

**MODUL PRAKTIKUM**

**KEPERAWATAN JIWA**

**PENYUSUN:**

Tenang Aristina, S.Kep.,Ns., M.Kep.

**EDITOR :**

Tenang Aristina, S.Kep.,Ns., M.Kep.

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**

**YOGYAKARTA**

**2019**

**VISI DAN MISI AKPER YKY**

**Visi**

Menjadi Institusi Pendidikan yang menghasilkantenaga kesehatan yang berkarakter dan unggul di tingkat nasional di tahun 2038

**Misi**

1. Menyelenggarakan pendidikan kesehatan berkualitas, terkini dan unggul
2. Melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang unggul berdasarkan IPTEK Kesehatan
3. Mengembangkan manajemen institusi dengan tata kelola yang baik (good academic governance) dan sumber daya profesional berdasarkan iptek
4. Mengembangkan pembinaan karakter kepada civitas akadmeika berlandaskan kearifan lokal
5. Menjalin kerjasama dan kemitraan baik dalam maupun luar negeri untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

**VISI DAN MISI PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN AKPER YKY YOGYAKARTA**

**Visi Program Studi Akper YKY Yogyakarta**

Menjadi Program Studi Diploma III Keperawatan yang mengembangkan ilmu dan praktik keperawatan, dengan unggulan keperawatan keluarga, guna menghasilkan Ahli madya Keperawatan yang berkarakter, unggul dan berdasarkan IPTEK pada tahun 2038

**Misi Pragram Studi Akper YKY Yogyakarta**

1. Melaksanakan pendidikan vokasi keperawatan yang berkualitas, terkini dan unggul berbasis keperawatan pada keluarga
2. Melaksanakan penelitian, publikasi dan pengabdian kepada masyarakat yang berdaya guna pada perkembangan IPTEK keperawatan/kesehatan
3. Melaksanakan tata kelola program studi yang baik berdasarkan standar mutu
4. Melaksanakan kerjasama dan kemitraan dalam meningkatkan kualitas Tri Dharma Perguruan Tinggi bidang keperawatan (didalam dan diluar negeri)

**KATA SAMBUTAN**

Penyusunan buku modul Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2019 ini, didasarkan atas ketentuan bahwa; pendidikan profesi termasuk tenaga perawat diwajibkan memenuhi standar kompetensi yang dipersyarakatkan. Dalam pemenuhan standar kompetensi tersebut dapat ditempuh melalui pembelajaran teori, pembelajaran praktika dan pembelajaran klinik atau lapangan. Untuk itu Akademi Keperawatan “YKY” menyusun buku modul Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2019 untuk memenuhi pembelajaran praktika di laboratorium.

Buku modul Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2019 ini disusun dengan tujuan agar tercapainya pemahaman yang sama antara dosen dan mahasiswa tentang kompetensi-kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta dalam pelaksanaan pembelajaran praktika yang sesuai dengan standar kompetensi yang dipersyaratkan. Untuk itu semua dosen dan mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” wajib memahami buku modul Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2019 ini, dengan harapan pelaksanaan pembelajaran praktika dapat berjalan dengan lancar dan baik.

Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada penyusun / tim penyusun yang telah berupaya dengan sungguh-sungguh untuk dapat tersusunnya buku modul ini, dan kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan buku ini.

Buku ini perlu terus dilakukan penyempurnaan untuk memenuhi kebutuhan yang terus berkembang dengan cara dilakukan evaluasi secara periodik / tahun yang disesuaikan dengan perkembangan IPTEK Keperawatan / Kesehatan. Diharapkan buku Modul Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2019 ini dapat dimanfaatkan oleh dosen dan mahasiswa dengan sebaik-baiknya, untuk dapat menghasilkan lulusan tenaga perawat berkualitas tinggi yang siap memasuki dunia kerja dan dapat bersaing di era global.

Yogyakarta, Januari 2019

Direktur,

Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep.

 NIK 1141 03 052

**KATA PENGANTAR**

 Puji syukur, penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nyalah penulis mampu menyusun modul praktikum keperawatan jiwa. Modul ini disusun sebagai salah satu media pembelajaran mata ajar Keperawatan Jiwa.

 Penyusunan modul ini mendapat dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan. Semoga segala bantuan dan kebaikan, menjadi amal sholeh yang akan mendapat balasan yang lebih baik dari Tuhan Yang Maha Esa.

 Penulis juga menyadari modul ini masih belum sempurna, dengan kerendahan hati penulis sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak terutama dari Senior dan sejawat keperawatan demi perbaikan modul ini. Penulis berharap semoga modul ini dapat memberikan manfaat positif demi perkembangan keperawatan. Akhir kata penulis memohon kepada Tuhan Yang Maha Esa agar selalu mendapatkan petunjuk dan ridloNya, serta selalu berada di jalanNya.

Yogyakarta, Februari 2019

 Penulis

**DAFTAR ISI**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Visi dan Misi  |  |
| Kata Pengantar  |  |
| Daftar Isi  |  |
| Deskripsi Modul Dokumentasi Keperawatan  | 1 |
| Tema 1 : Konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa | 3 |
| Tema 2 : Konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial | 38 |
| Tema 3 : Membuat SP dan melaksanakan Komunikasi Terapoetik | 74 |
| Tema 4 : Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) | 84 |
| Tema 5 : Psikofarmaka dan ECT | 89 |
| Tema 6 : Restrain | 90 |
| Tema 7 : CBT (*Cognitive Behavioure Teraphy)* | 95 |



**MODUL**

**KEPERAWATAN JIWA**

1. **DISKRIPSI MODUL**

Modul ini memuat materi dan praktek mata kuliah Keperawatan Jiwa yang menguraikan tentang konsep dasar keperawatan jiwa dan proses keperawatan yang di dalamnya berisi tentang prosedur tindakan di dalam keperawatan jiwa.

1. **TUJUAN PEMBELAJARAN**
	* + 1. **Tujuan Umum**

Diharapkan mahasiswa mampu memahami dan mampu melakukan prosedur tindakan di dalam proses keperawatan jiwa

* + - 1. **Tujuan Khusus**
1. Diharapkan mahasiswa mampu memahami konsep auhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial
2. Diharapkan mahasiswa mampu melakukan prosedur tindakan keperawatan jiwa meliputi :
3. Komunikasi terapoetik
4. Terapi Aktifitas Kelompok
5. Restrain
6. Terapi kognitif
7. *Home visite*
8. **BAHAN KAJIAN**

Konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa dan masalah psikososial

Strategi pelaksanaan (SP) dan komunikasi terapoetik

Terapi Aktifitas Kelompok (TAK)

Restrain

Psikofarmaka

*Electro Convulsi Teraphy (ECT)*

Home visite

1. **AKTIVITAS PEMBELAJARAN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Metode** | **Dosen** | **Mahasiswa** |
| **Demonstrasi** | 1. Melakukan apersepsi.
2. Menjelaskan tujuan dan persiapan.
	* + 1. Mendemonstrasikan
 | Memperhatikan dan mencatat. |
| **Simulasi** | Memberi kesempatan pada semua mahasiswa untuk melakukan simulasi secara bergantian. | Mahasiswa melakukan simulasi secara bergantian. |
| **Evaluasi** | Melakukan observasi dan memberikan evaluasi pada semua mahasiswa tentang simulasi yang dilakukan.Memberi kesempatan pada mahasiswa untuk bertanya apabila mengalami kesulitan. | Memperhatikan uraian hasil observasi dosen dan evaluasinya.Mengajukan pertanyaan apabila mengalami kesulitan. |

1. **CONTOH SKENARIO**

 Seorang perempuan usia 49 tahun datang memeriksakan diri ke Rumah Sakit dengan keluhan nyeri dada disertai sesak nafas, kepala pusing, badan lemas, wajah pucat , mata sayu dan susah tidur. Didapatkan pemeriksaan TD 120/70, HR 24x/mnt, nadi : 80x/mnt mata tidak anemis. Setelah dikaji riwayat klien didapatkan data bahwa satu minggu yang lalu adik laki-lakinya baru saja meninggal dunia karena kecelakaan.

1. **REFERENSI**
2. Kusumawati, farida. 2010*. Buku Ajar Keperwatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika
3. Bidang Perawatan Rumah Sakit Grhasia Pemprop DIY. 2006*. SAK Grhasia*. Yogyakarta
4. NANDA International. 2011. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klarifkasi 2015*. Jakarta. EGC
5. Yusuf, Ah, dkk. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta. Salemba Medika
6. Budi Anna Keliat. 2005. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Edisi 3*.Jakarta : EGC
7. Gail w. Stuart. 2007. *Buku saku keperawatan jiwa*. Edisi 5. EGC. Jakarta



**TEMA I**

**KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA**

1. **TUJUAN**
2. Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu memahami tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa secara berkelompok

1. Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu:

1. Memahami konsep gangguan jiwa yang meliputi ciri-ciri orang sehat dan ciri-ciri orang tidak sehat secara mental
2. Memahami konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa yang dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi
3. **WAKTU PELAKSANAAN**

Dilaksanakan dalam waktu 1 X 170 menit dengan rincian ; 100 menit penjelasan, demonstrasi dari dosen dan simulasi dengan pendampingan oleh dosen, 70 menit mahasiswa diberi kesempatan untuk belajar secara mandiri.

1. **POKOK BAHASAN**

Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa

1. **METODE**

Diskusi kelompok

1. **ESESMEN**

*Peergroup Assestment*

1. **MATERI**

**KONSEP DAN ASUHAN KEPERAWATAN**

**PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA**

# A. Pengertian

Kesehatan Jiwa adalah berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya. (WHO)

Kesehatan Jiwa adalah kondisi jiwa seseorang yang terus tumbuh berkembang dan mempertahankan keselarasan dalam pengembangan diri, serta terbebas dari stres yang serius. (Rosdahi, 1999)

Kesehatan Jiwa adalah kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, emosional secara optimal dari seseorang dan perkembangan ini berjalan selaras dengan orang lain. (UU Kesehatan Jiwa No.3 Tahun 1966).

# B. Kriteria Sehat Jiwa, (Jahoda, Depkes 2000)

1. Sikap Positif terhadap Diri Sendiri
2. Tidak merasakan harga diri yang rendah
3. Tidak memiliki pemikiran negatif tentang kondisi kesehatan diri
4. Selalu optimis dengan kemampuan diri
5. Berprasangka positif/menghargai terhadap diri sendiri sehingga lebih percaya diri

2. Tumbuh Kembang dan Aktualisasi Diri

1. Aktualisasi diri adalah kebutuhan naluriah pada manusia untuk melakukan terbaik dari yang dia bisa.
2. Teori Abraham Maslow ttg Hierarki kebutuhan yang menganggap aktualisasi adalah tingkatan tertinggi bila semua kebutuhan dasar sudah dipenuhi.

3. Tumbuh Kembang dan Aktualisasi Diri

1. Aktualisasi diri adalah kebutuhan naluriah pada manusia untuk melakukan terbaik dari yang dia bisa.
2. Teori Abraham Maslow ttg Hierarki kebutuhan yang menganggap aktualisasi adalah tingkatan tertinggi bila semua kebutuhan dasar sudah dipenuhi.
3. Menjalankan aktualisasi diri sama dengan mengembangkan kemampuan kita tanpa batas.

4. Integrasi (Keseimbangan/Keutuhan)

1. Keseimbangan dalam pengendalian emosi dan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari sangat diperlukan sehingga dapat menjalani kehidupan dengan seimbang dan tidak menglami stres walaupun menemui masalah
2. Jika seseorang tidak dapat menyeimbangkan dalam kehidupan maka kemungkinan untuk terjadinya stres akan lebih tinggi

5. Otonomi

Seseorang dengan sehat jiwa adalah seseorang yang mampu menyelesaikan masalah kehidupan sehingga tidak ada ketergantungan dengan sesuatu dalam menjalani setiap masalah yang dihadapi.

6. Persepsi realitas

1. Dapat membedakan lamunan dan kenyataan sehingga setiap perilaku dapat dimengeri dan dipahami
2. Dapat menekan dan mengorganisir emosi sehingga emosi konsisten dengan pengalaman
3. Memiliki pikiran yang logis dan persepsi akurat. Persepsi dapat berubah bila ada informasi baru, empati dan respek terhadap perasaan dan sikap orang lain

7. Adaptasi terhadap lingkungan

1. Adaptasi adalah proses dimana dimensi fisiologis dan psikososial berubah dalam berespons terhadap stres.
2. Oleh karena banyak stressor yang tidak dapat dihindari, promosi kesehatan sering difokuskan pada adaptasi individu, keluarga, atau komunitas terhadap stres.
3. Adaptasi membutuhkan respon aktif dari seluruh individu. Jika individu tidak mampu untuk beradaptasi, maka kemungkinan untuk mengalami gangguan jiwa adalah besar.

# C. Gangguan Jiwa

Secara umum gangguan jiwa ditandai dengan:

# 1. Isolasi Sosial

1. Pengertian

Isolasi sosial adalah pengalaman kesendirian secara individu dan dirasakan segan terhadap orang lain dan sebagai keadaan yang negatif atau mengancam (NANDA 2005-2006).

1. Perilaku menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain. ( Rawlins, 1993 dikutip oleh budi anna keliat 1999).
2. Kerusakan interaksi sosial adalah sesuatu keadaan dimana seseorang individu berpartisipasi dalam kuantitas yang tidak cukup atau berlebihan atau kulitas interaksi sosial yang tidak efektif (Mary C.Townsend,1998).
3. Menarik diri adalah sutu pola tingkah laku menghindari kontak dengan orang, situasi atau lingkungan yang penuh dengan stress yang dapat menyebabkan kecemasan fisik dan psikologi. ( FIK.UI 2007).
4. Menarik diri adalah suatu keadaan pasien yang mengalami ketidak mampuan untuk mengadakan hubungan dengan orang lain atau dilingkungan sekitarnya secara wajar. (Mahnum 2001 ).
5. Isolasi sosialmerupakan keadaan kesepian yang dialami oleh seseorang karena orang lain dianggap menyatakan sikap negatif dan mengancam bagi dirinya. Menurut Townsend, M.C (1998:152)
6. Penarikan diri atau withdrawalmerupakan suatu tindakan melepaskan diri, baik perhatian maupun minatnya terhadap lingkungan sosial secara langsung yang dapat bersifat sementara atau menetap.DEPKES RI (1989)
7. Isolasi sosialmerupakan keadaan di mana individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak (Carpenito ,L.J, 1998: 381).
8. Isolasi sosialmenarik diri merupakan usaha menghindar dari interaksi dan berhubungan dengan orang lain, individu merasa kehilangan hubungan akrab, tidak mempunyai kesempatan dalam berfikir, berperasaan, berprestasi, atau selalu dalam kegagalan.(Rawlins, R.P & Heacock, P.E 1988 : 423)
9. Tanda dan Gejala

Menurut Townsend, M.C (1998:152-153) & Carpenito,L.J (1998: 382) **isolasi sosial** menarik diri sering ditemukan adanya tanda dan gejala sebagai berikut:
1) Data subjektif :
2) Mengungkapkan perasaan tidak berguna, penolakan oleh

 lingkungan
3) Mengungkapkan keraguan tentang kemampuan yang

 dimiliki

4) Data objektif
5) Tampak menyendiri dalam ruangan
6) Tidak berkomunikasi, menarik diri
7) Tidak melakukan kontak mata
8) Tampak sedih, afek datar
9) Posisi meringkuk di tempat tidur dengang punggung

 menghadap ke pintu

10) Adanya perhatian dan tindakan yang tidak sesuai atau

 imatur dengan perkembangan usianya
11) Kegagalan untuk berinterakasi dengan orang lain

 didekatnya
12) Kurang aktivitas fisik dan verbal
13) Tidak mampu membuat keputusan dan berkonsentrasi
14) Mengekspresikan perasaan kesepian dan penolakan di

 wajahnya

1. Penyebab

**Isolasi sosial** menarik diri sering disebabkan oleh karena kurangnya rasa percaya pada orang lain, perasaan panik, regresi ke tahap perkembangan sebelumnya, waham, sukar berinteraksi dimasa lampau, perkembangan ego yang lemah serta represi rasa takut (Townsend, M.C,1998:152). Menurut Stuart, G.W & Sundeen, S.J (1998:345) Isolasi sosial disebabkan oleh gangguan konsep diri rendah. Gangguan **konsep diri**:**harga diri rendah** adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri (Stuart dan Sundeen, 1998 :227). Menurut Townsend (1998:189) **harga diri rendah** merupakan evaluasi diri dari perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif baik langsung maupun tidak langsung.

Pendapat senada dikemukan oleh Carpenito, L.J (1998:352) bahwa h**arga diri rendah** merupakan keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif mengenai diri atau kemampuan diri. **Isolasi sosial** menarik diri sering disebabkan oleh karena kurangnya rasa percaya pada orang lain, perasaan panik, regresi ke tahap perkembangan sebelumnya, waham, sukar berinteraksi dimasa lampau, perkembangan ego yang lemah serta represi rasa takut (Townsend, M.C,1998:152).

Menurut Stuart, G.W & Sundeen, S,J (1998 : 345) **Isolasi sosial** disebabkan oleh gangguan **konsep diri** rendah. Gangguan **konsep diri**:**harga diri rendah** adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri (Stuart dan Sundeen, 1998 :227). Menurut Townsend (1998:189) **harga diri rendah** merupakan evaluasi diri dari perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif baik langsung maupun tidak langsung. Pendapat senada dikemukan oleh Carpenito, L.J (1998:352) bahwa **harga diri rendah** merupakan keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif mengenai diri atau kemampuan diri.

# d. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Isolasi Sosial

1) Pengkajian keperawatan

**Menurut Budi Anna Keliat,2006** bahwa pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan masalah pasien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, social, dan spiritual.

 Data yang dapat ditemukan pada pengkajian pasien dengan isolasi sosial adalah:

1. Tidak tahan terhadap kontak mata yang lama
2. Tidak konsentrasi dan pikiran mudah beralih saat bicara
3. Tidak ada kontak mata
4. Ekspresi wajah murung, sedih
5. Tampak larut dalam pikiran dan ingatannya sendiri
6. Kurang aktivitas
7. Tidak komunikatif
8. Merusak diri sendiri
9. Ekspresi malu
10. Menarik diri dari hubungan sosial
11. Tidak mau makan dan tidak tidur

2) Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial berdasarkan NANDA 2012-2013 sesuai bagan diatas adalah **Isolasi social.**

3) Perencanaan Keperawatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Perencanaan** |
| **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Tindakan** |
|  | ISOLASI SOSIALData Utama:* Ungkapan kesepian dan di tolak
* Menarik diri
* Menghindari orang lain
* Tidak komunikatif
* Tidak ada kontak mata
* Perilaku bermusuhan
* Sedih,afek tumpul
* Austistik
* ..............
* ..............

DATA PENUNJANG:DS:.................DO:................ | Tupan:Pasien mampu mendemonstrasikan keterlibatan sosial secara mandiri dan mempunyai sistem pendukung yang dapat membantu mengespresikan perasaan dan pikirannya.Tupen:1.Setelah dilakukan interaksi selama.......x,pasien dapat memulai hubungan/ interaksi dengan orang lain,dengan indikator/kriteria hasil: a.Pasien mampu memperkenalkan dirinya dengan orang lain,berjabat tangan,menjawab salam,ada kontak mata,dan meluangkan waktu untuk duduk berdampingan dengan orang lain/perawatb.Pasien mau menyebutkan alasan menarik/mengisolasi diri.c.Pasien mau mengutarakan masalahnya.2.Setelah dilakukan interaksi selama.....x,pasien mampu mengungkapkan perasaannya dengan indikator/kriteria hasil:a.Pasien mau mengungkapkan perasaannya setelah berinteraksi dengan orang lain.b.Pasien dapat mengungkapkan manfaat dan keuntungan berinteraksi dengan orang lain.c.Pasien dapat menyebutkan kerugian mengisolasi diri/tidak berinteraksi dengan orang lain.d.Pasien dapat mempertahankan keinginan dan kebutuhannya berinteraksi dengan orang lain3. Setelah dilakukan interaksi selama...x, pasien dapat mengembangkan hubungan/interaksi sosial dengan indikator/kriteria hasil:a.Pasien mau melakukan interaksi dengan perawat/petugas,teman/pasien lain,dan/atau keluarga.b.Pasien berpartisipasi dalam aktifitas di ruang perawatan.4.Setelah dilakukan interaksi selama....x,pasien mampu meningkatkan interaksi sosial secara mandiri dengan indikator/kriteria hasil:a.Pasien mau dan mampu bekerja sama dengan orang lain.b.Bersikap ramah.c.perhatian terhadap orang lain.d.menepati janji.e.mau membantu orang lainf.Pasien dapat menggunakan waktu luangnya dengan aktifitas –aktifitas selama dalam perawatan.5.Setelah dilakukan interaksi selama.....x,pasien mendapat dukungan keluarga dan dapat memanfaatkan dukungan tersebut untuk mengekspresikan perasaan dan pikirannya dengan indikator/kriteria hasil:a.Pasien mendapat dukungan keluarga selama dalam perawatan.b.Pasien mampu mengungkapkan perasaannya,keinginan dan harapannya dari dukungan keluarganya.c.Pasien dan keluarga terlibat aktif dalam upaya perawatan.d.Secara periodik/teratur keluarga mengunjungi pasien selama pasien dalam perawatan.e.Keluarga mengerti dan mampu menjelaskan kembali cara perawatan pasien dengan isolasi sosial |  |
| 1.Tingkatkan sosialisasi(socialization Enhancement)a.BHSP( prinsip komunikasi terapetik,pertahankan sikap konsisten,terbuka,tepati janji, dan hindari kesan negatif.) b. Observasi perilaku menarik diri pasien c. Kaji pengetahuan pasien tentang perilaku mengisolasi dirinyad. Diskusikan dengan pasien hal-hal yang menyebabkan pasien mengisolasi diri.e. Beri kesempatan kepada pasien untuk menceritakan perasaanya terkait dengan isolasi diri.f. Dorong pasien untuk membagi masalah yang dihadapi/dimilikinya.g.Dukungan pasien untuk jujur dan menunjukkan identitas dirinya dengan orang lain.h.Libatkan dalam TASK.2.Manajemen kestabilan Mood serta perasaan Aman dan Nyaman( Mood Manajement)a.observasi/monitor kesesuaian antara afek dan ungkapan secara verbal pasien.b. Berikan perasaan aman dan nyaman pada pasien .c. Dorong pasien mengungkapkan perasaannya dan mengekspresikannya secara tepat .d. Bantu pasien mengidentifikasi perasaan yang mendasari keinginan pasien untuk tidak melakukan interaksi dengan orang lain.e. Dorong pasien untuk mengungkapkan hambtan dan kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain.f. Diskusikan dengan pasien manfaat berinterksi dengan orang lain.g Diskusikan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain.h. Kelola pemberian obat untuk menjaga kestabilan *mood/mood stabilizing(Antidepressant* ,lithium,hormon,dan vitamin-vitamin).i. monitor efek samping obat dan dmpaknya terhadap *mood* pasien.j. Libatkan pasien dalam TAK SS,SP Umum.k. Lakukan kolaborasi dengan psikiater bila diperlukan.3.**Tingkatkan Sosialisasi** *(Socialization Enhancement)*a.Bantu pasien mengidentifikasi kelebihan,hambatan,dan kesulitan dalam berkomunikasi dengan orang lain.b. Tingkatkan kesadaran pasien terhadap kelebihan dan keterbatasan dalam berkomunikasi tersebut.c.Dukungan pasien mengembangkan hubungan/interaksi yang telah terbinad.Dukungan dalam aktifitas di ruang perawat.e.Beri *re inforcement*atas kemampuan dan keberhasilan pasien.f.Libatkan pasien dalam TAKS.4.**Modifikasi perilaku:keterampilan sosial(***behavior Modification: social skills)*a.Bantu pasien mengidentifikasi masalah-masalah interpersonal yang menyebabkan menurunnya/kurangnya interaksi dengan orang lain.b.Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaannya terkait dengan masalah interpersonal yang d hadapic.Bantu pasien mengidentifikasi hasil yang ingin dicapai dari hubungan interpersonal yang di lakukand.Identifikasi ketrampilan/kemampuan sosial yang ingin difokuskan pada latihan berinteraksi dengan orang lain.e.Bantu pasien menetapkan tahapan dan hal-hal yang ingin dicapai dalam melatih hubungan interpersonal/interaksi dengan orang lain.f.Dorong pasien meningkatkan interaksi dengan orang lain disekitarnya.g.Dorong pasien mengikuti aktifitas diruang perawat.h.Dorong pasien mengisi waktu luangnya dengan aktifitas.i.Libatkan pasien dalam TASK.j.Rujuk pasien untuk mengikuti aktifitas diruang rehabilitasi.**5.Tingkatkan keterlibatan keluarga(***Family involvement promotion)*a.Identifikasi kemampuan dan keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien.b. Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang hal-hal dan situasi-situasi yang berpengaruh.c.Identifikasi harapan /expectasi kondisi pasiend. Tentukan tingkat ketergantungan pasien terhadap keluarga.e. Berikan informasi tentang kondisi pasien kepada keluarga.f. Jelaskan kepada keluarga cara merawat pasien dengan isolasi sosial.g.Jelaskan pentingnya keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien.h. Dorong keluarga untuk terlibat aktif dalam upaya perawatan yang diberikan.i.Fasilitasi pertemuan pasien dengan keluarga/teman/orang terdekat pasien secara periodik/teratur selama pasien dirawat.  |

D. Gangguan Proses Pikir: Waham

1. **Pengertian**

Waham adalah keyakinan tentang suatu isi pikir yang tidak sesuai dengan kenyataan atau tidak sesuai dengan intelegensi dan latar belakang kebudayaan. Waham timbul tanpa stimulus. (Stuart, Gail Wiscarzt, 2002) Respons neurobiologis merupakan berbagai respons perilaku pasien yang terkait dengan fungsi otak yang ditandai dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi dan gangguan proses pikir: waham. (Depkes RI, 2000)

1. **Etiologi**
2. **Faktor Biologis**

Berbagai kondisi nonpsikiatrik dan zat dapat menyebabkan waham, Keadaan neurologis yang paling sering berhubungan dengan waham adalah keadaan yang memepengaruhi system limbic dan ganglia basalis.Pasien yang memiliki waham yang disebabkan oleh kondisi neurologis tanpa adanya gangguan kecerdasan cenderung memiliki waham yang kompleks yang mirip dengan yang ditemukan pada pasien dengan gangguan delusional.Sebaliknya pasien yang menderita gangguan neurologis dengan gangguan kecerdasan sering kali memiliki waham yang sederhana yang tidak sama dengan yang ditemukan pada pasien dengan gangguan delusional.Gangguan delusional mungkin timbul sebagai respon normal terhadap pengalaman abnormal di dalam lingkungan, sistem saraf tepi atau system saraf pusatJika pasien memiliki pengalaman sensorik yang salah seakan-akan sedang diikuti (sebagai contohnya: bayangan seseorang, suara langkah kaki), mereka mungkin menjadi percaya bahwa mereka benar-benar diikuti.

1. **Faktor Psikodinamika**
2. Peningkatan harapan untuk mendapatkan terapi sadistic
3. Situasi yang meningkatkan ketidakpercayaan dan kecurigaan
4. Isolasi social
5. Situasi yang meningkatkan kecemburuan dan iri hati
6. Situasi yang memperendah harga diri
7. Situasi yang menyebabkan seseorang melihat kecacatan dirinya pada diri orang lain
8. Situasi yang meningkatkan kemungkinan untuk perenungan tentang kemungkinan arti dan motivasi
9. **Rentang Respon Neurobiologis**

 Respon Adaptif Respon Maladaptif

Pikiran logis Proses pikir kadang-kadang Gangguan proses pikir:waham

Persepsi akurat Tergantung ilusi Perubahan persepsi: halusinasi

Emosi konsisteatau Emosi berlebihan atau berkurang Kerusakan proses emosi

Perilaku sesuai Perilaku tidak sesuai atau biasany Perilakutidakterorganisir

Hubungan soial harmonis Menarik diri Isolasi sosial

(Stuart dan Laraia, 1998, hal 407)

1. **Manifestasi klinik waham**

Pasien mengungkapkan sesuatu yang diyakininya ( tentang agama, kebesaran, kecurigaan, keadaan dirinya ) berulang kali secara berlebihan tetapi tidak sesuai kenyataan, pasien tampak tidak mempunyai orang lain, curiga, bermusuhan, merusak (diri, orang lain, lingkungan), takut, kadang panik, sangat waspada, tidak tepat menilai lingkungan / realitas, ekspresi wajah tegang, mudah tersinggung disorganisasi dan waham tidak sistematis.

1. **Ciri-ciri waham :**
2. Tidak realistic
3. Tidak logis
4. Menetap
5. Egosentris
6. Diyakini kebenarannya oleh penderita
7. Tidak dapat dikoreksi
8. Dihayat oleh penderita sebagai hal yang nyata
9. Keadaan atau hal yang diyakini itu bukan merupakan bagian sosiokultural setempat
10. **Jenis Waham**
11. ***Waham Erotomanik***

Pasien merasa dicintai mati-matian oleh orang lain, biasanya seseorang yang terkenal seperti bintang film atau atasan ditempat kerja

Usaha untuk menghubungi objek waham melalui  kunjungan, telepon, surat, hadiah

Beberapa orang dengan gangguan ini, khususnya laki-laki, melakukan konflik dengan hukum dalam usaha mereka mengejar objek didalam waham mereka atau dalam usaha yang salah jalan untuk membebaskan diri mereka dari suatu bahaya yang dikhayalkan. Sebagai contoh: seorang laki-laki dengan gangguan waham mungkin berusaha membunuh suami dari seorang wanita yang dianggapnya jatuh cinta kepada dirinya. Orang yang terkena seringkali ditemukan hidup terisolasi dan menarik diri

Mereka biasanya hidup sendirian dan mempunyai kontak seksual yang terbatas

1. ***Waham Kebesaran***

Disebut juga sebagai Megalomania

Bentuk yang paling umum adalah keyakinan bahwa seseorang memiliki bakat atau wawasan yang luar biasa

Merupakan waham peningkatan kemampuan, kekuatan, pengetahuan, identitas atau hubungan khusus dengan dewa atau orang terkenal

1. ***Waham Cemburu***

Waham bahwa pasangan seksual pasien tidak jujur

Mempermasalahkan kesetiaan pasangan

Laki-laki lebih sering terkena dibandingkan wanita

Onset sering kali mendadak dan gejala menghilang hanya setelah perpisahan atau kematian pasangan

Waham cemburu dapat menyebabkan penyiksaan verbal dan fisik yang bermakna terhadap pasangan dan bahkan dapat menyebabkan pembunuhan pasangan

Hampir selalu orang dengan waham berkelahi dengan pasangan atau kekasihnya dan mungkin mengambil langkah yang tidak biasanya untuk menghadapi ketidaksetiaan yang dikhayalkannya

Usaha tersebut dapat berupa membatasi otonomi dengan memaksa pasangan atau kekasihnya untuk tidak pernah meninggalkan rumah tanpa ditemani, secara rahasia mengikuti pasangan atau kekasihnya

1. ***Waham Kejar***

Waham  kejar mungkin sederhana atau terperinci dan biasanya berupa tema tunggal atau sejumlah tema yang berhubungan, seperti : disekongkoli, dicurigai, dimata-matai, diikuti, diracuni atau diberi obat, difitnah secara kejam, diusik atau dihalang-halangi dalam mengejar tujuan jangka panjang

Hinaan kecil dapat diperbesar dan menjadi pusat system waham

Orang dengan waham kejar serinng kali membenci dan marah dan mereka mungkin melakukan kekerasan terhadap orang lain yang diyakininya akan menyerang dirinya

1. ***Waham Somatik***

Juga dikenal sebagai psikosis Hipokondriakal Monosimpatomatik

Waham yang paling sering diderita adalah infeksi (sebagai contohnya: bakteri, virus, parasit)

Waham tentang bau badan yang berasal dari kulit, mulut atau vagina dan waham bahwa bagian tubuh tertentu seperti usus besar tidak berfungsi.

1. **Waham kendali pikir** (thought of being controlled).

Penderita percaya bahwa pikirannya, perasaan atau tingkah lakunya dikendalikan oleh kekuatan dari luar.

1. **Waham tersangkut**.

Penderita percaya bahwa setiap kejadian di sekelilingnya mempunyai hubungan pribadi seperti perintah atau pesan khusus. Penderita percaya bahwa orang asing disekitarnya memperhatikan dirinya, penyiar televisi dan radio mengirimkan pesan dengan bahasa sandi.

1. **Waham bizarre**, merupakan waham yang aneh.

Termasuk dalam waham bizarre, antara lain : waham sisip pikir/thought of insertion (percaya bahwa seseorang telah menyisipkan pikirannya ke kepala penderita); waham siar pikir/thought of broadcasting (percaya bahwa pikiran penderita dapat diketahui orang lain, orang lain seakan-akan dapat membaca pikiran penderita); waham sedot pikir/thought of withdrawal (percaya bahwa seseorang telah mengambil keluar pikirannya); waham kendali pikir;waham hipokondri

1. **Waham Hipokondri**.

Penderita percaya bahwa di dalam dirinya ada benda yang harus dikeluarkan sebab dapat membahayakan dirinya.

1. **Waham Curiga**.

 Curiga patologis sehingga curiganya sangat berlebihan

1. **Waham Diancam**.

Kepercayaan atau keyakinan bahwa dirinya selalu diikuti, diancam, diganggu atau ada sekelompok orang yang memenuhinya

1. **Waham Kejar**.

Percaya bahwa dirinya selalu dikejar-kejar orang

1. **Waham Bersalah**.

Percaya bahwa dirinya adalah orang yang bersalah

1. **Waham Berdosa**.

Percaya bahwa dirinya berdosa sehingga selalu murung

1. **Waham Tak Berguna**.

Percaya bahwa dirinya tak berguna lagi sehingga sering berpikir lebih baik mati (bunuh diri)

1. **Waham Miskin**.

Percaya bahwa dirinya adalah orang yang miskin.

# 3. Asuhan keperawatan Gangguan Proses Pikir Waham

Pengkajian keperawatan

**1). Faktor Predisposisi**

1. Genetis; diturunkan
2. Neurobiologis; adanya gangguan pada kosteks pre frontal dan

 kosteks limbik

1. Neurotransmiter; abnormalitas pada dopamin, serotonin, dan

glutamat

1. Virus: paparan virus influenza pd trimester III
2. Psikologis: ibu pencemas, terlalu melindungi, ayah tdk peduli

**2). Faktor Presipitasi**

1. Proses pengolahan informasi yang berlebihan
2. Mekanisme penghantaran listrik yang abnormal
3. Adanya gejala pemicu

**3). Mekanisme Koping**

1. Regresi
2. Proyeksi
3. Menarik diri
4. Pada keluarga: mengingkari

**4). Perilaku Waham**

1. Waham agama: percaya bahwa seseorang menjadi kesayangan supranatural atau alat supranatural
2. Waham somatik: percaya adanya gangguan pada bagian tubuh
3. Waham kebesaran: percaya memiliki kehebatan atau kekuatan luar biasa
4. Waham curiga: kecurigaan yang berlebihan atau irasional dan tidak percaya dg orang lain
5. Siar pikir: percaya bahwa pikirannya disiarkan ke dunia luar
6. Sisip pikir: percaya ada pikiran orang lain yang masuk dalam pikirannya
7. Kontrol pikir: merasa perilakunya dikendalikan oleh pikiran orang lain.
8. Diagnosis

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial berdasarkan NANDA 2005-2006 sesuai bagan diatas adalah **Gangguan Proses Pikir: Waham**

1. Perencanaan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Perencanaan** |
| **Tujuan** | **Tindakan** |
|  | WAHAMData Utama:* Waham
* Tidak mampu berkonsentrasi
* Defisit memori
* Disorientasi (waktu, tempat, orang)
* Kelainan rentang perhatian
* ..............
* ..............

DATA PENUNJANG:DS:.................DO:................ | TUPAN:Pasien tidak mengalami gangguan proses pikir dan berfungsi optimal di lingkungan sosialnyaTUPEN:1.Setelah dilakukan interaksi selama.......x,pasien mampu mengingat kejadian /masalah-masalah di masa lalu dengan indikator/kriteria hasil:a.Pasien mampu mengingat kembali kejadian/masalah-masalah jangka pendek. b.Pasien dapat mengingatkembali informasi/masalah-masalah jangka menengah. c. Pasien dapat mengingatkembali informasi/masalah-masalah jangka panjang.2.Setelah dilakukan interaksi selama.....x,pasien mampu meningkatkan kesadaran terhadap lingkungan sekitar dengan indikator/kriteria hasil:a.Pasien mampu mengidentifikasi lingkungan sekitar sesuai realita/kenyataan. b.Pasien mampu mengungkapkan perasaannya setelah mengidentifikasi lingkungan sekitar. c.Pasien dapat menyebutkan keuntungan mengidentifikasi lingkungan. 3. Setelah dilakukan interaksi selama...x, pasien mengenal wahamnya dengan indikator/kriteria hasil:a.Pasien mampu mengenal terjadinya waham. b.Pasien mampu mengungkapkan isi waham. c.Pasien mengungkapkan frekensi waham.d. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya terkait dengan waham.4.Setelah dilakukan interaksi selama....x,pasien mampu mengontrol wahamnya dengan indikator /kriteria hasil:a.Pasien tidak menanggapi wahamnya. b.Pasien melaporkan penurunan frekuensi munculnya waham. c.Pasien meminta validasi terhadap kebenaran/ralita/kenyataan. d. Pasien mendemonstrasikan penolakan hadirnya waham.e. Pasien menunjukan pola pikir yang logisf. Pasien menunjukan kamampuan untuk memahami ide-ide atau pikiran orang lain.g. Pasien mendemonstrasikan kemampuannya berinteraksi dengan orang lain secara tepat.h. Pasien memanfaatkan obat dengan baik.5.Setelah dilakukan interaksi selama.....x,pasien mampu mempertahankan konsentrasi dengan indikator/kriteria hasil:a.Pasien mampu memperhatikan dan mendengarkan dengan baik saat diajak berbicara. b.Pasien mampu melaksanakan instruksi sederhana yang diberikan. c.Pasien dapat menjawab pertanayaan yang diberikan dengan tepat. 6. setelah dilakukan interaksi selama ...X kesadaran pasien terhadap identitas personal, waktu, dan tempat meningkat/baik dengan indikator/kriteria hasil:a. Pasien mampu mengenal identitas dirinya dengan baik.b. Pasien mengenal identitas orang di sekitarnya dengan tepat/baik.c. Pasien mampu mengidentifikasi tempat dengan benar.d. Pasien mampu mengidentifikasi waktu (jam, hari, bulan, tahun) dengan benar.7. Setelah dilakukan interaksi selama ...X, pasien mendapat dukungan keluarga dan dapat memanfaatkan dukungan tersebut, dengan indikator/kriteria hasil:a. Keluarga dapat membina hubungan terapetik dengan pasien maupun perawat.b. keluarga mengerti tanda dan gejala dari gangguan proses pikir.c. Keluarga mengerti dan memahami cara merawat pasien dengan gangguan proses pikird. Keluarga terlibat aktif dalam perawatan pasien.e. Keluarga mengunjungi pasien secara teratur/periodik selam pasien dalam perawata di rumah sakit. |  |
|  |
| 1.Latihan Mengingat (Memory Training) a.Monitor daya ingat pasienb.Kaji kemampuan pasien dalam mengingat sesuatu. c. Diskusikan dengan pasien dan keluarga beberapa masalah memori yang dialamid. Ingatkan kembali pengalaman masa lalu pasien dengan cara yang tepate.Stimulasi pikiran dengan mengulangi pikiran yang diekpresikan pasien secara tepat (ingatkan pasien tentang kejadian/peristiwa yang baru saja dialami pasien).f. Implementasikan teknik mengingat dengan cara yang tepat seperti dengan gambar, membuat jadual, menulis nama pada kartu, dsbg.Bantu dalam tugas pembelajaran yang berkaitan, misal mengingat kembali verbal dan informasi yang telah disampaikan dengan cara yang tepat.h.Latih orientasi pasien, misal dengan mengingat hari, tanggal, jam, musim, informasi yang bersifat pribadi,dsbi.Beri kesempatan kepada pasien untuk melatih konsentrasinya, misal dengan permainan mencocokan kartu, halma, catur, dsb.**2. Stimulasi Kognitif (Cognitive Stimulation)**a. Monitor interpretasi pasien terhadap lingkungan (mis:tempat, orang, dsb)b.Tempatkan obyek/hal-hal yang familiar di lingkungan/kamar pasien.c. Buat jadual aktivitas/kegiatan harian bersama pasiend. Dorong pasien untuk melakukan aktivitas sesuai jadual yang telah dibuat tersebut.e. berikan terapi kognitif.f. Libatkan pasien dalam TAK Orientasi Realita.**3. Manajemen Delusi (Delusi Manajemen)**a. BHSP (prinsip komunikasi dan pertahankan konsistensinya)b. Beri kesempatan pasien untuk mendiskusikan wahamnya dengan petugas/perawat.c. Hindari mendebat atau mendukung wahamd. Fokuskan diskusi pada perasaan pasien (takut, marah, terganggu, dsb), bukan pada wahamnya.e. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaanterkait dengan wahamnya.f. Hindarkan stimulasi yang berlebihan yang dapat memunculkan waham.g. Libatkan pasien dalam TAK OrientasiRealita**4. Manajemen Delusi (Delusi Manajemen)**a. Observasi isi waham yang membahayakan.b. Bantu pasien untuk mengeliminasi/menurunkan stressor yang menciptakan delusic. Dukung pasien untuk memvalidasi keyakinan terhadap wahamnya dengan orang yang dipercaya/petugas/perawat.d. Dukung pasien untuk melaksanakan jadwal kegiatan harian secara konsisten.e. Berikan aktivitas rekreasi atau aktivitas yang membutuhkan perhatian dan ketrampilan di waktu luang pasien.f. Kelola pemberian obat-obat antipsikotik dan antidepresan sesuai dengan order/kebutuhan.g. Monitor efek samping obat.h. Jelaskan pentingnya kepatuhan pasien terhadap aturan pengelolaan obat.5. Fasilitasi Kebutuhan Belajar (*Learning Facillitation*).a. Observasi kemampuan pasien berkonsentrasi.b. Kaji kemampuan pasien memahami dan memproses informasi dengan pertanyaan singkat dan sederhana.c. Tetapkan tujuan pembelajaran yang berguna dan realistis bagi pasien.d. Berikan instruksi setelah pasien menunjukan kesiapan untuk belajar atau menerima informasi.e. Atur intruksi sesuai tingkat pemahaman pasien dari yang singkat dan sederhana ssampai yang lebih kompleks.f. Gunakan bahasa yang familiar dan mudah dipahami oleh pasien.g. Dorong pasien untuk menjawab pertanyaan dengan singkat dan jelas.h. Koreksi interpretasi yang salah dari informasi /pertanyaan  |

**3. GANGGUAN NEUROLOGIS: HALUSINASI**

1. **Pengertian**

Pencerapan panca indra tanpa rangsang dari luar (Maramis, 1998).

Penghayatan yang dialami seperti suatu persepsi melalui panca indera tanpa stimulus eksternal; persepsi palsu (Lubis, 1993).

Distorsi persepsi yang muncul dari berbagai indera (Stuart & Laraia, 2001)

Halusinasi secara umum dapat ditemukan pada pasien gangguan jiwa seperti: Skizoprenia, Depresi, Delirium dan kondisi yang berhubungan dengan penggunaan alkohol dan substansi lingkungan. Thomas (1991)

1. **Rentang Respon Neurobiologis**

Respon Adaptif Respon Maladaptif

Pikiran logis Proses pikir kadang-kadang Gangguan proses pikir:waham

Persepsi akurat Tergantung ilusi Perubahan persepsi: halusinasi

Emosi konsisteatau Emosi berlebihan atau berkurang Kerusakan proses emosi

Perilaku sesuai Perilaku tidak sesuai atau biasany Perilaku tidak terorganisir

Hubungan soial harmonis Menarik diri Isolasi sosial

Rentang respon neurobiologis

(Stuart dan Laraia, 1998, hal 407)

1. **Klasifikasi**

Klasifikasi atau jenis halusinasi sebagai berikut :

1. Halusinasi dengar (akustik, auditorik), pasien itu mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, atau mengancam padahal tidak ada suara di sekitarnya.
2. Halusinasi lihat (visual), pasien itu melihat pemandangan orang, binatang atau sesuatu yang tidak ada.
3. Halusinasi bau / hirup (olfaktori). Halusinasi ini jarang di dapatkan. Pasien yang mengalami mengatakan mencium bau-bauan seperti bau bunga, bau kemenyan, bau mayat, yang tidak ada sumbernya.
4. Halusinasi kecap (gustatorik). Biasanya terjadi bersamaan dengan halusinasi bau / hirup. Pasien itu merasa (mengecap) suatu rasa di mulutnya.
5. Halusinasi singgungan (taktil, kinaestatik). Individu yang bersangkutan merasa ada seseorang yang meraba atau memukul. Bila rabaab ini merupakan rangsangan seksual halusinasi ini disebut halusinasi heptik.
6. **Etiologi**

Menurut Mary Durant Thomas (1991), Halusinasi dapat terjadi pada pasien dengan gangguan jiwa seperti skizoprenia, depresi atau keadaan delirium, demensia dan kondisi yang berhubungan dengan penggunaan alkohol dan substansi lainnya. Halusinasi adapat juga terjadi dengan epilepsi, kondisi infeksi sistemik dengan gangguan metabolik. Halusinasi juga dapat dialami sebagai efek samping dari berbagai pengobatan yang meliputi anti depresi, anti kolinergik, anti inflamasi dan antibiotik, sedangkan obat-obatan halusinogenik dapat membuat terjadinya halusinasi sama seperti pemberian obat diatas. Halusinasi dapat juga terjadi pada saat keadaan individu normal yaitu pada individu yang mengalami isolasi, perubahan sensorik seperti kebutaan, kurangnya pendengaran atau adanya permasalahan pada pembicaraan. Penyebab halusinasi pendengaran secara spesifik tidak diketahui namun banyak faktor yang mempengaruhinya seperti faktor biologis, psikologis, sosial budaya, dan stressor pencetusnya adalah stress lingkungan,biologis, pemicu masalah sumber-sumber koping dan mekanisme koping.

1. **Psikopatologi**

Psikopatologi dari halusinasi yang pasti belum diketahui. Banyak teori yang diajukan yang menekankan pentingnya faktor-faktor psikologik, fisiologik dan lain-lain. Ada yang mengatakan bahwa dalam keadaan terjaga yang normal otak dibombardir oleh aliran stimulus yang yang datang dari dalam tubuh ataupun dari luar tubuh. Input ini akan menginhibisi persepsi yang lebih dari munculnya ke alam sadar. Bila input ini dilemahkan atau tidak ada sama sekali seperti yang kita jumpai pada keadaan normal atau patologis, maka materi-materi yang ada dalam unconsicisus atau preconscious bisa dilepaskan dalam bentuk halusinasi.
Pendapat lain mengatakan bahwa halusinasi dimulai dengan adanya keinginan yang direpresi ke unconsicious dan kemudian karena sudah retaknya kepribadian dan rusaknya daya menilai realitas maka keinginan tadi diproyeksikan keluar dalam bentuk stimulus eksterna.

1. **Tanda dan Gejala**

Pasien dengan halusinasi cenderung menarik diri, sering di dapatkan duduk terpaku dengan pandangan mata pada satu arah tertentu, tersenyum atau bicara sendiri, secara tiba-tiba marah atau menyerang orang lain, gelisah, melakukan gerakan seperti sedang menikmati sesuatu Juga keterangan dari pasien sendiri tentang halusinasi yang di alaminya (apa yang dilihat,didengar atau dirasakan).

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI

A. Pengkajian keperawatan

1. Pengkajian

Pada tahap ini perawat menggali faktor-faktor yang ada dibawah

ini yaitu :

1. Faktor predisposisi

Adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari pasien maupun keluarganya, mengenai factor perkembangan sosial kultural, biokimia, psikologis dan genetik yaitu factor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress.

1. FaktorPerkembangan
Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu maka individu akan mengalami stress dan kecemasan.
2. Faktor Sosiokultural

Berbagai faktor dimasyarakat dapat menyebabkan seorang merasa disingkirkan oleh kesepian terhadap lingkungan tempat pasien dibesarkan.

1. Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Dengan adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetytranferase (DMP).

1. Faktor Psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda yang bertentangan dan sering diterima oleh anak akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas.

1. Faktor genetic

Gen apa yang berpengaruh dalam skizoprenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

1. Faktor Presipitasi

Yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman / tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk koping. Adanya rangsang lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi pasien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi, objek yang ada dilingkungan juga suasana sepi / isolasi adalah sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik.

1. Perilaku

Respon pasien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, prilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Rawlins dan Heacock, 1993 mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakekat keberadaan seorang individu sebagai mahkluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari dimensi yaitu :

1. Dimensi Fisik

Manusia dibangun oleh sistem indera untuk menanggapi rangsang eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

1. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Pasien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut pasien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

1. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian pasien dan tak jarang akan mengontrol semua prilaku pasien.

1. Dimensi Sosial

Dimensi sosial pada individu dengan halusinasi menunjukkan adanya kecenderungan untuk menyendiri. Individu asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem control oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan pasien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusakan pasien tidak menyendiri sehingga pasien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

1. Dimensi Spiritual

Manusia diciptakan Tuhan sebagai makhluk sosial, sehingga interaksi dengan manusia lainnya merupakan kebutuhan yang mendasar. Pada individu tersebut cenderung menyendiri hingga proses diatas tidak terjadi, individu tidak sadar dengan keberadaannya dan halusinasi menjadi sistem kontrol dalam individu tersebut. Saat halusinasi menguasai dirinya individu kehilangan kontrol kehidupan dirinya.

1. Sumber Koping

Suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan anxietas dengan menggunakan sumber koping dilingkungan. Sumber koping tersebut sebagai modal untuk menyelesaikan masalah, dukungan sosial dan keyakinan budaya, dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang berhasil.

1. Mekanisme Koping

Tiap upaya yang diarahkan pada pelaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri.

 B. Diagnosis

 Diagnosa keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial

 berdasarkan NANDA 2005-2006 sesuai bagan diatas adalah

 **Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi**

 C. Perencanaan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Perencanaan** |
| **Tujuan** | **Tindakan** |
|  | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi (Pendengaran, Penglihatan, Pengecap, Penghidu, peraba)Data Utama:* Halusinasi sesuai karakteristik jenis halusinasi.
* Ilusi
* Konsentras kurang
* Penyimpangan pendengaran/ penglihatan
* Perubahan Pola Perilaku (Mis: bicara atau tertawa sendiri)
* ..............
* ..............

DATA PENUNJANG:DS:.................DO:................ | TUPAN : Pasien mampu menetapkan dan menguji realita/kenyataan, serta menyingkirkan kesalahan persepsi sensoriTUPEN : 1.Setelah dilakukan interaksi selama......X pasien mampu membina hubungan percaya dengan indikator/kriteria hasil :1. Menunjukan pemahaman verbal, tertulis atau sinyal respons
2. Menunjukkan gerakan dan ekspresi wajah yang rileks
3. Menunjukkan kontak mata, mau berjabat tangan mau menjawab salam, menyebutkan nama, mau duduk berdampingan/berhadapan

2. Setelah dilakukan interaksi selama........X pasien mampu mengenal halusinasi dengan indikator/kriteria hasil : 1. Pasien mampu menyebutkan waktu, isi, frekuensi munculnya halusinasi
2. Pasien mampu menyebutkan perilaku yang biasa dilakukan saat halusinasi muncul
3. Pasien mampu menyebutkan akibat perilaku yang biasa dilakukan saat halusinasi muncul

3.Setelah dilakukan interaksi selama.......X pasien mampu mengendalikan halusinasi dengan indikator/kriteria hasil :1. Pasien dapat menyebutkan cara baru mengendalikan halusinasi
2. Pasien dapat memilih dan melaksanakan cara baru mengendalikan halusinasi
3. Pasien melaksanakan cara yang dipilih untuk mengendalikan halusinasi

4.Setelah dilakukan interaksi selama.....X dengan keluarga, pasien mendapat dukungan dalam mengendalikan halusinasi dengan indikator/kriteria hasil :1. Keluarga dapat membina huling bubungan saling percaya dengan perawat
2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk mengatasi halusinasi

5.Setelah dilakukan interaksi selama.......X, pasien dapat memanfaatkan obat denagan baik dengan indikator/kriteria hasil :1. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat
2. Pasien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar
3. Pasien dan keuarga memahami akibat berhenti minum obat tanpa rekomendasi dari *career*
 | **1.Bina Hubungan Terapeutik dan Saling Percaya (*Complex Relationship Building*)**1. Perkenalkan diri dengan sopan
2. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
3. kontrak/persetujuan tentang tujuan dan cara pertemuan yang saling dapat diterima dengan cara yang tepat
4. Pelihara postur tubuh terbuka
5. Ciptakan iklim yang hangat dan menerima secara tepat
6. Berespon pada pesan non verbal pasien dengan cara yang tepat
7. Tunjukkan ketertarikan pada pasien dengan mempertahankan kontak mata, berhadapan, posisi mata sejajarr, saat berbicara perawat sedikit membungkuk jika diperlukan.

**2.Manajemen Halusinasi *(Halusinastion Management)***1. Observasi tingkah laku yang berhubungan dengan halusinasi
2. Bantu pasien mengenal halusinasi :

 1)Jika dari hasil observasi ditemukan tampak pasien mengalami halusinasi, tanyakan apakah pasien mengalami halusinasi 2) Jika jawaban pasien ada, tanyakan apa yang didengar, dilihat, atau dirasakan 3) Katakan bahwa perawat percaya apa yang dialami pasien tetapi perawat sendiri tidak mendengar,melihat/merasakan 4) Katakan bahwa pasien lain juga ada yang mengalami hal yang sama 5) Katakan bahwa perawat akan membantu pasien1. Diskusikan dengan pasien waktu, isi , frekuensi dan situasi pencetus munculnya halusinasi
2. Diskusikan dengan pasien apa yang dirasakan jika halusinasi muncul
3. Beri pasien kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya
4. Identifikasi dan diskusikan dengan pasien perilaku yang dilakukan saat halusinasi muncul
5. Diskusikan manfaat dan akibat dari cara/ perilaku yang dilakukan pasien
6. Libatkan pasien dalam TAK SP : Halusinasi (sesi 1)

**3.*Management Halusinasi (Management Halusinasion)***1. Diskusikan cara baru untuk memutus/ mengendalikan halusinasi:
	* 1. Dengan mengusir halusinasi
		2. Berbicra dengan orang lain (perawat, pasien lain)
		3. Menyusn jadwal kegiatan harian
		4. Meminta pada orang lain untuk menyapa jika tampak bicara sendiri
2. Bantu pasien memilih dan melatih cara memutus/mengendalikan halusinasi secara bertahap
3. Beri pasien kesempatan melakukan cara mengendalikan atau memutus halusinasi yang teleh dipilih dan dilatih
4. Evaluasi bersama pasien cara baru yang talah dipilih dan diterapkan dibandingkan dengan cara yang biasa dilkukan
5. Berikan rinforcement kepada pasien terhadap cara yang telah dipilih dan diterapkan
6. Libatkan pasien dalam TAK Orientasi Realita, TAK SP Umum, TAK SP : Halusinasi

**4**.***Pendidikam Kesehatan : Proses Penyakit dan Perawatan (Teaching : Desease Process)***1. Bina hubungan saling percaya
2. Diskripsikan dengan keluarga :
3. Gejala halusinsi yang dialami pasien
4. Cara yang dapat dilakukan pasien dan kelurga untuk mengontrol halusinasi
5. Cara merawat aggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah (mis : beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, berpergian bersama)
6. Anjurkan keluarga untuk mencari bantuan apabila tanda dan gejala halusinasi tidak terkendali
7. Berikan infornasi entang kondisi pasien kepada keluarga dengan cara yang tepat

***5.Fasilitasi Kebutuhan Kebutuhan Belajar (Learning Fascilitation)***1. Kaji tingkat pengatahuan pasien dan keluarga tentang obat dan manfaatnya
2. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang manfaat, dosis dan efek samping obat
3. Anjurkan pasien minta sendiri obat merasakan manfaat pada perawat (jika waktunya minta obat) dan merasakan manfaatnya
4. Berikan penjelasan pada pasien akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi atau rekomendasi
5. Diskusikan tentang pasien tentang akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi
6. Berikan penjelasan tentang pasien dan keluarga tentang manfaat dan efek samping obat
7. Fasilitasi pertemuan pasien/keluarga- dokter
 |

**4. PERILAKU KEKERASAN**

1. **Pengertian Perilaku Kekerasan**

Perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang menunjukkan perilaku yang actual melakukan kekerasan yang ditunjukan pada diri sendiri/oarng lain secara verbal maupun non verbal dan pada lingkungan . marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai ancaman (Stuart dan Sundeen, 1995).

Keadaan dimana seseorang menunjukkan perilaku yang aktual melakukan kekerasan yang ditunjukkan pada diri sendiri atau orang lain secara verbal maupun non verbal dan pada lingkungan.

Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Berkowitz, 1993).

Berdasarkan defenisi ini maka perilaku kekerasan dapat dibagi dua menjadi perilaku kekerasan scara verbal dan fisik (Keltner et al, 1995).

 Marah lebih menunjuk kepada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Berkowitz, 1993)

Kemarahan adalah perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman (Keliat, 1996)

Marah adalah pengalaman emosi yang kuat dari individu dimana hasil/tujuan yang harus dicapai terhambat. Depkes RI, 1996

1. **Etiologi / penyebab**

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya kemarahan yaitu frustasi, hilangnya harga diri, kebutuhan akan status dan prestise yang tidak terpenuhi. Keliat,1997. Sebagai contoh:

* + - 1. Frustasi, sesorang yang mengalami hambatan dalam mencapai tujuan/keinginan yang diharapkannya menyebabkan ia menjadi frustasi. Ia merasa terancam dan cemas. Jika ia tidak mampu menghadapi rasa frustasi itu dengan cara lain tanpa mengendalikan orang lain dan keadaan sekitarnya misalnya dengan kekerasan.
			2. Hilangnya harga diri ; pada dasarnya manusia itu mempunyai kebutuhan yang sama untuk dihargai. Jika kebutuhan ini tidak terpenuhi akibatnya individu tersebut mungkin akan merasa rendah diri, tidak berani bertindak, lekas tersinggung, lekas marah, dan sebagainya.
			3. Kebutuhan akan status dan prestise ; Manusia pada umumnya mempunyai keinginan untuk mengaktualisasikan dirinya, ingin dihargai dan diakui statusnya.
1. **Rentang Respon Marah**

Respon adaptif Respon maladaptif

 Assertif Frustasi Pasif agresif Mengamuk

Gambar: Rentang Respon Marah (Keliat, 1997).

Rentang respon kemarahan dapat digambarkan sebagai berikut :

* Assertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
* Frustasi adalah respons yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
* Pasif adalah respons dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
* Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan pengalasuan yang sama dari orang lain.
* Mengamuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain.
1. **Gejala Marah**

Kemarahan dinyatakan dalam berbagai bentuk, ada yang menimbulkan pengrusakan, tetapi ada juga yang hanya diam seribu bahasa.

Gejala-gejala atau perubahan-perubahan yang timbul pada pasien dalam keadaan marah diantaranya adalah ;

1. Perubahan fisiologik.

Tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, pupil dilatasi, tonus otot meningkat, mual, frekuensi buang air besar meningkat, kadang-kadang konstipasi, refleks tendon tinggi

1. Perubahan emosional

Mudah tersinggung , tidak sabar, frustasi, ekspresi wajah nampak tegang, bila mengamuk kehilangan kontrol diri

1. Perubahan perilaku

Agresif pasif, menarik diri, bermusuhan, sinis, curiga, mengamuk, nada suara keras dan kasar

1. **Perilaku**

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain :
1. Menyerang atau menghindar (fight or flight) :

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem saraf otonom beraksi terhadap sekresi epinephrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, sekresi HCl meningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urine dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat diserta ketegangan otot, seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

2. Menyatakan secara asertif (assertiveness):

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara yang terbaik untuk mengekspresikan marah karena individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikolgis. Di samping itu perilaku ini dapat juga untuk pengembangan diri pasien.

3. Memberontak (acting out):

 Perilaku yang muncul biasanya disertai akibat konflik perilaku “acting out” untuk menarik perhatian orang lain

1. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan

1. **Mekanisme koping**

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. (Stuart dan Sundeen, 1998).

Kemarahan merupakan ekspresi dari rasa cemas yang timbul karena adanya ancaman. Beberapa mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain : (Maramis, 1998, hal 83)

1. Sublimasi :

Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

1. Proyeksi :

Menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.

1. Represi :

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.

1. Reaksi formasi :

Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan mempengalasukan orang tersebut dengan kasar.

1. Displacement :

Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya Timmy berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN

1. Pengkajian keperawatan
2. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual.
3. **Aspek biologis**. Respons fisiologis timbul karena kegiatan system saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat, tachikardi, muka merah, pupil melebar, pengeluaran urine meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatnya kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh kaku, dan refleks cepat. Hal ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.
4. **Aspek emosional**. Individu yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustasi, dendam, ingin memukul orang lain, mengamuk, bermusuhan dan sakit hati, menyalahkan dan menuntut.
5. **Aspek intelektual**. Sebagian besar pengalaman hidup individu didapatkan melalui proses intelektual, peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara pasien marah, mengidentifikasi penyebab kemarahan, bagaimana informasi diproses, diklarifikasi, dan diintegrasikan.
6. **Aspek social**. Meliputi interaksi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang
lain. Pasien seringkali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkah laku yang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri, menjauhkan diri dari orang lain, menolak mengikuti aturan.
7. **Aspek spiritual**. Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa.

Dari uraian tersebut di atas jelaslah bahwa perawat perlu mengkaji individu secara komprehensif meliputi aspek fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual yang secara singkat dapat dilukiskan sebagai berikut :

* Aspek fisik terdiri dari :muka merah, pandangan tajam, napas pendek dan cepat, berkeringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, tekanan darah meningkat.
* Aspek emosi : tidak adekuat, tidak aman, dendam, jengkel. aspek intelektual : mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, meremehkan.
* Aspek sosial : menarik diri, penolakan, kekerasan, ejekan, humor.
1. **Karakteristik Marah**
2. Fisik:
3. Mata melotot atau pandangan tajam
4. Tangan mengepal
5. Rahang mengatup
6. Wajah memerah
7. Postur tubuh kaku
8. Verbal:
9. Mengancam
10. Mengumpat dengan kata- kata kotor
11. Suara keras
12. Bicara kasar, ketus
13. Perilaku :
14. Menyerang orang lain
15. Melukai diri sendiri atau orang lain.
16. Merusak lingkungan
17. Amuk atau agresif
18. **Faktor yang berhubungan:**
19. Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah
20. Stimulus lingkungan
21. Konflik interpersonal
22. Status mental.
23. Putus obat.
24. Penyalahgunaan narkoba atau alkoholik

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial berdasarkan NANDA 2005-2006 sesuai bagan diatas adalah sebagai berikut :

1. **Risiko Perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan,Verbal)**
2. **Perilaku kekerasan**

C. Perencanaan

1. **Risiko Perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan,Verbal)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Perencanaan** |
| **Tujuan** | **Tindakan** |
|  | Risiko Perilaku Kekerasan (pada diri sendiri/orang lain/lingkungan/verbal)Data Utama:* Sikap bermusuhan
* Ada ide melukai diri sendiri/orang lain
* Adanya riwayat perilaku kekerasan pada diri sendiri/orang lain/lingkungan
* ..............
* ..............

DATA PENUNJANG:DS:.................DO:................ | TUPAN:Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien tidak melakukan tindakan kekerasan baik pada orang lain,diri sendiri,lingkungan,maupun kekerasan secara verbalTUPEN:1. Setelah dilakukan interaksi dengan pasien ....X, pasien dapat mengenal lebih awal tanda-tanda akan terjadi perilaku kekerasan dengan indikator/kriteria hasil:1. Pasien mampu menyebutkan tanda-tanda akan melakukan kekerasan,seperti perasaan ingin marah,jengkel,ingin merusak,memukul.
2. Pasien bersedia melaporkan pada petugas kesehatan saat muncul tanada-tanda akan melakukan kekerasan
3. Pasien melaporkan kepada petugas kesehatan setiap muncul tanda-tanda akan melakukan kekerasan

2. Setelah dilakukan interaksi dengan pasien ....X, pasien dapat mengendalikan perilaku agresi/amuk dengan indikator/kriteria hasil:* 1. Pasien menyebutkan waktu dan situasi yang memicu terjadi perilaku kekerasan.
	2. Pasien menahan ledakan kemarahan atau perilaku kekerasan yang dapat membahayakan dirinya.
	3. Pasien mempraktikan penyaluran energi positif dari perilaku kekerasan/marah.
	4. Pasien minum obat sesuai dengan program terapi dokter.
	5. Pasien dapat menyebutkan manfaat minum obat untuk kontrol marah.

3. Setelah berinteraksi dengan pasien selama ...X, pasien dapat menentukan cara adaptif menyalurkan energi marah dengan indikator/kriteria hasil:1. Pasien memilih cara adaptif untuk menyalurkan energi marah (mis: olahraga, berdoa, dsb).
2. Pasien mampu mendemontrasikan cara marah adaptif yang dipilih.
3. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya setelah mendemonstrasikan cara adaptif yang dipilihnya.

4. Setelah berinteraksi dengan keluarga selama ...X, pasien mendapat dukungan dari keluarganya dengan indikator/kriteria hasil:1. Keluarga mengenal penanganan pasien dengan perilaku kekerasan.
2. Keluarga dapat menyebutkan penanganan pasien dengan perilaku marah/kekerasan
3. Keluarga memutuskan memberikan bantuan yang adaptif alam menghadapi pasien dengan perilaku kekerasan.
4. Keluarga menerapkan cara yang dipilih untuk membantu merubah perilaku pasien.
5. Pasien mampu memanfaatkan dukungan keluarga untuk merubah perilakunya.
 |  |
| 1.bantuan kontrol marah (Anger Control Assistance) a.bina hubungan saling percaya.(Prinsip komunikasi terapeutik, pertahankan sikap konsisten: menepati janji, sikap terbuka, kongruen, hindari sikap non verbal yang dapat menimbulkan kesan negatif)b.Observasi tanda-tanda perilaku kekerasan pada pasien. c. Bantu pasien mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan. (emosi: jengkel, marah, perasaan ingin memukul/merusak. Fisik: mengepalkan tangan, muka marah, matamelotot, pandangan tajam, rahang tertutup, dsb. Sosial: kasar pada orang lain. Intelektual: mendominasi. Spiritual: lupa pada tuhan) d.Jelaskan pada pasien rentang respons marah.e.dukung dan fasilitasi pasien untuk mencari bantuan saat muncul marah. **2. Bantuan Kontrol Marah (Anger Control Assistance)** a. bantu pasien mengidentifikasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan(marah, jengkel karena kebutuhan tidak terpenuhi) b.diskusikan bersama pasien pengaruh negatif perilaku kekerasan terhadap dirinya, orang lain dan lingkungan. c. jelaskan pada pasien cara mengeluarkan energi amrah dan atau perilaku kekerasan secara adaptif dan konstruktif ( kegiatan fisik: olahraga, melakukan kegiatan sehari-hari. Spiritual: berdoa, melakkukan ibadah. Soaial: meminta sesuatu pada orang lain dengan cara yang baik sehingga orang lain tidak tersinggung). d. Jelaskan pada pasien manfaat minum obat untuk membantu mengendalikan marah/perilaku kekerasan. e. Berikan reinforcement untuk ekspresi marah yang tepat. f. Libatkan pasien dalam TAK SP: PK **3. Manajemen Lingkungan Environmentali Management)**a. Jauhkan barang yang dapat membahayakan pasien dan dimanfaatkan pasien. b. Lakukan pembatasan (seklusi) terhadap perilaku kekerasan pasien baik perilaku verbal maupun nonverbal agar tidak menyakiti atau melukai orang lain. c. Tempatkan pasien pada lingkungan yang restrictive (isolasi: untuk observasi) d.Diskusikan bersama keluarga tentang tujuan seklusi. 4. Latihan Mengontrol Rangsang (Impulse Control Training) a. Jelaskan pada pasien manfaat penyaluran energi marah.b. Bantu pasien memilih sendiri cara marah yang adaptif.c. Bantu pasien mengambil keputusan untuk menyalurkan energi marah/perilaku kekerasan yang adaptif.d. Beri kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan ccara yang dipilihnya..e. Anjurkan pasien mempraktikan cara yang dipilihnya.f. Beri kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan cara yang telah dipraktekan.g. Evaluasi perasaan pasien tentang cara yang dipilih dan telah dipraktekan.5 Libatkan Keluarga dalam Perawatan/Penanganan Pasien (Family Mobilization)a. Identifikasi peran, kultur, dan situasi keluarga dalam pengaruhnya terhadap perilaku pasien.b. berikan informasi yang tepat tentang penanganan pasien pasien dengan perilaku marah/kekerasan.c. Ajarkan ketrampilan koping efektif yang digunakan untuk penanganan pasien marah/perilaku kekerasan.d. Bantu keluarga memilih/menentukan bantuan dalam menghadapi pasien marah/ perilaku kekerasan.e. Berikan konseling kepada keluargag. Beri kesempatan pada keluarga untuk mendiskusikan cara yang dipilih.h. Anjurkan kepada keluarga untuk menerapkan cara yang dipilih. |

1. **Perilaku kekerasan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Perencanaan** |
| **Tujuan** | **Tindakan** |
|  | Perilaku Kekerasan (pada diri sendiri/orang lain/lingkungan/verbal)Data Utama:* Sikap bermusuhan
* Melukai diri sendiri/orang lain
* Adanya riwayat perilaku kekerasan pada diri sendiri/orang lain/lingkungan
* ..............
* ..............

DATA PENUNJANG:DS:.................DO:................ | TUPAN:Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien tidak menciderai orang lain, diri sendiri dan lingkungan baik secara verbal maupun non verbal. TUPEN:Setelah dilakukan interaksi selama...X pasien terhindar / aman dari perilaku kekerasan dengan indikator/kriteria hasil: 1. Tidak menyerang orang lain.2. Tidak melukai dirinya sendiri.3. Tidak merusak lingkungannya.4. Tidak menyinggung perasaan orang lain di lingkungannya. |  |
| Bantuan Kontrol Marah (Anger Cntrol Assistance)1. Identifikasi tanda-tanda yang menunjukan perilaku kekerasan:marah, memukul barang, melempar, membawa senjata, mengancam orang lain, dll.2. Monitor pasien selama menunjukan perilaku kekerasan.3. Lakukan pendekatan dengan teknik komunikasi terapeutik: Dengarkan ungkapan kemarahan pasien, jangan melakukan perlawanan, batasi situasi yang meningkatkan kemarahan pasien, dekati pasien/sentuh dengan perlahan.4. Tangani kondisi kegawatdaruratan dengan isolasi/seklusi dan fixasi.5. Observasi pasien secara berkala selama di isolasi/seklusi dan fixasi.6. Monitor tanda vital selama pasien di fixasi.7. Penuhi kebutuhan dasar pasien selama diisolasi/seklusi dan fixasi.8. Kolaburasi dengan dokter dalam pemberian medikasi. |



**TEMA 2**

**KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL**

1. TUJUAN
2. Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu membuat paper sederhana tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial

Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu:

1. Memahami konsep masalah psikososial yang meliputi definisi, jenis masalah psikososial dan penjelasannya.
2. Memahami konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial yang dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi
3. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan dalam waktu 1 X 170 menit dengan rincian ; 100 menit penjelasan, demonstrasi dari dosen dan simulasi dengan pendampingan oleh dosen, 70 menit mahasiswa diberi kesempatan untuk belajar secara mandiri.

1. POKOK BAHASAN

Asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial

1. METODE

*Small Group Discussion (SGD),* mahasiswa terbagi kedalam 4 kelompok

1. ESESMEN

*Peergroup asesment*

1. MATERI

Ciri-ciri masalah psikososial :

1. Cemas, khawatir berlebihan dan takut
2. Mudah tersinggung
3. Sulit konsentrasi
4. Bersifat ragu-ragu/rendah diri
5. Kecewa
6. Pemarah dan agresif
7. Reaksi fisik : jantung berdebar, otot tegang, sakit kepala, gangguan sistem pencernaan dalam jangka waktu yang lama

Berikut contoh beberapa masalah psikososial (Depkes RI, 2000) :

1. Kehilangan
2. Respon psikologis terhadap penyakit fisik
3. Intervensi krisis
4. Ansietas
5. Gangguan psikofisiologis
6. Gangguan konsep diri

**ASUHAN KEPERAWATAN MASALAH PSIKOSOSIAL**

1. Kehilangan
2. Pengertian

Kehilangan adalah suatu keadaan berpisahnya individu dengan sesuatu yang sebelumnya dimiliki. Kehilangan tersebut dapat sebagian atau keseluruhan. Misalnya : kehilangan orang penting (kematian, di penjara), kehilangan kesehatan, kehilangan pendapatan, kehilangan milik pribadi (uang, rumah, kedudukan, seks). Peristiwa kehilangan ini dapat secara ltiba-tiba ataupun bertahap.

1. Rentang respons berduka terhadap kehilangan

Berduka adalah respon alami manusia terhadap kehilangan atau ancaman kehilangan objek yang dicintai. Respon ini melibatkan reaksi fisiologis dan psikososial. Kubler Ross telah mengidentifikasi proses berduka pada klien kehilangan kesehatan (menjelang kematian). Onservasi dari perubahan perilaku individu tersebut digambarkan pada tiap tahap. Tahap berduka terhadap kehilangan atau rentang respons kehilangan tersebut adalah sebagai berikut

 **Rentang respons kehilangan**

Respon maladaptif Respons adaptif

**Penyangkalan Marah Tawar menawar Depresi Penerimaan**

1. Fase penyangkalan/denial

Reaksi pertama seseorang yang mengalami kehilangan adalah syok, tidak percaya atau menyangkal kenyataan bahwa kehilangan itu benar terjadi. Reaksi ini sering dinyatakan dengan,” tidak mungkin” ,”saya tidak percaya itu”. Seseorang pada fase ini biasanya terjadi perubahan fisik, seperti letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernafasan, detak jantung cepat, menangis , gelisah. Reaksi ini dapat berakhir dalam beberapa menit/jam atau sampai beberapa tahun.

1. Fase marah

Sama dengan seseorang yang menghadapi sakaratul maut, dimana orang tersebut mulai sadar akan kenyataan terjadinya kehilangan. Pada fase ini seseorang akan menunjukkan perasaan marah yang sering diproyeksikan pada orang atau lingkungan sekitar. Reaksi fisik : muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan mengepal, berbicara kasar, menuduh dokter, perawat tidak mampu merawatnya.

1. Fase tawar-menawar

Seseorang yang telah mampu mengungkapkan perasaan marahnya akan maju ke tahap tawar menawar. Reaksi ini sering dinyatakan dengan kata-kata,”Kenapa harus terjadi pada keluarga saya”, “seandainya saya hati-hati”.

1. Fase depresi

Seseorang pada fase depresi akan menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau bicara atau putus asa. Reaksi fisik : menolak makan, susah tidur, letih, dorongan libido menurun.

1. Fase penerimaan
2. Proses keperawatan
3. Pengkajian
4. Faktor predisposisi
5. Genetik

Menurut para ahli genetik individu yang dibesarkan dalam keluarga yang punya riwayat depresi, akan sulit mengembangkan sikap optimis dalam menghadapi suatu masalah termasuk dalam menghadapi proses kehilangan. Jadi bila keluarga tersebut mengalami proses kehilangan akan sulit bagi individu keluar dari fase depresi.

1. Kesehatan jasmani

Individu yang memiliki pola hidup yang sehat dan teratur akan cenderung memiliki kemampuan mengatasi stres yang lebih tinggi daripada individu yang memiliki kesehatan jasmani yang kurang baik

1. Kesehatan mental

Seseorang yang memiliki gangguan jiwa, terutama yang mempunyai riwayat depresi, biasanya sangat peka menghadapi proses kehilangan.

1. Pengalaman kehilangan di masa lalu

Seseorang yang pernah mengalami atau traumatis dengan peristiwa kehilangan di masa kanak-kanak akan sulit mengatasi kehilangan tersebut pada masa dewasa, mereka cenderung pada fase sulit menerima

1. Faktor presipitasi

Faktor pencetus dari perasaan kehilangan dapat berupa stress nyata, imajenasi individu, seperti kehilangan kesehatan, kehilangan seksualitas, kehilangan harga diri, kehilangan pekerjaan, kehilangan peran dalam keluarga dan masyarakat.

1. Perilaku

Seseorang yang mengalami kehilangan sering menggunakan mekanisme koping, seperti : denial, represi, intelektualisasi, regresi, disosiasi, supresi dan proyeksi. Pada tahap depresi seseorang sering menggunakan regresi dan disosiasi secara berlebihan dan tidak tepat.

1. Diagnosis keperawatan

**Mengacu pada contoh kasus pada halaman pertama di modul ini, diagnosa yang muncul adalah**

“Dukacita (kehilangan) b/d kematian seseorang yang penting dalam hidupnya”

**NOC :**

* Adaptation to physical disability

Kriteria hasil :

* Klien mampu mengungkapkan prasaan berduka
* Klien mampu mengerti makna berduka (kehilangan)
* Membagi rasa dengan orang lain
* Menerima kenyataan

**NIC :**

* + - 1. Active listening :

- perawat menjelaskan tujuan dari interaksi

* Mengeksplorasi ekspresi dan perasaan
* Mengidentifikasi masalah klien
* Memonitor intonasi suara dan volume
* Mengklarifikasi masalah dengan menggunakan feedback
* Motivasi klien untuk mendiskusikan masalah klien
* Mencari penyelesaian masalah yang sesuai dengan kondisi klien
	+ - 1. Family support :
* Menyakinkan keluarga bahwa perawatan terbaik sedang diberikan kepada klien
* Menilai reaksi keluarga untuk kondisi klien
* Menumbuhkan harapan yang realistis kepada keluargA
* Mendengarkan kekhawatiran keluarga tentang kondisi klien
* Memfasilitasi komunikasi antar keluarga dan klien tentang kekhawatiran keluarga terhadap kondisi klien
* Memotivasi keluarga untuk membina hubungan saling percaya kepada klien
* Motivasi keluarga untuk mendampingi klien melalui fase-fase dalam berduka
1. Respon Psikologis Terhadap Penyakit Fisik
2. Pengertian

Manusia yang utuh mempunyai integrasi aspek bio, psiko, sosial spiritual yang kokoh. Klien dengan gangguan penyakit fisik, sumber stressor yang utama adalah respon klien pada aspek bio, psiko, sosial spiritual. Dalam hal ini perawat perlu tanggap menangani respon psikososial klien agar pola koping klien dalam menyelesaikan masalah lebih adekuat.

1. Rentang Respons

Respon individu terhadap penyakit fisik, berkaitan dengan pengalaman lalu, persepsi terhadap penyakit, keyakinan terhadap penyembuhan dan sistem pelayanan kesehatan.

Rentang respon individu berfluktuasi dari respon adaptif sampai respons maladaptif.

 Responadaptif Responsmaladaptif

Harapaǀn Putus Asa

 Kesempatan Ketidakpastian Bahaya

a. Harapan

Harapan akan mempengaruhi respon psikologis terhadap penyakit fisik. Kurangnya harapan dapat meningkatkan stress dan berakhir dengan penggunaan mekanisme koping yang tidak adekuat. Pada beberapa kasus, koping yang tidak adekuat dapat menimbulkan masalah kesehatan jiwa.

 b. Ketidakpastian

Suatu kejadian dimana individu tidak mampu memahami kejadian yang terjadi. Hal ini akan mempengaruhi kemampuan individu mengkaji situasi dan memperkirakan upaya yang akan dilakukan. Ketidakpastian menjadi berbahaya jika disertai rasa pesimis dan putus asa.

 c. Putus asa

Putus asa ditandai dengan perilaku pasif, perasaan sedih dan harapan hampa, kondisi ini dapat membawa klien dalam upaya bunuh diri.

 3. Proses Keperawatan

 a. Pengkajian

1. Faktor Predisposisi

Respons psikologis pada penyakit fisik dipengaruhi beberapa faktor yang terkait dengan pengalaman masa lalu dan sistem pendukung klien, yaitu :

a) Pengetahuan tentang penyakit

Kurang informasi atau salah pengertian dapat meningkatkan ansietas yang akan mempengaruhi pemulihan.

 b) Pengalaman lalu tentang penyakit

 c) Persepsi dan pandangan terhadap diri

d) Sikap positif terhadap diri sendiri dan pengembangan ketrampilan menggunakan koping adaptif akan membantu kemampuan individu menghadapi penyakitnya.

e) Keuletan

 merupakan kekuatan individu untuk mengembalikan aspek psikososial pada keadaan adaptif yang terdiri dari kekuatan ego, keintiman soial dan sumber daya yang ada.

1. Faktor pencetus (Presipitasi)
2. Peralihan sehat ke sakit

Terjadinya serangan penyakit yang mendadak akan menimbulkan stres pada individu. Proses terjadinya penyakit yang lama akan memberi kesempatan pada individu untuk mempersiapkan diri menerima penyakit.

1. Prognosis penyakit

Beberapa diagnosis seperti AIDS dan kanker dianggap fatal dan diagnosa yang tidak fatal seperti kecacatan yang tidak terduga akan menimbulkan stres.

1. Tindakan pengobatan

Tindakan operasi atau pengobatan jangka panjang akan menimbulkan stres bagi individu.

1. Respons orang berarti/terdekat

Respon orang berarti/terdekat/yang dicintai akan membantu pemulihan, sebaliknya jika berespon datar akan meningkatkan stres..

 b. Contoh masalah keperawatan yang muncul

- Koping individu tidak efektif

- Perubahan penampilan peran

- Harga diri rendah

C. Ansietas

1. Pengertian

Ansietas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi (Videbeck, 2008).

 Ansietas atau kecemasan adalah respons emosi tanpa objek yang spesifik yang secara subyektif dialami dan dikomunikasikan secara interpersonal (suliswati, 2005)

Ansietas adalah suatu kekhawatiran yang berlebihan dan dihayati disertai sebagai gejala sumatif, yang menyebabkan gangguan bermakna dalam fungsi sosial atau pekerjaan atau penderitaan yang jelas bagi pasien,(Mansjoer,1999)

Tanda dan Gejala Ansietas :

Keluhan-keluhan yang sering dikemukan oleh orang yang mengalami ansietas (Hawari, 2008), antara lain sebagai berikut :

1. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung.

2. Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.

3. Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang.

4. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.

5. Gangguan konsentrasi dan daya ingat.

6. Keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging (tinitus), berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan sebagainya.

**Tingkatan Ansietas :**

Ansietas memiliki dua aspek yakni aspek yang sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung pada tingkat ansietas, lama ansietas yang dialami, dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap ansietas.Menurut Peplau (dalam, Videbeck, 2008) ada empat tingkat kecemasan yang dialami oleh individu yaitu ringan, sedang, berat dan panik.

1. Ansietas ringan adalah perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus. Stimulasi sensori meningkat dan membantu individu memfokuskan perhatian untuk belajar, menyelesaikan masalah, berpikir, bertindak, merasakan, dan melindungi diri sendiri.

Menurut Videbeck (2008), respons dari ansietas ringan adalah sebagai berikut:

 a. Respons fisik Ketegangan otot ringan

 - Sadar akan lingkungan

 - Rileks atau sedikit gelisah

 - Penuh perhatian

 - Rajin

b. Respon kognitif

 - Lapang persepsi luas

 - Terlihat tenang, percaya diri

 - Perasaan gagal sedikit

 - Waspada dan memperhatikan banyak hal

 - Mempertimbangkan informasi

 - Tingkat pembelajaran optimal

c. Respons emosional

 - Perilaku otomatis

 - Sedikit tidak sadar

 - Aktivitas menyendiri

 - Terstimulasi

  - Tenang

1. Ansietas sedang merupakan perasaan yang menggangu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda; individu menjadi gugup atau agitasi.

Menurut Videbeck (2008), respons dari ansietas sedang adalah sebagai berikut :

1. Respon fisik :

- Ketegangan otot sedang

 - Tanda-tanda vital meningkat

 - Pupil dilatasi, mulai berkeringat

 - Sering mondar-mandir, memukul tangan

 - Suara berubah : bergetar, nada suara tinggi

 - Kewaspadaan dan ketegangan menigkat

 - Sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah, nyeri punggung

b. Respons kognitif

 - Lapang persepsi menurun

 - Tidak perhatian secara selektif

 - Fokus terhadap stimulus meningkat

 - Rentang perhatian menurun

 - Penyelesaian masalah menurun

 - Pembelajaran terjadi dengan memfokuskan

c. Respons emosional

 - Tidak nyaman

 - Mudah tersinggung

 - Kepercayaan diri goyah

 - Tidak sabar

 - Gembira

3. Ansietas berat, yakni ada sesuatu yang berbeda dan ada ancaman, memperlihatkanrespons takut dan distress.

Menurut Videbeck (2008), respons dari ansietas berat adalah sebagai berikut :

 a. Respons fisik

- Ketegangan otot berat

- Hiperventilasi

- Kontak mata buruk

- Pengeluaran keringat meningkat

- Bicara cepat, nada suara tinggi

- Tindakan tanpa tujuan dan serampangan

- Rahang menegang, mengertakan gigi

- Mondar-mandir, berteriak- Meremas tangan, gemetar

 b. Respons kognitif

- Lapang persepsi terbatas

- Proses berpikir terpecah-pecah

- Sulit berpikir

- Penyelesaian masalah buruk

- Tidak mampu mempertimbangkan informasi

- Hanya memerhatikan ancaman

- Preokupasi dengan pikiran sendiri

- Egosentrik

 c. Respons emosional

- Sangat cemas

- Agitasi

- Takut

- Bingung

- Merasa tidak adekuat

- Menarik diri

- Penyangkalan

- Ingin bebas

4. Panik, individu kehilangan kendali dan detail perhatian hilang, karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah.

Menurut Videbeck (2008), respons dari panik adalah sebagai berikut :

a. Respons fisik

- Flight, fight, atau freeze

- Ketegangan otot sangat berat

- Agitasi motorik kasar

- Pupil dilatasi

- Tanda-tanda vital meningkat kemudian menurun

- Tidak dapat tidur

- Hormon stress dan neurotransmiter berkurang

- Wajah menyeringai, mulut ternganga

b. Respons kognitif

- Persepsi sangat sempit

- Pikiran tidak logis, terganggu

- Kepribadian kacau

- Tidak dapat menyelesaikan masalah

- Fokus pada pikiran sendiri

- Tidak rasional

- Sulit memahami stimulus eksternal

- Halusinasi, waham, ilusi mungkin terjadi

 c. Respon emosional

- Merasa terbebani

- Merasa tidak mampu, tidak berdaya

- Lepas kendali

- Mengamuk, putus asa

- Marah, sangat takut

- Mengharapkan hasil yang buruk

- Kaget, takut

- Lelah

1. Rentang respons

Rentang respon ansietas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif seperti terlihat pada gambar berikut ini :

 Respon Adaptif Respon Maladaptif

 Antisipasi Ringan Sedang Berat Panik

1. Proses keperawatan
2. Pengkajian
3. Faktor predisposisi

Stressor predisposisi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat menyebabkan timbulnya kecemasan (Suliswati, 2005).

Ketegangan dalam kehidupan tersebut dapat berupa :

1. Peristiwa traumatik, yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau situasional.
2. Konflik emosional, yang dialami individu dan tidak terselesaikan dengan baik. Konflik antara id dan superego atau antara keinginan dan kenyataan dapat menimbulkan kecemasan pada individu.
3. Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berpikir secara realitas sehingga akan menimbulkan kecemasan.
4. Frustasi akan menimbulkan rasa ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego.
5. Gangguan fisik akan menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman terhadap integritas fisik yang dapat mempengaruhi konsep diri individu.
6. Pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani stress akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap konflik yang dialami karena pola mekanisme koping individu banyak dipelajari dalam keluarga.
7. Riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga akan mempengaruhi respons individu dalam berespons terhadap konflik dan mengatasi kecemasannya.
8. Medikasi yang dapat memicu terjadinya kecemasan adalah pengobatan yangmengandung benzodizepin, karena benzodiazepine dapat menekan neurotransmiter gamma amino butyric acid (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron di otak yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan.
9. Faktor presipitasi

Stresor presipitasi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan (Suliswati, 2005)

Stressor presipitasi kecemasan dikelompokkan menjadi dua bagian, yaitu :

1. Ancaman terhadap integritas fisik. Ketegangan yang mengancam integritas fisik yang meliputi :
2. Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologis sistem imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal (misalnya : hamil).
3. Sumber eksternal, meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal.
4. Ancaman terhadap harga diri meliputi sumber internal dan eksternal.
5. Sumber internal : kesulitan dalam berhubungan interpersonal di rumah dan tempat kerja, penyesuaian terhadap peran baru. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga dapat mengancam harga diri.
6. Sumber eksternal : kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, sosial budaya.
7. **Skala pengukuran stress**

Pengukuran Stres

Instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur skala stres adalah Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) yang biasanya digunakan untuk mengukur skala kecemasan karena kecemasan merupakan salah satu emosi yang paling menimbulkan stres yang dirasakan oleh banyak orang (Wangmuba, 2009). Disamping itu, salah satu respon individu dalam menghadapi stres adalah perasaan cemas (Herlambang, 2008). HARS terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik (Hawari, 2008).

1. Perasaan cemas, ditandai dengan : cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, dan mudah tersinggung.
2. Ketegangan yang di tandai oleh : merasa tegang, lesu, tidak dapat istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah.
3. Ketakutan ditandai oleh : ketakutan pada gelap, ketakutan ditinggal sendiri, ketakutan pada orang asing, ketakutan pada binatang besar, ketakutan pada keramaian lalu lintas, ketakutan pada kerumunan orang banyak.
4. Gangguan tidur ditandai oleh : sukar untuk tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, mimpi buruk atau menakutkan.
5. Gangguan kecerdasan ditandai oleh: sukar konsentrasi, daya ingat buruk, daya ingat menurun.
6. Perasaan depresi (murung) di tandai oleh : kehilangan minat, sedih, bangun dini hari, kurangnya kesenangan pada hobi, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
7. Gejala somatik (otot) ditandai oleh : nyeri pada otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
8. Gejala sensorik (sistem saraf) ditandai oleh : tinitus (telinga berdenging), penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemah, perasaan di tusuk-tusuk.
9. Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) ditandai oleh : takikardia (denyut jantung cepat), berdebar-debar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lemah seperti mau pingsan, detak jantung menghilang (berhenti sekejap).
10. Gejala pernafasan di tandai oleh : rasa tertekan atau sempit didada, perasaan tercekik, merasa nafas pendek/ sesak, sering menarik nafas panjang.
11. Gejala Gastrointestinal (pencernaan) ditandai oleh : sulit menelan, mual, perut melilit, nyeri lambung sebelum atau sesudah makan, perut terasa kembung atau penuh, muntah, defekasi lembek, berat badan menurun, dan kontipasi (sukar buang air besar)
12. Gejala Urogenital (perkemihan dan kelamin) ditandai oleh : sering kencing, tidak dapat menahan kencing, tidak datang bulan (tidak ada haid), darah haid berlebihan, darah haid sangat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid sangat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang, impotensi.
13. Gejala Saraf Autonom ditandai oleh : mulut kering, muka merah dan kering, mudah berkeringat, pusing/ sakit kepala, bulu kuduk berdiri.
14. Perilaku sewaktu wawancara, ditandai oleh : gelisah, tidak tenang, jari gemetar, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, otot tegang, nafas pendek dan cepat, muka memerah.

Cara penilaian :

Dari 14 kelompok gejala, masing-masing kelompok diberi penilaian angka (skor) antara 0-4, yang artinya adalah:

1. Skor 0 : tidak ada gejala sama sekali
2. Skor 1 : 1 dari gejala yang ada
3. Skor 2 : separuh dari gejala yang ada
4. Skor 3 : lebih dari separuh gejala yang ada
5. Skor 4 : semua gejala ada
* Penilaian hasil yaitu dengan menjumlahkan nilai skor kelompok gejala 1 sampai dengan 14 dengan ketentuan sebagai berikut:
1. Skor kurang dari 14 = tidak ada kecemasan
2. Skor 14-20 = kecemasan ringan
3. Skor 21-27 = kecemasan sedang
4. Skor 28-41 = kecemasan berat
5. Skor 42-56 =kecemasan berat sekali
6. Sumber koping

Individu dapat menanggulangi stress dan kecemasan dengan menggunakan atau mengambil sumber koping dari lingkungan baik dari sosial, intrapersonal dan interpersonal. Sumber koping diantaranya adalah aset ekonomi, kemampuan memecahkan masalah, dukungan sosial budaya yang diyakini. Dengan integrasi sumber-sumber koping tersebut individu dapat mengadopsi strategi koping yang efektif (Suliswati, 2005).

1. Mekanisme koping

Kemampuan individu menanggulangi kecemasan secara konstruksi merupakan faktor utama yang membuat klien berperilaku patologis atau tidak. Bila individu sedang mengalami kecemasan ia mencoba menetralisasi, mengingkari atau meniadakan kecemasan dengan mengembangkan pola koping. Pada kecemasan ringan, mekanisme koping yang biasanya digunakan adalah menangis, tidur, makan, tertawa, berkhayal, memaki, merokok, olahraga, mengurangi kontak mata dengan orang lain, membatasi diri pada orang lain (Suliswati, 2005).

Mekanisme koping untuk mengatasi kecemasan sedang, berat dan panik membutuhkan banyak energi. Menurut Suliswati (2005), mekanisme koping yang dapat dilakukan ada dua jenis, yaitu :

1. Task oriented reaction atau reaksi yang berorientasi pada tugas. Tujuan yang ingin dicapai dengan melakukan koping ini adalah individu mencoba menghadapi kenyataan tuntutan stress dengan menilai secara objektif ditujukan untuk mengatasi masalah, memulihkan konflik dan memenuhi kebutuhan.
2. Perilaku menyerang digunakan untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.
3. Perilaku menarik diri digunakan baik secara fisik maupun psikologik untuk memindahkan seseorang dari sumber stress.
4. Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara seseorang mengoperasikan, mengganti tujuan, atau mengorbankan aspek kebutuhan personal seseorang.
5. Ego oriented reaction atau reaksi berorientasi pada ego. Koping ini tidak selalu sukses dalam mengatasi masalah. Mekanisme ini seringkali digunakan untuk melindungi diri, sehingga disebut mekanisme pertahanan ego diri biasanya mekanisme ini tidak membantu untuk mengatasi masalah secara realita. Untuk menilai penggunaan makanisme pertahanan individu apakah adaptif atau tidak adaptif, perlu di evaluasi hal-hal berikut :
6. Perawat dapat mengenali secara akurat penggunaan mekanisme pertahanan klien.
7. Tingkat penggunaan mekanisme pertahanan diri terebut apa pengaruhnya terhadap disorganisasi kepribadian.
8. Pengaruh penggunaan mekanisme pertahanan terhadap kemajuan kesehatan klien.
9. Alasan klien menggunakan mekanisme pertahanan

b. Contoh masalah keperawatan yang muncul

* “Ansietas”

D.. Intervensi Krisis

1. Pengertian

Krisis adalah reaksi berlebihan terhadap situasi yang mengancam saat kemampuan menyelesaikan masalah yang memiliki klien dan respon kopingnya tidak adekuat untuk mempertahankan keseimbangan (Isaacs, Ann. 2004).

Krisis adalah gangguan internal yang diakibatkan oleh peristiwa yang menegangkan atau ancaman yang dirasakan pada diri individu (Depkes, 2000).

1. Jenis-jenis krisis

**Krisis Perkembangan**

 Terjadi sebagai respon terhadap transisi dari satu tahap maturasi ke tahap lain dalam siklus kehidupan ( misalnya beranjak dari manja ke dewasa )

**Krisis Situasional**

 Terjadi sebagai respon terhadap kejadian yng tiba-tiba dan tidak terduga dalam kehidupan seseorang. Kejadian tersebut biasanya berkaitan dengan pengalaman kehilangan (misalnya kematian orang yang dicintai)

**Krisis Adventisius**

 Terjadi sebagai respon terhadap trauma berat atau bencana alam. Krisis ini dapat mempengaruhi individu, masyarakat bahkan negara.

1. Intervensi Krisis

Adalah metode pemberian bantuan terhadap mereka yang tertimpa krisis, dimana masalah yang membutuhkan penanganan yang cepat dapat segera diselesaikan dan keseimbangan psikis yang dipulihkan.

**Pertimbangan Umum**

1. Krisis terjadi pada semua individu pada satu saat yang lain.
2. Krisis tidak selalu bersifat patologis; krisis dapat menjadi stimulus pertumbuhan dan pembelajaran.
3. Krisis sangat terbatas dalam hal waktu dan biasanya teratasi dengan satu atau lain cara dalam periode yang singkat(4 sampai 6 minggu).
Penyelesaian krisis dapat dikatakan berhasil bila fungsi kembali pulih atau ditingkatkan melalui pembelajaran baru. Penyelesaian krisis dinyatakan gagal bila fungsi tidak kembali pulih ke tingkat sebelum krisis, dan individu mengalami penurunan tingkat fungsional.
4. Persepsi individu terhadap masalah yang dihadapi dapat menentukan krisis. Setiap individu memiliki respons yang unik terhadap masalah yang dialaminya.
5. Faktor penyeimbang merupakan hal yang penting dalam memprediksi hasil dari respons individu terhadap krisis. Beberapa faktor telah diidentifikasi sebagai prediktor hasil yang baik (Aguilera, 1998)
* Persepsi terhadap kejadian pencetus bersifat realistis bukan terdistorsi.
* Dukungan situasional (misalnya., keluarga, teman) tersedia bagi individu tersebut.
* Mekanisme koping yang mengurangi ansietas.
1. Urutanperkembangankrisis
- Periode prakrisis: individu memiliki keseimbangan emosional.
- Periode krisis: individu memiliki pengalaman subjektif berupa kekecewaan, gagal melakukan mekanisme koping yang biasa, dan mengalami berbagai gejala.

 - Periode pascakritis: resolusi krisis

 4. **Gejala Umum Individu yang Mengalami Krisis**
 **GejalaFisik**
 Keluhan somatik (mis., sakit kepala, gastrointestinal, rasa sakit)
 Gangguan nafsu makan (mis., peningkatan atau penurunan berat badan yang signifikan)
 Gangguan tidur (mis., insomnia, mimpi buruk)
 Gelisah; sering menangis; iritabilitas

 **Gejala Kognitif**
 Konfusi sulit berkonsentrasi
 Pikiran yang kejar mengejar
 Kewtidakmampuan mengambil keputusan

 **Gejala Perilaku**

 Disorganisasi

 Impulsif ledakan kemarahan

 Sulit menjalankan tanggung jawab peran yang biasa

 Menarik diri dari interaksi sosial

 **Gejala Emosional**

 Ansietas; marah, merasa bersalah

 Sedih; depresi

 Paranoid; curiga

 Putus asa; tidak berdaya

5. Proses Keperawatan

1. Pengkajian
2. Faktor predisposisi
	1. Keberhasilan seseorang dalam menyelesaikan masalahnya pada fase-fase tumbuh kembang akan mempengaruhi kemampuan individu mengatasi stres dalam hidupnya. Setiap fase individu mengalami krisis yang lazim yang disebut krisis maturasi.
	2. Krisis maturasi terjadi dalam satu periode transisi yang dapat mengganggu keseimbangan psikologis seperti pada masa pubertas, masa perkawinan, menjadi orang tua, menopause, lanjut usia.
	3. Krisis maturasi memerlukan perubahan peran yang dipengaruhi oleh contoh peran yang memadai.
3. Faktor presipitasi

 1. Identifikasi kejadian pencetus dam situasi krisis

 2. Tentukan persepsi klien tentang krisis yang dihadapi, meliputi kebutuhan utamayang terancam krisis, tingkat gangguan hidup, dan gejala-gejala yang dialami klien.

 3. Tentukan faktor-faktor penyeimbang yang ada, meliputi apakah klien memiliki persepssi yang realistis terhadap krisis yang terjadi, dukungan situasional (mis, keluarga, teman, sumber daya finansial, sumber daya spiritual, dukungan masyarakat), dan penggunaan mekanisme koping.

 4. Identifikasi kelebihan klien

 Apa yang terjadi pada Anda? = Persepsi individu terhadap hal yang terjadi (realistik atau terdistorsi)

 Apa yang Anda pikir dan rasakan? = Gejala kognitif atau emosional atas apa yang terjadi.

 Apakah Anda mengalami gejala fisik atau perubahan prilaku Anda yang biasanya? = Gejala fisik, prilaku

 Apakah Anda sudah pernah mengalami hal yang serupa dengan kejadian ini dalam hidup Anda? Kalau ya, bagaimana Anda melakukan koping pada saat itu ? = Pengalaman di masa lalu tentang krisis dan koping yang digunakan

 Menurut Anda apa yang menjadi kelebihan pribadi Anda? = Pengakuan individu atas kelebihannya

 Siapa yang Anda rasa sangat banyak membantu atau mendukung Anda? = Sistem pendukung dalam hidup Anda

 Apa yang telah Anda coba selama ini untuk mengatasi krisis tersebut ? = Penggunaan tindakan koping dalam situasi saat ini.

1. Contoh masalah keperawatan yang muncul
* “Koping individu tidak efektif”
* “Ansietas”

E. Psikofisiologis (Psikosomatis)

 Tingkat hubungan antara jiwa dan tubuh merupakan hal yang menarik bagi para ilmuwan dan filsafat, jiwa dan tubuh dianggap sebagai bagian yang terpisah. Akhir-akhir ini hubungan antara kedua aspek tersebut menjadi pusat perhatian. Banyak peneliti yang memusatkan pada respon stres dan dampak stres, termasuk stres psikologis terhadap fungsi fisiologis tubuh (Depkes, 2000).

1. Rentang respons

Hans Selye merupakan peneliti mengenai respon stres dan menguraikan tentang sindrom adaptasi umum yang terdiri dari tiga tahap :

1. Reaksi alarm, respon langsung terhadap stresor yang belum dikurangi secara lokal. Mekanisme respons adrenokortikal digerakkan, menyebabkan perilaku yang berkaitan dengan respon menyerang atau menghindar.
2. Tahap resisten, terjadi resisten terhadap stressor. Tubuh beradaptasi pada tingkat fungsi yang rendah dan memerlukan energi yang lebih untuk bertahan hidup.
3. Tahap kehabisan tenaga, pada tahap ini mekanisme koping menjadi melemah/gagal. Efek negatif dari stressor menyerang ke seluruh organ tubuh. Apabila stressor tidak dihilangkan atau dilawan, dapat terjadi kematian.

**Rentang respon Psiko-fisiologis (Depkes, 2000)**

**respon adaptif respon maladaptif**

**Alarm Resisten Kehabisan tenaga**

1. Proses keperawatan
2. Pengkajian
3. Faktor predisposisi
* Faktor biologis (Stuart, 2007) :
* Emosi dikaitkan dengan bangkitan sistem neuroendokrin melalui pelepasan kortikosteroid, aksi sistem neurotransmitter dan perubahan reseptor pascasinaptik dalam berespons terhadap stress.
* Faktor genetik terbukti memengaruhi prevalensi beberapa gangguan psikofisiologis.
* Psikoimunologi mengkaji hubungan antara jiwa dan sistem imun serta menemukan faktor biologis yang memengaruhi cara otak melindungi diri dari sel yang rusak akibat trauma, penyakit atau stres.
1. Faktor psikologis
* Kepribadian tipe A mewakili hubungan tipe kepribadian dengan gangguan fisiologis, dalam hal ini jantung.
* Peneliti lain telah mendokumentasikan hubungan antara gaya kepribadian dengan gangguan fisiologisnseperti hipertensi dan sakit kepala migrain.
* Penyakit fisik dapat terjadi tanpa disertai kerusakan organik. Dalam hal ini, konflik psikologis dan ansietas dicurigai menimbulkan respons somatik pada individu.
1. Faktor sosial

Interaksi sosial mempengaruhi tekanan darah dan suhu tubuh.

1. Faktor presipitasi

Penyakit fisio-psikologis terjadi akibat dari usaha mengatasi ansietas. Stressor presipitasi dapat berupa pengalaman yang berlebihan atau mungkin tampak sederhana. Kehilangan hubungan sering dikaitkan dengan perkembangan gejala fisik.

1. Sumber koping

Salah satu bagian yang paling penting dari peningkatan respons psikofisiologis yang adaptif adalah dengan mengubah kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan. Dukungan sosial dari keluarga, teman dan pemberi pelayanan juga merupakan sumber yang penting.

1. Mekanisme koping

Gangguan psikofisiologis dapat dipandang sebagai upaya untuk mengatasi ansietas yang berhubungan dengan stres yang berlebihan. Mekanisme pertahanan ego yang berkaitan dengan gangguan ini meliputi

1. Represi perasaan, konflik, dan inpuls yang tidak dapat diterima
2. Penyangkalan masalah psikologis
3. Kompensasi
4. Regresi
5. Masalah keperawatan yang muncul

“Gangguan penyesuaian individu”

1. Gangguan Konsep diri
2. Pengertian

Konsep diri adalah semua pikiran, kepercayaan dan keyakinan yang diketahui tentang dirinya yang mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart, Sundeen 1991). Konsep diri belum ada saat dilahirkan, tetapi dipelajari dari pengalaman unik melalui eksplorasi diri sendiri hubungan dengan orang dekat dan berarti bagi dirinya.

Konsep diri berkembang dengan baik apabila : budaya dan pengalaman di keluarga dapat memberikan perasaan positif, memperoleh kemampuan yagn berarti bagi individu / lingkungan dan dapat beraktualisasi, sehingga individu menyadari potensi dirinya.

1. Rentang respons

Respon individu terhadap konsep diri, berfluktuasi sepanjang rentang respon dari adaptif sampai maladaptif.

 **Rentang respons terhadap konsep diri**

 Respon adaptif Respon maladaptif

Konsep diri positif Kekacauan identitas



Aktualisasi Harga diri Depersonalisasi

diri rendah

1. Aktualisasi diri adalah : pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima.
2. Konsep diri positif apabila individu mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri dan menyadari hal-hal positif maupun yang negatif dari dirinya.
3. Harga diri rendah adalah : Individu cenderung untuk menilai dirinya negatif dan merasa lebih rendah dari orang lain.
4. Identitas kacau adalah kegagalan individu mengintegrasikan aspek-aspek identitas masa kanak-kanak ke dalam kematangan aspek psikososial kepribadian pada masa dewasa yang harmonis.
5. Depersonalisasi adalah : perasaan yang tidak realistis dan asing terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan dirinya dengan orang lain.

 Konsep diri terdiri dari 5 (lima) komponen (Stuart dan Sundeen 1991) yaitu :

1. Tubuhnya, disadari atau tidak disadari. Termasuk persepsi, perasaan masa lalu dan sekarang, tentang ukuran tubuh, fungsi, penampilan dan potensi diri.

Pandangan ini terus berubah oleh pengalaman dan persepsi baru. Gambaran tubuh yang diterima secara realistis akan meningkatkan keyakinan diri sehingga dapat mantap dalam menjalani kehidupan. Perubahan pada tubuh seperti perkembangan payudara, perubahan suara, pertumbuhan bulu-bulu dan menstruasi pada wanita adalah perubahan yang dapat mempengaruhi tubuh yang perlu diantisipasi oleh individu.

1. Ideal diri (Self ideal) adalah : persepsi individu tentang perilaku yang harus dilakukan sesuai dengan standar, aspirasi, tujuan atau nilai yang ditetapkan. Ideal diri diperlukan oleh individu untuk memacu pada tingkat yang lebih tinggi.
2. Harga diri (self esteem) adalah : penilaian tentang nilai individu dengan menganalisa kesusian perilaku dengan ideal diri. Harga diri yang tinggi berakar dari penerimaan diri sendiri tanpa syarat, sebagia individu yang berarti dan penting, walaupun salah, gagal atau kalah. Harga diri diperoleh dari penghargaan diri sendiri dan orang lain. Faktor yang mempengaruhi harga diri tinggi adalah perasaan diterima, dicintai, dihormati serta frekuensi kesuksesan.
3. Peran (role performance) adalah : seperangkat perilaku yang diharapkan oleh masyarakat tersebut.

Menurut Stuart dan Sundeen (1989 hal 400) ada 5 (lima) faktor yang mempengaruhi penyesuaian diri dengan peran :

1. Kejelasan perilaku dan pengetahuan yang sesuai dengan peran.
2. Konsistensi respons yang berarti terhadap peran individu.
3. Keseimbangan dan kesesuaian antara peran yang dilakukan.
4. Keselarasan harapan dan kebudayaan dengan peran.
5. Kesesuaian situasi yang dapat mendukung pelaksanaan peran.
6. Identitas (identity) adalah : penilaian individu terhadap dirinya sebagai satu kesatuan yang utuh, berlanjut, konsisten dan unik. Ini berarti individu tersebut otonom, berbeda dengan orang lain, termasuk persepsinya terhadap jenis kelamin. Pembentukan identitas dimulai sejak lahir dan berkembang melalui siklus kehidupan dan terutama pada periode remaja.

Individu dengan kepribadian yang sehat mempunyai ciri-ciri konsep diri sebagai berikut :

1. Konsep diri yang positif
2. Gambaran diri yang tepat dan positif
3. Ideal diri yang realistis
4. Harga diri yang tinggi
5. Penampilan diri yang memuaskan
6. Identitas yang jelas

1. Proses keperawatan
2. Pengkajian
3. Faktor predisposisi

Faktor yang mempengaruhi konsep diri adalah :

* Faktor yang mempengaruhi harga diri, termasuk penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis.
* Faktor yang mempengaruhi penampilan peran, yaitu peran yang sesuai dengan jenis kelamin, peran dalam pekerjaan dan peran yang sesuai dengan kebudayaan.
* Faktor yang mempengaruhi identitas diri, yaitu orang tua yang tidak percaya pada anak, tekanan teman sebaya dan kultur sosial yang berubah.
1. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dapat disebabkan oleh faktor dari dalam atau faktor dari luar individu (internal or external sources), yang dibagi 5 (lima) kategori :

* Ketegangan peran, adalah stres yang berhubungan dengan frustasi yang dialami individu dalam peran atau posisi yang diharapkan seperti konsep berikut ini :
* Konflik peran ; ketidaksesuaian peran antara yang dijalankan dengan yang diinginkan.
* Peran yang tidak jelas ; kurangnya pengetahuan individu tentang peran yang dilakukannya.
* Peran berlebihan ; kurang sumber yang adekuat untuk menampilkan seperangkat peran yang kompleks.
* Perkembangan transisi, yaitu perubahan norma yang berkaitan dengan nilai untuk menyesuaikan diri.
* Situasi transisi peran, adalah bertambah atau berkurangnya orang penting dalam kehidupan individu melalui kelahiran atau kematian orang yang berarti.
* Transisi peran sehat-sakit, yaitu peran yang diakibatkan oleh keadaan sehat atau keadaan sakit. Transisi ini dapat disebabkan :
* Kehilangan bagian tubuh
* Perubahan ukuran dan bentuk, penampilan atau fungsi tubuh
* Perubahan fisik yang berkaitan dengan pertumbuhan dan perkembangan
* Prosedur pengobatan dan perawatan

Ancaman fisik seperti pemakaian oxygen, kelelahan, ketidakseimbangan bio-kimia, gangguan penggunaan obat, alkohol dan zat.

1. Perilaku

Data yang dikumpulkan oleh seorang perawat, hendaknya data perilaku yang objektif dan dapat diamati. Perilaku yang berhubungan dengan harga diri yang rendah (Stuart dan Sundeen 1995) yaitu identitas kacau dan depersonalisasi dapat dilihat pada tabel berikut :

Perilaku dengan harga diri yang rendah

|  |  |
| --- | --- |
| * Mengkritik diri sendiri atau orang lain
* Produktifitas menurun
* Destruktif pada orang lain
* Gangguan berhubungan
* Merasa diri lebih penting
* Merasa tidak layak
* Rasa bersalah
* Mudah marah dan tersinggung
* Perasaan negatif terhadap diri sendiri
 | * Pandangan hidup yang pesimis
* Keluhan-keluhan fisik
* Pandangan hidup terpolarisasi
* Mengingkari kemampuan diri sendiri
* Mengejek diri sendiri
* Mencederai diri sendiri
* Isolasi sosial
* Penyalahgunaan zat
* Menarik diri dari realitas
* Khawatir
* Ketegangan peran
 |

Perilaku Identitas Kacau

|  |  |
| --- | --- |
| * Tidak mengindahkan moral
* Mengurangi hubungan interpersonal
* Perasaan kosong
* Perasaan yang berubah-ubah
* Kekacauan identitas seksual
* Kecemasan yang tinggi
 | * Tidak mampu berempati
* Kurang keyakinan diri
* Mencintai diri sendiri
* Masalah hubungan intim
* Ideal diri tidak realistis
 |

Perilaku dengan Depersonalisasi

|  |  |
| --- | --- |
| Afek  | * Identitas hilang
* Asing dengan diri sendiri
* Perasaan tidak aman, rendah diri, takut, malu
* Perasaan tidak realistis
* Merasa sangat terisolasi
 |
| Persepsi  | * Halusinasi pendengaran dan penglihatan
* Tidak yakin akan jenis kelaminnya
* Sukar membedakan diri dengan orang lain
 |
| Kognitif  | * Kacau
* Disorientasi waktu
* Penyimpangan pikiran
* Daya ingat terganggu
* Daya penilaian terganggu
 |
| Perilaku | * Afek kumpul
* Pasif dan tidak ada respon emosi
* Komunikasi tidak selaras
* Tidak dapat mengontrol perasaan
* Tidak ada insiatif dan tidak mampu mengambil keputusan
* Menarik diri dari lingkungan
* Kurang bersemangat
 |

1. Mekanisme koping

|  |  |
| --- | --- |
| Jangka Pendek | Jangka Panjang |
| 1. Kegiatan yang dilakukan untuk lari sementara dari krisis : Pemakaian obat-obatan, kerja keras, nonton TV terus menerus.
 | 1. Menutup Identitas :Terlalu cepat mengadopsi identitas yang disenangi dari orang-orang yang berarti, tanpa mengindahkan hasrat, aspirasi atau potensi diri sendiri. |
| 1. Kegiatan mengganti identitas sementara : (ikut kelompok sosial, keagamaan, politik).
 | 2. Identitas negatif :Asumsi yang bertentangan dengan nilai dan harapan masyarakat. |
| 1. Kegiatan yang memberi dukungan sementara : (kompetisi olah raga kontes popularitas).
 |  |
| 1. Kegiatan mencoba menghilangkan anti identitas sementara : (penyalahgunaan obat-obat).
 |  |

Mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan adalah : fantasi, disasosiasi, isolasi, proyeksi, mengalihkan marah berbalik pada diri sendiri dan orang lain.

5) Contoh masalah keperawatan yang muncul

-. “Keputusasaan”

- “Gangguan identitas pribadi”

- “Resiko pelemahan martabat”

- “Resiko kesepian”

- “Harga diri rendah kronik/situasional

1. Perencanaan keperawatan umum : Respon konsep diri maladaptif (Depkes 2000)
2. Tujuan jangka panjang

Meningkatkan aktualisasi diri klien dengan membantu menumbuhkan, mengembangkan, menyadari potensi sambil mencari kompensasi ketidakmampuan.

1. Tujuan jangka pendek

Klien dapat mengenal dukungan yang dibutuhkan dalam menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan konsep diri dan membantu klien agar lebih mengerti akan dirinya secara tepat.

1. Tindakan keperawatan

Tindakan keperawatan membantu klien mengidentifikasikan penilaian tentang situasi dan perasaan yang terkait, guna meningkatkan penilaian diri dan kemudian melakukan perubahan perilaku. Pendekatan penyelesaian masalah ini memerlukan tindakan yang bertahap sebagai berikut :

1. Memperluas kesadaran diri
2. Menyelidiki diri
3. Mengevaluasi diri
4. Membuat perencanaan yang realistis
5. Bertanggung jawab dalam bertindak

**Tahap memperluas keasadaran diri**

|  |  |
| --- | --- |
| Prinsip | Tindakan |
| Membina hubungan saling percaya | * Menerima klien apa adanya
* Dengarkan klien
* Dorong klien mendiskusikan pikiran dan perasaannya
* Respon yang tidak mengadili
* Katakan bahwa klien adalah individu berharga, bertanggung jawab dan dapat menolong diri sendiri
 |
| Bekerja dengan kemampuan yng dimiliki | * Identifikasi kemampuan klien
* Arahkan klien sesuai dengan kemampuan yang dimiliki
* Meyakinkan identitas pasien
* Beri dukungan untuk menurunkan panik
* Pendekatan tanpa menuntut
* Menerima dan mengklarifikasikan komunikasi verbal dan non verbal
* Cegah klien mengisolasi diri
* Ciptakan kegiatan rutin (ADL)
* Buat batasan perilaku yang tidak pantas
* Orientasikan klien kedunia yang nyata
* Beri pujian pada perilaku yang tepat
* Tingkatkan kegiatan dan tugas secara berharap untuk menimbulkan pengalaman positif
 |
| Bantu klien menerima perasaan dan pikirannya | * Motivasi klien mengekspresikan emosi, keyakinan perilaku dan pikirnnya
* Gunakan komunikasi terapeutik dan empati
* Catat pikiran yang logis dan tak logis,observasi respon emosi
 |
| Menolong klien menjelaskan konsep dirinya dan hubungannya dengan orng lain secara terbuka | * Tumbuhkan persepsi klien tehadap kekuatan dan kelemahannya
* Bantu klien menurunkan self ideanya
* Bantu klien menjelaskan hubungannya dengan orang lain
 |
| Menyadari dan mengontrol perasaan perawat | * Sadari perasaan sendiri baik perasaan negatif dan positif dalam berhubungan
 |
| Empati pada klien, tekankan bahwa kekuatan untuk berubah ada pada klien | * Gunakan respon empati dan observasi apakah perasaan perawat simpati atau empati
* Jelaskan bahwa klien berguna dalam memecahkan masalahnya
* Libatkan keluarga dan kelompok menyelidiki diri klien
* Bantu klien mengenal konflik dan koping maladaptive
 |

Membnatu klien mengevaluasi diri

|  |  |
| --- | --- |
| Prinsip | Tindakan |
| Membantu klien mengidentifikasi masalahnya secara jelas | * Bersama klien identifikasi stresor dan bagaimana penilainnya
* Jelaskan bahwa keyakinan klien mempengaruhi perasaan dan perilakunya
 |
| Kaji rspon koping adaptif dan maladaptif klien terhadap masalah klien  | * Besama klien mengidentifikasi
* Kyakinan, ilusi, tujuan yang tidak readentifikasi kekuatan listis
* Idetifikasi kekuatan klien
* Tunjukan konsep sukses dan gagal dalam persepsi yang cocok
* Teliti simber koping yang digunakan klien
* Uraikan pada klien bahwa respon koping dapat dipilih dengan bebas dan mempunyai dampak positif maupun negatif
* Komunikasi yang memfasilitasi konprontasi yang mendukung
* Klarifikasi peran
 |

Membantu klien membuat rencana yang realistis

|  |  |
| --- | --- |
| Prisip | Tindakan |
| Bantu klien mengidentifikasi pemecahan masalah | * Jelaskan bawa yang dapat merubah dirinya adalah klien bukan orang lain
* Bant klien dan ide klien kedalam kenyataan
* Gunakan lingkungan membantu keyakinan klien jadi konsisten
 |
| Bantu klien mengkonsep tujuan yang ralistis | * Bantu klien merumuskan tujuan klien
* Bantu klien untuk menetapkan perubahan yang dinginkan
* Anjurkan klien menggunakan pengalaman baru untuk mengembangkan potensinya
* Gunakan role medel, role play, visualisasi, dan reemonstrasi yang sesuai
 |

Membantu klien membuat keputusan dan mencapai tujuan

|  |  |
| --- | --- |
| Prinsip | Tindakan |
| Mengeksplorasi koping adaptif dan maladaptif klien dalam memecahkan masalahnya | * Beri kesempatan klien untuk memilih koping yang ingin digunakan dan konsekuensinya
* Bantu klien mengidentifikasi kuntungan kerugian mekanisme koping yang dipilih
* Diskusikan klien memlih mekanisme koping negatif berikut konsekuensinya
* Berikan dukungan positif untuk mempertahankan kemajuannya
 |

**MANAJEMEN STRESS**

Stres biasanya dipersepsikan sebagai sesuatu yang negatif padahal tidak. Terjadinya stres dapat disebabkan oleh sesuatu yang dinamakan stresor. Bentuk stresor ini dapat dari lingkungan, kondisi dirinya serta pikiran. Dalam pengertian stres itu sendiri juga dapat dikatakan sebagai stimulus, di mana penyebab stres dianggap sebagai sesuatu hal yang biasa. Stres juga dikatakan sebagai respons, artinya dapat merespons apa yang terjadi, juga disebut sebagai transaksi yakni hubungan antara stresor. Dianggap positif karena adanya interaksi antara individu dengan lingkungan.

Menurut Hans Selye, “Stres adalah respons manusia yang bersifat nonspesifik terhadap setiap tuntutan kebutuhan yang ada dalam dirinya” (Pusdiknakes, Dep.Kes.RI,1989). Stres adalah reaksi atau respons tubuh terhadap stresor psikososial (tekanan mental atau beban kehidupan)” (Dadang Hawari, 2001). Stres adalah suatu kekuatan yang mendesak atau mencekam, yang menimbulkan suatu ketegangan dalam diri seseorang” (Soeharto Heerdjan, 1987)Secara umum, yang dimaksud “Stres adalah reaksi tubuh terhadap situasi yang menimbulkan tekanan, perubahan, ketegangan emosi, dan lain-lain”. “Stres adalah segala masalah atau tuntutan penyesuaian diri, dan karena itu, sesuatu yang mengganggu keseimbangan kita” (Maramis, 1999).

**Tahapan stress**

1. Tahapan Pertama
Merupakan tahap yang ringan dari stres yang ditandai dengan adanya semangat bekerja besar, penglihatannya tajam.
2. Tahap Kedua
Stres tahap kedua ini seseorang memiliki ciri sebagai berikut adanya perasaan letih sewaktu bangun pagi yang semestinya segar, terasa lelah sesudah makan siang, cepat lelah menjelang sore, sering mengeluh lambung atau perut tidak nyaman.
3. Tahap Ketiga
Pada tahap ketiga seseorang akan mengalami gangguan seperti pada lambung dan usus seperti adanya keluhan gastritis, buang air besar tidak teratur, ketegangan otot semakin terasa, perasaan tidak tenang, gangguan pola tidur seperti sukar mulai untuk tidur, terbangun tengah malam dan sukar kembali tidur, lemah, terasa seperti tidak memiliki tenaga
4. Tahap Keempat
Tidak mampu melaksanakan kegiatan sehari-hari, adanya gangguan pola tidur, sering menolak ajakan karena tidak bergairah, kemampuan mengingat dan konsentrasi menurun karena adanya perasaan ketakutan dan kecemasan yang tidak diketahui penyebabnya.
5. Tahap Kelima
Stress tahap ini ditandai dengan adnya kelelahan fisik secara mendalam, tidak mampu menyelesaikan pekerjaan yang ringan dan sederhana, gangguan pada system pecernaan semakin berat.
6. Tahap Keenam
Tahap ini merupakan tahap puncak dan seseorang mengalami panik dan perasaan takut mati dengan ditemukan gejala seperti detak jantung semakin keras, susah bernafas, terasa gemetar seluruh tubuh dan berkeringat, kemudian terjadi kolaps atau pingsan.
7. Reaksi tubuh terhadap stres
Stres yang dialami seseorang dapat menimbulkan reaksi yang ada pada tubuh baik secara fisiologis maupun psikologis. Reaksi pada sistem pencernaan dapat mengalami gangguan seperti lambung terasa kembung, mual, pedih karena peningkatan asam lambung (gastritis), pada sistem perkemihan terjadi gangguan seperti adanya frekuensi buang air kecil yang sering, pada otot dan tulang terjadi ketegangan dan terasa ditusuk-tusuk, khususnya pada persendian dan terasa kaku (A. Aziz Alimul Hidayat, 2004)

**Cara mengukur stres**

**Manajemen stres**

Manajemen stress kemungkinan melihat promosi kesehatan sebagai aktivitas atau intervasi atau mengubah pertukaran rrespon terhadap penyakit. Fokusnya tergantung pada tujuan dari intervensi keperawatan berdasarkan keperluan pasien. Perawat bertanggung jawab pada implemenetasi pemikiran yang dikeluarkan pada beberapa daerah perawatan.

MANAJEMEN STRESS UNTUK KLIEN
—REGULER EXERCISE : suatu kegiatan yang dilakukan secara teratur menjadi suatu kebiasaan yang positif.
—DIET DAN NUTRISI : mengkonsumsi makanan yang tinggi serat dan rendah lemak.
—SUPPORT SISTEM :
—TIME MANAGEMENT
—HUMOR : berpikiran positif dan bebas mengemukakan pendapat
—ISTIRAHAT : istirahat yang cukup, tidur sesuai kebutuhan diri
—TEHNIK RELAKSASI : tekhnik nafas dalam, imajinasi positif dan massase
—SPIRITUALITAS : meningkatkan frekuensi ibadah sehari-hari

CARA MENGELOLA STRES

* Akui bahwa anda stress

• Jaga kesehatan rohani anda (tetap berdo'a/ mendekatkan diri kepada Yang Maha Kuasa

• Keluarkan emosi anda

• Kendalikan rasa panik

• Jaga kesehatan fisik dengan baik (berolah raga)

• Tidur yang cukup

• Konsumsi makanan bergizi (Vit A, C dan B)

• Sering istirahat

• Relaksasi

• Rekreasi dengan orang-orang terdekat (keluarga)

• Selalu berpikir positif

• Pertimbangkan untuk melakukan konsultasi dengan orang lain atau

 psikolog profesional

Menurut Dirjen Peningkatan Mutu Pendidik dan Tenaga Kependidikan, 2008, Cara seseorang mengatasi stres dapat dikelompokkan menjadi dua kategori.

*Pertama*, cara ini merupakan cara yang spontan dan tidak disadari, dimana pengelolaan stres berpusat pada emosi yang dirasakan. Dalam istilah psikologi diklasifikasikan sebagai *defense mechanism*. Beberapa perilaku yang tergolong kedalam kelompok ini adalah:

1. *Acting out*, yaitu menampilkan tindakan yang justru tidak mengatasi masalah. Perilaku ini lebih sering terjadi pada orang yang kurang mampu mengendalikan/menguasai diri, misalnya merusak barang-barang di sekitarnya.
2. *Denial,* yaitu menolak mengakui keadaan yang sebenarnya. Hal ini bisa bermakna positif, bisa pula bermakna negatif. Sebagai contoh, seseorang guru menyadari bahwa dirinya memiliki kelemahan dalam berbahasa Inggris, namun ia terus berupaya untuk mempelajarinya; bisa bermakna positif bila dengan usahanya tersebut terjadi peningkatan kemampuan; bermakna negatif bila kemampuannya tidak meningkat karena memang potensinya sangat terbatas, namun ia tetap berusaha sampai mengabaikan pengembangan potensi lain yang ada dalam dirinya.
3. *Displacement*, yaitu memindahkan/melampiaskan perasaan/emosi tertentu pada pihak/objek lain yang benar-benar tidak ada hubungannya namun dianggap lebih aman. Contohnya: Seorang guru merasa malu karena ditegur oleh Kepala Sekolah di depan guru-guru lain, maka ia melampiaskan perasaan kesalnya dengan cara memarahi murid-murid di kelas.
4. *Rasionalisasi*, yaitu membuat alasan-alasan logis atas perilaku buruk. Contohnya: Seorang Kepala Sekolah yang tidak menegur guru yang membolos selama 3 hari mengatakan bahwa ia tidak menegur guru tersebut karena pada saat itu ia sedang mengikuti pelatihan untuk kepala sekolah di ibukota provinsi.

*Kedua*, cara yang disadari, yang disebut sebagai *direct coping*, yaitu seseorang secara sadar melakukan upaya untuk mengatasi stres. Jadi pengelolaan stres dipusatkan pada masalah yang menimbulkan stres. Ada dua strategi yang bisa dilakukan untuk mengatasi stres, yaitu:

1. Meningkatkan toleransi terhadap stres, dengan cara meningkatkan keterampilan/kemampuan diri sendiri, baik secara fisik maupun psikis, misalnya, Secara psikis: menyadarkan diri sendiri bahwa stres memang selalu ada dalam setiap aspek kehidupan dan dialami oleh setiap orang, walaupun dalam bentuk dan intensitas yang berbeda. Secara fisik: mengkonsumsi makanan dan minuman yang cukup gizi, menonton acara-acara hiburan di televisi, berolahraga secara teratur, melakukan tai chi, yoga, relaksasi otot, dan sebagainya.
2. Mengenal dan mengubah sumber stres, yang dapat dilakukan dengan tiga macam pendekatan, yaitu:  (a) bersikap asertif, yaitu berusaha mengetahui, menganalisis, dan mengubah sumber stres. Misalnya: bila ditegur pimpinan, maka respon yang ditampilkan bukan marah, melainkan menganalisis mengapa sampai ditegur; (b)  menarik diri/menghindar dari sumber stres. Tindakan ini biasanya dilakukan bila sumber stres tidak dapat diatasi dengan baik. Namun cara ini sebaiknya tidak dipilih karena akan menghambat pengembangan diri. Kalaupun dipilih, lebih bersifat sementara, sebagai masa penangguhan sebelum mengambil keputusan pemecahan masalah; dan (c) kompromi, yang bisa dilakukan dengan konformitas (mengikuti tuntutan sumber stres, pasrah) atau negosiasi (sampai batas tertentu menurunkan intensitas sumber stres dan meningkatkan toleransi terhadap stres)

**EVALUASI KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL**

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan jangka pendek serta tujuan jangka panjang yang telah ditentukan.

Evaluasi pada klien dengan masalah psikososial dapat dilihat dari kemampuan klien untuk menghadapi dan menerima keadaan/kenyataan di kehidupannya, serta tindak lanjut sikap dan perilaku klien setelah menerima intervensi dari perawat yang menunjukkan perilaku yang adaptif baik yang berpengaruh terhadap dirinya ataupun terhadap orang lain.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pikir

**S** = Respon subyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan :”Bagaimana perasaan ibu setelah melakukan tekhnik yang barusan saya ajarkan?”

**O** = Respon obyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan, atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.

**A** = Analisis ulang atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan

**P** = Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respons klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut oleh perawat.

**PENDOKUMENTASIAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL**

Dokumentasi adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan pencatatan keperawatan yang berguna untuk kepentingan pasien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap tertulis dengan tanggung jawab perawat (Hidayat, hal 23 2002).

Tujuan utama pendokumentasian menurut Nursalam (hal 81, 2001) adalah :

* + 1. Mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mencatat kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi tindakan
		2. Dokumentasi dapat digunakan untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika

Pada klien masalah psikososial dokumentasi yang dapat dibuat adalah :

1. **Dokumentasi Pengkajian Keperawatan Pada klien masalah psikososial**

Prinsip dokumentasi pengkajian yang harus ada pada pasien terminal adalah :

* 1. Gunakan format pengkajian yang sistimatis untuk mendokumentasikan pengkajian, yang meliputi riwayat pasien masuk, respons pasien yang berhubungan dengan persepsi pasien, riwayat pengobatan, data pasien rujukan, pulang dan keuangan
	2. Gunakan format yang tersusun untuk mendokumentasikan pengkajian khusus untuk pasien terminal (data yang harus dikaji merujuk pada BAB I)
	3. Mencantumkan hari, tanggal, jam, tempat pengkajian, dikaji oleh siapa, sumber data, metode pengumpuna data serta alat pengumpul data
	4. Menuliskan data yang didapat dari hasil pengkajian dengan selengkap-lengkapnya dan sebenar-benarnya, apa yang diamati oleh perawat yang mengkaji itulah yang harus ditulis
	5. Membagi dan menuliskan data yang didapat menjadi dua yaitu data obyektif dan data subyektif
1. **Dokumentasi Diagnosa Keperawatan Pada klien masalah psikososial**

Prinsip dokumentasi diagnosa keperawatan yang harus ada pada pasien terminal adalah :

* 1. Membuat dan menuliskan analisa data sesuai format (contoh ada pada lampiran 4)
	2. Membuat dan menuliskan rumusan diagnosa keperawatan sesuai dengan rumusan P (Problem/Masalah), E (Etiologi/Penyebab) dan S (Symtom/ Gejala/Data)
	3. Membuat dan merumuskan masalah atau diagnosa keperawatan pada pasien terminal hendaknya sesuai dengan NANDA (merujuk pada BAB II)
	4. Membuat dan menentukan prioritas masalah sesuai dengan Hirarchi Maslow (kebutuhan fisiologis, kebutuhan aman-nyaman, kebutuhan dicintai & mencintai, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri)
	5. Dalam membuat diagnosa keperawatan hendaknya perawat harus mengikuti kaidah, aturan-aturan, norma dan prinsip pembuatan diagnosa keperawatan (merujuk pada kompetensi 2)
	6. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien terminal dapat dilihat dan merujuk pada BAB III
1. **Dokumentasi Intervensi Keperawatan Pada klien masalah psikososial**

Prinsip dokumentasi intervensi yang harus ada pada pasien terminal adalah :

* 1. Membuat sesuai format renpra (contoh ada pada lampiran 5)
	2. Mengisi kolom diagnosa keperawatan dengan cara menuliskan tanggal dan jam munculnya diagnosa, bunyi diagnosa lengkap (PES) serta siapa yang merumuskan (nama dan tandatangan perumus)
	3. Mengisi kolom intervensi dengan cara membuat rumusan tujuan, merumuskan intervensi yang dapat dilakukan serta rasionalisasi dari intervensi (contoh ada pada lampiran 5)
	4. Dalam membuat intervensi hendaknya perawat harus mengikuti kaidah, aturan-aturan, norma dan prinsip pembuatan intervensi (merujuk pada kompetensi 2)
	5. Intervensi yang dapat dibuat perawat pada pasien terminal dapat dilihat dan merujuk pada BAB IV
1. **Dokumentasi Implementasi Keperawatan Pada klien masalah psikososial**

 Prinsip dokumentasi Implementasi yang harus ada pada pasien terminal adalah :

* 1. Membuat sesuai format (contoh ada pada lampiran 5)
	2. Mengisi kolom implementasi dengan cara menuliskan hari, tanggal, dan jam pelaksanaan tindakan serta tindakan yang dilakukan dan juga nama serta tandatangan yang melakukan tindakan
	3. Dalam membuat implementasi hendaknya perawat harus mengikuti kaidah, aturan-aturan, norma dan prinsip pembuatan impelementasi (merujuk pada kompetensi 2)
	4. Implementasi/tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat pada pasien terminal dapat dilihat dan merujuk pada BAB V dan VI
1. **Dokumentasi Evaluasi Keperawatan Pada klien masalah psikososial**

 Prinsip dokumentasi evaluasi yang harus ada pada pasien terminal adalah :

* 1. Membuat sesuai format (contoh ada pada lampiran 5)
	2. Mengisi kolom evaluasi dengan cara menuliskan hari, tanggal, dan jam pelaksanaan tindakan serta evaluasi yang didapat dan juga nama serta tandatangan yang melakukan evaluasi
	3. Evaluasi diisi mengunakan format SOAPIE (contoh ada pada lampiran 5)
	4. Dalam membuat evaluasi hendaknya perawat harus mengikuti kaidah, aturan-aturan, norma dan prinsip pembuatan evaluasi (merujuk pada kompetensi 2)
	5. Evaluasi yang dapat dibuat perawat pada pasien terminal dapat dilihat dan merujuk pada BAB VII
1. **Dokumentasi catatan perkembangan pada klien masalah psikososial**

Prinsip dokumentasi catatan perkembangan yang harus ada pada pasien terminal adalah :

* 1. Membuat sesuai format (contoh ada pada lampiran 6)
	2. Mengisi kolom implementasi dengan cara menuliskan hari, tanggal, dan jam pelaksanaan tindakan serta tindakan yang dilakukan dan juga nama serta tandatangan yang melakukan tindakan (1 tindakan satu nama dan tandatangan yang melakukan)

Menurut Hidayat (hal 53, 2002), tehnik catatan perkembangan dapat menggunakan SOPIER, yaitu :

 S : Data Subyektif

Perkembangan keadaan didasarkan pada apa yang dirasakan dan dikeluhkan pasien

 O : Data Obyektif



**TEMA 3**

**Membuat Strategi Pelaksanaan (SP) dan Melakukan Komunikasi Terapoetik kepada Pasien dengan Gangguan Jiwa**

1. **TUJUAN**
2. Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan jiwa : komunikasi terapoetik dengan baik dan benar.

1. Tujuan Khusus

Diharapkan mahasiswa mampu

1. Membuat SP (strategi pelaksanaan) komunikasi terapoetik
2. Mempraktekkan tahapan komunikasi terapoetik yang dimulai dari tahap pra interaksi, tahap orientasi, tahap kerja dan tahap terminasi-dokumentasi pada saat berinteraksi dengan pasien dan homevisit
3. **WAKTU PELAKSANAAN**

Praktikum ini dilaksanakan selama 2 x 170 menit dengan rincian ; 2 x 100 menit pendampingan dan 2 x 70 menit mahasiswa belajar mandiri

1. **TEKHNIS PELAKSANAAN**

Mahasiawa satu kelas membagi diri menjadi empat (4) kelompok atau pembagian kelompok sesuai pada absen PBP praktikum/laboratorium, dengan rincian sebagai berikut :

1. 1x170 menit :

Kelompok 1 membuat SP Halusinasi

Kelompok 2 membuat SP Isolasi sosial

Kelompok 3 membuat SP PK

Kelompok 4 membuat SP DPD (Defisit Perawatan Diri)

1. 1x170 menit :

Demonstrasi dan re-demonstrasi komunikasi terapoetik (komter)

1. **POKOK BAHASAN**

Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapoetik

1. **METODE**

***Small Group Discussion (SGD)***

1. **ESESMEN**

*Peergroup* dan *checklist* (LO Komter)

1. **MATERI**

Komponen Strategi PelaksanaanTindakan Kep Klien Dgn Gg Jiwa

1. Kondisi klien (DS&DO)
2. Diagnosa Keperawatan
3. Tujuan
4. Tindakan Keperawatan
5. Proses Pelaksanaan Tindakan

a. Orientasi

 1. Salam terapeutik

 2. Evaluasi/validasi

 3. Kontrak : topik, waktu dan tempat

 b. Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)

 c. Terminasi

 1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan.

 - Evaluasi klien (subjektif)

 - Evaluasi perawat (objektif setelah reinforcment)

 2. Tindak Lanjutklien (apa yang perlu dilatih oleh klien sesuai hasil tindakan yang telah dilakukan)

 3. Kontrak yang akan datang : topik, waktu dan tempat

**FORMAT PENILAIAN STRATEGI PELAKSANAAN (SP) KOMUNIKASI TERAPOETIK**

**PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA**

Nama/NIM = ............................................. / ..................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **ASPEK YANG DINILAI** | **ADA** | **TIDAK ADA** |
| 1 | Tema/judul SP ditulis dengan jelas |  |  |
| 2 | Kondisi umum pasien dituliskan dengan lengkap |  |  |
| 3 | Masalah keperawatan pasien dituliskan dengan tepat  |  |  |
| 4 | Tujuan SP dituliskan dengan jelas |  |  |
| 5 | Langkah-langkah interaksi dituliskan secara spesifik dan sistematis (tahap prainteraksi, orientasi, kerja, evaluasi) |  |  |
|  | NILAI = N x 20 |  |  |

Keterangan : Yogyakarta …………………

K = nilai > 70 Penguji

BK = nilai ≤ 70

(.…………………………….)

### KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA GANGGUAN JIWA

 Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antar perawat dengan pasien. Persoalan mendasar dan komunikasi in adalah adanya saling membutuhan antara perawat dan pasien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi di antara perawat dan pasien, perawat membantu dan pasien menerima bantuan

 Manfaat komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan menganjurkan kerja sama antara perawat dan pasien melalui hubungan perawat dan pasien. Mengidentifikasi. mengungkap perasaan dan mengkaji masalah dan evaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat

 Tujuan Komunikasi Terapeutik adalah :

Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan yang efektif untuk pasien, membantu mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan diri sendiri.. Kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien sangat dipengaruhi oleh kualitas hubungan perawat-klien, Bila perawat tidak memperhatikan hal ini, hubungan perawat-klien tersebut bukanlah hubungan yang memberikan dampak terapeutik yang mempercepat kesembuhan klien, tetapi hubungan sosial biasa.

 Jenis Komunikasi Terapeutik :

Menurut Potter dan Perry (1993), Swansburg (1990), Szilagyi (1984), dan Tappen (1995) dalam Purba (2003) ada tiga jenis komunikasi yaitu verbal, tertulis dan non-verbal yang dimanifestasikan secara terapeutik.

1. Komunikasi Verbal

 Jenis komunikasi yang paling lazim digunakan dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit adalah pertukaran informasi secara verbal terutama pembicaraan dengan tatap muka. Komunikasi verbal biasanya lebih akurat dan tepat waktu. Kata-kata adalah alat atau simbol yang dipakai untuk mengekspresikan ide atau perasaan, membangkitkan respon emosional, atau menguraikan obyek, observasi dan ingatan. Sering juga untuk menyampaikan arti yang tersembunyi, dan menguji minat seseorang. Keuntungan komunikasi verbal dalam tatap muka yaitu memungkinkan tiap individu untuk berespon secara langsung.

1. Komunikasi Verbal yang efektif harus:
2. Jelas dan ringkas
3. Perbendaharaan Kata (Mudah dipahami)
4. Arti denotatif dan konotatif
5. Selaan dan kesempatan berbicara
6. Waktu dan Relevansi
7. Humor.
8. Komunikasi Tertulis

Fungsi komunikasi tertulis adalah : Sebagai tanda bukti tertulis yang otentik, misalnya; persetujuan operasi. pengingat/berpikir bilamana diperlukan, misalnya surat yang telah diarsipkan, Dokumentasi historis, misalnya surat dalam arsip lama yang digali kembali untuk mengetahui perkembangan masa lampau, Jaminan keamanan, umpamanya surat keterangan jalan, Pedoman atau dasar bertindak, misalnya surat keputusan, surat perintah, surat pengangkatan.

 Keuntungan Komunikasi tertulis adalah : Adanya dokumen tertulis, Sebagai bukti penerimaan dan pengiriman, Dapat meyampaikan ide yang rumit, Memberikan analisa, evaluasi dan ringkasan, menyebarkan informasi kepada khalayak ramai, Dapat menegaskan, menafsirkan dan menjelaskan komunikasi lisan. Membentuk dasar kontrak atau perjanjian, Untuk penelitian dan bukti di pengadilan.

 Kerugian Komunikasi tertulis adalah: Memakan waktu lama untuk membuatnya, Memakan biaya yang mahal, Komunikasi tertulis cenderung lebih formal, Dapat menimbulkan masalah karena salah penafsiran, Susah untuk mendapatkan umpan balik segera, Bentuk dan isi surat tidak dapat di ubah bila telah dikirimkan, Bila penulisan kurang baik maka akan membingungkan Si pembaca.

1. Komunikasi Non Verbal

 Komunikasi non-verbal adalah pemindahan pesan tanpa menggunakan kata-kata. Merupakan cara yang paling meyakinkan untuk menyampaikan pesan kepada orang lain. Perawat perlu menyadari pesan verbal dan non-verbal yang disampaikan klien mulai dan saat pengkajian sampai evaluasi asuhan keperawatan, karena isyarat non verbal menambah arti terhadap pesan verbal. Perawat yang mendektesi suatu kondisi dan menentukan kebutuhan asuhan keperawatan. Morris (1977) dalam Liliweni (2004) membagi pesan non verbal sebagai berikut:

1. Kinesik

 Kinesik adalah pesan non verbal yang diimplementasikan dalam bentuk bahasa isyarat tubuh atau anggota tubuh. Perhatikan bahwa dalam pengalihan informasi mengenai kesehatan, para penyuluh tidak saja menggunakan kata-kata secara verbal tetapi juga memperkuat pesan-pesan itu dengan bahasa isyarat untuk mengatakan suatu penyakit yang berbahaya, obat yang mujarab, cara memakai kondom, cara mengaduk obat, dan lain-lain.

1. Proksemik

 Proksemik yaitn bahasa non verbal yang ditunjukkan oleh “ruang” dan “jarak” antara individu dengan orang lain waktu berkomunikasi atau antara individu dengan objek.

1. Haptik

 Haptik seringkali disebut *zero proxemics*, artinya tidak ada lagi jarak di antara dua orang waktu berkomunikasi. Atas dasar itu maka ada ahli kumunikasi non verbal yang mengatakan haptik itu sama dengan menepuk-nepuk, meraba-raba, memegang, mengelus dan mencubit. Haptik mengkomunikasikan relasi anda dengan seseorang.

1. Paralinguistik

 Paralinguistik meliputi setiap penggunaan suara sehingga dia bermanfaat kalau kita hendak menginterprestasikan simbol verbal. Sebagai contoh, orang-orang Muang Thai merupakan orang yang rendah hati, mirip dengan orang jawa yang tidak mengungkapkan kemarahan dengan suara yang keras. Mengeritik orang lain biasanya tidak diungkapkan secara langsung tetapi dengan anekdot. Ini berbeda dengan orang Batak dan Timor yang mengungkapkan segala sesuatu dengan suara keras.

1. Artifak

 Kita memehami artifak dalam komunikasi komunikasi non verbal dengan pelbagai benda material disekitar kita, lalu bagaimana cara benda-benda itu digunakan untuk menampilkan pesan tatkala dipergunakan. Sepeda motor, mobil, kulkas, pakaian, televisi, komputer mungkin sekedar benda. Namun dalam situasi sosial tertentu benda-benda itu memberikan pesan kepada orang lain. Kita dapat menduga status sosial seseorang dan pakaian atau mobil yang mereka gunakan. Makin mahal mobil yang mereka pakai, maka makin tinggi status sosial orang itu.

1. Logo dan Warna

 Kreasi pan perancang untuk menciptakan logo dalam penyuluhan merupaka karya komunikasi bisnis, namun model keija m dapat ditirn dalam komunikasi kesehatan. Biasanya logo dirancang untuk dijadikan simbol da suatu karaya organisasi atau produk da suatu organisasi, terutama bagi organisasi swasta. Bentuk logo umumnya berukuran kecil dengan pilihan bentuk, warna dan huruf yang mengandung visi dan misi organisasi.

1. Tampilan Fisik Tubuh

 Acapkali anda mempunyai kesan tertentu terhadap tampilan fisik tubuh dari lawan bicara anda. Kita sering menilai seseorang mulai dari warna kulitnya, tipe tubuh (atletis, kurus, ceking, bungkuk, gemuk, gendut, dan lain-lain). Tipe tubuh itu merupakan cap atau warna yang kita berikan kepada orang itu. Salah satu keutamaan pesan atau informasi kesehatan adalah persuasif, artinya bagaimana kita merancang pesan sedemikian rupa sehingga mampu mempengaruhi orang lain agar mereka dapat mengetahui informasi, menikmati informasi, memutuskan untuk membeli atau menolak produk bisnis yang disebarluaskan oleh sumber informasi. (Liliweri, 2007:108).

1. Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Ada tiga hal mendasar yang memberi ciri-ciri komunikasi terapeutik yaitu sebagai berikut: (Arwani, 2003 : 54) : Ikhlas (*Genuiness*), Empati (*Empathy*), Hangat (*Warmth*)

1. Fase - fase dalam komunikasi terapeutik
2. Orientasi (*Orientation*) :

Pada fase ini hubungan yang terjadi masih dangkal dan komunikasi yang terjadi bersifat penggalian informasi antara perawat dan pasien. Fase ini dicirikan oleh lima kegiatan pokok yaitu *testing*, *building trust*,*identification of problems and goals*, *clarification of roles* dan *contract formation*.

1. Kerja (*Working*) :

Pada fase ini perawat dituntut untuk bekerja keras untuk memenuhi tujuan yang telah ditetapkan pada fase orientasi. Bekerja sama dengan pasien untuk berdiskusi tentang masalah-masalah yang merintangi pencapaian tujuan. Fase ini terdiri dari dua kegiatan pokok yaitu menyatukan proses komunikasi dengan tindakan perawatan dan membangun suasana yang mendukung untuk proses perubahan.

1. Penyelesaian (*Termination*) :

Paa fase ini perawat mendorong pasien untuk memberikan penilaian atas tujuan telah dicapai, agar tujuan yang tercapai adalah kondisi yang saling menguntungkan dan memuaskan. Kegiatan pada fase ini adalah penilaian pencapaian tujuan dan perpisahan (Arwani, 2003 61).

1. Faktor - faktor penghambat komunikasi

Faktor-faktor yang menghambat komunikasi terapeutik adalah Perkembangan, Persepsi, Nilai, Latar belakang sosial budaya, Emosi, Jenis Kelamin, Pengetahuan, Peran dan hubungan, Lingkungan, Jarak. CitraDiri, Kondisi Fisik

1. Berkomunikasi dengan penderita gangguan jiwa membutuhkan sebuah teknik khusus, ada beberapa hal yang membedakan berkomunikasi antara orang gangguan jiwa dengan gangguan akibat penyakit fisik. Perbedaannya adalah :
2. penderita gangguan jiwa cenderung mengalami gangguan konsep diri, penderita gangguan penyakit fisik masih memiliki konsep diri yang wajar (kecuali pasien dengan perubahan fisik, ex : pasien dengan penyakit kulit, pasien amputasi, pasien pentakit terminal dll).
3. gangguan jiwa cenderung asyik dengan dirinya sendiri sedangkan penderita penyakit fisik membutuhkan Penderita support dari orang lain.
4. Penderita gangguan jiwa cenderung sehat secara fisik, penderita penyakit fisik bisa saja jiwanya sehat tetapi bisa juga ikut terganggu.

 Sebenarnya ada banyak perbedaan, tetapi intinya bukan pada mengungkap perbedaan antara penyakit jiwa dan penyakit fisik tetapi pada metode komunikasinya. Komunikasi dengan penderita gangguan jiwa membutuhkan sebuah dasar pengetahuan tentang ilmu komunikasi yang benar, ide yang mereka lontarkan terkadang melompat, fokus terhadap topik bisa saja rendah, kemampuan menciptakan dan mengolah kata – kata bisa saja kacau balau.

Ada beberapa trik ketika harus berkomunikasi dengan penderita gangguan jiwa :

1. pada pasien halusinasi maka perbanyak aktivitas komunikasi, baik meminta klien berkomunikasi dengan klien lain maupun dengan perawat, pasien halusinasi terkadang menikmati dunianya dan harus sering harus dialihkan dengan aktivitas fisik.
2. Pada pasien harga diri rendah harus banyak diberikan reinforcement
3. Pada pasien menarik diri sering libatkan dalam aktivitas atau kegiatan yang bersama – sama, ajari dan contohkan cara berkenalan dan berbincang dengan klien lain, beri penjelasan manfaat berhubungan dengan orang lain dan akibatnya jika dia tidak mau berhubungan dll.
4. Pasien perilaku kekerasan, khusus pada pasien perilaku kekerasan maka harus direduksi atau ditenangkan dengan obat – obatan sebelum kita support dengan terapi – terapi lain, jika pasien masih mudah mengamuk maka perawat dan pasien lain bisa menjadi korban.

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Akademi Keperawatan “YKY”** |  **Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa dan Masalah Psikososial** |
| NO. DOKUMEN24. 9. 12 | NO. REVISI05 |
| Tanggal terbit :30 Oktober 2012 | Tanggal revisi :24 April 2018 |
| **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL****(SPO)** | Disahkan tanggal :Direktur Akper YKYTri Arini, S.Kep.Ns.M.KepNIK : 1141 03 052 |
| 1. Pengertian :
 | Komunikasi terapeutik merupakan komponen dasar hubungan antara perawat dengan klien yang meliputi informasi, perasaan, pikiran dan perilaku. |
| 1. Tujuan :
 | * + - 1. Pertukaran informasi antara perawat dengan klien
			2. Mempengaruhi klien
 |
| 1. Kebijkan :
 | Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Dengan Masalah Psikososial |
| 1. Prosedur :
 | **Pra Interaksi**1. Mengecek status pasien dan mengkaji kebutuhan pasien terkait tindakan komunikasi terapoetik yang akan dilakukan
2. Menyiapkan alat
* menyediakan ruang khusus untuk berkomunikasi dengan pasien
* menyediakan alat tulis guna mendokumentasikan data-data fokus pasien
1. Mendekatkan alat
2. Cuci tangan

**Orientasi**1. Memberikan salam
2. Klarifikasi nama dan perasaan pasein
3. Menjelaskan tujuan komunikasi secara terapoetik
4. Menjelaskan prosedur komunikasi terapoetik
5. Menyampaikan kontrak waktu dan tempat dalam komunikasi terapoetik
6. Memberi kesempatan klien untuk bertanya
7. Menjaga lingkungan : Atur pencahayaan, jaga privacy klien , tutup pintu dan jendela/korden

**Kerja**Active listening :  - perawat menjelaskan tujuan dari interaksi* Mengeksplorasi ekspresi dan perasaan pasien
* Mengidentifikasi masalah klien
* Memonitor intonasi suara dan volume
* Mengklarifikasi masalah dengan menggunakan feedback
* Motivasi klien untuk mendiskusikan masalah klien
* Mencari penyelesaian masalah yang sesuai dengan kondisi klien

Menggali dan mengembangkan kemampuan positif yang ada dalam diri pasien; misalnya mengembangkan hoby dan bakat pasienMelibatkan dukungan keluarga (family support) dalam menangani pasienBerkonsultasi dengan psikiater1. Melaksanakan interaksi dengan pasien secara sistematis
2. Memberikan penghargaan/pujian atas kemampuan yang dapat dicapai klien
3. Tanggap terhadap respon klien dengan menampilkan sikap terapotik

**Terminasi**1. Mengevaluasi respon klien
2. Merapikan pasien dengan benar
3. Membereskan alat – alat dengan rapi
4. Melakukan kontrk selanjutnya (waktu, tempat, topik/kegiatan)
5. Salam terapeutik disampaikan dengan ramah
6. Cuci tangan dilakukan dengan benar

**Dokumentasi*** + - * 1. Nama Pasien
				2. Hari, jam, tanggal interaksi dengan pasien
				3. Data hasil pengkajian
				4. Masalah keperawatan
				5. Tindakan keperawatan
				6. Evaluasi kemampuan klien (SOAP)
				7. Tanda tangan perawat
 |
| 1. Unit Terkait
 | Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, unit penunjang |

**LEMBAR OBSERVASI (LO)**

**STANDAR KOMPETENSI :** Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Psikososial

**SUB KOMPETENSI :** Melakukan komunikasi terapeutik kepada klien dengan masalah psikososial

**NAMA/NIM : ...............................… / ……………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **ASPEK YANG DINILAI** | **PENCAPAIAN** | **PENILAIAN** |
| **YA** | **TDK** | **K** | **BK** |
| **TAHAP PRA INTERAKSI** |  |  |  |  |
| 1 | Kaji kebutuhan pasien akan diaksanakannya komunikasi terapeutik |  |  |  |  |
| 2 | Alat disiapkan dengan lengkap |  |  |  |  |
| 3 | Alat didekatkan pada klien |  |  |  |  |
| 4 | Cuci tangan dilakukan dengan benar |  |  |  |  |
| **TAHAP ORIENTASI** |  |  |  |  |
| 5 | Salam terapeutik disampaikan dengan ramah |  |  |  |  |
| 6 | Identifikasi identiitas dan perasaan pasien dengan benar |  |  |  |  |
| 7 | Tujuan tindakan disampaikan dengan benar |  |  |  |  |
| 8 | Waktu dan tempat yang diperlukan disampaikan dengan tepat |  |  |  |  |
| 9 | Beri kesempatan klien untuk bertanya |  |  |  |  |
| 10 | Privacy lingkungan klien disiapkan |  |  |  |  |
| **TAHAP KERJA** |  |  |  |  |
| 11 | Mendiskusikan masalah klien\* |  |  |  |  |
| 12 | Mendiskusikan cara mengatasi masalah klien \* |  |  |  |  |
| 13 | Melakukan interaksi dengan sistematis |  |  |  |  |
| 14 | Memberikan penghargaan/pujian atas keberhasilan/kemampuan yang dicapai klien \* |  |  |  |  |
| 15 | Tanggap terhadap respon klien dengan menampilkan sikap terapeutik |  |  |  |  |
| **TAHAP TERMINASI** |  |  |  |  |
| 16 | Evaluasi respon klien dilakukan dengan benar |  |  |  |  |
| 17 | Berikan edukasi yang terkait dengan tindak lanjut tindakan yang dilakukan |  |  |  |  |
| 18 | Alat-alat dibereskan dengan benar |  |  |  |  |
| 19 | Kontrak pertemuan selanjutnya meliputi topik, waktu dan tempat\* disampaikan dengan benar |  |  |  |  |
| 20 | Salam terapoetik disampaikan dengan ramah |  |  |  |  |
| 21 | Cuci tangan dilakukan dengan benar |  |  |  |  |
| **TAHAP DOKUMENTASI** |  |  |  |  |
| 22 | Dokumentasi ditulis dengan benar |  |  |  |  |

*(\*) Merupakan kritikal point yang harus dilakukan* Yogyakarta, ..........................

Ket : Penguji

Kompeten: ≥ 75% dan semua kritikal point dilakukan

Nilai ≥ 75 % , kritikal point tidak dilakukan maka BK Nilai = Jumlah kompeten X 100 % = % ( ......................................) 22

Hasil : K /BK



**TEMA 4**

**Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)**

1. **TUJUAN**
2. Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu mempraktekkan TAK dengan baik dan benar.

1. Tujuan Khusus
2. Diharapkan mahasiswa mampu membuat proposal TAK dengan sistimatika meliputi Judul, tujuan, waktu, dan kegiatan
3. Diharapkan mahasiswa mampu mempraktekkan TAK sesuai tahapan yang dimulai dengan tahap pra interaksi-orientasi-kerja-terminasi
4. **WAKTU PELAKSANAAN**

**Praktikum** ini dilaksanakan selama 3 x170 menit dengan rincian sebagai berikut :

1. 1x170 menit membuat proposal TAK dan dipresentasika
2. Demonstrasi dan re-demonstrasi TAK
3. Evaluasi TAK
4. **POKOK BAHASAN**

Sistimatika proposal TAK

1. **METODE**

*Small Group Discussion (SGD),* mahasiswa dibagi menjadi 4 kelompok

1. **ESESMEN**

*Peergroup assesment* dan *checklist* (LO TAK)

1. **MATERI**

**Sistimatika Proposal TAK**

1. Pengertian
2. Tujuan
3. Karakteristik Klien
4. Kriteria Evaluasi
5. Pengorganisasian TAK

Terapis

Peran dan fungsi:

* + Leader
	+ Co- leader
	+ Observer
	+ Fasilitator
	+ Notulis
1. Seleksi klien
2. Nama klien yang ikut
3. Waktu
4. Tempat
5. Denah pelaksanaan TAK
6. Alat- alat
7. Proses TAK

Fase Orientasi

Fase Kerja

Fase Terminasi

1. Antisipasi Masalah

**FORMAT PENILAIAN PROPOSAL TERAPI MODALITAS KEPERAWATAN JIWA**

**TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK)**

Nama/NIM = ............................................. / ..................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **ASPEK YANG DINILAI** | **ADA** | **TIDAK ADA** |
| 1 | Masalah kelompok/tema/judul TAK ditulis dengan jelas |  |  |
| 2 | Tujuan TAK ditulis dengan jelas |  |  |
| 3 | Manajemen waktu sesuai dengan tema TAK ditulis dengan jelas |  |  |
| 4 | Setting/denah TAK ditulis dengan jelas |  |  |
| 5 | Kriteria pasien dituliskan jelas |  |  |
| 6 | Peran tim terapist di tuliskan dengan jelas |  |  |
| 7 | Alat yang digunakan lengkap, sesuai dengan tema & tujuan |  |  |
| 8 | Proses TAK diuraikan dengan jelas |  |  |
| 9 | Name Tag untuk terapis dan pasien disediakan dengan lengkap |  |  |
| 10 | Lembar observasi pasien dilampirkan  |  |  |
|  | NILAI = N x 10 |  |  |

Keterangan :

K = nilai > 70 Yogyakarta, ................................

BK = nilai ≤ 70 Penguji

 ( )

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROSEDUR KERJA** | **Melaksanakan Terapi Aktivitas Kelompok** |
| 1. PENGERTIAN
 | Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) merupakan salah satu bentuk terapi yang dilaksanakan secara berkelompok bagi pasien gangguan jiwa yang memiliki masalah keperawatan, latar belakang dan tujuan yang sama |
| 1. TUJUAN
 | Mengembangkan stimulasi persepsi, stimulasi sensori, orientasi dan interaksi sosial  |
| 1. KEBIJAKAN
 | Capaian Pembelajaran :Menguasai tekhnik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok |
| 1. PROSEDUR
 | **Persiapan :** Alat :1. Name tag
2. Catatan dan ballpoint
3. Bola
4. Tape recorder atau jenis alat lain yang dibutuhkan
5. Ruangan

Pasien : Pemberitahuan kepada pasien**Prosedur :****TAHAP PRA INTERAKSI**1. Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait
2. Alat disiapkan dengan lengkap
3. Cuci tangan dengan benar

 Cuci tangan dengan 6 langkah benar**TAHAP ORIENTASI**1. Salam terapeutik disampaikan dengan ramah
2. Klarifikasi identitas dan menvalidasi perasaan pasien dengan benar\*

Menanyakan nama pasien dengan ramah1. Tujuan tindakan disampaikan dengan benar

Sesuai dengan teori1. Prosedur tindakan disampaikan dengan benar

Langkah tindakan disampaikan dengan singkat1. Waktu yang diperlukan disampaikan
2. Aturan dan tata tertib kegiatan disampaikan
3. Beri kesempatan pasien untuk bertanya
4. Privasi lingkungan pasien disiapkan

**TAHAP KERJA**1. Terapis menjelaskan teknis kegiatan dengan jelas
2. Terapis dan tim mempraktekkan kegiatan terlebih dahulu
3. Terapis meminta pasien mempraktekkan kegiatan TAK dengan arahan dari terapis dan tim
4. Berikan pujian untuk tiap keberhasilan peserta TAK
5. Terapis dan tim memantau pasien untuk tetap fokus pada kegiatan TAK

**TAHAP TERMINASI**1. Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar
2. Menanyakan respon pasien atas tindakan yang dilakukan dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan
3. Pasien dirapikan dengan baik

Berikan edukasi yang terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan1. Alat-Alat dibereskan dengan rapi
2. Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar
3. Memberi informasi kepada pasien tentang perkiraan waktu untuk melakukan rencana tindakan selanjutnya
4. Salam terapeutik disampaikan dengan ramah
5. Cuci tangan dilakukan dengan benar

Cuci tangan dengan 6 langkah benar**PENDOKUMENTASIAN**1. Dokumentasi ditulis dengan benar

Nama tindakan, hasil tindakan, dan respon pasien |
| 1. UNIT

TERKAIT |  rawat inap, unit rehabilitasi, unit penunjang |

# LEMBAR OBSERVASI

Capaian Pembelajaran : Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa

Tindakan : Melaksanakan Terapi Modalitas : Terapi Aktivitas Kelompok

Nama Mahasiswa : ................................................./ NIM : ...............................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **ASPEK YANG DINILAI** | **PENCAPAIAN** | **PENILAIAN** |
| **YA** | **TDK** | **K** | **BK** |
|  | **TAHAP PRA INTERAKSI** |  |  |  |  |
| 1 | Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait |  |  |  |  |
| 2 | Alat dan ruangan disiapkan dengan baik |  |  |  |  |
| 3 | Alat didekatkan pada pasien |  |  |  |  |
| 4 | Cuci tangan dengan benar |  |  |  |  |
|  | **TAHAP ORIENTASI** |  |  |  |  |
| 5 | Salam terapeutik disampaikan dengan ramah |  |  |  |  |
| 6 | Klarifikasi identitas dan perasaan pasien dengan benar\* |  |  |  |  |
| 7 | Tujuan tindakan disampaikan dengan benar |  |  |  |  |
| 8 | Prosedur tindakan disampaikan dengan benar |  |  |  |  |
| 9 | Aturan dan tata tertib disampaikan dengan benar\* |  |  |  |  |
| 10 | Waktu yang diperlukan disampaikan |  |  |  |  |
| 11 | Beri kesempatan pasien untuk bertanya |  |  |  |  |
| 12 | Privacy lingkungan pasien disiapkan |  |  |  |  |
|  | **TAHAP KERJA** |  |  |  |  |
| 13 | Menjelaskan konsep kegiatan TAK dengan jelas |  |  |  |  |
| 14 | Mempraktekkan konsep kegiatan TAK kepada pasien dengan benar |  |  |  |  |
| 15 | Meminta pasien mempraktekkan jenis kegiatan TAK dengan ramah |  |  |  |  |
| 16 | Berikan pujian untuk tiap keberhasilan pasien dengan ramah\* |  |  |  |  |
| 17 | Memantau pasien mengikuti kegiatan dengan baik |  |  |  |  |
|  | **TAHAP TERMINASI** |  |  |  |  |
| 18 | Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar |  |  |  |  |
| 19 | Pasien dirapikan dengan baik |  |  |  |  |
| 20 | Berikan edukasi y terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan |  |  |  |  |
| 21 | Alat-Alat dibereskan dengan rapi  |  |  |  |  |
| 22 | Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar |  |  |  |  |
| 23 | Salam terapeutik disampaikan dengan ramah |  |  |  |  |
| 24 | Cuci tangan dilakukan dengan benar |  |  |  |  |
|  | **PENDOKUMENTASIAN** |  |  |  |  |
| 25 | Dokumentasi ditulis dengan benar |  |  |  |  |
| JUMLAH |  |  |  |  |

*(\*) Merupakan kritikal point yang harus dilakukan* Yogyakarta ……

Keterangan : Penguji

Kompeten: ≥ 75% dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai < 75% / ≥ 75 % kritikal point tidak dilakukan Nilai = Jumlah kompeten X 100 % = %

25 Hasil: K / BK



**TEMA 5**

**Psikofarmaka dan ECT**

1. **TUJUAN**
2. Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu membuat resume dan mempresentasikan hasil resume mengenai psikofarmaka dan ECT dengan baik dan benar.

1. Tujuan Khusus

Diharapkan mahasiswa mampu membuat resume dan mempresentasikan hasil resume mengenai psikofarmaka dan ECT yang terdiri dari

1. **WAKTU PELAKSANAAN**
2. Praktikum ini dilaksanakan selama 1 x170 menit dengan rincian ; 100 menit pendampingan, 70 menit mahasiswa belajar mandiri
3. Teknis pelaksanaan adalah mahasiiwa membagi diri menjadi 4 kelompok dengan tema masing-masing kelompok sbb :

Kelompok 1 : Antipsikotik

Kelompok 2 : Anti depresan

Kelompok 3 : Antimanik

Kelompok 4 : Antiansietas dan ECT

1. **POKOK BAHASAN**

Psikofarmaka dan ECT

1. **METODE**

*Small Group Discussion (SGD)*

1. **ESESMEN**

*-*



**TEMA 6**

**Restrain**

1. **TUJUAN**

Diharapkan mahasiswa mampu mempraktikkan tekhnik restrain dalam keperawatan jiwa dengan baik dan benar.

1. **WAKTU PELAKSANAAN**

**Praktikum** ini dilaksanakan selama 1 x170 menit dengan rincian ; 100 menit pendampingan, 70 menit mahasiswa belajar mandiri

1. **POKOK BAHASAN**

Restrain

1. **METODE**

*Simulasi*

1. **MATERI**

**-**

1. **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROSEDUR KERJA** | **Restrain** |
| 1. PENGERTIAN
 | Restrain adalah terapi dengan alat – alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien, dilakukan pada kondisi khusus, merupakan intervensi yang terakhir jika perilaku klien sudah tidak dapat diatasi atau di kontrol dengan strategi perilaku maupun modifikasi lingkungan (Widyodinigrat. R, 2009) |
| 1. TUJUAN
 | 1. Menghindari hal – hal yang membahayakan pasien selama pemberian asuhan keperawatan 2. Memberi perlindungan kepada pasien dari kecelakaan (jatuh dari tempat tidur) 3. Memenuhi kebutuhan pasien akan keselamatan dan rasa aman *(safety and security needs)*  |
| 1. KEBIJAKAN
 | Capaian Pembelajaran :Menguasai tekhnik, prinsip dan prosedur pelaksanaan asuhan/praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok |
| 1. PROSEDUR
 | **Persiapan :** Alat :Name tagCatatan dan ballpoint Pilihlah restrain yang cocok sesuai kebutuhan  Bantalan pelindung kulit/ tulang Pasien : Pemberitahuan kepada pasien**Prosedur :****TAHAP PRA INTERAKSI**Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkaitAlat disiapkan dengan lengkapCuci tangan dengan benarCuci tangan dengan 6 langkah benar**TAHAP ORIENTASI****Jika pasien mampu mengendalikan diri :**Salam terapeutik disampaikan dengan ramahKlarifikasi identitas dan menvalidasi perasaan pasien dengan benar\*Menanyakan nama pasien dengan ramahTujuan tindakan disampaikan dengan benarSesuai dengan teoriProsedur tindakan disampaikan dengan benarLangkah tindakan disampaikan dengan singkatWaktu yang diperlukan disampaikanAturan dan tata tertib kegiatan disampaikanBeri kesempatan pasien untuk bertanyaPrivasi lingkungan pasien disiapkan**TAHAP KERJA****Jika pasien mampu mengendalikan diri:**Bersama dengan petugas lain, pasien didampingi oleh perawat masuk ketempat yang telah disiapkanPasien diminta untuk berbaring terlentang tangan satu posisi diatas satunya dibawah atau sesuai kenyamanan pasien. \***Jika pasien tidak mampu mengendalikan diri :**Petugas/perawat dalam posisi siagaPetugas/perawat memegang masing-masing tangan kanan dan kiri klienKedua tangan klien disilangkan kebelakang sehingga tangan kanan klien dipegang oleh petugas sebelah kiri klien dan sebaliknyaKlien diajak ketempat/ruang/kamar yang telah disiapkan.Klien dibaringkan terlentang tangan satu posisi diatas satunya dibawah atau sesuai kenyamanan klien**TAHAP TERMINASI**Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benarMenanyakan respon pasien atas tindakan yang dilakukan dan mengevaluasi tindakan yang dilakukanPasien dirapikan dengan baikBerikan edukasi yang terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukanAlat-Alat dibereskan dengan rapi Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benarMemberi informasi kepada pasien tentang perkiraan waktu untuk melakukan rencana tindakan selanjutnyaSalam terapeutik disampaikan dengan ramahCuci tangan dilakukan dengan benarCuci tangan dengan 6 langkah benar**PENDOKUMENTASIAN**Dokumentasi ditulis dengan benarNama tindakan, hasil tindakan, dan respon pasien |
| 1. UNIT

TERKAIT |  rawat inap, unit rehabilitasi, unit penunjang |

**LEMBAR OBSERVATION (LO)**

Kompetensi : Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan

 kesehatan jiwa

Tindakan : Restrain

Nama Mahasiswa : ................................................. NIM : ...............................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **ASPEK YANG DINILAI** | **PENCAPAIAN** | **PENILAIAN** |
| **YA** | **TDK** | **K** | **BK** |
|  | **TAHAP PRA INTERAKSI** |  |  |  |  |
| 1 | Kaji kebutuhan pasien sesuai tindakan terkait |  |  |  |  |
| 2 | Alat disiapkan dengan lengkap |  |  |  |  |
| 3 | Alat didekatkan pada pasien |  |  |  |  |
| 4 | Cuci tangan dengan benar |  |  |  |  |
|  | **TAHAP ORIENTASI** |  |  |  |  |
| 5 | Salam terapeutik disampaikan dengan ramah |  |  |  |  |
| 6 | Klarifikasi nama pasien dengan benar\* |  |  |  |  |
| 7 | Tujuan tindakan disampaikan dengan benar |  |  |  |  |
| 8 | Prosedur tindakan disampaikan dengan benar |  |  |  |  |
| 9 | Waktu yang diperlukan disampaikan |  |  |  |  |
| 10 | Beri kesempatan klien untuk bertanya |  |  |  |  |
| 11 | Privacy lingkungan pasien disiapkan |  |  |  |  |
|  | **Tahap Kerja** |  |  |  |  |
|  | Jika pasien mampu mengendalikan diri: |  |  |  |  |
| 12 | 1. Bersama dengan petugas lain, pasien didampingi oleh perawat masuk ketempat yang telah disiapkan.
 |  |  |  |  |
| 13 | 1. Pasien diminta untuk berbaring terlentang tangan satu posisi diatas satunya dibawah atau sesuai kenyamanan pasien. \*
 |  |  |  |  |
|  | Jika klien tidak mampu mengendalikan diri: |  |  |  |  |
| 14 | 1. Petugas/perawat dalam posisi siaga
 |  |  |  |  |
| 15 | 1. Petugas/perawat memegang masing-masing tangan kanan dan kiri klien.
 |  |  |  |  |
| 16 | 1. Kedua tangan klien disilangkan kebelakang sehingga tangan kanan klien dipegang oleh petugas sebelah kiri klien dan sebaliknya.
 |  |  |  |  |
| 17 | 1. Klien diajak ketempat/ruang/kamar yang telah disiapkan.
 |  |  |  |  |
| 18 | 1. Klien dibaringkan terlentang tangan satu posisi diatas satunya dibawah atau sesuai kenyamanan klien.
 |  |  |  |  |
| 19 | Lakukan pengikatan terhadap kedua tangan pasien dengan pengikatan tidak terlalu kencang dan tidak terlalu kendor |  |  |  |  |
| 20 | Berikan alas/bantalan pada pengikatan untuk mengurangi gesekan/lecet pada kulit akibat tali restrain |  |  |  |  |
|  | **TAHAP TERMINASI** |  |  |  |  |
| 21 | Evaluasi respon dan tindakan dilakukan dengan benar |  |  |  |  |
| 22 | Pasien dirapikan dengan baik |  |  |  |  |
| 23 | Berikan edukasi yang terkait dengan tindak lanjut setelah tindakan dilakukan |  |  |  |  |
| 24 | Alat-Alat dibereskan dengan rapi  |  |  |  |  |
| 25 | Kontrak waktu selanjutnya disampaikan dengan benar |  |  |  |  |
| 26 | Salam terapeutik disampaikan dengan ramah |  |  |  |  |
| 27 | Cuci tangan dilakukan dengan benar |  |  |  |  |
|  | **PENDOKUMENTASIAN** |  |  |  |  |
| 28 | Dokumentasi ditulis dengan benar |  |  |  |  |
|  | **Jumlah** |  |  |  |  |

*(\*) Merupakan kritikal point yang harus dilakukan* Yogyakarta, ..............

 Penguji

Keterangan :

Kompeten: ≥ 75% dan semua kritikal point dilakukan

Belum Kompeten : Nilai < 75% / ≥ 75 % kritikal point tidak dilakukan Nilai = Jumlah kompeten X 100 % = % (…………………….)

 27 (jika klien mampu mengendalikan diri)

 30 (jika klien tidak mampu mengendalikan diri)

Hasil: K / BK



**TEMA 7**

***Cognytif Behavioure Teraphy (CBT) /* Terapi Kognitif-perilaku**

1. **TUJUAN**

Diharapkan mahasiswa mampu mempraktikkan tekhnik tekhnik CBT dalam keperawatan jiwa dengan baik dan benar.

1. **WAKTU PELAKSANAAN**

**Praktikum** ini dilaksanakan selama 1 x170 menit dengan rincian ; 100 menit pendampingan, 70 menit mahasiswa belajar mandiri

1. **POKOK BAHASAN**

*Cognityve Behaviour Teraphy (CBT)*

1. **METODE**

*Simulasi*

1. **MATERI**

 Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan dilakukan secara teratur, yang memberikan dasar berpikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya, mampu mengatasi perasaan negatifnya, serta mampu memecahkan masalah tersebut.Terapi kognitif sebenarnya merupakan rangkaian dengan terapi perilaku yang disebut sebagai terapi kognitif dan perilaku, karena menurut sejarahnya merupakan aplikasi dari beberapa teori belajar yang bervariasi. Terapi perilaku menggunakan prinsip pengondisian klasik (*classical conditioning*) yang dikenalkan oleh Pavlov dan pengondisian operant (*operant conditioning*) yang dikenalkan oleh Skinner. Seiring berjalannya waktu ditambahkan satu teori lagi yang diperkenalkan oleh Bandura, yaitu teory pembelajaran sosial (*social learning theory*) mengingat pentingnya proses pikir (kognitif) dan informasi dalam memengaruhi perilaku seseorang. Untuk selanjutnya, pendekatan ini lebih dikenal dengan terapi kognitif yang berfokus pada cara memodifikasi cara berpikir, sikap, dan keyakinan sebaik mungkin untuk membentuk suatu perilaku. Oleh karenanya, dapat dikatakan seorang individu adalah sebagai pembuat keputusan penting bagi hidupnya sendiri.

 Peran perawat dalam pelaksanaan terapi kognitif diharapkan mampu menerapkan terapi kognitif ini serta mendampingi pasien untuk memodifikasi cara pikir, sikap, dan keyakinan untuk memutuskan perilaku yang tepat dalam menghadapi pengobatan yang sedang dijalaninya.

 Tujuan terapi kognitif :

1. Mengubah pikiran dari tidak logis dan negatif menjadi objektif, rasional, dan positif.
2. Meningkatnya aktivitas.
3. Menurunkan perilaku yang tidak diinginkan.
4. Meningkatkan keterampilan sosial.

Karakteristik pasien :

1. Menarik diri.
2. Penurunan motivasi.
3. Defisit perawatan diri.
4. Harga diri rendah.
5. Menyatakan ide bunuh diri.
6. Komunikasi inkoheran dan ide/topik yang berpindah-pindah (*flight of idea*).
7. Delusi, halusinasi terkontrol, tidak ada manik depresi, tidak mendapat ECT.

Teknik kontrol mood :

1. Teknik tiga kolom
2. Pikiran otomatis, yaitu pikiran-pikiran negatif yang sering keluar seperti “…tidak pernah” dan “….selalu”.
3. Distorsi kognitif.
4. Tanggapan rasional.
5. Panah vertikal

Yaitu belajar memberi pendapat secara rasional, yang bisa diterima oleh akal berdasarkan bukti dan fakta yang ada.

Pelaksanaan Terapi Kognitif :

 Terapi kognitif terdiri atas sembilan sesi, yang masing-masing sesi dilaksanakan secara terpisah. Setiap sesi berlangsung selama 30–40 menit dan membutuhkan konsentrasi tinggi.

1. S**esi I: Ungkap pikiran otomatis.**
2. Jelaskan tujuan terapi kognitif.
3. Identifikasi masalah dengan apa, di mana, kapan, siapa (*what, where, when, who*).
4. Diskusikan sumber masalah.
5. Diskusikan pikiran dan perasaan.
6. Catat pikiran otomatis dan klasifikasikan dalam distorsi kognitif.
7. **Sesi II: Alasan.**
8. Review kembali sesi I.
9. Diskusikan pikiran otomatis.
10. Tanyakan penyebabnya.
11. Beri respons atau tanggapan.
12. Tanyakan tindakan pasien.
13. Anjurkan menulis perasaan.
14. Beri rencana tindak lanjut, yaitu hasil tulisan pasien dibahas pada pertemuan berikutnya.
15. **Sesi III: Tanggapan.**
16. Diskusikan hasil tulisan pasien.
17. Dorong pasien untuk memberi pendapat.
18. Berikan umpan balik.
19. Dorong pasien untuk ungkapkan keinginan.
20. Beri persepsi/pandangan perawat terhadap keinginan tersebut.
21. Beri penguatan (*reinforcement*) positif.
22. Jelaskan metode tiga kolom.
23. Diskusikan cara menggunakan metode tiga kolom.
24. Rencana tindak lanjut, yaitu anjurkan menuliskan pikiran otomatis dan cara penyelesaiannya.
25. **Sesi IV: Menuliskan**
26. Tanyakan persaan pasien saat menuliskan rencana tindak lanjut pada sesi III.
27. Dorong pasien untuk mengomentari tulisan.
28. Beri respons/tanggapan dan umpan balik.
29. Anjurkan untuk menuliskan buku harian.
30. Rencana tindak lanjut, yaitu hasil tulisan pasien akan dibahas.
31. **Sesi V: Penyelesaian masalah.**
32. Diskusikan kembali prinsip teknik tiga kolom.
33. Tanyakan stresor/masalah baru dan cara penyelesaiannya.
34. Tanyakan kemampuan menanggapi pikiran otomatis negatif.
35. Berikan penguatan (*reinforcement*) positif.
36. Anjurkan menulis pikiran otomatis dan tanggapan rasional saat menghadapi masalah.
37. **Sesi VI: Manfaat tanggapan.**
38. Diskusikan perasaan setelah menggunakan tanggapan rasional.
39. Berikan umpan balik.
40. Diskusikan manfaat tanggapan rasional.
41. Tanyakan apakah dapat menyelesaikan masalah.
42. Tanyakan hambatan yang dialami.
43. Berikan persepsi/tanggapan perawat.
44. Anjurkan mengatasi sesuai kemampuan.
45. Berikan penguatan (*reinforcement*) positif.
46. **Sesi VII: Ungkap hasil.**
47. Diskusikan perasaan setelah menggunakan terapi kognitif.
48. Beri reinforcement positif dan pendapat perawat.
49. Diskusikan manfaat yang dirasakan.
50. Tanyakan apakah dapat menyelesaikan masalah.
51. Beri persepsi terhadap hambatan yang dihadapi.
52. Diskusikan hambatan yang dialami dan cara mengatasinya.
53. Anjurkan untuk mengatasi sesuai kemampuan.
54. Berikan penguatan (*reinforcement*) positif.
55. **Sesi VIII: Catatan harian.**
56. Tanyakan apakah selalu mengisi buku harian.
57. Berikan penguatan (*reinforcement*) positif.
58. Diskusikan manfaat buku harian.
59. Anjurkan membuka buku harian bila menghadapi masalah yang sama.
60. Tanyakan kesulitan dan diskusikan cara penggunaan yang efektif.
61. **Sesi IX: Sistem dukungan**
62. Jelaskan keluarga tentang terapi kognitif.
63. Libatkan keluarga dalam pelaksanaannya.
64. Diskusikan dengan keluarga kemampuan yang telah dimiliki pasien.
65. Anjurkan keluarga untuk siap mendengarkan dan menagggapi masalah pasien.

**Contoh metode tekhnik panah vertikal :**

|  |  |
| --- | --- |
| Pikiran Otomatis | Tanggapan Rasional |
|

|  |
| --- |
|  . Dr. K mungkin berpikir saya adalah seorang ahli terapi yang buruk, “Jika memang ia berpikir demikian, mengapa harus mengecewakan saya?” |

 |

|  |
| --- |
| HHanya karena Dr. K menunjukkan kesalahan saya itu bukan berarti bahwa selanjutnya ia akan berpikir bahwa saya adalah seorang “ahli terapi” yang buruk. Saya harus menanyakan kepadanya hal yang sebenarnya dia pikirkan, tetapi dalam beberapa kesempatan ia telah memuji saya dan berkata bahwa saya mempunyai bakat unggul. |

 |
|

|  |
| --- |
| IItitu artinya bahwa saya memang seorang terapis yang bodoh karena dia seorang yang berpengalaman,“Andaikan saya memang seorang ahli terapi yang buruk, lalu apa artinya bagiku?”  |

 |

|  |
| --- |
| SSeorang yang berpengalaman pun hanya dapat menunjukkan kekuatan serta kelemahan spesifik saya sebagai seorang terapis. Setiap kali seseorang memberi cap “buruk” pada saya, maka semua itu hanya suatu pernyataan yang terlalu global, merusak, dan tidak terlalu berguna. Saya telah banyak berhasil dengan kebanyakan pasien saya, sehingga tidak benarlah saya “buruk”, tidak peduli siapapun yang mengatakannya.  |

 |

**Contoh metode tekhnik tiga kolom :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pikiran Otomatis** | **Distorsi Kognitif** | **Tanggapan Rasional** |
| (Kriktik Diri) |  | (Pembelaan Diri) |
| Saya tidak pernah benar | Overgenerilisir | Omong kosong, saya juga melakukan banyak hal yang baik |
| Saya selalu terlambat | overgeneralisir |

|  |
| --- |
| S saya tidak selalu terlambat. Coba saja ingat-ingat saat saya datang tepat waktu. Meskipun kini terlambat lebih sering daripada biasanya, saya akan mengatasi masalah ini serta mencari cara agar saya lebih dapat tepat waktu. Seseorang mungkin kecewa karena saya terlambat, tetapi itu bukan berarti kiamat. Mungkin pertemuan juga tidak mulai pada waktunya. |

 |



**PENUTUP**

 Demikianlah Modul Praktikum Keperawatan Jiwa disusun untuk dijadikan bahan pembelajaran bagi mahasiswa selama menempuh pendidikan. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.