Spectrum*. Routledge, 39(4), pp. 250–263. doi: 10.1080/02732173.2019.1669239.

- Dwidiyanti, M. *et al.* (2019) 'Nursing Intervention of Family Self Efficacy Skizofrenia Patients', *Jurnal Keperawatan Jiwa*.
- Fallon, C. K. and Karlawish, J. (2019) 'Is the WHO definition of health aging well? Frameworks for "health" after three score and ten', *American Journal of Public Health*, 109(8), p. 1106. doi: 10.2105/AJPH.2019.305177.
- Gearing, R. E. and Lizardi, D. (2009) 'Religion and suicide', *Journal of Religion and Health*. doi: 10.1007/s10943-008-9181-2.
- Golden, L. and Biebel, K. (2017) 'THE QUARTERLIFE CRISIS: SUPPORTING YOUNG ADULT MENTAL HEALTH AND WELLBEING DURING THE COLLEGE-TO-CAREER The Transitions to Adulthood Center for Research', pp. 1–31.
- Habibie, A., Syakarofath, N. A. and Anwar, Z. (2019) 'Peran Religiusitas terhadap Quarter-Life Crisis (QLC) pada Mahasiswa', *Gajah Mada Journal of Psychology (GamaJoP)*, 5(2), p. 129. doi: 10.22146/gamajop.48948.
- Hakim, L. N. (2020) 'Urgensi Revisi Undang-Undang tentang Kesejahteraan Lanjut Usia', *Aspirasi: Jurnal Masalah-masalah Sosial*, 11(1), pp. 43–55. doi: 10.46807/aspirasi.v11i1.1589.
- Hennekam, R. C. M. (2020) 'The external phenotype of aging', *European Journal of Medical Genetics*. Elsevier Masson SAS, 63(11), p. 103995. doi: 10.1016/j.ejmg.2020.103995.
- Hernandez, S. C. and Overholser, J. C. (2020) 'A Systematic Review of Interventions for Hope/Hopelessness in Older Adults', *Clinical Gerontologist*. Routledge, 00(00), pp. 1–33. doi: 10.1080/07317115.2019.1711281.
- Karim, D. (2015) 'Hubungan Dukungan Sosial Teman Sebaya Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha', *JOM*.

Kemenkes RI (2021) *KONTEN MEDIA HLUN 2021 'Bersama Lansia Kelurga Bahagia'*.

KEMENKES RI (2019) 'Situasi Kesehatan Jiwa Di Indonesia', *InfoDATIN*, p. 12.

Kementrian Kesehatan RI (2016) *PERATURAN MENTERI KESEHATAN*

REPUBLIK INDONESIA NOMOR 25 TAHUN 2016 TENTANG RENCANA AKSI NASIONAL KESEHATAN LANJUT USIA TAHUN 2016-2019, PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 25 TAHUN 2016.

Kin, F., Hui, P. and Aye, L. (2018) 'Occupational Stress and Workplace Design', (2014). doi: 10.3390/buildings8100133.

Profil Penulis



Devanda Faiqh Albyn

Penulis lahir 28 Maret 1994 di Pemasang, Jawa Tengah. Sekarang berprofesi sebagai Occupational Health Nursing (OHN), dalam buku ini beliau mencoba untuk berbagi ilmu keperawatan jiwa berdasarkan teori dan evidence base practice. Sebelum berprofesi sebagai OHN, penulis memiliki pengalaman sebagai perawat di klinik kesehatan mental dan Perawat Paliatif di salah satu Rumah Sakit di daerah Malang, Jawa Timur dengan pendekatan Holistic Care dari pasien sehat hingga menjemput kematian 2017-2020. Beliau menempuh Sarjana Keperawatan dan Ners di STIKES Bnyuwangi tahun 2012-2018, selanjutnya beliau sedang menempuh pendidikan Magister Keperawatan Jiwa di Universitas Brawijaya tahun 2019-Sekarang. Untuk saat ini beliau menjabat sebagai Koordinator Organization Health Care System Divisi Sumber Daya Manusia di salah satu perusahaan BUMN yaitu Holding PT. Perkebunan Nusantara III (Persero), DKI Jakarta, dan dewasa ini masih minim praktisi perawat K3 di Indonesia yang juga menekuni di bidang penelitian dan aktif menulis buku. Dengan diterbitkannya buku ini yang merupakan tulisan perdana dari penulis, diharapkan dapat memberikan manfaat bagi mahasiswa, civitas akademisi, dan teman sejawat di bidang Keperawatan.

Email Penulis: dfaiqhalbyn@gmail.com

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PSIKOSOSIAL

Rista Islamarida, S.Kep., Ns., M.Kep.

STIKES Guna Bangsa Yogyakarta

Pendahuluan

Manusia adalah makhluk biopsikososial yang unik dan menerapkan sistem terbuka untuk saling berinteraksi. Manusia selalu berusaha mempertahankan keseimbangan hidup untuk mencapai hasil yang maksimal. Tuntutan pemenuhan kebutuhan ini dapat berupa pemenuhan kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan juga spiritual. Keseimbangan ini dipertahankan untuk mencapai kondisi optimal yang disebut sehat. Kesehatan itu sendiri berada direntang respon antara hidup optimal dan mati, antara sehat walafiat dan sakit menjelang ajal (Yusuf et al., 2021)

Pengalaman kehilangan dan berduka adalah hal yang esensial dan normal dalam kehidupan manusia. Kehilangan meungkinkan individu berubah dan terus berkembang serta memenuhi potensi diri. Dukacita mengacu pada emosi yang subjektif dan afek yang merupakan respon normal terhadap pengalaman kehilangan. Semua individu berduka ketika mereka mengalami perubahan dan kehilangan dalam hidup, dan sering kali proses ini merupakan hal yang sulit dilalui. Untuk itu perawat perlu memiliki pemahaman dasar tentang proses kehilangan dan berduka agar mampu memberikan

perawatan yang terbaik sepanjang rentang sehat sakit (Videbeck, 2012)

Kehilangan

Kehilangan adalah suatu keadaan individu yang terpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada kemudian menjadi tidak ada, baik sebagian maupun keseluruhan. Kehilangan merupakan pengalaman yang dialami individu selama rentang kehidupan (Yosep, 2011). Kehilangan juga diartikan sebagai situasi yang sebelumnya ada atau dimiliki menjadi tidak ada. Kehilangan terjadi ketika seseorang tidak dapat lagi ditemui, diraba, didengr, diketahui atau dialami dari suatu peristiwa (Yusuf et al., 2021).

1. Tipe Kehilangan

Kehilangan dapat bersifat *actual perceived*, atau *anticipatory*. Kehilangan yang bersifat nyata lebih mudah diidentifikasi. Misal seorang anak yang teman bermainnya pindah rumah. Kehilangan aktual ini dapat diketahui oleh orang lain.

Kehilangan yang dipersepsikan bersifat kurang nyata dan dapat disalahartikan, seperti kehilangan kepercayaan diri, harga diri atau prestise. Kehilangan psikologis tidak dapat dipastikan secara langsung, misalnya wanita yang berhenti bekerja dapat merasakan persepsi kehilangan kemandirian dan kebebasan.

Kehilangan yang diantisipasi adalah ketika seseorang merasakan sesuatu yang akan hilang, sehingga mengantisipasi terlebih dahulu. Tipe kehilangan ini dialami sebelum kehilangan benar-benar terjadi. Misalnya orang yang mengalami penyakit, dia akan mengantisipasi dengan menjaga hidup sehat (Yusuf et al., 2021) (Barbara et al., 2011).

2. Sumber Kehilangan

Beberapa sumber kehilangan yaitu (Yusuf et al., 2021) (Barbara et al., 2011) :

a. Kehilangan objek eksternal

Kehilangan objek eksternal meliputi segala kepemilikan yang ada. Kehilangan objek eksternal terdiri dari kehilangan objek benda mati yang berarti bagi individu dan kehilangan objek benda hidup. Misalnya adalah kehilangan harta benda atau binatang peliharaan. Kedalaman berduka yang dirasakan bergantung pada nilai yang dimiliki orang tersebut terhadap objek yang dimiliki dan kegunaan objek tersebut.

b. Kehilangan lingkungan yang sudah dikenal

Kehilangan yang berkaitan dengan perpisahan dengan lingkungan yang telah dikenal pada periode tertentu atau perpindahan secara permanen. Perpisahan dari lingkungan atau orang yang memberikan kenyamanan dapat menyebabkan sensasi kehilangan. Kehilangan melalui perpisahan dari lingkungan yang telah dikenal dapat terjadi melalui situasi maturasional. Kesepian akibat lingkungan yang tidak dikenal dapat mengancam harga diri dan membuat berduka menjadi lebih sulit. Misalnya seseorang yang pindah tempat tinggal karena pindah tugas, atau seorang lansia yang pindah ke rumah perawatan khusus lansia.

c. Kehilangan orang yang dicintai

Orang terdekat yang mencakup orang tua, pasangan, anak-anak, saudara sekandung, guru, teman, tetangga, dan rekanan kerja. Kehilangan orang yang dicintai dapat terjadi akibat perpisahan, pindah, penyakit atau perceraian. Kehilangan ini dapat sangat mengganggu sehingga seseorang dapat mengalami perubahan kepribadian akibat hal tersebut.

d. Kehilangan aspek diri

Kehilangan aspek dalam diri dapat mencakup bagian tubuh, fungsi fisiologis atau psikologis. Kehilangan aspek diri ini dapat mengubah citra seseorang meskipun kehilangannya mungkin tidak

terlihat nyata. Kehilangan bagian tubuh mencakup anggota tubuh. Kehilangan fungsi fisiologis mencakup kehilangan fungsi organ tubuh maupun fungsi sensori lainnya. Kehilangan fungsi psikologis termasuk kehilangan ingatan, harga diri, percaya diri, cinta dan lainnya. Kehilangan aspek diri ini dapat terjadi akibat penyakit, cedera atau perubahan perkembangan atau situasi.

e. Kehilangan hidup

Seseorang yang menghadapi kematian menjalani hidup, merasakan, berfikir dan merespon terhadap kejadian dan orang sekitarnya sampai terjadinya kematian. Doka (1993) menggambarkan respon terhadap penyakit yang mengancam hidup kedalam empat fase. Fase prediagnostik terjadi ketika diketahui ada gejala atau faktor resiko penyakit. Fase akut berpusat pada krisis diagnosis. Klien dihadapkan pada serangkaian keputusan termasuk penanganan penyakitnya. Fase kronis ketika klien menjalani penyakit dan pengobatannya. Fase pemulihan atau terminal, ketika klien mampu menghadapi penyakit maka akan masuk di fase pemulihan. Sedangkan klien yang mencapai fase terminal adalah ketika kematian bukan lagi kemungkinan tetapi pasti terjadi.

3. Proses Kehilangan

- a. Stressor internal atau eksternal – gangguan dan kehilangan – individu memberi makna positif – melakukan kompensasi dengan kegiatan positif – perbaikan (beradaptasi dan merasa nyaman)
- b. Stressor internal atau eksternal – gangguan dan kehilangan – individu memberi makna – merasa tidak berdaya – marah dan berlaku agresif – diekspresikan ke dalam diri – muncul gejala sakit fisik

- c. Stressor internal atau eksternal – gangguan dan kehilangan – individu memberi makna – merasa tidak berdaya – marah dan berperilaku agresif – diekspresikan ke luar diri individu – kompensasi dengan perilaku konstruktif – perbaikan (beradaptasi dan merasa nyaman)
- d. Stressor internal atau eksternal – gangguan dan kehilangan – individu memberi makna – merasa tidak berdaya – marah dan berperilaku agresif – diekspresikan ke luar diri individu – kompensasi dengan perilaku destruktif – merasa bersalah – ketidakberdayaan

Inti dari kemampuan seseorang agar dapat bertahan terhadap kehilangan adalah pemberian makna (*personal meaning*) yang baik terhadap kehilangan dan kompensasi yang positif (*konstruktif*) (Yosep, 2011)

4. Berduka - Dukacita

Berduka adalah respon total terhadap pengalaman emosional akibat kehilangan. Berduka dimanifestasikan dalam pikiran, perasaan, dan perilaku berhubungan dengan distress atau kesedihan mendalam (Barbara et al., 2011). Berduka juga diartikan sebagai reaksi terhadap kehilangan, yaitu respon emosional dan proses untuk memecahkan masalah. Seorang individu harus diberikan kesempatan menemukan coping yang efektif melalui proses berduka, sehingga mampu menerima kehilangannya karena kehilangan merupakan bagian dari kehidupan (Yusuf, A.H & R & Nihayati, 2015). Berduka (Nurhalimah, 2016) merupakan emosi dari kehilangan yang dimanifestasikan dengan adanya perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak nafas, susah tidur dan lainnya. Berduka merupakan respon normal yang terjadi pada individu saat terjadi kehilangan.

Dukacita adalah proses mengalami reaksi fisik psikologis dan sosial dari kehilangan yang dipersepsikan. Respon ini termasuk keputusan, kesiapan, ketidakberdayaan, kesedihan, rasa

bersalah dan marah. Dukacita mencakup pikiran, perasaan, dan perilaku. Tujuan dukacita adalah untuk mencapai fungsi yang lebih efektif dengan mengintegrasikan kehilangan dalam pengalaman hidup seseorang (Yusuf et al., 2021)

Dukacita merupakan respon subjektif dari setiap orang. Mengatasi rasa berduka sangat penting karena dukacita berpotensi mengganggu kesehatan. Gejala yang menyertai dalam proses ini adalah ansietas, depresi, penurunan berat badan, kesulitan menelan, muntah, kelelahan, sakit kepala, pandangan kabur dan lainnya. Duka cita juga mempengaruhi kekonsentrasi pola makan, pola istirahat dan tidur maupun komunikasi. Meskipun dukacita dapat mengganggu kesehatan, resolusi positif dari dukacita adalah dapat memperkaya individu dengan pemahaman, nilai, tantangan, keterbukaan serta kepekaan yang baru (Barbara et al., 2011)

Orang yang mengalami dukacita mencoba berbagai strategi untuk melewatinya. Worden (1982) menjelaskan empat tugas dukacita yang memudahkan penyesuaian terhadap kehilangan, dan Harper (1987) merancang tugas tersebut dalam akronim "TEAR" yaitu (Yusuf et al., 2021)

T – untuk menerima realitas dari kehilangan

E – mengalami kepedihan akibat kehilangan

A – menyesuaikan lingkungan yang tidak lagi mencakup orang, benda atau aspek diri yang hilang

R – memberdayakan kembali energi emosional ke dalam hubungan yang baru

5. Respon Dukacita

a. Dukacita adaptif

Hal ini dimulai dari respon terhadap kesadaran tentang ancaman kehilangan dan pengenalan tentang kehilangan yang berkaitan dengan masa lalu, saat ini dan masa mendatang. Dukacita adaptif terjadi pada mereka yang mampu

menerima proses kehilangan dengan baik. Hal yang terkait disini termasuk proses berkabung koping individu, interaksi, perencanaan dan pengenalan psikososial.

b. Dukacita terselubung

Hal ini terjadi ketika seseorang mengalami kehilangan yang tidak dikenali, rasa berkabung yang luas. Pada dukacita ini klien terselubung dalam situasi dimana kehilangan itu nyata tetapi klien tidak mampu mengungkapkan kehilangannya dan mungkin menyangkal kehilangan.

6. Dimensi Berduka

Beberapa model holistik berduka memiliki lima dimensi respon (Videbeck, 2012) yaitu :

a. Respon Kognitif

Asumsi dan keyakinan dasara tentang makna dan tujuan hidup terganggu bahkan mungkin hancur. Berduka seringkali menyebabkan keyakinan individu tentang diriya dan dunia berubah. Individu akan mempertanyakan dan berupaya menemukan makna kehilangan. Individu akan melakukan pengkajian diri dan mempertanyakan cara berpikir yang bisa diterima. Ia akan mencari jawaban mengapa kehilangan terjadi dengan tujuan menemukan makna kehilangan.

b. Respon emosional

Perasaan marah, sedih, dan cemas adalah pengalam emosional yang dominan pada kehilangan. Respon emosional terlihat pada semua fase proses dukacita. Fase mati rasa merupakan respon awal yang umum dirasakan yaitu syok, tidak menyadari realitas kehilangan. Fase kedua adalah kerinduan dan pencarian, realitas mulai muncul, respon yang muncul kemarahan, menangis. Fase ketiga fase disorganisasi dan keputusasaan, individu

memahami kehilangan tetap ada. Respon yang mungkin muncul depresi, apati maupun putus asa. Fase terakhir fase reorganisasi, individu yang berduka membangun kembali rasa identitas personal, arah dan tujuan hidup.

c. Respon spiritual

Yang terkait erat dengan dimensi kognitif dan emosional adalah nilai personal yang tertanam yang memberi makna dan tujuan hidup. Nilai dan sistem keyakinan yang mendukung dimensi tersebut merupakan komponen sentral spiritualitas dan respon spiritual terhadap dukacita. Individu yang berduka dapat marah kepada Tuhan. Oleh karena itu pemenuhan kebutuhan spiritual individu yang berduka menjadi aspek penting dalam pemberian asuhan. Dengan menemukan penjelasan dan makna melalui keyakinan spiritual atau agama, klien dapat mulai mengidentifikasi aspek positif dan mungkin aspek proses berduka yang adaptif.

d. Respon perilaku

Respon perilaku merupakan respon yang paling mudah dikenali. Individu dapat menunjukkan ekspresi menangis, berteriak, gelisah dan perilaku mencari figur yang hilang. Perilaku lain yang mungkin adalah penyalahgunaan obat sebagai bentuk respon maladaptif terhadap keputusan emosional dan spiritual. Ketika proses berduka dapat dilalui dengan baik, individu dapat berpartisipasi dalam aktivitas dan merefleksikan diri secara personal dan memuaskan

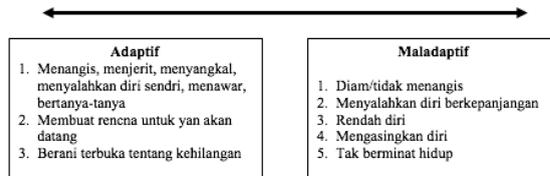
e. Respon fisiologis

Gejala dan masalah fisiologis yang terkait dengan respon dukacita seringkali merupakan sumber ansietas dan kekhawatiran bagi individu yang berduka maupun pemberi perawatan. Klien dapat mengeluh insomnia, sakit kepala gangguan makan, aktivitas serta perubahan imun dan

endokrin. Beberapa individu dapat menyatakan gejala psikogenik (yang disebabkan gangguan mental atau jiwa) atau gejala somatik (yang berhubungan dengan tubuh) setelah kehilangan yang dirasakan.

7. Rentang Respon Emosi

Gambar 10.1. Rentang respon emosi
(Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)



8. Fase Kehilangan

Kehilangan meliputi fase akut dan jangka panjang (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

a. Fase Akut

Berlangsung selama 4 sampai 8 minggu setelah kehilangan yang terdiri atas tiga proses yaitu syok dan tidak percaya dimana ini merupakan respon awal berupa penyangkalan. Kedua perkembangan kesadaran dimana respon yang muncul adalah kemarahan dengan menyalahkan orang lain, perasaan bersalah dengan menyalahkan diri sendiri. Yang ketiga restitusi merupakan proses formal dan ritual bersama teman dan keluarga membantu menurunkan sisa perasaan tidak menerima kenyataan kehilangan.

b. Fase Jangka panjang

Berlangsung satu sampai dua tahun atau lebih lama. Reaksi berduka yang tidak terselesaikan akan menjadi penyakit yang tersembunyi dan termanifestasi dalam berbagai gejala fisik. Pada beberapa individu berkembang menjadi keinginan bunuh diri, sedangkan yang lainnya mengabaikan diri dengan menolak makan dan menggunakan alkohol.

9. Tahapan Kehilangan

Gambar 10.2. Tahapan kehilangan menurut ahli
(Barbara et al., 2011)(Yusuf et al., 2021)

Ahli	Tahapan	Penjelasan	Respon Perilaku
Kubler - Ross	<i>Denial</i> (Penyangkalan)	<ul style="list-style-type: none"> • Pada tahap ini, individu tidak percaya, shock, diam terpaku, gelisah, bingung, mengingkari kenyataan, mengisolasi diri dari kenyataan. • Individu bertindak seperti tidak terjadi sesuatu dan dapat menolak untuk percaya pada kehilangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak percaya telah terjadi kehilangan • Tidak bisa mengatasi masalah praktis • Menunjukkan keceriaan palsu • Pengungkapan: “ini tidak mungkin terjadi” “diagnosa dokter pasti salah”
	<i>Anger</i> (Marah)	<ul style="list-style-type: none"> • Individu melawan kehilangan dan dapat bertindak pada seseorang dan segala sesuatu dilingkungan sekitarnya 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengarahkan rasa marah pada lingkungan sebagai proyeksi marah pada Tuhan • Emosi tidak terkontrol

Ahli	Tahapan	Penjelasan	Respon Perilaku
			<ul style="list-style-type: none"> • Pengungkapan: “mengapa aku” “apa yang saya perbuat hingga Tuhan marah padaku”
	<p><i>Bargaining</i> (Tawar Menawar)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terdapat penundaan realitas kehilangan. Individu mungkin berupaya untuk membuat perjanjian secara halus atau jelas untuk mencegah kehilangan. Klien mencoba mencari pendapat orang lain. 	<ul style="list-style-type: none"> • Berupaya melakukan tawar-menawar untuk menghindari kehilangan • Dapat mengekspresikan rasa bersalah pada masa hidupnya • Klien berupaya membuat perjanjian dengan Tuhan • Pengungkapan: “bila saya sembuh, saya akan” “seharusnya saya menjaganya dengan baik

Ahli	Tahapan	Penjelasan	Respon Perilaku
			<p>sehingga Tuhan tidak mengambilnya”</p> <p>“Seandainya saya menjaganya...”</p>
	<p><i>Depression (Depresi)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terjadi ketika kehilangan disadari dan timbul dampak nyata dari makna kehilangan. Seseorang merasa kesepian dan menarik diri. Tahapan depresi memberi kesempatan untuk berupaya melewati kehilangan dan mulai memecahkan masalah 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien sadar akan kehilangannya • Tidak banyak bicara: sedih, kehilangan kegembiraan / aktivitas / pekerjaan, tujuan hidup, merasa sepi • Fokus pikiran pada orang yang dicintai • Depresi: tahap menuju orientasi realitas • Pengungkapan: “apa yang terjadi jika saya tidak bersamanya”

Ahli	Tahapan	Penjelasan	Respon Perilaku
	<i>Acceptance (Menerima)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reaksi fisiologis menurun dan interaksi sosial berlanjut. Pada fase ini lebih sebagai menghadapi situasi daripada menyerah untuk pasrah atau putus asa 	<p>“dapatkan saya hidup tanpanya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menerima kehilangan • Menerima keadaan, damai dan lebih memperhatikan keadaan sekitar • Mulai membuat rencana kedepan • Tidak banyak bicara, minat sosialisasi menurun • Komunikasi nonverbal, ingin ditemani keluarga
Engel	Menyangkal	<ul style="list-style-type: none"> • Individu menyangkal realitas kehidupan dan mungkin menarik diri, duduk tidak bergerak atau menerawang tanpa tujuan. • Hal ini mungkin dipandang bahwa individu tersebut tidak menyadari apa makna kehilangan. • Reaksi fisik yang ditunjukkan seperti pingsan, berkeringat, mual, diare, nadi cepat, gelisah insomnia dan keletihan. 	

Ahli	Tahapan	Penjelasan	Respon Perilaku
	Tiba – tiba	<ul style="list-style-type: none"> • Individu mulai merasa kehilangan secara tiba-tiba dan mungkin mengalami keputusasaan. Secara mendadak terjadi marah, rasa bersalah, frustrasi, depresi dan kehampaan. • Menangis adalah respon khas sejalan dengan individu menerima kehilangan 	
	Realitas Kehilangan	<ul style="list-style-type: none"> • Marah dan depresi tidak lagi dibutuhkan. Kehilangan telah jelas dialami oleh individu. Dengan mengalami fase ini individu beralih dari tingkat emosi dan intelektual yang lebih rendah ke tingkat yang lebih tinggi, dan mulai berkembang kesadaran diri 	
Rando	Penghindaran	<ul style="list-style-type: none"> • Dimana di fase ini terjadi syok, meyangkal dan tidak percaya atas peristiwa kehilangan 	
	Konfrontasi	<ul style="list-style-type: none"> • Di fase ini terjadi luapan emosi yang sangat tinggi ketika individu secara berulang melawan kehilangan mereka dan kedukaan yang dirasa paling dalam dan akut 	
	Akomodasi	<ul style="list-style-type: none"> • Ketika terdapat secara bertahap penurunan kedukaan akut dan mulai memasuki kembali secara emosional dan sosial 	

Ahli	Tahapan	Penjelasan	Respon Perilaku
		dunia sehari-hari. Individu dengan kehilangan mereka	belajar untuk menjalani hidup
Sander	Syok	<ul style="list-style-type: none"> Orang yang ditinggalkan dapat merasa bingung, bermimpi dan tidak percaya telah terjadi kehilangan. Mereka seringkali tidak mampu memproses rangkaian pikiran yang normal. Fase ini dapat berlangsung dari beberapa menit sampai beberapa hari 	<ul style="list-style-type: none"> Tidak percaya, bingung, gelisah, merasa mimpi Regresi dan tidak berdaya Keadaan waspada Menangis, menarik napas dalam, kehilangan kontrol pada otot, tremor, gangguan tidur
	Kesadaran akan kehilangan	<ul style="list-style-type: none"> Teman dan keluarga kembali melakukan aktivitas normal. Orang yang berduka merasakan makna kehilangan mereka secara penuh 	<ul style="list-style-type: none"> Ansietas, adanya konflik, stres berkepanjangan Menangis, gangguan tidur Menunjukkan rasa marah, bersalah, frustrasi, malu, sensitivitas berlebihan, tidak percaya, menyangkal

Ahli	Tahapan	Penjelasan	Respon Perilaku
	Konservasi / menarik diri	<ul style="list-style-type: none"> • Pada fase ini orang yang ditinggalkan merasa perlu sendirian untuk mempertahankan dan mengembalikan energi fisik dan emosional. Dukungan sosial yang tersedia untuk orang berkabung telah menurun dan mereka dapat putus asa dan tidak berdaya 	<ul style="list-style-type: none"> • Kelemahan, keletihan, menurunnya sistem imun • Menarik diri, mengatasi berduka, memperbarui harapan
	Pemulihan: titik balik	<ul style="list-style-type: none"> • Selama fase ini, individu yang berduka berpindah dari mengalami distress karena hidup tanpa orang yang dicintai dan perlu belajar untuk hidup mandiri 	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan kontrol diri, restrukturisasi identitas, melepaskan peran • Peningkatan energi, perbaikan tidur, pemulihan sistem imun, dan pemulihan fisik
	Pembaruan	<ul style="list-style-type: none"> • Dalam fase ini, individu yang ditinggalkan bergerak menuju pembentukan kesadaran diri yang baru, 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilitas fungsional

Ahli	Tahapan	Penjelasan	Respon Perilaku
		<p>penerimaan tanggung jawab untuk diri sendiri, dan belajar untuk hidup tanpa orang yang dicintai</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bertanggung jawab terhadap kebutuhan perawatan diri • Kesepian, mulai berinteraksi dengan orang lain

Asuhan Keperawatan pada Klien Kehilangan dan Berduka

1. Pengkajian

a. Faktor Predisposisi

- 1) Genetik; riwayat anggota keluarga yang memiliki depresi
- 2) Kesehatan Fisik; kondisi masalah fisik individu
- 3) Kesehatan mental; adanya riwayat kesehatan mental yang beresiko kambuh
- 4) Pengalaman kehilangan sebelumnya

b. Faktor Presipitasi

Faktor pencetus kehilangan adalah perasaan stress nyata atau imajinasi individu dan kehilangan yang bersifat bio-psiko-sosial, seperti kondisi sakit, kehilangan anggota tubuh, kehilangan harga diri, kehilangan pekerjaan dan lainnya.

- c. Perilaku: Menangis atau tidak mampu menangis, marah, putus asa, ada percobaan bunuh diri
- d. Mekanisme Koping: denial, regresi, rasionalisasi, supresi, proyeksi

2. Diagnosis Keperawatan (PPNI, 2017)

- a. Berduka
- b. Distress Spiritual
- c. Keptusasaan
- d. Ketidakberdayaan
- e. Gangguan citra tubuh
- f. Harga diri rendah situasional
- g. Ansietas
- h. Gangguan konsep diri
- i. Ketidakefektifan koping individu

3. Intervensi Keperawatan

Gambar 10.3. Tabel Intervensi Keperawatan
(PPNI, 2019)(PPNI, 2018)

Diagnosa – Definisi Masalah	Tanda dan Gejala	Luaran	Intervensi
<p>Berduka</p> <p>Respon psikososial yang ditunjukkan oleh pasien akibat kehilangan (orang, objek, fungsi, status, bagian tubuh atau hubungan)</p>	<p>Mayor</p> <p>Subjektif: Merasa sedih, merasa bersalah atau menyalahkan orang, menolak kehilangan, merasa tidak ada harapan</p> <p>Objektif: menangis, perubahan pola tidur, tidak mampu konsentrasi</p>	<p>Verbalisasi menerima kehilangan</p> <p>Verbalisasi harapan</p> <p>Verbalisasi perasaan sedih</p> <p>Verbalisasi perasaan bersalah atau menyalahkan orang lain</p> <p>Menangis</p> <p>Pola tidur konsentrasi</p>	<p>Observasi</p> <p>Identifikasi kehilangan yang dihadapi</p> <p>Identifikasi proses berduka yang dialami</p> <p>Identifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau orang yang meninggal</p> <p>Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan</p>

Diagnosa – Definisi Masalah	Tanda dan Gejala	Luaran	Intervensi
	<p>Minor</p> <p>Subjektif: adanya mimpi buruk, merasa tidak berguna, fobia</p> <p>Objektif: marah, panic</p>		<p>Terapeutik</p> <p>Tunjukkan sikap menerima dan empati</p> <p>Motivasi agar mau mengungkapkan kehilangan</p> <p>Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat</p> <p>Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama dan sosial</p> <p>Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara nyaman (membaca, menulis, dll)</p> <p>Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan</p>

Diagnosa – Definisi Masalah	Tanda dan Gejala	Luaran	Intervensi
			<p>Edukasi</p> <p>Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa depresi dan menerima adalah wajar dalam sikap mengingkari, amarah, tawar menawar menghadapi kehilangan</p> <p>Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan</p> <p>Anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan</p> <p>Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap</p>
<p>Distress Spiritual</p> <p>Gangguan pada keyakinan atau</p>	<p>Mayor</p> <p>Subjektif: mempertanyakan makna/tujuan hidup</p>	<p>Mengatakan menerima kehilangan dan memiliki harapan</p>	<p>Observasi</p>

Diagnosa – Definisi Masalah	Tanda dan Gejala	Luaran	Intervensi
<p>sistem nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau Tuhan</p>	<p>Menyatakan hidup kurang/tidak bermakna, Merasa menderita atau tidak berdaya</p> <p>Objektif: tidak mampu beribadah, marah pada Tuhan</p> <p>Minor</p> <p>Subjektif: menyatakan hidup terasa kurang/tidak tenang, mengeluh tidak dapat menerima, merasa bersalah, merasa terasing, mengatakan telah diabaikan</p> <p>Objektif: menolak berinteraksi dengan orang terdekat, tidak mampu berkreatifitas, koping tidak</p>	<p>Mengatakan perasaan berguna</p> <p>Mengatakan perasaan sedih menurun</p> <p>Mengatakan perasaan bersalah menurun</p> <p>Menurunnya pernyataan menyalahkan orang lain</p> <p>Menangis</p> <p>Mimpi buruk</p> <p>Fobia</p> <p>Marah</p> <p>Panik</p> <p>Pola tidur membaik</p> <p>Konsentrasi membaik</p> <p>Imunitas membaik</p>	<p>Identifikasi perasaan khawatir, kesepian dan ketidakberdayaan</p> <p>Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan kesehatan</p> <p>Identifikasi harapan dan kekuatan pasien</p> <p>Identifikasi ketaatan dalam beragama</p> <p>Terapeutik</p> <p>Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian</p> <p>Berikan kesempatan mengekspresikan dan</p>

Diagnosa – Definisi Masalah	Tanda dan Gejala	Luaran	Intervensi
	efektif, tidak berminat pada alam		<p>meredakan marah secara tepat</p> <p>Yakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama masa ketidakberdayaan</p> <p>Sediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual</p> <p>Diskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup jika perlu</p> <p>Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah</p> <p>Edukasi</p> <p>Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, dan/atau orang lain</p>

Diagnosa – Definisi Masalah	Tanda dan Gejala	Luaran	Intervensi
			<p>Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung</p> <p>Ajarkan metode relaksasi, meditasi dan imajinasi terbimbing</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Atur kunjungan dengan rohaniawan</p>

Daftar Pustaka

- Barbara, K., Erb, G., Berman, A., & J., S. S. (2011). *Fundamental Keperawatan Volume 2* (7th ed.). EGC.
- Nurhalimah. (2016). *Keperawatan Jiwa*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnosis*. Dewan Pengurus PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Dewan Pengurus PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Dewan Pengurus PPNI.
- Videbeck, S. L. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Yosep, I. (2011). *Keperawatan Jiwa* (4th ed.). Pt. Refika Aditama.
- Yusuf, A.H, F., & ,R & Nihayati, H. . (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366. <https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x>
- Yusuf, A., Kotijah, S., Sumiatin, T., & Putri, V. S. (2021). *Masalah Psikososial: Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan*. Mitra Wacana Media.

Profil Penulis



Rista Islamarida

Penulis lahir di Kab.Semarang, 17 Januari 1991. Lulus dari program studi keperawatan dan profesi dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada tahun 2013. Kemudian melanjutkan studi di program Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan lulus pada tahun 2018. Pada tahun 2014 penulis pernah menjadi staff tutor di program studi keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta sejak tahun 2015 dan memiliki ketertarikan pada bidang ilmu keperawatan jiwa. Ketertarikan dalam bidang keperawatan jiwa maupun masalah psikososial sejak di bangku kuliah. Fokus bidang yang diajar serta ditekuni adalah keperawatan jiwa, keperawatan bencana, keperawatan komunitas, dan keperawatan dasar. Penulis banyak melakukan penelitian maupun pengabdian masyarakat terutama pada masalah kesehatan jiwa, psikososial dan komunitas. Penulis masih bercita-cita untuk dapat membuat dan mengembangkan sebuah buku atau panduan praktis dalam menangani masalah kesehatan jiwa di masyarakat.

Email Penulis: rista.islamarida91@gmail.com

ASUHAN KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN

Sri Martini, S.Pd., S.Kp., M.Kes

Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang

Definisi Perilaku Kekerasan

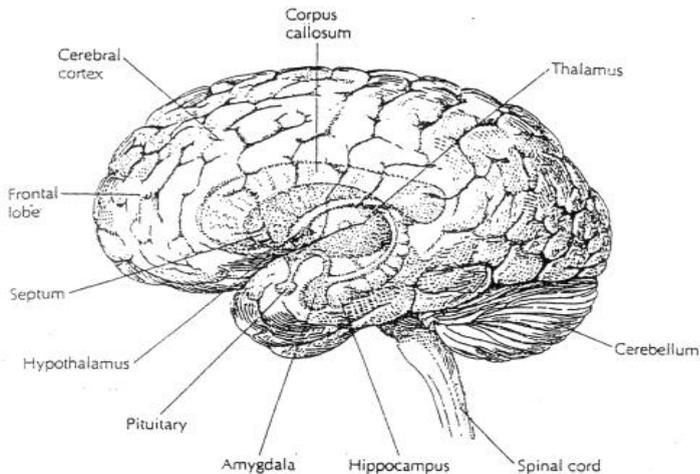
Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan merusak lingkungan atau sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk merupakan respon kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang dan merupakan bentuk perilaku destruktif yang tidak dapat di kontrol. (Yosep, 2009 dalam Sutejo, 2017).

Fisiologi Neurologi Pada Respon Perilaku

Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi dalam timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif. Pengaturan pada 'sirkuit sistem limbik' yang menjadi pusat emosi di otak manusia juga pada dasarnya berkontribusi dalam memicu terjadinya perilaku kekerasan, yang meliputi thalamus hypothalamus amygdala hippocampus (Smith, Smith and Misquitta, 2016).

Amigdala adalah organ pusat penyimpanan memori emosional. Rangsangan pada amygdala mencetuskan perilaku agresi sedangkan organ hypothalamus berperan dalam pengendali berita agresi. Setiap rangsangan dari luar yang diterima melalui reseptor panca indera manusia

akan diolah lalu dikirim dalam bentuk pesan ke thalamus lalu ke hypothalamus, selanjutnya ke amigdala yang kemudian menghasilkan respon tindakan. Dalam keadaan darurat misalnya marah, pesan stimulus yang datang di thalamus terjadi hubungan pendek sehingga langsung ke amigdala tanpa pengolahan rasional di hypothalamus. Jika amigdala biasa merekam tindak kekerasan maka akan menciptakan reaksi ini pada saat terjadi sirkuit pendek yakni berperilaku kekerasan. Sebaliknya jika amigdala biasa menyimpan memori emosional dalam suasana asertif seperti keterbukaan, kebersamaan, dialog, sikap empati, maka akan terbentuk pola refleks yang asertif bukan pola agresif. Kondisi asertif ini akan mengurangi terbentuknya sirkuit pendek agresi dan dapat menumbuhkan kembangkan kecerdasan rasional, kecerdasan emosional dan kecerdasan spiritual (Keliat, 2002 dalam Muhith, 2015).



Gambar 1 : Bagian Otak yang Terlibat dalam Emosi
(Diambil dari Nuffman, dkk., 1991)

Etiologi Perilaku Kekerasan

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Genetik.

Adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya faktor gen yang

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

b. Faktor Psikologis meliputi

Hasil akumulasi dari frustrasi yang dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span history*), ketidakpuasan fase oral (0-2 tahun) dan pemenuhan kebutuhan air susu yang tidak cukup atau pola asuh yang tidak mendukung serta lingkungan keluarga atau luar rumah merupakan model dan perilaku yang ditiru oleh anak anggota keluarga cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan terhadap lingkungan. Anak mencontoh dari lingkungan sekitarnya seperti: riwayat penggunaan NAPZA (narkotika, psikotropika dan zat aditif lainnya), memungkinkan individu meniru perilaku tersebut. lingkungan sosial (*social environment theory*) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon *asertif* atau *agresif*

2. Faktor presipitasi:

Faktor presipitasi untuk berperilaku kekerasan pada setiap orang berbeda, dimana stressor dipengaruhi dari dalam maupun dari luar, seperti proses kehilangan pekerjaan, kehilangan orang yang dicintai, kehilangan bagian anggota tubuh, adanya penyakit yang berkepanjangan (fase exhaustion), terjadinya bullying. individu bersifat unik, berbeda satu orang

dengan yang lain. Stresor tersebut dapat merupakan penyebab yang berasal dari dalam maupun luar individu.

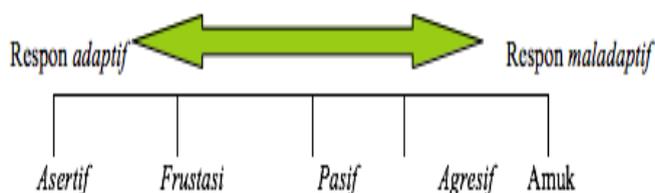
Stresor dari lingkungan meliputi trauma fisik (penganiayaan, pemeriksaan, bullying), akibat media social pada game, serangan haters, informasi media yang salah), lingkungan alam: terjadinya bencana

Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan *stress*, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart & Sundeen, 1998 dalam Muhith, 2015). Kemarahan merupakan ekspresi dari rasa cemas yang timbul karena adanya ancaman. Beberapa mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain: (Stuart & Laraia, 2005 dalam Azizah, Zainuri & Akbar, 2016).

Rentang Respon Marah

Marah yang dialami setiap individu memiliki rentang dimulai dari respon *adaptif* sampai *maladaptif*. Sekarang marilah kita bersama-sama mempelajarinya untuk mempermudah pemahaman Anda dibawah ini akan digambarkan rentang respon perilaku kekerasan.



Gambar 6.2 Rentang respon

Keterangan

Asertif: Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain

Frustrasi: Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis/ terhambat

Pasif: Respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya

Agresif: Perilaku *destruktif* tapi masih terkontrol

Amuk: Perilaku *destruktif* dan tidak terkontrol

Pengkajian Pada Perilaku Kekerasan

1. Data *Subjektif*: Berbicara kasar, adanya ancaman, ingin mencederai dan melukai diri sendiri atau orang lain.
2. Data *Objektif*: Wajah memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat mengepalkan tangan, bicara kasar dan suara tinggi, perilakunya mondar mandir, melempar atau memukul benda ke orang lain.

Perilaku yang berhubungan dengan *agresi* atau kekerasan:

1. Agitasi motoric;

Perilaku yang bergerak cepat, tidak mampu duduk diam, memukul dengan tinju kuat, mengapit kuat, respirasi meningkat, membentuk aktivitas motorik secara tiba-tiba (katatonia).

2. Verbal:

Perilaku yang mengancam pada objek yang tidak nyata, mengacau minta perhatian, bicara keras-keras, menunjukkan adanya delusi atau pikiranparanoid.

3. Afek;

Perilaku marah, menganggap permusuhan, kecemasan yang ekstrim, mudah terangsang, euphoria tidak sesuai, afek labil.

4. Tingkat Kesadaran:

Keadaan bingung, status mental berubah tiba-tiba, disorientasi, kerusakan memori, tidak mampu dialihkan.

Identifikasi Perilaku Kekerasan

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

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

Asesemen Risiko Kekerasan Fisik

Respon	Tanda dan Gejala
Gaduh Gelisah	Hiperaktivitas / mondar-mandir, mudah tersinggung, afek labil, suara saat bicara meninggi, waspada berlebih, sulit makan, tidak bisa duduk tenang, agresif, tidak bisa tidur, suara saat bicara meledak inkohrensia (berbicara yang cepat)
Ketegangan	Wajah tegang, telapak tangan keringat dingin, tremor halus, bicara gugup, tidak bisa duduk tenang, tremor kasar/berat, wawancara terganggu, hiperventilasi, keringat banyak, segera mengakhiri pertemuan (< 1 menit), tidak mau diajak bicara / bicara tidak fokus

Impulsivitas	<p>Bercerita hal-hal yang tidak menyenangkan, dengan provokasi minimal terpancing menjadi labil, marah, teriak, berkata kasar, mengancam, mengumpat, tanpa provokasi, pasien terpancing untuk berkata kasar, agresif, mengancam, dan melakukan serangan fisik pada lingkungan, tanpa provokasi, pasien terpicu dan menjadi marah, mengancam, berkata kasar, teriak, menyerang orang lain dan lingkungan, tanpa provokasi pasien tiba-tiba menyerang orang lain secara brutal.</p>
Pemusuhan/Hostility	<p>Cerita hal-hal yang membuat marah dan kesal, marah dan dipendam, kesal, ketus, reaktif, menolak ditanya, bicara kasar, mengancam, mengumpat, mencaci, melakukan pengerusakan pada lingkungan fisik, menyerang orang yang ada disekitarnya</p>
Ketidak Kooperatifan	<p>Wajah murung, melakukan sesuatu dengan terpaksa, tidak mau melakukan sesuatu tetapi setelah dibujuk mau atau bisa diatasi, tidak mau melakukan perintah atau hanya beberapa menjawab pertanyaan, reject, defanse, tidak semua pertanyaan mau dijawab dan sering membangkang jika diperintah</p> <p>tidak mau bicara, tidak mau mandi, makan, dan lain-lain (perawatan diri buruk)</p>

Penilaian Perilaku Kekerasan menurut PANSS -EC

P4 GADUH GELISAH	
1	Tidak ada-definisi tidak terpenuhi
2	Minimal-Patologis diragukan
3	Ringan-Sedikit agitasi, waspada berlebih, mudah tersinggung, afek labil, nada suara sedikit naik
4	Sedang-Agitasi & mudah tersinggung, suara meledak sangat jelas
5	Agak berat-hiperaktivitas, ledakan aktivitas motorik, sulit duduk tenang
6	Berat-gaduh gelisah jelas, fungsi makan & tidur terganggu
7	Sangat berat- gaduh gelisah mencolok, makan dan tidur terganggu, sulit berinteraksi (bicara cepat, dan hiperaktivitas) sehingga menjadi inkoherensi

G4 KETEGANGAN	
1	Tidak ada-definisi tidak terpenuhi
2	Minimal-Patologis diragukan
3	Ringan- gerakan khawatir ringan (tdk tenang, rubah posisi, tremor halus & cepat)
4	Sedang-Gelisah sdh nyata (tidak tenang, tremor tangan nyata, keringan berlebih, gugup)
5	Agak berat-sangat tegang, gugup, keringat sgt berlebih, tidak tenang, wawancara tidak berpengaruh
6	Berat-tegang berat, interaksi terganggu (terus bergerak, tidak dapat tetap duduk dan hiperventilasi)
7	Sangat berat- tegang sangat mencolok, gerakan cepat dan kasar, tidak mampu interaksi > 1 menit

G14 PENGENDALIAN IMPULS	
1	Tidak ada-definisi tidak terpenuhi
2	Minimal-Patologis diragukan
3	Ringan- Cenderung mudah marah & frustrasi hadapi stres, jarang terjadi impulsif
4	Sedang-provokasi minimal menjadi marah dan memaki, mengancam, merusak, ada satu/dua episode konfrontasi fisik atau perselisihan ringan
5	Agak berat-Episode impulsif yang berulang (memaki, merusak ART, mengancam fisik ada satu lebih sering serius)
6	Berat-agresif/impulsif, mengancam, menuntut dan merusak tanpa pertimbangan konsekuensinya. Ada perilaku menyerang orang lain.
7	Sangat berat-ada serangan kebrutalan dan berbahaya tanpa adanya ancaman fisik
SKOR PAN SS-EC	

P7 PERMUSUHAN	
1	Tidak ada-definisi tidak terpenuhi
2	Minimal-Patologis diragukan
3	Ringan- Melampiasikan kemarahan secara tidak langsung atau ditahan
4	Sedang-sikap bermusuhan yang nyata
5	Agak berat-sangat mudah marah, kadang memaki dengan kata kasar/mengancam
6	Berat-tidak kooperatif, memaki kasar, ancam, beringas, tidak menyerang
7	Sangat berat-marah hebat, sangat tidak kooperatif, menolak interaksi, menyerang fisik dan orang lain
SKOR PAN SS-EC	

G8 KETIDAKOPERATIFAN	
1	Tidak ada-definisi tidak terpenuhi
2	Minimal-Patologis diragukan
3	Ringan- patuh tapi ada sikap marah, ada penolakan tapi tidak mengganggu
4	Sedang-kadang menolak patuh, defensif, bermusuhan, masih dapat diatasi
5	Agak berat-sering tidak patuh, defens dan iritabel, tidak tahan banyak pertanyaan
6	Berat-tidak kooperatif, membangkang, kurang bisa diajak interaksi
7	Sangat berat-resistensi, tolak bicara staf & keluarga, kebersihan diri (-)

Intervensi Keperawatan

1. Amankan klien dalam lingkungan yang aman
2. Lakukan seklusi, restrain sesuai hasil pengukuran PANSS-EC
3. Komunikasi efektif (ramah, bersahabat, informatif, tidak memicu kemarahan)
4. Minimalkan lingkungan dari stimulasi yang berlebihan
5. Kolaborasi pemberian obat: Injeksi Diazepam dan Lodomer
6. Monitor perilaku / kondisi pasien setiap 15-30 menit: Status mental, PANSS-EC, lokasi restrain, efek obat. Penuhi kebutuhan dasar manusia selama dirawat,
7. Lakukan De-ekskalasi verbal

Implementasi Keperawatan

berupa strategi pelaksanaan (SP)

SP.1	Komunikasi teraupetik pasien Perilaku Kekerasan	Latihan nafas dalam, membina hubungan saling percaya, indetifikasi perilaku marah: tanda dan gejala, s
SP.2	Mengontrol perilaku kekerasan; Latihan fisik	Memukul benda/barang yang tidak berbahaya, susun jadwal Latihan fisik
SP3.	Mengontrol perilaku kekerasan	Latihan perilaku, verbal/social (menolak, meminta, mengungkapkan persaan dengan baik
SP4	Mengontrol perilaku (spiritual)	Tehnik spiritual dan sholat, berdoa
SP5	Mengontrol Perilaku dalam obat	12 Benar Obat :1. Benar pasien 2. Benar obat 3. Benar dosis 4. Benar cara pemberian 5. Benar waktu 6. Benar dokumentasi 7. Benar pendidikan kesehatan perihal medikasi klien 8. Hak klien untuk menolak 9. Benar pengkajian 10. Benar evaluasi 11. Benar reaksi terhadap makanan 12. Benar reaksi terhadap obat lain

Evaluasi Keperawatan

Merupakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu, evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi hasil atau sumatif berupa membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan, SOAP. (*Subyektif, Obyektive, Assesment, Planning*)

Masalah Perilaku Kekerasan tentang Latihann Asertif (SP.3) (Studi Kasus)

1. Abstrak

Skizofrenia adalah suatu masalah dengan kognitif, pikiran dan perilaku mal adaptif yang berhubungan emosi yang tidak terkendali. Perilaku mal adaptif seseorang yang memiliki emosi yang berlebihan dengan respon marah melakukan tindakan yang dapat membahayakan fisik, baik terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan merupakan perilaku kekerasan. (Stuart, 2016). Salah satu cara mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara latihan asertif. Tujuan Penelitian berupa: memperoleh gambaran implementasi latihan asertif dalam pengendalian masalah perilaku kekerasan. Metode penelitian: Menggunakan desain naratif dalam bentuk studi literatur menggunakan research library kemudian melakukan pencarian artikel menggunakan Google Scholar tahun 2015-2021 yang didapatkan 8 artikel prioritas dan memiliki relevansi yang baik dengan topik/masalah riset penelitian yang digunakan sebagai bahan analisis. Hasil penelitian: Latihan Asertif yang digambarkan dalam kekuatan latihan untuk membantu meningkatkan kemampuan berkomunikasi sesuai apa yang diinginkan, dirasakan dan dipikirkan pada orang lain namun tetap menjaga dan menghargai hak-hak perasaan orang lain serta memiliki komponen prosedur yang mudah di pahami sesuai teori para peneliti dan dapat di kombinasikan dengan teknik yang lain seperti Relaksasi Latihan nafas dalam, Terapi Aktivitas Kelompok, Terapi Kognitif Perilaku dan Terapi Psikoedukasi Keluarga. Kesimpulan: Implementasi dapat dilakukan dengan cara latihan Asertif dan dapat di rekomendasikan sebagai salah satu bentuk intervensi alternatif guna mengatasi masalah individu yang mengalami kesulitan dalam berperilaku asertif, latihan asertif juga memiliki komponen prosedur yang mudah di pahami sesuai teori para peneliti dan dapat di kombinasikan dengan teknik yang lain seperti

Relaksasi Latihan nafas dalam, Terapi Aktivitas Kelompok, Terapi Kognitif Perilaku dan Terapi Psikoedukasi Keluarga.

2. Kriteria Literatur yang Digunakan

Kriteria artikel/ hasil penelitian yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 8 artikel/ hasil penelitian yang dipublikasikan secara online antara tahun 2015-2021. Artikel atau hasil penelitian tersebut tersedia secara full Teks untuk digunakan peneliti sebagai data untuk dianalisa (sebagaimana terlampir pada penelitian ini).

3. Penentuan Sembilan

(8) artikel yang digunakan peneliti dalam studi literatur ini dilakukan peneliti melalui langkah sebagai berikut:

- a. Peneliti menetapkan topik/masalah penelitian yaitu implementasi Latihan Asertif dalam mengontrol emosi klien Skizofrenia dengan masalah Perilaku Kekerasan.
- b. Menetapkan kata kunci yaitu Latihan Asertif (*Assertive Training*), Skizofrenia (*schizophrenia*), Perilaku Kekerasan (*violent behavior*), Impelementasi (*Implementation*)
- c. Peneliti dengan kata kunci melakukan pencarian artikel menggunakan data base dari Google Scholar antara tahun 2015-2021 dan diperoleh 113 artikel, Selanjutnya dari 113 artikel penelitian tersebut melakukan penelaahan dan terdapat 28 artikel yang tidak bisa di download/ hanya abstrak saja/ tidak lengkap. Dan terdapat 85 full artikel yang bisa di download. Dari 85 tersebut terpilihlah 77 artikel yang implementasinya dilakukan di Rumah Sakit dan 8 artikel yang dilakukan di Puskesmas, Masyarakat dan Komunitas. Selanjutnya didapatkan 8 Artikel yang digunakan sebagai acuan studi literatur. Meliputi penelitian MochamadAli Sodikin (2015) Pengaruh latihan asertif dalam memperpendek fase intensif

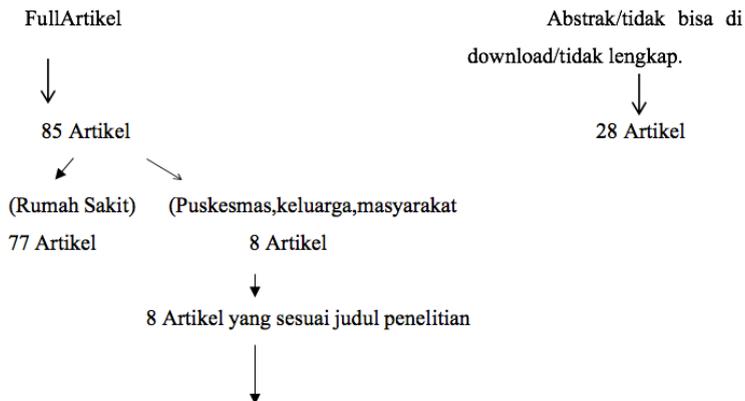
dan menurunkan gejala perilaku kekerasan di ruang *intensive psychiatric care unit (IPCU)* RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang, yang dilaksanakan pada November 2015; Heri Setiawan (2016) judul Penerapan terapi kognitifperilaku dan terapi asertif terhadap klien risiko perilaku kekerasan di ruang akut Rumah Sakit Jiwa; Fathul Habbi Yulsar Rahman (2017)

Skema.1. Hasil Penelusuran Jurnal Studi Literatur

Judul Studi Literatur: Tehnik mengontrol emosi dengan cara latihan asertif pada klien skizofrenia dengan masalah perilaku kekerasan.

1. Google Scholar (2015-2021)

“Tehnik mengontrol emosi dengan cara latihan asertif pada klien skizofrenia dengan masalah perilaku kekerasan.” Dari kata kunci tersebut terdapat 153 hasil tapi setelah di hitung hanya ada 113



8 artikel prioritas yang memiliki relevansi yang baik dengan topik/masalah riset penelitian., tersebut meliputi artikel publikasi dari Mochamad Ali Sodikin (2015); Heri Setiawan (2016); Fathul Habbi Yulsar Rahman (2017); Iin Meilisa (2016); Dian Rahmawati (2018); Ani Wardah (2019); Ella Faridati Zen (2020) P; Sri Martini (2021)

Tampilan tabel dibawah ini dicontohkan satu artikel

Tabel 11.1. Review Literatur
Review Artikel Implementasi Latihan Asertif dalam meningkatkan kemampuan mengontrol Emosi
pada Klien Skizofrenia dengan Masalah Perilaku Kekerasan

Sumber Artikel	Peneliti dan judul penelitian	Tujuan penelitian	Design	Sampling	Hasil Penelitian	Simpulan dan saran
Google Scholar	Mochamad Ali Sodikin (2015) Pengaruh latihan asertif dalam memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan di ruang intensive psychiatric care unit (IPCU) RSJ Dr Radjiman	Mengetahui pengaruh latihan asertif dalam memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan di ruang Intensive Psyciatric Care Unit (IPCU) RSJ.dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.	Quasi experimental pre-post test with control group	Skizoprenia dengan perilaku kekerasan berjumlah 60 orang yang terdiri dari 30 orang kelompok perlakuan yang diberikan latihan asertif dan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan dan 30 orang	Menunjukkan fase intensif pasien lebih cepat pada kelompok perlakuan daripada kelompok kontrol dengan nilai p <0.001 dan didapatkan penurunan gejala perilaku kekerasan yang lebih besar pada kelompok	Pemberian latihan asertif dapat memperpendek fase intensif dan menurunkan gejala perilaku kekerasan pasien direkomendasikan untuk diterapkan di ruang perawatan intensif psikiatri.

	Wediodiningrat Lawang			kelompok kontrol yang hanya mendapatkan standar asuhan keperawatan perilaku kekerasan.	perlakuan daripada kelompok kontrol dengan nilai p <0.001.	
--	--------------------------	--	--	--	--	--

Pembahasan penelitian ini difokuskan pada hasil penelitian dari 8 artikel didapatkan bahwa kemampuan mengontrol emosi klien dapat meningkat dengan latihan Asertif. Latihan asertif merupakan penerapan tingkah laku untuk membantu individu atau kelompok dalam mengembangkan hubungan langsung dalam situasi – situasi interpersonal. *Assertives training* (latihan asertif) menurut Stuart dan Laraia dalam Suryanta & Murti W (2015) adalah intervensi tindakan keperawatan klien perilaku kekerasan dalam tahap preventif yang bertujuan agar klien mampu berperilaku asertif dalam mengekspresikan kemarahannya. Latihan asertif ini terbukti bisa mengurangi gejala perilaku kekerasan dan memperpendek fase *intensive*. Penelitian Mohammad Ali Sodikin ini berhasil memperpendek lama rawat inap dari rata-rata 8 hari menjadi rata-rata 4 hari. Pemendekan fase intensif dan lama hari rawat kurang dari 4 hari (lama pemberian latihan asertif) pada responden perlakuan diperkirakan terjadi karena respon yang berbeda dari pasien terhadap latihan asertif yang diberikan.

Assertiveness Training di kombinasikan dengan terapi kognitif, token ekonomi, logo terapi, psik edukasi keluarga, *triangle therapy* menunjukkan peningkatan kemampuan berkomunikasi, perilaku yang baik, peningkatan kemampuan mencari pemecahan masalah dan perubahan pikiran menjadi positif.

Pemberian latihan asertif dapat dilakukan dengan kegiatan aktivitas kelompok, dimana mereka dapat belajar mengungkapkan persaannya. tanpa melakukan perilaku kekerasan

Respon terhadap tindakan (*treatment*) merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap lama hari rawat prinsip pokok latihan asertif *I'm OK – You're OK*, klien dengan bebas meluapkan perasaan apapun yang klien rasakan, dan klien sendirilah yang bertanggung jawab terhadap perasaan klien. Klien tidak akan membiarkan orang lain mengambil manfaat dari klien dengan bebas, tetapi orang lain pun mempunyai kebebasan untuk mengungkap apa yang dirasakan. Klien tidak akan menyerang orang lain, bahkan akan menerima kehadiran

orang lain dengan sikap terbuka. Ini adalah pengungkapan perasaan secara asertif.

Penerapan latihan asertif dilakukan dalam 4 tahap yaitu *Describing, Learning, Practicing, Role Playing*. Teknik pelaksanaan latihan asertif menggunakan metode *describing* (penjelasan/menggambarkan mengenai perilaku baru yang akan dilatih), *modeling* (pemberian contoh perilaku yang dilatih), *role playing* (berlatih perilaku yang dicontohkan dengan kelompok atau orang lain), *feedback* (memberikan umpan balik terhadap perilaku baru yang telah dipraktikkan dan perlu ditingkatkan), *transferring* (mempraktekan dalam kehidupan sehari-hari).

Daftar Pustaka

- Alini, Keliat, BA, & Wardani, IY. (2012). Pengaruh Terapi assertiveness training dan progressive muscle relaxation terhadap gejala dan kemampuan klien perilaku kekerasan di RS Dr H Marzoeki Mahdi Bogor. Tesis: FIK UI
- Andari, S. (2017). Pelayanan Sosial Panti Berbasis Agama dalam Merehabilitasi Penderita Skizofrenia Religious Based Social Services on Rehabilitation of Schizophrenic Patients.
- Azis. A. R., (2015) Efektivitas Pelatihan asertivitas untuk Meningkatkan Perilaku Asertif. Jurnal konseling dan pendidikan. Vol. 1 (2). 8-14
- Badriah, F., Takeru Abe, Yoshihiro Nabeshima, Kouji Ikeda, Kenji Kuroda, Akihito Hagihara., (2013). Predicting the length of hospital stay of psychiatry patients using signal detection analysis. *Psychiatry Research* **210**, 1211–1218 Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, A. A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Indomedia Pustaka.
- Martini, S., Kusumawaty, I., Endriyani, S., & Pastari, M. (2021). Buku Panduan Praktik Klinik Keperawatan Jiwa.
- Muhith, A. 2015. Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi. Jakarta : Salemba Medika.
- Nurhalinah, 2016. Modul bahan ajar Cetak keperawatan Jiwa, Kemenkes R.I. Jakarta
- Riyadi, S., & Purwarnto, T. (2013). Asuhan Keperawatan Jiwa (Pertama). Graha Ilmu.
- Ross & Wilson (2017). Pocket Reference Guide to Anatomy and Fisiology. Elsevier
- Sulistiyowati, D. A., & Prihantini, E. (2015). Pengaru Terapi Psikoreligi Terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan Pada Psien Skizofrenia di Dumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, 4(1), 72–77.

- Sutejo. (2018). Keperawatan jiwa : konsep dan praktik asuhan keperawatan kesehatan jiwa : gangguan jiwa dan psikosial. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Yanti, R. H., Malini, H., & Netrida, N. (2019). Pengaruh terapi murottal terhadap perubahan perilaku kekerasan klien skizofrenia. *Jurnal Keperawatan*, 11(3), 199–208. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v11i3.547>

Profil Penulis



Sri Martini

Penulis lahir di Pendopo P.T.S.I Pendopo Pali pada tanggal 13 Maret 1964. Penulis adalah anak ketiga dari tujuh bersaudara. Lulus tahun 2000 dari PSIK Unpad program B, melanjutkan pendidikan di Pascasarjana Universitas Sriwijaya Program studi Biomedik lulus tahun 2014. Penulis bekerja di Politeknik Kesehatan Jurusan Keperawatan Palembang dari tahun 1988 hingga sekarang. Penulis mengajar pada mata kuliah Biomedik dan Keperawatan jiwa. Penulis aktif sebagai anggota PPNI Palembang, sebagai anggota kepengurusan IKA Akper Dep.Kes Palembang, sebagai anggota APJI Propinsi Sumatera Selatan.

Penulis menulis bahan ajar praktek keperawatan jiwa, Biomedik, Komunikasi keperawatan, sebagai penulis besar harapan dapat bermanfaat

Email Penulis: srimartini5964@gmail.com

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI

Marta Pastari, S.Kep., Ners., M.Kes.

Poltekkes Kemenkes Palembang

Pengertian Konsep Diri

Konsep diri (*self-concept*) merupakan bagian dari masalah kebutuhan psikososial yang tidak didapat sejak lahir, tetapi dapat dipelajari sebagai hasil dari pengalaman seseorang terhadap dirinya. Konsep diri berkembang secara bertahap sesuai dengan tahap perkembangan psikososial seseorang. Konsep diri juga sebagai gambaran mental individu yang terdiri dari pengetahuan tentang diri sendiri, pengharapan bagi diri sendiri dan penilaian terhadap diri sendiri. Sehingga disimpulkan bahwa Konsep Diri adalah gagasan tentang diri sendiri yang berisikan mengenai bagaimana individu melihat dirinya sendiri sebagai pribadi, bagaimana individu merasa tentang dirinya sendiri dan bagaimana individu menginginkan diri sendiri menjadi manusia sebagaimana yang diharapkan.

Dalam menggambarkan kepribadian tentunya kepekaan setiap individu bisa berbeda dalam menangkap pandangan orang lain. Adanya perbedaan tingkat stabilitas seseorang dalam mempertahankan suatu jenis perasaan diri tertentu dalam menghadapi reaksi orang lain yang bertentangan. Perbedaan dalam intensitas dan

seringnya dukungan sosial yang dibutuhkan untuk mempertahankan perasaan diri, berbeda dalam campuran perasaan tertentu yang bersifat positif dan negatif yang dihubungkan dengan konsep diri. Hal ini juga berbeda dimana aspek kehidupan sangat erat hubungannya dengan perasaan diri.

Pembagian Konsep Diri

Konsep diri terbagi menjadi beberapa bagian. Pembagian Konsep diri tersebut terdiri dari:

1. Citra tubuh

Citra tubuh adalah kumpulan dari sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya. Termasuk persepsi masa lalu dan sekarang, serta perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi, yang secara berkesinambungan dimodifikasi dengan persepsi dan pengalaman yang baru. Hal-hal yang perlu dikembangkan dalam citra tubuh pasien adalah sebagai berikut: a. Berat badan; b. Tinggi badan; c. Bentuk tubuh; d. Tanda-tanda pertumbuhan sekunder. Banyak faktor dapat yang mempengaruhi gambaran diri seseorang, seperti, munculnya stresor yang dapat mengganggu integrasi gambaran diri. Stresor-stresor tersebut dapat berupa: Operasi; Kegagalan fungsi tubuh; Waham yang berkaitan dengan bentuk dan fungsi tubuh; Tergantung pada mesin (pengobatan penyakit); Perubahan tubuh; Umpan balik interpersonal yang negatif; Standard sosial budaya

2. Ideal diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau nilai personal tertentu, yang perlu dikembangkan dalam ideal diri pasien sebagai berikut: a. cita-cita pasien; b. harapan pasien; c. identifikasi pada orang tua; d. aspirasi pasien; e. Nilai-nilai yang ingin dicapai. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi ideal diri yaitu: Kecenderungan individu menetapkan ideal pada batas

kemampuannya; Faktor budaya akan mempengaruhi individu menetapkan ideal diri; Ambisi dan keinginan (untuk melebihi dan berhasil, kebutuhan yang realistis, keinginan untuk mengklaim diri dari kegagalan, perasaan cemas dan rendah diri); Kebutuhan yang tidak realistis; Keinginan untuk menghindari kegagalan; Perasaan cemas dan rendah diri.

3. Harga diri

Harga diri adalah penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal diri, yang perlu dikembangkan dalam harga diri pasien sebagai berikut: a. percaya diri; b. penghargaan dari orang lain. Menurut beberapa ahli dikemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi gangguan harga diri, seperti: Perkembangan individu; Ideal diri tidak realistis; Gangguan fisik dan mental; Sistem keluarga yang tidak berfungsi; Pengalaman traumatik yang berulang

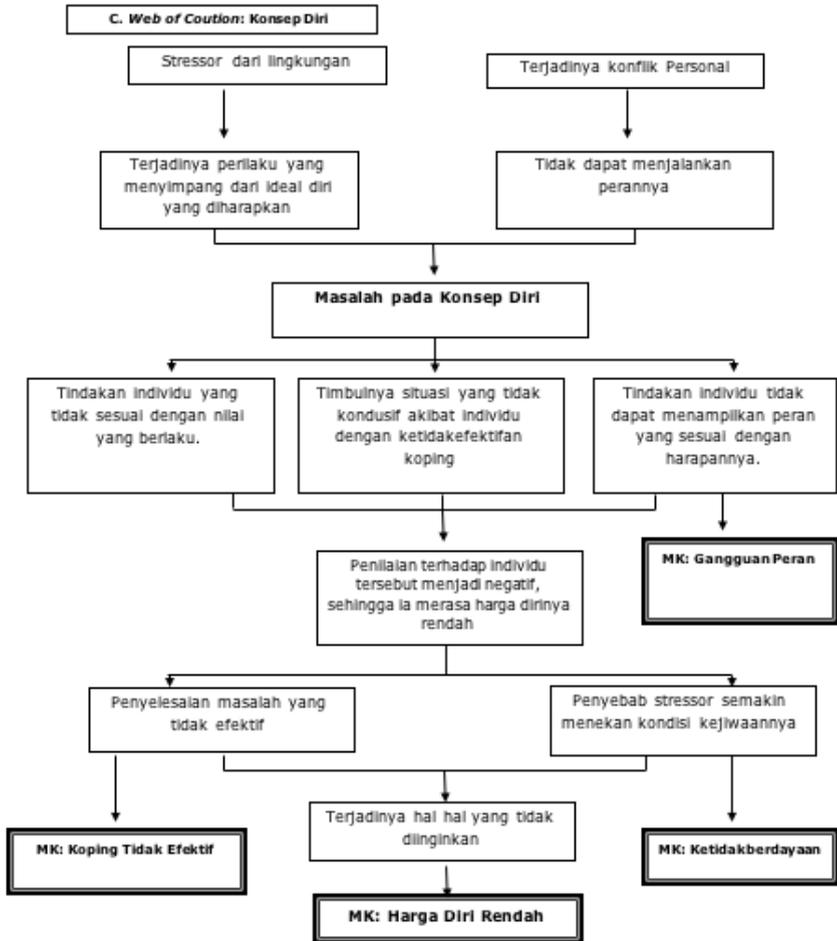
4. Peran

Penampilan peran adalah serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu di berbagai kelompok sosial. Yang perlu dikembangkan dalam peran sebagai berikut: a. Minat dan bakat; b. Aktualisasi diri. Faktor-faktor yang mempengaruhi dalam menyesuaikan diri dengan peran adalah: Kejelasan perilaku dengan penghargaan yang sesuai dengan peran; Konsistensi respon orang yang berarti terhadap peran yang dilakukan; Kesesuaian dan keseimbangan antara peran yang diemban; Keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran; Pemisahan situasi yang akan menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran. Penyesuaian individu terhadap perannya dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu; Kejelasan perilaku yang sesuai dengan perannya serta pengetahuan yang spesifik tentang peran yang diharapkan; Konsistensi respon orang yang berarti

atau dekat dengan peranannya; Kejelasan budaya dan harapannya terhadap perilaku perannya; Pemisahan situasi yang dapat menciptakan ketidakselarasan.

5. Identitas

Identitas adalah pengorganisasian prinsip dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsisten dan keunikan individu. Pembentukan identitas dimulai pada masa bayi dan terus berlangsung sepanjang kehidupan tapi merupakan tugas utama pada masa remaja. Yang perlu dikembangkan dalam identitas diri antara lain: a. Nama pasien; b. Usia pasien; c. Agama pasien; d. Jenis kelamin pasien; e. Status pasien. Kemudian hal yang penting dalam identitas adalah jenis kelamin. Identitas jenis kelamin berkembang sejak lahir secara bertahap dimulai dengan konsep laki-laki dan wanita banyak dipengaruhi oleh pandangan dan perlakuan masyarakat terhadap masing-masing jenis kelamin tersebut. Perasaan dan perilaku yang kuat akan identitas diri individu dapat ditandai dengan: Memandang dirinya secara unik; Merasakan dirinya berbeda dengan orang lain; Merasakan otonomi (menghargai diri, percaya diri, mampu diri, menerima diri dan dapat mengontrol diri); Mempunyai persepsi tentang gambaran diri, peran dan konsep diri



Asuhan Keperawatan Gangguan Konsep Diri

1. Pengkajian

Pengkajian terhadap masalah konsep diri adalah persepsi diri atau pola konsep diri, pola berhubungan atau peran, pola reproduksi, koping terhadap stress, serta adanya nilai keyakinan dan tanda-tanda ke arah perubahan fisik, seperti kecemasan, ketakutan, rasa marah, rasa bersalah dan lain lain.

a. Faktor predisposisi

- 1) Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi perilaku yang objektif dan teramati serta bersifat subjektif dan dunia dalam pasien sendiri. Perilaku berhubungan dengan harga diri yang rendah, keracunan identitas dan depersonalisasi.
- 2) Faktor yang mempengaruhi peran adalah stereotipik peran seks, tuntutan peran kerja dan harapan peran kultural.
- 3) Faktor yang mempengaruhi identitas personal meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya dan perubahan dalam struktur sosial.

b. Stresor pencetus

- 1) Trauma seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan kejadian mengancam kehidupan.
- 2) Ketegangan peran hubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dimana individu mengalaminya sebagai frustrasi. Ada tiga jenis transisi peran: Transisi peran perkembangan; Transisi peran situasi; Transisi peran sehat /sakit

c. Sumber-sumber koping

Setiap orang mempunyai kelebihan personal sebagai sumber koping, meliputi: Aktifitas olahraga dan aktifitas lain diluar rumah; Hobby dan kerajinan tangan; Seni yang ekspresif; Kesehatan dan perawatan diri; Pekerjaan atau posisi; bakat tertentu; Kecerdasan; Imajinasi dan kreativitas; Hubungan interpersonal

d. Mekanisme koping

- 1) Pertahanan koping dalam jangka pendek dan panjang
- 2) Mekanisme pertahanan ego

Untuk mengetahui persepsi seseorang tentang dirinya, maka orang tersebut wajib bisa menjawab pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut:

1. Persepsi psikologi: Bagaimana watak saya sebenarnya? Apa yang membuat saya bahagia atau sedih? Apakah yang sangat mencemaskan saya?
2. Persepsi sosial: Bagaimana orang lain memandang saya? Apakah mereka menghargai saya bahagia atau sedih? Apakah mereka membenci atau menyukai saya?
3. Persepsi fisik: Bagaimana pandangan saya tentang penampilan saya? Apakah saya orang yang cantik atau jelek? Apakah tubuh saya kuat atau lemah?

Pendekatan dan pertanyaan dalam pengkajian sesuai dengan faktor yang dikaji:

1. Identitas: dapatkah anda menjelaskan siapa diri anda pada orang lain: karakteristik dan kekuatan?
 - a. *Body image*: Dapatkah anda menjelaskan keadaan tubuh anda kepada saya? Apa yang paling anda sukai dari tubuh anda? Apakah ada bagian dari tubuh anda yang ingin anda ubah?
 - b. *Self esteem*: Dapatkah anda katakan apa yang membuat anda puas? Ingin jadi siapakah anda? Siapa dan apa yang menjadi harapan anda? Apakah harapan itu realistis? Apa respon anda, saat anda tidak merasa dicintai dan tidak dihargai? Siapakah yang paling penting bagi anda? Kompetensi: apa perasaan anda mengenai kemampuan dalam mengerjakan sesuatu untuk kepentingan hidup anda? Virtue: pada tingkatan mana anda merasa nyaman terhadap jalan hidup bila dihubungkan dengan standar moral yang dianut? Power: pada tingkatan mana anda perlu dan harus mengontrol apa yang terjadi dalam hidup anda? Apa yang anda rasakan?
 - c. *Role performance*: Apa yang anda rasakan mengenai kemampuan anda untuk melakukan

segala sesuatu sesuai peran anda? Apakah peran saat ini membuat anda puas? Gangguan konsep diri; Mekanisme koping jangka pendek (krisis identitas); Kesempatan lari sementara dari krisis; Kesempatan mengganti identitas; Kekuatan atau dukungan sementara terhadap konsep diri (identitas yang kabur); Arti dari kehidupan.

2. Pohon Masalah



3. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan gangguan konsep diri terbagi menjadi beberapa bagian yaitu;

a. Gangguan Citra Tubuh

Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan

ukuran bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna, dan objek yang sering kontak dengan tubuh. Gangguan tersebut diakibatkan kegagalan dalam penerimaan diri akibat adanya persepsi yang negatif terhadap tubuhnya secara fisik. Tanda dan gejala gangguan citra tubuh: Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah; Tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi atau akan terjadi; Menolak penjelasan perubahan tubuh; Persepsi negatif pada tubuh; Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang; Mengungkapkan keputusasaan; Mengungkapkan ketakutan.

b. Gangguan Ideal Diri

Gangguan ideal diri adalah ideal diri yang terlalu tinggi, sukar dicapai, tidak realistis, ideal diri yang samar dan tidak jelas serta cenderung menuntut. Pada klien yang dirawat di rumah sakit umumnya ideal dirinya dapat terganggu atau ideal diri klien terhadap hasil pengobatan yang terlalu tinggi dan sukar dicapai. Tanda dan gejala gangguan ideal diri: Mengungkapkan keputusan akibat penyakitnya (misal saya tidak bisa ikut ujian karena sakit, saya tidak bisa lagi jadi peragawati karena bekas luka operasi di wajah saya, kaki saya yang dioperasi membuat saya tidak bisa lagi main bola); Mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi (misal saya pasti bisa sembuh pada hal prognosa penyakitnya buruk; setelah sehat saya akan sekolah lagi padahal penyakitnya mengakibatkan tidak mungkin lagi sekolah)

c. Gangguan Peran

Gangguan penampilan peran adalah berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan oleh penyakit, proses menua, putus sekolah, putus hubungan kerja. Peran membentuk pola perilaku yang diterima secara sosial yang berkaitan dengan fungsi seorang individu dalam berbagai kelompok sosial. Sepanjang kehidupan individu sering

menghadapi perubahan-perubahan peran, baik yang sifatnya menetap atau sementara yang sifatnya dapat karena situasional. Hal ini, biasanya disebut dengan transisi peran. Transisi peran tersebut dapat dikategorikan menjadi beberapa bagian, seperti:

1) Transisi Perkembangan.

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

2) Transisi Situasi

Transisi situasi terjadi sepanjang daur kehidupan, bertambah atau berkurang orang, yang berarti melalui kelahiran atau kematian, misalnya status sendiri menjadi berdua atau menjadi orang tua. Perubahan status menyebabkan perubahan peran yang dapat menimbulkan ketegangan peran yaitu konflik peran, peran tidak jelas atau peran berlebihan.

3) Transisi Sehat Sakit

Stressor pada tubuh dapat menyebabkan gangguan gambaran diri dan berakibat diri dan berakibat perubahan konsep diri. Perubahan tubuh dapat mempengaruhi semua kompoen konsep diri yaitu gambaran diri, identitas diri peran dan harga diri. Masalah konsep diri dapat di cetuskan oleh faktor psikologis, sosiologi atau fisiologi, namun yang penting adalah persepsi klien terhadap ancaman. Masing-masing dari transisi ini dapat mengancam konsep diri yang mengakibatkan konflik peran, ambiguitas peran, atau ketegangan peran. Tanda dan gejala gangguan peran: Mengingkari

ketidakmampuan menjalankan peran, Ketidakpuasan peran, Kegagalan menjalankan peran yang baru, Ketegangan menjalani peran yang baru, Kurang tanggung jawab, Apatis/bosan/jenuh dan putus asa.

d. Gangguan Identitas

Gangguan identitas adalah kekaburan atau ketidakpastian memandang diri sendiri, penuh dengan keragu-raguan, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan. Persepsi-persepsi dalam gangguan identitas antara lain: Persepsi psikologis (Bagaimana watak saya sebenarnya? Apa yang membuat saya bahagia atau sedih?; Apa yang dapat sangat mencemaskan saya?); Persepsi sosial (Bagaimana orang lain memandang saya?; Apakah mereka menghargai saya bahagia atau sedih?; Apakah mereka membenci atau menyukai saya?); Persepsi fisik (Bagaimana pandangan saya terhadap penampilan saya?; Apakah saya orang yang cantik atau jelek?; Apakah tubuh saya kuat atau lemah?)

e. Gangguan Harga Diri

Harga diri adalah rasa dihormati, diterima, kompeten dan bernilai. Gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan. Gangguan harga diri identik dengan harga diri yang rendah. Orang dengan harga diri rendah sering merasa tidak dicintai dan sering mengalami depresi dan ansietas. Gangguan harga diri yang disebut harga diri rendah dapat terjadi secara:

- 1) Situasional, yaitu terjadi trauma yang tiba-tiba. Contoh; harus operasi, kecelakaan, dicerai suami, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu yang terjadi (korban pemerkosaan, dituduh KKN, dipenjara tiba-tiba).

- 2) Kronik, yaitu perasaan negatif terhadap diri telah berlangsung lama. Contoh: sebelum sakit atau sebelum dirawat seseorang telah memiliki cara berpikir yang negatif. Kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya.

Tanda dan gejala gangguan harga diri; Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan akibat tindakan terhadap penyakit (Misalnya malu dan sedih karena rambut jadi botak setelah dapat terapi sinar pada penderita kanker); Rasa bersalah terhadap diri sendiri (Misalnya ini tidak akan terjadi jika saya segera ke rumah sakit, menyalahkan atau mengejek diri sendiri); Merendahkan martabat (Misalnya saya tidak bisa, saya tidak mampu, saya orang bodoh dan tidak tahu apa-apa); Gangguan hubungan sosial (seperti menarik diri); Percaya diri kurang (Klien sukar mengambil keputusan, misalnya memilih alternatif tindakan); Menciderai diri (Akibat harga diri yang rendah).

Sehingga diagnosa keperawatan yang muncul adalah;

- 1) Harga diri rendah situasional atau kronis dibuktikan dengan perubahan citra tubuh dan kegagalan berulang
- 2) Koping tidak efektif dibuktikan dengan ketidakpercayaan kemampuan diri mengatasi masalah
- 3) Ketidakberdayaan dibuktikan dengan menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya
- 4) Gangguan Citra Tubuh dibuktikan dengan pengungkapan kekacauan/kehilangan bagian tubuh
- 5) Gangguan Identitas Diri dibuktikan dengan ketidakmampuan menerima peran baru dalam diri.

4. Rencana Intervensi

Diagnosa Keperawa-tan	Rencana Tindakan Keperawatan		
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
<p>Harga diri rendah situasional atau kronis dibuktikan dengan perubahan citra tubuh dan kegagalan berulang</p>	<p><u>TUM:</u> Klien menunjukkan peningkatan harga diri</p> <p><u>TUK1:</u> Klien dapat membina hubungan Saling percaya</p> <p><u>TUK 2:</u> Klien dapat mengidentifi kasi perubahan citra tubuhnya</p> <p><u>TUK 3:</u> Klien dapat menilai kemampuan yang dimilikinya</p>	<p>Klien menerima perubahan yang terjadi</p> <p>Klien memilih beberapa cara mengatasi perubahan yang terjadi</p> <p>Klien beradaptasi dengan cara-cara yang dipilih dan digunakan</p> <p>Klien dapat mengatasi masalahnya sendiri</p> <p>Klien dapat melakukan pengembalian integritas tubuhnya</p>	<p>Klien dapat meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya;</p> <p>Bina hubungan saling percaya perawat-klien yangtherapeutik</p> <p>Salam terapeutik</p> <p>Komunikasi terbuka, jujur dan empati</p> <p>Sediakan waktu untuk mendengarkan klien</p> <p>Beri kesempatan mengungkapkan perasaan klien terhadap perubahan tubuh</p> <p>Lakukan kontrak untuk program asuhan keperawatan (pendidikan kesehatan, dukungan, konseling dan rujukan)</p>

	<p><u>TUK 4:</u> Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki</p> <p><u>TUK 5:</u> Klien dapat melakukan kegiatan pengembalian integritas tubuhnya</p>	<p>Klien dapat mengidentifikasi perubahan citra tubuh; Struktur, bentuk atau fungsi tubuh Observasi ekspresi klien pada saat diskusi</p> <p>Klien dapat menilai kemampuan dan aspek positif yang dimiliki; Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki (tubuh, intelektual, keluarga) oleh klien diluar perubahan yang terjadi Beri pujian atas aspek positif dan kemampuan yang masih dimiliki klien Klien dapat menerima realita perubahan struktur, bentuk atau fungsi tubuh Dorong klien untuk merawat diri dan berperan serta dalam asuhan klien secara bertahap</p>
--	---	--

			<p>Libatkan klien dalam kelompok dengan masalah gangguan citra tubuh</p> <p>Tingkat dukungan keluarga pada klien terutama pasangannya</p> <p>Klien dapat menyusun rencana cara-cara menyelesaikan masalah yang dihadapi;</p> <p>Diskusikan cara-cara (booklet, leaflet sebagai sumber informasi) yang dapat dilakukan untuk mengurangi dampak perubahan struktur, bentuk atau fungsi tubuh</p> <p>Dorong klien memilih cara yang sesuai</p> <p>Klien dapat melakukan tindakan pengembalian integritas tubuh;</p> <p>Membantu klien mengurangi perubahan citra tubuh</p> <p>Rehabilitasi bertahap bagi klien</p>
--	--	--	---

5. Implementasi Keperawatan

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah didefinisikan dalam rencana asuhan keperawatan jiwa untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan dan partisipasi pasien dalam tindakan keperawatan pada hasil yang diharapkan. Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu mevalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien didokumentasikan.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu, evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan, SOAP yaitu:

- a. S, yaitu respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, dapat diukur dengan menanyakan “bagaimana perasaan ibu setelah latihan nafas dalam”.
- b. O, yaitu respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan.
- c. A, yaitu analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.

- d. P, yaitu perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respons pasien yang terdiri dari tindakan lanjut pasien dan tindakan lanjut oleh perawat

Daftar Pustaka

- Muhith, Abdul. 2015. Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi. Jakarta: ANDI
- Refika Yusuf dkk. 2015. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Salemba Medika: Jakarta Selatan
- Stuart, G.W. 2016. Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa. Stuart Buku 2: Edisi Indonesia, Elseiver, Singapore
- Tim Pokja SDKI DPP Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Cetakan III. Jakarta: DPP PPNI.
- Fitria. 2019. Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Advance Mental Health Nursing). Bandung: Refika Aditama

Profil Penulis



Marta Pastari

Penulis dilahirkan di Palembang pada tanggal 27 Maret 1983, ketertarikan penulis pada kesehatan mengantarkannya menyelesaikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners pada STIK Bina Husada Palembang serta magister pada Ilmu Biomedik BKU-Fisiologi Kedokteran Universitas Srwijaya (UNSRI). Saat ini penulis sebagai Dosen Prodi D3 keperawatan Kampus Palembang Poltekkes Kemenkes Palembang, bergabung pada Departemen Keperawatan Jiwa, menjadi anggota IPKJI Sumatera Selatan, dalam Organisasi Profesi PPNI Kota Palembang penulis juga aktif menjadi anggota. Penulis juga mendapat tugas tambahan sebagai Pengelola Pusat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Poltekkes Kemenkes Palembang. Hal inilah menyebabkan penulis aktif melakukan beberapa penelitian yang telah didanai oleh internal perguruan tinggi, mengikuti pengabdian kepada masyarakat desa mitra, ikut menyelesaikan beberapa kerjasama eksternal institusi, aktif mempublikasikan artikel hasil penelitian maupun pengabdian kepada masyarakat di jurnal nasional terakreditasi maupun internasional terindeks. Selain itu, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta, terutama untuk keperawatan.

Email Penulis: marta@poltekkespalembang.ac.id

ASUHAN KEPERAWATAN PADA *PERSONALITY DISORDER*

Sari Narulita, S.Kp., M.Si

Universitas Binawan

Definisi

Kepribadian biasanya disebut juga personality. Istilah ini berasal dari bahasa Yunani, dari kata persona yang artinya topeng. Istilah topeng diilustrasikan sebagai atribut yang digunakan oleh tokoh yang memerankan sandiwara dengan karakter seperti digambarkan dalam topeng tersebut dan merupakan karakter sebenarnya.

Kepribadian didefinisikan sebagai suatu karakter perilaku, perasaan dan pemikiran seorang individu. Gangguan kepribadian merupakan penyakit mental kelompok gangguan heterogen, dikodekan pada Axis II dari DSM dengan ciri-ciri kepribadian dimana seseorang menjadi kaku, tidak fleksibel, maladaptif serta adanya hambatan persepsi dan asosiasi terhadap orang dan situasi. Hal ini dapat menyebabkan masalah yang signifikan dalam keluarga, kegiatan sosial, sekolah, pekerjaan dan peran fungsional lainnya. (Davison & Neale, 2005). Gangguan kepribadian mencakup berbagai kondisi klinis bermakna dan memiliki pola perilaku yang cenderung menetap dan merupakan ekspresi dari pola hidup yang khas dari seseorang dalam cara berhubungan dengan diri sendiri maupun orang lain (Maslim, 2013). Gangguan kepribadian mulai terdiagnosis ketika ciri-ciri kepribadian menjadi tidak fleksibel, cenderung maladaptif serta secara signifikan cenderung mengganggu fungsi

individu tersebut dalam masyarakat sehingga justru menyebabkan tekanan emosional bagi penderita. Gangguan kepribadian ini biasanya tidak terdiagnosis sampai dewasa, sampai saatnya kepribadian terbentuk lebih sempurna dan menetap. Tidak ada pengobatan khusus yang mengubah kepribadian, dan terapi yang dirancang sebagai upaya membantu klien melakukan perubahan dan biasanya bersifat jangka panjang dengan kemajuan sangat lambat. (Belleza, 2021)

Kategori Gangguan Kepribadian

DSM-V mencantumkan gangguan kepribadian sebagai kategori yang terpisah dan berbeda dari penyakit mental utama lainnya; Gangguan kepribadian berada di Axis II dari sistem klasifikasi multiaksial. (Fortinash & Worret, 2014)

Menurut DSM V Gangguan Kepribadian di kategorikan menjadi:

1. Klaster A:

Gangguan Kepribadian Paranoid, Kepribadian ini dicirikan oleh ketidakpercayaan yang meluas dan kecurigaan terhadap orang lain; klien dengan gangguan ini menafsirkan tindakan orang lain sebagai berpotensi berbahaya, pencemas, sulit untuk bisa rileks. Epidemiology cluster A menunjukkan 0,5-2,5 % populasi terdiagnosa jenis paranoid, 10-30% penderita paranoid didiagnosa di palayanan rawat inip psikiatri dan 2-10% dipelayanan jiwa rawat jalan. Keluarga yang memiliki satu atau lebih anggota keluarga yang terdiagnosa, memiliki resiko lebih tinggi untuk terpapar paranoid dan umumnya lebih banyak diderita oleh laki laki di dibandingkan wanita umumnya merupakan pengguna pengguna penyalahgunaan zat.

Gangguan Kepribadian Schizoid, Hal ini ditandai dengan pola pervasif, berkurangnya hasrat hubungan sosial, lebih suka menyendiri, kurang rasa percaya kepada orang lain, dan rentang terbatas ekspresi emosional dalam pengaturan interpersonal. Lebih

banyak di temukan pada laki laki di bandingkan perempuan. Kejadian ini meningkat pada keluarga dengan anggota keluarga penderita schizoprenia

Gangguan Kepribadian Schizotypal. Gangguan ini dicirikan oleh defisit sosial dan interpersonal yang dalam, ditandai dengan ketidaknyamanan dan berkurangnya kapasitas untuk hubungan dekat dengan orang lain disertai distorsi kognitif atau persepsi dan perilaku eksentrisitas. Banyak di derita oleh laki laki di bandingkan perempuan

2. Klaster B:

Gangguan Kepribadian Antisocial dalam masyarakat umum dikenal sebagai seorang psikopat. Gangguan ini ditandai dengan pengabaian dan pelanggaran hak-hak orang lain dengan karakteristik utama penipuan dan manipulasi, sulit berempati, tidak merasa bersalah, suka blaming orang lain. Biasanya terdiagnos di usia 18an, lebih banyak pada pria di bandingkan wanita, kasus kejadian lebih banyak pada social ekonomi rendah, perilaku impulsive dan umumnya pasien sebagai pelaku penyalahgunaan zat

Gangguan Kepribadian Boderline, Gangguan ini dicirikan hubungan interpersonal yang tidak stabil, citra diri, dan afek, serta impulsif yang nyata; gangguan kepribadian borderline adalah gangguan kepribadian yang paling umum ditemukan dalam tatanan klinis.

Gangguan Kepribadian Histrionic, Gangguan ini dicirikan oleh pola emosi yang berlebihan dan pencarian perhatian yang berlebihan; klien biasanya mencari pengobatan untuk depresi, masalah fisik yang tidak dapat dansulit untuk dijelaskan serta mengalami kesulitan dalam hubungan social.

Gangguan kepribadian Narcisstic Gangguan ini ditandai dengan pola b dalam perilaku fantasi yang berlebihan, kebutuhan akan kekaguman, dan kurangnya empati pada sekitarnya.

3. Klaster C

Gangguan Kepribadian Avoidant, Gangguan ini dicirikan oleh ketidaknyamanan dan keengganan hubungan sosial, harga diri rendah, dan hipersensitivitas terhadap evaluasi negatif.

Gangguan Kepribadian Dependen. Hal ini ditandai dengan kebutuhan yang meluas dan berlebihan untuk diperhatikan, yang mengarah pada perilaku tunduk dan melekat serta ketakutan akan perpisahan; perilaku ini dirancang untuk mendapatkan perhatian dari orang lain.

Gangguan Kepribadian Obsesif-Kompulsif. Gangguan ini dicirikan oleh pola asyik sendiri dengan perfeksionisme, kontrol mental dan interpersonal, dan keteraturan dengan mengorbankan fleksibilitas, keterbukaan, dan efisiensi.

Proses Keperawatan Klien dengan Gangguan Kepribadian

1. Faktor Predisposisi

Faktor neurobiologis, masa awal perkembangan dan sosiokultural merupakan faktor predisposisi terjadinya Gangguan personaliti. Perawat harus mengeksplorasi semua area yang relevan selama pengkajian keperawatan. Faktor Biologis masih banyak dipercaya oleh penelliti menjadi factor predisposisi untuk penyakit mental seperti gangguan kepribadian borderline atau gangguan kepribadian antisosial, yang dikaitkan dengan pengaruh genetik, Studi terbaru menunjukkan hubungan genetik pada gangguan kepribadian antisosial diduga bahwa perilaku impulsif dan kekerasan dapat disebabkan oleh disfungsi otak, ambang rangsangan yang rendah dari sistem limbik serta kadar serotonin yang rendah, atau karna zat kimia beracun. Satu studi baru-baru ini menemukan bahwa orang dengan gangguan kepribadian antisosial memiliki disfungsi struktur otak pengkondisian rasa takut yang buruk, kurangnya hati nurani, dan defisit pengambilan

keputusan. Gangguan kepribadian juga telah dikaitkan dengan penggunaan alkohol dan penyalahgunaan narkoba. Gangguan kepribadian borderline dan gangguan kepribadian antisosial khususnya terkait dengan berbagai macam gangguan penggunaan zat, dan kombinasinya mengakibatkan kerusakan global yang parah. Faktor Perkembangan Mental berdasarkan hasil penelitian menyatakan bahwa pelecehan pada masa anak-anak memiliki konsekuensi terhadap munculnya gangguan kepribadian umumnya borderline personality. Pelecehan fisik, emotional, seksual serta Post Trauma stress disorder oleh pengasuh anak atau lainnya menjadi predisposisi terjadinya gangguan kepribadian. (Stuart, 2013)

2. Faktor Presipitasi

Respon sosial yang maladaptive merupakan pengalaman yang memiliki pengaruh yang negative terhadap pertumbuhan emosional seseorang. Stressor sosial budaya, stress psikologis dan coping yang maladaptive menjadi faktor pencetus untuk munculnya gangguan kepribadian.

3. Pengkajian

Pengkajian pada klien dengan gangguan kepribadian dilakukan melalui interview yang situasi yang nyaman, tenang, private dan lingkungan yang aman dan memastikan tidak adanya gangguan selama pengkajian wawancara.

Penderita dengan gangguan ini mungkin akan berperilaku menarik diri, defensive, kurang terbuka, impulsive atau bias juga sangat periang atau bersahabat. Perawat tidak boleh menjudge mental dan berkonfrontasi selama wawancara. Apabila klien menunjukkan perilaku marah yang meningkat atau agresif, memberikan komentar-komentar yang mengancam atas pertanyaan yang diajukan, maka baiknya di tahan dulu mungkin klien butuh di tenangkan terlebih dahulu. klien tidak boleh diintervensi dengan pengasingan atau pengekanan

karna mungkin akan lebih membuat mereka berperilaku impussif dan kehilangan control.

Pengkajian dilakukan dengan mengajukan pertanyaan pertanyaan yang komprehensif mencakup lima domain fisik, emosional, kognitife, soial dan spiritual. (Fortinash & Worret, 2014):

Domain Fisik	Domain Emotional
<p>Apakah kegiatan sehari-hari yang anda lakukan? Apakah klien berpakaian rapi? Apakah klien kelihatan cukup memenuhi gizinya? Apakah klien memiliki aktifitas latihan yang rutin? Apakah klien menderita penyakit fisik? Apakah terlihat tegang? Apakah dapat mempertahankan kontak mata? apakah menunjukkan Gerakan Gerakan tambahan, apakah memiliki riwayat kecelakaan, trauma kepala, riwayat epilepsi, apakah saat wawancara suar bergetar? Apakah keterbelakangan mental?</p>	<p>Apakah klien menunjukkan perilaku yang menuntut dan bermusuhan? Apakah klien memiliki riwayat tindakan agresive? apakah secara emosional mudah berubah? apakah klien memiliki control impuls yang buruk? apakah klien menunjukkan pemikiran untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain? Apakah klien curiga terhadap orang lain? Apakah klien terlihat sangat ketakutan atau cemas? Apakah klien mengungkapkan perasaan tidak berdaya? Apakah klien menyatakan kekhawatiran yang terus menerus? Apakah menunjukkan perilaku kritis terhadap diri sendiri dan orang lain? Apakah memiliki harga diri yang rendah? Apakah klien peduli tentang bagaimana orang lain menilai dirinya? Apakah klien menunjukkan perasaan bersalah atau menyesal?</p>

Domain Kognitif	Domain Sosial
<p>Apakah klien menunjukkan afek yang tidak pantas, seperti ekspresi wajah yang konyol? Apakah klien pendendam dalam pemecahan masalahnya? Apakah klien berbohong? Apakah klien mampu mengidentifikasi sifat baik dan buruk orang lain? Apakah klien mampu membedakan pilihan positif dan negatif? Apakah klien merenungkan masalah yang menjadi perhatian? Apakah pola pikir klien berlebihan? Apakah klien mengalami kesulitan belajar dari kesalahannya? Apakah klien menunjukkan impulsif? Apakah klien menunjukkan adanya defisit dalam memori jangka panjang atau jangka pendek? Apakah klien menggambarkan waham? Apakah klien mengalami halusinasi? Jenis apa: pendengaran, visual, taktil, gustatory, penciuman? Apa isi halusinasi? Apakah klien mendiskusikan keyakinan aneh atau pemikiran magis yang di mempengaruhi perilakunya? Apakah ucapan klien tidak jelas, menyimpang, tidak jelas, atau tidak tepat abstrak? akan diterima oleh orang</p>	<p>Apakah klien lebih suka menyendiri? Apakah klien mengungkapkan keinginan untuk bersosialisasi tetapi memiliki kekhawatiran bahwa dia tidak akan diterima oleh orang lain? Apakah klien bergantung pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya? Apakah klien berpartisipasi dalam aktivitas keluarga? Apakah klien punya teman? Apakah klien memiliki hubungan yang tidak stabil yang terdiri dari konflik dan kekhawatiran tentang pengabaian?</p>

lain? Apakah klien bergantung pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya? Apakah klien berpartisipasi dalam aktivitas keluarga? punya teman?	
Domain Spiritual	
Apakah klien memiliki keyakinan akan adanya kekuatan yang lebih tinggi/tuhan?	
Apakah klien dapat menyatakan arti dan tujuan kehidupannya?	

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan di tegakkan setelah melakukan pengkajian yang mendalam tentang status kesehatan klien. Diagnosa keperawatn yang umum pada klien dengan Gangguan kepribadian adalah sebagai berikut:

Type Gangguan kepribadian	Diagnosa Keperawatan
Gangguan Kepribadian paranoid, schizoid dan schizotypal (Kluster A)	Kecemasam Koping tidak Efektif Isolasi Sosial Gangguan Proses Pikir
Gangguan Kepribadian antisosial, borderline, histrionic, narsistic (Klaster B)	Koping tidak efktif Gangguan identitas personal Gangguan hargadiri Rendah Kronik Resiko Mutilasi diri Resiko Bunuh Diri Kerusakan Interaksi social Keriko Menciderai orang lain Resiko mendirerai diri sendiri

Gangguan Kepribadian avoidant, dependent, OCPD (Klaster C)	Kecemasan Koping tidak efektif Harga diri Rendah Kronik Kerusakan Interaksi Sosial
--	---

Tujuan: Klien akan:

- a. Tidak munculnya kembali ide untuk Bunuh diri
 - b. Tidak ada lagi pikiran untuk menyakiti orang lain
 - c. Mampu menahan diri untuk melakukan mutilasi diri
 - d. Menunjukkan dan mempertahankan hngsi lainnya baik dirumah, pekerjaan dan di komunitas
 - e. mampu mengidentifikasi dua prilaku impulsive yang biasa dilakukan saat stress atau adanya tekanan
 - f. Mampu mengenali distorsi kognitif yang dmuncul saat stress/tekanan
 - g. Mampu mengidentifikasi metode yang batu sebagai solusi pomecahan masalah
 - h. Mampu mengidentifikasi perilaku isolasi diri
 - i. Memberikan rewad untuk diri sendiri saat berhasil mengatasi distorsi pikiran yang muncul
 - j. Terlibat dalam kegiatan kegiatan kelompok untuk meningkatkan isolasi social
5. Perencanaan

Ketika merencanakan intervensi dengan klien, penting bagi perawat untuk mengenali bahwa perubahan perilaku atau pikiran akan sering terjadi. Perubahan ini adalah hasil dari persepsi klien tentang kebutuhan itu sendiri. Individu dengan gangguan kepribadian mengalami gangguan hubungan interpersonal dan termasuk gangguan nilai-nilai yang tidak lazim menurut pandangan umumnya. Karena gangguan tersebut maka perawat harus berkolaborasi dengan

klien dalam mengidentifikasi tujuan yang akan dicapai selama perawatan.

6. Implementasi

Implementasi rencana perawatan pada klien dengan gangguan kepribadian mencakup intervensi yang berfokus pada modifikasi perilaku dan modifikasi pikiran yang mengganggu dan menimbulkan disfungsi seumur hidup dengan mengutamakan upaya keselamatan bagi klien dan sekitarnya.

7. Intervensi Keperawatan

- a. Kaji adanya ide bunuh diri dan kemungkinan tingkat kematiannya, sebagai upaya pencegahan perilaku menyakiti atau melukai
- b. Jika Diperlukan, tempatkan klien pada tempat yang sesuai dengan kemungkinan tingkat kematiannya untuk mencegah bunuh diri, misalnya pada klien yang mengungkapkan rencana untuk gantung diri, maka tempatkan klien pada ruang yang dekat dan mudah untuk diobservasi dengan tanpa sarana yang memungkinkan klien untuk melakukan niat untuk menggantung dirinya /mencegah bunuh diri
- c. Membuat kontrak atau kesepakatan untuk keselamatan klien secara tertulis yang berisikan kalimat bahwa klien tidak akan melukai dirinya. Jika keinginan bunuh diri bertambah kuat, anjurkan klien untuk mencari dan menghampiri staf perawat dan berdiskusi tentang ide bunuh diri yang meningkat untuk mencegah klien melakukan dan mengikuti ide bunuh dirinya
- d. Mendorong klien untuk terlibat dalam semua kegiatan kelompok agar dapat menerima dukungan dari kelompok/peer dan memberikan solusi pemecahan masalah
- e. Buat kontrak dengan klien bahwa tidak lagi akan mengancam staf perawat dan kawan klien lain

selama perawatan untuk memastikan keselamatan

- f. Ajarkan klien manajemen marah, manajemen perasaan impulsif dan manajemen perilaku lainnya yang dapat menimbulkan konflik selama rawatan
- g. Diskusikan tentang perasaan marah didalam kelompok untuk mendapatkan alternative pemecahan masalah
- h. Kaji kemungkinan adanya klien melakukan mutilasi diri.

8. Terapi Modalitas

Terapi modalitas lainnya yang dapat dilakukan bersama dalam kerjasama tim termasuk tim keperawatan, psikiater, psikolog social worker, nurse praktisioner, perawat spesialis untuk memberikan occupational therapy, terapi music, terapi seni, terapi rekreasi, medikasi terapi, terapi kelompok, terapi keluarga, terapi lingkungan dan yang lainnya (Fortinash & Worret, 2014)

9. Evaluasi

Tahapan evaluasi proses keperawatan memastikan berlangsungnya praktik keperawatan yang akuntabel. Ada hal yang perlu dilakukan di tahapan evaluasi adalah:

- a. Perawat membandingkan perkembangan fungsi klien saat ini dengan kriteria hasil di tetapkan
- b. Perawat menganalisa lebih lanjut terhadap alasan kemungkinan tidak tercapainya kriteria hasil yang tidak terpenuhi (Fortinash dan Holoday Worret, 2003).

Asuhan Keperawatan Klien dengan Resiko Mutilasi Diri

1. Faktor Resiko:
 - a. Kondisi yang sangat membutuhkan perhatian
 - b. Anak-anak yang mengalami gangguan emosional
 - c. Perasaan depresi, penolakan, kebencian diri, kecemasan karna perpisahan, rasa bersalah, dan depersonalisasi.
 - d. Riwayat melukai diri sendiri.
 - e. Riwayat pelecehan fisik, emosional, atau seksual.
 - f. Populasi berisiko tinggi (psikotik).
 - g. Perilaku impulsif.
 - h. Ketidakmampuan untuk mengungkapkan perasaan secara verbal.
 - i. Koping Inefektif
 - j. Anak dengan keterbelakangan mental dan autisme.
2. Kejadian yang mungkin berhubungan:
 - a. Ada jejas Sayatan baru pada pergelangan tangan atau bagian tubuh lainnya.
 - b. Kemarahan yang intens dan menggerutu
 - c. Tanda bekas luka lama di pergelangan tangan dan bagian tubuh lainnya (luka bakar rokok, bekas pisau/silet superfisial).
 - d. Pernyataan tentang perilaku mutilasi diri.
3. Tujuan yang diharapkan:
 - a. Pasien akan bebas dari cedera yang ditimbulkannya sendiri.
 - b. Pasien akan berpartisipasi dalam latihan mengontrol perilaku
 - c. Pasien akan berpartisipasi dalam latihan keterampilan mengembangkan koping.

- d. Pasien akan mencari bantuan ketika mengalami keinginan Hasrat yang merusak diri sendiri.
 - e. Pasien akan mendiskusikan cara-cara alternatif klien dapat memenuhi tuntutan situasi saat ini.
 - f. Pasien akan mengungkapkan perasaan yang berhubungan dengan stres dan ketegangan daripada perilaku akting-out.
 - g. Pasien akan menandatangani kontrak "tidak membahayakan" yang mengidentifikasi langkah-langkah yang akan diambilnya saat muncul Kembali pelikau merusak diri.
 - h. Pasien akan berespon terhadap batasan eksternal.
 - i. Pasien akan berpartisipasi dalam rejimen terapeutik.
 - j. Pasien akan menunjukkan penurunan frekuensi dan intensitas cedera yang ditimbulkan sendiri.
 - k. Pasien akan mendemonstrasikan dua keterampilan koping baru yang dapat dilakukan ketika ketegangan meningkat dan hasray melukai diri muncul.
4. Intervensi

Tindakan Keperawatan	Rasional
Kaji riwayat mutilasi diri klien: Jenis perilaku mutilasi. Frekuensi perilaku. Stresor yang mendahului perilaku.	Mengidentifikasi pola dan keadaan sekitar cedera diri dapat membantu perawat merencanakan intervensi dan strategi pengajaran yang sesuai untuk klien
mengidentifikasi perasaan yang dialami sebelum dan sekitar tindakan mutilasi diri.	Perasaan merupakan dasar untuk perawat menentukan intervensi selanjutnya (misalnya, marah karena merasa ditinggalkan atau ditinggalkan).

<p>Eksplorasi situasi perasaan klien saat ini</p>	<p>Eksplorasi perasaan klien untuk menentukan cara untuk mendapatkan kendali atas orang lain.</p> <p>Bagaimana menjalani hidup dengan rasa kecewa dan sakit hati</p> <p>Dapat mengekspresikan kebencian atau rasa bersalah pada diri sendiri.</p>
<p>Pastikan kontrak tertulis atau lisan yang tidak merugikan dengan klien. Identifikasi langkah-langkah spesifik (misalnya, orang yang harus dihubungi ketika muncul keinginan untuk memutilasi diri sendiri).</p>	<p>Klien didorong untuk bertanggung jawab atas perilaku yang lebih sehat. Berbicara dengan orang lain dan mempelajari keterampilan mengatasi alternatif dapat mengurangi frekuensi dan keparahan sampai perilaku tersebut berhenti.</p>
<p>Tetapkan dan pertahankan batasan perilaku yang dapat diterima dan perjelas tanggung jawab klien saat klien dirawat di rumah sakit dan jelaskan tentang aturan yang ada unit.</p>	<p>Penetapan batas yang jelas dan tidak menghukum sangat penting untuk mengurangi perilaku negatif.</p>
<p>Konsisten dalam menjaga dan menegakkan batasan, menggunakan pendekatan nonpunitif.</p>	<p>Konsistensi dapat membangun rasa aman</p>

<p>Gunakan pendekatan apa adanya ketika mutilasi diri terjadi. Hindari mengkritik atau memberi simpati.</p>	<p>Pendekatan netral mencegah menyalahkan, yang meningkatkan kecemasan, memberikan perhatian khusus yang mendorong bertindak.</p>
<p>Setelah perawatan luka akibat mutilasi, diskusikan apa yang terjadi sebelumnya, dan pikiran serta perasaan klien sebelum melukai diri sendiri.</p>	<p>mengidentifikasi dinamika klinis klien dan mengidentifikasi respons yang mungkin mengurangi bahaya untuk membantu meredakan ketegangan yang intens.</p>
<p>Buatlah rencana mengidentifikasi perilaku alternatif dari perilaku melukai diri sendiri.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antisipasi situasi tertentu yang dapat menyebabkan peningkatan stres (mis., Ketegangan atau kemarahan). 2. Identifikasi tindakan yang mungkin mengubah intensitas situasi seperti itu. 3. Identifikasi dua atau tiga orang yang dapat dihubungi klien untuk mendiskusikan dan mengkaji perasaan yang intens (marah, benci diri sendiri) ketika muncul. 	<p>mengidentifikasi kondisi dinamik klinis klien, mencari kemungkinan respons yang kurang berbahaya untuk membantu meredakan ketegangan yang sering muncul</p> <p>Rencana ditinjau dan dievaluasi secara berkala. Menawarkan kesempatan untuk mensikapi perasaan dan keinginan yang muncul.</p>

Daftar Pustaka

- Belleza, M. (2021, Februari 11). Retrieved from Nurseslab:
<https://nurseslabs.com/personality-disorders/>
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (2005). *Abnormal Psychology*. United States of america: John Wiley.
- Fortinash, K. M. (2006). *Psychiatric Nursing Care Plan*. mosby.
- Fortinash, K. M., & Worret, P. A. (2014). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Elsevier.
- Maslim, R. (2013). *Diagnosa Gangguan Jiwa*. jakarta: Bagian ilmu Kedokteran Jiwa FK- Atmajaya.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. ELSEVIER.

Profil Penulis



Sari Narulita

Lahir di Talang Padang, 17 Juni 1976 Penulis menyukai prosesi keperawatan dan memilih melanjutkan studi di jurusan keperawatan Polterkes Tanjung Karang tahun 1994 dan pada tahun 1998 penulis melanjutkan studi di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2001. Setelah itu penulis mencoba memperkaya keterampilan dan pengalaman klinis keperawatan dengan bekerja di rumah sakit. Penulis melanjutkan studi lanjut Magister dan pada tahun Tahun 2005 penulis memilih meniti karir sebagai Dosen tetap di Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan di konsil Keperawata Jiwa Komunitas hingga saat ini.

Penulis aktif di Organissasi Keperawatan Jiwa sebagai Pengurus Ikatan Perawat Keperawatan Jiwa (IPKJI) Wilayah Jakarta dari tahun 2009 hingga saat ini. Kegiatan sebagai dosen dilakukan dalam memberikan pengajaran, melakukan penelitian dan Pengabdian kemasyarakat serta melakukan publikasi baik nasional dan International. Semoga tulisan ini dapat memberikan ilmu manfaat bagi siapa saja yang mebacanya dan manfaat untuk profesi keperawatan.

Email Penulis: sari@binawan.ac.id / s_narulita@yahoo.com

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KRITIS DAN MARAH

Ns. Desak Made Ari Dwi Jayanti, S.Kep., M.Fis

STIKes Wira Medika Bali

Pendahuluan

Marah merupakan Tindakan perilaku kekerasan yang ditunjukkan oleh pasien gangguan jiwa yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Stuart, 2016). Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk respon marah yang dapat melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain begitu pula dengan lingkungannya, jadi perilaku kekerasan merupakan respon dari marah dan marah dapat menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan. Berdasarkan teori neurobiologik marah/ perilaku kekerasan bisa disebabkan karena adanya gangguan pada neurotransmitter, rendahnya kadar serotonin, meningkatnya aktivitas dopamine dan norepinefrin di otak, kerusakan struktural pada sistem limbik dan lobus frontal serta temporal otak. Berdasarkan teori psikososial menunjukkan perilaku marah terjadi akibat adanya hubungan sosial yang kurang baik, pola asuh yang kurang baik waktu kecil dapat menjadi salah satu penyebabnya (Videbeck, 2011). Ada berbagai upaya untuk mengatasi perilaku kekerasan, Jayanti *et al.*, (2019) mengatakan pemberian terapi somatis isolasi sosial dapat mengatasi perilaku kekerasan. (Jayanti dan Antari, 2019) menyebutkan pemberian terapi aktivitas kelompok senam poco-poco juga dapat mengatasi tanda dan gejala resiko

perilaku kekerasan. Jayanti *et al.*, (2017) mengatakan pemberian senam sumba dapat meningkatkan kesehatan mental. Senam Zumba merupakan bagian dari terapi aktivitas kelompok penyaluran energi yang dapat mengatasi gejala resiko perilaku kekerasan. Jayanti *et al.*, (2021) menyatakan pemberian yoga pranayama juga dapat mengatasi gejala perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Pada bab ini akan membahas lebih lanjut terkait dengan pemberian asuhan keperawatan pada pasien krisis dan marah/ perilaku kekerasan.

Tanda dan Gejala

Menurut (Keliat, 2016) adapun tanda dan gejala dari perilaku kekerasan/ marah menurut resikonya adalah:

1. Perilaku kekerasan/ marah resiko tinggi

Tanda dan gejala pada resiko tinggi ini biasanya pasien akan melakukan tindakan agresif, menyerang dan melukai orang lain, mengancam, ada riwayat sebagai pelaku kekerasan secara fisik maupun seksual. Ada pengaruh dari alkohol atau penyalahgunaan zat yang biasanya ditandai dengan adanya sikap curiga, bermusuhan, gelisah, gangguan memori, disorientasi dan psikomotor meningkat

2. Perilaku kekerasan/ marah resiko sedang

Gejala yang muncul pada pasien dengan resiko sedang adalah merusak barang-barang, sarana dan prasarana, tetapi tidak sampai melukai orang lain. Mengucapkan kata-kata yang mengancam, ada riwayat sebagai saksi tindakan perilaku kekerasan, ada pengaruh alkohol, menunjukkan sikap curiga, psikomotor meningkat, ada disorientasi namun tidak mengalami gangguan memori.

3. Perilaku kekerasan / marah resiko rendah

Tidak ada riwayat melakukan perilaku kekerasan, tidak mengucapkan kata-kata yang mengancam maupun tindakan fisik yang mengancam, tidak ada riwayat penyalahgunaan zat ataupun *alcohol*.

Rentang Respon Perilaku Kekerasan/Marah



Gambar 14.1

Rentang Respon Perilaku Kekerasan/ Marah

Menurut (Keliat, 2016) rentang respon perilaku kekerasan dapat dibeg menjadi:

1. Asertif adalah menyampaikan rasa marah dengan cara baik, bicara yang baik sehingga tidak akan melukai perasan ataupun merendahkan harga diri orang lain.
2. Frustrasi adalah respon yang muncul akibat keinginan dan tujuan yang diharapkan tidak tercapai.
3. Pasif adalah respon ketidakmampuan dari individu untuk mengungkapkan perasannya, keinginannya sendiri, tidak berani mengungkapkan pendapat, ketakutan akan munculnya konflik jika mengungkapkan pendapat atau keinginannya sendiri, karena khawatir akan dimusuhi oleh orang lain.
4. Agresif adalah sikap yang kasar, melanggar hukum, melanggar hak orang lain karena ingin memebelanya. Sikap lainnya ditandai dengan berkata menghina, kata-kata kasar, kata-kata mengancam, menjelek-jelekan orang lain dibelakang, melakukan kontak fisik untuk mencederai orang lain
5. Kekerasan disebut sebagai gaduh gelisah atau amuk. Pada tahap ini sudah tidak mampu mengendalikan diri, jadi sudah kehilangan kontrol akan dirinya sehingga dapat merusak dirinya, orang lain dan lingkungannya. Biasanya ditandai dengan perilaku yang menakutkan, mengucapkan kata-kata

mengancam, melukai atau merusak secara serius sampai memukul

Pengkajian

Pengkajian pada pasien krisis dan marah secara umum pertama melalui tahapan triase dengan melakukan rapid assessment dan screening assessment. pengkajian meliputi nama pasien, tanggal lahir, nomor kartu tanda penduduk (KTP)/ nomor surat izin mengemudi (SIM) atau paspor, alamat, nomor atau kontak yang dapat dihubungi, nomor pasien maupun keluarga terdekat serta tanda-tanda vital.

Adapun pengkajian keperawatan intensif pada pasien dengan perilaku kekerasan atau marah dapat meliputi lima aspek yaitu verbal, emosi, fisik dan perilaku. Pengkajian pada perawatan intensif/ krisis dilakukan dengan menggunakan skor Respon Umum Fungsi Adaptif (RUFA) atau General Adaptive Function Respons (GAFR) yang merupakan modifikasi dari General Adaptive Function (GAF) (Yusuf *et al.*, 2015).

Adapun skala GAF adalah:

1. Skor 11-20:

Adanya kondisi yang membahayakan diri sendiri dan orang lain seperti upaya perilaku bunuh diri, perilaku kekerasan, marah, amuk, perilaku manik), ketidakmampuan melakukan perawatan diri yang sederhana seperti cebok setelah buang air besar, adanya hambatan dalam berhubungan sosial atau berkomunikasi seperti pembicaraan yang inkoheren dan membisu

2. Skor 1-10

Menunjukkan adanya perilaku yang membahayakan diri sendiri dan orang lain yang menetap/ persistent (perilaku kekerasan yang rekurent, agitasi, ketidakmampuan melakukan kebersihan diri, melakukan tindakan bunuh diri dan tidak ada harapan).

Pembagian skor RUFA dapat dibagi menjadi tiga dengan rentang nilai 1-30 sesuai Tabel 14. 1 berikut:

Tabel 14. 1. Skor RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif)

No	Nilai / skor	Ruang	Waktu
1	1-10	Intensif I	24 jam pertama
2	11-20	Intensif II	24-72 jam pertama
3	21-30	Intensif III	72 jam -10 hari

Adapun pengkajian keperawatan pada pasien dengan masalah perilaku kekerasan/ marah dengan skala RUFA adalah sebagai berikut:

Aspek	Verbal	Emosi	Fisik	Perilaku
Intensif I/ 24 jam / skor 1-10	Nada bicara tinggi, berkata kasar, mengucapkan kata-kata menghina, berdebat dan menuntut	Labil, ekspresi wajah tegang, cepat tersinggung, mendendam, marah-marahan dan merasa diri tidak aman	Wajah terlihat memerah, sorotan mata tajam, melotot, nafas pendek, berkering at, tekanan darah meningkat	Mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar, menunjukkan perilaku amuk, bersikap menentang, mengancam dan mate terlihat melotot
Intensif II/ 24-72 jam / skor 11-20	Nada bicara sedang, berkata kasar, mengucapkan kata-kata menghina,	Labil, ekspresi wajah tegang, cepat tersinggung, memiliki rasa	Sorotan mata tajam, tekanan darah meningkat	Mata terlihat melotot, suka mengancam dan menentang

	berdebat dan menuntut	mendendam, merasa diri tidak aman		
Intensif III/72 jam - 10 hari/ skor 21-30	Nada bicara sedang, mengucapkan kata-kata menghina, berdebat	Labil, ekspresi wajah terlihat tegang, gampang tersinggung, merasa diri tidak aman	Sorotan mata tajam, tekanan darah mulai menurun	Menentang

Asuhan Keperawatan

1. Asuhan Keperawatan Intensif I

Asuhan keperawatan intensif I dilakukan dalam kurun waktu 24 jam pertama Adapun pembagiannya meliputi (Yusuf dkk., 2015):

- a. Tindakan Keperawatan
- b. Tujuan: pasien tidak membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- c. Tindakan keperawatan untuk pasien
 - 1) Komunikasi terapeutik
 - 2) Tunjukkan sikap yang tenang, bicara dengan tenang, vocal suara jelas, nada suara tegas, intonasi diatur, bicara dengan intonasi rendah, bicara pelan-pelan, jangan tergesa-gesa, gerakan tidak tergesa-gesa, perhatikan posisi tubuh, jaga jarak dengan pasien 1-3 langkah dari pasien
 - 3) Siapkan lingkungan yang aman
 - 4) Ciptakan lingkungan yang tenang, sejuk, tenang, jauhkan benda-benda berbahaya yang dapat membahayakan pasien dan oranglain

- 5) Kolaborasi
 - a) Cek tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, suhu, nadi dan pernapasan
 - b) Sampaikan kepada pasien tentang tindakan kolaborasi yang akan dilakukan
 - c) Lakukan kolaborasi dalam pemberian obat. Berikan obat-obat sesuai standar medik seperti transquilser sesuai program terapi. Pemberian obat dapat berupa suntukan valium 10 mg IM/IV 3-4 x 1 amp/hari dan suntikan haloperidol 5 mg, 3-4 x 1 amp/hari
 - d) Pantau keefektifan pemberian obat-obatan dan perhatikan adanya efek samping
- 6) Lakukan observasi pada pasien stiap 15 menit sekali. Perhatikan adanya perbaikan perilaku (peningkatan/penurunan). Observasi respon pasien dari segi perilaku, verbal, emosi dan fisik.
- 7) Apabila tidak ada perubahan, perilaku pasien semakin tidak terkendali dan tidak dapat di control, terus melakukan upaya untuk mencedrai dirinya maka dapat dilakukan tindakan pengekangan atau *restraint*. Tindakan pengekangan ini merupakan Tindakan yang dapat dilakukan kepada pasien jika pasien tidak terkontrol
- 8) Tindakan pengekangan

Sampaikan kepada pasien bahwa tindakan yang dilakukan bukanlah sebuah hukuman melainkan Tindakan untuk mengamankan dan melindungi pasien, oranglain dan lingkungan dari perilaku amuk/ marah yang dilakukan pasien, siapkan alat restraint, siapkan ruangan isoslasi, lakukan kontrak untuk mengontrol perilaku pasien

- 9) Apabila ada tindakan pengekangan untuk pasien maka langkah-langkah yang dapat dilakukan adalah:
 - a) Pengikatan dilakukan pada ekstremitas atas dan bawah
 - b) Observasi pasien setiap 2 jam sesuai skala RUFA
 - c) Lakukan observasi terkait dengan lokasi pengikatan meliputi pemantauan kondisi kulit sekitar area pengikatan, perhatikan suhu, warna dan temperatur serta sensasi, lakukan Latihan gerak pada tungkai yang diikat setiap 2 jam dan lakukan juga perubahan posisi pengikatan. Pastikan alat yang dipakai untuk mengikatan aman untuk pasien dan empuk
 - d) Latih pasien dalam mengontrol perilakunya sebelum ikatan dilepas secara bertahap
 - e) Apabila pasien sudah mampu mengontrol perilakunya, maka ikatan dapat dilepas dan pasien dapat mencoba untuk bergabung dengan pasien lainnya, namun apabila perilaku amuk/ marah yang tidak terkontrol muncul lagi maka pasien akan di restrain/ di isolasi/ dilakukan pengekangan kembali
- 10) Tindakan keperawatan untuk keluarga
 - a) Diskusikan dengan keluarga tentang apa itu perilaku marah/ kekerasan,
 - b) Diskusikan dengan keluarga bagaimana tanda dan gejalanya dari perilaku marah/ kekerasan
 - c) Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab dan akibat dari perilaku marah/ kekerasan

- d) Diskusikan dengan keluarga bagaimana cara merawat keluarga dengan perilaku marah/ kekerasan yaitu dengan latihan nafas dalam
- e) Sampaikan pada keluarga tentang pengobatan yang dijalani oleh pasien pada level intensif I

11) Evaluasi

Lakukan evaluasi mengenai perilaku pasien seperti adanya perilaku mengancam, menentang dan mata melotot/ mendelik

Lakukan evaluasi pada verbal pasien, apakah bicara kasar, intonasi / nada bicara sedang, mengucapkan kata-kata menghina orang lain, menuntuk serta berdebat

Lakukan evaluasi pada respon emosi pasien seperti emosi labil, gampang tersinggung, ekspresi wajah yang tegang serta ada rasa diri tidak aman

Lakukan evaluasi pada respon fisik seperti sorotan mata tajam, mata mendelik, tekanan darah masih meningkat

12) Rujukan

Apabila kondisi tersebut tercapai maka perawatan dilanjutkan pada level intensif II, dan apabila tidak tercapai maka tetap berada diperawatan leve, intensif I

13) Dokumentasi

Lakukan pendokumentasian pada semua tindakan yang telah dilakukan dan evaluasi dari tindakan yang dilakuka. Sampaikan alasan dilakukan pembatasan Gerakan/ pengekangan dan alasan pengekangan dihentikan

2. Asuhan Keperawatan Intensif II

Asuhan keperawatan Intensif II dilakukan dalam waktu 25 – 72 jam adalah sebagai berikut

a. Tindakan keperawatan

1) Tujuan: pasien tidak membahayakan dirinya sendiri, oranglain dan lingkungan sekitar

2) Tindakan

a) Komunikasi

Berbicaralah dengan tenang, nada suara tegas dengan vocal yang jelas dan lugas, intonasi suara direndahkan, tunjukkan sikap yang tenang dan tidak tergesa-gesa, perhatikan posisi tubuh, gestur tubuh, pertahankan posisi tubuh dengan mengatur jarak 1-3 langkah dari pasien dan berada dekat dengan pintu keluar

b) Siapkan lingkungan yang aman dan nyaman

Ciptakan suasana lingkungan yang aman dan nyaman, jauhkan benda-benda yang dapat membahayakan pasien

c) Kolaborasi

- Sampaikan pada pasien tentang pengobatan yang didapatkan
- Lakukan kolaborasi dalam pemberian obat sesuai dengan standar medik seperti transquiler sesuai indikasi yang ditentukan. Pemberian obat suntikan dapat berupa valium dosis 10 mg iM/IV 3-4 x1 amp/hari dan suntukan haloperidol 5 mg dosis pemberian bisa 3-4 x 1 amp/ hari
- Sampaikan pada pasien apabila adanya perubahan dalam pemberian

terapi dapat berupa pemberian obat dalam bentuk oral

- Perhatikan adanya efek samping, dengan memperhatikan adanya reaksi tanda dan gejala, pantau efektifitas dari obat yang telah diberikan

3) Lakukan perjanjian dengan pasien untuk memperbaiki perilakunya/sikapnya

a) Ajarkan pasien cara untuk mengendalikan perilaku marahnya yaitu dengan Latihan fisik berupa memukul bantal atau kasur. Pada prinsipnya memukul benda yang empuk seperti bantal atau Kasur adalah untuk meluapkan reaksi emosi pasien sehingga emosinya tersalurkan dan tidak mencederai dirisendiri, oranglain dan lingkungannya

b) Ajarkan pasien bagaimana mengontrol marah dengan cara minum obat yang benar sesuai prinsip enam benar yaitu benar nama pasien, pasien tau nama atau warna obat yang diminum, tau jam dan jadwal minum obat, pasien tau cara minum obat yang benar, pasien tau kapan waktu yang tepat untuk minum obat, pasien tau berapa dosis/ jumlah obat yang diminum, dan pasien tau apa manfaat minum obat serta akibat yang akan terjadi jika tidak minum obat.

4) Evaluasi

Perhatikan keadaan pasien secara umum, lakukan evaluasi berdasarkan skor RUFPA yaitu evaluasi yang dilakukan dapat meliputi amati perilaku pasien (mata mendelik, perilaku dan sikap menentang serta mengancam), verbal (mengucapkan kata-kata

kasar, intonasi suara sedang, nada suara sedang, mengucapkan kata-kata menghina, kata-kata yang menuntut dan suka berdebat), emosi (emosi terlihat labil, ekspresi wajah tegang, gampang tersinggung, ada rasa kalau dirinya berada pada situasi yang tidak aman), fisik (pandangan atau sorotan mata terlihat tajam dan tekanan darah masih meningkat)

5) Rujukan

Hasilnya adalah apabila kondisi tersebut tercapai, maka perawatan akan dilanjutkan pada level intensif III dan apabila tidak tercapai kondisi yang diharapkan maka pasien tetap berada pada perawatan intensif level II

6) Dokumentasi

Pendokumentasian dilakukan sesuai dengan Tindakan yang telah diberikan atau dilakukan, sampaikan hasil dari Tindakan yang telah dilakukan serta gejala atau sikap dari perubahan perilaku pada pasien, sampaikan alasan Tindakan dan pengekanan yang telah dilakukan

3. Asuhan Keperawatan Intensif III

Pemberian asuhan keperawatan intensif III biasanya dilakukan dalam kurun waktu 72 jam – 10 hari adalah sebagai berikut:

a. Tindakan keperawatan untuk pasien

1) Tujuan: pasien tidak melakukan Tindakan kekerasan/ amuk/ marah

2) Tindakan

a) Komunikasi terapeutik

Tunjukkan sikap yang tenang, gerakan tidak tergesa-gesa, bicaralah dengan tenang, nada suara tegang, dengan vocal yang jelas, intonasi suara yang rendah,

nada bicara juga rendah, pertahankan posisi tubuh, jaga jarak dengan pasien 1-3 langkah, dan saat berada di dalam ruangan, perawat berdiri dekat dengan arah pintu keluar (untuk mempermudah akses keluar).

b) Siapkan lingkungan yang aman

Ciptakan suasana lingkungan yang aman dan nyaman, jauhkan benda-benda yang dapat membahayakan pasien.

c) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan

- Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan/ marah secara fisik, psikologis, sosial, spiritual dan intelektual
- Diskusikan dengan pasien perilaku kekerasan/ marah yang biasa dilakukan secara verbal baik pada diri sendiri, oranglain dan lingkungan
- Diskusikan akibat dari perilaku kekerasan/ marah yang dilakukan baik pada diri sendiri, oranglain dan lingkungan
- Diskusikan cara mengontrol perilaku marah dengan cara fisik
- Diskusikan cara mengontrol perilaku kekerasan/ marah dengan minum obat yg benar sesuai prinsip 6 benar
- Diskusikan cara mengontrol perilaku kekerasan/ marah secara verbal yaitu dengan berbicara yang baik
- Diskusikan cara mengontrol perilaku kekerasan/ marah dengan cara spiritual

3) Kolaborasi

Pemberian obat-obatan sesuai dengan indikasi medis. Pemberian obat oral biasanya haloperidol 5 mg 3x1 tablet/ hari dan artane atau arkine 2mg 3x1 tablet/ hari. Perhatikan afeksampng dan efektivitas obat. Lakukan observasi tanda-tanda vital setiap 8 jam

4) Observasi

Perhatikan adanya perubahan/ perbaikan perilaku dalam 24 jam, libatkan dalam aktivitas kelompok

b. Tindakan keperawatan untuk keluarga

1) Tujuan: keluarga dapat melakukan perawatan pasien saat dirumah

2) Tindakan

Diskusikan dengan keluarga masalah yang dihadapi saat merawat pasien

Diskusikan dengan keluarga bagaimana tanda dan gejala, penyebab dan perilaku yang muncul saat terjadi perilaku kekerasan/ marah

Diskusikan Bersama keluarga melaporkan kondisi-kondisi pasien yang perlu penanganan segera seperti memukul atau melempar benda dan orang lain

Latih pasien cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan/ marah (anjurkan keluarga memotivasi pasien untuk melakukan Tindakan yang telah diajarkan perawat, berikan pujian pada pasien ketika melakukan kegiatan yang tepat, diskusikan bersama keluarga untuk melakukan tindakan yang tepat ketika perilaku kekerasan/ marah muncul lagi, buat perencanaan pulang untuk pasien Bersama keluarga)

3) Evaluasi

Lakukan evaluasi mengenai kondisi secara umum, lakukan evaluasi mengenai perilaku (mata melotot/ mendelik, mengancam suka menentang), verbal (mengucapkan kata-kata kasar, nada bicara sedang, intonasi suara sedang, kata-kata menghina, benuntut dan suka berdebat), emosi (emosinya labil, gampang tersinggung, ekspresi wajah terlihat tegang, menunjukkan sikap kalau dirinya tidak aman), fisik (wajah terlihat tegang, tatapan mata tajam, tekanan darah menurun)

4) Rujukan

Jika kondisi tercapai dan adanya perbaikan maka perawatan dapat dilanjutkan di ruangan rehabilitasi, dilanjutkan perawatan ke keluarga, dan dirujuk kepada perawat CMHN

5) Dokumentasi

Dokumentasikan semua Tindakan yang telah dilakukan, dan evaluasi dari Tindakan yang telah diberikan.

Daftar Pustaka

- Jayanti, D. M. A. D. *et al.* (2017) 'Senam Zumba Meningkatkan Daya Tahan Kardiovaskular Dan Kesehatan Mental Pada Subjek Dengan Skizofrenia Di Rsj Provinsi Bali Kabupaten Bangli', *Sport and Fitness Journal*, 5(3), pp. 10–16. doi: 10.24843/spj.2017.v05.i03.p02.
- Jayanti, D. M. A. D., Lestari, N. K. Y. and Sugiantari, N. N. M. (2019) 'Pengaruh Terapi Somatis Isolasi Terhadap Perubahan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia', *Journal Center of Research Publication in Midwifery and Nursing*, 3(1), pp. 5–10. doi: 10.36474/caring.v3i1.59.
- Jayanti dan Antari (2019) 'Group Activity Energy Distribusy Therapy : Poco – Poco Gymnastics Decrease Symptoms Of Violence Behavior In Schizopheric Client', *Sport and Fitness Journal*, 7(1), pp. 85–92.
- Keliat, B. . (2016) *Marah Akibat Penyakit Yang Diderita*. Jakarta: EGC.
- Jayanti, D. M. A. D., Satwika., Ketut, N. and Mirayanti, A. (2021) 'Yoga Pranayama Lowers The Risk Of Violent Behavior In Schizophrenia Patients', 9(3), pp. 146–154.
- Stuart, G. . (2016) *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Singapura: Elsevier.
- Videbeck, S.L. (2011) *Psychiatric Mental Health Nursing*. 5th edn. Cina: Lippincott Williams & Wilkins.
- Yusuf, A., Fitryasari, R., Nihayati, H. . (2015) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Profil Penulis



Desak Made Ari Dwi Jayanti

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah kesehatan yaitu keperawatan di UPN Veteran Jakarta dan memperoleh gelar sarjana keperawatan. Penulis melanjutkan studi profesi ners dan memperoleh gelar Ns di tahun 2010. Tahun 2015 penulis melanjutkan studi S2 di Magister Fisiologi Olahraga dan lulus tahun 2017 dengan tesis mengenai kesehatan mental atau jiwa pada pasien skizofrenia dengan memberikan pelatihan berupa aktivitas fisik senam Zumba. Penulis memiliki kepakaran dibidang kesehatan jiwa. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang keparannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Penelitian yang penulis lakukan selama ini mengenai kesehatan mental yaitu dengan masalah gangguan jiwa maupun dengan resiko/ masalah psikososial. Selain sebagai peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: aridwijayanti@stikeswiramedika.ac.id /
djdesak@gmail.com

Profil Editor



Ns. Arif Munandar, M.Kep

Lahir di Rato Bolo Bima NTB, 14 Oktober 1989. Beliau seorang Dosen di STIKES Yahya Bima, Editor adalah tokoh pemuda yang gemar berkarya dalam hal menulis, meneliti, dan menciptakan beberapa karya sastra lainnya. Ketertarikan Editor terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2009 silam. Hal ini membuat penulis memilih untuk masuk sekolah kesehatan di Sekolah Tinggi Kesehatan (STIKES) Mataram, dan berhasil lulus pada tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan profesi Ners pada institusi yang sama dan lulus pada tahun 2014 yaitu STIKES Mataram. Tiga tahun kemudian yaitu pada tahun 2017, penulis melanjutkan studi S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan lulus pada tahun 2019.

Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan jiwa, manajemen keperawatan, riset kualitatif, sastra indonesia dan public speaking. Selain sebagai Editor, Reviewer, Peneliti, Penyair, Dosen, juga aktif menulis buku book chapter, buku ajar, buku saku, buku referensi, buku monograf dan puisi dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menulis puisi, Penerbit Jendela Sastra Indonesia (JSI) memberikan penghargaan sebagai salah satu Penulis Puisi Terpilih Tahun 2018. Editor merupakan tokoh pemuda Nusa Tenggara Barat yang gemar menulis. Beliau merupakan sosok yang sederhana, religius, berjiwa sosial dan merakyat. Dalam prinsip kehidupan beliau selalu menjunjung tinggi kedisiplinan, kejujuran, komitmen dan konsisten terhadap sesuatu kegiatan / aktivitas. Keberhasilan atau kesuksesan tidak hanya bermodal belajar, tetapi berdoa dan jemputlah tujuan yang diraih dengan berusaha atau bertindak dengan niat untuk ibadah dan bermanfaat untuk orang lain. Motto beliau yang selalu digaungkan dalam kehidupannya adalah “Jangan Biarkan Matahari Berlalu Tanpa Makna dan Jangan Biarkan Pula Rembulan Bersinar Tanpa Arti”. Demikian profil singkat Editor, semoga bisa menjadi inspirasi bagi rekan rekan sejawat khususnya para generasi muda, tetap semangat, bekerja, berusaha, berdoa dan bertawakal.

Email : arifm96553@gmail.com

No. Kontak : 085253708078

- 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA DAN PROSES KEPERAWATAN JIWA
Muhammad Risal, S.Kep., Ns., M.Kes
- 2 DASAR-DASAR KEPERAWATAN JIWA
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns. M.Kep
- 3 MENTAL DISORDER DAN PRINSIP-PRINSIP KEPERAWATAN JIWA
Wulida Litaqia, S.Kep., Ners., M.Kep
- 4 POSYANDU KESEHATAN JIWA
Eltanina Ulfameyitalia Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep
- 5 ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL
Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep
- 6 TANDA GEJALA GANGGUAN JIWA DAN FORMAT PENGKAJIAN JIWA
dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ
- 7 KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA PASIEN JIWA
Vera Fauziah Fatah, S.Kep. Ners. M.Kep
- 8 ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN JIWA ANAK DAN REMAJA
Rahmawati Raharjo, S. Kep. Ns., M.Kes
- 9 ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN JIWA PADA DEWASA DAN LANSIA
Ns. Devanda Faiqh Albyn, S.Kep
- 10 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PSIKOSOSIAL
Rista Islamarida, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 11 ASUHAN KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN
Sri Martini, S.Pd., S.Kp, M.Kes
- 12 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI
Marta Pastari, S.Kep., Ners., M.Kes.
- 13 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PERSONALITY DISORDER
Sari Narulita, SKp., M.Si
- 14 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KRITIS DAN MARAH
Ns. Desak Made Ari Dwi Jayanti, S.Kep., M.Fis

Editor :

Ns. Arif Munandar, S. Kep., M. Kep

Untuk akses Buku Digital,
Scan QR CODE



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

