

BPP.UKI :ES-031-KEPJIWA-PK-V-2019



BUKU MATERI PEMBELAJARAN
KEPERAWATAN JIWA

Disusun oleh :

Ns.Erita, S.Kep.,M.Kep

Ns.Sri Hununwidiastuti,M.Kep.,Sp.Jiwa

Ns.Hasian Leniwita,S.Kep.,M.Kep

PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI
UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA
JAKARTA
2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas Rahmat dan KaruniaNya Bahan Materi Pembelajaran Mata Kuliah Keperawatan Jiwa Prodi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia ini dapat diselesaikan dengan baik.

Tersusunnya BMP Mata Kuliah Keperawatan Jiwa ini karena dukungan berbagai pihak.khususnya kepada Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia yang telah memfasilitasi dalam penyediaan materi pembelajaran

Oleh karena itu terima kasih disampaikan atas kontribusinya dalam penyelesaian BMP Mata Kuliah Keperawatan Jiwa ini. Semoga semua upaya dan dukungan yang telah diberikan berbagai pihak dapat memberikan manfaat yang bermakna bagi perkembangan profesi keperawatan, baik peningkatan mutu pendidikan maupun pelayanan keperawatan di Indonesia.

Jakarta, 14 Februari 2019

TIM PENYUSUN

DAFTAR ISI

	Halaman
MODUL 1	
Konsep Keperawatan Jiwa.....	1
MODUL 2	
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Psikososial: Kecemasan,Gangguan Citra Tubuh Dan Kehilangan	44
MODUL 3	
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa : Harga Diri Rendah Dan Isolasi Sosial	100
MODUL 4	
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa: Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi, Perilaku Kekerasan Dan Defisit Perawatan Diri.....	131

Modul 1:

Konsep Keperawatan Jiwa

Pendahuluan

Selamat berjumpa dengan modul 1 konsep keperawatan Jiwa. Modul ini menggunakan bahasa Indonesia yang mudah dipahami dan disertai dengan contoh-contoh sehingga penulis berharap anda dapat mempelajarinya dengan baik. Untuk mempermudah memahami materi dalam modul ini, penulis membagi menjadi 3 (tiga) kegiatan belajar yaitu :

1. Kegiatan Belajar 1 akan membahas konsep keperawatn jiwa
2. Kegiatan Belajar 2 akan membahas model konsep keperawatan jiwa
3. Kegiatan Belajar 3 akan membahas terapi modalitas

Untuk mengetahui tingkat pemahaman anda mengenai modul 1 ini, penulis akan mengajukan beberapa pertanyaan yaitu bagaimana perkembangan kesehatan jiwa di dunia dan di indonesia serta apa itu konsep dasar dari keperawatan jiwa dan bagaimana terapi modalitas keperawatan jiwa? Bagus sekali jawaban anda! Dengan jawaban yang anda berikan, berarti anda telah cukup memahami dengan benar perkembangan keperawatan jiwa dan konsep dasar keperawatan jiwa serta terapi modalitas yang dapat diberikan pada pasien yang mengalami gangguan jiwa. Selanjutnya tentu anda bertanya, mengapa ini harus dipelajari? Mengapa kegiatan belajar tidak langsung ke asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial dengan gangguan jiwa saja? Apa pentingnya? Materi ini penting, karena membantu memberikan arah dan panduan bagi anda dalam memberikan asuhan keperawatan pada Pasien dengan masalah psikososial maupun gangguan jiwa sesuai dengan perkembangan saat ini.

Tujuan yang ingin dicapai setelah anda menyelesaikan kegiatan belajar 1 adalah anda mampu memahami konsep keperawatan jiwa yang terdiri dari perkembangan keperawatan jiwa. Sedangkan secara khusus kegiata belajar 1 bertujuan agar anda mampu :

1. Menjelaskan konsep keperawatan jiwa
2. Menjelaskan kembali perkembangan keperawatan jiwa

Materi yang akan anada pelajari pada kegiatan belajar 1 adalah perkembangan keperawatan jiwa jaman dahulu sampai saat ini.

Selanjutnya untuk membantu anda memahami kegiatan belajar 2, penulis akan memberikan beberapa pertanyaan. Pernahkah anda merasakan bahwa anda adalah orang yang paling bahagia

didunia ini? Karena anda puas dengan apa yang anda miliki dan anda merasa bahwa semua orang menyayangi anda dan anda merasa menjadi bagian dari lingkungan sosial anda, Jika anda memiliki pendapat seperti itu berarti anda memiliki jiwa yang sehat. Pertanyaan lain, pernahkah anda mempelajari apa itu model konseptual dan mengapa anda mempelajarinya? Model konseptual penting dipelajari karena merupakan kerangka kerja konseptual, sistem atau skema yang menerangkan serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi, atau kejadian terhadap suatu ilmu dan perkembangannya. Untuk meningkatkan pemahaman anda tentang konsep dasar keperawatan jiwa, maka pelajailah modul ini dengan baik.

Tujuan umum anda mempelajari kegiatan belajar 2 adalah setelah selesai anda mampu memahami konsep dasar keperawatan jiwa. Sedangkan secara khusus anda mampu :

1. Menjelaskan kembali pengertian kesehatan jiwa
2. Menjelaskan kembali ciri sehat jiwa
3. Menerapkan paradogma keperawatan jiwa dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa
4. Menerapkam model konsep keperawatan jiwa dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa.

Selanjutnya untuk membantu anda memahami kegiatan belajar 3, penulis akan memberikan beberapa pertanyaan. Pernahkan anda melihat bahwa pasien gangguan jiwa dapat disembuhkan? Apa obatnya dan bagaimana cara perawatannya? Apakah anda pernah melihat pasien gangguan jiwa di RSJ atau melihat pasien gangguan jiwa yang gelandangan? Materi pembelajaran ini sangat mendasar dan memberikan bekal pengetahuan anda sebagai perawat untuk memahami bagaimana seorang perawat memiliki tanggung jawab yang sangat besar dalam pelaksanaan terapi modalitas, psikofarmaka, serta dalam pemberian obat psikofarmaka.

Model terapi modalitas yang penting dipelajari karena merupakan kerangka kerja konseptual, sistem atau skema yang menerangkan kerangkaian ide global tentang keterlibatan invidu, kelompok, situasi, atau kejadian terhadap suatu ilmu dan perkembangannya. Untukmeningkatkan pemahaman anda tentang konsep dasar keperawatan jiwa, maka pelajailah modul ini dengan baik.

Untuk menilai kemampuan anda kerjakanlah latihan dan jawablah tes formatif yang ada pada akhir kegiatan belajar ini dengan sebaik-baiknya. Jangan melihat kunci jawaban terlebih dahulu sebelum selesai menjawab pertanyaan dan tugas. Anda dinyatakan lulus setelah bila anda mampu menjawab 80% (setara dengan nilai 80) dari seluruh soal. Waktu yang dibutuhkan untuk mampu memahami modul ini kurang lebih 3 x 120 menit. Gunakan waktu dengan sebaik-baiknya. Sukses untuk anda dan selamat belajar, saya yakin anda mampu.

Kegiatan Belajar 1

KONSEP KEPERAWATAN JIWA

A. Perkembangan Keperawatn Jiwa

Pada masa ini suku bangsa yunani dan arab percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan karena tidak berfungsinya organ otak. Pengobatan pada masa ini telah menggabungkan 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 pelayamnan *day care* serta mengidentifikasi pemberian asuhan keperawatan pada kelompok berisiko tinggi dan pengembangan sistem *management patient care* dengan pendekatan multidisipliner.

Untuk selanjutnya anda harus membaca tentang perkembangan keperawatan jiwa di dunia. Sekarang belajar tentang perkembangan keperawatan jiwa di indonesia.

Sejarah dan perkembangan keperawatan jiwa di indonesia sangat dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi akibat penjajahan yang dilakukan oleh kolonial Belanda, inggris dan jepang. Perkembangannya dimulai pada masa penjajahan Belanda samapai pada masa kemerdekaan. Silahkan saudara mencari artikel tersebut dan pahami dengan benar.

1. Masa Penjajahan Belanda

Pada masa pemerintahan kolonial Belanda, perawat merupakan penduduk pribumi yang disebut *velpeger* dengan dibantu *zieken Oppaser* sebagai penjaga orang sakit. Tahun 1799 pemerintah kolonial Belanda mendirikan Rumah Sakit Binen Hospital di Jakarta, Dinas Kesehatan Tentara dan Dinas Kesehatan Rakyat. yang bertujuan untuk 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.

2. Masa penjajahan inggris (1812-1816)

Gubernur Jenderal Inggris ketika itu dijabat oleh Raffles sangat memperhatikan kesehatan rakyat. Berangkat dari semboyannya yaitu kesehatan adalah milik setiap manusia, ia melakukan berbagai upaya untuk memperbaiki derajat kesehatan penduduk

pribumi antara lain melakukan pencacaran umum, cara perawatan pasien dengan gangguan jiwa dan kesehatan para tahanan.

Setelah pemerintah kolonial kembali ke tangan Belanda, kesehatan penduduk Indonesia menjadi lebih baik. Pada tahun 1819 didirikanlah RS Militer di Jakarta Stadverband di Glodok Jakarta dan pada tahun 1919 dipindahkan ke Salemba yang sekarang bernama RS Cipto Mangunkusumo (RSCM). Antara tahun 1816 hingga 1942 pemerintah Hindia Belanda banyak mendirikan rumah sakit di Indonesia. Di Jakarta didirikan RS PGI Cikini dan RS ST Carolus. Di Bandung didirikan RS ST. Borromeus dan RS Elizabeth di Semarang. Bersamaan dengan itu berdiri pula sekolah-sekolah perawat.

3. Berdirinya RSJ di Indonesia

Dulu kala gangguan jiwa dianggap kerasukan dan terapi yang dilakukan yaitu dengan mengeluarkan roh jahat. Pada zaman kolonial sebelum ada RSJ di Indonesia, pasien gangguan jiwa ditampung di RS Sipil atau RS Militer di Jakarta, Semarang, dan Surabaya, yang ditampung pada umumnya penderita gangguan jiwa berat. Berdirinya RSJ pertama di RSJ Bogor (1882), kemudian tahun 1902 di RSJ Lawang, tahun 1923 di Magelang, tahun 1927 di RSJ Sabang. Di RSJ ini jauh dari perkotaan. Perawat pasien bersifat isolasi & penjagaan (*custodial care*). Karena adanya stigma dari keluarga menjauhkan diri dari pasien.

Rangkuman 1

1. Pengobatan pada zaman peradaban telah mengabungkan berbagai pendekatan pengobatan seperti: memberikan ketenangan, mencukupi asupan gizi yang baik, melaksanakan kebersihan badan yang baik, mendengarkan musik dan melakukan aktivitas rekreasi. Di akhir abad 19, peran perawat jiwa menjadi yang sangat besar, karena peran perawat menjadi sangat penting menjadi bagian dari tim kesehatan, mengelola pemberian obat penenang dan memberikan hidroterapi. Sedangkan fokus pemberian asuhan keperawatan jiwa pada abad ke 21 adalah membanggakan asuhan keperawatan berbasis komunitas dengan menekankan upaya preventif melalui pengembangan pusat kesehatan mental, praktek mandiri, pelayanan di rumah sakit, pelayanan day care, *home visite* dan *hospice care* dan pengembangan *management pasien care*.

2. Pada masa pemerintahan kolonial Belanda, perawat merupakan penduduk pribumi yang disebut *velpegerdeng* dibantu *ziekendOppaser* sebagai penjaga orang sakit. Tahun 1799 pemerintah kolonial Belanda mendirikan Rumah Sakit Binen Hospital di Jakarta, Dinas Kesehatan Tentara dan Dinas Kesehatan Rakyat yang bertujuan untuk 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 masa penjajahan Belanda dan Inggris.

3. Zaman Kemerdekaan
Empat tahun selama kemerdekaan barulah dimulai pembangunan bidang kesehatan yaitu pendirian rumah sakit, balai kesehatan dan pendirian sekolah keperawatan dimulai pertama kali tahun 1915.

Test Formatif 1

1. Tujuan pemerintahan kolonial Belanda mendirikan rumah sakit adalah
 - a. Memelihara kesehatan staf dan tentara Belanda.
 - b. Meningkatkan profesi keperawatan
 - c. Meningkatkan kesehatan masyarakat pribumi
 - d. Mendidik masyarakat pribumi untuk hidup sehat
 - e. Menurunkan tingkat kesehatan masyarakat pribumi
2. Siapakah yang pertama kali menemukan imunisasi cacar adalah
 - a. Raffles
 - b. Dandles
 - c. Ratu Elizabeth
 - d. Yan Petter Zoen Koen
 - e. Dewes Dekker
3. Kesehatan adalah milik setiap manusia. Adalah semboyan pada masah penjajahan
 - a. Belanda
 - b. Jepang
 - c. Inggris
 - d. Portugis
 - e. Cina
4. RSJ yang pertama kali berdiri di indonesia adalah...
 - a. RSJ Bogor
 - b. RSJ Lawang
 - c. RSJ Jakarta
 - d. RSJ Sabang
 - e. RSJ Semarang
5. Siapakh yang pertama kali mengadakan pelatihan cara merawat pasien gangguan jiwa
 - a. Thomas Kirkbridge
 - b. William Ellis
 - c. Socrates
 - d. Raffles
 - e. Daendles

Cocokkanlah jawaban anda dengan Kunci Jawaban Tes Formatif 1 yang terdapat dibagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut:

$$\text{Tingkat Penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN YANG BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100 \%$$

Arti tingkat penguasaan:

90-100% = baik sekali

80-89% = baik

70-79% = cukup

<70% = kurang

Apabila anda mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus, Anda dapat meneruskan mempelajari kegiatan belajar 2. Tetapi jika masih dibawah 80% , Anda harus mengulangi kegiatan belajar 1, terutama bagian yang belum dikuasai.

B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

Untuk menjadi individu yang produktif dan mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitar kita harus memiliki jiwa yang sehat. Individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental, dan sosial yang terbebas dari gangguan (penyakit), tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stres yang timbul. Kondisi ini akan memungkinkan individu untuk hidup produktif, dan mampu melakukan hubungan sosial yang memuaskan. Dalam melakukan peran dan fungsinya seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memandang manusia sebagai makhluk biopsikososiospiritual sehingga pemilihan model keperawatan dalam menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan paradigma keperawatan jiwa.

Manusia sebagai makhluk biopsikososiospiritual mengandung pengertian bahwa manusia merupakan makhluk yang utuh dimana didalamnya terdapat unsur biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Sebagai makhluk biologis, manusia tersusun dari berjuta-juta sel-sel hidup yang akan membentuk satu jaringan, selanjutnya jaringan akan bersatu dan membentuk organ serta sistem organ. Sebagai makhluk psikologi, setiap manusia memiliki kepribadian yang unik serta

memiliki struktur kepribadian yang terdiri dari id, ego dan super ego dilengkapi dengan daya pikir dan kecerdasan, agar menjadi pribadi yang selalu berkembang. Setiap manusia juga memiliki kebutuhan psikologis seperti terhindar dari ketegangan psikologis, kebutuhan akan kemesraan dan cinta, kepuasan altruistik (kepuasan untuk menolong orang lain tanpa imbalan), kehormatan serta kepuasan ego. Sedangkan sebagai makhluk sosial, manusia tidak dapat hidup sendiri, manusia selalu ingin hidup dengan orang lain dan membutuhkan orang lain. Selain itu manusia harus juga menjalin kerja sama dengan manusia lain untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup. Manusia juga dituntut untuk mampu bertingkah laku sesuai dengan harapan norma yang berlaku di lingkungan sosialnya. Sebagai makhluk spritual, manusia mempunyai keyakinan dan mengakui adanya Tuhan yang Maha Esa, memiliki pandangan hidup, dorongan hidup yang sejalan, dengan sifat religius yang dianutnya.

1. Definisi Sehat Jiwa

WHO: suatu kondisi sejahtera secara fisik, sosial dan mental yang lengkap dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Atau dapat dikatakan bahwa individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental dan sosial yang terbebas dari gangguan (penyakit) atau tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stress yang timbul. Sehingga memungkinkan individu untuk hidup produktif, dan mampu melakukan hubungan sosial yang memuaskan.

UU Kesehatan Jiwa 18 Tahun 2014 : 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 anda, carilah definisi lain mengenai sehat jiwa menurut ahli yang lain.

2. Ciri-ciri Sehat Jiwa (Mental)

Berikut ini akan dijelaskan ciri sehat jiwa menurut beberapa ahli, diantaranya:

a. Yahoda

Yahoda mencirikan sehat jiwa sebagai berikut:

- 1) Memiliki sifat positif terhadap diri sendiri
- 2) Tumbuh, berkembang dan beraktualisasi
- 3) Menyadari adanya integrasi dan hubungan anatar masa lalu dan sekarang.

- 4) Memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan dan tidak bergantung pada siapapun
- 5) Memiliki persepsi sesuai dengan kenyataan
- 6) Mampu menguasai lingkungan dan beradaptasi

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

Pada tahun 1959 dalam sidang di Geneva, WHO memiliki kriteria sehat sebagai berikut:

- 1) Individu mampu menyelesaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
- 2) Memperoleh kepuasan dari hasil jerih paya usahanya.
- 3) Merasa lebih puas memberi daripada menerima.
- 4) Secara relatif bebas dari rasa tegang (stress), cemas dan depresi.
- 5) Mampu berhubungan dengan orang lain secara tolong-menolong dan saling memuaskan.
- 6) Mampu menerima kekecewaan sebagai pelajaran yang akan datang
- 7) Mempunyai rasa kasih sayang.

c. MASLOW:

Maslow mengatakan individu yang sehat jiwa memiliki ciri sebagai berikut:

- 1) Persepsi Realitas yang akurat.
- 2) Menerima diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- 3) Spontan.
- 4) Sederhana dan wajar.

Anda harus menyimpulkan berdasarkan beberapa pengertian di atas.

3. Paradigma Keperawatan Jiwa

Tentu anda bertanya mengapa kita harus mempelajari paradigma keperawatan?

Dengan mempelajari paradigma keperawatan akan membantu seseorang atau masyarakat luas mengenal dan mengetahui keperawatan dan membantu memahami setiap fenomena. Berdasarkan pengertian diatas, para ahli menyimpulkan bahwa tujuan paradigma keperawatan adalah mengatur hubungan antara berbagai teori dan model konseptual keperawatan guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori sebagai kerangka kerja keperawatan. Anda harus mempelajari paradigma keperawatan secara umum. Fenomena adalah perilaku klien dalam menghadapi ketidak pastian

kondisi yang dialami akibat ketidak nyamanan akibat dari sakit yang dialaminya. Falsafah keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari layanan kesehatan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan. Dalam melakukan peran dan fungsinya seorang perawat harus memiliki keyakinan terhadap nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan. Keyakinan yang harus dimiliki oleh seorang perawat yaitu:

- a. Bahwa manusia adalah makhluk holistik yang terdiri dari komponen bio-psiko-sosio dan spiritual.
- b. Tujuan pemberian asuhan keperawatan adalah meningkatkan derajat kesehatan manusia secara optimal
- c. Tindakan keperawatan yang diberikan merupakan tindakan kolaborasi antara tim kesehatan, klien maupun keluarga.
- d. Tindakan keperawatan yang diberikan merupakan suatu metode pemecahan masalah dengan pendekatan proses keperawatan
 - 1) Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat
 - 2) Pendidikan keperawatan harus dilakukan secara terus-menerus

4. 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 keperawatan yang dilakukan. Keperawatan mengandung manusia sebagai makhluk holistik, sehingga pendekatan pemberian asuhan keperawatan, dilakukan melalui pendekatan humanistik, dan 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.

KEGIATAN BELAJAR 2

MODEL KONSEPTUAL DALAM KEPERAWATAN

Banyak ahli kesehatan jiwa memiliki pandangan yang berbeda-beda mengenai konsep gangguan jiwa dan bagaimana proses timbulnya gangguan jiwa. Perbedaan tersebut, dijelaskan dalam teori model konseptual kesehatan jiwa. Setiap model konseptual memiliki pandangan yang berbeda-beda mengenai konsep gangguan jiwa. Pandangan model psikoanalisa berbeda dengan pandangan model sosial, model perilaku, model eksistensial, model medikal, berbeda pula dengan model stress adaptasi. Masing-masing model memiliki pendekatan unik dalam terapi gangguan jiwa. Sebelum lebih lanjut mempelajarinya, marilah kita menulng pengertian model konsep. Tahuka anda definisi tersebut? Model konseptual merupakan kerangka kerja konseptual, sistem atau skema yang menerangkan serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi, atau kejadian terhadap, suatu ilmu dan perkembangannya.

a. Definisi

Model konseptual keperawatan merupakan suatu cara untuk memandang situasi dan kondisi pekerjaan yang melibatkan perawat di dalamnya. Model konseptual keperawatan merupakan petunjuk bagi perawat untuk mendapatkan informasi agar perawat peka terhadap yang terjadi pada suatu saat dengan dan tau apa yang harus perawat kerjakan (Brockopp, 1999, dalam hidat,).Marriner-Tomey (2004, dalam Nurrachmah) menjelaskan bahwa, model konseptual keperawatan telah memperjelas kespesifikan area fenomena ilmu keperawatan dengan melibatkan empat konsep yaitu manusia sebagai pribadi yang utuh dan unik. Konsep kedua yang bukan hanya merupakan sumber awal masalah tetapi juga merupakan sumber pendukung bagi individu. Ketiga adalah kesehatan menjelaskn tentang rentang sehat sakit sepanjang siklus mulai konsepsi hinga kematian. Konsep keempat adalah keperawatan sebagai komponen penting dalam peranan sebagai faktor penentu meningkatnya keseimbangan hidup seseorang (klayen).lebih lanjut Tomey mengatakan konsep keperawatan umumnya memandang manusia sebagai makluk biopisokosial yang berinteraksi dengan keluarga,masyarakat,dan kelompok lain teraksut lingkunga fisiknya.cara pandang da fokus penekanan pada skema konseptual dan dari setiap ilmuan dapat berbeda satu sama lain, seperti menekankan pada sistem adaptif manusia, subsistem perilaku atau aspek komplementer.

Tujuan dari model konseptual keperawatan (Ali, 20001,hal.98) :

- 1) Menjaga konsistensi pemberian asuhan keperawatan.
- 2) Mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan
- 3) Penciptakan kemandirian dalam memberikan acuan keperawatan.
- 4) Meberikan pedoman dalam menentukan kebijaksanaan dan keputusan.
- 5) Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap anggota tim keperawatan.

b. Macam model konseptual dalam keperawatan jiwa.

Berikut ini akan di jelaskan berbagai macam model konseptual yang di kembangkan oleh beberapa ahli di antaranya :

1) *Psycoanalytical* (Freund, Ericson)

Merupakan model yang di kemukakan oleh singmung freund. Psikoanalisa meyakini bahwa penyimpangan perilaku pada usia dewasa berhubungan dengan perkembangan pada masa anak. Menurut model *psycoanalytical* gangguan jiwa di karenakan ego tidak berfungsi dalam mengontrol id sehingga mendorong terjadinya penyimpangan perilaku (*Deviantion of Behavioral*) dan konflik intrapsikis terutama pada masa anak-anak. Setiap fase perkembangan mempunyai tugas perkembangan yang harus di capai gejala merupakan simbol dari konflik. Proses terapi psikoanalisa memkan waktu yang lama.

Proses terapi pada model ini menggunakan metode asosiasi bebas dan analisa mimpi transferen, bertujuan untuk memperbaiki trauma masa lalu. Contoh proses terapi pada model ini adalah: klien di buat dalam keadaan tidur yang sangat dalam. Dalam keadaan tidak berdaya terapis akan menggali alam bawah sadar klien dengan berbagai pertanyaan-pertanyaan tentang pengalaman traumatic masa lalu. Dengan cara demikian, klien akan mengungkapkan semua pikiran dan mimpinya, sedangkan terapis berupaya untuk menginterpretasi. Peran perawat dalam model *psycoanalytical*. Melakukan pengkajian keadaan traumatic atau stressor yang di anggap bermakna pada masa lalu misalnya(menjadi korban perilaku kekerasan fisik, sosial, emosional maupun seksual) dengan menggunakan pendekatan komunikasi terapeutik.

2) *Interpersonal* (Sullivan, Peplau)

Model ini dikembangkan oleh Harry Stack Sullivan dan Hildegard Peplau. Teori interpersonal meyakini bahwa perilaku perkembangan dari hubungan interpersonal. Sullivan menekankan besarnya pengaruh perkembangan masa anak-anak terhadap kesehatan jiwa individu. Menurut konsep model ini, kelainan jiwa seseorang disebabkan karena adanya ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan (*Anxiety*). Ansietas yang dialami seseorang timbul akibat konflik saat berhubungan dengan orang lain (*interpersonal*), dikarenakan adanya ketakutan dan penolakan atau tidak diterima oleh orang sekitar. Lebih lanjut, Sullivan mengatakan individu memandang orang lain sesuai dengan yang adapada dirinya.

Sullivan mengatakan dalam individu terhadap dua dorongan yaitu:

- a) Dengan untuk kepuasan, berhubungan dengan kepuasan dasar seperti: lapar, kesepian, dan nafsu.
- b) Dorongan untuk keamanan, berhubungan dengan kebutuhan budaya seperti menyesuaikan norma sosial, nilai suatu kelompok tertentu

Proses terapi

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

Peran perawat dalam terapi adalah :

- a) Anxieties (berbagai pengalaman mengenai apa-apa yang dirasakan klien dan apa yang menyebabkan kecemasan klien dalam berhubungan dengan orang lain).
- b) Therapist use empathy and relationship (empati dan turut merasakan apa-apa yang dirasakan oleh klien). Perawat memberikan respon verbal yang mendorong rasa aman klien dalam berhubungan dengan orang lain.

3) Social (Kaplan, Szasz)

Model ini berfokus pada lingkungan fisik dan situasi sosial yang dapat menimbulkan stress dan mencetuskan gangguan jiwa (*social and environmental factors create stress, which cause anxiety and symptom*). Menurut Szasz, setiap individu bertanggung jawab terhadap perilakunya, mampu mengontrol dan menyesuaikan perilaku sesuai dengan nilai atau budaya yang diharapkan masyarakat. Kaplan, meyakini bahwa, konsep pencegahan primer, sekunder dan tersier sangat penting untuk mencegah timbulnya gangguan jiwa. Situasi sosial yang dapat menimbulkan gangguan jiwa adalah kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya support sistem dan mekanisme koping yang maladaptif.

Proses terapi:

Prinsip proses terapi yang sangat penting dalam modifikasi lingkungan dan adanya support system. Proses terapi dilakukan dengan menggali support system yang dimiliki klien seperti: suami/isteri, keluarga atau teman sejawat. Selain itu terapis berupaya menggali system sosial klien seperti suasana di rumah, kantor, sekolah, masyarakat atau tempat kerja.

4) Eksistensial (Ellis, Rogers)

Model eksistensial menyatakan bahwa gangguan perilaku atau gangguan jiwa terjadi apabila gangguan individu gagal menemukan jati dirinya dan tujuan hidupnya. Individu tidak memiliki kebanggaan akan dirinya. Membenci diri sendiri dan mengalami gangguan dalam *body-image*-nya. Prinsip terapinya pada model ini adalah mengupayakan individu agar memiliki pengalaman berinteraksi dengan orang yang menjadi panutan atau sukses dengan memahami riwayat hidup orang tsb, memperluas kesadaran diri dengan cara introspeksi diri (*self assessment*), bergaul dengan kelompok sosial dan kemanusiaan (*conducted in group*), serta mendorong untuk menerima dirinya sendiri dan menerima kritik atau *feedback* tentang perilakunya dari orang lain (*encouraged to accept self and control behavior*). Terapi dilakukan melalui kegiatan terapi aktivitas kelompok.

5) Supportive Therapy (Wermon, Rockland)

Wermond dan rockland meyakini bahwa penyebab gangguan jiwa adalah faktor penyebab biopsikososial dan respos maladaptif saat ini. Contoh aspek biologis yaitu sering sakit maag, migraine, batuk-batuk. Aspek psikologisnya mengalami banyak keluhan seperti: cemas, kurang percaya diri, perasaan bersalah, ragu-ragu, pemarah. Aspek social seperti susah bergaul, menarik diri, tidak disukai, bermusuhan, tidak mampu mendapatkan pekerjaa, dan sebagainya. Semua hal tersebut terakumulasi menjadi penyebab gangguan jiwa. Fenomena tersebut muncul akibat ketidak mampuan dalam beradaptasi pada masalah-masalah yang muncul saat ini dan tidak ada kaitannya dengan masa lalu. Prinsip proses terapi pada model supportif adalah menguatkan respon koping adaptif. Terapis membantu klien untuk mengidentifikasi dan mengenal kekuatan atau kemampuan serta koping yang dimiliki klien, mengevaluasi kemampuan mana yang dapat digunakan untuk alternatif pemecahan masalah. Terapis berupaya untuk menjalin hubungan yang hangat dan empatik dengan klien untuk membantu klien menemukan koping klien yang adaptif.

6) Medical (Mayer, Kraeplin)

Menurut konsep ini penyebab gangguan jiwa adalah multifaktor yang kompleks, yaitu: aspek fisik, genetik, lingkungan dan faktor sosial. Model medical meyakini bahwa penyimpangan perilaku merupakan manifestasi gangguan sistem syaraf pusat (SSP). Dicurigai bahwa depresi dan schizophrenia dipengaruhi oleh transmisi impuls neural, serta gangguan synaptic. Sehingga fokus penatalaksanaannya harus lengkap melalui pemeriksaan diagnostik, terapi somatik, farmakologik dan teknik interpersonal.

Peran perawat dalam model medikal ini adalah melakukan kolaborasi 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. Model medical terus mengeksplorasi penyebab gangguan jiwa secara ilmiah.

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.

Proses terapi dalam model ini meliputi :

- a. Memberi umpan balik dan klarifikasi masalah.
- b. Memberi penguatan untuk komunikasi yang efektif.
- c. Memberi alternatif koreksi untuk komunikasi yang tidak efektif.
- d. Melakukan analisis proses interaksi.

8) Model perilaku

Dikembangkan oleh H.J.Eysenck, J. Wilpe dan B.F. Skinner. Terapi modifikasi perilaku dikembangkan dari teori belajar (*learning theory*). Belajar terjadi jika ada stimulus dan timbul respon, serta respon dikuatkan (*reinforcement*).

Proses terapi :

Terapi pada model perilaku dilakukan dengan cara :

- a) *Desentisasi* dan relaksasi, dapat dilakukan bersamaan. Dengan teknik ini diharapkan tingkat kecemasan klien menurun.
- b) *Asertif training* adalah belajar mengungkapkan sesuatu secara jelas dan nyata tanpa menyinggung perasaan orang lain.
- c) *Positive training*. Mendorong dan menguatkan perilaku positif yang baru dipelajari berdasarkan pengalaman yang menyenangkan untuk digunakan pada perilaku yang akan datang.
- d) *Self regulasi*. Dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut. Pertama melatih serangkaian standar perilaku yang harus dicapai oleh klien. Selanjutnya klien diminta untuk melakukan self observasi dan self evaluasi terhadap perilaku yang ditampilkan. Langkah terakhir adalah klien diminta untuk memberikan *reinforcement* (penguatan terhadap diri sendiri) atas perilaku yang sesuai.

9) Model Stress Adaptasi Roy

Keperawatan adalah suatu disiplin ilmu dan ilmu tersebut menjadi landasan dalam melaksanakan praktik keperawatan (Roy, 1983). 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.

Keperawatan memberi perbaikan pada manusia sebagai satu kesatuan yang utuh untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan dan berespons terhadap stimulus internal yang mempengaruhi adaptasi. Jika ada stressor dan individu tidak dapat menggunakan coping secara efektif, maka individu tersebut memerlukan perawatan. Tujuan keperawatan adalah meningkatkan interaksi individu dengan lingkungan, sehingga adaptasi dalam setiap aspek semakin meningkat. Komponen-komponen adaptasi mencakup fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan saling ketergantungan.

Adaptasi adalah komponen pusat dalam model keperawatan. Didalamnya menggambarkan manusia sebagai sistem adaptif. Adaptasi menggambarkan proses coping terhadap stressor dan produk akhir dari coping. Proses adaptasi termasuk fungsi holistik bertujuan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif yang pada akhirnya akan meningkatkan intergritas. Proses adaptasi termasuk didalamnya proses interaksi manusia dengan lingkungan yang terdiri dari dua proses. Bagian pertama dari proses ini dimulai dengan perubahan dalam lingkungan internal dan eksternal yang membutuhkan sebuah respon. Perubahan tersebut dalam model adaptasi Roy digambarkan sebagai stressor atau stimulus fokal dan ditengahi oleh faktor-faktor konstektual dan residual. Stressor menghasilkan interaksi yang biasanya disebut stress.

Bagian kedua adalah mekanisme coping yang dirangsang untuk menghasilkan respon adaptif dan efektif. Produk adaptasi adalah hasil dari proses adaptasi dan digambarkan dalam istilah kondisi yang meningkatkan tujuan-tujuan manusia yang meliputi: kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi dan penguasaan yang disebut intergritas. Kondisi akhir ini adalah kondisi keseimbangan dinamik equilibrium yang meliputi peningkatan dan penurunan respon-respon.

Setiap kondisi adaptasi baru di pengaruhi oleh adaptasi yang lain, sehingga dinamika equilibrium manusia berada pada tingkat yang lebih tinggi. Jarak yang besar dari stimulus dapat di sepakati dengan suksesnya manusia sebagai sistem adaptif. Jadi peningkatan adaptasi mengarah pada tingkat-tingkat yang lebih tinggi pada keadaan sejahtera atau sehat. Adaptasi kemudia disebut sebagai suatu fungsi dari stimuli yang masuk dan tingkatan adaptasi.

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. Model ini mengadopsi berbagai teori antara lain teori sistem, teori perkembangan dan teori interaksi.

Latihan 2

- 1) Jelaskan ciri-ciri sehat jiwa menurut Yahoda.
- 2) Jelaskan komponen paradigma keperawatan jiwa.
- 3) Jelaskan ciri kesehatan jiwa menurut Maslow.
- 4) Jelaskan perbedaan model konsep medikal dengan keperawatan.

Petunjuk jawaban latihan

- 1) Untuk mampu menjawab latihan nomor 1, bacalha kembali mengenai ciri sehat menurut Yahoda
- 2) Untuk mampu menjawab latihan nomor 2, bacalah kembali mengenai paradigma keperawatan
- 3) Untuk mampu menjawab latihan nomor 3, bacalah kembali mengenai ciri sehat menurut Maslow
- 4) Untuk mampu menjawab latihan nomor 3, bacalah kembali model konsep keperawatan jiwa

Rangkuman 2

1. Keperawatan jiwa memandang manusia sebagai makhluk kholistik, yaitu makhluk bio-pisiko-sosial-spiritual.
2. Model konseptual memberikan keteraturan untuk berfikir, mengobservasi dan menginterpretasi apa yang dilihat, memberikan arah riset untuk mengidentifikasi suatu pertanyaan untuk menjawab fenomena dan menunjukkan pemecahan masalah.
3. Tujuan dari model konseptual keperawatan
 - a. Menajaga konsistensi pemberian asuhan keperawatan.
 - b. Mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
 - c. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
 - d. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijaksanaan dan keputusan
 - e. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap anggota tim keperawatan.

Latihan

1. Jelaskan dengan singkat sejarah keperawatan jiwa di dunia
2. Jelaskan dengan singkat sejarah keperawatan di indonesia

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Untuk mampu menjawab Latihan nomor 1, baca kembali sejarah keperawatan jiwa di dunia.
2. Untuk mampu menjawab soal Latihan no 2, baca kembali sejarah keperawatan jiwa di Indonesia

Test Formatif 2:

1. Model Konseptual Internasional dikembangkan oleh:
 - a. Sullivan dan Peplau
 - b. Roger
 - c. Linenger
 - d. Roy
 - e. Handerson
2. Menurut model konseptual interpersonal meyakini bahwa kelainan jiwa seseorang dipengaruhi oleh:
 - a. Ansietas
 - b. Konflik
 - c. Ketakutan dan penolakan
 - d. Benar semua
3. Peran perawat dalam terapi model konseptual interperasonal adadalah:
 - a. Share exieties
 - b. Therapist use empathy
 - c. Relationship
 - d. Benar semua
4. Tujuan dari model konseptual keperawatan:
 - a. Menjaga konsistensi pemberian asuhan keperawatan.
 - b. Mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
 - c. Menciptakan kemandirian dalam memeberikan asuhan perawatan.
 - d. Benar semua
5. Nyaman terhadap diri sendiri ditandai dengan:
 - a. Mampu mengatasi berbagai perasaan : rasa marah, rasa takut, cemas, iri, rasa bersalah, rasa senang, cintai mencintai, dll.
 - b. Mampu mengatasi kekecewaan dalam kehidupan.
 - c. Mempunyai harga diri yang wajar.
 - d. Benar semua

6. Menurut WHO individu yang sehat jiwa memiliki ciri-ciri sebagai berikut:
 - a. Individu mampu menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
 - b. Memperoleh kepuasan dari dari hasil jerih payah usahanya.
 - c. Merasa lebih puas memberi dari pada menerima
 - d. Benar semua
7. Komponen dalam paradigma keperawatan jiwa meliputi:
 - a. Manusia, keperawatan, lingkungan, dan kesehatan.
 - b. Manusia, keperawatan, lingkungan dan psikologis.
 - c. Manusia, keperawatan, kesehatan dan kekeluargaan.
 - d. Manusia, lingkungan, kesehatan dan kegembiraan

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes Formatif 2 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut:

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN YANG BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

- 90-100% = baik sekali
- 80-89% = baik
- 70-79% = cukup
- <70% = kurang

Apabila anda mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Bagus!, tetapi jika masih dibawah 80%, Anda harus mengulangi materi kegiatan belajar 2, terutama bagian yang belum dikuasai.

Selamat anda telah menjawab pertanyaan-pertanyaan pada tugas mandiri dengan baik, yang telah menyelesaikan modul 1, selanjutnya anda diperkenankan untuk melanjutkan ke

modul 2 yang membahas mengenai terapi dalam keperawatan jiwa.saya yakin anda mampu menyelesaikan pembelajaran pada modul tersebut dengan baik, sukses untuk anda.

DAFTAR PUSTAKA

- Keliat, B.A., dkk 2005. *Modul basic Course Community Mental-Psychiatric Nursing*. Jakarta: Tidak diterbitkan
- FIK UI & WHO, 2016. *Modul Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa (MPK)*, Jakarta: Tidak diterbitkan
- Ralph S.S., Rosenberg, M.C., Scroggins, L., Vassallo, B., Warren, J., 2015, *Nursig Diagnoses : Definitions & Classification*, NANDA International, Philadelphia
- Rawlins, R.P., Heacock, P.E., 1993 *Clinical Manual of Psychiatric Nursing*, Mosby Year Book, Toronto
- Rawlins, R.P., Williams,S.R., Beck, C.M.,1993, *Mental Health Psychiatric Nursing a Holistic Life Cycle Approach*, Mosby Year Book, London
- Stuart, G.W., Laraia, M.T., 1998 *Principles and Practice of Psychhiatric Nursing*, 6th Editions, Mosby, St. Louis
- Stuat, G.W., Sundeen, S.J., 1998, *Keperawatan Jiwa, Buku Saku*, Terjemahan Hamid, A.S., Edisi 3, EGC, Jakarta
- Stuart, Gall Wiscart and student, Sandra J. *Pocket guide to psychiatric nursing(2 nd. Ed)* Mosby Year Book, St. Louis, baltimore. Boston Chicago. London Sidney. Toronto
- TIM Jiwa FIK UI. 1999 *Kumpulan Proses Keperawatan Masalah Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Bagian Keperawatan Jiwa Komunitas FIK UI, tidak diterbitkan
- Touwnsend, M.C. 1998 *Diagnosis Keperawatan pada keperawatan Psikiatri: Pedoman untuk pembuatan Rincian Perawatan*, Jakarta: EGC

Kunci Jawaban Tes Formatif:

Test Formatif 1

1. A
2. A
3. A
4. A
5. A

Test Formatif 2

1. A
2. D
3. D
4. D
5. D
6. D
7. A

KEGIATAN BELAJAR 3

TERAPI MODALITAS KEPERAWATAN JIWA

Selanjutnya Anda akan mempelajari tentang terapi Modalitas keperawatan Jiwa. Materi pembelajaran ini sangat mendasar dan memberikan bekal pengetahuan anda sebagai perawat untuk memahami bagaimana seorang perawat memiliki tanggung jawab yang sangat besar dalam pelaksanaan terapi modalitas, psikofarmaka, serta dalam pemberian obat psikofarmaka. Perlu penulis beritahukan bahwa terapi modalitas merupakan terapi utama dalam keperawatan jiwa, dimana perawat memiliki peran yang sangat penting karena,perawat berperan sebagai terapis yang harus merubah perilaku mal-adaptif pasien menjadi perilaku yang adaptif. Selain itu, perawat dituntut untuk dapat meningkatkan potensi yang dimiliki pasien sebagai titik tolak penyembuhan. Mengingat begitu pentingnya peran perawat dalam terapi modalitas, maka anda harus mampu menyelesaikan kegiatan belajar 1 dan 2 dengan baik. Adapun tujuan umum kegiatan belajar 3 ini adalah anda mampu menjelaskan kembali tentang terapi modalitas dalam keperawatan jiwa. Sedangkan secara khusus setelah mempelajari kegiatan belajar ini anda mampu:

1. Menjelaskan kembali terapi modalitas
2. Melaksanakan terapi aktivitas kelompok
3. Menjelaskan konsep psikofarmaka

Setelah mengetahui penggolongan, efek samping dan cara pemberian obat, perawat wajib melaksanakan 5 benar prinsip pemberian obat, yaitu benar nama, benar waktu, benar cara, benar dosis dan efek samping pemberian obat. Perawat juga wajib memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga terkait prinsip pemberian obat. Peran perawat yang tidak kalah penting adalah harus mengidentifikasi masalah klien dalam pemberian oabat psikofarmaka dan melakukan evaluasi pemberian obat psikofarmaka. Agar kemampuan anda mengingat dalam melaksanakan peran sebagai perawat, maka pelajarilah kegiatan belajar 3 dengan baik. Karena tujuan dari kegiatan belajar ini adalah anda mampu memahami peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka dan menerapkan prinsip 5 benar pemberian obat golongan psikofarmaka.

Sebaiknya anda mempelajari dan memahami terlebih dahulu kegiatan benar 1 dengan baik sebelum anda melanjutkan mempelajari kegiatan belajar 2, begitu seterusnya karena dengan memahami kegiatan belajar 1 akan membantu mempermudah anda

memahami 2 dan memahami kegiatan belajar 2 akan meningkatkan pemahaman kegiatan belajar 3. Seperti pada modul-1, pada setiap akhir kegiatan belajar, anda akan menemukan tugas dan latihan soal, jangan lupa anda harus menjawab dengan benar. Perhatikan petunjuk soal sebelum anda menjawabnya. Anda dinyatakan lulus, apabila telah menjawab sedikitnya 80, berarti anda belum berhasil memahami materi tersebut. Upaya yang dapat anda lakukan untuk dapat menjawab soal tersebut adalah pelajari kembali modul ini dan diskusikan dengan teman anda bagian yang anda tidak mengerti atau hubungi fasilitator anda. Saya yakin anda pasti bisa. **Selamat Belajar Sukses Selalu Menyertai Anda !!**

A. Terapi Modalitas dalam Keperawatan Jiwa

Terapi modalitas merupakan terapi utama dalam keperawatan jiwa. Sebagai seorang terapis, perawat harus mampu merubah perilaku mal-adaptif pasien menjadi perilaku yang adaptif serta meningkatkan potensi yang dimiliki pasien. Ada bermacam-macam terapi modalitas dalam keperawatan jiwa seperti terapi individu, terapi keluarga, terapi bermain, terapi lingkungan dan terapi aktivitas kelompok. Terapi modalitas ini dapat dilakukan secara individu maupun kelompok atau dengan memodifikasi lingkungan dengan cara mengubah seluruh lingkungan menjadi lingkungan yang terapeutik untuk klien, sehingga memberikan kesempatan klien untuk belajar dan merubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi. Agar pemahaman anda mengenai terapi modalitas dalam keperawatan jiwa meningkat serta mampu menjadi terapis dalam terapi tersebut maka pelajari lah kegiatan belajar ini dengan baik. Selamat belajar sukses untuk anda. Ada beberapa jenis terapi modalitas dalam keperawatan jiwa seperti:

1. Terapi Individu

Adalah suatu hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien. Hubungan terstruktur dalam terapi individual ini, bertujuan agar klien mampu menyelesaikan konflik yang dialaminya. Selain itu klien juga diharapkan mampu meredakan penderitaan (distress) emosional, serta mengembangkan cara yang sesuai dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

2. Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan adalah suatu terapi yang dilakukan dengan cara mengubah atau menata lingkungan agar tercipta perubahan perilaku pada klien dari perilaku mal-adaptive menjadi perilaku adaptif. Proses terapi dilakukan dengan mengubah seluruh lingkungan menjadi lingkungan yang terapeutik untuk klien. Dengan lingkungan yang terapeutik akan memberikan kesempatan klien untuk belajar dan mengubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi.

3. Terapi Biologis

Beberapa jenis terapi somatic gangguan jiwa seperti: pemberian obat (medikasi psikofarmaka), intervensi nutrisi, *electro convulsive* (ECT), foto terapi, dan bedah otak. Beberapa terapi yang sampai sekarang tetap diterapkan dalam pelayanan kesehatan jiwa meliputi medikasi psikoaktif dan ECT.

4. Terapi Kognitif

Prinsip terapi ini adalah memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perilaku dan perasaan klien. Proses terapi dilakukan dengan membantu menemukan stressor yang menjadi penyebab gangguan jiwa, selanjutnya mengidentifikasi dan mengubah pola pikir dan keyakinan yang tidak akurat menjadi akurat.

5. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah terapi yang diberikan kepada seluruh anggota keluarga dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsi sebagai terapis. Terapi ini bertujuan agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya dalam merawat klien dengan gangguan jiwa. Untuk itu sasaran utama terapi jenis ini adalah keluarga yang mengalami disfungsi; yaitu keluarga yang tidak mampu melaksanakan fungsi-fungsi yang dituntut oleh anggotanya.

B. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi kelompok merupakan suatu psikoterapi yang diberikan kepada sekelompok pasien dilakukan dengan cara berdiskusi antar sesama pasien dan dipimpin atau diarahkan oleh seorang terapis atau petugas kesehatan jiwa yang telah terlatih.

1. Manfaat TAK:

- a. Meningkatkan kemampuan menilai dan menguji kenyataan (*reality testing*) melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain.
- b. Meningkatkan kemampuan sosialisasi pasien
- c. Meningkatkan kesadaran tentang pentingnya hubungan antara reaksi emosional diri sendiri dengan perilaku defensif (bertahan terhadap stres) dan adaptasi.
- d. Membangkitkan motivasi bagi kemajuan fungsi-fungsi psikologis, seperti kognitif dan efektif.

2. Secara khusus tujuan terapi aktivitas kelompok adalah:

- a. Meningkatkan identitas diri pasien
- b. Menyalurkan emosi pasien secara konstruktif.
- c. Meningkatkan keterampilan hubungan sosial yang akan membantu pasien dalam kehidupan sehari-hari.
- d. Bersifat rehabilitatif: meningkatkan kemampuan ekspresi diri, keterampilan sosial, kepercayaan diri, kemampuan empati, dan meningkatkan kemampuan tentang masalah-masalah kehidupan dan pemecahannya.

3. Jenis Terapi Aktivitas Kelompok (TAK):

a. TAK: Stimulasi Persepsi

Stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktivitas sebagai stimulasi yang terkait dengan pengalaman dan atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternatif penyelesaian masalah. Fokus terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi adalah membantu pasien yang mengalami kemunduran orientasi. Terapi ini sangat efektif untuk pasien yang mengalami gangguan persepsi; halusinasi, menarik diri, gangguan orientasi realitas, kurang inisiatif atau ide. Pasien yang mengikuti kegiatan

terapi ini merupakan pasien yang kooperatif, sehat fisik, dan dapat berkomunikasi verbal. Silahkan saudara membaca langka-langka tersebut.

b. Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

Tujuan umum dari terapi aktivitas kelompok sosialisasi adalah meningkatkan kemampuan sosialisasi pada pasien dengan isolasi sosial. Sedangkan tujuannya khususnya adalah:

- 1) Meningkatkan kemampuan komunikasi verbal pasien
- 2) Pasien dapat meningkatkan kemampuan komunikasi non verbal
- 3) Pasien dapat berlatih mematuhi peraturan
- 4) Pasien dapat meningkatkan interaksi dengan klien lain
- 5) Pasien dapat meningkatkan partisipasi dalam kelompok
- 6) Pasien dapat mengungkapkan pengalamannya yang menyenangkan
- 7) Pasien dapat menyatakan perasaan tentang terapi aktivitas kelompok sosialisasi

Kriteria pasien yang dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok sosialisasi adalah

- 1) Pasien menarik diri yang cukup kooperatif
- 2) Klien yang sulit mengungkapkan perasaannya melalui komunikasi verbal
- 3) Klien dengan gangguan menarik diri yang telah dapat berinteraksi dengan orang lain
- 4) Klien dengan kondisi fisik yang dalam keadaan sehat (tidak sedang mengidap penyakit fisik tertentu seperti diare, thypoid dan lain-lain)
- 5) Klien halusinasi yang sudah dapat mengontrol halusinasinya
- 6) Klien dengan riwayat marah/amuk yang sudah tenang

4. Tahap terapi aktifitas kelompok (TAK)

Terapi aktifitas kelompok terdiri dari 4 fase yaitu

- 1) Fase prakelompok: Fase ini dimulai dengan membuat tujuan terapi, menentukan leader, jumlah anggota, kriteria anggota, tempat dan waktu kegiatan serta media yang digunakan. Jumlah anggota pada terapi kelompok biasanya 7-8 orang. Sedangkan jumlah minimum 4 dan maksimum 10. Kriteria anggota yang dapat mengikuti terapi aktifitas kelompok, adalah: sudah terdiagnosis baik medis maupun keperawatan, tidak terlalu gelisah, tidak agresif, serta tidak terdiagnosis dengan waham.
- 2) Fase Awal Kelompok
Fase ini ditandai dengan timbulnya ansietas karena masuknya anggota kelompok, dan peran baru. Fase ini terbagi atas 3 fase, yaitu orientasi, konflik dan kohesif.
 - a. Tahap orientasi
Pada fase ini anggota mulai mencoba mengembangkan sistem sosial masing-masing, leader menunjukkan rencana terapi dan menyepakati kontrak dengan anggota.
 - b. Tahap konflik
Merupakan masalah sulit dalam proses kelompok. Pemimpin perlu memfasilitasi ungkapan perasaan, baik positif maupun negatif dan membantu kelompok mengenali penyebab konflik, serta mencegah perilaku yang tidak produktif.
 - c. Tahap kohesif
Anggota kelompok merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih intim satu sama lain.
- 3) Fase kerja kelompok
Pada fase ini, kelompok sudah menjadi tim. Kelompok menjadi stabil dan realitas. Pada akhir fase ini, anggota kelompok menyadari produktivitas dan kemampuan yang bertambah disertai percaya diri dan kemandirian.
- 4) Fase Terminasi
Fase ini ditandai oleh perasaan puas dan pengalaman kelompok akan digunakan secara individual pada kehidupan sehari-hari. Terminasi dapat bersifat sementara (temporer) atau akhir.

Latihan 1

1. Jelaskan prinsip-prinsip terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi.
2. Jelaskan prinsip terapi individu.

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Untuk mampu menjawab latihan nomor 1, pelajaryliah kembali materi tentang terapi aktifitas kelompok
2. Untuk mampu menjawab soal nomor 2, pelajaryliah kembali terapi individu

Rangkuman 1

1. Jenis terapi modalitas yang dikembangkan pada keperawatan jiwa, yaitu: terapi individu, terapi aktifitas kelompok, terapi keluarga, terapi kognitif, terapi biologis dan terapi bermain.
2. Peran perawat sangatlah penting dalam terapi modalitas, karena perawat merupakan terapis yang akan merubah perilaku maladaptif pasien menjadi adaptif serta meningkatkan potensi yang dimiliki pasien.
3. Tahap terapi aktifitas kelompok terdiri dari 4 fase, yaitu: Fase prakelompok yang dimulai dengan membuat tujuan terapi, menentukan leader, jumlah anggota, kriteria anggota, tempat dan waktu kegiatan, serta media yang digunakan. Selanjutnya ada fase awal kelompok ditandai dengan timbulnya ansietas karena masuknya anggota kelompok, dan peran baru. Fase ini terbagi atas tiga fase, yaitu orientasi, konflik, dan kohesif. Selanjutnya fase kerja kelompok dan terakhir fase terminasi ditandai dengan adanya perasaan puas dan pengalaman kelompok akan digunakan secara individual pada kehidupan sehari-hari. Terminasi dapat bersifat sementara (temporer) atau akhir.

C. Konsep Psikofarmaka

Tentu anda bertanya mengapa saya harus mempelajari psikofarmaka? Anda harus mempelajari psikofarmaka, karena salah satu peran yang anda lakukan sehari-hari adalah (kolaborasi) pemberian obat. Untuk mampu menjalankan peran tersebut, Anda harus mengetahui penggolongan. Agar pemahaman anda mengenai psikofarmaka meningkat, pelajaryliah kegiatan belajar ini dengan baik. Saya yakin anda mampu selamat belajar.

1. Pengertian psikofarmaka

Obat psikofarmaka disebut juga sebagai obat psikotropika, atau obat psikoaktif atau obat psikoterapeutik. Penggolongan obat ini didasarkan atas adanya kesamaan efek obat terhadap penurunan atau berkurangnya gejala. Kesamaan dalam susunan kimiawi obat dan kesamaan dalam mekanisme kerja obat.

Obat psikofarmaka adalah obat yang bekerja pada susunan saraf pusat (SSP) dan mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku (*mind and behavior altering drugs*), digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik (*psychotherapeutic medication*).

2. Jenis obat psikofarmaka

a. Obat anti-psikosis

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

Indikasi penggunaan obat ini adalah sindrom psikosis yang di tandai dengan adanya ketidakberdayaan berat dalam kemampuan daya menilai realitas, fungsi mental, dan fungsi kehidupan sehari-hari.

- 1) Sindrom psikosis, dapat terjadi dalam sindrom psikosis fungsional seperti skizofrenia, psikosis paranoid, psikosis avektif dan psikosis reaktif singkat.
- 2) Sindrom psikosis organik, seperti, sindrom delirium, dementia, intoksikasi alkohol, dan lain-lain.

b. Obat anti-depresi

Obat anti-depresi sinonim dari *thymoleptic*, *psychicenergizers* dan antidepresan. Sediaan obat antidepresi di Indonesia adalah amitriptyline, amoxpine, amineptine, clomipramine, imipramine, moclobemide, maprotiline, mianserin, apipramol, sertraline, trazodone, paroxetine,

fluvoxamine, fluoxetine. Jenis obat anti-depresi adalah anti-depresi trisiklik, anti-depresi tetrasiklik obat anti-depresi atipikal, *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI), dan *Inhibitor Monoamine Okside* (MAOI).

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

- 1) Sindrom depresi panik, gangguan afektif, bipolar dan unipolar. Gangguan distimik dan gangguan siklotimik.
- 2) Sindrom depresi organik, seperti *hypothyroid induced depression*, *brain injury depression* dan reserpine.
- 3) Sindrom depresi situasional seperti gangguan penyesuaian dengan depresi, *grief readication* dll; dan sindrom depresi penyerta seperti gangguan jiwa dengan depresi (gangguan obsesi kompulsi gangguan panik, dimensia), gangguan fisik dengan depresi (stroke, MCI, kanker, dll).

c. Obat anti-ansietas

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

Sindrom ansietas psikik, seperti gangguan ansietas umum, gangguan panik, gangguan fobik, gangguan obsesif kompulsif, gangguan stres paska trauma

- 1) Sindrom ansietas organik, seperti hyperthyroid, pheochromosytosis, dll; sindrom ansietas situasional seperti gangguan penyesuaian dengan ansietas dan gangguan cemas perpisahan
- 2) Sindrom ansietas penyerta seperti gangguan jiwa dengan ansietas (skizofrenia, gangguan paranoid, dan sebagainya)/

Penyakit fisik dengan ansietas seperti pada klien stoke , Myocard Cardio Infas (MCI) ,Kanker dan lain-lain

- d. Obat anti-obsesif kompulsif
- e. Obat anti-obsesif kompulsif merupakan persamaan dari *drugs used in obsesifer-compulsif disorders* . sediaan obat anti-obsesif kompulsif di indonesia adalah clomipramine. Fluvoxamine, sertraline ,fluoxetine, paroxetine. Indikasi peengunaan obat ini adalah sindrom obsesif kompulsif. Diagnostik obsesif kompulsif dapat diketahui bila individu sekitarnya dua minggu dan hampir setiap hari mengalami gejala obsesif kompulsif , dan gejala tersebut merupakan sumber penderitaan (*distress*) atau mengganggu aktivitas sehari-hari (*disability*).

3. Efek samping obat Psikofarmaka

- a. Efek samping yang harus diperhatikan adalah sindrom ekstrapiramidal (EPS) , baik jangka akut maupun kronik . Efek samping yang bersifat umum meliputi neurologis , behavioral, autoimun ,autonomik. Reaksi neurologis yang terjadi adalah timbulnya gejala-gejala ekstrapiramidal (EPS) seperti reaksi distonia akut yang terjadi secara mendadak dan sangat menakutkan bagi klien, seperti spasme kelompok otot mayor yang meliputi leher , punggung dan mata. Katatonia, yang akan mengakibatkan gangguan pada sistem pernafasan . Reaksi reulologis yang juga sering terjadi adalah akatisia, ditandai dengan rasa tidak tenang, dan sakit pada tungkai, gejala ini akan hilang jika klien melakukan gerakan.
- b. Sindrom parkinson's. Gejala sindrom parkinson meliputi akinesia, rigiditas/kekakuan dan tremor. Akinesia adalah suatu keadaan dimana tidak ada atau perlambatan gerakan , sikap tubuh klien kaku seperti layaknya sebatang kayu yang padat, cara berjalan inkling dengan ciri berjalan dengan posisi tubuh kaku kedepan, langkah kecil dan cepat dan waja seperti topeng. Pada pemeriksaan fisik terjadi rigiditas/kekakuan pada otot, tremor halus bilateral di seluruh tubuh serta gerakan “memutar pil” dari jari-jari tangan.

- c. Reaksi behavioral akibat efek samping dari penggunaan obat ini ditandai dengan banyak tidur, grogines dan keletihan.
- d. Reaksi autoimun ditandai dengan penglihatan kabur, konstipasi, takikardi, retensi urine, penurunan sekresi lambung, penurunan berkeringat dan salivasi (mulu kering) , sengatan panas ,kongesti nasal, penurunan sekresi pulmonal, "*psikologis atropine*" pada klien geriatik , hiperaktivitas, agitasi, kekacauan mental, kulit kemerahan, dilatasi pupil yang bereaksi lambat, hipomotilitas usus, disartria, dan takikardia.
- e. Reaksi autonomik (jantung) biasanya terjadi pening/pusing, takikardia, penurunan tekanan darah diastolik. Reaksi akut merugikan dan jarang terjadi pada penggunaan anti-psikosis adalah reaksi alergi ,abnormalitas elektrokardiography dan neurologis yang biasanya terjadi kejang grand mal dan tidak ada tanda aura.
- f. Reaksi alergi yang terjadi meliputi agranulositosis, dermatosis sistemik, dan ikterik. Agranulositosis yang terjadi secara mendadak , demam, malaise, sakit tenggorokan, ulseratival, leukopenia. Dermatitis sistemik, yaitu adanya makupopapular, eritematosa, ruam gatal pada wajah-leher-dada-ekstrimitas, dermatitis kontak jiwa menyentu obat, fotosensitifitas yaitu adanya surbun hebat. Ikterik dengan adanya demam, mual, nyeri abdomen, malaise, gatal, uji fungsi lever abnormal.
- g. Efek Samping Jangka Panjang
 - 1) Efek samping jangka panjang yang umum terjadi gejala-gejala eksrapimidal. Diskinesia tardif merupakan efek samping jangka panjang yang umum terjadi yaitu adanya protusi lidah/kekakuan lidah, mengecapkan bibir, merengut, menghisap, mengunyah, berkedip , gerakan rahang lateral, meringis; anggota gerak, bahu melorot, "*pelvic thrusting*", rotasi atau fleksi pergerakan kaki , telapak kaki geplek, gerakan ibu jari kaki.
 - 2) Efek samping jangka pendek atau jangka panjang yang jarang terjadi tetapi mengancam jiwa adalah danya sindrom malignan neuroleptik yang ditandai dengan adanya demam tinggi , takikardia , rigiditas otot, stupor, tremor, inkotinesia, leukositosis, kenaikan serum CPK , hiperkalemia, gagal ginjal, peningkatan nadi-pernapasan dan keringat.

Latihan 2

1. Jelaskan pengertian psikofarmaka ?
2. Sebutkan jenis obat psikofarmaka ?
3. Jelaskan efek samping obat psikotik?

Petunjuk jawaban latihan

1. Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajirlah kembali pengertian psikofarmaka
2. Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajirlah kembali jenis obat psikofarmaka
3. Untuk menjawab pertanyaan no 3 pelajirlah kembali efek samping obat psikotik

Rangkuman 2

1. Obat psikofarmaka disebut juga sebagai obat psikotropika, atau obat psikoaktif, atau obat psikoteruptik. Obat psikofarmaka, sebagai salah satu zat psikoaktif bila digunakan secara salah (*misuse*) atau disalahgunakan (*abuse*) beresiko menyebabkan gangguan jiwa.
2. Jenis obat psikofarmaka meliputi obat anti-psikosi, obat anti depresi, obat anti mania, obat anti ansietas, obat anti insomnia, obat anti obsesif kompulsif, obat anti panik.
3. Efek samping obat psikofarmaka sangat beragam dan tergantung dari jenis obatnya. Efek samping obat anti-psikosis meliputi efek samping akut dan efek samping jangka panjang.
4. Efek samping akut bersifat umum, yaitu adanya gejala neurologis, behavioral, autoimun, autonomic. Sedangkan efek samping jangka panjang yang umum meliputi adanya gejala-gejala ekstrapiramidal.
5. Efek samping menggunakan obat anti-depresi yaitu sedasi, efek antikolinergik, efek anti-adrenergik alfa, efek neurotoksis. Efek samping awal pada pengobatan jangka panjang dari obat anti mania yaitu mulut kering, haus, gastrointestinal distress (mual, muntah, diare, feses lunak), kelemahan otot, poliuria, dan tremor halus.

Tes Formatif 2

Untuk menilai keberhasilan anda dalam memahami kegiatan belajar2, jawablah pertanyaan dibawah ini.

1. Efek samping obat anti-psikosis adalah
 - a. Sindrom ekstrapiramidal (EPS)
 - b. Mual, muntah, diare dan feses lunak
 - c. Kelemahan otot
 - d. Poliura
 - e. Hipotiroidisme
2. Reaksi behavioral akibat efek samping dari penggunaan anti psikosis, adalah:
 - a. Banyak tidur, grogines dan kelelahan.
 - b. Penglihatan kabur
 - c. Konstipasi
 - d. Takikardi
 - e. Retensi urine
3. Yang di maksud ketergantungan zat adalah:
 - a. Peningkatan enggunaan obat
 - b. Belum menunjukkan adanya sindrom ketergantungan, tetapi sudah berdampak timbulnya kelemahan/hendaya psikososial sebagai dampaknya.
 - c. Munculya keinginan yang sangat kuat (dorongan kompulsif) untuk menggunakan zat psikoaktif secara terus menerus dengan tujuan memperoleh efek psikoaktif dari zat tersebut.
 - d. Perubahan fisiologis yang sangat tidak menyenangkan, sehingga memaksa orang tersebut menggunakannya lagi atau menggunakan obat lain yang sejenis untuk menghilangkan gejala putus obat tersebut.
 - e. Penurunan dosis penggunaan zat psikoaktif.
4. Efek samping obat anti-depresi adalah kecuali:
 - a. Sedasi
 - b. Antikolinergik
 - c. Anti-adrenegrik alfa
 - d. Neurotoksis
 - e. Kardiovaskuler

5. Efek antikolinergik pada penggunaan obat anti depresi adalah:
- Mulut kering
 - Diarea
 - Bradycardia
 - Poliuria
 - Peningkatan kewaspadaan

Cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban tes formatif 2 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut:

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100% = baik sekali

80 – 89% = baik

70 – 79% = cukup

<70% = kurang

Apabila anda mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus! Anda dapat meneruskan dengan kegiatan belajar 3. Tetapi jika masih di bawah 80%, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar 2 ini, terutama bagian yang belum di kuasai.

4. Peran Perawat Dalam Pemberian Obat Psikofarmaka

Karena telah mampu memahami dengan baik permasalahan yang di alami dan strategi pemberian obat psikofarmaka pada klien gangguan jiwa, maka bahasan selanjutnya adalah peran perawat dalam pemberian psikofarmaka. Adapun langkah-langkah tersebut akan di uraikan sebagai berikut. Selamat belajar semoga anda dapat mempelajarinya dengan baik.

- a. Pengkajian. Pengkajian secara komprehensif akan memberikan gambaran yang sesungguhnya tentang kondisi dan masalah yang di hadapi klien, sehingga dapat segera menentukan langkah kolaboratif dalam pemberian psikofarmaka
- b. Koordinasi terapi modalitas. Koordianator salah satu peran seorang perawat. Perawat harus mampu mengkoordinasikan berbagai terapi modalitas dan program terapi agar klien memahami manfaat terapi dan memastikan bahwa program terapi dapat di terima oleh klien.
- c. Pemberian terapi psikofarmakologik. Perawat memiliki peran yang saat besar untuk memastikan bahwa program terapi psikofarmaka di berikan secara benar. Benar klien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, dan benar waktu.
- d. Pemantauan efek obat. Perawat harus memantau dengan ketat setiap efek obat yang di berikan kepada klien, baik manffat obat maupun efek samping yang di alami oelh klien.
- e. Pendidik klien. Sebagai seorang edukator atau pendidik perawat harus memberikan pendidikan-pendidikan kesehatan bagi klien dan keluarga, sehingga klien dan keluarga memahami dan mau berpartisipasi aktif dalam melaksanakan program terapi yang telah di tetapkan untuk klien tersebut.
- f. Program rumatan obat. Bertujuan untuk memberikan bekal pengetahuan kesehatan pada klien mengenai pentingnya keberlanjutan pengobatan pasca dirawat.
- g. Peran serta dalam penelitian klinik interdisiplin terhadap uji coba obat. Perawat berperan serta secara aktif sebagai bagian dari tim penilitian pengobatan klien.

Latihan 3

1. Jelaskan cara penggunaan obat psikofarmaka
2. Jelaskan peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka
3. Jelaskan prinsip evaluasi dalam pemberian obat psikofarmaka

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajarilah kembali cara penggunaan obat psikofarmaka
2. Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajarilah kembali peran perawat dalam pemberian obat psikofarmaka

Rangkuman 3

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

Tes Formatif 4

Untuk menilai pemahaman anda terhadap materi pembelajaran pada kb 2 jawablah pertanyaan berikut ini. Kemudian cocokkanlah jawaban anda dengan melihat kunci jawaban yang telah tersedia pada akhir modul ini.

1. Berikut ini adalah jenis terapi modalitas pada pasien pada gangguan jiwa.
 - a. Intervensi nutrisi
 - b. *Electro convulsive therapy* (ECT)
 - c. Foto terapi
 - d. Bedah otak
 - e. Terapi bermain

2. Tujuan Terapi Keluarga
 - a. Agar keluarga mampu menjalankan fungsinya dalam merawat klien dengan gangguan jiwa.
 - b. Diberikan hanya kepada klien.
 - c. Fungsi keluarga berjalan dengan baik.
 - d. Anggota keluarga menjadi nyaman.
 - e. Keluarga menjadi lebih harmonis

3. Pemberian terapi kognitif bertujuan untuk, kecuali:
 - a. Mengembangkan pola berfikir yang rasional.
 - b. Mengubah pola berfikir tak rasional berdasarkan fakta dan informasi yang actual.
 - c. Membiasakan diri selalu menggunakan cara berfikir realita dan menanggapi setiap stimulus sehingga terhindar dari distorsi pikiran.
 - d. Membentuk perilaku baru dengan pesan internal
 - e. Mempertahankan perilaku yang belum di modifikasi

4. Teknik role model adalah
 - a. Strategi mengubah perilaku dengan memberi contoh perilaku adaptif untuk di tiru klien
 - b. Memberikan penguatan positif di mana terapis memberi penghargaan kepada klien terhadap perilaku yang positif yang telah di tampilkan oleh klien.
 - c. Mengubah kata-kata negatif menjadi kata-kata positif.
 - d. Kemampuan untuk mengendalikan perilaku sehingga menghasilkan terjadinya penurunan tingkat distress klien tersebut.
 - e. Mengubah perilaku dapat juga di lakukan dengan memberi penguatan negatif

Umpan balik dan rencana tindak lanjut

Cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban tes formatif 1 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar kemudian, gunakan rumus berikut.

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100% = baik sekali

80 – 89% = baik

70 – 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila anda mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus! Anda dapat melanjutkan pada Modul 2, Tetapi jika masih dibawa 80%, Anda harus mengulangi materi belajar kegiatan 3 ini, terutama bagian yang belum dikuasai. Selamat anda telah menjawab pertanyaan-pertanyaan pada tugas mandiri dengan baik, dan telah menyelesaikan modul 2, selanjutnya anda diperkenankan untuk melanjutkan k modul 2 yang membahas mengenai Asuhan Keperawatan pada klien dengan masalah psikososial penyalahgunaan zat dan ansietas. Saya yakin anda mampu menyelesaikan pembelajaran pada modul tersebut dengan baik karen anda telah membuktikan mampu menyelesaikan modul 1. Sukses untuk anda.

DAFTAR PUSTAKA

Ralph S.S., Rosenberg, M.C., Scroggins, L., Vassallo, B., Warren, J., 2005, *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification*, NANDA International, Philadelphia

Rawlins, R.P., Heacock, P.E., 1993, *Clinical Manual of Psychiatric Nursing*, Mosby Year Book, Toronto

Rawlins, R.P., Williams, S.R., Beck, C.M., 1993 *Mental Health Psychiatric Nursing a Holistic Life Cycle Approach*, Mosby Year Book, London

Stuart, G.W., Laraia, M.T., 1998, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 6th Edition, Mosby, St. Louis

Stuat, G.W., Sundeen, S.J., 1998, *Keperawatan Jiwa, Buku Saku*, Terjemahan Hamid, A.S., Edisi 3, EGC, Jakarta

Stuart, Gall Wiscart and Sundeen, Sandra J. *Pocket guide to Psychiatric nursing* (2 nd.Ed) Mosby Year Book, St. Louis, baltimore. Boston Chicago. London. Sydney. Toronto.

Townsend, M.C. 1998. *Diagnosis Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri: Pedoman untuk Pembuatan Rincian Perawatan*, Jakarta: EGC

Kunci Jawaban

Test Formatif 1

1. E
2. A
3. E
4. A

Test Formatif 2

1. A
2. A
3. A
4. E

Test Formatif 3

1. E
2. C
3. D
4. A

MODUL 2

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Psikososial: Kecemasan, Gangguan Citra Tubuh Dan Kehilangan

Pendahuluan

Selamat berjumpa kembali dan salam sejahtera semoga sukses selalu menyertai Anda. Selamat berjumpa kembali dengan modul 2 pada mata kuliah keperawatan jiwa. Modul ini akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial, yaitu asuhan keperawatan pada pasien dengan kecemasan, gangguan citra tubuh, dan kehilangan.

Untuk memberikan gambaran dan membantu anda dalam memahami materi modul ini, maka penulis mencoba memberikan gambaran materi yang akan anda pelajari. Ketika anda sedang melaksanakan praktik klinik keperawatan baik dirumah sakit, dipuskesmas, maupun dimasyarakat. Sering kali pasien mengeluh tidak dapat tidur, tidak nafsu makan, dan dada berdebar-debar. Selain itu pasien mengatakan, tidak mampu memusatkan perhatian terhadap kegiatan yang sedang dilakukan, tidak fokus dan tidak mampu untuk memecahkan serta memutuskan masalah, pasien juga mengatakan sering merasa sedih tanpa sebab.

Atau ketika anda memeriksa pasien di rumah sakiy, puskesmas atau di masyarakat, anda menemukan pasien yang mengatakan “saya malu dengan diri saya suster, karena tangan dan kaki saya tidak dapat dipergunakan. Atau pasien yang mengatakan “suster saya merasa tidak percaya diri dengan diri saya, saya malu bertemu dengan teman-teman saya karena saya telah kehilangan anggota tubuh yang paling berharga. Bagaimana saya harus menemui orang-orang suster bagaimana pandangan orang menurut saya bila kondisi saya serti ini.”

Apa yang terfikir dalam benak anda bila menemui pasien tersebut, tentu anda akan bertanya dalam diri sendiri. Diagnosanya pasien apa ya? Apa yang harus saya lakukan? Setelah terdiam beberapa saat, selanjutnya anda sudah dapat menyimpulkan bahwa pasien anda mengalami masalah psikososial, yaitu kecemasan dan gangguan citra tubuh. Bagus sekali! Anda telah mampu mendiagnosis masalah Psikososial. Untuk meningkatkan pemahaman tentang masalah psikososial, anda harus mempelajari modul ini, yaitu asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial.

Agar modul ini dapat anda pelajari dengan mudah, penulis membagi ini dalam tiga kegiatan belajar yaitu :

Kegiatan belajar 1: Asuhan keperawatan pada pasien dengan kecemasan

Kegiatan belajar 2: Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh.

Kegiatan belajar 3: Asuhan keperawatan pada pasien dengan kehilangan

Pada kegiatan belajar 1 akan dibahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan kecemasan. Setiap individu pasti sering mengalami kecemasan, karena kecemasan merupakan masalah yang sering dan selalu kita hadapi dalam kehidupan ini. Apa itu kecemasan? Bagus sekali. Kecemasan adalah perasaan khawatir, gelisah, takut, tidak tenang, dan sebagainya, kadang disertai dengan berbagai keluhan fisik. Kecemasan adalah kebingungan atau ketakutan pada sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas, yang dihubungkan dengan perasaan yang tidak menentu dan tidak berdaya, sehingga menuntut kemampuan individu untuk melakukan penyesuaian diri yang luar biasa. Dalam kondisi seperti ini, peran perawat sangat penting untuk membantu menurunkan kecemasan pasien melalui pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif.

Rentang respon kecemasan dimulai dari antisipasi (respon adaptif), kecemasan ringan, sedang, berat, dan panik. Reaksi individu terhadap kecemasan dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Agar anda berhasil dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien kecemasan, anda harus menguasai konsep asuhan keperawatan pada pasien kecemasan. Tujuan umumnya yang ingin dicapai pada kegiatan belajar ini, adalah agar anda mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien kecemasan.

Secara khusus tujuan kegiatan belajar 1, adalah agar anda mampu:

1. Menjelaskan konsep kecemasan
2. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan pasien kecemasan
 - a. Melakukan pengkajian kecemasan
 - b. Menyusun diagnosis keperawatan kecemasan
 - c. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien kecemasan
 - d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien kecemasan
 - e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien kecemasan
 - f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien kecemasan

Tujuan kegiatan belajar 2, adalah agar anda mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh. Secara khusus tujuan pembelajaran ini adalah agar anda mampu:

1. Menjelaskan konsep gangguan citra tubuh
2. Melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh
 - a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan citra tubuh
 - b. Menyusun diagnosis keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh
 - c. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien gangguan citra tubuh
 - d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien dengan gangguan citra tubuh
 - e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien gangguan citra tubuh
 - f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien gangguan citra tubuh

Pada kegiatan belajar 3 akan dibahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan kehilangan. Tujuan umum mempelajari materi ini, agar anda mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kehilangan. Sedangkan secara khusus tujuan pembelajaran ini adalah anda mampu:

1. Menjelaskan konsep kehilangan
2. Melakukan proses keperawatan pada pasien dengan kehilangan
 - a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan kehilangan
 - b. Menyusun diagnosis keperawatan pada pasien dengan kehilangan
 - c. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien dengan kehilangan
 - d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien dengan kehilangan
 - e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien dengan kehilangan
 - f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien dengan kehilangan

Untuk menilai kemampuan anda dalam memahami ketiga kegiatan belajar, maka anda akan diberikan beberapa pertanyaan yang harus diberi segera setelah selesai mempelajari uraian materinya. Untuk menilai kemajuan belajar anda, kerjakan tes mandiri yang ada pada setiap akhir kegiatan belajar. Sebaiknya anda tidak melihat kunci jawaban terlebih dahulu, sebelum selesai menjawab pertanyaan dan tugas.

Waktu untuk menyelesaikan modul ini kurang lebih 3 x 120 menit. gunakan waktu tersebut dengan sebaik-baiknya. Anda dinyatakan berhasil dan mampu menguasai materi dalam setiap kegiatan belajar, jika anda memperoleh nilai 80 atau 80% dalam menyelesaikan pertanyaan atau tugas yang diberikan. Saya yakin anda dapat memahami modul ini dengan baik, asalkan anda benar-benar cermat mempelajarinya.

KEGIATAN BELAJAR 1

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KECEMASAN

Pada saat anda merawat pasien, sering kali pasien anda mengeluh dada berdebar-debar, keluar keringat dingin, tidak dapat tidur dan mengatakan tidak nafsu makan. Pada saat pemeriksaan fisik anda mendapatkan tanda-tanda vital meningkat. Melihat kondisi demikian, tentu anda dapat menyimpulkan bahwa pasien anda pasti sedang mengalami kecemasan. Selanjutnya tentu anda berfikir apa yang harus saya alakukan untuk membantu pasien saya agar kecemasannya menurun? Untuk membantu anda memberikan asuhan keperawatan agar kecemasan pasien menurun, maka pelajaryliah kegiatan berikut ini.

A. Konsep Kecemasan

1. Pengertian

Para ahli banyak mendefinisikan pengertian kecemasan. Berikut ini adalah salah satu definisi kecemasan Stuart dan Laria (2005) yang menyatakan bahwa kecemasan memiliki nilai yang positif, karena dengan ansietas maka aspek positif individu berkembang karena adanya sifat konfrontasi (pertentangan), Antisipasi yang tinggi, Penggunaan pengetahuan serta sikap terhadap pengalaman untuk dapat mengatasi kecemasan. Tetapi apabila kondisi kecemasan tidak ditangani dengan segera, maka akan dapat mengganggu kehidupan seseorang. Kecemasan dapat pula didefinisikan sebagai suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respon. Seringkali sumber perasaan tidak santai tersebut tidak spesifik atau tidak diketahui.

2. Bagaimanakah Tanda dan Gejala Kecemasan?

Berikut ini adalah tanda dan gejala kecemasan:

- a. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan fikirannya sendiri dan mudah tersinggung
- b. Pasien merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut
- c. Pasien mengatakan takut bila sendiri atau dikeramaian banyak orang
- d. Mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menegangkan
- e. Gangguan konsentrasi dan daya ingat
- f. Adanya keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang belakang, pendengaran berdering atau jantung berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan seperti diare, mual dan tidak nafsu makan, sering berkemih atau sakit kepala

3. Tingkatan Kecemasan

Setelah mempelajari tanda dan gejala kecemasan, selanjutnya anda akan mempelajari tingkatan kecemasan. Ada beberapa tingkat kecemasan? Stuart dan Laria (2005), Membagi kecemasan dalam beberapa tingkatan, yaitu:

A. Kecemasan RINGAN

Kecemasan ringan seringkali berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan tingkatan ini harus selalu dibuat atau diciptakan karena pada tingkatan ini orang yang mengalami kecemasan akan menjadi waspada sehingga memperluas pandangan persepsi terhadap suatu masalah karena individu akan mengantisipasi kemungkinan dampak dari kecemasan yang dialami. Kecemasan ringan memiliki aspek positif, yaitu memotivasi individu untuk belajar dan menghasilkan serta meningkatkan pertumbuhan dan kreativitas. Berikut ini adalah respon/dampak kecemasan ringan:

- 1) Respon **fisiologis** yang muncul akibat sintietas ringan adalah individu seringkali merasakan nafasnya pendek, mampu menerima rangsangan yang pendek, muka berkerut dan bibir bergetar, Pasien mengalami ketegangan otot ringan.
- 2) Respon **kognitif**. Individu mengatakan kemampuan menyelesaikan dan memandang masalah sangat baik, karena individu berada dalam persepsi luas, mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, dan mampu menyelesaikan masalah.
- 3) Respon **perilaku** dan **emosi** tampak dari ketidakmampuan individu untuk bersikap tenang, tidak dapat duduk tenang, mengalami tremor halus pada lengan, dan suara kadang meninggi.

B. Kecemasan SEDANG

Pada kecemasan tingkat ini, memungkinkan individu untuk memusatkan pada hal penting dan mengesampingkan yang lain, individu mengalami perhatian yang selektif, sehingga individu yang mampu dan dapat melakukan suatu yang lebih terarah. Manifestasi yang muncul pada kecemasan sedang antara lain:

- 1) Respon **fisiologis**: sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, diare atau konstipasi, tidak nafsu makan, mual, dan berkeringat setempat.

- 2) Respon **kognitif**: respon pandang menyempit, rangsangan luas mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian dan bingung.
- 3) Respon **perilaku** dan **emosi**: Bicara banyak, lebih cepat, susah tidur dan tidak makan

C. Kecemasan BERAT

Pada kecemasan berat, lapang persepsi individu menyempit individu cenderung hanya mampu memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku yang ditunjukkan individu bertujuan untuk mengurangi ketegangan. Individu memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain.

Manifestasi yang muncul pada kecemasan berat antara lain:

- 1) Respon **fisiologis**: napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, dan ketegangan.
- 2) Respon **kognitif**: lapang persepsi sangat sempit, dan tidak mampu menyelesaikan masalah.
- 3) Respon **perilaku** dan **emosi**: perasaan terancam meningkat, verbalisasi cepat, dan menarik diri dari hubungan interpersonal.

D. PANIK

Yang paling membahayakan adalah bila individu mengalami tingkatan yang paling tinggi yaitu **PANIK**. Perilaku yang tampak adalah individu tampak ketakutan dan mengatakan mengalami teror, tidak mampu melakukan sesuatu, walaupun dengan pengarahan serta mengalami gangguan kepribadian. Gejala lain yang muncul adalah terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, kehilangan pemikiran rasional. Manifestasi yang muncul terdiri dari:

- 1) Respon **fisiologis**: nafas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, dan koordinasi motorik rendah.
- 2) Respon **kognitif**: lapang persepsi sangat sempit, dan tidak dapat berfikir logis.
- 3) Respon **perilaku** dan **emosi**: mengamuk dan marah-marah, ketakutan, berteriak-teriak, menarik diri dari hubungan interpersonal, kehilangan kendali atau kontrol diri dan depresi kacau.

4. Faktor Predisposisi

Stuart dan Laria (2005) mengatakan faktor predisposisi terjadi kecemasan, diantaranya:

- a. **Faktor Biologis:** otak mengandung reseptor khusus, yaitu benzodiazepine, yang bertugas dalam mengelola dan mengatur kecemasan. Selain itu ada pula penghambat GABA dan juga endorfin yang berperan dalam mengelola kecemasan. Kadang kecemasan menimbulkan berbagai perubahan dan gangguan fisik. Bila kecemasan tidak ditangani dengan baik, dapat menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.
- b. **Faktor Psikologis,** beberapa ahli biologis menjelaskan berbagai pandangan mengenai kecemasan, diantaranya menurut.
 - 1) **Pandangan psikoanalitik.** Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara 2 elemen kepribadian, Yaitu: Id dan super-ego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan super-ego mencerminkan hati nurani seseorang yang dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan. Fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa akan bahaya.
 - 2) **Pandangan Iterpersonal.** Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan berhubungan dengan kejadian trauma, seperti perpisahan dan kehilangan dari lingkungan maupun orang yang berarti bagi pasien. Individu dengan harga diri rendah sangat mudah mengalami perkembangan kecemasan yang berat.
 - 3) **Pandangan Perilaku.** Kecemasan merupakan produk frustrasi, yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap kecemasan sebagai dorongan belajar dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Individu yang sejak kecil terbiasa menghadapi ketakutan yang berlebihan, lebih sering menunjukkan kecemasan dalam kehidupan selanjutnya dibandingkan dengan individu yang jarang menghadapi ketakutan dalam kehidupannya.
- c. **Faktor Sosial Budaya.** Kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Faktor ekonomi, latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya kecemasan.

Setelah mempelajari faktor predisposisi kecemasan, tugas anda selanjutnya adalah membuat ringkasan dengan menggunakan kata-kata sendiri mengenai faktor predisposisi kecemasan.

5. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi kecemasan dibedakan menjadi 2, yaitu:

- a. Ancaman terhadap integritas seseorang, seperti: ketidak mampuan atau penurunan fungsi fisiologis akibat sakit sehingga mengganggu individu untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari
- b. Ancaman terhadap sistem diri seseorang. Ancaman ini akan menimbulkan gangguan terhadap identitas diri, dan fungsi sosial individu.

6. Sumber Koping

Dalam menghadapi kecemasan, individu akan memanfaatkan dan menggunakan berbagai sumber koping dilingkungan. Sekarang coba anda cari dalam buku literatur sumber koping yang dapat digunakan seseorang orang yang mengalami kecemasan.

7. Mekanisme Koping

Pada individu yang mengalami kecemasan yang sedang dan berat, mekanisme koping yang digunakan terbagi atas dua jenis mekanisme koping, yaitu:

A. **Reaksi yang berorientasi pada tugas** yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan realistik yang bertujuan untuk menurunkan situasi stres, misalnya

- 1) Perilaku menyerang (agresif). Digunakan individu untuk mengatasi rintangan agar terpenuhinya kebutuhan.
- 2) Perilaku menarik diri. Dipergunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik secara fisik maupun secara psikologis.
- 3) Perilaku kompromi. Dipergunakan untuk mengubah tujuan-tujuan yang akan dilakukan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk mencapai tujuan.

B. **Mekanisme Pertahan Ego**, bertujuan untuk membantu mengatasi kecemasan ringan dan sedang. Mekanisme ini berlangsung secara tidak sadar, melibatkan penipuan diri, distorsi realitas dan bersifat maladaptif. Mekanisme pertahanan ego yang digunakan adalah:

- 1) Kompensasi: dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya.
- 2) Penyangkalan (Denial): Menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini paling sederhana dan primitif.
- 3) Pemindahan (Displacement): penggalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang/benda tertentu yang biasanya netral atau kurang mengancam terhadap dirinya.
- 4) Disosiasi: pemisahan dari setiap proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya.
- 5) Identifikasi (Identification): proses dimana seseorang mencoba menjadi orang yang ia kagumi dengan mengambil/menirukan pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.
- 6) Intelektualisasi (Intellectualization): penggunaan logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.
- 7) Intrjeksi (Intrjection): mengikuti norma-norma dari luar, sehingga ego tidak lagi terganggu oleh ancaman dari luar (pembentukan superego).
- 8) Fiksasi: berhenti pada tingkat perkembangan salah satu aspek tertentu (emosi atau tingkah laku atau pikiran), sehingga perkembangan selanjutnya terhalang.
- 9) Proyeksi: pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan. Perasaan emosional dan motivasi tidak dapat ditoleransi.
- 10) Rasionalisasi: memberi keterangan bahwa sikap/tingkah lakunya menurut alasan yang seolah-olah rasional, sehingga tidak menjatuhkan harga diri.
- 11) Reaksi formasi: bertingkah laku yang berlebihan yang langsung bertentangan dengan keinginan-keinginan, perasaan yang sebenarnya.
- 12) Regresi: kembali ke tingkat perkembangan terdahulu (tingkah laku yang primitif), contoh: bila keinginan terlambat menjadi marah, merusak, melempar barang, meraung, dan sebagainya.
- 13) Represi: secara tidak sadar mengesampingkan pikiran, impuls, atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, merupakan pertahanan ego yang primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme ego yang lainnya.
- 14) Acting Out: langsung mencetuskan perasaan bila keinginannya terhalang.

- 15) Sublimasi: penerimaan suatu sasaran pengganti yang mulia, artinya dimana masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami halangan dalam penyalurannya secara normal.
- 16) Supresi: suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan, tetapi sebetulnya merupakan analog represi yang disadari; pengesampingan yang disengaja tentang suatu bahan dari kesadaran seseorang, kadang-kadang dapat mengarah pada represi berikutnya.
- 17) Undoing: tindakan/perilaku atau komunikasi yang menghapuskan sebagian dari tindakan/perilaku atau komunikasi sebelumnya merupakan mekanisme pertahanan primitif

8. Data yang perlu dikaji :

Dalam mendiagnosis pasien dengan kecemasan, maka data yang harus dikaji adalah:

- a. **Perilaku:** ditandai dengan produktivitas menurun, mengamati dan waspada, kontak mata minimal, gelisah, pergerakan berlebihan, (seperti; foot shuffling, pergerakan lengan/tangan), insomnia dan perasaan gelisah.
- b. **Afektif:** Menyesal, irritable, kesedihan mendalam, takut, gugup, sukacita berlebihan, nyeri dan ketidakberdayaan meningkat secara menetap, ketidakpastian, kekhawatiran meningkat, fokus pada diri sendiri, perasaan tidak adekuat, ketakutan, khawatir, prihatin dan mencemaskan
- c. **Fisiologis:** suara bergetar, gemetar/tremor tangan atau bergoyang-goyang, refleksi-refleksi meningkat, eksitasi kardiovaskuler seperti peluh meningkat, wajah tegang, mual, jantung berdebar-debar, mulut kering, kelemahan, sukar bernafas, vasokonstriksi ekstremitas, kedutan meningkat, nadi meningkat dan dilatasi pupil. Sedangkan perilaku pasien akibat respon fisiologis pada sistem parasimpatis, yaitu sering berkemih, nyeri abdomen, dan gangguan tidur, perasaan gelisah pada ekstremitas, diareha, keragu-raguan, kelelahan, bradikardi, tekanan darah menurun, mual, sering berkemih, pingsan dan tekanan darah meningkat.

9. Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Faktor-faktor mempengaruhi kecemasan banyak sekali, diantaranya adalah:

- a. Paparan zat yang membahayakan individu atau racun dan toksin
- b. Konflik yang tidak disadari tentang tujuan hidup,
- c. Hambatan dalam hubungan dengan keluarga/keturunan,
- d. Adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi,
- e. Gangguan dalam hubungan interpersonal,
- f. Krisis situasional/maturasi seperti tugas perkembangan yang tidak terselesaikan dengan baik dan tuntas,
- g. Ancaman terhadap kematian, baik karena penyakit maupun karena situasi yang mencekam seperti perang, terisolasi, dan lain-lain,
- h. Selain itu dapat juga disebabkan karena adanya ancaman terhadap konsep diri, stress, penyalagunaan zat,
- i. Perubahan dalam status peran, misalkan seseorang isteri menjadi singleparent dan perubahan status kesehatan,
- j. Pola intraksi juga berpengaruh dalam timbulkan kecemasan
- k. Adanya perubahan fungsi peran, perubahan lingkungan dan perubahan status ekonomi. (NANDA 2005)

B. Proses Keperawatan Kecemasan

Setelah anda mempelajari mengenai konsep kecemasan, selanjutnya yang akan anda pelajari adalah proses keperawatan, Proses keperawatan dimulai dari:

1. Pengkajian

Seperti telah anda pelajari pada mata kuliah yang lain. Proses keperawatan dimulai dari pengkajian. Selanjutnya pertanyaannya adalah bagaimanakah pengkajian individu yang mengalami kecemasan? Bagaimanakah pengkajian dilakukan? Apakah metode yang tepat digunakan pada pengkajian kecemasan? Untuk menjawab pertanyaannya anda, maka pelajarilah materi selanjutnya yang ada dalam modul ini. Benar sekali metode yang digunakan untuk dapat menegakkan diagnosis keperawatan individu dengan kecemasan adalah melalui wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarganya.

Berikut ini adalah sebagian contoh komunikasi yang dapat anda gunakan pada metode wawancara untuk mengetahui adanya kecemasan. Untuk mengetahui tanda

dan gejala kecemasan dapat ditemukan dengan **Wawancara**, melalui bentuk pertanyaan sebagai berikut:

- a. Coba ibu/bapak ceritakan masalah yang menghantui pikiran ibu sebelum/setelah operasi,
- b. Coba ibu bapak ceritakan apa yang dirasakan pada saat memikirkan masalah yang dialami terutama sebelum/setelah operasi,
- c. Apakah ada keluhan lain yang dirasakan?
- d. Apakah keluhan tersebut mengganggu aktivitas atau kegiatan sehari-hari?

Selain wawancara anda dapat menggunakan metode observasi untuk menegctahi tanda dan gejala kecemasan yang dapat ditemukan melalui **observasi** adalah sebagai berikut:

- a. Ekspresi wajar terlihat tenang,
- b. Rentang perhatian menyempit,
- c. Perubahan tanda-tanda vital (nadi dan tekanan darah naik), tampak sering nafas pendek,
- d. Gerakan tersentak-sentak, meremas-remas tangan dan
- e. Tampak bicara banyak dan lebih cepat.

Tabel dibawah ini merupakan Contoh analisa data pasien dengan Kecemasan.

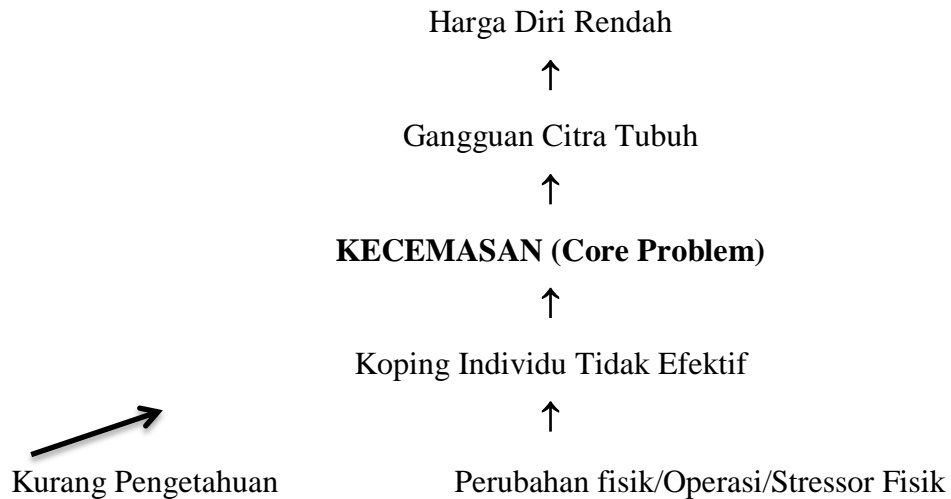
Tabel 1 Analisa data dan Masalah

No	Data	Masalah
1.	<p>Subjektif -Pasien merasa tegang dalam Melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>Objektif - Tampak memotivasi dan kreatifitas menging Tampak terpacu untuk Menyelesaikan masalah</p>	Kecemasan Ringan
2.	<p>Subjektif - Pasien merasa tidak dapat memikirkan hal lain, selain dirinya</p> <p>- Pasien mengatakan minta tolong Untuk menyelesaikan masalahnya.</p> <p>Objektif - Perlu mengarahkan untuk Melakukan tugas yang lain</p>	Kecemasan Berat

2. Pohon Masalah

Setelah anda melakukan pengkajian dan mengelompokkan data pada pasien kecemasan, selanjutnya buatlah pohon masalah. Pohon masalah akan membantu dan mempermudah anda untuk menegakkan diagnosa keperawatan utama (**Core Problem**).

Gambar 1. Pohon Masalah pada Pasien Kecemasan



3. Diagnosa Keperawatan

Setelah data terkumpul, kemudian dilakukan analisis data. Selanjutnya anda harus menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan berdasarkan analisis data adalah: **Kecemasan**

4. Perencanaan dan Pelaksanakan Keperawatan

Langkah selanjutnya adalah melakukan tindakan keperawatan. Adapun tindakan keperawatan pada individu yang mengalami kecemasan adalah:

Tujuan Tindakan Keperawatan

- Pasien dapat mengenali kecemasan
- Pasien dapat mengatasi kecemasan melalui latihan relaksasi
- Pasien dapat memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi kecemasan.
- Melibatkan keluarga dalam latihan yang telah disusun

Tindakan Keperawatan :

- a. **Membina hubungan saling percaya.** saya sangat yakin anda sudah sangat menguasai dan anda mampu menerapkan teknik komunikasi terapeutik, karena kemampuan komunikasi terapeutik adalah kompetensi dasar yang harus dimiliki dan dikuasai oleh seorang perawat. Untuk memperdalam penguasaan komunikasi terapeutik, lakukan latihan bersama teman anda.
- b. **Membantu pasien mengenal kecemasan.** Gunakanlah leaflet/lembar balik untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada individu yang mengalami kecemasan. Buatlah leafle/lembar balik semenarik dan sekomunikatif mungkin, sehingga tujuan anda untuk mengenal kecemasan kepada individu tercapai.
- c. **Mengajarkan berbagai teknik relaksasi dan distraksi,** seperti:
Teknik Nafas Dalam, Teknik Relaksasi Otot Progresif, dan Teknik Hipnotis 5 Jari. Lakukanlah latihan teknik-teknik relaksasi tersebut dengan teman anda, sebelum anda melakukan kepada pasien.
Berikut ini adalah materi Tentang Teknik relaksasi untuk mengurangi Kecemasan.

A. Teknik Nafas Dalam.

1. Pengertian

Teknik **Relaksasi Nafas Dalam** merupakan suatu tindakan keperawatan dengan menghembuskan nafas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah, sehingga juga dapat menurunkan tingkat kecemasan (Smeltzer & Bare, 2002)

2. Tujuan

Smeltzer dan Bare (2002) Menyatakan bahwa tujuan teknik relaksasi nafas dalam adalah: untuk mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan cemas.

3. Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

- a) Ciptakan lingkungan yang terang
- b) Usahakan tetap rileks dan tenang

- c) Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1 sampai 4
- d) Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks melalui hitungan 5 sampai 8
- e) Anjurkan bernafas dengan irama normal sebanyak 3 kali
- f) Menarik nafas lagi melalui hidung dan penghembusan melalui mulut secara perlahan-lahan
- g) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- h) Usahakan untuk tetap konsentrasi/mata sambil terpejam
- i) Pada saat konsentrasi pusatkan pada hal-hal yang nyaman
- j) Anjurkan untuk mengurangi prosedur hingga kecemasan terasa berkurang

B. Teknik Relaksasi Otot Progresif

Pengertian teknik relaksasi otot progresif merupakan suatu terapi relaksasi yang diberikan kepada pasien dengan menegangkan otot-otot tertentu dengan mengombinasikan latihan nafas dalam dan serangkaian seri kontraksi dan relaksasi otot tertentu.

1. Tujuan:

- a) Menurunkan ketegangan otot,
- b) Menurunkan kecemasan,
- c) Mengurangi nyeri leher dan punggung,
- d) Menurunkan tekanan darah tinggi, frekuensi jantung dan laju metabolik.
- e) Mengurangi distritmia jantung, kebutuhan oksigen;
- f) Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi stress
- g) Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan, dan
- h) Membangun emosi positif.

2. **Prosedur Latihan Relaksasi Otot Progresip**

Lakukan latihan bersama teman sebelum anda memberikan latihan ini kepada pasien. Ada 15 langkah dalam prosedur Teknik Relaksasi Otot Progresif. Pada modul ini, anda akan diberikan contoh untuk setiap langkahnya. Selamat berlatih dan berikut ini adalah uraiannya:

- 1) Identifikasi tingkat cemas
- 2) Kaji kesiapan pasien dan, perasaan pasien.
- 3) Siapkan ruang yang sejuk, tidak gaduh dan alami
- 4) Siapkan tempat tidur atau kursi yang dapat menopang bahu pasien
- 5) Jelaskan kembali tujuan terapi dan prosedur yang akan dilakukan
 - a. Pasien berbaring atau duduk bersandar (ada sandaran untuk kaki dan bahu)
 - b. Lakukan latihan nafas dalam dengan menarik nafas melalui hidung dan dihembuskan melalui mulut
 - c. Bersama pasine mengidentifikasi (pasien dianjurkan dan dibimbing untuk mengidentifikasi) daerah-daerah otot yang sering tegang misalnya dahi, tengkuk, leher, bahu, pinggang, lengan, dan betis
 - d. Bimbing pasien untuk mengencangkan otot tersebut selama 5-7detik kemudian bimbing pasien untuk merelaksasikan otot 20-30 detik.
 - e. Kencangkan dahi (kerutkan dahi keatas) selama 5-7detik, kemudian relakskan 20-30 detik.pasien disuruh merasakan rileksnya.
 - f. Kencangkan bahu, tarik keatas selama 5-7 detik, kemudian rilekskan 20-30 detik. Pasien diminta merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar.
 - g. Kepalkan telapak tangan dan kencangkan otot bisep selama 5-7 detik, kemudian rilakskan 20-30detik.pasien disuruh merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar
 - h. Kencangkan betis, ibu jari tarik kebelakang bisep selama 5-7 detik, kemudian relakskan 20-30 detik. Minta pasien untuk

merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah yang mengalir secara lancar.

- 6) Selama kontraksi pasien dianjurkan merasakan kencangnya otot dan selama relaksasi anjurkan pasien konsentrasi merasakan rileksnya otot.

Untuk memperjelas Anda berikut ini adalah gambar penatalaksanaan terapi Relaksasi Otot Progresif

Gerakan 1 : Kepalkan tangan semakin kuat, lepaskan 10 detik, lakukan 2x.

Gerakan 2 : Tekuk pergelangan tangan kebelakang

Gerakan 3 : Kepal tangan kemudian letakkan ke pundak tarik dengan kuat.

Gerakan 4 : Angkat kedua bahu sehingga menyentuh kedua telinga.

Gerakan 5 dan 6 : Mengerutkan dahi dan alis, tutup mata keras-keras.

Gerakan 7 : Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit-gigit

Gerakan 8 : Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya

Gerakan 9 : Tekan kepala kebelakang leher dan pnggung

Gerakan 10 : Benamkan dagu kedada, .

Gerakan 11 : Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.

Gerakan 12 : Tarik nafas panjang tahan selama beberapa saat dilepas.

Gerakan 13 : Tarik dengan kuat perut kedalam, tahan selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas.

Gerakan 14-15 : Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang.

C. Teknik Hipnosis 5 Jari

Tindakan keperawatan yang lain untuk menurunkan tingkat kecemasan adalah melakukan teknik distraksi **Hipnosis 5 jari**. Adapun prosedur melakukannya dapat anda pelajari seperti uraian dibawah ini :

- 1) Atur posisi pasien senyaman mungkin
- 2) Minta pasien untuk memejamkan mata dan lakukan teknik nafas dalam secara perlahan sebanyak 3 kali. Minta pasien untuk rileks
- 3) Minta pasien untuk menautkan **ibu jari dengan jari telunjuk**, sambil membayangkan kondisi dirinya ketika masih dalam kondisi **SEHAT**. Pandu pasien membayangkan kegiatan yang biasa dilakukan saat kondisi tubuh sedang sehat selama 1 menit.
- 4) Kemudian atur napas kembali dengan melakukan teknik nafas dalam dan ubah posisi jari dengan tautkan **ibu jari dengan jari tengah** dan minta pasien membayangkan ketika mendapatkan **HADIAH** atau barang yang sangat disukai pandu pasien membayangkan momen (kejadian) dan suasana hati yang menyenangkan saat menerima hadiah tersebut.
- 5) Atur kembali nafas dalam dan pindahkan posisi jari dengan **menautkan ibu jari kepada jari manis** bayangkan ketika anda berada di **TEMPAT** yang paling nyaman, tempat yang membuat pasien merasa sangat bahagia. Pandu pasien untuk membayangkan suasana hati saat berada ditempat tersebut dengan memvisualisasikan kondisi tempat yang menyenangkan bagi pasien.
- 6) Sambil mengatur nafas dalam kembali, pindahkan posisi **ibu jari** untuk ditautkan **dengan jari kelingking**, bayangkan ketika anda mendapat suatu **PENGHARGAAN (DIPUJI)** oleh orang-orang yang sangat disayangi.
- 7) Tarik nafas, lakukan perlahan, lakukan selama 3 kali
- 8) Buka mata kembali.
- 9) Memasukan kedalam jadwal kegiatan harian pasien.

Apakah langkah selanjutnya setelah anda melakukan tindakan keperawatan? Bagus sekali untuk menilai keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang telah dilakukan, anda harus melakukan evaluasi sesuai

dengan siklus dari Asuhan Keperawatan. Sebelum Anda melakukan evaluasi Keperawatan, maka berlatihlah dengan teman Anda tindakan Keperawatan seperti yang telah Anda pelajari di atas.

5. Evaluasi Keperawatan

Untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan yang telah anda lakukan, maka lakukanlah evaluasi. Keberhasilan tindakan keperawatan dapat dinilai jika individu mampu:

- a. Mengetahui kecemasan
- b. Mengatasi kecemasan melalui latihan relaksasi: tarik nafas dalam dan distraksi lima jari
- c. Memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi kecemasan.
- d. Melibatkan keluarga dalam latihan yang telah disusun

6. Pendokumentasian

Perlu Anda ingat bahwa dokumentasi Asuhan Keperawatan dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan yang meliputi dokumentasi pengkajian, diagnosis Keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan (implementasi) keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien dengan kecemasan.

Tabel 2

Contoh Pendokumentasian pada Pasien Kecemasan

IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p>Tgl.....bulan.....tahun.....pkl.....</p> <p>Data:</p> <p>Data pasien dan kemampuan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan tidak nafsu makan, dan tidak bisa tidur dengan nyenyak dan sering terbangun pada malam hari serta sering mimpi buruk • Pasien mengatakan jantung sering berdebar-debar, nafas terasa sesak, 	<p>S:Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien melatih menarik nafas selama 3 kali sehari • Membiasakan berdoa dan cara spiritual lain • Mengajak anggota keluarga yang lain untuk bercakap-cakap, bila pasien sendirian

tangan dan kaki dingin ketika memikirkan masalahnya

Kemampuan pasien

- Pasien mengatakan bila jantung berdebar-debar tarik nafas panjang dan berdoa
- Bila sulit tidur pasien mengatakan membayangkan hal-hal yang indah dan membaca buku atau mendengarkan musik
- Pasien mampu mendemonstrasikan cara tarik nafas dalam dengan benar

Data kemampuan keluarga dan

- Keluarga mengatakan belum mengetahui cara menurunkan atau menghilangkan kecemasan
- Keluarga belum mengetahui cara merawat pasien dengan kecemasan
- Keluarga memantu pasien minum obat

Diagnosa Keperawatan

KECEMASAN

Interfensi Keperawatan:

Tindakan Ke Pasien

1. Evaluasi kegiatan pasien dalam menurunkan kecemasan dengan tarik nafas dalam dan berdoa.
2. Beri Pujian
3. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mengurangi kecemasan yaitu teknik nafas dalam, hipnosis lima jari dan relaksasi otot progresif, mendengarkan musik dan berdoa.

S:Keluarga

- Keluarga mengatakan anaknya sudah tenang dan dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal
- Keluarga mengatakan senang dapat membimbing dan merawat anaknya
- Keluarga mengatakan akan terus memotivasi anaknya untuk melakukan sesuai jadwal.

O: Pasien

- Pasien kooperatif, tampak tenang, kecemasan berkurang.

O: Keluarga

- Keluarga tampak melatih dan membimbing pasien dalam menurunkan tingkat kecemasan
- Keluarga kooperatif

A:

Kecemasan masih ada

Pasien mampu menurunkan kecemasan dengan cara berdoa, tarik nafas dalam dan bercakap-cakap,

P:

P untuk pasien

Pasien berlatih menurunkan tingkat kecemasan dengan tarik nafas, secara spiritual dan afirmasi (3 kali per hari)

P. Keluarga

Memotivasi dan membimbing sesuai dengan jadwal dan minum obat.

<p>4. Mengevaluasi tanda dan gejala kecemasan</p> <p>Tindakan Ke Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membantu menurunkan tingkat kecemasan pasien 2. Beri pujian. 3. Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengingatkan pasien melakukan latihan cara menurunkan asietas sesuai jadwal yang telah disepakati. <p>Rencana Tindak Lanjut:</p> <p>Pasien Melakukan latihan menurunkan tingkat kecemasan</p> <p>Keluarga Memotivasi dan membimbing pasien untuk menurunkan kecemasan</p>	
---	--

Latihan

Untuk menilai keberhasilan anda dalam mempelajari kegiatan belajar Asuhan Keperawatan pada individu yang mengalami kecemasan kerjakanlah soal latihan dibawa ini.

- a) Jelaskan tanda dan gejala kecemasan ringan, sedang berat dan panik
- b) Jelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Untuk menjawab pertanyaan soal no 1, pelajarilah kembali tanda dan gejala kecemasan
2. Untuk menjawab pertanyaan no 2, pelajari kembali faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Rangkuman

1. Kecemasan adalah kebingungan, ketakutan pada suatu yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas yang dihubungkan dengan perasaan tidak berdaya. Definisi kecemasan menurut Stuart dan Laraia (2005) memiliki nilai yang positif, karena kehidupan akan berkembang karena adanya sikap konfrontasi (pertentangan), antisipasi yang tinggi, penggunaan pengetahuan serta sikap terhadap pengalaman mengatasi kecemasan. Tetapi pada keadaan lanjut perasaan cemas dapat mengganggu kehidupan seseorang. Kecemasan terbagi atas empat tingkatan yang yaitu ringan, sedang, berat dan panik.
2. Kecemasan, ringan, ditandai dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, menyebabkan seseorang menjawab waspada, meningkatkan lapangan persepsi (persepsi meluas), memotivasi dan kreatifitas meningkat, mampu belajar dan memecahkan masalah secara efektif.
3. Sementara tanda dan gejala kecemasan sedang adalah penerimaan rangsang dari luar menurun, sangat memperhatikan hal yang menjadi pusat perhatiannya, lapangan persepsi menyempit, dan belajar dengan pengarahan orang lain.
4. Pada kecemasan berat ditandai dengan lapangan persepsi sangat menyempit, pusat perhatian pada detail yang kecil (spesifik) dan tidak dapat berfikir tentang hal-hal lain, perilaku bertujuan untuk meminta pertolongan, dan memerlukan pengarahan dan lebih banyak untuk memfokuskan pada area yang lain.
5. Pada individu yang mengalami panik akan dijumpai tanda dan gejala sebagai berikut; Individu sangat kacau, tidak mampu bertindak, berkomunikasi, dan berfungsi secara efektif, aktivitas motorik meningkat, kemampuan berhubungan dengan orang lain sangat menurun, individu tidak dapat mengajarkan sesuatu tanpa pengarahan, dan tidak mampu berfikir secara rasional

TES FORMATIF 1

Untuk menilai kemampuan anda dalam memahami materi diatas, jawablah pertanyaan dibawa ini dengan memilih satu jawaban yang paling benar.

1. Seorang laki-laki berusia 35 tahun dirawat di RSUD karena mengeluh selama satu minggu ini merasakan tidak bergairah, aktivitas sangat lesu, tidak nafsu makan, tidak dapat tidur, sering terjaga dan sering bertanya tentang penyakitnya. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan data TD, RR dan nadi naik 20 % dari nilai pengukuran yang normal/biasanya. Apakah masalah keperawatan pada kasus diatas?
 - a. Axietas
 - b. Takut
 - c. Depresi
 - d. Kehilangan
 - e. Berduka
2. Seorang perempuan berusia 25 tahun dirawat di RSUD karena akan dilakukan operasi hammae. Hasil pengkajian didapatkan data persepsi pasien sangat sempit dan hanya mampu memusatkan perhatian pada kejadian yang sedang dialami. Apakah tingkat kecemasan pada pasien diatas
 - a. Ringan
 - b. Sedang
 - c. Berat
 - d. Panika
 - e. Syok
3. Seorang perempuan usia 33 tahun dirawat di RSUD karena akan dilakukan operasi dan mengalami kecemasan. Pasien sudah dilakukan tindakan keperawatan melatih teknik distraksi Hipnotis 5 jari, dan pasien mampu melakukannya dengan baik dan mau berlatih secara mandiri serta berjanji melakukan sesuai dengan jadwal yang telah disepakati. Apakah evaluasi keberhasilan pada kasus diatas?
 - a. Kecemasan pasien menurun
 - b. Pasien dapat mengenal kecemasan
 - c. Pasien dapat mengatasi kecemasan
 - d. Pasien dapat memperagakan/menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi kecemasan.
 - e. Tidak melibatkan keluarga dalam latihan yang telah disusun

4. Seorang laki-laki usia 45 tahun dirawat di RSUD akan dilakukan operasi jantung. Pasien mengeluh jantung berdebar-debar dan sesak nafas bila mengingat operasi yang akan dilakukan. Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada pasien tersebut?
 - a. Membantu menghubungkan situasi dan interaksi yang menimbulkan kecemasan.
 - b. Membantu melakukan penilaian terhadap stresor yang dirasakan mengancam dan menimbulkan konflik.
 - c. Membantu mengaitkan pengalaman saat ini dengan pengalaman masa lalu
 - d. Memberikan support agar kecemasan menurun
 - e. Kecemasan meningkat

5. Seorang laki-laki usia 33 tahun dirawat di RSUD karena akan dilakukan operasi amputasi ibu jari kaki. Pasien mengeluh jantung berdebar, tangan tremor, tidak dapat tidur, banyak keringat, mengalami ketakutan. Apakah respons psikologis pasien kecemasan diatas?
 - a. Jantung berdebar-debar
 - b. Gemetar/Tremor
 - c. Banyak keringat
 - d. Wajah tegang
 - e. Takut

Cocokkanlah jawaban anda dengan kunci Jawaban Tes Formatif 1 yang terdapat dibagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut:

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100 \%$$

Arti tingkat penguasaan:

90-100% = baik sekali

80-89% = baik

70-79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila anda mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, maka bagus!, Anda dapat meneruskan mempelajari modul 3. Tetapi jika masih dibawah 80%, Anda harus mengulangi materi kegiatan belajar 1, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN BELAJAR 2

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Citra Tubuh

Citra tubuh merupakan salah satu komponen dari konsep diri. Sebelum anda mempelajari citra tubuh, terlebih dahulu marilah kita mempelajari konsep diri. Mempelajari dan memahami konsep diri sangat penting, karena akan membantu anda memahami konsep dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh. Di bawah ini akan kita pelajari bersama mengenai konsep diri. Pasien yang sedang sakit, sedang dirawat dirumah sakit atau dirumah, baik dalam jangka waktu yang singkat maupun lama, pasti akan mengalami kehilangan baik ukuran, fungsi, penampilan dari anggota tubuh. Kehilangan yang dialami pada sebagian orang dapat mengakibatkan perasaan malu dan timbulnya perasaan tidak berharga. Apabila kondisi ini tidak segera diatasi, dapat mempengaruhi gambaran diri pasien dan berakibat timbulnya gangguan dalam berhubungan dengan orang lain. Pada kondisi demikian, intervensi keperawatan harus segera dilakukan apabila tidak, pasien akan mengalami harga diri rendah situasional maupun kronik.

Selanjutnya tentu anda berfikir intervensi apa yang harus saya lakukan agar pasien dapat menerima kondisi sakitnya dan tidak berlanjut menjadi pasien yang harga diri rendah. Untuk menjawab pertanyaan ini, maka anda pelajarihlah materi pada kegiatan belajar 2 ini dengan sebaik-baiknya. Karena dengan mempelajarih kegiatan belajar ini, Anda akan mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh.

A. Konsep Diri

1. Pengertian:

Konsep diri merupakan kumpulan semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya yang akan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart & Sundeen, 1998). William dan Rawlin (1986) Mengatakan bahwa konsep diri adalah cara individu memandang dirinya secara utuh, baik fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual.

2. Komponen Konsep Diri

a. Gambaran Diri/Citra Tubuh (Body Image)

Gambaran diri adalah sikap atau cara pandang seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran, bentuk, fungsi potensi dan penampilan tubuh saat ini dan masa lalu yang secara berkesinambungan dimodifikasi dengan pengalaman baru setiap individu (Stuart & Sundeen, 1998).

Menurut Kelliat (1992), Gambaran diri berhubungan dengan kepribadian. Cara individu memandang dirinya mempunyai dampak yang penting pada aspek psikologisnya. Pandangan individu yang realistis terhadap dirinya, mau menerima dan mengukur bagian tubuhnya akan memberikan rasa dan nyaman terhadap diri sehingga individu merasa lebih aman, sehingga terhindar dari rasa cemas dan mampu meningkatkan harga diri.

Seorang anak usia sekolah memiliki penilaian citra tubuh berbeda dengan seorang bayi, salah satu perbedaan yang menonjol adalah kemampuan berjalan yang sangat bergantung pada kematangan fisik. Pada masa remaja dengan adanya perubahan hormonal akan dipengaruhi citra tubuhnya misalnya timbulnya jerawat dan lain-lain. Proses degeneratif di usia lanjut dimana terjadi penurunan penglihatan, pendengaran, dan mobilitas, dapat mempengaruhi citra tubuh seorang lansia.

b. Ideal Diri (*Self Ideal*)

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau penilaian personal tertentu. (Stuart & Sundeen, 1998). Standar dapat berhubungan dengan tipe dan harapan orang yang diinginkan atau sejumlah aspirasi, cita-cita, nilai-nilai yang ingin dicapai. Ideal diri akan mewujudkan cita-cita, harapan, dan nilai-nilai yang ingin dicapai berdasarkan norma sosial (keluarga, budaya) dan kepada siapa ingin dilakukan.

c. Harga Diri (*Self Esteem*)

Harga diri adalah penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal diri. Harga diri yang tinggi adalah perasaan yang berakar dalam penerimaan diri sendiri tanpa

syarat, walaupun melakukan kesalahan, individu tetap merasa sebagai seorang yang penting dan bahagia.(Stuart & Sundeen, 1998).

d. Peran (*Role Performance*)

Peran adalah serangkaian peran perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu diberbagai kelompok sosial. Peran yang ditetapkan adalah peran dimana seseorang tidak mempunyai pilihan. Peran yang diterima adalah peran yang terpilih atau dipilih oleh individu (Stuart & Sundeen, 1998). Peran adalah sikap dan perilaku nilai serta tujuan dan yang diharapkan dari seseorang yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat (Keliat,1992).Harga diri yang tinggi merupakan hasil dari peran yang memenuhi kebutuhan dan cocok dengan ideal diri. Posisi dimasyarakat merupakan stressor terhadap peran karena struktur sosial yang menimbulkan kesukaran, tuntutan serta posisi yang tidak mungkin dilaksanakan (Keliat 1992).

e. Identitas (*Identity*)

Identitas adalah pengorganisasian prinsip dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan,kesinambungan, konsistensi, dan keunikan individu.identitas mempunyai konotasi otonomi dan meliputi persepsi seksualitas seseorang. Pembentukan identitas dimulai pada masa bayi dan berkembang serta berlangsung sepanjang waktu kehidupan individu. Perkembangan individu merupakan tugas utama pada masa remaja (Stuart & Sundeen,1998)

B. Konsep Gangguan Citra Tubuh

1. Definisi

Seperti uraian diatas, Citra tubuh merupakan salah satu komponen dari konsep diri yang memiliki pengertian yaitu kumpulan dari sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya. Termasuk dalam hal ini adalah persepsi tentang masa lalu dan sekarang, serta perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi diri (Stuart & Sundeen, 1998).

Dengan demikian pengertian gangguan citra tubuh adalah perasaan tidak puas terhadap perubahan struktur, bentuk dan fungsi tubuh karena tidak sesuai dengan yang diinginkan (Modul IC-CMHN, 2006).

2. Perilaku Gangguan Citra Tubuh

Tanda dan gejala pasien dengan gangguan citra tubuh dapat diketahui bila menunjukkan perilaku sebagai berikut:

- a. Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah
- b. Tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi/akan terjadi
- c. Menolak penjelasan perubahan tubuh
- d. Demikian persepsi negatif pada tubuh
- e. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang
- f. Mengungkapkan keputusan
- g. Mengungkapkan kepuasan

C. Proses Keperawatan Gangguan Citra Tubuh

1. Pengkajian Keperawatan

a. Faktor Predisposisi

Faktor-faktor yang mempengaruhi gambaran diri, adalah munculnya stresor yang dapat mengganggu integritas gambaran diri. Stresor dapat berupa:

- 1) Operasi: Mastektomi, amputasi, luka operasi yang semuanya mengubah gambaran diri. Demikian pula tindakan koreksi seperti operasi palstik atau protesa.
- 2) Kegagalan fungsi tubuh: hemiplegi, buta, tuli dapat mengakibatkan depresionalisasi, yaitu tidak mengakui atau asing terhadap bagian tubuh, sering berkaitan dengan fungsi syaraf.
- 3) Waham yang berkaitan dengan bentuk dan fungsi tubuh. Sering terjadi pada pasien gangguan jiwa. Pasien mempersiapkan penampilan dan pergerakan tubuh sangat berbedah dengan kenyataan.
- 4) Tergantung pada mesin. Pasien intensivicare yang memandang imobilisasi sebagai tantangan, akibatnya sukar mendapatkan informasi umpan balik. Penggunaan alat-alat intensivicare dianggap sebagai gangguan.

b. Faktor Presipitasi

- 1) Transisi peran sehat-sakit. Pergeseran dari keadaan sehat. Stressor pada tubuh dapat menyebabkan gangguan gambaran diri dan berakibat perubahan konsep diri. Perubahan tubuh dapat mempengaruhi semua komponen konsep diri. Transisi ini mungkin dicetuskan oleh:
 - Kehilangan bagian tubuh
 - Perubahan ukuran, bentuk, penampilan dan fungsi tubuh
 - Perubahan fisik berhubungan dengan tumbuh kembang normal
 - Prosedur medis dan keperawatan
- 2) Transisi perkembangan. Adanya perubahan tubuh yang berkaitan dengan tumbuh kembang, dimana seseorang akan merasakan perubahan pada dirinya sering dengan bertambahnya usia. Tidak jarang seseorang menanggapi dengan respon negatif dan positif. Ketidakpuasan juga dirasakan seseorang jika didapat perubahan tubuh yang tidak ideal.

c. Penilaian Terhadap Stressor

Seorang dengan gangguan citra tubuh memiliki penilaian sendiri terhadap stressor atau masalah/perubahan tubuhnya yang menyebabkan penurunan kepercayaan diri. Wajah tampak tegang, menghindari kontak mata, dahi berkerut, mimik nampak serius, bicara berat, sukar untuk senyum dan tertawa juga ditunjukkan pasien dengan Gangguan Citra Tubuh...

d. Sumber Kooping

- 1) Aktivitas olahraga dan aktivitas lain diluar rumah
- 2) Hobi dan kerajinan tanagn
- 3) Seni yang ekspresif
- 4) Kesehatan dan keperawatan diri
- 5) Pekerjaan, vokasi atau posisi
- 6) Bakat tertentu
- 7) Kecerdasan
- 8) Imajinasi dan Kreativitas
- 9) Hubungan interpersonal

e. **Pertahan Ego**

Pertahan ego yang digunakan pada pasien dengan harga diri rendah:gangguan citra tubuh adalah:

- 1) **Fantasi** adalah kemampuan menggunakan tanggapan-tanggapan yang sudah ada (dimiliki) untuk menciptakan tanggapan baru.
- 2) **Disosiasi** merupakan respon pasien yang tidak sesuai dengan stimulus yang ada.
- 3) **Isolasi** cara pasien menghindarkan diri dari interaksi dengan lingkungan luar.
- 4) **Proyeksi** merupakan cara pasien menghindari diri dari kelemahan dan kekurangan dalam diri sendiri dengan melontorkannya pada orang lain.
- 5) **Displacement** adalah pengalihan dengan mengeluarkan perasaan-perasaan yang tertekan pada orang yang kurang mengancam dan kurang menimbulkan reaksi emosi.

f. **Data yang perlu dikaji**

Pengkajian pada pasien yang gangguan citra tubuh dilakukan dengan carawawancara dan observasi, dengan uraian sebagai berikut:

- 1) Data obyektif yang dapat diobservasi :
 - a) Perubahan dan kurangnya anggota tubuh, baik struktur, bentuk dan fungsi, misalnya kehilangan fungsi kaki akibat kecelakaan, atau bentuk muka yang berubah akibat kemoterapi dll.
 - b) Menyembunyikan/menutupi bagian tubuh yang terganggu dengan agar tidak terlihat oleh orang lain
 - c) Menolak melihat bagian tubuh yang mengalami perubahan akibat kehilangan fungsi atau bentuk dan struktur
 - d) Aktivitas sosial menurun dengan tidak mau mengikuti aktivitas yang biasa dilakukan, menolak mengikuti aktivitas diluar rumah dan mengurung diri dirumah.

2) Data Subjektif :

Data subjektif di dapat dari hasil wawancara, pasien dengan gangguan citra tubuh biasanya mengungkapkan:

- a) Penolakan terhadap:
 - 1) Perubahan anggota tubuh saat ini, misalnya tidak puas dengan hasil operasi.

- 2) Anggota tubuhnya yang tidak berfungsi
- 3) Interaksi dengan orang lain

Biasanya salah satu ungkapan yang diucapkan pasien dengan gangguan citra tubuh adalah “bagaimana ya saya harus kekantor dengan keadaan seperti ini?”

- b) Perasaan tidak berdaya tidak berharga dan keputusasaan
- c) Keinginan yang terlalu tinggi terhadap bagian tubuh yang terganggu
- d) Sering mengulang-ulang mengatakan kehilangan yang terjadi
- e) Merasa asing terhadap bagian tubuh yang hilang

g. Analisa Data

Langkah selanjutnya yang harus dilakukan setelah melakukan pengkajian adalah melakukan pengelompokan data dan analisa data. Tabel 3 dibawah ini merupakan contoh analisa data.

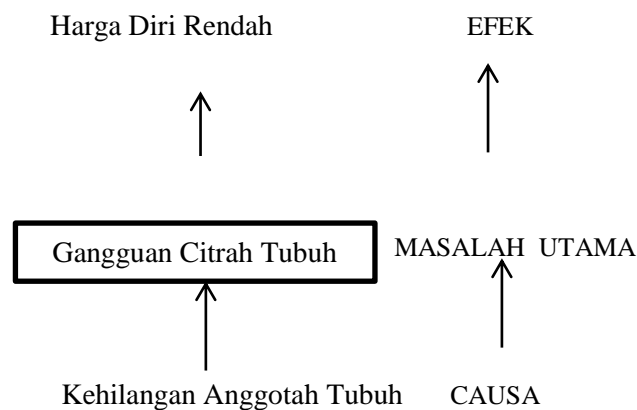
Tabel 3 Analisa Data

no	Data	Masalah
1	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan bagaimana saya harus bertemu dengan orang lain bila kaki saya buntung suster • Pokoknya saya tidak mau bekerja lagi malu saya dimana harga diri saya dengan kondisi saya yang seperti ini <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien menolak melihat anggota tubuh yang berubah • Pasien menolak menjelaskan perubahan tubuhnya • Pasien menutupi kaki pasca amputasi dengan selimut • Ekspresi wajah murung, atau marah, suara keras 	Gangguan citra tubuh/gambaran diri

h. Pojon Masalah

Setelah melakukan analisa data maka seua masalah keperawatan disusun dan dibuat pohon masalah agar diketahui masalah keperawatan utama(core problem). Berikut skema pohon masalah keperawatan pada pasien dengan Gangguan Citra Tubuh.

Gambar 2 Pohon Masalah Gangguan Citra Tubuh



2. Diagnosis Keperawatan

Setelah melakukan analisa data dan menyusun pohon masalah, maka langkah selanjutnya adalah menegakkan diagnosis keperawatan, yaitu:

- a. Gangguan Citra Tubuh (Core Problem)
- b. Kehilangan Anggota Tubuh (Penyebab)
- c. Harga Diri Rendah (Akibat)

3. Tindakan Keperawatan

Langkah selanjutnya setelah anda menegakkan diagnosis keperawatan adalah menyusun rencana tindakan keperawatan:

- a. Tujuan
 - 1) Klien dapat mengidentifikasi citra tubuhnya
 - 2) Klien dapat meningkatkan penerimaan terhadap cintra tubuhnya
 - 3) Klien dapat mengidentifikasih aspek positif diri
 - 4) Klien dapat mengetahui cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
 - 5) Klien dapat melakukan cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
 - 6) Klian dapat berinteraksi dengan orang lain tanpa tergangg

- b. Tindakan keperawatan pada pasien
- 1) Diskusikan persepsi klien tentang citra tubuhnya, dulu dan saat ini, perasaan tentang citra tubuhnya dan harapan tentang citra tubuhnya saat ini
 - 2) Motivasi klien untuk melihat/meminta bantuan keluarga dan perawat untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh yang sakit secara bertahap
 - 3) Diskusikan aspek positif diri
 - 4) Bantu klien untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu (misalnya menggunakan anus buatan dari hasil kolostomi)
 - 5) Ajarkan klien meningkatkan citra tubuh dengan cara:
 - a) Gunakan anus buatan dari hasil kolostomi sesegera mungkin dan gunakan pakaian yang baru
 - b) Motivasi klien untuk melakukan aktivitas yang mengarah pada pembentukan tubuh yang ideal
 - 6) Lakukan interaksi secara bertahap dengan cara:
 - a) Susun jadwal kegiatan sehari-hari
 - b) Motivasi untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan terlibat dalam aktivitas keluarga dan sosial
 - c) Motivasi untuk mengunjungi teman atau orang lain yang berarti atau mempunyai peran penting baginya
 - d) Berikan pujian terhadap keberhasilan klien melakukan interaksi

Fokus tindakan adalah untuk mendorong pasien memahami secara utuh, sehingga ia mampu menggali kemampuan yang dimiliki dan menggunakan untuk mencapai perilaku yang konstruktif. Prinsip asuhan keperawatan yang diberikan adalah memecahkan masalah yang terlihat dari peningkatan kemampuan pasien yang terdiri dari 5 tingkat:

- a. Memperluas kesadaran diri (Expanded Self Awareness)
- b. Menyelidiki/eksplorasi diri (Self Exploration)
- c. Mengevaluasi diri (Self Evaluation)
- d. Perencanaan yang realistic (Realistik Planning)
- e. Pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan (Commitment to Action)

c. Tindakan terhadap keluarga

Tujuan umum :

keluarga dapat membantu pasien dalam penerimaan perubahan kondisi tubuh meningkatkan kepercayaan diri

Tujuan khusus :

- 1) Keluarga dapat mengenal masalah gangguan citra tubuh
- 2) Keluarga mengetahui cara mengatasi masalah gangguan citra tubuh
- 3) Keluarga mampu merawat pasien gangguan citra tubuh
- 4) Keluarga mampu mengevaluasi kemampuan pasien dan memberikan pujian atas keberhasilannya.

Tindakan keperawatan

- a) Jelaskan dengan keluarga tentang gangguan citra tubuh yang terjadi pada pasien
- b) Jelaskan pada keluarga cara mengatasi gangguan citra tubuh
- c) Ajarkan pada keluarga cara merawat pasien
- d) Menyediakan fasilitas untuk memenuhi kebutuhan pasien di rumah
- e) Memfasilitasi interaksi di rumah
- f) Melaksanakan kegiatan di rumah dan sosial
- g) Memberikan pujian atas keberhasilan pasien

4. Evaluasi keperawatan

Setelah melakukan tindakan keperawatan. Langkah selanjutnya adalah melakukan evaluasi keperawatan

- a. Apakah ancaman terhadap integritas fisik atau sistem diri pasien telah menurun dalam sifat, jumlah, asal atau waktu?
- b. Apakah perilaku pasien mencerminkan penerimaan diri, nilai diri, dan persetujuan diri, dan persetujuan diri yang lebih besar?
- c. Apakah sumber coping pasien sudah di kaji dan di kerahkan secara adekuat
- d. Apaka pasien sudah meluaskan kesadaran diri dan melakukan eksplorasi dan evaluasi diri?
- e. Apakah pasien menggunakan respons yang adaptif?

Keberhasilan tindakan keperawatan pada pasien gangguan citra tubuh tampak dari kemampuan pasien untuk:

- a. Mengungkapkan persepsi tentang citra tubuhnya, dulu dan saat ini
- b. Mengungkapkan perasaan tentang citra tubuhnya dan harapan tentang citra tubuhnya saat ini
- c. Meminta bantuan keluarga dan perawat untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh secara bertahap
- d. Mendiskusikan aspek positif diri

5. Pendokumentasian

Langkah terakhir dari asuhan keperawatan adalah melakukan dokumentasi asuhan keperawatan. Dokumentasi dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan, perencanaan, implementasi tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Latihan 2

1. Sebutkan tanda dan gejala dari gangguan citra tubuh (bila kesulitan dalam menjawab pertanyaan tersebut, baca kembali tanda dan gejala gangguan citra tubuh)
2. Jelaskan pengertian gangguan citra tubuh (bila kesulitan dalam menjawab pertanyaan tersebut, baca kembali pengertian gangguan citra tubuh)
3. Sebutkan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh (bila kesulitan dalam menjawab pertanyaan tersebut, baca kembali tindakan keperawatan gangguan citra tubuh)
4. Bersama dengan teman anda berperanlah satu orang menjadi pasien dan satu orang menjadi perawat. Berikut adalah skenario peran seorang pasien Ny. B (40 tahun) terdiagnosa menderita Ca Payudara. Seminggu yang lalu, pasien menjalani radikal mastektomi pada payudara kirinya. Sejak saat itu pasien tampak lebih pendiam dan jarang berbicara, tidak mau bertemu dengan orang lain, kecuali suami dan orang tua serta keluarganya, Ny. C menolak untuk di kunjungi teman dan tetangganya. Pandangan pasien selalu terarah ke sebelah kanan. Pasien tidak mau menoleh ke sebelah kiri karena tidak mau melihat ayudaranya yang telah diangkat. Pasien mengatakan ia merasa menjadi seorang yang tidak sempurna dan pasien merasa malu. Pasien tampak sedih ekspresi wajah datar, suara pelan dan lirih, pandangan kosong dan penampilan tidak rapih.

Tugas Anda adalah:

- a. Lakukan analisis data dan masalah keperawatan
- b. Buatlah pohon masalah
- c. Tetapkanlah tindakan keperawatan
- d. Lakukanlah evaluasi keperawatan

Petunjuk jawaban latihan no 4

1. Untuk mampu menjawab pertanyaan a pelajarilah kembali materi pengkajian asuhan keperawatan
2. Untuk mampu menjawab pertanyaan b pelajarilah kembali materi analisis data dan masalah keperawatan
3. Untuk mampu menjawab pertanyaan c pelajarilah kembali materi cara membuat pohon masalah
4. Untuk mampu menjawab pertanyaan d pelajarilah kembali materi cara menetapkan tindakan keperawatan
5. Untuk mampu menjawab pertanyaan a pelajarilah kembali cara membuat evaluasi keperawatan.

Rangkuaman 2

1. Citra tubuh merupakan salah satu komponen dari konsep diri dimana konsep diri adalah semua pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain.
2. Data objektif yang dapat di observasi pada pasien dengan gangguan citrah tubuh adalah perubahan dan hilangnya anggota tubuh, baik struktur, bentuk dan fungsi, menyembunyikan atau memamerkan bagian tubuh yang terganggu, menolak melihat bagian tubuh, menolak menyentuh bagian tubuh, aktifitas sosial menurun.
3. Sedangkan data subjektif yang diungkapkan pasien dengan gangguan citrah tubuh adalah mengungkapkan penolakan terhadap perubahan anggota tubuh saat ini, misalnya tidak puas dengan hasil operasi, anggota tubuhnya yang tidak berfungsi. Menolak interaksi dengan orang lain, dan mengungkapkan rasa tidak berdaya, tidak berharga dan keputusasaan. Mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi terhadap bagian tubuh yang terganggu. Sering mengulang ulang mengatakan kehilangan yang terjadi. Merasa asing terhadap bagian tubuh yang hilang.

4. Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan kesehatan jiwa yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan dengan pendekatan menggunakan teknik komunikasi terapeutik. Dari kelompok data yang terkumpul baik data subjektif maupun data objektif, selanjutnya masalah di rumuskan. Dalam kaitan ini perlu dibuat daftar masalah kesehatan jiwa sesuai dengan pengkajian, pohon masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan dengan menyimpulkan core problem (masalah utama) langkah selanjutnya adalah menegakkan diagnosa dilakukan berdasarkan prioritas, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan, mengevaluasi keberhasilan pasien dan keluarga dan menuliskan pendokumentasian pasien sesuai dengan format yang ada.

Tes Formatif 2

Nn C baru 2 hari yang lalu baru selesai menjalani operasi amputasi tangan kanan akibat kecelakaan kerja. Pada saat pengkajian di dapatkan data pasien tampak murung ekspresi wajah datar, pasien menolak makanan yang diberikan dari rumah sakit maupun keluarga. Pasien mengatakan lebih baik mati saja karena tanpa tangan dia tidak akan mampu bekerja dan akan menjadi beban keluarga. Pasien juga secara sepihak memutuskan pertunangan dengan kekasihnya. Pasien sering mengeluh tangan kanannya gatal dan minta keluarga untuk menggarukkannya.

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memilih salah satu jawaban yang paling benar.

1. Berikut ini adalah data objektif yang Anda temukan pada pasien Nn C dengan gangguan citra tubuh:
 - a. Mengungkapkan penolakan terhadap tubuh saat ini
 - b. Ekspresi wajah
 - c. Mengungkapkan perasaan tidak berdaya, tidak berharga dan keputusasaan
 - d. Mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi terhadap bagian tubuh yang terganggu
 - e. Sering mengulang-ulang mengatakan kehilangan yang terjadi
2. Tujuan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh adalah
 - a. Pasien dapat mengidentifikasikan citra tubuhnya
 - b. Pasien dapat meningkatkan penariamaan terhadap citra tubuhnya
 - c. Pasien dapat mengidentifikasikan aspek positif diri

- d. Pasien dapat mengetahui cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
 - e. Pasien tidak dapat melakukan cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
3. Data subjektif yang dapat di observasi pada pasien dengan gangguan citra tubuh adalah
- a. Perubahan dan hilangnya anggota tubuh, baik struktur, bentuk dan fungsi
 - b. Menyembunyikan atau memamerkan bagian tubuh yang terganggu
 - c. Menolak melihat bagian tubuh
 - d. Menolak menyentuh bagian tubuh
 - e. Pasien mengatakan malu dengan dirinya
4. Tindakan keperawatan pada pertemuan pertama dengan pasien dengan gangguan citra tubuh adalah:
- a. Diskusikan persepsi pasien tentang citra tubuh, dulu dan saat ini, perasaan tentang citra tubuhnya dan harapan tentang citra tubuhnya saat ini
 - b. Motivasi pasien untuk melihat/meminta bantuan keluarga dan perawat untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh yang mengalami cancer secara bertahap
 - c. Bantu pasien untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu (misalnya menggunakan anus buatan dari kolostomi)
 - d. Anjurkan pasien untuk berkenalan dengan orang lain di lingkungan sekitarnya
 - e. Membangun keterbukaan dan hubungan saling percaya
5. Keberhasilan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan citra tubuh ditandai dengan kemampuan pasien untuk:
- a. Mengungkapkan persepsi tentang citra tubuhnya, dulu dan saat ini
 - b. Membandingkan dan menilai kemampuan dirinya saat ini
 - c. Menolak keterbatasan saat ini
 - d. Tidak mampu menggunakan alat bantu yang disediakan untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu (misalnya menggunakan anus buatan dari hasil kolostomi)
 - e. Ketidakmampuan menggunakan sumber daya kemampuan diri saat ini dan yang akan datang

Umpan balik dan rencana tindak lanjut

Cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban tes formatif 1 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut

JAWABAN YANG BENAR

Tingkat penguasaan =-----X 100 %

JUMLAH SOAL

Arti tingkat penguasaan:

90-100 % = baik sekali

80-89 % = baik

70-79 % = cukup

< 70 % = kurang

Apabila anda mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus! Anda dapat meneruskan dengan kegiatan pembelajaran 3. Tetapi jika masih dibawah 80%, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar 2, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN BELAJAR 3

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kehilangan

Jika Anda mendengar pasien mengatakan saya hanya sendiri di dunia ini suster saya tidak tau harus berbuat apa dan saya tidak mampu berbuat apa – apa suster. Saya orang yang telah gagal suster karena kecacatan ini. Saya tidak mampu melanjutkan hidup ini suster. Bila Anda menemukan kasus di atas, diagnosa apa yang terlintas dalam benak Anda, benar sekali pasien Anda mengalami kehilangan. Setelah Anda mengetahui diagnosis pasien, tentu Anda harus melakukan intervensi keperawatan agar pasien Anda tidak mengalami kehilangan yang akan berlanjut kepada proses maladaptif. Intervensi apa yang harus Anda lakukan sementara saya belum memiliki pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien kehilangan? Untuk menjawab pertanyaan Nada pelajarilah kegiatan belajar 3 ini dengan sebaik – baiknya. Saya yakin Anda mampu mempelajarinya dengan baik, karena materi kegiatan belajar ini sangat lengkap sehingga mampu membantu Anda untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien kehilangan. Selamat belajar, Sukses untuk Anda.

A. Konsep Kehilangan

1. Definisi

Lambert & Lambert mengatakan bahwa : kehilangan adalah suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemungkinan menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan. Kehilangan merupakan pengalaman yang pernah dialami oleh setiap individu selama rentang kehidupan cenderung mengalami kembali walaupun dalam bentuk berbeda.

2. Faktor – Faktor yang mempengaruhi reaksi kehilangan, tergantung :

- a. Arti dari kehilangan setiap individu berbeda. Contoh seorang perawat akan memiliki kehilangan lebih besar bila kehilangan salah satu anggota tubuhnya dibandingkan dengan seorang wanita pekerja biasa.
- b. Sosial budaya. Faktor sosial budaya berpengaruh dalam memaknai suatu kehilangan.
- c. Kepercayaan / spiritual
- d. Peran seks / jenis kelamin

- e. Status sosial ekonomi. Status sosial ekonomi yang tinggi berpengaruh terhadap kehilangan.
- f. Kondisi fisik individu

3. Tipe kehilangan

Kehilangan dibagi dalam dua tipe yaitu :

- a. Kehilangan aktual atau nyata. Kehilangan ini sangat mudah dikenal atau diidentifikasi oleh orang lain, seperti hilangnya anggota tubuh sebagian, amputasi, kematian orang yang sangat berarti / dicintai.
- b. Kehilangan persepsi. Kehilangan jenis ini hanya dialami oleh seseorang dan sulit untuk dapat dibuktikan, misalnya : seseorang yang berhenti bekerja / PHK menyebabkan perasaan kemandirian dan kebebasannya menjadi menurun.

4. Jenis – jenis kehilangan

Terdapat 5 jenis kehilangan, yaitu :

- a. Kehilangan seseorang yang dicintai, dan sangat bermakna atau orang yang berarti merupakan salah satu jenis kehilangan yang paling mengganggu dari tipe – tipe kehilangan. Kematian orang yang dicintai dan bermakna dalam kehidupan individu akan menimbulkan kehilangan bagi orang yang mencintainya. Hal ini dikarenakan hilangnya keintiman, intensitas dan ketergantungan serta ikatan atau jalinan yang ada, kematian pasangan suami / istri atau anak biasanya membawa dampak emosional yang luar biasa dan tidak dapat ditutupi.
- b. Kehilangan pada diri sendiri (*loss of self*) adalah kehilangan diri atau anggapan tentang mental seseorang, meliputi kehilangan perasaan terhadap keatraktifan, diri sendiri, kehilangan kemampuan fisik dan mental, serta kehilangan akan peran dalam kehidupan, dan dampaknya. Kehilangan dari aspek diri mungkin sementara atau menetap, sebagian atau seluruhnya. Beberapa aspek lain yang dapat hilang dari seseorang, misalnya kehilangan pendengaran, ingatan usia muda, fungsi tubuh.
- c. Kehilangan objek eksternal, misalnya kehilangan benda milik sendiri atau bersama – sama, perhiasan, uang atau pekerjaan. Kedalaman berduka yang dirasakan seseorang terhadap benda yang hilang tergantung pada arti dan kegunaan benda tersebut.

- d. Kehilangan lingkungan yang sangat dikenal, diartikan sebagai terpisahnya individu dari lingkungan yang sangat dikenal termasuk dari kehidupan latar belakang keluarga dalam waktu satu periode atau bergantian secara menetap. Misalnya pindah ke kota lain, maka akan memiliki tetangga yang baru dan proses penyesuaian baru.
- e. Kehilangan kehidupan / meninggal. Seseorang pasti akan mengalami kematian, baik mati secara perasaan, pikiran dan respon pada kegiatan atau orang disekitarnya, sampai dengan kematian yang sesungguhnya. Sebagian orang berespon berbeda tentang kematian.

5. Tahapan (Fase) Kehilangan

Tahap fase kehilangan dimulai dari :

Denial → Anger → Bargaining → Depression → Acceptance

a. Fase **Denial**

- 1) Merupakan reaksi pertama pada fase ini adalah syok, tidak mempercayai kenyataan
- 2) Ungkapan verbal pada fase ini biasanya individu mengatakan itu tidak mungkin, saya tidak percaya itu terjadi
- 3) Perubahan fisik, letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernafasan, detak jantung cepat, menangis, gelisah

b. Fase **Anger** (marah)

- 1) Individu mulai menyadari kenyataan yang terjadi
- 2) Timbul respon marah yang diproyeksikan pada orang lain
- 3) Reaksi fisik yang timbul adalah : muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan mengempal serta perilaku agresif

c. Fase **Bargaining** (tawar – menawar)

- 1) Ungkapan secara verbal pada fase ini adalah; kenapa harus terjadi pada saya? Kalau saja yang sakit bukan saya, seandainya saya hati – hati

d. Fase **Depression** (Depresi/Sedih)

- 1). Menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau bicara atau putus asa
- 2) Gejala pada fase ini individu menolak makan, mengeluh sulit tidur, letih, dorongan libido menurun

e. Fase **Acceptance** (Menerima)

- 1) Pikiran pada obyek yang hilang mulai berkurang
- 2) Ungkapan verbal pada fase ini adalah “apa yang dapat saya lakukan agar saya cepat sembuh, yah akhirnya saya harus operasi”

6. Tanda dan Gejala

Gejala yang timbul pada pasien dengan kehilangan antara lain :

- a. Adaptasi terhadap kehilangan yang tidak berhasil
- b. Depresi, menyangkal yang berkepanjangan
- c. Reaksi emosional yang lambat
- d. Tidak mampu menerima pola kehidupan yang normal

Coba Anda sebutkan tanda dan gejala dari kehilangan bagus sekali

Tanda yang mungkin dijumpai pada pasien kehilangan antara lain :

- a. Isolasi sosial atau menarik diri
- b. Gagal untuk mengembangkan hubungan / minat – minat baru
- c. Gagal untuk menyusun kembali kehidupan setelah kehilangan

B. Konsep berduka

1. Pengertian

Berduka merupakan respon normal yang terjadi pada semua kejadian kehilangan. Berduka dimanifestasikan dengan perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak napas, susah tidur dan lain – lain. NANDA membagi dua tipe berduka, yaitu berduka diantisipasi dan berduka disfungsional. Berduka **diantisipasi** merupakan sesuatu status pengalaman individu dalam merespon kehilangan yang aktual ataupun yang di rasakan seseorang, kehilangan atau hubungan/kedekatan, kehilangan akan objek atau ketidakmampuan fungsional sebelum terjadinya kehilangan. Tipe ini masih dalam batas normal. Berduka **difungsional** merupakan suatu status individu dalam merespon suatu kehilangan dimana respon kehilangan secara aktual maupun potensial, hubungan, objek dalam ketidakmampuan fungsional. Tipe ini kadang menjurus ke tipikal, abnormal, atau kesalahan/ kecanduan.

2. Teori dan Proses Berduka

Belum ada cara yang paling tepat dan cepat dalam melewati proses berduka. Konsep dan teori terbuka hanyalah salah satu cara yang dapat di gunakan untuk mengantisipasi kebutuhan emosional pasien dan keluarganya dan juga rencana intervensi yang bertujuan untuk membantu individu dalam memahami kesediaan mereka dan mengatasinya. Peran perawat dalam proses ini adalah mendapatkan gambaran tentang perilaku berduka, mengenali perilaku berduka terhadap perilaku dan memberikan dukungan dalam bentuk empati.

Proses berduka menurut (1964) mempunyai beberapa fase, yaitu:

- a. **Fase I** (Shock dan tidak percaya) Individu yang berada pada fase ini seringkali menolak menerima kenyataan akan kehilangan yang di alami. Individu mungkin menarik diri dari lingkungan sekitar, duduk malas, atau pergi tanpa tujuan. Reaksi fisik yang timbul pada fase ini adalah pingsan, diaphoresis, mual, diare, detak jantung cepat, tidak bisa istirahat, insomnia dan kelelahan.
- b. **Fase II** (Berkembangnya kesadaran) Individu mulai merasakan adanya kehilangan secara nyata/akut dan mungkin mengalami putus asa, marahan, perasaan bersalah, frustrasi, depresi, dan kekosongan jiwa tiba-tiba terjadi.
- c. **Fase III** (Restitusi) Individu berusaha mencoba untuk sepakat/damai dengan perasaan yang hampa/kosong. Pada fase ini individu kehilangan masih tetap

tidak dapat menerima perhatian yang baru dari seseorang yang bertujuan untuk mengalihkan kehilangan seseorang.

- d. **Fase IV** Individu ini mulai menekan seluruh perasaan negatif dan bermusuhan terhadap almarhum. Bisa merasa bersalah dan sangat menyesal tentang kurang perhatiannya di masa lalu terhadap almarhum.
- e. **Fase V** Kehilangan yang tidak dapat di hindari. Pada fase ini individu harus mulai menyadari arti kehilangan. Sehingga pada fase ini di harapkan seseorang sudah dapat menerima kondisinya. Kesadaran baru telah berkembang.

C. Proses Keperawatan Kehilangan dan Berduka

1. Pengkajian

Hasil pengkajian di dapatkan data yaitu:

Perasaan sedih, menangis, perasaan putus asa, kesepian, mengingkari, kehilangan, kesulitan mengekspresikan perasaan, konsentrasi menurun, kemarahan yang berlebihan, tidak berminat dan berinteraksi dengan orang lain, merenungkan perasaan bersalah secara berlebihan, reaksi emosional yang lambat, adanya perubahan kebiasaan makan, pola tidur, tingkat aktivitas.

2. Analisa Data dan Rumusan Masalah

Anda tentunya masih ingat bagaimana cara melakukan analisis data dan merumuskan masalah! Setelah data di kumpulkan, anda dapat langsung mengelompokkan data (subjektif dan objektif) dan merumuskan masalah keperawatan.

Tabel 3

Analisis Data dan Masalah Keperawatan

No	Data	Masalah
1	Subjektif : Pasien merasa tidak bisa melupakan kehilangan, Pasien terus menangis/ mengingat suaminya Objektif : Pasien marah-marah , TD: 130/90 mmhg, p:20 x/menit, N:90x/menit	Kehilangan

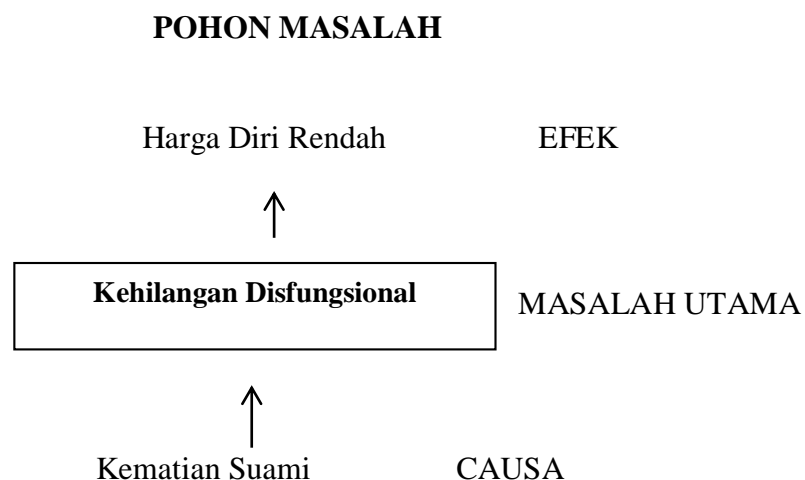
3. Diagnosa Keperawatan

Dalam menegakan diagnosa keperawatan anda dapat melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Menyimpulkan **core problem** (masalah utama) merupakan prioritas masalah dari beberapa masalah yang di miliki pasien.
- b. Menghubungkan core problem sesuai dengan masalah lain dan sesuai dengan daftar masalah.
- c. Menegakan diagnosa keperawatan jiwa berdasarkan prioritas.
- d. Menyusun diagnosa berdasarkan prioritas diagnosa dengan **“core problem”** sebagai etiologinya.

Setelah anda memahami contoh analisis data dan masalah di atas, selanjutnya anda dapat membuat daftar masalah keperawatan jiwa sesuai dengan pengkajian. Langkah berikutnya adalah membuat pohon masalah. Untuk dapat membuat pohon masalah, anda dapat mempelajari kembali modul proses keperawatan jiwa. Saya yakin, anda sudah memahaminya dan dapat membuat pohon masalah yang di maksud. Mari kita segarkan ingatan kita kembali tentang cara membuat pohon masalah dengan memperhatikan kembali contoh di bawah ini.

Gambar 3 Pohon Masalah Kehilangan



4. Tindakan Keperawatan

Langkah selanjutnya setelah anda menegakkan diagnosa keperawatan dan menentukan masalah utama pada kasus kehilangan adalah melakukan tindakan keperawatan. **Tindakan keperawatan pada pasien** kehilangan bertujuan agar pasien mampu:

- a. Membina hubungan saling percaya dengan perawat
- b. Mengenali peristiwa kehilangan yang di alami pasien
- c. Memahami hubungan antara kehilangan yang di alami dengan keadaan dirinya
- d. Mengidentifikasi cara-cara mengatasi berduka yang dialaminya
- e. Memanfaatkan faktor berduka

Sedangkan **tindakan keperawatan** yang dilakukan **terhadap pasien** agar tujuan berhasil adalah:

- a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien
- b. Berdiskusi mengenai kondisi pasien saat ini (kondisi pikiran, perasaan, fisik, sosial, dan spritual sebelum/sesuda mengalami peristiwa kehilangan dan hubungan anara kondisi saat ini dengan peristiwa kehilangan yang terjadi).
- c. Berdiskusi cara mengatasi berduka yang dialami
 - 1) Cara verbal (mengungkapkan perasaan)
 - 2) Cara fisik (memberi kesempatan aktiivitas fisik)
 - 3) Cara sosial (sharing melalui kelompok)
 - 4) Cara sosial (berdoa, berserah diri)
- d. Memberi informasi tentang sumber-sumber komunitas yang tersedia untuk saling memberikan pengalaman dengan seksama.
- e. Membantu pasien memasukan kegiatan dalam jadual harian.
- f. Kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa puskesmas

Tindakan Keperawan untuk Keluarga:

Tindakan keperawatan terhadap keluarga pada keluarga bertujuan agar keluarga mampu :

- a. Mengenai masalah kehilangan dan berduka
- b. Memahami cara merawat paien berduka berkepanjangan.
- c. Mempraktikkan cara merawat pasien berduka disfungsional
- d. Memanfaatkan sumber yang tersedia di masyarakat

Sedangkan **tindakan keperawatan** yang dilakukan agar tujuan keperawatan berhasil adalah:

- a. Berdiskusi dengan keluarga tentang masalah kehilangan dan berduka dan dampaknya pada pasien.
- b. Berdiskusi dengan keluarga cara-cara mengatasi berduka yang dialami oleh pasien
- c. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan berduka disfungsi
- d. Berdiskusi dengan keluarga sumber-sumber bantuan yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga untuk mengatasi kehilangan yang dialami oleh pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Coba anda pikirkan apa langkah selanjutnya setelah tindakan keperawatan? Benar melakukan evaluasi. Keberhasilan tindakan keperawatan tampak dari kemampuan pasien untuk

- a. Mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
- b. Mampu mengenai perawat kehilangan yang dialami pasien
- c. Mampu dan menerima hubungan antara kehilangan yang dialami dengan keadaan dirinya
- d. Mengidentifikasi cara-cara mengatasi berduka yang dialaminya
- e. Memanfaatkan faktor pendukung

6. Kriteria pasien pulang

Beikut ini adalah kriteria yang digunakan untuk menentukan pasien pulang, yaitu

- a. Pasien mampu untuk menyatakan secara verbal tahap-tahap proses berduka yang normal dan perilaku yang berhubungan dengan tiap-tiap tahap.
- b. Pasien mampu mengidentifikasi posisinya sendiri dalam proses berduka dan mengekspresikan perasaan-perasaannya yang berhubungan dengan konsep kehilangan secara jujur.
- c. Pasien tidak terlalu lama mengekspresikan emosi-emosi dan perilaku-perilaku yang berlebihan yang berhubungan dengan disfungsi berduka dan mampu melaksanakan aktifitas-aktifitas hidup sehari-hari secara mandiri.

7. Dokumentasi

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

Latihan 3

1. Sebutkan Tanda dan Gejala Kehilangan
2. Jelaskan Definisi Kehilangan
3. Jelaskan Definisi Berduka
4. Jelaskan Tahap kehilangan menurut kubler Ros
5. Kerjakanlah soal di bawah ini sesuai dengan petunjuk di bawah soal

Ny z 67 tahun mengatakan tidak dapat tidur, tidak nafsu makan dan tidak memiliki semangat hidup. Pasien mengatakan dulu sejak suaminya masih hidup pasien aktif di kegiatan kemasyarakatan seperti pos yandu lansia maupun mengikuti kegiatan keagamaan di masjid. Pasien juga mengatakan saat ini yang di fikirkan hanya mendiang suaminya pasien mengatakan setiap hari mengunjungi makam suaminya karena gengan mengunjungi makam perasaanya menjadi tenang karena dapat mencurahkan semua yang di rasakan sejak di tinggal suami. Bila teringat suami pasien hanya bisa menangis penampilan bersih dan rapi ekspresi wajah pasien tampak sedih, kelopak mata menghitam dan pada saat bercerita suaminya pasien menangis dengan suara lirih.

Berdasarkan kasus di atas, tugas anda adalah

- a. Buatlah pengkajian pada kasus di atas
- b. Lakukan analisis data dan masalah keperawatan
- c. Buatlah pohon masalah
- d. Tetapkanlah tindakan keperawatan
- e. Lakukan evaluasi keperawatan

Mintalah teman anda untuk mengoreksi jawaban yang anda berikan dan perbanyaklah diskusi dengan teman anda, anda juga bisa meminta bantuan tutor bila anda mengalami kesulitan dalam mengerjakan soal di atas.

Petunjuk Jawaban Latihan :

1. Untuk menjawab pertanyaan no 1 pada latihan 1 pelajaryliah kembali tanda dan gejala kehilangan.
2. Untuk menjawab pertanyaan no 2 pada latihan 1 pelajaryliah kembali defenisi kehilangan.
3. Untuk menjawab pertanyaan no 3 pada latihan 1 pelajaryliah kembali definisi berduka

4. Untuk menjawab pertanyaan no 4 pada latihan nomor 1 pelajarilah kembali tahapan kehilangan menurut Kubler Ross
5. Untuk menjawab pertanyaan no 5.a pada latihan 1 pelajarilah kembali cara melakukan pengkajian.
6. Untuk menjawab pertanyaan no 5.b pada latihan 1 pelajarilah kembali cara melakukan analisis data dan masalah keperawatan.
7. Untuk menjawab pertanyaan no 5.c pada latihan 1 pelajarilah kembali cara membuat pohon masalah.
8. Untuk menjawab pertanyaan no 5.d pada latihan 1 pelajarilah kembali membuat tindakan keperawatan.
9. Untuk menjawab pertanyaan no 5.e pada latihan 1 pelajarilah kembali cara melakukan evaluasi keperawatan.

Rangkuman 3

1. Kehilangan merupakan pengalaman yang pernah di alami oleh setiap individu selama rentang kehidupan sejak dalam kehidupan sejak dalam individu sudah mengalami dan cenderung mengalami kembali walaupun dalam bentuk berbeda.
2. Gejala yang timbul pada pasien dengan kehilangan antara lain: adaptasi terhadap kehilangan yang tidak berhasil, depresi, menyangkal yang berkepanjangan, reaksi emosional yang lambat, tidak mampu menerima pola kehidupan yang normal. Tanda yang mungkin terdapat pada pasien kehilangan antara lain: isolasi sosial atau menarik diri, gagal untuk mengembangkan hubungan/minat-minat baru, gagal untuk menyusun kembali kehidupan setelah kehilangan.
3. Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan kesehatan jiwa yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan dengan pendekatan menggunakan teknik komunikasi terapeutik. Dari kelompok data yang terkumpul, baik data subjektif maupun objektif, maka masalah di rumuskan. Dalam kaitan ini perlu di buat daftar masalah keperawatan kesehatan jiwa sesuai dengan pengkajian, pohon masalah, dan menegakan diagnosa keperawatan dengan menyimpulkan **core problem** (masalah utama). Menegakan diagnosa dilakukan berdasarkan prioritas.

4. Langkah selanjutnya adalah membuat rencana tindakan keperawatan serta melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana tindakan. Kemudian mengevaluasi keberhasilan pasien dan keluarga. Terakhir menuliskan pendokumentasian pasien sesuai dengan format yang ada.

Tes Formatif 2

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memilih salah satu jawaban yang paling tepat.

1. Berikut adalah tanda dan gejala kehilangan:
 - a. Menyangkal yang berkepanjangan
 - b. Menerima pola kehidupan yang normal
 - c. Aktif di lingkungan social untuk melupakan kehilangan yang di alami
 - d. Mampu untuk mengembangkan hubungan/minat-minat baru
 - e. Mampu untuk menyusun kembali kehidupan setelah kehilangan.

2. Pasien mengatakan “sekarang saya sudah dapat menerima kehilangan suami saya suster, mungkin inilah jalan terbaik buat suami saya suster. Semoga suami saya mendapatkan tempat yang terbaik di sisinya”. Ungkapan tersebut menandakan bahwa pasien sudah mampu
 - a. Mengenali peristiwa kehilangan yang di alami pasien
 - b. Memahami hubungan antara kehilangan yang di alami dengan keadaan dirinya
 - c. Mengidentifikasi cara-cara mengatasi berduka yang di alaminya.
 - d. Memanfaatkan faktor pendukung.
 - e. Membina hubungan saling percaya

3. “Apakah dengan melakukan kegiatan keagamaan seperti berdoa, ibu dapat lebih tenang dalam menerima kehilangan ini”. Benar suster dengan mendekatkan diri kepada Tuhan saya menjadi lebih tenang setelah kehilangan keluarga saya. Upaya yang di lakukan petugas kesehatan untuk membantu pasien mengatasi kehilangan merupakan upaya dalam hal
 - a. Verbal (mengungkapkan perasaan)
 - b. Fisik (meberikan kesempatan aktifitas fisik)

- c. Sosial (berbagi dengan teman)
 - d. Spritual (berdoa, berserah diri)
 - e. Non verbal
4. Pasien di ajarkan untuk selalu bergaul dengan orang di sekitarnya untuk membantu mengurangi kehilangan yang di alami. Adalah cara di lakukan melalui
- a. Verbal (mengungkapkan perasaan)
 - b. Fisik (memberikan kesempatan aktivitas fisik)
 - c. Sosial (berbagi dengan teman)
 - d. Spiritual (berdoa, berserah diri)
 - e. Non verbal
5. Keberhasilan tindakan keperawatan pada pasien kehilangan di tandai dengan kempuan pasien untuk
- a. Mengungkapkan secara verbal tahap-tahap proses berduka yang normal dan perilaku yang berhubungan dengan tiap-tiap tahap berduka dan kehilangan.
 - b. Mengekspresikan perasaan-perasaan yang berhubungan dengan konsep kehilangan secara berlebihan.
 - c. Menunjukkan perilaku-perilaku yang berlebihan yang berhubungan dengan disfungsi berduka
 - d. Ketidakmampuan untuk melaksanakan aktifitas-aktifitas hidup sehari-hari secara mandiri.
 - e. Bergantung pada orang lain di sekitar.

Cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban Tes Formatif 2 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut:

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100% = baik sekali

80 – 89% = baik

70 – 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila anda mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus! Anda dapat memeruskan dengan modul 5. Tetapi jika masih di bawah 80%, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar 2, terutama bagian yang belum di kuasai.

Selamat anda telah selesai mempelajari modul 3 ini dengan baik, jika anda merasakan masih ada yang kurang anda pahami pelajarilah kembali materi yang belum anda pahami. Alangkah baiknya anda belajar berkelompok dengan teman-teman anda sehingga pemahaman anda menjadi meningkat. Lanjutkanlah mempelajari modul IV tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah harga diri rendah dan isolasi sosial.

DAFTAR PUSTAKA

Herdman, T.H. (2012). NANDA International Nursing Diagnosis Definition and Classification, 2012 – 2014. Oxford : Wiley-Blacwell

Keliat, B.A., dkk. (2011). Keperawatan kesehatan jiwa komunitas (CMHN-Basic Course). Jakarta: EGC

Stuart, G.W. (2009). Principles and Praticce of Psychiatric Nursing. 8th edition. Missouri: Mosby

Kunci Jawaban

Askep Kecemasan

1. A
2. C
3. C
4. A
5. A

Askep Gangguan Citra Tubuh

1. B
2. B
3. E
4. A
5. A

Askep Kehilangan

1. A
2. B
3. A
4. C
5. A

KUNCI JAWABAN

Tes Formatif 1

1. E
2. A
3. A
4. A

Tes Formatif 2

1. A
2. C
3. E
4. E
5. E

MODUL 3

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA : HARGA DIRI RENDAH DAN ISOLASI SOSIAL

PENDAHULUAN

Selamat dan sukses semoga selalu menyertai Anda, selamat berjumpa kembali dengan modul 3 keperawatan jiwa tentang Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa : Harga Diri Rendah Dan Isolasi. Penulis yakni pemahaman anda sudah semakin meningkatkan sehingga anda diperkenankan untuk mempelajari modul lanjutan ini. Penulis sangat yakin anda mampu dapat dengan mudah mempelajari materi dalam modul ini. Hal ini dibuktikan karena anda sudah dapat menyelesaikan modul terdahulu dengan baik selain itu karena materi dalam modul ini penulis buat dengan sangat terperinci dan sistematis. Menggunakan Bahasa Indonesia yang mudah dimengerti serta dilengkapi dengan berbagai contoh yang sering anda jumpai ketika anda melakukan praktek klinik di RSJ, sehingga anda dapat belajar secara nyata. Modul ini berisikan dua kegiatan belajar yaitu :

1. Kegiatan Belajar 1: Asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah
2. Kegiatan Belajar 2: Asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial.

Tentu anda bertanya apa tanda dan gejala pada pasien dengan harga diri rendah? Atau anda akan mendengarkan pasien mengungkapkan pertanyaan kepada anda dengan mengatakan “suster seluruh keluarga sukses, hanya saya yang tidak sukses karena saya orang paling bodok dirumah” atau pasien mengatakan “tidak ada satu pun hal dalam diri saya yang dapat dibanggakan”. Perhatikanlah respon non verbal ketika pasien anda mengungkapkannya pasien anda tampak selalu menunduk, tidak mau menatap lawan bicara, kontak mata minimal, nada suara terdengar lirih, pelan dan nyaris tidak terdengar. Hasil pengkajian menunjukkan pasien sering kali tidak mau berinteraksi dengan lingkungan sekitar, lebih banyak menyendiri dan tidak mau bergaul dengan orang lain. Tidak mau mengikuti kegiatan dilingkungan dan bahkan hanya duduk merenung sepanjang hari di sudut ruangan. Kondisi diatas sangat mempengaruhi produktivitas karena pasien terlalu sibuk dengan dirinya sendiri dan tidak mau melakukan kegiatan apapun sehingga pasien menjadi beban bagi keluarga dan lingkungan. Agar kondisi tersebut tidak berlanjut lebih parah, maka pelajarilah materi modul ini dengan sebaik-baiknya sehingga anda mampu memberikan asuhan keperawatan dengan benar dan baik.

Kegiatan belajar 1 bertujuan agar anda mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah. Sedangkan tujuan adalah anda mampu :

1. Menjelaskan konsep harga diri rendah.
2. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan harga diri rendah.
 - 1) Melakukan pengkajian harga diri rendah.
 - 2) Menetapkan diagnosis keperawatan harga diri rendah.
 - 3) Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien harga diri rendah.
 - 4) Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien harga diri rendah.
 - 5) Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien harga diri rendah.
 - 6) Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien harga diri rendah.

Selanjutnya untuk membantu anda memahami kegiatan Belajar 2, penulis akan memberikan ilustrasi sebagai berikut : Manusia merupakan makhluk sosial, yang selalu ingin berada di lingkungan sosialnya, berinteraksi dan bergaul saling membutuhkan dan saling bergantung. Kebutuhan ini akan terpenuhi jika manusia melakukan interaksi dengan orang lain dan lingkungan sekitar, sehingga individu akan merasakan adanya perasaan dihargai, dicintai, dimengerti, dan diterima oleh lingkungan sekitarnya. Bila kebutuhan ini tidak terpenuhi, maka manusia akan mengalami isolasi sosial dimana pasien isolasi sosial mengalami hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain, pada kondisi ini pasien memerlukan bantuan dari tenaga kesehatan khususnya perawat agar mampu melakukan interaksi dengan orang lain dan lingkungan yang pada akhirnya kebutuhan sebagai makhluk sosial terpenuhi. Kegiatan belajar 2 ini, akan membahas asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial. Tujuan pembelajaran ini adalah agar anda mampu memberikan asuhan keperawatan agar pasien mampu melakukan interaksi sosial orang lain dan lingkungan sekitar selain itu keluarga mempunyai kemampuan merawat pasien sosial di rumah. Sedangkan tujuan khusus dari kegiatan Belajar 2 adalah, anda mampu :

- 1) Melakukan pengkajian isolasi sosial
- 2) Menyusun diagnosis keperawatan isolasi sosial
- 3) Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien isolasi sosial
- 4) Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien isolasi sosial
- 5) Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien isolasi sosial
- 6) Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien isolasi sosial

Utuk menilai kemampuan anda jawablah soal yang ada pada akhir modul ini dengan sebaik-baiknya. Jangan melihat kunci jawaban terlebih dahulu sebelum selesai menjawab pertanyaan dan tugas . anda dinyatakan lulus bilah telah menjawab 80% (setara dengan nilai 80) dari seluruh soal.

Waktu yang dibutuhkan untuk mampu memahami modul ini kurang lebih 2 120 menit. Gunakan waktu dengan sebaik-baiknya. Sukses untuk anda dan selamat belajar.

KEGIATAN BELAJAR 1

Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Harga Diri Rendah

Tentu anda sering sekali mendengarkan keluhan pasien yang mengatakan “saya orang bodok suster, tidak ada sesuatupun dalam diri saya yang bisa saya banggakan suster saya orang paling menderita didunia ini suster “Tentu anda bingung apa diagnosis pasien saya, tindakan keperawatan apa yang harus saya lakukan. Untuk membantu anda memberikan asuhan keperawatan pelajarilah kegiatan belajar 1 ini dengan baik.

1. Konsep Harga Diri Rendah

1. Pengertian

Coba anda pelajari dan baca serta telusuri beberapa buku text mengenai pengertian harga diri rendah kemudian jawablah dan uraikanlah pengertian tersebut dengan benar. Apa definisi haraga diri rendah ? Benar sekali !! Untuk menambah pengetahuan anda marilah kita mempelajari mengenai pengertian harga diri rendah, ,marilah kita pelajari mempelajari materi dalam modul ini. Banyak ahlih mendenfinisikan mengenai harga diri rendah. Nanda (2005), mengatakan bahwa harga diri rendah adalah persepsi diri yang berkembang negatif dalam berespon terhadap situasi yang sedang terjadi.

Harga diri rendah adalah suatu kondisi dimana individu menilai dirinya atau kemampuan dirinya negatif atau suatu perasaan menganggap dirinya sebagai seseorang yang tidak berharga dan tidak dapat bertanggung jawab atas kehidupannya sendiri. CMHN (2006), mendefinisikan harga diri rendah sebagai suatu perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampun diri.

Herdman (2012), Megatakan, harga diri rendah kronik merupakan evaluasi diri negatif yang berkepanjangan/perasaan tentang diri atau kemampuan diri. Harga diri rendah yang berkepanjangan termasuk kondisi tidak sehat mental karena dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan lain, terutama kesehatan jiwa.

Berdasarkan pengertian diatas, coba anda simpulkan pengertian harga diri . Atau kesimpulan harga diri rndah dapat kita definisikan sebagai penilaian internal maupun eksternal yang negatif. Penilaian internal merupakan penilaian dari luar diri individu sendiri, sedangkan penilaian eksternal merupakan penilain dari diri luar indivudu (seperti

orang tua, teman saudara dan lingkungan) yang sangat mempengaruhi penilaian individu terhadap dirinya.

2. Proses terjadinya masalah

Proses terjadinya harga diri rendah dijelaskan oleh Stuart dan Lariaa (2008) dalam konsep stress adaptasi yang terdiri dari faktor predisposisi dan presipitasi.

a. Faktor predisposisi

1) Biologis

Faktor heriditer (keturunan) adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ,riwayat penyakit kronis atau trauma kepala serta penggunaan narkoba.

2) Psikologis

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti adanya riwayat pengasingan dari lingkungan, penolakan dari lingkungan dan orang terdekat serta harapan yang tidak realistis. Kegagalan berulang , kurang mempunyai tanggung jawab personal dan memiliki ketergantungan yang tinggi pada orang lain merupakan faktor lain yang menyebabkan gangguan jiwa. Selain itu pasien dengan harga diri rendah memiliki penilaian yang negatif terhadap gambaran dirinya, mengalami krisis identitas, peran yang terganggu dan ideal diri yang tidak realistis. Adanya penilaian yang negatif atau lebeling dari orang-orang yang berarti, sangat berpengaruh terhadap penilaian terhadap individu tentang dirinya.

3) Faktor sosial budaya

Penilaian negatif dari lingkungan terhadap pasien, sosial ekonomi rendah, pendidikan yang rendah serta adanya riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak , merupakan pengaruh sosial budaya yang dapat menimbulkan harga diri rendah adalah adanya.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang menimbulkan harga diri rendah antara lain:

- 1) Riwayat trauma seperti adanya penganiayaan seksual dan pengalaman psikologis yang tidak menyenangkan, menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan, menjadi pelaku, korban maupun saksi dari perilaku kekerasan.
- 2) Ketegangan peran : Ketegangan peran dapat disebabkan karena

- a) Transisi peran perkembangan: perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan seperti transisi dari masa kanak-kanak ke remaja. Mengapa masa ini sangat penting karena pada usia remaja merupakan usia dimana individu mulai membentuk konsep diri.
- b) Transisi peran situasi : terjadi atau bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.
- c) Transisi peran sehat-sakit : merupakan pergeseran dari kondisi sehat ke sakit. Transisi ini dapat disebabkan karena hilangnya sebagian anggota tubuh kembang normal, prosedur medis dan keperawatan.

3. Proses Keperawatan Harga Diri Rendah

1. Pengkajian Harga Diri Rendah

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga (pelaku rawat/*caregiver*). Tanda dan gejala harga diri rendah dapat ditemukan melalui wawancara dengan contoh pertanyaan sebagai berikut:

- a. Coba anda ceritakan bagaimana anda menilai diri anda dahulu, saat ini dan yang akan datang?
- b. Coba ceritakan apakah penilaian anda terhadap diri sendiri mempengaruhi hubungan anda dengan orang lain?
- c. Coba anda jelaskan harapan anda saat ini dan saat yang akan datang?
- d. Apa saja harapan yang telah anda capai ? apa yang anda lakukan sehingga harapan anda tercapai?
- e. Apa saja harapan yang belum berhasil anda capai ?
- f. Apa upaya yang anda lakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi?

2. Tanda dan gejala

Ungkapan negatif tentang diri sendiri merupakan salah satu tanda dan gejala harga diri rendah. Selain itu tanda dan gejala harga diri rendah didapatkan dari data subyektif dan obyektif, seperti tertera dibawah ini.

Data Subyektif: Pasien mengungkapkan tentang:

- 1) Hal negatif diri sendiri atau orang lain contoh “Saya jelek suster” tidak berharga
- 2) Perasaan tidak mampu “Tidak ada satupun yang dapat saya lakukan suster” Saya bodoh suster sehingga hal kecil ini tidak mampu saya lakukan”
- 3) Pandangan hidup yang pesimis :” Saya tidak yakin saya mampu melaksanakanya”

- 4) Penolakan terhadap kemampuan diri
- 5) Mengevaluasi diri tidak mampu mengatasi situasi

Data objektif :

- 1) Penurunan produktivitas pasien lebih banyak berdiam diri tanpa mampu melakukan kegiatan apapun.
- 2) Tidak berani menatap lawan bicara
- 3) Lebih banyak menundukan kepala saat berinteraksi
- 4) Bimbang, perilaku yang non asertif
- 5) Mengespresikan tidak berdaya dan tidak berguna

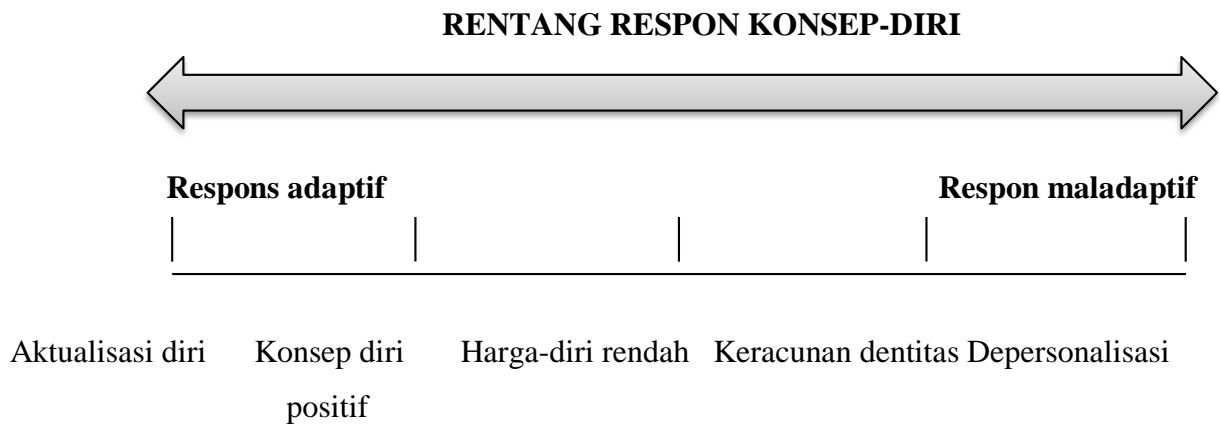
Menurut CMHN (2006), tanda dan gejala harga diri rendah adalah :

- a. Mengkritik diri sendiri
- b. Perasaan tidak mampu
- c. Pandangan hidup yang pesimis
- d. Penurunan produktivitas
- e. Penolakan terhadap kemampuan diri
- f. Kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan kurang, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan nada suara lemah.

Townsend (1998), menambahkan karakteristik pasien dengan harga diri rendah adalah:

- a. Ekspresi rasa malu atau bersalah
- b. Ragu-ragu untuk mencoba hal-hal baru atau situasi-situasi baru
- c. Hipersensitifitas terhadap kritik

4. Rentang respon konsep diri



Gambar 1. Rentang Respon Konsep Diri

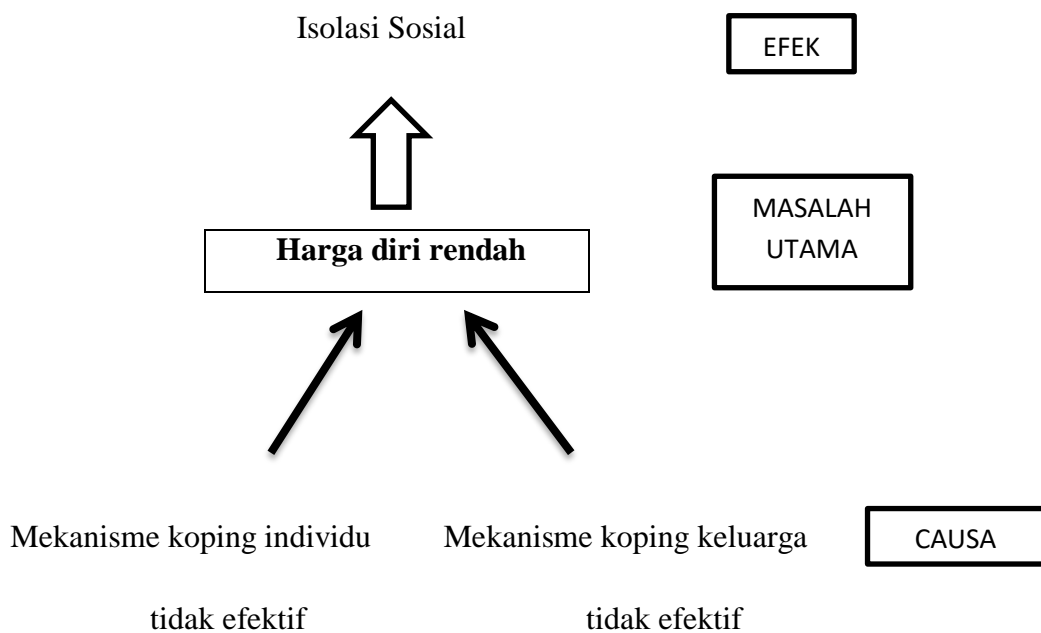
Berdasarkan gambar 1 di atas, diskusikanlah dengan teman anda rentang respon konsep diri berikut dengan contoh yang ada dalam kehidupan sehari-hari.

5. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah

Diagnosis keperawatan yang di rumuskan berdasarkan tanda dan gejala harga diri rendah yang di temukan. Pada pasien gangguan jiwa, diagnosis keperawatan yang di tegakkan adalah: Harga diri rendah

6. Pohon masalah

Berdasarkan hasil pengkajian dapat di buat pohon masalah sebagai berikut:



Gambar 1 Pohon Masalah Pada Harga Diri Rendah

7. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pohon masalah diatas penyebab timbulnya gangguan harga diri rendah dapat di jelaskan sebagai berikut.: Harga diri rendah merupekan core problem (masalah utama). Apabila harga diri rendah tidak di intervensi yang akan menyebabkan isolasi sosial. Penyebab harga diri rendah dikerenakan pasien memiliki mekanisme koping yang efektif dan dapat pula dikarenakan mekanisme koping keluarga yang inefektif.

8. Tindakan Keperawatan Harga Diri Rendah

Alur tindakan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah dimulai di lakukan terhadap pasien dan kelurag/pelaku yang merawat pasien. Saat melakukan pelayanan di poli kesehatan jiwa, puskesmas atau kunjungan rumah, perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang di alami pasien dan keluarga.

Setelah itu, perawat menemui pasien melatih cara untuk mengatasi harga diri rendah yang di alami pasien. Setelah perawat selesai melatih pasien maka perawat kembali menemui dan melatih keluarga untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah di lakukan terhadap pasien tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kegiatan yang telah di ajarkan oleh perawat untuk mngatasi harga diri rendah.

Tindakan keperawatan untuk pasien dan keluarga di lakukan pada setiap pertemuan, minimal empat kali pertemuan dan lakukan sampai pasien dan kelurga pasien mampu mengatasi harga diri rendah.

1. Tindakan Keperawatan untuk Pasien Harga Diri Rendah

Tujuan: Pasien mampu membina hubungan saling percaya

Tindakan Keperawatan:

a) Membina hubungan saling percaya, dengan cara:

(1) Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien

- Perkenalkan diri dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien yang di sukai
- Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini

- Buat kontrak asuhan: apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, beberapa lama akan di kerjakan, dan tempatnya di mana.
 - Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang di peroleh untuk kepentingan terapi.
 - Tunjukan simpat empati terhadap pasien
 - Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.
- (2) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang di miliki
- Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan)
 - Beri pujian yang realistis dan hindarkan memberikan penilaian yang negatif setiap kali bertemu dengan pasien
- (3) Menilai kemampuan yang dapat di gunakan
- Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat di lakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) : buat daftar keinginan yang dapat di lakukan saat ini
- (4) Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang di ungkapkan pasien.
- Diskusikan kegiatan yang akan di pilih untuk di latih saat pertemuan.
 - Bantu pasien memberikan alasan terhadap pilihan yang ia tetapkan
 - Latih kegiatan yang di pilih (alat dan cara melakukannya)
 - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari.
 - Beri dukungan dan pujian yang nyata setiap kemajuan yang di perhatikan pasien.
- (5) Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan
- Membantu pasien dapat memilih/menetapkan kegiatan berdasarkan daftar kegiatan yang dapat di lakukan.
 - Membantu pasien dapat merencanakan kegiatan sesuai kemampuannya dan menyusun rencana kegiatan.
- (6) Melatih kegiatan yang telah di pilih sesuai kemampuan
- Berikan kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah di latih
 - Beri pujian atas aktivitas/kegiatan yang dapat di lakukan pasien setiap hari
 - Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap aktivitas
 - Susun daftar aktivitas yang sudah di latih bersama pasien dan keluarga.

- Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.
- Yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktivitas yang dilakukan pasien.

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga Pasien Harga Diri Rendah

Keluarga diharapkan dapat merawat pasien harga diri rendah di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien

Tujuan: Keluarga mampu:

- Mengenal masalah harga diri rendah
- Mengambil keputusan untuk merawat harga diri rendah
- Merawat harga diri rendah
- Memodifikasi lingkungan yang mendukung dan meningkatkan harga diri pasien
- Menilai perkembangan perubahan kemampuan pasien
- Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Tindakan Keperawatan:

- Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
- Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya harga diri rendah dan mengambil keputusan perawatan pasien
- Melatih keluarga cara merawat harga diri rendah
- Membimbing keluarga merawat harga diri rendah
- Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung meningkatkan harga diri pasien
- Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan.
- Menganjurkan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

9. Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga dalam Merawat Pasien Harga Diri Rendah

- Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan apabila pasien mampu:
 - Mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
 - Menilai dan memilih kemampuan yang dapat dikerjakan
 - Melatih kemampuan yang dapat dikerjakan
 - Membuat jadwal kegiatan harian.

- 5) Melakukan kegiatan sesuai jadwal kegiatan harian
 - 6) Merasakan manfaat melakukan kegiatan positif dalam mengatasi harga diri rendah
- b) Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan apabila keluarga dapat:
- 1) Mengenal harga diri rendah yang di alami pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya harga diri rendah)
 - 2) Mengambil keputusan merawat harga diri rendah
 - 3) Merawat harga diri rendah
 - 4) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien untuk meningkatkan harga dirinya
 - 5) Memantau peningkatan kemampuan pasien dalam mengatasi harga diri rendah
 - 6) Melakukan *follow up* ke puskesmas, mengenal tanda kambuh, dan melakukan rujukan.

10. Dokumentasi Hasil Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan setiap selesai memlkukan tindakan keperawatan dengan pasien dan keluarga. Berikut ini contoh pendokumentasian asuhan keperawatan harga diri rendah pada pertemuan pertama.

Tabel 2 Dokumentasi Keperawatan

IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p>Tanggal.....,bulan..., tahun..., jam ...,</p> <p>Data Subjektif Pasien:</p> <p>Pasien mengatakan tidak berguna, tidak berarti, tidak memiliki kemampuan.</p> <p>Saat berinteraksi pasien menundukan kepala, kontak mata kurang.</p> <p>Data Keluarga:</p> <p>Keluarga mengatakan bingung, sedih dan tidak tahu cara merawat anaknya</p> <p>Diagnosis Keperawatan:</p> <p>Harga diri rendah</p> <p>Tindakan Keperawatan:</p> <p>Pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Mendiskusikan kemampuan yang di miliki pasien . Membantu pasien menilai dan memilih kemampuan yang masih dapat di gunakan saat ini . Melatih kegiatan pertama: membereskan ruangan dengan mengepel . Membantu pasien memasukan latihan membereskan ruangan kedalam jadwal kegiatan harian. <p>Keluarga:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Mendiskusikan masalah dalam merawat . Melatih keluarga cara merawat <p>Rencana Tindak Lanjut:</p> <p>Tgl., bulan., tahun., pukul.,</p> <p>Pasien: Latih kegiatan kedua: mencuci baju dan mengantarkan baju ke laundry</p> <p>Keluarga: Latih keluarga merawat pasien dengan cara mendampingi pasien berlatih menyapu.</p>	<p>S: Pasien</p> <p>Pasien mengatakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempunyai kemampuan bermain memasak, berenang, merapikan tempat tidur, menyapu, dan menyulam. 2. Akan melatih merapikan tempat tidur, menyapu,. 3. Merasa senang setelah latihan merapikan tempat tidur <p>S: Keluarga</p> <p>Keluarga mengatakan merasa senang beratih cara merawat anaknya dan akan memotivasi anaknya merapikan tempat tidur sesuai jadwal.</p> <p>O: Pasien</p> <p>Mampu merapikan tempat tidur</p> <p>O: Keluarga</p> <p>Mampu mempraktekan cara memberikan pujian pada anaknya</p> <p>A: Melakukan kegiatan meningkatkan harga diri</p> <p>P:</p>

	<p>Pasien: Merapikan tempat tidur sesuai jadwal (bngun tidur pagi dan pkl.04.00 sore).</p> <p>Keluarga: Mengingatkan pasien untuk merapikan tempat tidur sesuai jadwal (jika pasien lupa) dan memberikan pujian setelah pasien melakukannya.</p> <p>Perawat: Latih pasien untuk mencuci baju</p>
--	---

Latihan 1

1. Jelaskan proses terjadinya harga diri rendah
2. Jelaskan tanda dan gejala pasien dengan harga diri rendah
3. Jelaskan data objektif dan subjektif pada pasien harga diri rendah
4. Jelaskan rencana tindakan keperawatan kepada pasien dengan harga diri rendah
5. Jelaskan evaluasi keperawatan kepada pasien dengan harga diri rendah

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Untuk mnjawab pertanyaaan no 1 pelajarylal kembali proses terjadinya harga diri rendah
2. Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajarylal kembali tanda dan gejala pasien dengan harga diri rendah
3. Untk menjawab pertanyaan no 3 pelajarylal kembali data objektif dan subjektif pada pasien dengan harga diri rendah
4. Untuk menjawab pertanyaan no 4 pelajarylal kembali rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah
5. Untuk menjawab pertanyaan no 5 pelajarylal kembali evaluasi keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah

Rangkuman 1

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan. Setelah data terkumpul kemudian data di kelompokkan baik data subjektif maupun data objektif, langkah selanjutnya adalah menentukan masalah keperawatan. Buatlah daftar masalah keperawatan jiwa sesuai dengan hasil pengkajian, lalu buatlah pohon masalah, dan tegakkanlah diagnosis keperawatan dengan menyimpulkan core problem (masalah utama)

Berikut ini adalah langkah-langkah dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu

1. Melakukan pengkajian
2. Menentukan data fokus dan menetapkan masalah keperawatan
3. Membuat rencana tindakan keperawatan
4. Menyusun rencana kerja laporan pendahuluan dan menyusun rencana kerja stertegi pelaksanaan.
5. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan dan melaksanakan terapi modalitas serta melaksanakan pemberian obat sesuai dengan instruksi dokter
6. Mengevaluasi keberhasilan pasien dan keluarga
7. Menuliskan pendokumentasian pasien sesuai dengan format yang ada.

Tes Formatif 1:

Untuk mengetahui tingkat pemahaman anda terhadap materi yang telah di pelajari perlu di lakukan suatu tes formatif. Anda di anggap telah memahami materi ini dengan baik bila mampu menjawab 80%(setara dengan nilai 80) dari total pertanyaan di bawah ini. Untuk itu jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memilih option yang paling tepat.

1. Seorang laki-laki usia 35 tahun di rawat di RSJ karena lebih banyak berdiam diri dan tidak mau melakukan kegiatan diruangan hasil pengkajian pasien mengatakan malu karena ada tidak yang di banggakan sehingga tidak ada teman yang mau bergaul dengannya. Apakah tindakan keperawatan pada pasien tersebut?
 - a. Membina hubungan saling percaya
 - b. Mengidentifikasi sikap positif pasien
 - c. Menilai aspek positif yang bisa di gunakan
 - d. Melatih kemampuan positif yang di miliki pasien
 - e. Memberikan penguatan terhadap kemampuan diri

2. Seorang laki-laki usia 34 tahun di rawat di RSJ karena mengalami harga diri rendah. Pasien sedang di ajarkan cara membuat telur asin. Pasien tampak bersemangat dan mengatakan akan melakukan usaha membuat telur asin dan di ijinakan pulang dari rumah sakit. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada pasien tersebut?
 - a. Menilai aspek positif yang bisa di gunakan
 - b. Melatih kemampuan positif lain yang dimiliki pasien
 - c. Memberikan penguatan terhadap kemampuan diri pasien.
 - d. Mengidentifikasi aspek positif lain yang di miliki pasien
 - e. Memberikan *reinforcement* positif

3. Seorang laki-laki berusia 24 tahun di rawat di RSJ dan tidak di perbolehkan pulang oleh dokter. Perawat telah menjelaskan tentang pemberian obat kepada keluarga. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya yang harus di berikan kepada keluarga?
 - a. Jadwal kontrol kerumah sakit
 - b. Mengajarkan cara kebersihan dirumah
 - c. Mengajarkan cara berkenalan dengan orang lain
 - d. Mengajak Tn Z untuk melakukan aktivitas dirumah
 - e. Melatih kemampuan yang telah di miliki pasien selama dirumah sakit

4. Perawat sebagai leader sedang mengadakan kegiatan TAK. “Selama mengikuti TAK bapak dan ibu tidak diperbolehkan meninggalkan kegiatan. “Apakah strategi komunikasi selanjutnya oleh leader?
 - a. Jika bapak dan ibu ada yang ingin ke toilet, silakan persilahkan waktunya 10 menit
 - b. Silakan pilih di antara bapak dan ibu siapa yang akan menjadi ketua kelompok
 - c. Meminta setiap peserta TAK untuk memperkenalkan diri
 - d. Memperkenalkan anggota tim TAK
 - e. Memilih anggota kelompok

5. Seorang perempuan berusia 36 tahun mengatakan “dulu saya merasa orang yang paling hina dan menderita di dunia karena suami saya tega menceraikan saya dan saya harus menghidupi 2 orang anak yang masih kecil-kecil”. Sekarang saya merasa sudah menjadi manusia yang baru karena saya memiliki orang yang mencintai dan membutuhkan saya yaitu anak saya.” Apakah ungkapan tersebut menunjukkan keberhasilan tindakan keperawatan?
 - a. Terbinanya hubungan saling percaya
 - b. Menilai aspek positif yang bisa di gunakan
 - c. Melatih kemampuan positif yang di miliki pasien
 - d. Memberikan penguatan terhadap kemampuan diri
 - e. Memanfaatkan sumber coping yang di miliki pasien

Umpan Balik dan Tindak Lanjut

Cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban tes formatif 1 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut:

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN YANG BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100% = baik sekali

80 – 89% = baik

70 – 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila anda mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus!, Anda dapat meneruskan mempelajari kegiatan belajar 2. Tetapi jika masih di bawah 80%, anda harus mengulang materi kegiatan belajar 1, terutama bagian yang belum di kuasai.

KEGIATAN BELAJAR 2

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Isolasi Sosial

Pada saat anda berdinam di rumah sakit jiwa, seringkali anda melihat pasien berjam-jam menyendiri di sudut ruangan/rumah tidak melakukan kegiatan apapun. Pada saat berinteraksi kontak mata pasien minimal, pasien lebih banyak menunduk suara lirih dan tidak mampu memulai pembicaraan. Melihat kondisi pasien tersebut tentu anda berfikir intervensi apa yang harus saya lakukan agar pasien mampu berinteraksi dengan lingkungan, mampu memulai pembicaraan dan terlibat aktif dalam kegiatan serta aktifitas di rumah sakit atau dirumah. Agar anda mampu memberikan asuhan keperawatan maka pelajarilah kegiatan belajar 2 ini dengan sebaik-baiknya, karena kegiatan belajar ini sangat membantu anda untuk

1. Pengertian

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa di tolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

2. Proses Terjadinya Isolasi Sosial

Proses terjadinya isolasi sosial pada pasien akan di jelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi.

a. Faktor predisposisi

Hal-hal yang dapat mempengaruhi terjadinya isolasi sosial meliputi :

1) Faktor biologis

Hal yang di kaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter dimana ada riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Adanya risiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, riwayat penggunaan NAPZA. Selain itu di temukan adanya kondisi patologis otak, yang dapat diketahui dari hasil pemeriksaan struktur otak melalui pemeriksaan *CT Scan* dan hasil pemeriksaan *MRI* untuk melihat gangguan struktur dengan fungsi otak (Thomb, 2000)

2) Faktor Psikologis

Pasien dengan masalah isolasi sosial, seringkali mengalami kegagalan yang berulang dalam mencapai keinginan/harapan, hal ini mengakibatkan terganggunya konsep diri, yang pada akhirnya akan berdampak dalam membina hubungan dengan orang lain. Koping individual yang di gunakan pada pasien dengan isolasi sosial dalam

mengatasi masalahnya, biasanya maladaptif. Koping yang biasa di gunakan meliputi: represi, supresi, sublimasi dan proyeksi. Perilaku isolasi sosial timbul akibat adanya perasaan bersalah atau menyalahkan lingkungan, sehingga pasien merasa tidak pantas berada di antara orang lain dilingkungannya.

Kurangnya kemampuan komunikasi, merupakan data pengkajian keterampilan verbal pada pasien dengan masalah isolasi sosial, hal ini di sebabkan karena pola asuh keluarga yang kurang memberikan kesempatan pada pasien untuk menyampaikan perasaan maupun pendapatnya. Kepribadian *introvert* merupakan tipe kepribadian yang sering di miliki pasien dengan masalah isolasi sosial. Ciri-ciri pasien dengan kepribadian ini adalah menutup diri dari orang di sekitarnya. Selain itu pembelajaran moral yang tidak adekuat dari keluarga merupakan faktor lain yang dapat menyebabkan pasien tidak mampu menyesuaikan perilakunya di masyarakat, akibat pasien merasa tersisih ataupun di sisihkan dari lingkungannya.

Faktor psikologis lain yang dapat menyebabkan isolasi sosial adalah kegagalan dalam melaksanakan tugas perkembangan. Kegagalan dalam melaksanakan tugas perkembangan akan mengakibatkan individu tidak percaya diri, tidak percaya pada orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap hubungan dengan orang lain, menghindari dari orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan, dan merasa tertekan. Kondisi di atas, dapat menyebabkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, menghindari dari orang lain, lebih menyukai berdiam diri sendiri, kegiatan sehari-hari terabaikan (Stuard & Laraia, 2005).

3) Faktor Sosial Budaya

Faktor predisposisi sosial budaya pada pasien dengan isolasi sosial, seringkali di akibatkan karena pasien berasal dari golongan sosial ekonomi rendah yang mengakibatkan ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan hidup. Kondisi tersebut memicu timbulny stres yang terus menerus, sehingga fokus pasien hanya pada pemenuhan kebutuhannya dan mengakibatkan hubungan sosialisasi dengan lingkungan sekitarnya.

Stuard & Laraia (2005) dan Townsend (2005) mengatakan bahwa faktor usia merupakan salah satu penyebab isolasi sosial. Hal ini di karenakan rendahnya kemampuan pasien dalam memecahkan masalah dan kurangnya kematangan pola

berfikir. Pasien dengan masalah isolasi sosial umumnya memiliki riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, sehingga tidak mampu menyelesaikan masalah tugas perkembangan dengan sempurna sehingga tidak mampu membina hubungan saling percaya dengan orang lain. Pengalaman yang tidak menyenangkan tersebut menimbulkan rasa kurang percaya diri dalam berhubungan dengan orang lain yang pada akhirnya timbulah rasa takut terhadap penolakan dari lingkungan.

Lebih lanjut Stuard & Laraia (2005) mengatakan bahwa, tingkat pendidikan merupakan salah satu tolak ukur kemampuan pasien berinteraksi secara efektif. Karena faktor pendidikan sangat mempengaruhi kemampuan dalam menyelesaikan masalah yang di hadapi. Pasien dengan masalah isolasi sosial biasanya memiliki riwayat kurang mampu melakukan interaksi dan menyelesaikan masalah., hal ini di karenakan rendahnya tingkat pendidikan pasien.

b. Faktor Presipitasi

Di temukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak. Faktor lainnya pengalaman *abuse* dalam keluarga. Penerapan aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan nilai, budaya pasien, serta adanya konflik antar masyarakat. Selain itu pada pasien dengan isolasi sosial di karenakan adanya pengalaman negatif yang tidak menyenangkan terhadap gambaran dirinya, ketidakjelasan atau berlebihannya peran yang di miliki serta pengalaman akan kejadian krisis identitas diri,. Pengalaman kegagalan yang berulang dalam mencapai harapan atau cita-cita, serta kurangnya penghargaan baik dari diri sendiri maupun lingkungan, Faktor-faktor di atas, menyebabkan gangguan dalam berinteraksi sosial dengan orang lain, yang pada akhirnya menjadi masalah isolasi sosial.

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala isolasi sosial dapat di nilai dari ungkapan pasien yang menunjukkan penilaian negatif tentang hubungan sosial dan di dukung dengan data observasi.

Data Subjektif:

Pasien mengungkapkan tentang

- 1) Perasaan sepi
- 2) Perasaan tidak aman
- 3) Perasaan bosan dan waktu terasa lambat
- 4) Ketidakmampuan berkonsentrasi
- 5) Perasaan di tolak

Data Objektif:

- 1) Banyak diam
- 2) Tidak mau bicara
- 3) Menyendiri
- 4) Tidak mau berinteraksi
- 5) Tampak sedih
- 6) Ekspresi datar dan dangkal
- 7) Kontak mata kurang

C. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian pasien isolasi sosial dapat dilakukan melalui wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga.

Tanda dan gejala isolasi sosial dapat ditemukan dengan wawancara melalui bentuk pertanyaan sebagai berikut:

- a) Bagaimana perasaan anda saat berinteraksi dengan orang lain?
- b) Bagaimana perasaan anda ketika berhubungan dengan orang lain? Apa yang anda rasakan? Apakah anda merasa nyaman?
- c) Bagaimana penilaian anda terhadap orang-orang di sekeliling anda (keluarga atau tetangga)?
- d) Apakah anda mempunyai anggota keluarga atau teman terdekat? Bila punya siapa anggota keluarga dan teman terdekat itu?
- e) Adakah anggota keluarga atau teman yang tidak dekat dengan anda? Bila punya siapa anggota keluarga dan teman yang tidak dekatnya itu?
- f) Apa yang membuat anda tidak dekat dengan orang tersebut?

Tanda dan gejala isolasi sosial yang dapat di temukan melalui observasi adalah sebagai berikut:

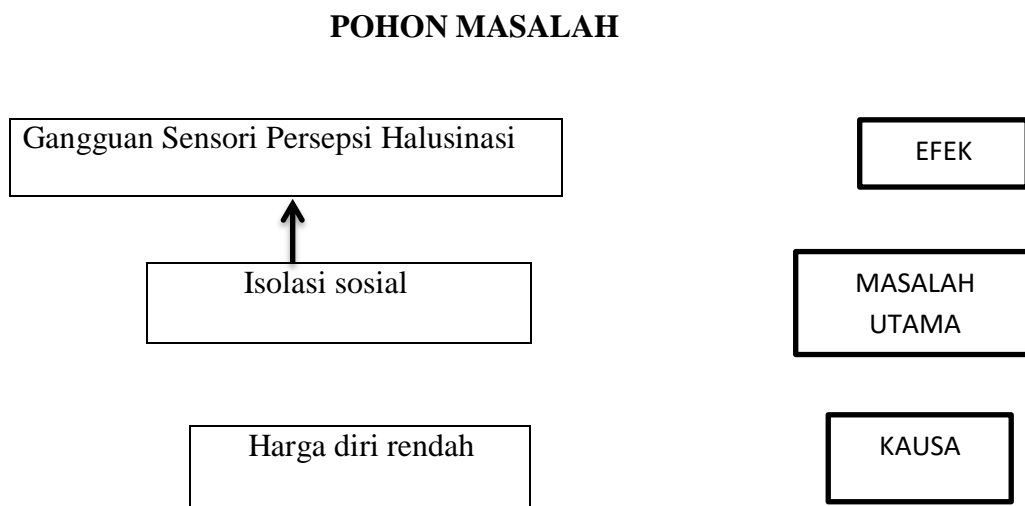
- a) Pasien banyak diam dan tidak mau bicara
- b) Pasien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang terdekat
- c) Pasien tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal
- d) Kontak mata kurang

Data hasil wawancara dan observasi didokumentasikan pada kartu berobat pasien di puskesmas. Contoh pendokumentasian hasil pengkajian sebagai berikut:

Data : Pasien tampak menyendiri, tidak ada kontak mata, ekspresi datar, mengatakan malas bicara dengan orang lain.

2. Diagnosis Keperawatan Isolasi Sosial

Diagnosis keperawatan di rumuskan berdasarkan tanda dan gejala isolasi sosial yang di temukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala isolasi sosial, maka diagnosis keperawatan yang di tegakan adalah:



Gambar 2 Pohon Masalah pada Isolasi Sosial

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

3. Tindakan Keperawatan Isolasi Sosial

Tindakan keperawatan pada isolasi social, di lakukan terhadap pasien dan keluarga. Perawat menemui kelurga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang di alami pasien dan keluarga. Setelah itu , perawat menemui pasien untuk melkukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi isolasi sosial yang di alami pasien.

Setelah perawat selesai melatih pasien, maka perawat kembali menemui keluarga dan melatih keluarga untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah di lakukan terhadap pasiendan tigas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kemampuan mengatasi isolasi sosial yang telah di ajarkan oleh perawat.

Tindakan Keperawatan Untuk Pasien Isolasi Sosial

Tujuan: Pasien mampu:

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

Tindakan Keperawatan:

1. Membina hubungan saling percaya dengan cara:

- a. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
- b. Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang di sukai pasien
- c. Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
- d. Membuat kontrak asuhan: Apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan di kerjakan, dan tempatnya di mana
- e. Jelaskan bahwa perawat akan merahsiakan informasi pribadi yang di peroleh untuk kepentingan terapi
- f. Setiap saat tunjukan sikap empati terhadap pasien
- g. Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan

2. Membantu pasien menyadari perilaku isolasi sosial

- a. Tanyakan pendapat pasien tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain
- b. Tanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain
- c. Diskusikan keuntungan bila pasien memiliki banyak teman dan bergaul akrab dengan mereka
- d. Diskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain.
- e. Jelaskan pengaruh isolasi terhadap kesehatan fisik pasien

3. Melatih pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap

- a. Jelaskan kepada pasien cara berinteraksi dengan orang lain
- b. Berikan contoh cara berbicara dengan orang lain
- c. Beri kesempatan pasien mempraktekan cara berinteraksi dengan orang lain yang di lakukan di hadapan perawat
- d. Bantu pasien berinteraksi dengan satu orang teman/anggota keluarga
- e. Bila pasien sudah menunjukkan kemajuan, tindakan jumlah interaksi dengan dua, tiga, empat orang dan seterusnya.
- f. Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah di lakukan oleh pasien
- g. Latih pasien bercakap-cakap dengan anggota keluarga saat melakukan kegiatan harian dan kegiatan rumah tangga
- h. Latih pasien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sosial misalnya : berbelanja, ke kantor pos, ke bank dll
- i. Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien telah berinteraksi dengan orang lain. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan interaksinya.

4. Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga

- a. Evaluasi kemampuan pasien isolasi sosial berhasil apabila pasien dapat:
 - 1) Menjelaskan kebiasaan keluarga berinteraksi dengan pasien.
 - 2) Menjelaskan penyebab pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain
 - 3) Menyebutkan keuntungan bergaul dengan orang lain
 - 4) Menyebutkan kerugian tidak bergaul dengan orang lain
 - 5) Memperagakan cara berkenalan dengan orang lain dengan perawat, keluarga, tetangga.

- 6) Berkomunikasi dengan keluarga saat melakukan kegiatan sehari-hari
- 7) Berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial
- 8) Menyampaikan perasaan setelah interaksi dengan orang tua.
- 9) Mempunyai jadwal bercakap-cakap dengan orang lain.
- 10) Merasakan manfaat letihan berinteraksi dalam mengatasi isolasi sosial.

b. Evaluasi kemampuan keluarga dengan pasien isolasi sosial berhasil apabila keluarga dapat:

- 1) Mengenal isolasi sosial (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial) dan mengambil keputusan untuk merawat pasien.
- 2) Membantu pasien berinteraksi dengan orang lain\
- 3) Mendampingi pasien saat melakukan aktifitas rumah tangga dan kegiatan sosial sambil berkamuikasi
- 4) Melibatkan pasien melakukan kegiatan harian di rumah dan kegiatan sosialisasi di lingkungan.
- 5) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien untuk meningkatkan interaksi sosial
- 6) Memantau peningkatan kemampuan pasien dalam mengatasi isolasi sosial
- 7) Melakukan *follow up* ke puskesmas, mengenal tanda kambuh dan melakukan rujukan

5. Dokumentasi

Pendokumentasian di lakukan setiap selesai melakukan pertemuan dengan pasien dan keluarga. Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan isolasi sosial pada kunjungan kedua

Pendokumentasikan dilakukan setiap selesai melakukan pertemuan dengan pasien dan keluarga. Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan isolasi sosial pada kunjugan kedua

Tabel 2 Dokumentasi Keperawatan

IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p>Tgl...bulan....tahun...jam...</p> <p>Data Pasien dan Kemampuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih malu bercakap-cakap dengan orang lain. Suda mencoba latihan bercakap-cakap dan berkenalan dengan Tn Y saat mencuci piring 2. Pasien mampu berhubungan dengan 2 orang pasien baru <p>DK : Isolasi Sosial</p> <p>Intervensi:</p> <p>Tindakan pada pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melatih pasien berkenalan dengan 2 orang 2) Memasukkan kedalam jaatwal kegiatan harian <p>RTL :</p> <p>Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Melatih berbicara saat melakukan kegiatan harian lain (2 kegiatan) 4. Melatih pasien berbicara dengan 4-5 orang 	<p>S: Pasien</p> <p>Pasien mengatakan senang dapat berbicara dengan Tn Y saat mencuci piring pasien mengatakan senang kenal dengan 2 orang pasien lain</p> <p>S Keluarga</p> <p>Keluarga mengatakan senang mendampingi pasien memasak, mencuci piring, dan berkenalan dengan kader</p> <p>O: Pasien</p> <p>Pasien mampu berkenalan dengan 2 orang kader dengan sikap tubuh dan verbal yang sesuai.</p> <p>Pasien mampu bertanya dan menjawab pertanyaan pasien Y saat mencuci piring</p> <p>A: Isolasi sosial mulai teratasi</p> <p>P:</p> <p>Pasien</p> <p>Latihan berkenalan dengan 2 orang lain yang belum dikenal</p> <p>Melakukan percakapan saat cuci piring setiap hari</p>

Latihan 2

1. Seorang perempuan usia 34 tahun dirawat di RSJ karena tidak mau keluar dari kamar, pasien selalu menyendiri, tidak mau berbicara dengan orang lain. Bila ditanya hanya menjawab ya dan tidak. Apakah diagnosis keperawatan pada kasus di atas ?
 - a. Isolasi sosial
 - b. Harga diri rendah
 - c. Halusinasi dengar
 - d. Defisit perawatan diri
 - e. Resiko perilaku kekerasan
2. Seorang laki-laki usia 45 tahun dirawat di RSJ dengan diagnosis keperawatan isolasi sosial. Perawat akan melakukan tindakan keperawatan. Setelah membina hubungan saling percaya, tindakan keperawatan selanjutnya yang harus anda lakukan untuk pasien isolasi sosial adalah :
 - a. Menilai kemampuan yang bisa digunakan
 - b. Mengajarkan cara berkenalan dengan satu orang
 - c. Bergaul dengan orang lain
 - d. Menetapkan tujuan hidup
3. Tanda dan gejala isolasi yang dapat ditemukan melalui observasi adalah sebagai berikut :
 - a. Pasien tidak mau mengikuti kegiatan ruangan dan lebih banyak menyendiri
 - b. Pasien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat
 - c. Pasien tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal
 - d. Suara keras dan tinggi
 - e. Kontak mata kurang
4. Jika asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial tidak dilakukan, maka pasien akan mengalami:
 - a. Waham
 - b. Halusinasi
 - c. Harga diri rendah
 - d. Perilaku kekerasan
 - e. Mencederai diri dan orang lain
5. Isolasi sosial umumnya disebabkan karena:
 - a. Waham
 - b. Halusinasi

- c. Harga diri rendah
- d. Perilaku kekerasan
- e. Definisi perawatan diri

Petunjuk Jawaban Latihan 2

1. Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajarilah kembali diagnosis keperawatan isolasi sosial
2. Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajarilah kembali tentang tindakan keperawatan pada pasien isolasi sosial
3. Untuk menjawab pertanyaan no 3 pelajarilah tentang tanda dan gejala isolasi sosial
4. Untuk menjawab no 4 dan 5 pelajarilah pohon masalah pada pasien dengan isolasi sosial

Rangkuman 2

1. Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan kesehatan jiwa yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan dengan pendekatan teknik komunikasi terapeutik.
2. Dari kelompok data yang terkumpul, baik dari subjektif dan data objektif, maka masalah dapat dirumuskan. Dalam kaitan ini perlu dibuat daftar masalah keperawatan jiwa sesuai dengan pengkajian, pohon masalah, dan menegakkan diagnosa keperawatan dengan menyimpulkan *core problem*
3. Menegakkan diagnosa berdasarkan prioritas.
 - a. Membuat rencana tindakan keperawatan
 - b. Menyusun rencana kerja laporan pendahuluan dan penyusunan rencana
 - 1) Kerja strategi pelaksanaan
 - c. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan
 - 1) Melaksanakan terapi modalitas serta melaksanakan pemberian obat
 - d. Mengevaluasi keberhasilan pasien dan keluarga
 - e. Menuliskan pendokumentasi pasien sesuai dengan format yang ada.

Tes Formatif 2

1. Seorang perempuan usia 33 tahun dirawat di RSJ dengan diagnosis keperawatan isolasi sosial. Pasien tidak mau berkenalan dengan teman disebelahnya ketika mengikuti kegiatan TAK sosialisasi sedang berlangsung. Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan?
 - a. Membiarkan pasien karena itu hak pasien untuk mau mengikuti atau tidak
 - b. Leader meminta pasien agar keluar karena mengganggu kegiatan TIK
 - c. Fasilitator memarahi pasien karena tidak mengikuti peraturan TIK
 - d. Co leader meminta observer untuk mencatat kejadian tersebut
 - e. Fasilitator memotivasi pasien untuk berlatih berkenalan
2. Seorang laki-laki usia 33 tahun dirawat di RSJ dengan diagnosis keperawatan isolasi sosial. Saat ini perawat sedang melatih dan mengevaluasi kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada pasien tersebut?
 - a. Melatih pasien untuk berhubungan dengan dua orang atau lebih
 - b. Menjelaskan keuntungan berhubungan dengan orang lain
 - c. Memotivasi pasien bercakap-cakap dengan orang lain
 - d. Memberikan reinforcement positif
3. Seseorang perempuan usia 23 tahun dirawat di RSJ dengan diagnosis keperawatan isolasi sosial. Pasien sudah mampu melakukan kegiatan membersihkan ruangan bersama-sama dengan teman sekamarnya. Pada saat keluarga datang perawat menemui keluarga. Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan ke keluarga?
 - a. Menjelaskan kemampuan yang telah dimiliki pasien
 - b. Menjelaskan perasaan keluarga dalam merawat pasien
 - c. Memotivasi keluarga untuk melatih pasien berinteraksi dalam keluarga
 - d. Memotivasi keluarga untuk menciptakan lingkungan yang kondusif untuk pasien
 - e. Menjelaskan kepada keluarga penyebab pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain.
4. Seorang perempuan usia 23 tahun dirawat di RSJ dengan isolasi sosial. Pasien mengatakan “suster saya sudah bosan minum obat karena sudah 15 tahun saya sakit dan minum obat dengan teratur tetapi tidak pernah sembuh”. “ini kali kedua saya dirawat di rumah sakit”. Tindakan keperawatan yang harus saudara lakukan ?
 - a. Menjelaskan lima benar minum obat

- b. Menjelaskan keuntungan minum obat
 - c. Menjelaskan kerugian tidak minum obat
 - d. Menjelaskan cara mengatasi efek samping minum obat
 - e. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat alternatif selain tablet
5. Seorang perempuan berusia 44 tahun berobat ke poliklinik jiwa. Pasien mengatakan saya malas bergaul dengan orang lain karena tidak ada manfaatnya malah semakin banyak dosa karena hanya membicarakan orang lain saja. Apakah tindakan keperawatan pada kasus diatas?
- a. Menjelaskan keuntungan berteman
 - b. Mengajarkan cara berkenalan dengan orang lain
 - c. Mendengarkan perasaan pasien setelah berinteraksi dengan orang lain
 - d. Meminta keluarga untuk memotivasi pasien berinteraksi dengan orang lain

Tes evaluasi formatif penting anda kerjakan karena tes ini bertujuan untuk menilai sejauh mana kemampuan anda dalam memahami kegiatan belajar asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial. Untuk itu kerjakanlah dan jawablah pertanyaan dibawa ini dengan memilih salah satu jawaban yang menurut anda paling benar.

Umpan Balik dan Rencana Tindak Lanjut

Cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban tes formatif 2 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut:

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN YANG BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100% = baik sekali

80 – 89% = baik

70 – 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila anda mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus! Anda dapat meneruskan mempelajari modul berikutnya. Tetapi jika masih di bawah 80% anda harus mengulang materi kegiatan belajar 2, terutama bagian yang belum di kuasai.

Selamat anda telah selesai mempelajari modul 3 ini dengan baik, jika anda merasakan masih ada yang kurang anda pahami pelajailah kembali materi yang belum anda pahami. Alangkah baiknya anda belajar berkelompok dengan teman-teman anda sehingga

pemahaman anda menjadi meningkat. Lakukanlah mempelajari modul 4 tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah halusinasi, perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri. Selamat belajar, sukses buat anda.

KUNCI JAWABAN TEST FORMATIF

Harga Diri Rendah

1. A
2. B
3. B
4. C
5. B

Isolasi Sosial

1. E
2. E
3. B
4. E
5. D

DAFTAR PUSTAKA

Herdman, T.H. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses Definition and Classification, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell

Keliat, B.A., dkk. (2011) *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN-Basic Course)*
Jakarta : EGC

Stuard, G.W. (2009). *Principles and Practice of Prychiatric Nursing. 8th edition*. Missouri
Mosby

TIM RSMM dan FIKUI, 2009 Modul Pelatihan Keperawatan Jiwa

MODUL 4

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA: GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI, PERILAKU KEKERASAN DAN DEFISIT PERAWATAN DIRI

Pendahuluan

Salam sejahtera dan selamat berjumpa, selamat anda telah menyelesaikan dengan baik modul 3 sehingga anda di pekenankan belajar modul 4 ini. Saya berharap anda akan mampu mempraktekannya pada saat anda praktek di klinik. Modul ini akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi, risiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri. Penulis yakin anda tidak akan mengalami kesulitan dalam mempelajari modul ini karena anda telah berhasil dengan baik menyelesaikan modul keperawatan jiwa sebelumnya.

Untuk mengantarakan anda mempelajari modul ini terlebih dahulu penulis akan memberikan gambaran dan ilustrasi mengenal isi modul ini sebagai berikut. Di rumah sakit jiwa baik di poliklinik ataupun di ruang rawat, coba anda perhatikan pasti anda akan sering melihat pasien yang berjalan mondar-mandir tanpa tujuan sambil bercakap-cakap, atau tertawa sendiri tanpa ada orang di sekelilingnya. Atau anda sering kali melihat pasien marah-marah tanpa sebab, dengan penampilan yang kotor dan berbau.

Pasti anda akan berfikir pasien tersebut dignosis keperawatan apa ya? Asuhan keperawatan apa yang harus saya berikan pada pasien itu? Agar anda mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien tersebut, marilah kita mempelajari modul ini. Karena modul ini akan membahas tentang asuhan keperawatan terhadap pasien dengan gangguan jiwa. Untuk mempermudah anda mempelajari modul ini, Penulis membagi modul ini menjadi 3 kegiatan belajar, yaitu:

Kegiatan Belajar 1 : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi
Halusinasi

Kegiatan Belajar 2 : Asuhan keperawatan kepada pasien dengan Perilaku Kekerasan

Kegiatan Belajar 3 : Asuhan keperawatan kepada pasien dengan Defisit Perawatan Diri.

Kegiatan belajar 1 akan membahas asuhan keperawatan gangguan sensori persepsi halusinasi. Tujuan mempelajari kegiatan belajar ini adalah agar anda mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Sedangkan tujuan khusus dari pembelajaran ini adalah agar anda mampu:

1. Menjelaskan konsep gangguan sensori persepsi halusinasi
2. Menguraikan proses keperawatan pasien gangguan sensori persepsi halusinasi
 - a. Melakukan pengkajian gangguan sensori halusinasi
 - b. Menyusun diagnosis gangguan sensori persepsi halusinasi
 - c. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien gangguan sensori persepsi halusinasi
 - d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien gangguan sensori persepsi halusinasi
 - e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien gangguan sensori persepsi halusinasi
 - f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien gangguan sensori persepsi halusinasi

Kegiatan belajar 2, akan di bahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan. Untuk membantu anda mempelajarinya, penulis akan memberikan ilustrasi sebagai berikut. Tentu kita pernah marah? Kenapa kita marah ? kita marah karena apa yang kita inginkan atau harapkan tidak sesuai atau tercapai. Apakah dalam kondisi tersebut kita masih bisa di katakan normal? Marah di katakan normal bila tidak menimbulkan kerugian bagi diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Karena marah merupakan respon normal individu terhadap suatu kejadian atau kerena tidak terpenuhinya suatu kebutuhan. Namun jika marah membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan tentu memerlukan penanganan dari tenaga kesehatan, terutama perawat, karena marah tersebut tidak normal.

Apa yang di lakukan pasien dalam keperawatan jiwa tersebut dengan perilaku kekerasan. Untuk dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan anda harus mempelajari modul ini dengan baik. Sehingga tujuan kegiatan belajar 2 adalah agar anda mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan anda dapat kuasai dengan baik. Sedangkan tujuan khusus pembelajaran ini adalah agar anda mampu

1. Menjekaskan konsep risiko perilaku kekerasan
2. Menguraikan langkah proses keperawatan perilaku kekerasan
 - a. Melakukan pengkajian perilaku kekerasan

- b. Menetapkan diagnosis keperawatan perilaku kekerasan
- c. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien perilaku kekerasan
- d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien perilaku kekerasan
- e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan
- f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien perilaku kekerasan

Pada saat anda memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan seringkali anda melihat pasien anda terlihat kotor, berbau dan penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Atau pada saat makan, terlihat makan berceceran di sembarang tempat, atau pasien buang air besar dan kecil sembarangan. Tentu sebagai seorang perawat sangat sedih melihatnya, terfikir untuk membantu pasien memperbaiki kebersihan dirinya. Memang salah satu tugas perawat untuk membantu menjaga kebersihan diri pasien. Untuk itu marilah kita membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri.

Sehingga pada kegiatan belajar 3 anda telah belajar mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri. Secara umum tujuan mempelajari materi ini adalah agar anda mampu memberikan asuhan keperawatan defisit perawatan diri. Sedangkan tujuan khusus pembelajaran ini adalah anda mampu

- 1. Menjelaskan konsep defisit perawatan diri
- 2. Menguraikan langkah-langkah proses keperawatan dengan defisit perawatan diri
 - a. Melakukan pengkajian defisit perawatan diri
 - b. Menyusun diagnosis keperawatan defisit perawatan diri
 - c. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien defisit perawatan diri
 - d. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien defisit perawatan diri
 - e. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien defisit perawatan diri
 - f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien defisit perawatan diri.

Tentu anda ingin mengetahui seberapa besar tingkat pemahaman anda terhadap materi. Untuk itu pada modul ini anda diharapkan harus menjawab beberapa pertanyaan yang harus anda jawab. Kerjakanlah soal tersebut dengan sebaik-baiknya. Sebaiknya anda tidak melihat kunci jawaban terlebih dahulu sebelum selesai menjawab pertanyaan dan tugas.

Waktu yang di sediakan untuk menyelesaikan modul ini 3 x 120 menit. Gunakan waktu tersebut dengan sebaik-baiknya. Anda di nyatakan berhasil apabila memperoleh nilai 80 atau 80% benar dari total soal yang anda jawab. Penulis yakin anda dapat memahami modul ini dengan baik asalkan anda benar-benar dengan tekun mempelajarinya.

KEGIATAN BELAJAR 1

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

Seringkali pasien anda kedatangan sedang menyendiri di sudut ruangan sambil bercakap-cakap atau tertawa sendiri tanpa ada orang di sekitar pasien. Atau tiba-tiba pasien marah dengan mengeluarkan kata-kata kotor, memaki, melukai diri sendiri, atau membanting barang-barang yang ada di sekitarnya tanpa ada orang lain di sekitarnya atau tanpa ada sebab yang jelas, dan memukul orang lain.

Melihat kondisi di atas, tentu anda bertanya apa yang sedang di alami pasien tersebut, halusinasi apa yang sedang di alami, kapan muncul halusinasi tersebut dan pada kondisi apa halusinasi muncul, berapa kali halusinasi muncul dalam satu hari dan apa yang sudah di lakukan pasien untuk mengontrol halusinasi tersebut. Untuk mengatasi masalah pasien, saya harus melakukan asuhan keperawatan, karena jika saya tidak lakukan, maka pasien dapat melukai dirinya sendiri ataupun orang lain dan lingkungan. Tapi bagaimana saya harus melakukannya saya belum memiliki pengetahuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien halusinasi. Untuk memberikan bekal pengetahuan pada anda maka pelajarilah kegiatan belajar 1 ini dengan sebaik-baiknya. Kegiatan belajar 1 ini berisikan materi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi yang sangat lengkap anda akan belajar mulai dari konsep halusinasi hingga asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi. Saya harap anda tidak mengalami kesulitan dalam mempelajarinya. Selamat belajar sukses untuk anda.

A. Pengertian

Banyak ahli mendefinisikan mengenai halusinasi di antaranya menurut Stuard & Laraia (2013) yang mendefinisikan halusinasi sebagai suatu tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mengekspresikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi.

Ada lima jenis halusinasi yaitu pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, dan perabaan. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling banyak di temukan. Halusinasi jenis ini terjadi pada 70% pasien, kemudian halusinasi penglihatan 20%, dan sisanya 10% adalah halusinasi penghidu, pengecap dan perabaan.

Pasien halusinasi merasakan adanya stimulus yang sebetulnya tidak ada. Perilaku yang teramati dari pasien yang sedang mengalami halusinasi pendengaran adalah pasien

mengatakan mendengarkan suara padahal tidak ada stimulus suara atau tidak ada orang lain di sekeliling pasien yang sedang di ajak bicara. Sedangkan pada halusinasi penglihatan pasien mengatan melihat orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada apapu di sekitar pasien. Pada halusinas penghindu pasien mangatakan membaui bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Sedangkan pada halusinasi pengecapan, pasien mengatakan makan atau minum sesuatu yang menjijikan. Pada halusinasi perabaan pasien merasakan adanya binatang atau sesuatu yang merayap di tubuhnya atau di permukaan kulit.

B. Proses Terjadinya Halusinasi

Proses terjadinya halusinasi di jelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuard-Laraia

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi halusinasi terdiri dari

a. Faktor Biologis

Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (*herediter*), atau penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA)

b. Faktor Psikologis

Memiliki riwayat kegagalan yang berulang. Menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang yang berarti bagi pasien serta perilaku orang tua yang overprotektif.

c. Sosial Budaya dan Lingkungan

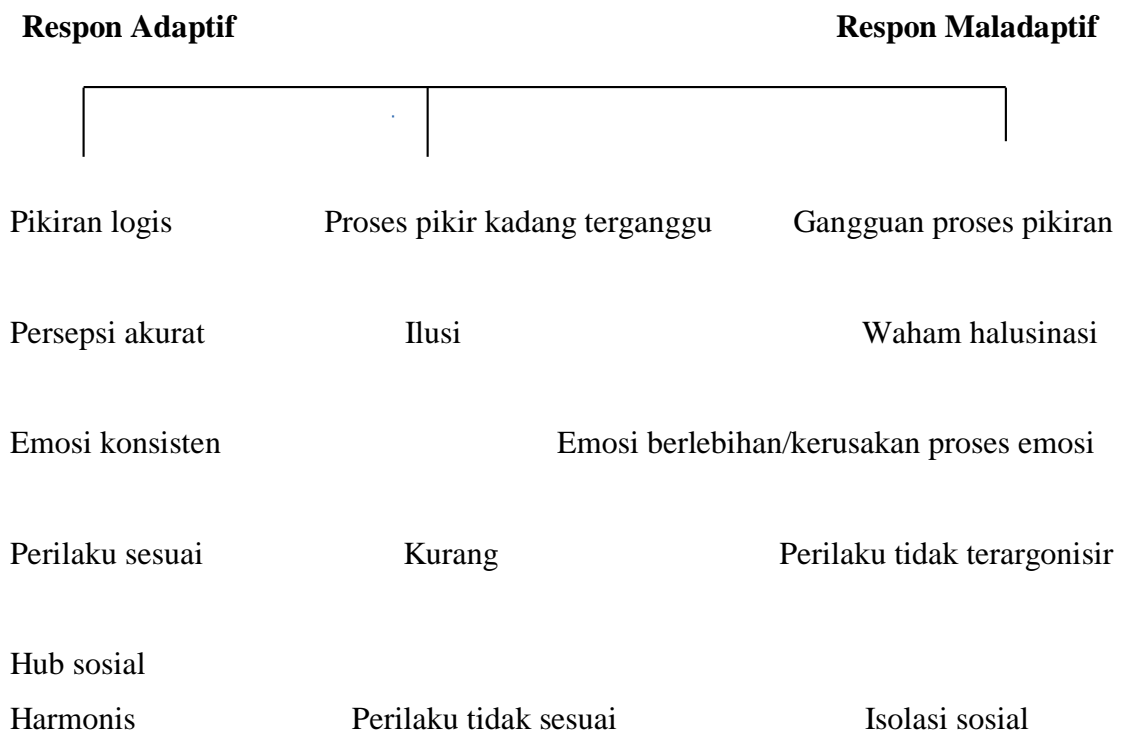
Sebagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, selain itu pasien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan atau dari orang lain yang berarti pada usia perkembangan anak, pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri) serta tidak bekerja.

2. Faktor Presipitasi

Adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak adanya riwayat kekerasan dalam keluarga atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat.

3. Rentang Respon Neurobiologis

Stuard and Laraia menjelaskna tentang respon neurobiologis pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi sebagai berikut :



Setelah anda mempelajari tentang respon neurobiologis, sekarang marilah kita belajar mengenai tahapan halusinasi

4. Tahapan Halusinasi;

Halusinasi yang dialami pasien memiliki tahapan sebagai berikut

a. Tahap I : Halusinasi bersifat menenangkan, tingkat asietas pasien sedang.

Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan.

Karakteristik : Karakteristik tahap ini ditandai dengan adanya perasaan bersalah dalam diri pasien dan timbul perasaan takut. Pada tahap ini pasien mencoba menenangkan pikiran untuk mengurangi asietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikendalikan dan bisa diatasi (*nonpsikotik*).

Perilaku yang teramati:

- Menyerigai/ tertawa yang tidak sesuai
- Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
- Respon verbal yang lambat
- Diam dan dipenuhi oleh suatu yang mengasyikan.

b. Tahap II : Halusinasi bersifat menyalakan, pasien mengalami asietas tingkat berat dan halusinasi bersifat menjijikan untuk pasien.

Karakteristik : pengalaman sensori yang dialami pasien bersifat menjijikan dan menakutkan, pasien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan, pasien yang merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (*non psikotik*)

Perilaku yang teramati :

- Peningkatan kerja susana sarap atonom yang menunjukkan timbulnya ansietas seperti peningkatan nadi, TD dan pernafasan
- Kemampuan konsentral menyempit
- Dipenuhi dengan pengalaman sensori, mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.

c. Tahap III : Pada tahap ini halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien, pasien berada pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi menguasai pasien.

Karakteristik : pasien yang berhalusinasi pada tahap menyera untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir. (psikotik)

Perilaku yang teramati :

- Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan orang oleh halusinasinya dari pada menolak.
- Kesulitan berhubungan dengan orang lain
- Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas berat seperti : berkeringat, tremor, ketidakmampuan mengikuti petunjuk.

d. Tahap IV : Halusinasi pada saat ini, sudah sangat menakutkan dan tinggkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi.

Karakteristik : Pengalaman sensori menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah halusinasinya. Halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi (psikotik)

Perilaku yang teramati :

- Perilaku menyerang – teror seperti panik.
- Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain.
- Amuk, agitasi dan menarik diri.
- Tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks.
- Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

5. Jenis Halusinasi

Anda telah mengetahui dan mempelajari mengenai pengertian, proses terjadinya halusinasi, rentang respon neurobiologis dan tahap-tahap halusinasi. Penulis berharap anda telah memahaminya. Materi yang akan kita pelajari selanjutnya adalah jenis halusinasi. Penjelasan dibawah ini adalah mengenai jenis halusinasi.

Tabel. 1 Jenis Halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Obyektif	Data Subyektif
Halusinasi Pendengaran	<ul style="list-style-type: none"> • Bicara atau tertawa sendiri • Marah-marah tanpa sebab • Menyendengkan telinga ke arah tertentu • Menutup telinga 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendengarkan suara-suara atau kegaduhan • Mendengarkan suara yang mengajak becakap-cakap • Mendengar suara menyuruh melakukan suatu yang berbahaya.
Halusinasi Penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> • Menunjuk-nunjuk kearah tertentu • Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melihat bayangan, sinar,bentuk geometris,bentuk kartoon,melihat hantu atau monster.
Halusinasi Penghirupan	<ul style="list-style-type: none"> • Mengisap-isap seperti sedang membaui bau-bauan tertentu • Menutup hidung 	<ul style="list-style-type: none"> • Membau bau-bauan seperti bau darah, urin, fases, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi Pengecapan	<ul style="list-style-type: none"> • Sering meludah • Muntah 	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa-rasa seperti darah,urin atau feses.
Halusinasi Perabaan	<ul style="list-style-type: none"> • Mengaruk-garuk permukaan kulit 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengatakan ada serangga di permukaan kulit

		<ul style="list-style-type: none"> • Merasa seperti tersengat listrik
--	--	--

6. Tanda dan Gejala :

Tanda dan gejala halusinasi di nilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

a. Data subyektif : pasien mengatakan :

- 1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
- 3) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
- 4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
- 5) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- 6) Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
- 7) Merasa takut atau senang dengan halusinasi

b. Data obyektif

- a) Bicara atau tertawa sendiri
- b) Marah-marah tanpa sebab
- c) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- d) Menutup telinga
- e) Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
- f) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- g) Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
- h) Menutup hidung
- i) Sering meludah
- j) Muntah
- k) Mengaruk-garuk permukaan mulut

Proses Keperawatan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

Selamat anda telah menyelesaikan materi konsep halusinasi dan saya berharap anda telah memahaminya dengan baik. Selanjutnya anda akan belajar mengenai asuhan keperawatan gangguan sensori seperti halusinasi.

7. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah alam didalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga. Tanda dan gejala gangguan sensori presepsi halusinasi dapat ditemukan dengan **wawancara**, melalui pertanyaan sebagai berikut:

- a. Dari pengamatan saya sejak tadi , bapak/ibu tampaknya seprti becakap-cakap sendiri apa yang sedang bapak/ibu dengar/lihat?
- b. Apakah bapak/ibu melihat bayangan-bayangan yang menakutkan?
- c. Apakah ibu/bapak mencium bau tertentu yang menjijikan?
- d. Apakah ibu/bapak merasakan sesuatu yang menjalar ditubuhnya?
- e. Apakah ibu/bapak merasakan sesuatu yang menjijikan dan tidak mengenakkan?
- f. Seberapa sering bapak/ibu mendengar suara-suara atau melihat bayangan tersebut?
- g. Kapan bapak/ibu mendengar suara atau melihat bayang-bayang?
- h. Pada situasi apa bapak/ibu mendengar suara atau bayang-bayng?
- i. Bagaimana persaan bapak/ibu mendengar suara atau melihat bayangan tersebut?
- j. Apa yang sudah ibu/bapak lakukan, ketika mendengar suara dan melihat bayangan tersebut?

Tanda dan gejala halusinasi yang dapat di temukan melalui **observasi** sebagai berikit :

- a. Pasien tampak bicara atau tertawa sendiri
- b. Marah-marah tanpa sebab
- c. Memiringkan atau mengarahkan telinga ke arah tertentu atau menutup telinga.
- d. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
- e. Ketakutan pada suatu yang tidak jelas
- f. Menghidu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
- g. Menutup hidung
- h. Sering meludah
- i. Muntah
- j. Menggaruk permukaan kulit

8. Diagnosis Keperawatan

Langkah kedua dalam asuhan keperawatan adalah menetapkan diagnosis keperawatan yang dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala gangguan sensor persepsi: halusinasi yang ditemukan. Data hasil observasi dan wawancara dilanjutkan dengan menetapkan diagnosis keperawatan. Tabel dibawa ini merupakan contoh: Analisis dan rumusan masalah.

Tabel 2 Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bicara atau tertawa sendiri • Marah-marah tanpa sebab • Mengarahkan telinga ke posisi tertentu • Menutup telinga <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mendengarkan suara- suara atau kegaduhan • Mendengarkan suara yang mengajak becakap-cakap • Mendegar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya 	Halusinasi

Berdasarkan hasil pengkajian pasien menunjukkan tanda dan gejala gangguan sensori persepsi : halusinasi, maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah:

Gangguan Sensori Persepsi :Halusinasi

Langkah selanjutnya setelah Anda mampu membuat analisis serta rumusan masalah, Anda dapat membuat pohon masalah. Berikut ditampilkan contoh bagan pohon masalah, tentunya anda diharapkan dapat menentukan pengelompokkan masalah sehingga dapat ditentukan penyebab, masalah utama dan efek dari masalah utama. Gambar di bawah ini merupakan contoh pohon masalah untuk gangguan sensori persepsi halusinasi.:

POHON MASALAH

Risiko perilaku kekerasan



EFEK

Gangguan Sensori
Persepsi: Halusinasi

MASALAH
UTAMA

Isolasi Sosial

PENYEBAB

Gambar 1 Bagaian Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

9. Tindakan Keperawatan

Setelah menetapkan diagnosis keperawatan lakukanlah tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: Halusinasi. Tindakan keperawatan harus ditujukan juga untuk keluarga karena keluarga memegang peranan penting dalam perawat pasien di rumah setelah pasien pulang dari rumah sakit. Saat keluarga pasien datang menjenguk, perawat harus menemui keluarga untuk mengajarkan cara merawatat pasien dengan halusinasi dirumah.

a. Tindakan Keperawatan Untuk Pasien Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi.

Tujuan: Pasien mampu

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mengenal halusinasi dan mampu mengotrol halusinasi dengan menghardik

Mengontrol halusinasi dengan enam benar minum obat

- 3) Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
- 4) Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari

Tindakan Keperawatan

1) Membina Hubungan Saling Percaya dengan cara:

- a) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
- b) Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan yang di sukai pasien
- c) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
- d) Buat kontrak asuhan apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan di kerjakan, dan tempat pelaksanaan asuhan keperawatan.
- e) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang di peroleh untuk kepentingan terapi
- f) Setiap saat tunjukan sikap empati terhadap pasien
- g) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan

2) Membantu Pasien Menyadari Gangguan Perspsi Halusinasi

- a) Tanyakan pendapat pasien tentang halusinasi yang di alaminya: tanpa mendukung dan menyangkal halusinasinya.
- b) Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan, respon dan upaya yang sudah di lakukan pasien untuk menghilangkan atau mengontrol halusinasi.

3) Melatih Pasien Cara Mengotrol Halusinasi:

Secara rinci tahapan melatih pasien mengotrol halusinasi dapat di lakukan sebagai berikut:

- a) Jelaskan cara mengotrol halusinasi dengan menghardik, 6 benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan di rumah seperti membersihkan kamar, merapikan tempat tidur serta mencuci pakaian
- b) Berikan contoh cara menghardik, 6(enam) benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah seperti membereskan kamar, merapikan tempat tidur serta mencuci pakaian.
- c) Berikan kesempatan pasien mempraktekan cara menghardik, 6(enam) benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dirumah sperti membereskan kamar, merapikan tempat tidur serta mencuci baju ang di lakukan di hadapan perawat
- d) Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah di lakukan oleh pasien

- e) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah melakukan tindakan keperawatan untuk mengontrol halusinasi. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus-menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan latihannya.

4. Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga

Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk pasien gangguan sensori persepsi halusinasi adalah sebagai berikut:

a. Pasien mampu:

- 1) Menggunakan isi halusinasi yang di alaminya
- 2) Menjelaskan waktu dan frekuensi halusinasi yang di alami
- 3) Menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi
- 4) Menjelaskan perasaan ketika mengalami halusinasi
- 5) Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi:
 - a) Menghardik halusinasi
 - b) Mematuhi program pengobatan
 - c) Bercakap dengan orang lain di sekitarnya bila timbul halusinasi
 - d) Menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari sampai mau tidur pada malam hari selama 7 hari seminggu dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri.
- 6) Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dan mengendalikan halusinasi

b. Keluarga mampu

- 1) Menjelaskan halusinasi yang di alami oleh pasien
- 2) Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi melalui empat cara mengontrol halusinasi yaitu menghardik, minum obat, cakap-cakap dan melakukan aktivitas dirumah
- 3) Mendemostrasikan cara merawat pasien halusinasi
- 4) Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat di gunakan untuk mengatasi masalah pasien
- 5) Menilai dan melaporkan keberhasilan merawat pasien

5. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian wajib dilakukan setiap selesai melakukan interaksi dengan pasien dan keluarga

Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan gangguan sensori persepsi halusinasi.

Tabel 3 Dokumentasi Keperawatan

IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p>Tgl ...bulan... tahun..pkl</p> <p>Data:</p> <p>Data pasien dan kemampuan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara tetapi sudah jarang dan tidak setiap hari datangnya. • Pasien mengatakan sudah melakukan cara mengontrol halusinasi dengan manghardik halusinasi • Pasien mangatakan minum obat dengan benar dan teratur. <p>Kemampuan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu mendemostrasikan cara menghardik halusinasi <p>Data keluarga dan kemampuan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan sudah mengetahui apa itu halusinasi tanda dan gejala serta proses terjadinya masalah. • Keluarga telah mengetahui cara merawat pasien halusinasi dengan membantu pasien menghardik halusinasi saat halusinasi muncul 	<p>S: Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien menghardik halusinasi 3 kali sehari • Minum obat secara teratur sesuai dengan petunjuk suster 3 kali sehari • Mengajak anggota keluarga yang lain untuk bercakap-cakap bila pasien sendirian dan bila suara-suara akan muncul <p>S: Keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan anaknya dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal • Keluarga mengatakan senang dapat membimbing dan merawat anaknya • Keluarga mengatakan akan terus memotivasi anaknya untuk melakukan sesuai jadwal <p>O: Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien kopertif, tampak tenang, halusinasi tidak ada <p>O: Keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga tampak melatih dan membimbing pasien dalam mengontrol halusinasi • Keluarga koperatif

<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mampu memantau pasien minum obat <p>DK: Gangguan sensori persepsi halusinasi</p> <p>Intervensi: Tindakan ke pasien</p>	<p>A: Menghardik dan minum obat serta bercakap-cakap mampu mengontrol halusinasi pasien.</p> <p>P: Untuk pasien</p> <p>Pasien berlatih mengontrol halusinasi dengan menghardik (3kali per hari), minum obat (3kali per hari), bercakap-cakap dengan keluarga (2kali perhari)</p> <p>P. Keluarga</p>
---	---

<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kegiatan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik dan minum obat. 2. Beri pujian. 3. Latih satu cara untuk yaitu bercakap-cakap dengan orang lain seperti keluarga 4. Memasukan pada jadwal kegiatan untuk latihan bercakap-cakap dengan orang lain/keluarga tindakan ke keluarga. <p>Tindakan ke keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat pasien halusinasi yaitu menghardik dan minum obat beri pujian. 2. Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengajak anggota keluarga lain yang bercakap-cakap dengan pasien jika melihat pasien termenung atau sendirian. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian 	<p>Memotivasi dan membimbing sesuai dengan jadwal menghardik (3kali sehari), minum obat (3kali sehari) bercakap-cakap dengan keluarga dan orang lain (2kali sehari).</p>
--	--

RTL: Pasien melakukan latihan mengontrol halusiansi sesuai jadwal Keluarga memptivasi dan membimbing pasien untuk mengontrol halusinasi.	Nurita
--	--------

Anda telah menyelesaikan kegiatan belajar 1 untuk menilai pemahaman anda coba kerjakan latihan di bawah ini.

Latihan 1

1. Sebutkan jenis-jenis halusinasi
2. Jelaskan faktor predisposisi dan presipitasi halusinasi
3. Jelaskan tanda dan gejala halusinasi
4. Jelaskan tahapan halusinasi

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajarilah kembali jenis-jenis halusinasi
2. Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajarilah kembali faktor predisposisi dan presipitasi halusinasi
3. Untuk menjawab pertanyaan no 3 pelajarilah kembali mengenai tahapan halusinasi

Rangkuman 1

1. Halusinasi adalah suatu tanggapan panca indera tanpa adanya ransangan (stimulus) eksternal
2. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pesien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi
3. Ada lima jenis halusinasi yaitu pendengaran, penglihatan, penghindu, pengecapan dan perabaan. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling banyak di temukan terjadi pada 70% pasien, kemudian halusinasi penglihatan 20% dan sisanya 10% adalah halusinasi penghindu, pengecapan dan perabaan.
4. **Faktor predisposisi** : faktor biologis, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa(herediter), riwayat penyakit atau trauma kepala dan riwayat penggunaan narkotika, psiktropika, dan zat adiktif lainnya (NAPZA). Faktor psikologis:

memiliki riwayat kegagalan yang berulang, korban, pelaku maupun saksi dan perilaku kekerasan, kurangnya kasih sayang dari orang-orang sekitar atau overprotektif. Sosial budaya dan lingkungan. Sebagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, adanya riwayat penolakan dari lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah dan mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri) serta tidak bekerja

5. Faktor Presipitasi

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

6. Tahapan Halusinasi

Tahap I : Halusinasi bersifat menenangkan, tingkat ansietas (kecemasan) pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan

Tahap II : Halusinasi bersifat menyalahkan, ansietas tingkat berat dan halusinasi menjujikan pasien

Tahap III : Halusinasi bersifat mengendalikan perilaku pasien, pasien berada pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi menguasai pasien.

Tahap IV : Halusinasi pada saat ini, sudah sangat menakutkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan sangat terkait dengan delusi.

7. Jenis Halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Halusinasi pendengaran	Bicara atau tertawa sendiri marah-marah tanpa sebab menyedengkan telinga ke arah tertentu Menutup telinga	Mendengar suara-suara atau kegaduhan. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

Halusinasi penglihatan	Menunjuk-nunjuk kearah tertentu Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster.
Halusinasi penghidu	Mengisap-isap seperti seperti sedang membaui bau-bauan tertentu. Menutup hidung	Menmbaui bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
Halusinasi pengecapan	Sering meludah muntah	Merasakan rasa seorti darah, urin atau feses.
Halusinasi perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Mengatakan ada serangga di permukaan kulit Merasa seperti tersengat listrik

Tes Formatif 1

Untuk menilai pemahaman anda terhadap materi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori halusinasi. Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memilih salah satu jawaban yang menurut anda paling benar.

1. Seorang perempuan berusia 28 tahun di rawat di RSJ dengan keluhan pasien mendengar suara-suara orang tuanya yang sudah meninggal dan mondar-mandir, bicara tidak jelas. Apakah diagnosis keperawatan pada pasien tersebut?
 - a. Isolasi sosial
 - b. Harga diri rendah
 - c. Deficit perawatan diri
 - d. Halusinasi pendengaran
 - e. Resiko perilaku kekerasan

2. Pasien mengatakan suster saya telah menghardik bila halusinasi muncul, tetapi suara-suara itu tetap saja muncul. Apakah tindakan keperawatan yang harus di lakukan pasien tersebut?
 - a. Menanyakan tentang keteraturan pasien minum obat
 - b. Melatih pasien untuk bercakap-cakap
 - c. Melatih pasien melakukan aktivitas

- d. Melatih pasien untuk berkenalan
 - e. Menggali aspek positif
3. Seorang laki-laki 34 tahun di rawat di RSJ karena mengalami halusinasi. Pasien mengatakan sering melihat bayangan ibunya selalu datang saat malam hari. Pasien merasakan bersalah karena saat meninggal, pasien tidak sempat mengunjungi ibunya. Apakah jenis halusinasi yang di alami pasien tersebut?
- a. Pendengaran
 - b. Penglihatan
 - c. Penciuman
 - d. Pengecapan
 - e. Perabaan
4. Pasien mengatakan suara itu adalah suara suami saya yang sudah meninggal 3 tahun yang lalu menyuruh saya untuk mengantarkan anak kami yang kecil kesekolah, suara itu datang sekali sehari setiap pagi hari saat saya sedang sendiri. Pengkajian lanjutan yang harus di lakukan perawat adalah.
- a. Bagaimana perasaan ibu mendengar suara tersebut
 - b. Mengajarkan cara untuk bercakap-cakap
 - c. Mengikuti aktivitas kelompok
 - d. Mengajarkan tentang obat
 - e. Mengajarkan menghardik
5. Seorang laki-laki usia 22 tahun, mengatakan sejak usia 19 tahun pasien mengatakan sudah mengkonsumsi ganja, sehari 5 linting, jika tidak mengkonsumsi pasien mengatakan pusing, pikran kacau, mudah tersinngung, dan marah karena hal yang sepele tidak dapat tidur. Berdasarkan pengkajian tersebut apakah jenis predisposisi pada pasien tersebut?
- a. Genetik
 - b. Biologis
 - c. Psikologis
 - d. Sosialkultural
 - e. Perkembangan

Umpan balik dan tindak lanjut

Cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban tes formatif 1 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar, kemudian gunakanlah rumus berikut:

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100% = baik sekali

80 – 89% = baik

70- 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila anda mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus!, anda dapat meneruskan mempelajari kegiatan belajar 2. Tetapi jika masih di bawah 80% anda harus mengulangi materi kegiatan belajar 1, terutama bagian yang belum di kuasai.

KEGIATAN BELAJAR 2

Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Seringkali pasien tiba-tiba marah-marah tanpa sebab, mengeluarkan kata-kata kotor, mencaci, memaki, dan tidak jarang merusak barang di sekitar dan memukul teman. Melihat perilaku pasien apa yang harus anda lakukan? Saya harus melakukan pengkajian agar saya mengetahui masalah yang di alami pasien dan dapat memberikan intervensi keperawatan dengan baik secara menyeluruh(komperhensif). Untuk membantu agar anda mampu memberikan asuhan keperawata kepada pasien dengan perilaku kekerasan pelajaryliah kegiatan belajar 2 ini dengan sebaik-baiknya, saya yakin setelah mempelajari kegiatan belajar 2 ini anda akan mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan , selamat belajar semoga sukses selalu menyertai anda.

A. Pengertian

Banyak ahli mendefinisikan mengenai perilaku kekerasan di antaranya, menurut Berkowitz (1993), perilaku kekerasan bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Citrome dan Volavka (2002, dalam Mohr, 2006) menjelaskan bahwa perilaku kekerasan merupakan respon perilaku manusia untuk merusak sebagai bentuk agresif fisik yang di lakukan seseorang terhadap yang lain dan atau sesuatu. Pendapat senada di ungkapkan Stuard dan Laraia (2005) yang mengatakan bahwa perilaku kekerasan merupakan hasil dari marah yang ekstrim atau ketakutan sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri. Perasaan terancam ini dapat berasal dari lingkungan luar (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan lingkungan dalam (perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik)

Menurut Keliat, (2011), perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Herdman (2012) mengatakan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang di perhatikan oleh individu. Bentuk ancaman bisa fisik, emosional atau seksual yang di tujukan kepada orang lain Sehingga dapat di simpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan:

- a. Respons emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan di rasakan sebagai ancaman (di ejek/dihina).

- b. Ungkapan perasaan terhadap keadaan yang tidak menyenangkan (kecewa, keinginan tidak tercapai, tidak puas)
- c. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, di arahkan pada diri sendiri, pada orang lain dan lingkungan.

Anda telah mempelajari berbagai definisi perilaku kekerasan. Sekarang coba anda definisikan perilaku kekerasan menurut anda sendiri

1. Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

Proses terjadinya perilaku kekerasan pada pasien akan di jelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuard yang meliputi faktor predisposisi dan presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

Hal-hal yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan, meliputi

a) Faktor Biologis

Hal yang di kaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter yaitu adanya anggota keluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa, adanya riwayat penyakit trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA (narkoti, psikotropika, dan zat adiktif lainnya.

b) Faktor Psikologis

Pengalaman marah merupakan respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu menemui kegagalan atau terlambat. Salah satu kebutuhan manusia adalah “berperilaku”, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat di penuhi melalui berperilaku konstruktif, maka yang akan muncul adalah individu tersebut berperilaku destruktif.

c) Faktor Sosio kultural

Teori lingkungan sosial (*social environment theory*) menatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat di pelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (*social learning theory*)

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi perilaku kekerasan pada setiap individu bersifat unik, berbeda satu orang dengan yang lain. Stresor tersebut dapat merupakan penyebab yang berasal dari dalam maupun luar individu

Faktor dari dalam individu meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang yang di cinta atau berarti (putus pacar, perceraian, kematian), kehilangan rasa cinta, kekawatiran terhadap penyakit fisik, dll. Sedangkan faktor luar individu meliputi serangan terhadap fisik, lingkungan yang terlalu ribut, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan.

2. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang di harapkan pada penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang di gunakan untuk melindungi diri.

Beberapa mekanisme koping yang di pakai klien marah untuk melindungi diri antara lain:

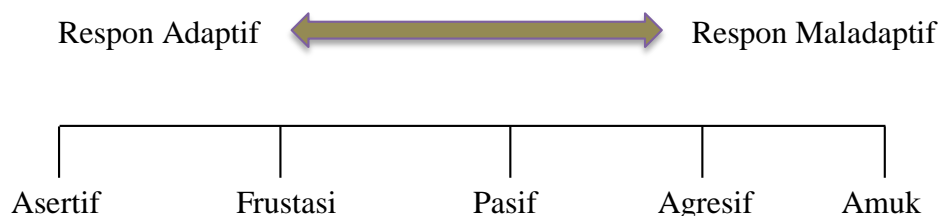
- a. Sublimasi: menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Artinya di minta masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurnya secara normal. Misalnya seorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada objek lain seperti meremas-remas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.
- b. Proyeksi: menyalahkan orang lain kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik, misalnya seorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.
- c. Represi: mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk kealam sadar. Misalnya seorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak di sukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang di terimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh tuhan. Sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.
- d. Reaksi Formasi: mencegah keinginan yang berbahaya bila di ekpresika. Dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya

sebagai rintangan. Misalnya seseorang yang tertarik pada teman suaminya., akan memperlakukan orang tersebut dengan kuat.

- e. *Displacement*: melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan. Pada objek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya : timmy berusia 4thn marah karena ia baru saja menapatkan hukuman dari ibunya karena menggambar didinding kamarnya. Ia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

3. Rentang Respon Marah

Marah yang di alami setiap individu memiliki rentang mulai dari respon adaptif sampai maladaptif. Sekarang marilah kita bersama-sama mempelajarinya untuk mempermudah pemahaman anda di bawah ini akan di gambarkan tentang respon perilaku kekerasan



Gambar 2 Rentang Respon

Keterangan

Asertif : Kemarahan yang di ungkapkan 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

Hierarki Perilaku Kekerasan

Setelah anda memahami tentang respon marah, sekarang marilah kita mempelajari mengenai hirarki agresif seperti di bawah ini.

Rendah



Tinggi

1. Memperlihatkan permusuhan rendah
2. Keras menuntut
3. Mendekati orang lain dengan ancaman
4. Memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai
5. Menyentuh orang lain dengan cara yang menakutkan
6. Memberi kata ancaman dengan rencana melukai
7. Melukai dalam tingkat ringan tanpa membutuhkan perawatan medis

Telah kita pelajari bersama mengenai tentang respon marah serta hirarki agresif. Selanjutnya kita akan mempelajari mengenai bagaimana skema proses marah yang di alami setiap orang. Bila seorang tidak mampu menangani perasaan marah secara agresif dapat mengakibatkan amuk atau perilaku kekerasan.

Perbandingan Perilaku Pasif, Agresif dan Asertif

Berdasarkan konsep yang telah sama-sama kita pelajari, maka kita dapat simpulkan oerbedaan antara perilaku agresif, asertif dan pasif seperti bagian di bawah ini.

Tanda dan gejala perilaku kekerasan

	Pasif	Asertif	Agresif
Isi bicara	<ul style="list-style-type: none">• Negatif• Menghina• Dapatkah saya lakukan• Dapatkah ia lakukan	<ul style="list-style-type: none">• Positif• Menghargai diri sendiri• Saya dapat/akan lakukan	<ul style="list-style-type: none">• Berlebihan• Menghina orang lain• Anda selalu/tidak pernah
Nada suara	<ul style="list-style-type: none">• Diam• Lemah• Merengek	<ul style="list-style-type: none">• Diatur	<ul style="list-style-type: none">• Tinggi• Menuntut

Posture/sikap tubuh	<ul style="list-style-type: none"> • Melotot • Menundukan kepala 	<ul style="list-style-type: none"> • Tegak • Rileks 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenang • Bersandar kedepan
Personal space	<ul style="list-style-type: none"> • Orang lain dapat masuk pada tutorial pribadinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjaga jarak yang menyenangkan • Mempertahankan hak tempat/tutorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Memasuki tutorial orang lain
Gerakan	<ul style="list-style-type: none"> • Minimal • Lemah • Resah 	<ul style="list-style-type: none"> • Memperlihatkan gerakan yang sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengancam ekspansi gerakan
Kontak mata	<ul style="list-style-type: none"> • Sedikit atau tidak 	<ul style="list-style-type: none"> • Sekali-sekali • Sesuai dengan kebutuhan interaksi 	<ul style="list-style-type: none"> • Melotot

4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat di nilai dari ungkapan pasien dan didukung dengan hasil obsevasi.

a. Data Subjektif

- Ungkapan berupa ancaman
- Ungkapan kata-kata kasar
- Ungkapan ingin memukul/melukai

b. Data Objektif

- 1) Wajah memerah dan tegang
- 2) Pandangan tajam
- 3) Mengatupkan rahang yang kuat
- 4) Mengepalkan tangan
- 5) Bicara kasar
- 6) Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- 7) Mondar mandir
- 8) Melempar atau memukul benda/orang lain

B. Proses Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian

Pengkajian di lakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga.

Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat di temukan dengan wawancara melalui pertanyaan sebagai berikut:

- a. Coba ceritakan kejadian apa yang menyebabkan anda marah?
- b. Coba anda ceritakan apa yang anda rasakan ketika marah?
- c. Perasaan apa yang anda rasakan ketika marah?
- d. Sikap atau perilaku atau tindakan apa yang di lakukan saat anda marah?
- e. Apa akibat dan cara marah yang anda lakukan?
- f. Apakah dengan cara yang di gunakan penyebab marah anda hilang?
- g. Menurut anda apakah cara lain untuk mengungkapkan kemarahan anda?

Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yang dapat di temukan melalui observasi adalah sebagai berikut:

- a. Wajah memerah dan tegang
- b. Pandangan tajam
- c. Mengatupkan ranhang yang kuat
- d. Mengepalkan tangan
- e. Bicara kasar
- f. Mondar-mandir
- g. Nada suara tinggi, menjerit atau berteriak
- h. Melempar atau memukul benda/orang lain

Data hasil observasi dan wawancara didokumentasikan pada status. Contoh pendokumentasian hasil pengkajian pada Tn Z sebagai berikut:

Data :

Pasien mengatakan memukul ibunya dengan sapu, menendang pintu,berbicara dengan tinggi dan suara keras dan wajah kotor. Tangan mengepal, mata melotot, mata memerah, wajah tegang dan memerah, rahang terkatup kuat. Pasien mengatakan marah kerena ibunya tidak membelikan motor

Setelah anda mendapatkan data, selanjutnya kita membuat analisa data. Berikut contoh analisa data pada perilaku kekerasan.

No	Data	Masalah
1.	<p>Data Subjektif : Pasien mengatakan ia memukul ibunya dengan sapu dan mengeluarkan kata kasar dan tidak pantas karena tidak diberikan motor.</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suara keras • Tangan mengepal • Wajah memerah dan tegang • Pandangan tajam • Mengatupkan rahang yang kuat • Mengepalkan tangan • Bicara kasar • Nada suara tinggi. 	Perilaku kekerasan

Setelah anda melihat contoh materi di atas, anda dapat membuat analisa data dan buatlah daftar masalah dan tegakan diagnosis keperawatan selanjutnya pohon masalah. Saya yakin bahwa anda dapat memahami materi yang baru saja kita bahas. Untuk lebih memantapkan pemahaman dan mudah mengingatnya, cobalah pelajari contoh berikut ini.

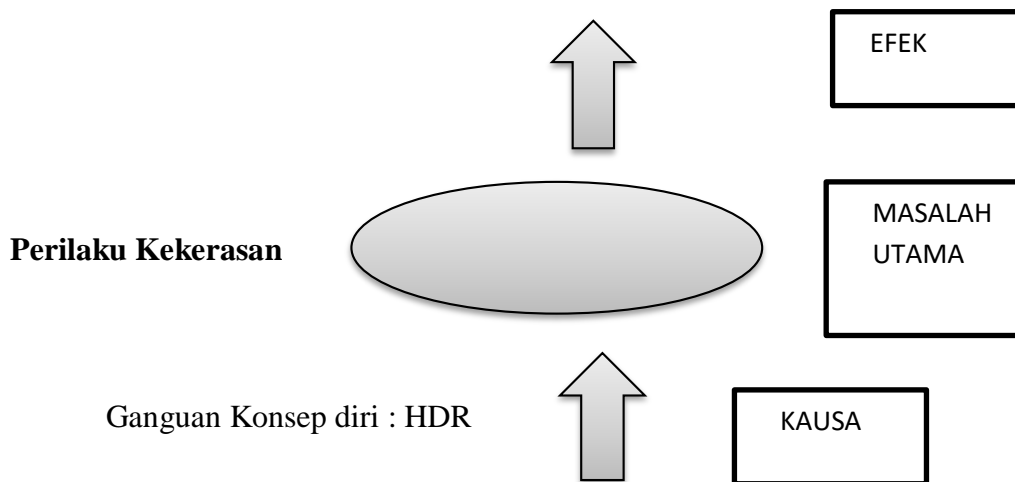
2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian rumuskan diagnosis keperawatan.

PERILAKU KEKERASAN

3. Pohon Masalah

Resti mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan



4. Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan untuk mengatasi resiko perilaku kekerasan, dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat melakukan pelayanan di puskesmas dan kunjungan rumah, perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarganya, setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian, mengevaluasi dan mencari satu cara lagi untuk mengatasi masalah yang dialami pasien.

Jika pasien telah mendapatkan terapi psikofarmaka (obat), maka hal pertama yang harus dilatih perawat adalah pentingnya kepatuhan minum obat. Setelah perawat selesai melatih pasien, perawat menemui keluarga untuk melatih cara merawat pasien. Selanjutnya perawat menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga ketahui yaitu untuk mengingatkan pasien melatih kemampuan mengatasi masalah yang telah diajarkan oleh perawat.

a. Tindakan Keperawatan Untuk Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Tujuan: pasien mampu:

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Menjelaskan penyebab marah
- 3) Menjelaskan perasaan saat penyebab marah/perilaku kekerasan
- 4) Menjelaskan perilaku yang dilakukan saat marah
- 5) Menyebutkan cara mengontrol rasa marah/perilaku kekerasan
- 6) Melakukan kegiatan fisik dalam menyalurkan kemarahan
- 7) Memakan obat secara teratur
- 8) Berbicara yang baik saat marah
- 9) Melakukan kegiatan ibadah untuk mengendalikan rasa marah

Tindakan Keperawatan

1. Membina hubungan saling percaya

Tindakan yang harus dilakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah :

- a) Ucapan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
 - b) Perkenalan diri : nama, nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan panggilan pasien yang disukai
 - c) Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
 - d) Buat kontrak asuhan : apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana
 - e) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - f) Tunjukkan sikap empati
 - g) Penuhi kebutuhan dasar pasien
2. Diskusikan bersama pasien penyebab rasa marah/perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
 3. Diskusikan tanda-tanda pada pasien jika terjadi perilaku kekerasan
 - a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
 - e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual

4. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang bisa dilakukan pada saat marah secara :Verbal
 - a) Terhadap orang lain
 - b) Terhadap diri sendiri
 - c) Terhadap lingkungan
5. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
 - a) Patuh minum obat
 - b) Fisik : tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal
 - c) Sosial/verbal : bicara yang baik : mengungkapkan, menolak dan meminta rasa marahnya
 - d) Spritual : sholat/berdoa sesuai keyakinan pasien

Tindakan keperawatan terhadap pasien dapat dilakukan minimal empat kali pertemuan dan dilanjutkan sampai pasien dan keluarga dapat/mengendalikan perilaku kekerasan.

b. Tindakan keperawatan untuk keluarga pasien risiko perilaku kekerasan

Tujuan: keluarga mampu:

- 1) Mengetahui masalah risiko perilaku kekerasan
- 2) Menentukan untuk melakukan perawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan
- 3) Merawat pasien risiko perilaku kekerasan dengan mengerjakan dan mendampingi pasien berinteraksi secara bertahap, berbicara saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial
- 4) Memotivasi lingkungan yang kondusif agar pasien mempuberinteraksi dengan lingkungan sekitar
- 5) Mengetahui tanda kekambuhan, dan mencari pelayanan kesehatan
- 6) Keluarga dapat meneruskan melatih pasien dan mendukung agar kemampuan pasien risiko perilaku kekerasan mengatasi masalahnya dapat meningkat

Tindakan keperawatan kepada keluarga

- a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.
- b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan/risiko perilaku kekerasan
- c) Melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan
- d) Membimbing keluarga merawat risiko perilaku kekerasan
- e) Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien untuk mengontrol emosinya

- f) Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan tujuan segera kefasilitas pelayanan kesehatan
- g) Menganjurkan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

5. Evaluasi

- a. Evaluasi kemampuan pasien mengatasi risiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat :
 - 1) Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan , perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dan akibat perilaku kekerasan.
 - 2) Mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal :
 - Secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur
 - Secara sosial/verbal :meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan cara baik
 - Secara spritual
 - Terapi psikofarmaka
 - 3) Mengidentifikasi manfaat latihan yang dilakukan dalam mencegah perilaku kekerasan
- b. Evaluasi kemampuan keluarga (perilaku rawat) risiko perilaku kekerasan berhasil apabila keluarga dapat :
 - 1) Mengenal masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan)
 - 2) Mencegah terjadinya perilaku kekerasan
 - 3) Menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
 - 4) Memotifasi pasien dalam melakukan cara mengontrol perasaan marah
 - 5) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien mengontrol perasaan marah
 - 6) Mengevaluasi manfaat asuhan keperawatan dalam mencegah perilaku kekerasan pasien
 - 7) Melakukan *follow up* ke puskesmas, mengenai tanda kambuh dan melakukan rujukan.

6. Dokumen Hasil Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian dilakukan setiap selesai melakukan pertemuan dengan pasien dan keluarga. Berikut adalah contoh dokumentasi asuhan keperawatan risiko perilaku kekerasan pada kunjungan pertama.

Tabel 4 Dokumentasi Keperawatan

IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p>Hari.....,tgl..., pukul...</p> <p>Data Pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan kadang-kadang masih muncul perasaan kesal • Sudah minum obat sesuai jadwal • Jika waktu minum obat pukul 7 pagi harus di ingatkan istrinya karena menurut pasien suka jadi ngantuk. • Latihan nafas dalam lebih di pilih pasien • Cara verbal sudah di lakukan pasien yaitu meminta dengan baik. <p>Data Keluarga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga telah mengatakan pasien untuk berlatih sesuai jadwal ketika pasien lupa • Telah memberikan pujian ketika pasien berlatih sesuai jadwal <p>Diagnosis Keperawatan: Risiko perilaku kekerasan</p> <p>Tindakan Keperawatan: Pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melatih pasien cara mengontrol marah dengan kegiatan ibadah • Kegiatan ibadah di masukan kedalam jadwal harian pasien <p>Keluarga :</p>	<p>S Pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan senang dapat satu lagi cara mengontrol rasa marahnya. • Akan melakukan kegiatan ibadah sesuai jadwal yang sudah di buat. <p>S Pasien : Keluarga mengatakan akan tetap membantu pasien mengontrol perasaan marahnya dengan cara mengingatkan pasien berlatih sesuai jadwal.</p> <p>O Pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien menyebutkan cara ibadah yang biasanya di lakukan dan waktunya. • Pasien mampu mengatakan kegiatan ibadah yang akan dilakukannya. • Pasien mampu memasukan kegiatan ibadah kedalam jadwal kegiatan hariannya. <p>O Keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga kooperatif dan turut mendampingi ketika perawat melatih pasien cara mengontrol perasaan marah dengan spiritual dan memberi pujian pada pasien. <p>A:</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Meletih cara merawat dengan cara spiritual • Mendiskusikan dengan keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera di bawa ke fasilitas layanan kesehatan • Menjelaskan tentang proses rujukan <p>RTL:</p> <p>Pasien: evaluasi kemampuan pasien</p> <p>Keluarga: evaluasi kemampuan keluarga membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan.</p> <p>Tgl..., pukul.....</p>	<p>Pasien dan keluarga mengenal cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p> <p>P Pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengontrol perasaan marah dengan beribadah sesuai dengan waktu ibadah • Patuh minum obat • Meleakukan cara nafas dalam, pukul kasur dan bantal, serta bicara yang baiksesuai dengan apa yang sudah dilatihkan anda sesuai jadwal. <p>P Keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memotivasi dan mengingatkan pasien berlatih mengontrol perasaan marah sesuai jadwal dan menerapkan ketika marah, bantu minum oabt. <p>Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan kunjungan rumah tgl... jam....
---	---

Latihan 2

1. Jelaskan faktor predisposisi dan presipitasi dari perilaku kekerasan. Jelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan
2. Jelaskan cara mengatasi perilaku kekerasan secara fisik, dan spiritual serta obat

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajaryliah kembali faktor predisposisi dan presipitasi dan perilaku kekerasan
2. Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajaryliah kembali mengenai cara mengatasi perilaku kekerasan secara fisik, spiritual dan obat dari perilaku kekerasan

Rangkuman 2

1. Proses terjadinya perilaku kekerasan disebabkan karena

Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

karena faktor herediter yaitu adanya anggota keluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA (narkoti, psikotropika dan zat adiktif lainnya).

b. Faktor Psikologis

Pengalaman marah merupakan respon psikologis terhadap stimulus eksternal internal maupun lingkungan. Perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu untuk menemui kegagalan atau terhambat.

c. Faktor Sosialkultural

Teori 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. Perilaku kekerasan dapat di pelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (*social learning theory*)

d. Faktor presipitasi

Faktor dari dalam individu meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang yang di cintai atau berarti (putus pacar, perceraian, kematian), kehilangan rasa cinta, kekhawatiran terhadap penyakit fisik, dll. Sedangkan faktor luar individu meliputi serangan fisik, lingkungan terlalu ribut, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan.

1) Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat di nilai dari ungkapan pasien dan didukung dengan hasil observasi.

Data Subjektif:

Ungkapan berupa ancaman, ungkapan kata-kata kasar, ungkapan ingin memukul,/melukai

Data Objektif:

Wajah memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menerit atau berteriak, mondar-mandir, melempar atau memukul benda/orang lain.

- 2) Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan jiwa yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan masalah. Dari kelompok data yang terkumpul, baik data subjektif maupun data objektif, maka masalah dirumuskan. Selanjutnya di buat daftar masalah keperawatan sesuai dengan pengkajian, menegakan pohon masalah, dan menyimpulkan *core problem* (masalah utama)

Menegakan diagnosis dilakukan berdasarkan prioritas

- a. Membuat rencana tindakan keperawatan
- b. Melaksanakn tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan dan melaksanakan terapi modalitas serta melaksanakan pemberian obat sesuai dengan instruksi dokter.
- c. Mengevaluasi pendokumentasian pasien dan keluarga
- d. Menuliskan pendokumentasian pasien sesuai dengan format yang ada.

Tes Formatif 2

Untuk menilai pemahaman anda terhadap materi perilaku kekerasan. Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memilih jawaban yang paling benar.

1. Seorang laki-laki usia 37 tahun di rawat di RSJ kerana mengamuk di rumah dan memecahkan barang-barang yang ada dirumah. Dokter telah memberikan obat untuk mengurangi agresifitas pasien. Apakah pengkajian yang harus di lakukan terhadap keluarga pasien?
 - a. Apakah ada kejadian di rumah sebelum ini sampai pasien mengamuk dan pasien di bawah kerumah sakit
 - b. Sudah berapa kali pasien ngamuk dan marah-marah dalam 1 minggu ini
 - c. Bagaimana keluarga membawa keluarganya kerumah sakit dalam kondisi ngamuk
 - d. Coba ceritakan pengalam keluarga merawat pasien dirumah
 - e. Siapa orang yang paling berarti bagi pasien di rumah
2. Seorang laki-laki usia 25 tahun di rawat di RSJ kerana memukul temannya. Pada saat pengkajian di dapatkan data suara keras dan berteriak-teriak, marah-marah sambil menggedor-gedor pintu. Perawat sudah mengajarkan fisik 1 yaitu teknis nafas dalam. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada pasien tersebut?
 - a. Mengajarkan secara spiritual : berdoa
 - b. Mengajarkan pukul bantal
 - c. Mengajarkan secara sosial
 - d. Mengajarkan secara verbal
 - e. Melakukan pengekangan
3. Perawat saat ini menjelaskan tentang obat keada pasien. Apakah evaluasi yang diharapkan setelah melakukan tindakan keperawatan memberikan obat pada pasien tersebut?
 - a. Pasien mampu mengontrol rasa marah
 - b. Pasien mengatakan ingin memukul orang lain
 - c. Pasien mampu menjekaskan 5 benar minum obat
 - d. Keluarga membuatkan jadwal kegiatan pasien sehari-hari
 - e. Keluarga mengatakan pasien baru saja merusak barang-barang dirumah

4. Seorang perempuan berusia 22 tahun mengatakan memukul temannya karena di ejek. Pasien mengatakan menyesal telah memukul temannya. Pasien telah mampu mengontrol rasa marah dengan fisik 1. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada pasien tersebut?
 - a. Secara spiritual
 - b. Secara verbal
 - c. Secara sosial
 - d. Aktivitas
 - e. Obat
5. Seorang laki-laki usia 25 tahun di rawat di RSJ karena perilaku kekerasan. Saat keluarga menjenguk pasien dan apakah yang harus dilakukan perawat terhadap keluarga pasien tersebut?
 - a. Menjelaskan cara merawat pasien dirumah
 - b. Menjelaskan tentang lima benar minum obat
 - c. Menanyakan perasaan keluarga dalam merawat pasien
 - d. Mengajarkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan aktifitas
 - e. Mengajarkan keluarga untuk melakukan sosialisasi dengan orang lain

Petunjuk Jawaban Latihan

Cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban tes formatif 2 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian gunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100% = baik sekali

80 – 89% = baik

70 – 79% = cukup

< 70 % = kurang

Apabila anda mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus!, Anda dapat meneruskan mempelajari kegiatan belajar 3. Tetapi jika masih di bawah 80% anda harus mengulangi materi kegiatan belajar 2, terutama bagian yang belum di kuasai.

KEGIATAN BELAJAR 3

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Defisit Perawatan Diri

Tentu anda selalu melihat mengapa pasien gangguan jiwa selalu berpenampilan tidak rapi, memakai pakaian yang tidak sesuai, terlihat kotor, tidak rapi rambut acak-acakan tidak tersisir, gigi kotor, kulit yang hitam karena banyak daki, bersisik, dan tercium bau tidak sedap dari tubuhnya. Pada saat makan mengapa pasien selalu makan berantakan dan terburu-buru, serta merampas makanan pasien lain. Apa yang menyebabkan pasien berpenampilan seperti itu? Apa yang saya lakukan agar pasien saya berpenampilan rapih, bersih, makan dengan tertib dan rapi, untuk itu saya harus memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan defisit perawatan diri, sehingga jika pasien kembali kerumah pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Pelajarilah kegiatan belajar 3 ini dengan sebaik-baiknya. Saya yakin anda mampu karena ini adalah materi terakhir dari mata kuliah keperawatan jiwa dan anda telah mampu dengan baik menyelesaikan seluruh modul yang ada sebelumnya, Saya sangat yakin anda akan sukses selamat belajar.

A. Pengetian

Herdman (2012) mendefinisikan defisit perawatan diri adalah gangguan di dalam melakukan aktifitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, toileting). Sedangkan perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia untuk memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya.

B. Proses Terjadinya Masalah

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

1. Faktor Predisposisi

- a. Biologis, serinhkali defisit perawatan diri disebabkan kerana adanya penyakit fisik dan mental yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri dan adanya faktor herediter yaitu ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- b. Psikologis, faktor perkembangan memegang peranan yang tidak kalah penting di karenakan keluarga terlalu sering melindungi dan memanjakan individu sehingga perkembangan inisiatif terganggu. Pasien gangguan jiwa mengalami

defisit perawatan diri di karenakan kemampuan realitas yang kurang sehingga menyebabkan pasien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

- c. Sosial, kurangnya dukungan sosial dan lingkungan mengakibatkan penurunan kemampuan dalam perawatan diri.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan defisit perawatan diri adalah penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau persepsi, cemas, lelah, lemah yang di alami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

C. Tanda dan Gejala

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

1. Data Subjektif : Pasien mengatakan tentang:

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

2.Data Objektif

- 1) Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang
- 2) Tidak menggunakan alat-alat mandi pada saat mandidan tidak mandi dengan benar
- 3) Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan.
- 4) Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak mengkancingkan baju dan celana.

- 5) Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, misalnya memakai pakaian berlapis-lapis, menggunakan pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, misalnya telanjang.
- 6) Makan dan minum sembarangan serta berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu (menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke alat makan, dari panci ke piring atau magkok, tidak mampu menggunakan sendok dan tidak mengetahui fungsi alat-alat makan), memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan.
- 7) BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu (menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB atau BAK)

D. Proses Keperawatan Defisit Perawatan Diri

1. Pengkajian defisit perawatan diri

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga.

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

- 1) Coba ceritakan kebiasaan/cara pasien dalam membersihkan diri?
- 2) Apa yang menyebabkan pasien malas mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, dan menggunting kuku?
- 3) Bagaimana pendapat pasien tentang penampilan dirinya? Apakah pasien puas dengan penampilan sehari-hari?
- 4) Berapa kali pasien menyisir rambut, berdandan, bercukur, (untuk laki-laki) secara teratur?
- 5) Menurut pasien apakah pakaian yang di gunakan sesuai dengan kegiatan yang di lakukan?
- 6) Coba ceritakan bagaimana kebiasaan pasien mandi sehari-hari? Peralatan mandi apa saja yang di gunakan pasien?
- 7) Coba ceritakan bagaimana kebiasaan makan dan minum pasien?
- 8) Menurut pasien apakah alat makan yang di gunakan sesuai dengan fungsinya?
- 9) Coba ceritakan apa yang pasien lakukan ketika selesai BAB dan BAK?
- 10) Apakah pasien membersihkan diri di tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK?

11)Tanyakan mengenai pengetahuan pasien mengenai cara perawatan diri yang benar?

Tanda dan gejala defisit perawatan diri yang dapat di temukan melalui hasil observasi adalah sebagai berikut:

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

Data hasil observasi dan wawancara di dokumentasikan pada kartu status pasien di contoh pendokumentasian hasil pengkajian sebagai berikut:

Data: Pasien mengatakan belum mandi, rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor. Rambut acak-acakan, tidak disisir, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, makan dan minum di ambilkan keluarga, makan berceceran, dan tidak pada tempatnya. Tidak menyiram dan membersihkan diri setelah BAB dan BAK.

2. **Diagnosis Keperawatan Defisit Perawatan Diri**

Diagnosis perawatan diri di rumuskan berdasarkan tanda dan gejala defisit perawatan diri yang di temukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala defisit perawatan diri, maka diagnosis keperawatan yang di tegakkan adalah

Defisit perawatan diri : Kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK

3. Tindakan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Tindakan keperawatan defisit perawatan diri dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat memberikan pelayanan dirumah sakit (bila ada pasien dikunjungi atau di dampingi keluarga), maka perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang di alami pasien dan keluarga. Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi defisit perawatan diri yang di alami pasien.

Setelah perawat selesai melatih pasien, maka perawat kembali menemui keluarga dan melatih keluarga untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah di lakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kemampuan mengatasi defisit perawatan diri yang di ajarkan oleh perawat.

Tindakan keperawatan untuk pasien dan keluarga di lakukan pada setiap pertemuan, minimal 4 kali pertemuan hingga pasien dan keluarga mampu mengatasi defisit perawatan diri.

a. Tindakan Keperawatan Untuk Pasien Defisit Perawatan Diri

Tujuan: Pasien mampu

- a) Membina hubungan saling percaya
- b) Melakukan kebersihan diri secara mandiri
- c) Melakukan berhias/berdandan secara baik
- d) Melakukan BAB/BAK secara mandiri

b. Tindakan Keperawatan untuk Pasien Defisit Perawatan Diri

- a) Membina hubungan saling percaya dengan cara:
 - 1) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
 - 2) Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien
 - 3) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
 - 4) Buat kontrak asuhan : apa yang di lakukan bersama pasien, berapa lama akan di kerjakan dan tempatnya dimana

- 5) Jelaskan bahwa perawat akan perahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - 6) Setiap saat tunjukan sikap empati terhadap pasien
 - 7) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.
- b) Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri, perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi:
- 1) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
 - 2) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
 - 3) Menjelaskan cara-cara menjaga kebersihan diri
 - 4) Melatih pasien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri
- c) Melatih pasien berdandan/berhias
- Untuk pasien laki-laki latihan meliputi: berpakaian, menyisir rambut dan bercukur. Untuk pasien wanita, latihannya meliputi : berpakaian, menyisir rambut dan berhias.
- d) Melatih pasien makan dan minum secara mandiri
- Untuk melatih makan dan minum pasien, perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut:
- 1) Menjelaskan kebutuhan (kebutuhan makan perhari dewasa 2000-2200 kalori (untuk perempuan) dan untuk laki-laki antara 2400-2800 kalori setiap makan dan minum 8 gelas (2500 ml setiap hari) dan cara makan dan minum
 - 2) Menjelaskan cara makan dan minum yang tertib
 - 3) Menjelaskan cara merapikan peralatan makan dan minum setelah makan dan minum.
 - 4) Mempraktekan makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.
- e) Mengajarkan pasien melakukan BAB dan BAK secara mandiri
- Perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut:
- 1) Menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai
 - 2) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
 - 3) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK
 - 4) Mempraktikan BAB dan BAK dengan baik

c. Tindakan Keperawatan untuk Keluarga Pasien Defisit Perawatan Diri

Keluarga di harapkan dapat merawat pasien defisit perawatan diri dirumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien.

Tujuan : Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri

d. Tindakan Keperawatan

- a. Mendiskusikan masalah yang di rasakan dalam merawat pasien defisit perawatan diri
- b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri yang mengambil keputusan merawat pasien
- c. Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang di butuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien
- d. Latih keluarga cara merawat dan membimbing kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK pasien
- e. Melath keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan diri pasien
- f. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera kefasilitas kesehatan.
- g. Menganjurkan *follow up* ke fasilitas layanan kesehatan secara teratur.

e. Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga Dalam Defisit Perawatan Diri

1. Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang di tandai dengan peningkatan kemampuan pasien dalam perawatan diri, seperti
 - 1) Klien mampu melakukan mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan mengunting kuku dengan benar dan bersih.
 - 2) Mengganti pakaian dengan pakaian bersih
 - 3) Membersihkan pakaian kotor
 - 4) Berdandan dengan benar
 - 5) Mempersiapkan makanan
 - 6) Mengambil makanan dan minuman dengan rapi
 - 7) Menggunakan alat makan dan minum dengan benar
 - 8) BAB dan BAK pada tempatnya
 - 9) BAB dan BAK dengan bersih

2. Evaluas kemampuan keluarga defisit perawatan diri berhasil apabila keluarga dapat:
 - 1) Menegal masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri)
 - 2) Menyediakan fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien
 - 3) Merawat dan membimbing pasien dalam merawat diri: kebersihan diri, berdandan(wanita), bercukur (pria) makan dan minum, BAB dan BAK.
 - 4) *Follow up* ke puskesmas, mengenai tanda kambu an rujukan

f. Dokumentasi

Pendokumentasian di lakukan setiap selesai melakukan petemuan dengan pasien dan keluarga (pelaku rawat). Berikut ini contoh pendokumentasian asuhan keperawatan defisit perawatan diri pada kunjungan keempat

Tabel 3 Dokumentasi keperawatan

IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p>Tgl...Tahun..... pkl...</p> <p>Data pasien dan kemampuan Pasien tampak bersih, badan dan rambut bersih dan tidak bau, rambut sudah disisir rapi, wajah menggunakan bedak, kuku pendek dan bersih, gigi bersih dan tidak bau. Pakaian bersih dan sesuai, dapat mengambil makan sendiri, makan pada tempatnya kemampuan pasien mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas sudah 1x, gunting kuku 1x seminggu, makan dan minum (semua kegiatan dilakukan secara mandiri) pasien mengatakan kadang masi suka BAK sembarangan.</p> <p>Data keluarga dan kemampuan Keluarga mengatakan sudah mengetahui apa itu kebersihan diri, kurang perawatan diri, tanda dan gejala serta proses terjadinya masalah. Keluarga mampu melatih dan membimbing pasien cara melakukan perawatan diri, berdandan, berpakaian makan/minum.</p>	<p>S : Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah melakukan mandi sehari 2x, sikat gigi (2x per hari), cuci rambut (2x per minggu), potong kuku (1x per minggu), berdandan dan mengganti pakaian dua kali sehari sehabis mandi pagi dan sore, makan 3x sehari dan minum 6-8 gelas sehari. BAB dan BAK dikamar mandi <p>S : Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga mengatakan anaknya dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal 2) Keluarga mengatakan senang dapat membimbing anaknya untuk melakukan kebersihan sendiri 3) Keluarga mengatakan akan terus memotivasi anaknya untuk melakukan sesuai jadwal 4) Keluarga mengatakan akan berobat rutin ke puskesmas dan mencegah agar anaknya tidak kambu lagi <p>O : Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak bersih, rambut bersih dan tidak bau, rambut sudah disisir rapi, wajah menggunakan bedak, kuku pendek dan bersih, gigi bersih dan tidak bau. Pakaian bersi dan sesuai, dapat mengambil makan sendiri, makan pada tempatnya, BAB dan BAK dikamar mandi, membersihkan diri

<p>DK: Defisit perawatan diri</p> <p>Intervensi:</p> <p>Tindakan ke pasien Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Berikan pujian jelaskan cara BAB dan BAK yang baik, melatih BAB dan BAK yang baik, memasukan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, dan BAK dan BAB.</p> <p>Tindakan ke keluarga Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, berdandan makan dan minum. Beri pujian, membimbing keluarga BAB dan BAK pasien. Jelaskan <i>follow up</i> ke PKM, tanda kambuh, rujukan, Ajurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p> <p>RTL: Pasien Melakukan kebersihan diri sesuai jadwal</p> <p>Keluarga Memotivasi dan membimbing untuk melakukan kebersihan diri sesuai jadwal. <i>Follow up</i> ke puskesmas dan pencegahan kekambuhan</p>	<p>setelah BAB dan BAK dan menyiram WC setelah BAB dan BAK.</p> <p>2) Pasien mandi 2x sehari, dilakukan sendiri, gosok gigi 2x sehari (mandiri), keramas sudah 1x (mandiri), gunting kuku 1x seminggu (mandiri), berdandan (mandiri) dan berpakaian (mandiri), makan dan minum (mandiri), BAB dan BAK (mandiri)</p> <p>O: keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga tampak melatih dan membimbing cara merawat kebersihan diri dan berdandan dan makan dan minum, BAB dan BAK terhadap anaknya • Keluarga kooperatif • Keluarga mengerti tanda-tanda kekambuhan dan kontrol teratur ke puskesmas <p>A : Pasien mampu melakukan kebersihan diri, berdandan dan berpakaian, makan dan minum, BAB dan BAK.</p> <p>P : P untuk pasien Pasien mandi sehari 2x, sikat gigi (2x per hari), cuci rambut (2x per minggu), potong kuku (1x per minggu), berdandan dan mengganti pakaian 2x sehari sehabis mandi pagi dan sore, makan 3x sehari dan minum 8 gelas sehari, BAB dan BAK di tempatnya.</p>
---	--

	<p>P.keluarga</p> <p>Motivasi dan bimbingan pasien sesuai dengan jadwal : mandi sehari 2x, sikat gigi (2x per hari), cuci rambut (2x per minggu), potong kuku (1x per minggu), berdandan dan mengganti pakaian 2x sehari sehabis mandi pagi dan sore, makan 3x sehari dan minum 8 gelas perhari, BAB dan BAK ditempatnya, berobat membawa anaknya ke puskesmas secara teratur, Merujuk ke puskesmas bila ada tanda-tanda kekambuhan.</p>
--	---

Latihan 3

- a. Coba anda jelaskan pengertian defisit perawatan diri ?
- b. Jelaskan prinsip intervensi keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri ?

Petunjuk jadwal latihan

1. Untuk menjawab pertanyaan no 1 pelajaryliah kembali definisi defisit perawatan diri
2. Untuk menjawab pertanyaan no 2 pelajaryliah kembali prinsip intervensi keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri.

Rangkuman 3

Pengkajian merupakan tahap awal dan dan dasar utama dari proses keperawatan jiwa yang terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan. Setelah data dikelompokkan baik data subjektif maupun data objektif, maka masalah dirumuskan dan membuat daftar masalah keperawatan, membuat pohon masalah, dan menegakkan diagnosis keperawatan dengan menetapkan *core problem* (masalah utama).

1. Membuat rencana tindakan keperawatan
2. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan dan melaksanakan terapi modalitas serta melaksanakan pemberian obat sesuai dengan intruksi dokter
3. Mengevaluasi keberhasilan pasien dan keluarga
4. Menuliskan pendokumentasian pasien sesuai dengan format yang ada.

Test Formatif 3

1. Seorang laki-laki usia 25 tahun dirawat di RSJ karena tidk mau mandi, kotor dan berbau, tidak mengganti pakaian, tidak memakai alas kaki, kuku panjang dan kotor. Apakah tindakan keperawatan yang adanda lakukan pada pasien tersebut?
 - a. Memandikan pasien
 - b. Memberikan obat pagi
 - c. Memberikan makanan pagi
 - d. Membantu pasien merapikan tempat tidur
 - e. Mengajarkan BAB dan BAK dengan benar

2. Seorang laki-laki berusia 28 tahun di rawat di RSJ karena deficit perawatan diri. Pasien sudah diajarkan personal hygiene dan memakai pakaian dengan rapi. Apakah tindakan selanjutnya pada pasien tersebut?
 - a. Mengajarkan cara kebersihan diri yang baik
 - b. Mengajarkan cara makan yang benar
 - c. Mengajarkan minum obat yang benar
 - d. Mengajarkan cara bersih yang benar
 - e. Mengajarkan toileting yang benar
3. Seorang laki-laki berusia 44 tahun di rawat di RSJ dengan defisit perawatan diri. Saat akan makan, pasien mencuci kedua tangannya di wastapel dan langsung menuju meja makan dan duduk langsung menyantap makanan yang telah dihidangkan perawat. Apakah tindakan keperawatan pada pasien tersebut ?
 - a. Mengajarkan berdoa
 - b. Mengajarkan cara cuci tangan
 - c. Mengajarkan pasien makan bersama pasien
 - d. Mengajarkan cuci piring setelah makan
 - e. Membawa piring ke tempat cuci piring setelah makan
4. Seorang laki-laki berusia 66 tahun dirawat di RSJ BAB sembarangan di pojok ruang rawat psikiater. Apakah tindakan keperawatan pada pasien tersebut?
 - a. Membantu pasien BAB dan BAK di kamar mandi
 - b. Mengajarkan BAB dan BAK dengan baik
 - c. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri
 - d. Mengganti pakaian karena bau pesing
 - e. Memberikan pempres
5. Seorang perempuan berusia 23 tahun di rawat di RSJ karena defisit perawatan diri, tercium bau feses dan bau tidak enak. Pasien sudah diajarkan pentingnya dan cara melakukan BAB dan BAK dengan benar. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada pasien tersebut?
 - a. Mengevaluasi kemampuan BAB dan BAK pasien
 - b. Berikan reinforcement negatif
 - c. Mengganti pakaian pasien
 - d. Membiarkan pasien

Umpan balik dan Rencana Tindak Lanjut

Cocokkanlah jawaban anda dengan kunci jawaban tes formatif 1 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar, kemudian gunakan rumus berikut:

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{JUMLAH JAWABAN BENAR}}{\text{JUMLAH SOAL}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan:

90 – 100% = baik sekali

80 – 89% = baik

70 – 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila anda mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih bagus!, anda dapat meneruskan mempelajari buku materi pokok praktikum keperawatan jiwa. Tetapi jika masih di bawah 80% anda harus mengulangi materi kegiatan belajar 3, terutama bagian yang belum di kuasai.

Penutup: Selamat anda telah selesai mempelajari modul konsep asuhan keperawatan jiwa dengan baik, jika anda merasakan masih ada yang kurang anda pahami pelajaryliah kembali materi yang belum anda pahami. Alangkah baiknya anda belajar berkelompok dengan teman-teman anda sehingga pemahaman anda menjadi meningkat. Lanjutkanlah dengan anda mempelajari modul pratikum. Modul tersebut merupakan bekal anda sebelum melaksanakan praktek klinik. Sukses dan semangat untuk anda.

KUNCI JAWABAN TES FORMATIF

Tes formatif 1 (Asuhan keperawatan Halusinasi)

1. D
2. A
3. C
4. A
5. B

Tes formatif 2 (Askep Risiko Perilaku Kekerasan)

1. A
2. B
3. C
4. D
5. A

Tes formatif 3 (Askep Defisit Perawat Diri)

1. A
2. B
3. A
4. B
5. A

DARTAR PUSTAKA

Herdman, T.H. (2012). *NANDA Internatinal Nursing Diagnoses Definition and Classfication*, 2012-2014. Oxford Wiley-Blackwell

Keliat, B. A., (2011) *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN –Basic Course)*
Jakarta EGC

Stuard, G.W (2009) *Principles and pratice of psychiatric Nursing*. 8th edition. Missouri mosby