

MODUL PRA PROFESI KEPERAWATAN JIWA



Disusun Oleh :
Ns. Satrio Kusumo Lelono, S.Kep.,M.Kep., Sp.Kep.J



PROGRAM PROFESI NERS STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR

Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 Sindang Barang Bogor Barat

Phone : 0251-8327396 / 0251-8327399

Mobile: 0852-1670-1658 / 0812-9581-9088

Email: wijayahusada@gmail.com

Website: www.wijayahusada.com

MODUL PRA PROFESI KEPERAWATAN JIWA

Ns. Satrio Kusumo Lelono, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

Penerbit : WIJAYA HUSADA

Jl. Letjend Ibrahim Adjie No. 180 Sindang Barang Bogor Barat
Telepon (0251) 8327396, 8327399, Mobile : 085216701658 / 081259819088
Laman: www.wijayahusada.com Email: wijayahusada@gmail.com

MODUL PRA PROFESI KEPERAWATAN JIWA

Ns. Satrio Kusumo Lelono, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

ISBN : 978-602-5982-43-9
Editor : Normalia Sari
Rancangan Sampul : Nining Fitrianingsih
Tata Letak : Siti Chaerunisa
Penyunting : Nining Fitrianingsih

Hak Cipta ©2018, Penerbit Wijaya Husada
Jl. Letjend Ibrahim Adjie No 180 Sindang Barang, Bogor
Barat-Bogor
Telp. (0251) 8327396
SMS. 085216701658
E-mail : wijayahusada@gmail.com

Cetakan I, November 2018

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotocopy, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002, Tentang Hak Cipta

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

KATA PENGANTAR

Rasa syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasih dan berkat karunia-Nya sehingga buku ini dapat diselesaikan.

Penyusunan buku ajar ini merupakan salah satu upaya Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor dalam meningkatkan kualitas proses pembelajaran sehingga lebih baik, sehingga mudah dipahami untuk melengkapi materi yang berkaitan dengan Keperawatan Jiwa .

Dalam penyusunan buku ini, kami banyak dibantu oleh teman seprofesi baik dalam lingkungan kampus Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor maupun dari pihak luar. Kami mengucapkan terima kasih kepada Ketua STIKES Wijaya Husada Bogor beserta seluruh karyawan dan staf dosen Program Studi Profesi Ners STIKES Wijaya Husada Bogor, yang telah memberikan dukungan sehingga buku ini dapat tersusun.

Buku ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu saran yang membangun sangat kami harapkan guna perbaikan buku ini.

Akhir kata, berbagai saran dan kritik yang membangun akan selalu penulis harapkan.

Bogor, November 2018

Penulis

PRAKTIKUM

KEPERAWATAN JIWA

A. STANDAR KOMPETENSI

Mata ajar keperawatan Jiواني membahas tentang masalah / issue kesehatan jiwa di Indonesia, cabang ilmu ini juga membahas tentang klien sebagai system yang adaptif dalam rentang respon sehat jiwa sampai gangguan jiwa, psikodinamika, terjadinya masalah kesehatan / keperawatan jiwa yang umum di Indonesia. Upaya keperawatan dalam pencegahan primer, sekunder dan tertier terhadap klien dengan masalah bio-psiko-sosio-spiritual dan gangguan kesehatan jiwa. Hubungan terapeutik secara individu dan dalam konteks keluarga, dan penerapan terapi modalitas keperawatan akan didiskusikan. Selain itu akan dibahas juga kecenderungan dan masalah / issue kesehatan jiwa di Indonesia serta peran perawat dalam penanggulangannya. Pengalaman belajar ini akan berguna dalam memberikan pelayanan / asuhan keperawatan jiwa.

B. KOMPETENSI DASAR

Setelah menyelesaikan mata kuliah ini, peserta didik mampu menyusun dan melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa yang didalam usahanya turut berperan secara aktif didalam meningkatkan perkembangan ilmu pelayanan kesehatan khususnya ilmu keperawatan.

C. LATAR BELAKANG

Proses keperawatan pada klien dengan masalah kesehatan jiwa merupakan tantangan yang unik karena masalah kesehatan jiwa mungkin tidak dapat dilihat langsung seperti pada masalah kesehatan fisik, memperlihatkan gejala yang berbeda, dan muncul oleh berbagai penyebab. Kejadian masa lalu yang sama dengan kejadian saat ini, tetapi mungkin muncul gejala yang berbeda. Banyak klien dengan masalah kesehatan jiwa tidak dapat menceritakan masalahnya bahkan mungkin menceritakan hal yang berbeda dan kontradiksi. Kemampuan mereka untuk berperan dalam menyelesaikan masalah juga bervariasi.

Hubungan saling percaya antara perawat dan klien merupakan dasar utama dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa. Hal ini penting karena peran perawat dalam asuhan keperawatan jiwa adalah membantu klien untuk dapat menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimiliki. Klien mungkin menghindari atau menolak berperan serta dan perawat mungkin cenderung membiarkan, khususnya pada klien yang tidak menimbulkan keributan dan yang tidak membahayakan.

D. INDIKATOR

Mahasiswa membuat Laporan lalu mempresentasikan hasil serta mempresentasikan kepada audiens (teman) di depan kelas sesuai dengan materi yang dibuatnya :

1. Memahami tentang konsep dasar keperawatan jiwa
2. Memahami klien sebagai system yg adaptif dalam rentang respon sehat jiwa sampai gangguan jiwa
3. Memahami psikodinamika terjadinya masalah kesehatan /keperawatan jiwa yg umum di Indonesia
4. Memahami psikodinamika terjadinya masalah kesehatan atau keperawatan jiwa yg umum di Indonesia
5. Memahami tentang perkembangan keperawatan jiwa baik di Indonesia maupun didunia
6. Memahami prinsip dasar upaya keperawatan dalam pencegahan, terhadap klien dengan masalah bio-psiko-sosio- dan spiritual dan gangguan kesehatan jiwa.
7. Memahami terapi modalitas keperawatan
8. Memahami issue kecenderungan kesehatan jiwa di Indonesia
9. Memahami peran dan fungsi perawat dalam keperawatan jiwa dengan standar penampilan professional dan melaksanakan standar asuhan keperawatan jiwa.
10. Memahami asuhan keperawatan pada berbagai gangguan jiwa termasuk didalamnya populasi : anak, dewasa dan lanjut usia

E. FORMAT PENILAIAN

Nama Kelompok :
Hari, Tanggal Pelaksanaan :
Materi :

No	Aspek yang dinilai	Nilai Maksimal	Nilai Didapat
1	Persiapan tempat	5	
2	Persiapan media & audio visual	5	
3	Menyampaikan tujuan	5	
4	Kejelasan dalam menyampaikan materi	20	
5	Ketepatan waktu	5	
6	Kemampuan menyampaikan argumentasi	10	
7	Kemampuan memahami pertanyaan	10	
8	Ketepatan menjawab pertanyaan	20	
9	Kemampuan mendorong diskusi secara aktif	10	
10	Kemampuan menyimpulkan hasil	10	
	J u m l a h	100	

F. BUKU SUMBER

Fortinash, Katherine M dan Worret, Patricia A (1995), Psychiatric Nursing Care Plans. St.Louis : Mosby Year Book.

Patricia A Potter dan Anne G, Perry (1993), Fundamentals of Nursing, Concepts, Process & Practice, St. Louis : Mosby Year Book.

Rawins, Ruth Parmelee, & Patricia Evans Heacock. (1993). Clinical Manual of Nursing. St. Louis : Mosby Year Book.

Stuart and Laraia (2001) Psychiatric Nursing care Plans.

TATA TERTIB PRAKTIKUM

1. Mahasiswa wajib belajar sebelum mengikuti kegiatan praktikum
2. Praktikan wajib mengajukan permohonan peminjaman alat & fasilitas lab minimal 1 hari sebelum praktikum.
3. Praktikan harus hadir 10 menit sebelum praktikum dimulai. Bagi mahasiswa yang terlambat lebih dari 10 menit tidak diizinkan mengikuti praktikum.
4. Dilarang makan dan minum serta MEMOTRET saat praktikum berlangsung
5. Praktikan wajib menjaga kebersihan ruangan.
6. Dilarang bermain dengan bahan dan alat praktikum yang tidak sesuai dengan tujuan praktikum
7. Setelah selesai praktikum, praktikan wajib membersihkan, merapikan, dan menyerahkan peralatan laboratorium kepada laboran.
8. Praktikan yang merusakkan, memecahkan, dan menghilangkan alat harus mengganti dengan alat dan merek yang sama.
9. Praktikan wajib mematuhi tata tertib lainnya yang diberlakukan pada setiap praktikum.
10. Bagi yang melanggar tata tertib yang telah ditentukan dikenakan sanksi tidak diizinkan mengikuti acara praktikum tersebut dan selanjutnya.
11. Mencuci tangan sebelum dan setelah meninggalkan laboratorium
12. Tata tertib praktikum ini dibuat sebagaimana mestinya dan wajib untuk dilaksanakan oleh peserta praktikum.

TTD

Koordinator Lab Komputer STIKes

AKTIFITAS PRAKTIKUM

No	Kegiatan	Kegiatan	Yang dilakukan		Waktu
			Mahasiswa	Instruktur	
1	Pembukaan	Perkenalan	memperkenalkan diri	memperkenalkan diri	20"
		Absen mahasiswa	Aktif	meng-absensi mahasiswa	
		Penyampaian topik & tujuan praktikum	Mendengarkan	menjelaskan topik & tujuan praktikum	
		Penjelasan alat yang digunakan	menyimak & mendengarkan	menjelaskan alat yang digunakan	
2	Kegiatan utama	Trial Error	mencoba ketrampilan	memperhatikan mahasiswa	60"
		Feedback mahasiswa latihan	aktif memberikan umpan balik	memperhatikan mahasiswa	
		Feedback mahasiswa anggota	aktif memberikan umpan balik	memperhatikan mahasiswa	
		Feedback dosen instruktur	menyimak & mendengarkan	aktif memberikan umpan balik	
		Diskusi critical point	menyimak & mendengarkan	memberikan critical point	
		demonstrasi oleh instruktur (tanpa di sela)	Menyimak & memperhatikan	melakukan demonstrasi	
		Latihan mahasiswa	aktif latihan	memperhatikan mahasiswa latihan	
3	Penutup	Feedback instruktur	Menyimak & mendengarkan	memberikan umpan balik	20"

KONSEP DASAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

A. Pengertian Kesehatan Jiwa

Pengertian kesehatan jiwa banyak dikemukakan oleh para ahli termasuk oleh organisasi, diantaranya menurut :

1. WHO

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

2. UU Kesehatan Jiwa No 3 tahun 1996

Kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, emosional secara optimal dari seseorang dan perkembangan ini berjalan selaras dengan orang lain.

3. Stuart & Laraia

Indikator sehat jiwa meliputi sifat yang positif terhadap diri sendiri, tumbuh, berkembang, memiliki aktualisasi diri, keutuhan, kebebasan diri, memiliki persepsi sesuai kenyataan dan kecakapan dalam beradaptasi dengan lingkungan

4. Rosdahl

Kondisi jiwa seseorang yang terus tumbuh berkembang dan mempertahankan keselarasan, dalam pengendalian diri serta terbebas dari stress yang serius.

B. Kriteria Sehat Jiwa

1. WHO, mengemukakan bahwa kriteria sehat jiwa terdiri dari:

a. Sikap positif terhadap diri sendiri

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

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

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

c. Integrasi

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

d. Otonomi

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

e. Persepsi sesuai dengan kenyataan

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

2. A. H. Maslow

Bila kebutuhan dasar terpenuhi maka akan tercapai aktualisasi diri. Cirinya adalah:

a. Persepsi akurat terhadap realitas

b. Menerima diri orang lain, dan hakekat manusia tinggi

- c. Mewujudkan spontanitas
- d. Problem centered yang akhirnya memerlukan self centered
- e. Butuh privasi
- f. Otonomi dan mandiri
- g. Penghargaan baru, hal ini bersifat dinamis sehingga mampu memperbaiki diri
- h. Mengalami pengalaman pribadi yang dalam dan tinggi
- i. Berminat terhadap kesejahteraan manusia
- j. Hubungan intim dengan orang terdekat
- k. Demokrasi
- l. Etik kuat
- m. Humor/tidak bermusuhan
- n. Kreatif
- o. Bertahan atau melawan persetujuan asal bapak senang

3. Yahoda

- a. Sikap positif terhadap diri sendiri
- b. Tumbuh kembang dan aktualisasi diri
- c. Integrasi (keseimbangan/keutuhan)
- d. Otonomi
- e. Persepsi realitas
- f. Environmental Mastery (kecakapan dalam adaptasi dengan lingkungan)

C. Rentang Sehat Jiwa

- 1. Dinamis bukan titik statis**
- 2. Rentang dimulai dari sehat optimal-mati**
- 3. Ada tahap tahap**
- 4. Adanya variasi tiap individu**
- 5. Menggambarkan kemampuan adaptasi**

6. Berfungsi secara efektif: sehat

D. Pengertian Keperawatan Kesehatan Jiwa

1. Menurut Dorothy, Cecelia

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

2. Menurut ANA

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

3. Menurut Kaplan Sadock

Proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang akan mendukung integrasi. Pasien atau klien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi atau komunitas

4. Caroline dalam *Basic Nursing*, 1999

Keahlian perawat kesehatan mental adalah merawat seseorang dengan penyimpangan mental, dimana memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengoptimalkan kemampuannya, harus peka, memiliki kemampuan untuk mendengar, tidak hanya menyalahkan, memberikan penguatan atau dukungan, memahami dan memberikan dorongan.

5. Menurut Stuart Sundeen

Keperawatan mental adalah proses interpersonal dalam meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang berpengaruh pada fungsi integrasi. Pasien tersebut biasa individu, keluarga, kelompok, organisasi atau masyarakat. Tiga area praktik keperawatan mental yaitu perawatan langsung, komunikasi dan management.

E. Perkembangan Keperawatan Kesehatan Jiwa

1. 1958

Perkembangan keperawatan kesehatan jiwa dimulai dari cara menangani klien yang memiliki masalah sikap, perasaan dan konflik

2. 1960

Berkembang ke arah perkembangan primer dan penanganan secara multidisiplin

3. 1970

Perkembangan selanjutnya pada bidang spesialisasi keperawatan jiwa yang membutuhkan pendidikan keterampilan khusus

Bidang spesialisasi praktek keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya

F. Peran Perawat Kesehatan Jiwa

Menurut Weiss (1947) yang dikutip oleh Stuart Sundeen dalam *Principles and Practice of Psychiatric Nursing Care* (1995), peran perawat adalah sebagai **Attitude Therapy**, yakni:

1. Mengobservasi perubahan, baik perubahan kecil atau menetap yang terjadi pada klien

2. Mendemonstrasikan penerimaan
3. Respek
4. Memahami klien
5. Mempromosikan ketertarikan klien dan beradaptasi dalam interaksi

Sedangkan menurut **Peplau**, peran perawat meliputi:

1. Sebagai pendidik
2. Sebagai pemimpin dalam situasi yang bersifat lokal, nasional dan internasional
3. Sebagai "surrogate parent"
4. Sebagai konselor.

Dan yang lain dari peran perawat adalah:

1. Bekerjasama dengan lembaga kesehatan mental
2. Konsultasi dengan yayasan kesejahteraan
3. Memberikan pelayanan pada klien di luar klinik
4. Aktif melakukan penelitian
5. Membantu pendidikan masyarakat.

G. Konseptual Model Keperawatan Kesehatan Jiwa

MODEL	VIEW OF BEHAVIORAL DEVIATION	THERAPEUTIC PROCES	ROLES OF PATIENT & THERAPIST
<i>Psychoanalytical</i> (Freud, Erickson)	Ego tidak mampu mengontrol ansietas, konflik tidak sesuai	Asosiasi bebas & analisis mimpi Transferen untuk memperbaiki traumatik masa lalu	Pasien: mengungkapkan semua pikiran dan mimpi Terapist: menginterpretasi pikiran dan mimpi pasien
<i>Interpersonal</i>	Ansietas timbul & dialami secara	Building feeling security	Pasien: share anxieties Terapist: use empathy &

(Sullivan, Peplau)	interpersonal, basic fear is fear of rejection	Trusting relationship & interpersonal satisfaction	relationship
<i>Social</i> (Caplan, Szasz)	Social & environmental factors create stress, which cause anxiety & symptom	Environmental manipulation & social support	Pasien: menyampaikan masalah menggunakan sumber yang ada di masyarakat Terapist: menggali system social klien
<i>Existensial</i> (Ellis, Rogers)	Individu gagal menemukan & menerima diri sendiri	Experience in relationship, conduction in group Encouraged to accep self & control behavior	Pasien: berperan serta dalam pengalaman yang berarti untuk mempelajari diri Terapist: memperluas kesadaran diri klien
<i>Supportive Therapy</i> (Wernon, Rockland)	Faktor biopsikososial & respon maladaptif saat ini	Menguatkan respon koping adaptif	Pasien: terlibat dalam identifikasi coping Terapist: hubungan yang hangat dan empatik
<i>Medical</i> (Meyer, Kraepelin)	Combination from physiological, genetic, environmental & social	Pemeriksaan diagnostic, terapi somatic, farmakologik & tehnik interpersonal	Pasien: menjalani prosedur diagnostic & terapi jangka panjang Terapist: therapy, repport effects, diagnose illness, therapeutic approach

Berdasarkan konseptual model keperawatan , maka dapat dikelompokkan ke dalam 6 model yaitu:

1. Psychoanalytical (Freud, Erickson)

Model ini menjelaskan bahwa gangguan jiwa dapat terjadi pada seseorang apabila *ego*(akal) tidak berfungsi dalam mengontrol *id* (kehendak nafsu atau insting). Ketidakmampuan seseorang dalam menggunakan akalnya (*ego*) untuk mematuhi tata tertib, peraturan, norma, agama (*super ego/das uber ich*), maka mendorong terjadinya penyimpangan perilaku (*deviation of behavioral*)

Faktor penyebab lain gangguan jiwa dalam teori ini adalah adanya konflik intersikis terutama pada masa anak-anak. Misalnya ketidakpuasan pada masa oral dimana anak tidak mendapatkan air susu secara sempurna, tidak adanya stimulus untuk belajar berkata-kata, dilarang dengan kekerasan untuk memasukan benda pada mulutnya pada fase oral dan sebagainya. Hal ini akan menyebabkan traumatik yang membekas pada masa dewasa.

Proses terapi pada model ini adalah menggunakan metode asosiasi bebas dan analisa mimpi, transferen untuk memperbaiki traumatik masa lalu. Misalnya klien dibuat dalam keadaan ngantuk yang sangat. Dalam keadaan tidak berdaya pengalaman bawah sadarnya digali dengan pertanyaan-pertanyaan untuk menggali traumatik masa lalu. Hal ini lebih dikenal dengan metode hypnotik yang memerlukan keahlian dan latihan yang khusus

Dengan cara demikian, klien akan mengungkapkan semua pikiran dan mimpinya, sedangkan terapist berusaha untuk menginterpretasi pikiran dan mimpi pasien.

Peran perawat adalah berupaya melakukan *assessment* atau pengkajian melalui keadaan-keadaan traumatik atau stressor yang dianggap bermakna pada masa lalu misalnya (pernah disiksa orang tua, pernah disodomi, diperlakukan secara kasar, diterlantarkan, diasuh dengan kekerasan, diperkosa pada masa anak-anak), dengan menggunakan pendekatan komunitas terapeutik setelah terjalin trust (saling percaya).

2. Interpersonal (Sullivan, Peplau)

Menurut model konsep ini, kelainan jiwa seseorang bisa muncul akibat adanya ancaman. Ancaman tersebut menimbulkan kecemasan (anxiety). Ansietas timbul dan dialami seseorang akibat adanya konflik saat berhubungan dengan orang lain (interpersonal).

Menurut konsep ini perasaan takut seseorang didasari adanya ketakutan ditolak atau tidak diterima oleh orang disekitarnya. Sebagai contoh dalam kasus seorang anak yang tidak dikehendaki (unwanted child. Dimana seorang anak yang dilahirkan dari hasil hubungan gelap, ibunya pernah berupaya untuk membunuhnya karena merasa malu dan melanggar norma, lingkungannya tidak menerima dengan hangat karena dianggap anak yang harap, teman-temannya mengejek, ayahnya tidak pernah memberikan kasih sayang, maka ia akan tumbuh menjadi anak yang tidak diterima oleh orang lain.

Proses terapi menurut konsep ini adalah build feeling security (berupaya membangun rasa aman bagi klien), trusting relationship and interpersonal satisfaction (menjalin hubungan yang saling percaya) dan membina kepuasan dalam bergaul dengan orang lain sehingga klien merasa berharga dan dihormati.

Peran perawat dalam terapi adalah share anxieties (berupaya melakukan sharing mengenai apa-apa yang dirasakan klien, apa yang biasa dicemaskan oleh klien saat berhubungan dengan orang lain), therapist use empathy and relationship (perawat berupaya bersikap empati dan turut merasakan apa-apa yang dirasakan oleh klien). Perawat memberikan respon verbal yang mendorong rasa aman klien dalam berhubungan dengan orang lain seperti: "saya senang berbicara dengan anda, saya siap membantu anda, anda sangat menyenangkan bagi saya".

3. Social (Caplan, Szasz)

Menurut konsep ini, seseorang akan mengalami gangguan jiwa atau penyimpangan perilaku apabila banyaknya faktor sosial dan faktor lingkungan yang akan memicu munculnya stress pada seseorang (social and environmental factors create stress, which cause anxiety and symptom). Akumulasi stressor yang ada pada lingkungan seperti: bising, macet, tuntutan persaingan pekerjaan, harga barang yang mahal, persaingan kemewahan, iklim yang sangat panas atau dingin, ancaman penyakit, polusi, sampah akan mencetus stress pada individu.

Sterssor dari lingkungan diperparah oleh stressor dalam hubungan sosial seperti atasan yang galak, istri yang cerewet, anak yang naka, tetangga yang buruk, guru yang mengancam atau teman sebaya yang jahat akan memunculkan berbagai sterssor dan membangkitkan kecemasan.

Prinsip proses terapi yang sangat penting dalam konsep model ini adalah environmen manipulation and social support (pentingnya modifikasi lingkungan dan adanya dukungan sosial). Sebagai contoh dirumah harus bersih,

teratur, harum, tidak bising, ventilasi cukup, panataan alat dan perabotan yang teratur. Lingkungan kantor yang asri, bersahabat, ada tanaman, tata lampu yang indah, hubungan kerja yang harmonis, hubungan suami istri yang memuaskan.

Peran perawat dalam memberikan terapi menurut model ini adalah pasien harus menyampaikan masalah menggunakan sumber yang ada di masyarakat melibatkan teman sejawat, atasan, keluarga atau suami-istri. Sedangkan terapist berupaya: menggali sistem sosial klien seperti suasana di rumah, di kantor, di sekolah, di masyarakat atau tempat kerja.

4. Eksistensial (Ellis, Rogers)

Menurut teori model eksistensial gangguan perilaku atau gangguan jiwa terjadi bila individu gagal menemukan jati dirinya dan tujuan hidupnya. Individu tidak memiliki kebanggaan akan dirinya. Membenci diri sendiri dan mengalami gangguan dalam body image-nya.

Pertanyaan yang tidak bisa dijawab adalah: Siapa saya? Bagaimana seharusnya saya bersikap agar orang lain menyukai saya? Apa pegangan jalan hidup saya? Norma mana yang saya anut? Seringkali individu merasa asing dan bingung dengan dirinya sendiri, sehingga pencarian makna kehidupannya (eksistensinya) menjadi kabur.

Prinsip dalam proses terapinya adalah: mengupayakan individu agar berpengalaman bergaul dengan orang lain, memahami riwayat hidup orang lain yang dianggap sukses atau dapat dianggap sebagai panutan (*experience in relationship*), memperluas kesadaran diri dengan cara intropeksi (*self assessment*), bergaul dengan kelompok sosial dan kemanusiaan (*conduction in group*), mendorong untuk menerima jati dirinya

sendiri dan menerima kritik atau feed back tentang perilakunya dari orang lain (encouraged to accept self and control behavior).

Prinsip keperawatannya adalah: klien dianjurkan untuk berperan serta dalam memperoleh pengalaman yang berarti untuk mempelajari dirinya dan mendapatkan feed back dari orang lain, misalnya melalui terapi aktivitas kelompok. Terapist berupaya untuk memperluas kesadaran diri klien melalui feed back, kritik, saran atau reward & punishment

5. *Supportive Therapy (Wernon, Rockland)*

Penyebab gangguan jiwa dalam konsep model ini adalah: faktor biopsikososial dan respon maladaptif saat ini. Aspek biologisnya menjadi masalah seperti: sering sakit maag, migrain, batuk-batuk. Aspek psikologisnya mengalami banyak keluhan seperti :mudah cemas, kurang percaya diri, perasaan bersalah, ragu-ragu, pemarah. Aspek sosialnya memiliki masalah seperti: susah bergaul, menarik diri, tidak disukai, bermusuhan, tidak mampu mendapatkan pekerjaan dan sebagainya. Semua hal tersebut terakumulasi menjadi penyebab gangguan jiwa. Fenomena tersebut muncul akibat ketidakmampuan dalam beradaptasi pada masalah-masalah yang muncul saat ini dan tidak ada kaitannya dengan masa lalu. Stressor pada saat ini misalnya berupa PHK atau ujian yang dianggap penting sekali seperti ujian PNS, ujian saringan masuk PTN, tes masuk pekerjaan. Ketidakmampuan beradaptasi dan menerima apapun hasilnya setelah berupaya maksimal, menyebabkan individu menjadi stress.

Prinsip proses terapinya adalah menguatkan respon coping adaptif, individu diupayakan mengenal terlebih dahulu

kekuatan-kekuatan apa yang ada pada dirinya; kekuatan mana yang dapat dipakai alternatif pemecahan masalahnya.

Perawat harus membantu individu dalam melakukan identifikasi coping yang dimiliki dan yang biasa yang digunakan klien. Terapist berupaya menjalin hubungan yang hangat dan empatik dengan klien untuk menyiapkan coping klien yang adaptif.

6. *Medical (Meyer, Kraeplin)*

Menurut konsep ini gangguan jiwa cenderung muncul akibat multifactor yang komplek meliputi: aspek fisik, genetik, lingkungan dan faktor sosial. Sehingga focus penatalaksanaannya harus lengkap melalui pemeriksaan diagnostik, terapi somatik, farmakologik dan teknik interpersonal. Perawat berperan dalam berkolaborasi dengan tim medis dalam melakukan prosedur diaognostik dan terapi jangka panjang, terapist berperan dalam pemberian terapi, laporan mengenai dampak terapi, menentukan diagnosa, dan menentukan jenis pendekatan tarapi yang digunakan. (therapy, repport effects, diagnose illness, therapeutic approach)

H. Prinsip Dasar Upaya Pencegahan Dalam Keperawatan Jiwa

1. Upaya *promotif/preventif* (pencegahan primer)

Usaha-usaha ini meliputi usaha promosi dan pencegahan terjadinya gangguan mental dengan kegiatan-kegiatan berikut:

- a. Pendidikan kesehatan tentang prinsip-prinsip kesehatan mental
- b. Usaha-usaha untuk meningkatkan kondisi kehidupan, bebas dari kemiskinan dan peningkatan pendidikan kesehatan

- c. Pengkajian terhadap stres-stres yang potensial dari perubahan-perubahan kehidupan dimana dapat menimbulkan gangguan mental serta merujuk ke unit pelayanan yang sesuai
- d. Membantu pasien-pasien di rumah sakit umum untuk usaha-usaha pencegahan masalah psikiatrik
- e. Bekerjasama dengan keluarga/kelompok untuk mendorong anggota-anggota keluarga/kelompok dapat berfungsi dengan baik
- f. Berperan serta dalam kegiatan masyarakat dan politik yang ada kaitannya dalam bidang kesehatan jiwa

2. Upaya kuratif (pencegahan sekunder)

Usaha yang meliputi pengurangan, jumlah angka kesakitan dengan deteksi dini dan pengobatan, dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. Menyelenggarakan skrining test dan mengevaluasi hasil
- b. Kunjungan rumah untuk persiapan perawatan dan pemberian pengobatan
- c. Pelayanan pengobatan gawat darurat dan pelayanan psikiatri di rumah sakit umum
- d. Menyelenggarakan milieu therapy
- e. Supervisi pada pasien yang mendapatkan pengobatan
- f. Pelayanan pencegahan bunuh diri
- g. Memberikan konseling terbatas/sederhana
- h. Menyelenggarakan intervensi krisis
- i. Pelayanan psikoterapi kepada individu, keluarga, kelompok dari berbagai tingkatan umur
- j. Berintegrasi dengan organisasi-organisasi dan masyarakat dalam mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan jiwa

3. Upaya rehabilitatif (pencegahan tertier)

Yaitu usaha untuk mengurangi gejala sisa dan atau bahaya akibat adanya penyakit/gangguan dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. Peningkatan latihan vokasional dan rehabilitasi
- b. Penyelenggaraan program latihan (after care) bagi pasien setelah pulang dirawat ke masyarakat
- c. Menyenggarakan "*partial hospitalization*"

I. MASALAH-MASALAH KEPERAWATAN JIWA

1. DEPRESI

a. Pengertian

Depresi adalah suatu jenis alam perasaan atau emosi yang disertai komponen psikologik : rasa susah, murung, sedih, putus asa dan tidak bahagia, serta komponen somatik: anoreksia, konstipasi, kulit lembab (rasa dingin), tekanan darah dan denyut nadi sedikit menurun.(TOWNSEND, Marry C ,1988)

b. Etiologi

Depresi disebabkan oleh banyak faktor antara lain :

- Faktor heriditer dan genetik,
- Faktor konstitusi,
- Faktor kepribadian pramorbid,
- Faktor fisik, faktor psikobiologi,
- Faktor neurologik,
- Faktor biokimia dalam tubuh,
- Faktor keseimbangan elektrolit dan sebagainya.

c. Faktor Presipitasi

Depresi biasanya dicetuskan oleh :

- trauma fisik seperti penyakit infeksi,
- pembedahan,
- kecelakaan,
- persalinan dan sebagainya, serta
- faktor psikik seperti kehilangan kasih sayang atau harga diri dan akibat kerja keras.

Depresi merupakan reaksi yang normal bila berlangsung dalam waktu yang pendek dengan adanya faktor pencetus yang jelas, lama dan dalamnya depresi sesuai dengan faktor pencetusnya. Depresi merupakan gejala psikotik bila keluhan yang bersangkutan tidak sesuai lagi dengan realitas, tidak dapat menilai realitas dan tidak dapat dimengerti oleh orang lain.

2. CURIGA

a. Definisi

Perilaku Curiga adalah merupakan gangguan berhubungan dengan orang lain dan lingkungan yang ditandai dengan perasaan tidak percaya dan ragu-ragu. Perilaku tersebut tampak jelas saat individu berinteraksi dengan orang lain atau lingkungannya. Perilaku curiga merupakan perilaku proyeksi terhadap perasaan ditolak, ketidakadekuatan dan inferiority. Ketika klien kecemasannya meningkat dalam merespon terhadap stresor, intra personal, ekstra personal dan inter personal. Perasaan ketidaknyamanan di dalam dirinya akan diproyeksikan dan kemudian dia akan merasakan sebagai ancaman/bahaya dari luar. Klien akan mempunyai fokus untuk memproyeksikan perasaannya yang akan menyebabkan perasaan curiga

terhadap orang lain dan lingkungannya. Proyeksi klien tersebut akan menimbulkan perilaku agresif sebagaimana yang muncul pada klien atau klien mungkin menggunakan mekanisme pertahanan yang lain seperti: reaksi formasi melawan agresivitas, ketergantungan, afek tumpul, denial, menolak terhadap ketidaknyamanan.

b. Faktor Predisposisi Dari Curiga

- Tidak terpenuhinya trust pada masa bayi
- Tidak terpenuhinya karena lingkungan yang bermusuhan
- Orang tua yang otoriter
- Suasana yang kritis dalam keluarga
- Tuntutan lingkungan yang tinggi terhadap penampilan anak
- Tidak terpenuhinya kebutuhan anak.

Dengan demikian anak akan menggunakan mekanisme fantasi untuk meningkatkan harga dirinya atau dia akan mengembangkan tujuan yang tidak jelas. Pada klien, dari data yang ditemukan faktor predisposisi dari perilaku curiga adalah gangguan pola asuh. Di dalam keluarga klien merupakan anak angkat dari keluarga yang pada saat itu belum memiliki anak. Klien menjadi anak kesayangan ayahnya, karena klien dianggap sebagai pembawa rejeki keluarga. Sejak kelahiran adik-adiknya (7 orang) klien mulai merasa tersisih dan tidak diperhatikan, merasa tidak nyaman, sehingga klien merasa terancam dari lingkungan keluarganya. Sejak itu klien tidak percaya pada orang lain,

sering marah-marah dan mengamuk sehingga klien dibawa oleh keluarganya ke RS jiwa.

c. Masalah-Masalah Yang Muncul

- Adanya kecemasan yang timbul akibat klien merasa terancam konsep dirinya, kurangnya rasa percaya diri terhadap lingkungan yang baru/asing.
- Marah, timbul sebagai proyeksi dari keadaan ketidakadekuatan dari perasaan ditolak.
- Isolasi sosial
- Menarik diri akibat perasaan tidak percaya pada lingkungan. Curiga merupakan afek dari mekanisme koping yang tidak efektif, klien menunjukkan bingung peran, kesulitan membuat keputusan, berperilaku destruktif dan menggunakan mekanisme pertahanan diri yang tidak sesuai.
- Gangguan perawatan diri, klien berpenampilan tidak adekuat, dimana klien tidak mandi, tidak mau gosok gigi, rambut kotor dan banyak ketombe, kuku kotordanpanjang. Gangguan harga diri rendah, dimana klien mempunyai pandangan negatif terhadap dirinya ditunjukkan dengan perilaku menarik diri atau menyerang orang lain.
- Potensial gangguan nutrisi, pada klien curiga biasanya mengira makanan itu beracun atau petugas mungkin sudah memasukkan obat-obatan ke dalam minumannya, akibatnya tidak mau makan - minum.

TUGAS PRAKTIKUM 1:

**BUATLAH MAKALAH TENTANG PENGGOLONGAN GANGGUAN JIWA
DI INDONESIA !**

TUGAS PRAKTIKUM 2:

**BUATLAH MAKALAH DENGAN TEMA : TREND ISSUE KEPERAWATAN
JIWA !**

PROSES KEPERAWATAN JIWA

1. Pengkajian

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

a. Data demografi

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

b. Fisik

Dalam pengkajian fisik perlu diperiksa keadaan kulit, kepala rambut, mata, telinga, hidung, mulut, pernapasan, kardiovaskuler, musculoskeletal dan neurologis klien. Pemeriksaan fisik lengkap saat diperlukan untuk mengetahui kemungkinan pengaruh gangguan fisik terhadap perilaku klien. Misalnya klien yang menderita DM atau asma sering berperilaku merusak dalam usahanya untuk mengendalikan lingkungan. Selain itu hasil pemeriksaan fisik berguna sebagai dasar dalam menentukan pengobatan yang diperlukan. Bahkan untuk mengetahui kemungkinan bekas penganiayaan yang pernah dialami klien.

c. Status mental

Pemeriksaan status mental klien bermanfaat untuk memberikan gambaran mengenai fungsi ego klien. Perawat membandingkan perilaku dengan tingkat fungsi ego klien dari waktu ke waktu. Oleh karena itu status mental klien perlu dikaji setiap waktu dengan suasana santai bagi klien

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

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

d. Riwayat personal dan keluarga

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

Pengumpulan data keluarga merupakan bagian penting dari pengkajian melalui pengalihan focus dari klien sebagai individu ke sistem keluarga. Tiap anggota keluarga di beri kesempatan untuk

mengidentifikasi siapa yang bermasalah dan apa yang telah dilakukan oleh keluarga untuk menyelesaikan masalah tersebut.

2. Diagnosa keperawatan

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

3. Perencanaan

Setelah pengkajian selesai dan masalah utama yang dialami klien telah teridentifikasi, rencana perawatan dan pengobatan yang komprehensif. Untuk klien yang dirawat di unit perawatan jiwa, tujuan umumnya adalah sebagai berikut:

- a. Memenuhi kebutuhan emosi klien dan kebutuhan untuk dihargai
- b. Mengurangi ketegangan pada anak dan kebutuhan untuk berperilaku defensif.
- c. Membantu klien menjalin hubungan positif dengan orang lain
- d. Membantu mengembangkan identitas diri klien
- e. Memberikan klien kesempatan untuk menjalin kembali tahapan perkembangan terdahulu yang belum terselesaikan secara tuntas
- f. Membantu klien untuk berkomunikasi secara efektif
- g. Mencegah anak untuk menyakiti baik dirinya maupun diri orang lain
- h. Membantu klien memelihara kesehatan fisiknya.

4. Implementasi.

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

a. Terapi bermain

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

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

b. Terapi keluarga

Semua anggota keluarga perlu diikutsertakan dalam terapi keluarga. Orang tua perlu belajar secara bertahap tentang peran mereka dalam permasalahan yang dihadapi dan bertanggungjawab terhadap perubahan yang terjadi pada klien dan keluarga. Biasanya cukup sulit bagi keluarga untuk menyadari bahwa keadaan dalam keluarga turut menimbulkan gangguan pada anggota keluarganya. Oleh karena itu perawat perlu berhati-hati dalam meningkatkan kesadaran keluarga.

c. Terapi kelompok

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

d. Psikofarmakologi

Walaupun belum sepenuhnya diterima dalam psikiatri, tetapi bermanfaat untuk mengurangi gejala (hiperaktif, depresi,

impulsive dan ansietas) dan membantu agar pengobatan lain lebih efektif. Pemberian obat ini tetap diawasi oleh dokter dan menggunakan pedoman yang tepat

e. Terapi individu

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

f. Pendidikan pada orang tua

Pendidikan pada orang tua merupakan hal penting untuk mencegah gangguan kesehatan jiwa klien, begitu pula untuk peningkatan kembali penyembuhan setelah dirawat. Orang tua diajarkan tentang tahap tumbang klien, sehingga orang tua dapat mengetahui perilaku yang sesuai dengan klien. Keterampilan berkomunikasi juga meningkatkan pengertian dan empati antara orang tua dan anaknya.

g. Terapi lingkungan

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

5. Evaluasi

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

Aspek yang perlu dievaluasi antara lain:

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

TUGAS PRAKTIKUM 3:

BUATLAH ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN PENYAKIT KRONIS !

GANGGUAN JIWA PADA ANAK DAN REMAJA

A. Sudut Pandang Gangguan Jiwa Pada Anak dan Remaja

Berdasarkan pertumbuhan dan perkembangan, remaja adalah usia yang rentan, konsep dirinya belum matang, masih terlalu mudah meniru perilaku dari idolanya, kemampuan analisisnya masih rendah dan kemampuan kontrol emosi juga masih rendah. Berikut ini sifat umum dari anak dan remaja, di antaranya :

1. Spontanitas

Mereka secara spontan melakukan suatu kegiatan tanpa pertimbangan rasional dan analisa berpikir. Ketika salah seorang teman mereka merokok dan terlihat "Gentleman" di mata mereka maka secara mencuri - curi mereka akhirnya merokok. Petualang, mereka senang sekali bereksplorasi dengan berbagai situasi dan keadaan. Ketika sedang hangat-hangatnya jejaring sosial 'facebook' mereka mulai menggunakan 'facebook'. Kini ketika demam 'twitter' melanda, maka mereka berganti membuat account 'twitter'.

2. Kebebasan

Mereka menuntut kebebasan dari orangtuanya untuk melakukan apa yang ingin mereka lakukan, jika kebebasan ini terfasilitasi maka mereka akan menjadi generasi kreatif yang mampu mengharumkan nama bangsa.

Tetapi tentu saja mereka memiliki beberapa kelemahan :

1. Tawuran. Ketika melihat film – film berbau kekerasan maka mereka berkeinginan menjadi jagoan, kemudian mereka mengumpulkan teman - teman mereka dan akhirnya menyerang kelompok remaja lain untuk menunjukkan eksistensinya.
2. Sex bebas. Kurangnya kontrol orang tua dan terlalu mudahnya akses ke situs – situs porno membuat mereka memiliki keinginan untuk mencoba, percobaan pertama menjadi pengalaman menyenangkan dan akhirnya kecanduan menjadi sebuah pengalaman yang berulang.
3. Penyalahgunaan obat.
Masa remaja adalah masa transisi, mereka membutuhkan sebuah pembentukan identitas sehingga ketika ada masalah yang menekan psikologis mereka, kemudian mereka tidak menemukan seseorang yang mau membantu mereduksi tekanan psikologis mereka akhirnya mereka melarikan diri ke obat - obatan terlarang, minuman keras bahkan narkotika.
4. Terlibat kegiatan kriminal ringan.
Karena mereka masih labil dan masih mudah dibujuk, maka bujukan untuk melakukan sebuah perbuatan kriminal bisa menjadi ajang pembuktian siapa mereka, akibatnya mereka harus berurusan dengan aparat akibat kesalahan mereka tersebut.

B. Etiologi Gangguan Psikiatrik Pada Anak-Anak Dan Remaja

Tidak ada penyebab tunggal dalam gangguan mental pada anak-anak dan remaja. Berbagai situasi, termasuk faktor psikobiologik, dinamika keluarga, dan faktor lingkungan berkombinasi secara kompleks.

1. Faktor-Faktor Psikobiologik

a. Riwayat genetika keluarga

Seperti retardasi mental, autisme, skizofrenia kanak-kanak, gangguan perilaku, gangguan bipolar, dan gangguan ansietas.

b. Abnormalitas struktur otak

Penelitian menemukan adanya abnormalitas struktur otak dan perubahan neurotransmitter pada pasien yang menderita autisme, skizofrenia kanak-kanak, dan ADHD.

c. Pengaruh pranatal

Seperti infeksi maternal, kurangnya perawatan pranatal, dan ibu yang menyalahgunakan zat, semuanya dapat menyebabkan abnormalitas perkembangan saraf yang berkaitan dengan gangguan jiwa. Trauma kelahiran yang berhubungan dengan berkurangnya suplai oksigen pada janin sangat signifikan dalam terjadinya retardasi mental dan gangguan perkembangan saraf lainnya.

d. Penyakit kronis atau kecacatan

Dapat menyebabkan kesulitan koping bagi anak.

2. Dinamika keluarga

a. Penganiayaan anak.

Anak yang terus-menerus dianiaya pada masa kanak-kanak awal, perkembangan otaknya kurang adekuat (terutama otak kiri). Penganiayaan dan efeknya pada perkembangan otak berkaitan dengan berbagai masalah psikologis, seperti depresi, masalah memori, kesulitan belajar, impulsivitas, dan kesulitan dalam membina hubungan (Glod, 1998).

b. Disfungsi sistem keluarga

Mis. kurangnya sifat pengasuhan, komunikasi yang buruk, kurangnya batasan antar generasi, dan perasaan terjebak disertai

dengan keterampilan coping yang tidak adekuat antar anggota keluarga dan model peran yang buruk dari orang tua.

3. Faktor lingkungan

a. Kemiskinan.

Perawatan pranatal yang tidak adekuat, nutrisi yang buruk, dan kurang terpenuhinya kebutuhan akibat pendapatan yang tidak mencukupi dapat memberi pengaruh buruk pada pertumbuhan dan perkembangan normal anak.

b. Tunawisma.

Anak-anak tunawisma memiliki berbagai kebutuhan kesehatan yang memengaruhi perkembangan emosi dan psikologi mereka. Berbagai penelitian menunjukkan adanya peningkatan angka penyakit ringan kanak-kanak, keterlambatan perkembangan dan masalah psikologis di antara anak tunawisma ini bila dibandingkan dengan sampel kontrol (Townsend, 1999).

c. Budaya keluarga.

Perilaku orang tua yang secara dramatis berbeda dengan budaya sekitar dapat mengakibatkan kurang diterimanya anak-anak oleh teman sebaya dan masalah psikologik.

C. Jenis Gangguan Jiwa Anak-Anak Dan Remaja

1. Gangguan perkembangan pervasif. Ditandai dengan masalah awal pada tiga area perkembangan utama : perilaku, interaksi sosial, dan komunikasi.

a. Retardasi mental

b. Autisme

c. Gangguan perkembangan spesifik

2. Defisit perhatian dan gangguan perilaku disrutif :
 - a. Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD)
 - b. Gangguan perilaku
 - c. Gangguan penyimpangan oposisi
3. Gangguan ansietas sering terjadi pada masa kanak-kanak atau remaja dan berlanjut ke masa dewasa :
 - a. Gangguan obsesif kompulsif, gangguan ansietas umum, dan fobia banyak terjadi pada anak-anak dan remaja, dengan gejala yang sama dengan yang terlihat pada orang dewasa.
 - b. Gangguan ansietas akibat perpisahan adalah gangguan masa kanak-kanak yang ditandai dengan rasa takut berpisah dari orang yang paling dekat dengannya. Gejala-gejalanya meliputi menolak pergi ke sekolah, keluhan somatic, ansietas berat terhadap perpisahan dan khawatir tentang adanya bahaya pada orang-orang yang mengasuhnya.
4. Skizofrenia
 - a. Skizofrenia anak-anak jarang terjadi dan sulit didiagnosis. Gejala-gejalanya dapat menyerupai gangguan pervasif, seperti autisme. walaupun penelitian tentang skizofrenia anak-anak sangat sedikit, namun telah dijumpai perilaku yang khas (Antai-Otong, 1995b), seperti beberapa gangguan kognitif dan perilaku, menarik diri secara sosial, komunikasi.
 - b. Skizofrenia pada remaja merupakan hal yang umum dan insidensinya selama masa remaja akhir sangat tinggi. Gejala-gejalanya mirip dengan skizofrenia dewasa. Gejala awalnya meliputi perubahan ekstrim dalam perilaku sehari-hari, isolasi sosial, sikap yang aneh, penurunan nilai-nilai akademik, dan mengekspresikan perilaku yang tidak disadarinya.

5. Gangguan mood

- a. Gangguan ini jarang terjadi pada masa anak-anak dan remaja dibanding pada orang dewasa (Kelter, 1999). Prevalensi pada anak-anak dan remaja berkisar antara 1% sampai 5% untuk gangguan depresi. Eksistensi gangguan bipolar (jenis manik) pada anak-anak masih kontroversial. Prevalensi penyakit bipolar pada remaja diperkirakan 1%. Gejala depresi pada anak-anak sama dengan yang diobservasi pada orang dewasa.
- b. Bunuh diri. Adanya gangguan mood merupakan faktor yang serius untuk bunuh diri. Bunuh diri adalah penyebab kematian utama ketiga pada individu berusia 15 sampai 24 tahun. Tanda-tanda bahaya bunuh diri pada remaja meliputi menarik diri secara tiba-tiba, berperilaku keras atau sangat memberontak, menyalahgunakan obat atau alkohol, secara tidak biasa mengabaikan penampilan diri, kualitas tugas-tugas sekolah menurun, membolos, keletihan berlebihan dan keluhan somatic, respon yang buruk terhadap pujian, ancaman bunuh diri yang terang-terangan secara verbal, dan membuang benda-benda yang didapat sebagai hadiah (Newman, 1999)

6. Gangguan penyalahgunaan zat

- a. Gangguan ini banyak terjadi ; diperkirakan 32% remaja menderita gangguan penyalahgunaan zat (Johnson, 1997). Angka penggunaan alkohol atau zat terlarang lebih tinggi pada anak laki-laki dibanding perempuan. Risiko terbesar mengalami gangguan ini terjadi pada mereka yang berusia antara 15 sampai 24 tahun. Pada remaja, perubahan penggunaan zat dapat berkembang menjadi ketergantungan zat dalam waktu 2 tahun sedangkan pada orang dewasa membutuhkan waktu antara 15 sampai 20 tahun.

- b. Komorbiditas dengan gangguan psikiatrik lainnya merupakan hal yang banyak terjadi, termasuk gangguan mood, gangguan ansietas, dan gangguan perilaku disruptif.
- c. Tanda bahaya penyalahgunaan zat pada remaja, diantaranya adalah penurunan fungsi sosial dan akademik, perubahan dari fungsi sebelumnya, seperti perilaku menjadi agresif atau menarik diri dari interaksi keluarga, perubahan kepribadian dan toleransi yang rendah terhadap frustrasi, berhubungan dengan remaja lain yang juga menggunakan zat, menyembunyikan atau berbohong tentang penggunaan zat.

D. Penatalaksanaan Gangguan Psikiatrik Pada Anak-Anak Dan Remaja

1. Perawatan Berbasis Komunitas (Managed Care)

a. Pencegahan primer

Melalui berbagai program sosial yang ditujukan untuk menciptakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan anak. Contohnya adalah perawatan pranatal awal, program intervensi dini bagi orang tua dengan faktor resiko yang sudah diketahui dalam membesarkan anak, dan mengidentifikasi anak-anak yang berisiko untuk memberikan dukungan dan pendidikan kepada orang tua dari anak-anak ini.

b. Pencegahan sekunder

Dengan menemukan kasus secara dini pada anak-anak yang mengalami kesulitan di sekolah sehingga tindakan yang tepat dapat segera dilakukan. Metodenya meliputi konseling individu dengan program bimbingan sekolah dan rujukan kesehatan jiwa komunitas, layanan intervensi krisis bagi keluarga yang mengalami situasi

traumatik, konseling kelompok di sekolah, dan konseling teman sebaya.

c. Dukungan terapeutik bagi anak-anak

Diberikan melalui psikoterapi individu, terapi bermain, dan program pendidikan khusus untuk anak-anak yang tidak mampu berpartisipasi dalam sistem sekolah yang normal. Metode pengobatan perilaku pada umumnya digunakan untuk membantu anak dalam mengembangkan metode koping yang lebih adaptif.

d. Terapi keluarga dan penyuluhan keluarga

Penting untuk membantu keluarga mendapatkan keterampilan dan bantuan yang diperlukan guna membuat perubahan yang dapat meningkatkan fungsi semua anggota keluarga.

2. Pengobatan Berbasis Rumah Sakit

a. Unit khusus untuk mengobati anak-anak dan remaja, terdapat di rumah sakit jiwa. Pengobatan di unit-unit ini biasanya diberikan untuk klien yang tidak sembuh dengan metode alternatif yang kurang restriktif, atau bagi klien yang beresiko tinggi melakukan kekerasan terhadap dirinya sendiri ataupun orang lain.

b. Program hospitalisasi parsial juga tersedia, memberikan program sekolah di tempat (on-site) yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan khusus anak yang menderita penyakit jiwa.

c. Seklusi dan restrain untuk mengendalikan perilaku disruptif masih menjadi kontroversi. Penelitian menunjukkan bahwa metode ini dapat bersifat traumatik pada anak-anak dan tidak efektif untuk pembelajaran respon adaptif. Tindakan yang kurang restriktif meliputi istirahat (time-out), penahanan terapeutik, menghindari adu kekuatan, dan intervensi dini untuk mencegah memburuknya perilaku.

3. Farmakoterapi

Medikasi digunakan sebagai satu metode pengobatan. Medikasi psikotropik digunakan dengan hati-hati pada klien anak-anak dan remaja karena memiliki efek samping yang beragam.

- a. Perbedaan fisiologi anak-anak dan remaja memengaruhi jumlah dosis, respon klinis, dan efek samping dari medikasi psikotropik.
- b. Perbedaan perkembangan neurotransmitter pada anak-anak dapat memengaruhi hasil pengobatan psikotropik, mengakibatkan hasil yang tidak konsisten, terutama dengan antidepresan trisiklik.

E. Asuhan Keperawatan Jiwa Anak Dan Remaja

1. Pengkajian

Merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan , kegiatan yang perlu dilakukan oleh seorang perawat :

- a. Mengakaji data dari pasien dan keluarga tentang tanda-tanda dan gejala serta faktor penyebab.
- b. Memvalidasi data.
- c. Mengelompokkan data dan menetapkan masalah klien.
- d. Data yang didapat digolongkan menjadi 2 :
- e. Data subjektif, data yang disampaikan secara lisan oleh pasien dan keluarga , didapat melalui wawancara oleh perawat terhadap pasien dan keluarga.
- f. Data objektif, data yang ditemukan secara nyata, melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.

Isi Pengkajian :

Identitas pasien , keluhan utama saat MRS , faktor predisposisi , aspek fisik atau biologis , aspek psikososial , dan status mental .

- a. Kaji kembali riwayat klien untuk adanya jhal-hal yang mencetuskan stressor atau data yang signifikan, antara lain riwayat keluarga, peristiwa-peristiwa hidup yang menimbulkan stres, hasil pemeriksaan kesehatan jiwa, riwayat masalah fisik dan psikologis serta pengobatannya.
- b. Catat pola pertumbuhan dan perkembangan anak dan bandingkan dengan alat standar, seperti The Developmental Screening Test dan versi yang sudah direvisi (Wong, 1997).
- c. Catat bukti pencapaian tugas perkembangan yang sesuai bagi anak atau remaja.
- d. Lakukan pemeriksaan fisik pada anak atau remaja, catat data normal atau abnormal.
- e. Kaji respon perilaku yang dapat mengindikasikan gangguan pada anak-anak atau remaja. Pastikan untuk mengkaji interaksi langsung, observasi permainan, dan interaksi dengan keluarga dan teman sebaya.
- f. Identifikasi bukti gangguan kognitif.
- g. Observasi adanya bukti-bukti gangguan mood.
- h. Kaji kelebihan dan kelemahan sistem keluarga.

2. Diagnosa Keperawatan

Analisa dan data yang ditemukan (objektif dan subjektif) :

Tetapkan rumusan diagnosa dalam bentuk rumusan diagnosis tunggal. Rumusannya : rumusan "Problem" etiologi tidak perlu dicantumkan tetapi cukup dimengerti dan dipahami. Dengan cara :

- a. Analisis
- b. Tetapkan diagnosis keperawatan bagi klien dan keluarga

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri dari : tujuan umum, tujuan khusus, kriteria evaluasi dan rencana tindakan keperawatan.

Tujuan umum : hasil tindakan berupa kemampuan akhir yang hendak dicapai (jika serangkaian tujuan khusus telah tercapai)

Tujuan khusus : tujuan jangka pendek sampai dengan tujuan jangka panjang tercapai. Rumusan tujuan khusus berupa pernyataan kemampuan pasien mengatasi masalah.

Tindakan keperawatan dirumuskan dalam bentuk kalimat perintah.

Untuk menetapkan tujuan umum dan khusus, perawat perlu memiliki kemampuan berfikir :

- a. Bekerjasama dengan klien dan keluarga dalam menetapkan tujuan yang realistis
- b. Tetapkan kriteria hasil yang diinginkan untuk klien, keluarga, atau keduanya.

4. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini (here and now), menilai diri sendiri (kemampuan interpersonal, intelektual dan teknikal untuk melaksanakan tindakan, menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien).

Implementasi umum :

- a. Bentuk rasa saling percaya.
- b. Dengarkan secara aktif, tunjukkan perhatian dan dukungan.
- c. Tingkatkan komunikasi yang jelas, jujur, dan langsung.
- d. Tempatkan diri sebagai pihak yang netral, jangan memihak orang tua atau anak.

- e. Dukung kelebihan klien dan keluarga.
 - f. Gunakan model kognitif untuk menjelaskan hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku.
 - g. Berpartisipasi dalam rencana pengobatan di unit rawat inap.
 - h. Perkuat secara positif perilaku yang dapat diterima.
 - i. Berpartisipasi dalam terapi bermain, biarkan anak mengekspresikan dirinya melalui permainan imajinatif.
 - j. Bekerjasama dengan keluarga klien, sekolah, dan tim kesehatan jiwa.
 - k. Anjurkan digunakannya kelompok pendukung masyarakat bagi klien dan keluarga
 - l. Anjurkan pada keluarga tentang cara menjaga kesehatan emosi anak melalui penyuluhan klien dan keluarga.
5. Evaluasi tindakan keperawatan

Merupakan proses berkelanjutan dan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Evaluasi dibagi dua jenis :

- a. Evaluasi proses (formatif), dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan.
- b. Evaluasi hasil (Sumatif), dilakukan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pikir.

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

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

P : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon klien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa :

- a. Rencana diteruskan jika masalah tidak berubah.
- b. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap ada dan semua rencana tindakan sudah dilakukan tetapi hasil belum memuaskan.
- c. Rencana dan diagnosa keperawatan dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada.
- d. Rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

Perawat menggunakan kriteria hasil berikut ini untuk menentukan efektivitas intervensi keperawatan yang dilakukan:

- a. Klien dan keluarganya menunjukkan perbaikan keterampilan koping.
- b. Klien mengendalikan perilaku impulsifnya.
- c. Klien menunjukkan stabilitas mood yang normal.
- d. Klien berpartisipasi dalam program penyuluhan sesuai kemampuan.
- e. Klien dan keluarganya berpartisipasi dalam program pengobatan dan menerima rujukan komunitas.
- f. Klien berinteraksi secara sosial dengan kelompok teman sebaya.

TUGAS PRAKTIKUM 4:

BUATLAH ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN JIWA PADA ANAK!

TUGAS PRAKTIKUM 5:

**BUATLAH ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN JIWA PADA
REMAJA!**

GANGGUAN JIWA

PADA LANSIA

A. Konsep Dasar Lansia

1. Definisi

Lansia adalah periode dimana organisme telah mencapai kemasakan dalam ukuran dan fungsi dan juga telah menunjukkan kemunduran. Menurut Badan kesehatan dunia (WHO) menetapkan 65 tahun sebagai usia yang menunjukkan proses menua yang berlangsung secara nyata dan seseorang telah disebut lanjut usia.

Lanjut usia merupakan istilah tahap akhir dari proses penuaan. Menurut Bernice Neugarten (1968) James C. Chalhoun (2003) masa tua adalah suatu masa dimana orang dapat merasa puas dengan keberhasilannya. Sedangkan menurut Prayitno dalam Aryo (2004) mengatakan bahwa setiap orang yang berhubungan dengan lanjut usia adalah orang yang berusia 56 tahun ke atas, tidak mempunyai penghasilan dan tidak berdaya mencari nafkah untuk keperluan pokok bagi kehidupannya sehari-hari. Dari berbagai penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa lanjut usia merupakan periode di mana seorang individu telah mencapai kemasakan dalam proses kehidupan, serta telah menunjukan kemunduran fungsi organ tubuh sejalan dengan waktu, tahapan ini dapat mulai dari usia 55 tahun sampai meninggal.

2. Ciri-Ciri Lansia

Menurut Hurlock (Hurlock, 2004) terdapat beberapa ciri-ciri orang lanjut usia, yaitu :

- a. Usia lanjut merupakan periode kemunduran.
- b. Lanjut usia memiliki status kelompok minoritas.
- c. Perubahan peran
- d. Penyesuaian yang buruk pada lansia

3. Cara Menjaga Hidup Sehat Pada Lansia

Cara hidup sehat adalah cara-cara yang dilakukan untuk dapat menjaga, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan seseorang. Adapun cara-cara tersebut adalah :

- a. Makan makanan yang bergizi dan seimbang

Banyak bukti yang menunjukkan bahwa diet adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan seseorang. Dengan bertambahnya usia seseorang, kecepatan metabolisme tubuh cenderung turun, oleh karena itu kebutuhan gizi bagi para lanjut usia perlu dipenuhi secara adekuat. Kebutuhan kalori pada lanjut usia berkurang, hal ini disebabkan karena berkurangnya kalori dasar dari kegiatan fisik. Kalori dasar adalah kalori yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan tubuh dalam keadaan istirahat, misalnya : untuk jantung, usus, pernafasan, ginjal, dan sebagainya. Jadi kebutuhan kalori bagi lansia harus disesuaikan dengan kebutuhannya. Petunjuk menu bagi lansia adalah sebagai berikut (Depkes, 2002) :

- Menu bagi lansia hendaknya mengandung zat gizi dari berbagai macam bahan makanan yang terdiri dari zat tenaga, pembangun dan pengatur.
- Jumlah kalori yang baik untuk dikonsumsi lansia 50% adalah hidrat arang yang bersumber dari hidrat arang kompleks (sayur – sayuranan, kacang- kacangan, biji – bijian).

- Sebaiknya jumlah lemak dalam makanan dibatasi, terutama lemak hewani.
 - Makanan sebaiknya mengandung serat dalam jumlah yang besar yang bersumber pada buah, sayur dan beraneka pati, yang dikonsumsi dengan jumlah bertahap.
 - Menggunakan bahan makanan yang tinggi kalsium, seperti susu non fat, yoghurt, ikan.
 - Makanan yang mengandung zat besi dalam jumlah besar, seperti kacang – kacangan, hati, bayam, atau sayuran hijau.
 - Membatasi penggunaan garam, hindari makanan yang mengandung alkohol.
 - Makanan sebaiknya yang mudah dikunyah.
 - Bahan makanan sebagai sumber zat gizi sebaiknya dari bahan – bahan yang segar dan mudah dicerna.
 - Hindari makanan yang terlalu manis, gurih, dan goreng – gorengan.
 - Makan disesuaikan dengan kebutuhan.
- b. Minum air putih 1.5 – 2 liter
- Manusia perlu minum untuk mengganti cairan tubuh yang hilang setelah melakukan aktivitasnya, dan minimal kita minum air putih 1,5 – 2 liter per hari. Air sangat besar artinya bagi tubuh kita, karena air membantu menjalankan fungsi tubuh, mencegah timbulnya berbagai penyakit di saluran kemih seperti kencing batu, batu ginjal dan lain-lain. Air juga sebagai pelumas bagi fungsi tulang dan engselnya, jadi bila tubuh kekurangan cairan, maka fungsi, daya tahan dan kelenturan tulang juga berkurang, terutama tulang kaki,

tangan dan lengan. Padahal tulang adalah penopang utama bagi tubuh untuk melakukan aktivitas. Manfaat lain dari minum air putih adalah mencegah sembelit. Untuk mengolah makanan di dalam tubuh usus sangat membutuhkan air. Tentu saja tanpa air yang cukup kerja usus tidak dapat maksimal, dan muncullah sembelit. Dan air mineral atau air putih lebih baik daripada kopi, teh kental, soft drink, minuman beralkohol, es maupun sirup. Bahkan minuman-minuman tersebut tidak baik untuk kesehatan dan harus dihindari terutama bagi para lansia yang mempunyai penyakit-penyakit tertentu seperti DM, darah tinggi, obesitas dan sebagainya.

c. Olah raga teratur dan sesuai.

Usia bertambah, tingkat kesegaran jasmani akan turun. Penurunan kemampuan akan semakin terlihat setelah umur 40 tahun, sehingga saat lansia kemampuan akan turun antara 30 – 50%. Oleh karena itu, bila usia lanjut ingin berolahraga harus memilih sesuai dengan umur kelompoknya, dengan kemungkinan adanya penyakit. Olah raga usia lanjut perlu diberikan dengan berbagai patokan, antara lain beban ringan atau sedang, waktu relatif lama, bersifat aerobik dan atau kalistenik, tidak kompetitif atau bertanding.

Olahraga yang sesuai dengan batasan diatas yaitu, jalan kaki, dengan segala bentuk permainan yang ada unsur jalan kaki misalnya golf, lintas alam, mendaki bukit, senam dengan faktor kesulitan kecil dan olah raga yang bersifat rekreatif dapat diberikan. Dengan latihan otot manusia lanjut dapat menghambat laju perubahan degeneratif.

d. Istirahat, tidur yang cukup

Sepertiga dari waktu dalam kehidupan manusia adalah untuk tidur. Diyakini bahwa tidur sangat penting bagi pemeliharaan kesehatan dan proses penyembuhan penyakit, karna tidur bermanfaat untuk menyimpan energi, meningkatkan imunitas tubuh dan mempercepat proses penyembuhan penyakit juga pada saat tidur tubuh mereparasi bagian-bagian tubuh yang sudah aus. Umumnya orang akan merasa segar dan sehat sesudah istirahat. Jadi istirahat dan tidur yang cukup sangat penting untuk kesehatan.

e. Menjaga kebersihan

Yang dimaksud dengan menjaga kebersihan disini bukan hanya kebersihan tubuh saja, melainkan juga kebersihan lingkungan, ruangan dan juga pakaian dimana orang tersebut tinggal. Yang termasuk kebersihan tubuh adalah: mandi minimal 2 kali sehari, mencuci tangan sebelum makan atau sesudah mengerjakan sesuatu dengan tangan, membersihkan atau keramas minimal 1 kali seminggu, sikat gigi setiap kali selesai makan, membersihkan kuku dan lubang-lubang (telinga, hidung, pusar, anus, vagina, penis), memakai alas kaki jika keluar rumah dan pakailah pakaian yang bersih. Kebersihan lingkungan, di halaman rumah, jauh dari sampah dan genangan air. Di dalam ruangan atau rumah, bersihkan dari debu dan kotoran setiap hari, tutupi makanan di meja makan. Pakain, spre, gord, karpet, seisi rumah, termasuk kamar mandi dan WC harus dibersihkan secara periodic.

f. Minum suplemen gizi yang diperlukan

Pada lansia akan terjadi berbagai macam kemunduran organ tubuh, sehingga metabolisme di dalam tubuh menurun. Hal tersebut menyebabkan pemenuhan kebutuhan sebagian zat gizi pada sebagian besar lansia tidak terpenuhi secara adekuat. Oleh karena itu jika diperlukan, lansia dianjurkan untuk mengkonsumsi suplemen gizi. Tapi perlu diingat dan diperhatikan pemberian suplemen gizi tersebut harus dikonsultasikan dan mendapat izin dari petugas kesehatan.

g. Memeriksa kesehatan secara teratur

Pemeriksaan kesehatan berkala dan konsultasi kesehatan merupakan kunci keberhasilan dari upaya pemeliharaan kesehatan lansia. Walaupun tidak sedang sakit lansia perlu memeriksakan kesehatannya secara berkala, karena dengan pemeriksaan berkala penyakit-penyakit dapat diketahui lebih dini sehingga pengobatannya lebih mudan dan cepat dan jika ada faktor yang beresiko menyebabkan penyakit dapat di cegah. Ikutilan petunjuk dan saran dokter ataupun petugas kesehatan, mudah-mudahan dapat mencapai umur yang panjang dan tetap sehat.

h. Mental dan batin tenang dan seimbang

Untuk mencapai hidup sehat bukan hanya kesehatan fisik saja yang harus diperhatikan, tetapi juga mental dan bathin. Cara-cara yang dapat dilakukan untuk menjaga agar mental dan bathin tenang dan seimbang adalah :

i. Rekreasi

Untuk menghilangkan kelelahan setelah beraktivitas selama seminggu maka dilakukan rekreasi. Rekreasi tidak harus mahal, dapat disesuaikan denga kondisi dan kemampuan. Rekreasi dapat dilakukan di pantai dekat rumah, taman

dekat rumah atau halaman rumah jika mempunyai halaman yang luas bersama keluarga dan anak cucu, duduk bersantai di alam terbuka. Rekreasi dapat menyegarkan otak, pikiran dan melemaskan otot yang telah lelah karena aktivitas sehari-hari.

TUGAS PRAKTIKUM 6:

BUATLAH ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN JIWA PADA DEWASA!

TUGAS PRAKTIKUM 7:

BUATLAH ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN JIWA PADA LANSIA!

GANGGUAN INTERAKSI SOSIAL: MENARIK DIRI

A. Pengertian

Perilaku menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain (Rawlins,1993).

B. Proses Terjadinya Masalah

1. Penyebab:

- a. Perkembangan: Sentuhan, perhatian, kehangatan dari keluarga yang mengakibatkan individu menyendiri, kemampuan berhubungan dengan orang lain tidak adekuat yang berakhir dengan menarik diri.
- b. Komunikasi dalam keluarga: Klien sering mengalami kecemasan dalam berhubungan dengan anggota keluarga, sering menjadi kambing hitam, sikap keluarga tidak konsisten (kadang boleh, kadang tidak). Situasi ini membuat klien enggan berkomunikasi dengan orang lain.
- c. Sosial Budaya: Di kota besar, masing-masing individu sibuk memperjuangkan hidup sehingga tidak waktu bersosialisasi. Situasi ini mendukung perilaku menarik diri.

Pada mulanya klien merasa dirinya tidak berharga lagi sehingga merasa tidak aman dalam berhubungan dengan orang lain. Biasanya klien berasal dari lingkungan yang penuh permasalahan, ketegangan, kecemasan dimana tidak mungkin mengembangkan kehangatan emosional dalam hubungan yang positif dengan orang lain yang menimbulkan rasa aman.

Dunia merupakan alam yang tidak menyenangkan, sebagai usaha untuk melindungi diri, klien menjadi pasif dan kepribadiannya semakin kaku (rigid). Klien semakin tidak dapat melibatkan diri dalam situasi yang baru. Ia berusaha mendapatkan rasa aman tetapi hidup itu sendiri begitu menyakitkan dan menyulitkan sehingga rasa aman itu tidak tercapai. Hal ini menyebabkan ia mengembangkan rasionalisasi dan mengaburkan realitas daripada mencari penyebab kesulitan serta menyesuaikan diri dengan kenyataan.

Konflik antara kesuksesan dan perjuangan untuk meraih kesuksesan itu sendiri terus berjalan dan penarikan diri dari realitas diikuti penarikan diri dari keterlibatan secara emosional dengan lingkungannya yang menimbulkan kesulitan. Semakin klien menjauhi kenyataan semakin kesulitan yang timbul dalam mengembangkan hubungan dengan orang lain. Menarik diri juga disebabkan oleh perceraian, putus hubungan, peran keluarga yang tidak jelas, orang tua pecandu alkohol dan penganiayaan anak. Resiko menarik diri adalah terjadinya resiko perubahan sensori persepsi (halusinasi).

2. Tanda-tanda menarik diri dilihat dari beberapa aspek :

a. Aspek fisik:

- Makan dan minum kurang
- Tidur kurang atau terganggu
- Penampilan diri kurang
- Keberanian kurang

b. Aspek emosi:

- Bicara tidak jelas, merengek, menangis seperti anak kecil
- Merasa malu, bersalah
- Mudah panik dan tiba-tiba marah

- c. Aspek sosial:
 - Duduk menyendiri
 - Selalu tunduk
 - Tampak melamun
 - Tidak peduli lingkungan
 - Menghindar dari orang lain
 - Tergantung dari orang lain
- d. Aspek intelektual:
 - Putus asa
 - Merasa sendiri, tidak ada sokongan
 - Kurang percaya diri

C. Masalah keperawatan dan data yang perlu dikaji

1. Masalah Keperawatan.
 - a. Resiko perubahan persepsi sensori: halusinasi
 - b. Isolasi sosial : menarik diri
 - c. Gangguan konsep diri: harga diri rendah
2. Data yang perlu di kaji.
 - a. Resiko perubahan persepsi sensori: halusinasi
 - b. Isolasi sosial : menarik diri
3. Diagnosa Keperawatan
 - a. Resiko perubahan persepsi sensori: halusinasi
berhubungan dengan menarik diri.
 - b. Isolasi sosial: menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah.
4. Rencana Tindakan
 - a. Diagnosa Keperawatan 1: Resiko perubahan persepsi sensori: halusinasi..... Berhubungan dengan menarik diri

Tindakan:

- Bina hubungan saling percaya: salam terapeutik, memperkenalkan diri, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kesepakatan / janji dengan jelas tentang topik, tempat, waktu.
- Beri perhatian dan penghargaan: temani klien walau tidak menjawab
- Dengarkan dengan empati: beri kesempatan bicara, jangan terburu-buru, tunjukkan bahwa perawat mengikuti pembicaraan klien.

b. Klien dapat menyebut penyebab menarik diri

Tindakan:

- Bicarakan penyebab tidak mau bergaul dengan orang lain.
- Diskusikan akibat yang dirasakan dari menarik diri.

c. Klien dapat menyebutkan keuntungan hubungan dengan orang lain

Tindakan:

- Diskusikan keuntungan bergaul dengan orang lain.
- Bantu mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki untuk bergaul.

d. Klien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap: klien perawat, klien perawat klien lain, perawat-klien kelompok, klien keluarga.

Tindakan:

- Lakukan interaksi sering dan singkat dengan klien jika mungkin perawat yang sama.
- Motivasi temani klien untuk berkenalan dengan orang lain
- Tingkatkan interaksi secara bertahap
- Libatkan dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi

- Bantu melaksanakan aktivitas setiap hari dengan interaksi
- Fasilitasi hubungan kien dengan keluarga secara terapeutik
- e. Klien dapat mengungkapkan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain.
Tindakan:
 - Diskusi dengan klien setiap selesai interaksi / kegiatan
 - Beri pujian atas keberhasilan klien
- f. Klien mendapat dukungan keluarga
Tindakan:
 - Beri pendidikan kesehatan tentang cara merawat klien melalui pertemuan keluarga
 - Beri reinforcement positif atas keterlibatan keluarga.

TUGAS PRAKTIKUM 8:

BUATLAH ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN JIWASOLASI SOSIAL!

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN

PERILAKU KEKERASAN

A. Pengertian perilaku kekerasan

Suatu keadaan emosi yang merupakan campuran perasaan frustrasi dan benci atau marah. Hal ini didasari keadaan emosi secara mendalam dari setiap orang sebagai bagian penting dari keadaan emosional kita yang dapat diproyeksikan ke lingkungan, kedalam diri atau secara destruktif (*Patricia D. Barry, 1998*).

Agresi berkaitan dengan trauma pada masa anak pada saat merasa lapar, kedinginan, basah, atau merasa tidak nyaman. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi secara terus menerus, maka ia akan menampilkan reaksi berupa menangis, kejang, atau kontraksi otot, perubahan ekspresi warna kulit, bahkan mencoba menahan napas.

Setelah anak berkembang dewasa ia menampilkan reaksi yang lebih keras pada saat kebutuhan-kebutuhannya tidak terpenuhi. Seperti tempertantrum, melempar, menjerit, menahan napas, mencakar, merusak atau bersikap agresif pada bonekanya. Bila reward and punishment tidak dilakukan maka ia cenderung menganggap perbuatan tersebut benar.

Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari marah atau ketakutan (panik). Perilaku agresif dan perilaku kekerasan itu sendiri sering dipandang sebagai suatu rentang, dimana agresif verbal di satu sisi dan perilaku kekerasan (violence) di sisi yang lain.

B. Faktor predisposisi

Ada beberapa teori yang berkaitan dengan timbulnya perilaku kekerasan:

1. Faktor psikologis

Psychoanalytical Theory; teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari instingtual drives. **Freud** berpendapat bahwa perilaku manusia di pengaruhi oleh dua insting. Kesatu insting hidup yang diekspresikan dengan seksualitas; dan kedua, insting kematian yang diekspresikan dengan agresivitas.

Frustration-agresion theory; teori ini dikembangkan oleh pengikut freud ini berawal dari asumsi, bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami *hambatan* maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau abjek yang menyebabkan frustasi. Jadi hampir semua orang yang melakukan tindakan agresif mempunyai riwayat perilaku agresif

2. Faktor sosial budaya

Social-Learning Theory; teori yang dikembangkan oleh Bandura (1977) ini mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Jadi seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Pembelajaran ini bisa internal atau eksternal. Contoh internal: orang yang mengalami keterbangkitan seksual karena menonton film erotis menjadi lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menonton film tersebut; seorang naka yang marah karena tidak boleh beli es kemudian

ibunya memberinya es agar si anak berhenti marah. Anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah maka ia akan mendapatkan apa yang ia inginkan. Contoh eksternal: seorang anak menunjukkan perilaku agresif setelah melihat seorang dewasa mengekspresikan berbagai bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka.

Kultur dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima. Sehingga dapat membantu individu untuk mengekspresikan marah dengan cara asertif.

3. Faktor biologis

Ada beberapa penelitian membuktikan bahwa dorongan agresif mempunyai dasar biologis. Penelitian neurobiologi mendapatkan bahwa adanya pemberian stimulus elektrik ringan pada hipotalamus (yang berada di tengah sistem limbik) binatang ternyata menimbulkan perilaku agresif. Perangsangan yang diberikan terutama pada nukleus periforniks hipotalamus dapat menyebabkan seekor kucing mengeluarkan cakarinya, mengangkat ekornya, mendesis, bulunya berdiri, menggeram, matanya terbuka lebar, pupil berdilatasi, dan hendak menerkam tikus atau objek yang ada di sekitarnya. Jadi kerusakan fungsi sistem limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional), dan lobus temporal (untuk interpretasi indera penciuman dan memori)

C. Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Perilaku kekerasan

1. Pengkajian

Seorang perawat harus berjaga-jaga terhadap adanya peningkatan agitasi pada klien, hirarki perilaku agresif dan kekerasan. Disamping itu, perawat harus mengkaji pula afek klien yang berhubungan dengan perilaku agresif

Kelengkapan pengkajian dapat membantu perawat:

- a. Membangun hubungan yang terapeutik dengan klien
- b. Mengkaji perilaku klien yang berpotensi kekerasan
- c. Mengembangkan suatu perencanaan
- d. Mengimplementasikan perencanaan
- e. Mencegah perilaku agresif dan kekerasan dengan terapi milieu

Dan bila klien dianggap hendak melakukan kekerasan, maka perawat harus:

- a. Melaksanakan prosedur klinik yang sesuai untuk melindungi klien dan tenaga kesehatan
- b. Beritahu ketua tim
- c. Bila perlu, minta bantuan keamanan
- d. Kaji lingkungan dan buat perubahan yang perlu
- e. Beritahu dokter dan kaji PRN untuk pemberian obat

Perilaku yang berhubungan dengan agresi

- a. Agitasi motorik: bergerak cepat, tidak mampu duduk diam, memukul dengan tinju kuat, mengapit kuat, respirasi meningkat, membentuk aktifitas motorik tiba-tiba (katatonía)
- b. Verbal: mengancam pada objek yang tidak nyata, mengacau minta perhatian, bicara keras-keras, menunjukkan adanya delusi atau pikiran paranoid

- c. Afek: marah, permusuhan, kecemasan yang ekstrim, mudah terangsang, euphoria tidak sesuai atau berlebihan, afek labil.
- d. Tingkat kesadaran: bingung, status mental berubah tiba-tiba, disorientasi, kerusakan memori, tidak mampu dialihkan.

Perawat dapat mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mencegah dan mengelola perilaku agresif. Intervensi dapat melalui Rentang intervensi keperawatan.

2. Intervensi Keperawatan

- a. Baringkan klien dengan pakaian rumah sakit diatas tempat tidur yang tahan air
- b. Balutkan sprei pada tubuh klien dengan rapi dan pastikan bahwa permukaan kulit tidak saling bersentuhan
- c. Tutup sprei basah dengan selapis selimut
- d. Amati klien dengan konstan
- e. Pantau suhu, nadi dan pernapasan. Jika tampak sesuatu yang bermakna, buka pengekangan
- f. Berikan cairan sesering mungkin
- g. Pertahankan suasana lingkungan yang tenang
- h. Kontak verbal dengan suasana yang menenangkan
- i. Lepaskan balutan setelah lebih kurang 2 jam
- j. Lakukan perawatan kulit sebelum membantu klien berpakaian

3. Evaluasi

Mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai. Perawat dapat mengobservasi perilaku klien. Dibawah ini beberapa perilaku yang dapat mengindikasikan evaluasi yang positif

- a. Identifikasi situasi yang dapat membangkitkan kemarahan klien
- b. Bagaimana keadaan klien saat marah dan benci pada orang tersebut

- c. Sudahkan klien menyadari akibat dari marah dan pengaruhnya pada orang lain
- d. Buatlah komentar yang kritikal
- e. Apakah klien sudah mampu mengekspresikan sesuatu yang berbeda
- f. Klien mampu menggunakan aktivitas secara fisik untuk mengurangi perasaan marahnya
- g. Mampu mentoleransi rasa marahnya
- h. Konsep diri klien sudah meningkat
- i. Kemandirian dalam berpikir dan aktivitas meningkat.

TUGAS PRAKTIKUM 9:

BUATLAH ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PERILAKU KEKERASAN!

TUGAS PRAKTIKUM 10:

BUATLAH ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEPRIBADIAN!

ASUHAN KEPERAWATAN PSIKOFARMAKA

A. PENGERTIAN

Psikofarmaka adalah obat- obatan yang digunakan untuk klien dengan gangguan mental. Psikofarmaka termasuk obat-obatan psikotropik yang bersifat Neuroleptik (bekerja pada sistim saraf). Pengobatan pada gangguan mental bersifat komprehensif, yang meliputi :

1. Teori biologis (somatik), mencakup pemberian obat psikotik dan Elektro Convulsi Therapi (ECT).
2. Psikoterapeutik
3. Terapi Modalitas

Psikofarmakologi adalah komponen kedua dari management psikoterapi. Perawat perlu mamahami konsep umum psikofarmaka. Beberapa hal yang termasuk Neurotransmitter adalah Dopamin, Neuroepineprin, Serotonin dan GABA (Gama Amino Buteric Acid), dll. Meningkatnya dan menurunnya kadar / konsentrasi neurotransmitter akan menimbulkan kekacauan atau gangguan mental. Obat – obatan psikofarmaka efektif untuk mengatur keseimbangan Neurotransmitter.

B. KLASIFIKASI

Menurut Rusdi Maslim yang termasuk obat-obatan psikofarmaka adalah golongan :

1. Psikotik, pemberian sering disertai pemberian anti perkinson
2. Anti Depresi

3. Anti Maniak
4. Anti Cemas (Anti Ansietas)
5. Anti Insomnia
6. Anti Obsesif – Kompulsif
7. Anti Panik

C. PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN OBAT

Pengumpulan data sebelum pengobatan yang meliputi :

1. Diagnosa Medis
2. Riwayat Penyakit
3. Hasil Pemeriksaan Laborat (yang berkaitan)
4. Jenis obat yang digunakan ,dosis,waktu pemberian
5. Program terapi yang lain
6. Mengkombinasi obat dengan terapi Modalitas
7. Pendidikan kesehatan untuk klien dan keluarga tentang pentingnya minum obat secara teratur dan penanganan efek samping obat.
8. Monitoring efek samping penggunaan obat

Melaksanakan Prinsip Pengobatan Psikofarmaka :

1. PERSIAPAN
 - a. Melihat order pemberian obat di lembar obat (di status)
 - b. Kaji setiap obat yang akan diberikan termasuk tujuan, cara kerja obat, dosis efek samping dan cara pemberian.
 - c. Kaji pengetahuan klien dan keluarga tentang obat
 - d. Kaji kondisi klien sebelum pengobatan
 - e. Lakukan minimal prinsip lima benar
 - f. Laksanakan program pemberian obat
 - g. Gunakan pendekatan tertentu
 - h. Pastikan bahwa obat telah terminum

- i. Bubuhkan tanda tangan pada dokumentasi pemberian obat , sebagai aspek LEGAL !!
- j. Laksanakan program pengobatan berkelanjutan, melalui program rujukan
- k. Menyesuaikan dengan terapi non farmakoterapi
- l. Turut serta dalam penelitian tentang obat psikofarmaka

TUGAS PRAKTIKUM 11:

BUATLAH ASUHAN KEPERAWATAN PSIKOFARMAKA!

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KOGNITIF

A. KONSEP GANGGUAN KOGNISI

1. Pengertian

Gangguan kognisi adalah adanya masalah dalam proses mental yang dengannya seseorang individu menyadari & mempertahankan hubungan dengan lingkungannya baik lingkungan dalam maupun lingkungan luar

2. Macam-macam gangguan kognisi

Proses kognisi : sensasi & persepsi, perhatian, ingatan, asosiasi, pertimbangan, pikiran & kesadaran

a. Gangguan Sensasi & Persepsi:

Sensasi/ penginderaan : pengetahuan atau kesadaran akan suatu rangsang
Persepsi / pencerapan : kesadaran akan suatu rangsang yang dimengerti. Pengalaman tentang benda-benda & kejadian-kejadian yang ada pada saat itu.

b. Gangguan Perhatian

Perhatian : pemusatan & konsentrasi energi menilai dalam suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsang, Bentuk gangguan:

Distraktibiliti : perhatian yang mudah dialihkan oleh rangsang yang tidak berarti

Aproseksia : ketidakmampuan untuk memperhatikan secara tekun terhadap situasi/keadaan tanpa memandang pentingnya masalah tersebut.

Hiperproseksia : terjadinya pemusatan/ konsentrasi perhatian yang berlebihan, sehingga mempersempit persepsi yang ada.

c. Gangguan Ingatan

Ingatan : kesanggupan untuk mencatat, menyimpan, memproduksi isi & tanda-tanda kesadaran. Proses : pencatatan • penyimpanan • recalling.

Amnesia : ketidakmampuan menhingat kembali pengalaman yang ada, dapat sebagian ataupun total retrogard & dapat ditimbulkan oleh faktor organik/ psikogen

Hipernemisia : pemanggilan kembali yg berlebihan sehingga seseorang dapat menggambarkan kejadian-kejadian yang lalu dengan sangat teliti sampai kepada hal yang kecil

Paramnesia : penyimpanan terhadap ingatan-ingatan yang lama yang dikenal dengan baik

Déjà vu : suatu perasaan seakan-akan pernah melihat sesuatu yang sebenarnya belum pernah dilihatnya.

De Jamais vu : suatu perasaan palsu terhadap suatu kejadian yang sebenarnya telah pernah dialaminya tapi saat ini dirasakan belum/ tidak pernah dialami/dilihat.

d. Gangguan Assosiasi

Assosiasi : proses mental yang dengannya suatu perasaan, kesan atau gambaran ingatan cenderung untuk menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon/konsep lain, yang memang sebelumnya berkaitan dengannya. Bentuk gangguan :

Retardasi : perlambatan

Kemiskinan ide : kekurangan asosiasi yang dapat dipergunakan

Perseversi : asosiasi diulang-ulang kembali secara terus-menerus yang menggambarkan seseorang tidak sanggup lagi untuk melepaskan ide yang telah diucapkan

Flight of ideas : aliran asosiasi berlangsung sangat cepat yang tampak dari perubahan isi pembicaraan & pikiran

Inkohorensi : aliran asosiasi tidak berhubungan satu dengan yang lainnya

Blocking : kegagalan membentuk asosiasi , mulai dari situasi sementara akibat reaksi emosional yang kuat sampai pada blocking yang lama.

Aprasia : kegagalan sebagian atau seluruhnya untuk menggunakan atau memahami bahasa.

e. Gangguan Pertimbangan

Pertimbangan : suatu proses mental untuk membandingkan/ menilai beberapa pilihan dalam suatu kerangka kerja dengan memberikan nilai-nilai untuk memutuskan maksud & tujuan dari suatu aktivitas

f. Gangguan Pikiran

Pikiran umum : meletakkan hubungan antara berbagai bagian dari pengetahuan seseorang.

Berpikir : suatu proses dalam mempersatukan atau menghubungkan ide-ide dengan membayangkan, membentuk pengertian dengan menarik kesimpulan, serta proses lain untuk membentuk ide baru.

g. Gangguan bentuk pikiran

Pikiran deristik : tidak ada hubungan antara proses mental dg pengalamannya yang sedang berjalan

Pikiran autistik : kegagalan dalam membedakan batas antara kenyataan & fantasi.

Pikiran yang non-realistik : tidak berdasarkan kenyataan

Pikiran obsesif : suatu ide selalu datang berulang-ulang, irasional & secara sadar tidak diinginkan tetapi tidak dapat dihilangkan

Konfabulasi : seseorang mempersatukan hal-hal / kejadian yang tidak berkaitan, dalam suatu usaha untuk mengisi kekosongan pikiran yang timbul karena kehilangan ingatan.

h. Gangguan arus atau jalan pikiran

Flight of ideas : terjadi perubahan yang mendadak, cepat dalam pembicaraan, sehingga suatu ide belum selesai sudah disusul oleh ide yang lain

Retardasi : pelambatan

Perseverasi : sso berulang memberitahukan suatu ide, pikiran atau tema secara berlebihan

Cirkumstantiality : keadaan dimana untuk menuju secara tidak langsung kepada ide pokok dengan menambahkan banyak hal yang remeh-remeh yang menjemukan & tidak relevan

Inkoherensi : terdapat gangguan dalam bentuk bicara, pembicaraan tdk dapat ditangkap maksudnya.

Blocking : hambatan, halangan, benturan

Logorea : banyak bicara kata-kata baru yg tdk dipahami secara umum

Neologisme : membentuk kata baru yang tidak dipahami secara umum

Irelevansi : isi pikiran / ucapan tidak ada hub dg yang sedang dibicarakan

Aphasia : sukar mengerti pembicaraan orang lain / sukar berbicara

i. Gangguan Isi pikir

Waham : suatu kepercayaan yang terpaku & tidak dapat dikoreksi atas dasar fakta / kenyataan. Jenis waham : Waham kebesaran (ekspansif), waham depresif (menyalahkan diri sendiri), waham somatis, waham nihilistik, waham kejar, waham hubungan, & waham pengaruh

Ideas of reference : pembicaraan orang, benda atau kejadian dihubungkan dg dirinya sendiri

Pre-okupasi : suatu pikiran yang terpaku hanya pada sebuah ide saja, berhub dg keadaan emosional yang kuat

Thought Insertion : sisip pikiran

j. Gangguan Kesadaran

Kesadaran : kemampuan seseorang untuk mengadakan hubungan dengan lingkungan serta dirinya sendiri melalui pancaindra & mengadakan pembatasan dengan lingkungan & dirinya sendiri.

Bentuk : Kesadaran kuantitatif & kualitatif

k. Gangguan Orientasi

Orientasi : kemampuan seseorang untuk mengenal lingkungannya serta hubungannya dengan waktu, ruang & terhadap dirinya serta orang lain.

Disorientasi : dapat timbul sebagai g3 dari kesadaran, mengenai waktu, tempat, & orang

B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KOGNISI

1. Pengkajian

a. Perilaku

Gangguan kognitif spesifik yang perlu mendapat perhatian adalah delirium & demensia

PERBANDINGAN DELIRIUM, DEPRESI & DEMENSIA

	DELIRIUM	DEPRESI	DEMENSIA
Awitan/ Awal Kejadian	Cepat (beberapa jam-hari)	Cepat (beberapa mngg-blh)	Bertahap (bertahun-tahun)
Proses gangguan	Fluktuasi luas; dapat berlangsung terus selama beberapa minggu selama penyebab tidak diketahui	Mungkin ada pembatasan diri atau menjadi kronik tanpa pengobatan	Kronik: lambat namun terus menurun (lebih dari 6bln)
Tingkat kesadaran	Berfluktuasi dari mulai waspada sampai sulit untuk dibangunkan	Normal	Normal
Orientasi	Pasien disorientasi, bingung	Pasien tampak disorientasi	Pasien disorientasi, bingung
Afek/ Ekspresi wajah	Berfluktuasi	Sedih, depresi, cemas, rasa bersalah	Labil, apatis pada tahap lanjut
Perhatian	Selalu terganggu	Kesulitan berkonsentrasi	Mungkin utuh, dapat

			berkonsentrasi dalam waktu lama
Tidur	Selalu terganggu	Terganggu, tidur berlebihan atau insomnia, bangun pagi lebih awal	Biasanya normal
Perilaku	Pasien agitasi, gekisah	Pasien mungkin lelah, apatis kadang agitasi	Pasien mungkin agitasi atau apatis, mungkin keluyuran
Pembicaraan	Jarang atau cepat, mungkin inkoheren	Datar, jarang, mungkin meledak-ledak, dapat mengerti	Jarang atau cepat, berulang-ulang mungkin inkoheren
Memori	Terganggu terutama untuk peristiwa yang baru terjadi	Bervariasi dari hari ke hari; lambat dalam mengingat; sering deposit memori jangka pendek	Terganggu terutama peristiwa yang baru terjadi
Kognisi	Gangguan berpikir	Mungkin tampak terganggu	Gangguan berpikir & menghitung
Isi pikir	Inkoheren, bingung, waham dan steriotuf	Negatif, hipokondrosis, pikiran tentang kematian, paranoid	Tidak teratur, kaya isi pikir, waham, paranoid
Persepsi	Salah penapsiran, ilusnasi, halusinasi	Terganggu; pasien mungkin mengalami halusinasi pendengaran; penafsiran negatif terhadap orang lain dan kejadian	Tidak berubah

Penilaian	Buruk	Buruk	Buruk; perilaku tidak tepat secara sosial
Daya tilik	Mungkin ada saat-saat berfikir jernih	Mungkin terganggu	Tidak ada
Penampilan pada status mental	Buruk tetapi bervariasi; meningkat saat berpikir jernih & saat penyembuhan	Kerusakan memori; menghitung, menggambar, mengikuti perintah biasanya tidak terganggu; sering menjawab saya tidak tahu	Secara konsistensi buruk; makin memburuk

b. Faktor Predisposisi

- 1) Gangguan suplai oksigen, glukosa & zat gizi dasar lainnya yang penting buat otak
- 2) Degenerasi yang berhubungan dengan penuaan
- 3) Pengumpulan zat beracun dalam jaringan otak
- 4) Penyakit alzheimer
- 5) HIV
- 6) Penyakit hati kronik
- 7) Penyakit ginjal kronik
- 8) Defisiensi vitamin
- 9) Malnutrisi
- 10) Abnormalitas genetik

c. Stressor pencetus

- 1) Hipoksia
- 2) Gangguan metabolik, termasuk hipotiroidisme, hipertiroidisme, hipoglikemi, hipopituitarisme, 7 penyakit adrenal

- 3) Toksisitas & infeksi
- 4) Respon yang berlawanan terhadap pengobatan
- 5) Perubahan struktur otak, seperti tumor atau trauma
- 6) Kekurangan atau kelebihan sensori

d. Penilaian stressor

Penyebab fisiologis disingkirkan terlebih dahulu, kemudian stressor psikososial di pertimbangkan karena dapat lebih mengganggu proses pikir individu. Oleh karena itu penilaian stress individu sangat penting

e. Sumber koping

Respon individu termasuk kekuatan dan keterampilan. Pemberian perawatan bisa bersifat mendukung. Self-help group dapat menjadi sumber koping yang tepat bagi pemberi perawatan.

f. Mekanisme koping

karena gangguan perilaku yang mendasar pada delirium adalah perubahan kesadaran, yang mencerminkan gangguan biologis yang berat dalam otak, mekanisme koping psikologis pada umumnya tidak digunakan. Dengan demikian perawat harus melindungi pasien dari bahaya dan mengganti mekanisme koping individu dengan tetap mengorientasikan pasien dan mendorongnya menghadapi realita.

Mekanisme pertahanan ego yang mungkin teramati pada pasien yang mengalami gangguan kognitif:

Regresi

Penyangkalan

Kompensasi

2. Diagnosa keperawatan NANDA yang berhubungan dengan respon kognitif maladaptif(Masalah Keperawatan)

- a. Ansietas
- b. Komunikasi, hambatan verbal
- c. Konfusi

- d. Penurunan coping keluarga
- e. Ketidak efektifan coping individu
- f. Resiko jatuh
- g. Defisiensi perawatan diri
- h. Resiko cedera
- i. Kerusakan memori
- j. Hambatan mobilisasi fisik
- k. Kerusakan interaksi sosial
- l. Gangguan pola tidur
- n. Gangguan proses pikir

3. **Perencanaan (INTERVENSI)**

Rencana penyuluhan keluarga untuk keluarga psien yang mengalami respon kognitif maladaptif.

Intervenís pada delirium

- a. Penuhi kebutuhan fisiologis
 - Pertahankan keseimbangan nutrisi & cairan/elektrolitnya
 - Lakukan tindakan keperawatan seperti menggosok punggung, memberi susu hangat dan percakapan yang menenangkan sehingga dapat tidur
- b. Intervensi pada gangguan persepsi
 - Biarkan lampu menéala di ruangan untuk mengurangi bayangan
 - Pastikan keamanan dengan menempatkan pasien di ruangan yang memakai tirai pengaman dan memindahkan perabot yang berlebihan
 - Berikan asuhan keperawatan satu perawat satu pasien untuk memudahkan orientasi pasien.
 - Orientasikan pasien ke waktu, tempat dan orang
- c. Komunikasi
 - Berikan pesan yang jelas

- Hindari memberi pilihan
 - Gunakan pernyataan langsung dan sederhana
- d. Penyuluhan pasien
- Berikan informasi tentang penyebab delirium
 - Ajarkan pasien dan keluarga tentang pengobatan yang diprogramkan
 - Informasikan tentang pencegahan episode delirium di masa yang akan datang
 - Rujuk pada lembaga keperawatan kesehatan komunitas jika dibutuhkan penyuluhan atau intervensi keperawatan lebih lanjut.

4. Implementasi

Implementasi disesuaikan dengan intervensi yang telah disebutkan di atas

5. Evaluasi

- a. Apakah pengkajian sudah cukup lengkap untuk mengidentifikasi masalah?
- b. Apakah tujuan bersifat individual untuk mencapai tujuan?
- c. Apakah waktu yang dialokasikan cukup untuk mencapai tujuan?
- d. Apakah perawat mempunyai keterampilan untuk melaksanakan intervensi?
- e. Apakah faktor lingkungan mempengaruhi pencapaian tujuan?
- f. Apakah stressor tambahan mempengaruhi kemampuan pasien untuk mengatasi masalah?
- g. Apakah tujuan dapat tercapai pada pasien tersebut?
- h. Apa pendekatan alternatif yang dapat dicoba?

TUGAS PRAKTIKUM 12:

BUATLAH ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KOGNITIF!

TUGAS PRAKTIKUM 13:

BUATLAH ASUHAN KEPERAWATAN KONSEP DIRI!

KONSEP DASAR HALUSINASI

A. Pengertian

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori, seperti merasakan sensasi palsu berupasuara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. (WHO, 2006)

Halusinasi merupakan proses akhir dari pengamatan yang diawali oleh proses diterimanya, stimulus oleh alat indra, kemudian individu ada perhatian, lalu diteruskan ke otak dan baru kemudian individu menyadari tentang sesuatu yang dinamakan persepsi (Yosep, 2009)

B. Etiologi

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah factor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya. Factor predisposisi dapat meliputi factor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, dan genetic. (Yosep, 2009)

a. Faktor perkembangan

Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stress dan kecemasan.

b. Faktor sosiokultural

Berbagai factor dimasyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian dilingkungan yang membesarkannya.

c. Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stress yang berlebihan, maka didalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffofenon dan dimethytrenferase (DMP).

d. Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggungjawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

e. Faktor genetic

Gen yang berpengaruh dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa factor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Factor presipitasi

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, penasaran, tidak aman, gelisah, bingung, dan lainnya.

Menurut Rawlins dan Heacock, 1993 halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi yaitu :

a. Dimensi fisik

Halusinasi dapat timbul oleh kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penyalahgunaan obat, demam, kesulitan tidur.

b. Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi berupa perintah memaksa dan menakutkan.

c. Dimensi intelektual

Halusinasi merupakan usaha dari ego untuk melawan implus yang menekan merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien.

d. Dimensi sosial

Klien mengalami interaksi sosial menganggap hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya seolah merupakan tempat memenuhi kebutuhan dan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan di dunia nyata.

e. Dimensi spiritual

Secara spiritual halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, ritinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri.

C. Tanda dan Gejala

Menurut Yosep, 2009 tanda dan gejala halusinasi adalah :

1. Melihat bayangan yang menyuruh melakukan sesuatu berbahaya.
2. Melihat seseorang yang sudah meninggal.

3. Melihat orang yang mengancam diri klien atau orang lain
4. Bicara atau tertawa sendiri.
5. Marah-marah tanpa sebab.
6. Menutup mata.
7. Mulut komat-kamit
8. Ada gerakan tangan
9. Tersenyum
10. Gelisah
11. Menyendiri, melamun

D. Proses terjadinya halusinasi

Menurut Yosep, 2009 proses terjadinya halusinasi terbagi menjadi 4 tahap yaitu:

1. Tahap pertama

Pada fase ini halusinasi berada pada tahap menyenangkan dengan tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi bersifat menyenangkan. Adapun karakteristik yang tampak pada individu adalah orang yang berhalusinasi mengalami keadaan emosi seperti ansietas, kesepian, merasa takut serta mencoba memusatkan penenangan pikiran untuk mengurangi ansietas.

2. Tahap kedua

Pada tahap ini halusinasi berada pada tahap menyalahkan dengan tingkat kecemasan yang berat. Adapun karakteristik yang tampak pada individu yaitu individu merasa kehilangan kendali dan mungkin berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersiapkan, individu mungkin merasa malu dengan pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain.

3. Tahap ketiga

Pada tahap ini halusinasi berada pada tahap pengendalian dengan tingkat ansietas berat, pengalaman sensori yang dirasakan individu menjadi penguasa. Adapun karakteristik yang tampak pada individu adalah orang yang berhalusinasi menyerah untuk melawan pengalaman halusinasinya dan membiarkan halusinasi tersebut menguasai dirinya, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori tersebut berakhir.

4. Tahap keempat

Pada tahap ini halusinasi berada pada tahap menakutkan dengan tingkat ansietas panic. Adapun karakteristik yang tampak pada individu adalah pengalaman sensori mungkin menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah, dimana halusinasi bisa berlangsung beberapa jam atau beberapa hari, apabila tidak ada intervensi terapeutik.

E. Mekanisme koping

Mekanisme koping merupakan tiap upaya yang diarahkan pada pengendalian stress, termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan lain yang digunakan melindungi diri. Mekanisme koping menurut Yosep, 2009 meliputi cerita dengan orang lain (asertif), diam (represi/supresi), menyalahkan orang lain (sublimasi), mengamuk (displacement), mengalihkan kegiatan yang bermanfaat (konversi), memberikan alasan yang logis (rasionalisme), mundur ke tahap perkembangan sebelumnya (regresi), dialihkan ke objek lain, memarahi tanaman atau binatang (proyeksi).

F. Penatalaksanaan (Yosep, 2009)

1. Medis (Psikofarmako)

a. Chlorpromazine

- Indikasi

Indikasi obat ini untuk sindrom psikis yaitu berdaya berat dalam kemampuan menilai realitas, kesadaran diri terganggu, daya ingat normal sosial dan tilik diri terganggu. Berdaya berat dalam fungsi-fungsi mental seperti: waham dan halusinasi. Gangguan perasaan dan perilaku yang aneh atau tidak terkendali, berdaya berat dalam fungsi kehidupan sehari-hari seperti tidak mampu bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin.

- Mekanisme kerja

Memblokade dopamine pada reseptor pasca sinap di otak, khususnya sistem ekstra piramidal.

- Efek samping

- ✓ Sedasi, dimana pasien mengatakan merasa melayang-layang antar sadar atau tidak sadar.
- ✓ Gangguan otonomi (hipotensi) antikolinergik atau parasimpatik, seperti mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intraokuler meningkat, gangguan irama jantung.
- ✓ Gangguan ekstrapiramidal seperti : distonia akut, akathisia syndrome parkinsonien, atau bradikinesia rigidity.

- Kontra indikasi

Kontra indikasi obat ini seperti penyakit hati, penyakit darah, epilepsi (kejang, perubahan kesadaran), kelainan jantung, febris (panas), ketergantungan obat, penyakit SSP (system saraf pusat), gangguan kesadaran disebabkan oleh depresan.

- Penggunaan obat

Penggunaan obat pada klien dengan kondisi akut di berikan 3x100mg. Apabila kondisi klien sudah stabil dosisnya di kurangi menjadi 1x100mg pada malam hari saja.

b. Haloperidol (HLP)

- Indikasi

Indikasi dalam pemberian obat ini, yaitu pasien yang berdaya berat dalam kemampuan menilai realitas, baik dalam fungsi mental dan dalam fungsi kehidupan sehari-hari.

- Mekanisme kerja

Obat anti psikis ini dapat memblokade dopamine pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak, khususnya system limbic dan system pyramidal.

- Efek samping

- ✓ Sedasi dan inhibisi psikomotor
- ✓ Gangguan miksi dan parasimpatik, defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intraokuler meninggi, gangguan irama jantung.

- Kontra indikasi

Kontra indikasi obat ini seperti penyakit hati, penyakit darah, epilepsi (kejang, perubahan kesadaran),

kelainan jantung, febris (panas), ketergantungan obat, penyakit SSP (system saraf pusat), gangguan kesadaran.

- Penggunaan obat

Penggunaan obat pada klien dengan kondisi akut biasanya dalam bentuk injeksi 3x5mg IM pemberian ini dilakukan 3x24 jam. Sedangkan pemberian peroral di berikan 3x1,5mg atau 3x5 mg.

c. Trihexyphenidil (THP)

- Indikasi dalam pemberian obat ini, yaitu segala jenis penyakit parkinson, termasuk pasca encephalitis (infeksi obat yang disebabkan oleh virus atau bakteri) dan idiopatik (tanpa penyebab yang jelas). Sindrom Parkinson akibat obat, misalnya reserpina dan fenotiazine.

- Mekanisme kerja

Obat ini sinergis (bekerja bersama) dengan obat kiniden; obat depreson, dan antikolinergik lainnya.

- Efek samping

Mulut kering, penglihatan kabur, pusing, mual, muntah, bingung, agitasi (gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan), konstipasi, takikardia, dilatasi, ginjal, retensi urine.

- Kontra indikasi

Kontra indikasinya seperti hipersensitif terhadap trihexyphenidil (THP), glaucoma sudut sempit, psikosis berat psikoneurosis, hipertropi prostat, dan obstruksi saluran edema.

- Penggunaan obat

Penggunaan obat ini di berikan pada klien dengan dosis 3x2 mg sebagai anti parkinson.

- Keperawatan

Tindakan keperawatan dapat dilakukan secara individual dan terapi berkelompok (TAK) Terapi Aktifitas Kelompok.

G. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN HALUSINASI

1. Pengkajian Pasien Halusinasi

- a. Identitas klien meliputi Nama, umur, jenis kelamin, tanggal dirawat, tanggal pengkajian, nomor rekam medic
- b. Faktor predisposisi merupakan factor pendukung yang meliputi factor biologis, factor psikologis, social budaya, dan factor genetic
- c. Factor presipitasi merupakan factor pencetus yang meliputi sikap persepsi merasa tidak mampu, putus asa, tidak percaya diri, merasa gagal, merasa malang, kehilangan, rendah diri, perilaku agresif, kekerasan, ketidak adekuatan pengobatan dan penanganan gejala stress pencetus pada umunya mencakup kejadian kehidupan yang penuh dengan stress seperti kehilangan yang mempengaruhi kemampuan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan menyebabkan ansietas.
- d. Psikososial yang terdiri dari genogram, konsep diri, hubungan social dan spiritual

- e. Status mental yang terdiri dari penampilan, pembicaraan, aktifitas motorik, alam perasaan, afek pasien, interaksi selama wawancara, persepsi, proses pikir, isi pikir, tingkat kesadaran, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian, dan daya tilik diri.
- f. Mekanisme koping: koping yang dimiliki klien baik adaptif maupun maladaptive
- g. Aspek medis yang terdiri dari diagnose medis dan terapi medis

Pada proses pengkajian, data penting yang perlu diketahui saudara dapatkan adalah:

- a. Jenis halusinasi

Berikut adalah jenis-jenis halusinasi, data objektif dan subjektifnya. Data objektif dapat dikaji dengan cara melakukan wawancara dengan pasien. Melalui data ini perawat dapat mengetahui isi halusinasi pasien.

Jenis halusinasi	Data objektif	Data subjektif
Halusinasi dengar	Bicara atau tertawa sendiri Marah-marah tanpa sebab Menyedengkan telinga kearah tertentu Menutup telinga	Mendengar suara atau kegaduhan Mendengar suara yang bercakap-cakap Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
Halusinasi Penglihatan	Menunjuk-nunjuk kearah tertentu Ketakutan pada sesuatu	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster

	Yang tidak jelas	
Halusinasi penghidu	Menghidu seperti sedang membaui bau- bauan tertentu Menutup hidung	Membaui bau-bauan seperti bau darah, urin, feces, kadang-kadang bau itu menyenangkan
Halusinasi engecapan	Sering meludah Muntah	Merasakan rasa seperti darah, urin atau feces
Halusinasi Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Mengatakan ada serangga dipermukaan kulit Merasa seperti tersengat listrik

b. Isi halusinasi

Data tentang halusinasi dapat diketahui dari hasil pengkajian tentang jenis halusinasi.

c. Waktu, frekuensi dan situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi

Perawat juga perlu mengkaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore atau malam? Jika mungkin jam berapa? Frekuensi terjadinya halusinasi apakah terus menerus atau hanya sekali-kali? Situasi terjadinya apakah kalau sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. Sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya. Sehingga pasien tidak larut

dengan halusinasinya. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasinya dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi.

d. Respon halusinasi

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan pada pasien hal yang dirasakan atau dilakukan saat halusinasi timbul. Perawat dapat juga menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat dengan pasien. Selain itu dapat juga dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi timbul.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Yosep, 2009 diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

- a. Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan
- b. Isolasi sosial
- c. Resiko perilaku mencederai diri
- d. Harga diri rendah

3. Rencana Tindakan Keperawatan

- a. Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan
- b. Tujuan tindakan untuk pasien meliputi :
 - 1) Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
 - 2) Pasien dapat mengontrol halusinasinya
 - 3) Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal
- c. Tindakan keperawatan
 - 1) Membantu pasien mengenali halusinasi
Untuk membantu pasien mengenali halusinasi saudara dapat melakukannya dengan cara

berdiskusikan dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon pasien saat muncul.

2) Melatih pasien mengontrol halusinasi.

Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi saudara dapat melatih pasien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi.

4. Implementasi

Menurut Depkes, 2000 Implementasi adalah tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah di rencanakan perawat perlu memvalidasi rencana tindakan keperawatan yang masih di butuhkan dan sesuai dengankondisi klien saat ini.

5. Strategi Pelaksanaan

Halusinasi	Pasien Sp1 Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien Mengidentifikasi isi halusinasi pasien Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi Mengajarkan pasien menghardik halusinasi	Keluarga SP 1 k Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam rawat pasien Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta
------------	--	--

Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian SP II p 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian SP III p Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien) Menganjurkan pasien memasukan dalam kegiatan harian SP IV p Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur Menganjurkan pasien memasukan dalam kegiatan harian	proses terjadinya. Mejelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi SP II k Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi SP III k Membantu keluarga membuat jadwal kegiatan aktifitas di rumah termasuk minum obat Menjelaskan follow up pasien setelah pulang
---	--

6. Evaluasi

Menurut Keliat, 1998 evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien.

Evaluasi dapat dilakukan berdasarkan SOAP sebagai pola pikir.

S : respon subjektif dari klien terhadap intervensi keperawatan

O : respon objektif dari klien terhadap intervensi keperawatan

A : analisa ulang atas dasar subjek dan objek untuk mengumpulkan apakah masalah masih ada, munculnya masalah baru, atau ada data yang berlawanan dengan masalah yang masih ada.

P : perencanaan atau tindakan lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA

A. IDENTITAS KLIEN

Identitas

Penanggung Jawab

Inisial :

Alamat :

Nama :

Alamat :

Umur :

Umur :

Pendidikan :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Pekerjaan :

Suku/Bahasa :

Suku/Bahasa :

Agama :

Agama :

Informan :

Hub dgn klien :

Tanggal masuk RS:

Tanggal Pengkajian :

Nomor Register :

B. ALASAN MASUK

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu :

() Ya () Tidak

.....

.....

2. Pengobatan sebelumnya

() Berhasil () Kurang Berhasil () Tdk Berhasil

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

3. Penganiayaan : Pelaku/usia Korban/usia Saksi/usia
- a. Aniaya Fisik
 - b. Aniaya seksual
 - c. Penolakan
 - d. Kekerasan dalam Keluarga
 - e. Tindakan criminal

Jelaskan :

.....

.....

Masalah Keperawatan :

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ?
() Ya () Tidak

Hubungan Keluarga :

Gejala :

Riwayat Pengobatan :

.....

.....

.....

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

D. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda – tanda Vital : TD : ... N : ... S : ... P : ...
2. Ukur : TB : ... BB : ...
3. Keluhan Fisik () Ya () Tidak

Jelaskan :

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

E. PSIKOSOSIAL

1. Genogram :

Jelaskan :

.....
.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

2. Konsep Diri :

a. Gambaran diri :

.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

b. Identitas Diri :

.....
.....
.....

.....
Masalah Keperawatan :

c. Peran :

.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

d. Ideal diri :

.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

e. Harga diri :

.....
.....
.....

Masalah Keperawatan

3. Hubungan social

a. Orang yang terdekat :

b. Peran serta kegiatan kelompok / masyarakat :

.....
.....
.....
.....

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan :

.....
.....
.....

.....
b. Kegiatan ibadah :

.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

F. Status Mental

1. Penampilan

- ☐ tidak rapi ☐ penggunaan pakaian tidak sesuai
☐ cara berpakaian tidak seperti biasanya
Jelaskan :

.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

2. Pembicaraan

- ☐ cepat ☐ keras ☐ gagap ☐ inkohern
☐ apatis ☐ lambat ☐ membisu ☐ tidak mampu memulai bicara
Jelaskan :

.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan

3. Aktivitas Motorik

- ☐ lesu ☐ tegang ☐ gelisah ☐ agitasi
☐ Tik ☐ grimasem ☐ tremor ☐ kompulsif
Jelaskan :

.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan

4. Alam Perasaan

- ☐ Sedih ☐ Ketakutan ☐ putus asa ☐ khawatir
☐ gembira berlebihan

Jelaskan :

.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan

5. Afek

- ☐ datar ☐ tumpul ☐ labil ☐ tidak sesuai

Jelaskan :

.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan

6. Interaksi selama wawancara

- ☐ bermusuhan ☐ tidak kooperatif ☐ mudah tersinggung

- ☐ kontak mata kurang ☐ defensive ☐ curiga

Jelaskan :

.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan

7. Persepsi atau Halusinasi

- ☐ pendengaran ☐ penglihatan ☐ perabaan

- ☐ pengecap ☐ penghidu

Jelaskan :

.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan

8. Proses Pikir

- ☐ Sircumstansial ☐ tangensial ☐ kehilangan asosiasi
☐ flight of idea ☐ blocking ☐ pengulangan pembicaraan
persevarasi

Jelaskan :

.....
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan

9. Isi pikir

- ☐ obsesi ☐ fobia ☐ hipokondria
☐ dipersonalisasi ☐ ide yang terkait ☐ pikiran magis

Waham

- ☐ agama ☐ somatik ☐ kebesaran ☐ curiga
☐ nihilistic ☐ sisip pikir ☐ siar pikir ☐ control
pikir

Jelaskan :

.....
.....
.....
.....

Masalah keperawatan :

10. Tingkat kesabaran

- ☐ bingung ☐ fobia ☐ hipokondria

Disorientasi

- ☐ waktu ☐ tempat ☐ orang

Jelaskan :

.....
.....
.....
.....

Masalah keperawatan :

11. Memori

- ☐ gangguan daya ingat jangka panjang
- ☐ gangguan daya ingat jangka pendek
- ☐ gangguan daya ingat saat ini
- ☐ konfabulasi

Jelaskan :

.....

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- ☐ mudah beralih ☐ tidak mampu berkonsentrasi
- ☐ tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan :

.....

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

13. Kemampuan penilaian

- ☐ gangguan ringan ☐ gangguan bermakna

Jelaskan :

.....

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

14. Daya titi diri

- ☐ mengingkari penyakit yang diderita
- ☐ menyalahkan hal – hal yang diluar dirinya

Jelaskan :

.....

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

G. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan dan minum

() bantuan minimal () bantuan total

.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

2. Bab / Bak

() bantuan minimal () bantuan total

Jelaskan :

.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

3. Mandi

() bantuan minimal () bantuan total

.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

4. Berpakaian / berhias

() bantuan minimal () bantuan total

Jelaskan :

.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

5. Istirahat / tidur

() Tidur siang, lama :

() Tidur malam, lama :

() kegiatan sebelum / sesudah tidur :

.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

6. Penggunaan obat

() bantuan minimal () bantuan total

Jelaskan :

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

7. Pemeliharaan Kesehatan

Perawat lanjut : () Ya () Tidak

System pendukung : () Ya () Tidak

Jelaskan :

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makan : () Ya () Tidak

Menjaga kerapian rumah : () Ya () Tidak

Mencuci pakaian : () Ya () Tidak

Mengatur keuangan : () Ya () Tidak

Jelaskan :

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

9. Kegiatan diluar rumah

Belanja : () Ya () Tidak

Transportasi : () Ya () Tidak

Lain – Lain : () Ya () Tidak

Jelaskan :

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

H. Mekanisme Koping

Adaptif

() bicara dg orang lain

() mampu menyelesaikan masalah
berlebihan

() tehnik relaksasi

() aktifitas konstruktif

() olahraga

diri/oranglain/barang

() Lain-lain

Jelaskan :

.....

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

I. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Klien berhubungan dengan dukungan kelompok spesifik

.....

Masalah berhubungan dengan lingkungan fisik

.....

Masalah berhubungan dengan pendidikan spesifik

.....

Masalah berhubungan dengan pekerjaan spesifik

.....

Masalah berhubungan dengan rumahan spesifik

.....

Masalah berhubungan dengan ekonomi spesifik

.....

Masalah berhubungan dengan pelayanan kesehatan

.....

Jelaskan :

.....

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

J. Kurang Pengetahuan Tentang

- | | |
|--|---|
| ☐ penyakit jiwa | ☐ system pendukung |
| ☐ faktor predisposisi | ☐ kondisi fisik |
| ☐ mekanisme koping | ☐ obat – obatan |
| ☐ lain – lain | |

Jelaskan :

.....

.....

.....

.....

Masalah Keperawatan :

K. Aspek Medis

Diagnosa medi

Terapi medik :

.....

.....

.....

L. DATA FOKUS

M. ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH

NO	DATA	MASALAH

NO	DATA	MASALAH

NO	DATA	MASALAH

N. POHON MASALAH

O. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.
3.

P. INTERVENSI / RENCANA TINDAKAN

Tanggal	Diagnosa	Intervensi

Q. DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Implementasi	Evaluasi
Tanggal : Pkl : WIB Data : berisi 1. Tanda dan gejala/ sign and symptom 2. Kemampuan mengatasi masalah Diagnosa : berisi diagnosis yang ada sesuai dengan analisa data Tindakan : berisi tindakan yang akan dilakukan sesuai matrik kemampuan klien	S : Berisi respon subjektif klien setelah tindakan berupa respon perasaan, pikiran dan perilaku. O : Berisi kemampuan yang telah dimiliki klien setelah intervensi A : Analisis penilaian perawat berupa diagnose kep. Sesuai dengan respon klien

RTL : Berisi tindakan selanjutnya yang akan dilakukan perawat	P : Berisi resep keperawatan / tindakan lanjutan / PR yang dilakukan oleh klien Ttd. Nama Jelas
---	--

DAFTAR PUSTAKA

Fortinash, Katherine M dan Worret, Patricia A (1995), Psychiatric Nursing Care Plans. St.Louis : Mosby Year Book.

Patricia A Potter dan Anne G, Perry (1993), Fundamentals of Nursing, Concepts, Process & Practice, St. Louis : Mosby Year Book.

Rawins, Ruth Parmelee, & Patricia Evans Heacock. (1993). Clinical Manual of Nursing. St. Louis : Mosby Year Book.

Stuart and Laraia (2001) Psychiatric Nursing care Plans.

MODUL PRA PROFESI NERS

KEPERAWATAN JIWA

Ns. Satrio Kusumo Lelono, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

Buku ini berisi tentang ketrampilan dasar yang harus dikuasai mahasiswa selama mengikuti stase/tahapan pra profesi Keperawatan Jiwa dalam rangkaian program profesi ners, yang meliputi ketrampilan-ketrampilan serta SOP yang harus dikuasai mahasiswa yang berkaitan dengan Keperawatan Jiwa.

ISBN 978-602-5982-43-9

