

**MODUL PEMBELAJARAN MATA KULIAH**

**KEPERAWATAN JiWA**



**PENULIS:**

- 1. DHITA KURNIA SARI S.Kep.Ns.M.Kep.**
- 2. DR. BYBA MELDA SUHITA S.Kep.Ns.M.Kes.**
- 3. LINGGA KUSUMA WARDANI S.Kep.Ns.M.Kes.**

**FAKULTAS KEPERAWATAN  
INSTITUT ILMU KESEHATAN STRADA INDONESIA  
KEDIRI  
2019**

## KATA PENGANTAR

Mata Kuliah Keperawatan Jiwa merupakan salah satu Mata Kuliah yang telah ditetapkan dalam Kurikulum Pendidikan Ners. Agar mahasiswa memperoleh kemampuan dan ketrampilan sesuai yang telah ditentukan dalam kurikulum, maka kami selaku Dosen Mata Kuliah Keperawatan Jiwa merasa perlu untuk menyusun buku yang disebarluaskan kepada mahasiswa yang memuat sejumlah pengetahuan dan ketrampilan yang harus dimiliki oleh mahasiswa.

Buku Keperawatan jiwa yang kami beri judul: **”Modul Pembelajaran Mata Kuliah Keperawatan Jiwa”**, buku ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu pegangan bagi mahasiswa Ilmu Pendidikan Ners, juga buku ini dapat digunakan oleh pihak lain sebagai bahan tambahan dalam memperkaya pengetahuan dan ketrampilan.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan banyak-banyak terima kasih kepada teman-teman sejawat yang telah memberikan motivasi sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan buku ini.

Kami menyadari bahwa buku yang telah tersusun ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu kami sangat mengharapkan saran-saran untuk penyempurnaan.

P e n u l i s

## DAFTAR ISI

Halaman Judul I -- 1

Kata Pengantar -- 2

Daftar Isi -- 3

BAB I KONSEP GANGGUAN JIWA -- 4

- A. Pengertian Gangguan Jiwa -- 4
- B. Penyebab timbulnya gangguan jiwa -- 5
- C. Klasifikasi Gangguan Jiwa-- 11
- D. Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa-- 13
- E. Respon dari Penderita Gangguan Jiwa-- 14
- F. Dampak Gangguan Jiwa bagi Keluarga-- 15
- G. Pencegahan Kekambuhan Gangguan Jiwa-- 17

BAB II PSIKOFARMAKA PADA GANGGUAN JIWA-- 19

- A. Penggolongan-- 20
- B. Lamanya pengobatan dan kontra-indikasi-- 22

BAB KONSEP ETIK KEPERAWATAN JIWA-- 26

III

- A. Aspek Etik dalam Keperawatan Jiwa -- 26
- B. Pemberian Diagnosis -- 26
- C. Hak Pasien-- 27
- D. Komponen Prinsip Etik Pada Keperawatan Jiwa-- 29

BAB DIAGNOSA SEHAT-- 34

IV

- A. Standar Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Klien Hamil-- 34
- B. Standar Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Anak Usia Toddler  
-- 46

- C. Standar Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Anak Usia Pra Sekolah -- 55
- D. Standar Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Anak Usia Sekolah-- 63
- E. Standar Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Usia Remaja-- 72
- F. Standar Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Usia Dewasa-- 75
- G. Standar Asuhan Keperawatan Sehat Mental Pada Usia Lansia-- 82

## BAB V DIAGNOSA GANGGUAN

- A. Standart Asuhan Keperawatan Pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan-- 87
- B. Standar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Halusinasi-- 102
- C. Standar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Isolasi Sosial-- 107
- D. Standar Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah Kronik-- 116
- E. Standar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Defisit Perawatan Diri-  
- 124
- F. Standar Asuhan Keperawatan Pada Klien Waham-- 134
- G. Standar Asuhan Keperawatan Risiko Bunuh Diri-- 142

## **Daftar Pustaka -- 146**

# BAB I

## GANGGUAN JIWA

### 1. Pengertian Gangguan Jiwa

Saat ini gangguan jiwa didefinisikan dan ditangani sebagai masalah medis. Gangguan jiwa menurut Depkes RI (2010) adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa yang menimbulkan penderitaan pada individu dan hambatan dalam melaksanakan peran sosial. Gangguan jiwa atau mental illness adalah kesulitan yang harus dihadapi oleh seseorang karena hubungannya dengan orang lain, kesulitan karena persepsinya tentang kehidupan dan sikapnya terhadap dirinya sendiri-sendiri (Budiman, 2010).

Gangguan jiwa atau mental illness adalah kesulitan yang harus dihadapi oleh seseorang karena hubungannya dengan orang lain, kesulitan karena persepsinya tentang kehidupan dan sikapnya terhadap dirinya sendiri-sendiri (Djamaludin, 2001). Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), emosi (*affective*), tindakan (*psychomotor*) (Yosep, 2007).

Sedangkan menurut (Maramis, 2010), gangguan jiwa adalah gangguan alam: cara berpikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), emosi (*affective*), tindakan (*psychomotor*). Gangguan jiwa merupakan kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental. Keabnormalan tersebut dibagi ke dalam dua golongan yaitu : gangguan jiwa (Neurosa) dan sakit jiwa (Psikosa). Keabnormalan terlihat dalam berbagai macam gejala yang terpenting diantaranya adalah ketegangan (*tension*), rasa putus asa dan murung, gelisah, cemas, perbuatan-perbuatan yang terpaksa (*convulsive*), hysteria, rasa lemah, tidak mampu mencapai tujuan, takut, pikiran-pikiran buruk. Gangguan Jiwa menyebabkan penderitanya tidak sanggup menilai dengan baik kenyataan, tidak dapat lagi menguasai dirinya untuk mencegah mengganggu orang lain atau merusak/menyakiti dirinya sendiri (Yosep, 2009). Gangguan Jiwa sesungguhnya sama dengan gangguan jasmaniah lainnya, hanya saja gangguan jiwa bersifat lebih kompleks, mulai dari yang ringan seperti rasa cemas, takut hingga yang tingkat berat berupa sakit jiwa atau lebih kita kenal sebagai gila (Budiman, 2010).

Konsep gangguan jiwa dari PPDGJ II yang merujuk ke DSM-III adalah sindrom atau pola perilaku, atau psikologi seseorang, yang secara klinik cukup bermakna, dan yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) atau hendaya (impairment/disability) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia (Maslim, 2002).

Menurut American Psychiatric Association (1994), gangguan mental adalah gejala atau pola dari tingkah laku psikologi yang tampak secara klinis yang terjadi pada seseorang dari berhubungan dengan keadaan distress (gejala yang menyakitkan) atau ketidakmampuan (gangguan pada satu area atau lebih dari fungsi-fungsi penting) yang meningkatkan risiko terhadap kematian, nyeri, ketidakmampuan atau kehilangan kebebasan yang penting dan tidak jarang respon tersebut dapat diterima pada kondisi tertentu.

## **2. Penyebab timbulnya gangguan jiwa**

Penyebab gangguan jiwa itu bermacam-macam ada yang bersumber dari berhubungan dengan orang lain yang tidak memuaskan seperti diperlakukan tidak adil, diperlakukan semena-mena, cinta tidak terbatas, kehilangan seseorang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, dan lain-lain. Selain itu ada juga gangguan jiwa yang disebabkan faktor organik, kelainan saraf dan gangguan pada otak (Djamaludin, 2001).

Para ahli psikologi berbeda pendapat tentang sebab-sebab terjadinya gangguan jiwa. Menurut pendapat Sigmund Freud dalam Maslim (2002), gangguan jiwa terjadi karena tidak dapat dimainkan tuntutan id (dorongan instinctive yang sifatnya seksual) dengan tuntutan super ego (tuntutan normal social). Orang ingin berbuat sesuatu yang dapat memberikan kepuasan diri, tetapi perbuatan tersebut akan mendapat celaan masyarakat. Konflik yang tidak terselesaikan antara keinginan diri dan tuntutan masyarakat ini akhirnya akan mengantarkan orang pada gangguan jiwa. Terjadinya gangguan jiwa dikarenakan orang tidak memuaskan macam-macam kebutuhan jiwa mereka. Beberapa contoh dari kebutuhan tersebut diantaranya adalah pertama kebutuhan untuk afiliasi, yaitu kebutuhan akan kasih sayang dan diterima oleh orang lain dalam kelompok. Kedua, kebutuhan untuk otonomi, yaitu ingin bebas dari pengaruh orang lain. Ketiga, kebutuhan untuk berprestasi, yang muncul dalam keinginan untuk sukses mengerjakan sesuatu dan lain-lain. Ada lagi pendapat Alfred Adler yang mengungkapkan bahwa terjadinya

gangguan jiwa disebabkan oleh tekanan dari perasaan rendah diri (*inferiority complex*) yang berlebih-lebihan. Sebab-sebab timbulnya rendah diri adalah kegagalan di dalam mencapai superioritas di dalam hidup.

Gejala utama atau gejala yang paling menonjol pada gangguan jiwa terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin dibadan (somatogenik), di lingkungan sosial (sosiogenik), ataupun psikis (psikogenik), (Maramis, 2010). Biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu timbullah gangguan badan ataupun gangguan jiwa.

Menurut Stuart & Sundeen (2008) penyebab gangguan jiwa dapat dibedakan atas :

a. Faktor Biologis/Jasmaniah

1) Keturunan

Peran yang pasti sebagai penyebab belum jelas, mungkin terbatas dalam mengakibatkan kepekaan untuk mengalami gangguan jiwa tapi hal tersebut sangat ditunjang dengan faktor lingkungan kejiwaan yang tidak sehat.

2) Jasmaniah

Beberapa peneliti berpendapat bentuk tubuh seseorang berhubungan dengan gangguan jiwa tertentu. Misalnya yang bertubuh gemuk/endoform cenderung menderita psikosa manik depresif, sedang yang kurus/ectoform cenderung menjadi skizofrenia.

3) Temperamen

Orang yang terlalu peka/sensitif biasanya mempunyai masalah kejiwaan dan ketegangan yang memiliki kecenderungan mengalami gangguan jiwa.

4) Penyakit dan cedera tubuh

Penyakit-penyakit tertentu misalnya penyakit jantung, kanker, dan sebagainya mungkin dapat menyebabkan merasa murung dan sedih. Demikian pula cedera/cacat tubuh tertentu dapat menyebabkan rasa rendah diri.

b. Ansietas dan Ketakutan

Kekhawatiran pada sesuatu hal yang tidak jelas dan perasaan yang tidak menentu akan sesuatu hal menyebabkan individu merasa terancam, ketakutan hingga terkadang mempersepsikan dirinya terancam.

### c. Faktor Psikologis

Berbagai pengalaman frustrasi, kegagalan dan keberhasilan yang dialami akan mewarnai sikap, kebiasaan dan sifatnya. Pemberian kasih sayang orang tua yang dingin, acuh tak acuh, kaku dan keras akan menimbulkan rasa cemas dan tekanan serta memiliki kepribadian yang bersifat menolak dan menentang terhadap lingkungan.

Berbagai pengalaman frustrasi, kegagalan dan keberhasilannya yang dialami akan mewarnai sikap, kebiasaan dan sifatnya dikemudian hari. Hidup seorang manusia dapat dibagi atas 7 masa dan pada keadaan tertentu dapat mendukung terjadinya gangguan jiwa.

#### 1) Masa bayi

Yang dimaksud masa bayi adalah menjelang usia 2 – 3 tahun, dasar perkembangan yang dibentuk pada masa tersebut adalah sosialisasi dan pada masa ini. Cinta dan kasih sayang ibu akan memberikan rasa hangat/ aman bagi bayi dan dikemudian hari menyebabkan kepribadian yang hangat, terbuka dan bersahabat. Sebaliknya, sikap ibu yang dingin acuh tak acuh bahkan menolak dikemudian hari akan berkembang kepribadian yang bersifat menolak dan menentang terhadap lingkungan. Sebaiknya dilakukan dengan tenang, hangat yang akan memberi rasa aman dan terlindungi, sebaliknya, pemberian yang kaku, keras dan tergesa-gesa akan menimbulkan rasa cemas dan tekanan.

#### 2) Masa anak pra sekolah (antara 2 sampai 7 tahun)

Pada usia ini sosialisasi mulai dijalankan dan telah tumbuh disiplin dan otoritas. Penolakan orang tua pada masa ini, yang mendalam atau ringan, akan menimbulkan rasa tidak aman dan ia akan mengembangkan cara penyesuaian yang salah, dia mungkin menurut, menarik diri atau malah menentang dan memberontak.

Anak yang tidak mendapat kasih sayang tidak dapat menghayati disiplin tak ada panutan, pertengkaran dan keributan membingungkan dan menimbulkan rasa cemas serta rasa tidak aman. Hal-hal ini merupakan dasar yang kuat untuk timbulnya tuntutan tingkah laku dan gangguan kepribadian pada anak dikemudian hari.

#### 3) Masa Anak sekolah

Masa ini ditandai oleh pertumbuhan jasmaniah dan intelektual yang pesat. Pada masa ini, anak mulai memperluas lingkungan pergaulannya. Keluar dari

batas-batas keluarga. Kekurangan atau cacat jasmaniah dapat menimbulkan gangguan penyesuaian diri. Dalam hal ini sikap lingkungan sangat berpengaruh, anak mungkin menjadi rendah diri atau sebaliknya melakukan kompensasi yang positif atau kompensasi negatif. Sekolah adalah tempat yang baik untuk seorang anak mengembangkan kemampuan bergaul dan memperluas sosialisasi, menguji kemampuan, dituntut prestasi, mengekang atau memaksakan kehendaknya meskipun tak disukai oleh si anak.

#### 4) Masa Remaja

Secara jasmaniah, pada masa ini terjadi perubahan-perubahan yang penting yaitu timbulnya tanda-tanda sekunder (ciri-ciri diri kewanitaan atau kelakian) Sedang secara kejiwaan, pada masa ini terjadi pergolakan-pergolakan yang hebat. Pada masa ini, seorang remaja mulai dewasa mencoba kemampuannya, di satu pihak ia merasa sudah dewasa (hak-hak seperti orang dewasa), sedang di lain pihak belum sanggup dan belum ingin menerima tanggung jawab atas semua perbuatannya. Egosentris bersifat menentang terhadap otoritas, senang berkelompok, idealis adalah sifat-sifat yang sering terlihat. Suatu lingkungan yang baik dan penuh pengertian akan sangat membantu proses kematangan kepribadian di usia remaja.

#### 5) Masa Dewasa muda

Seorang yang melalui masa-masa sebelumnya dengan aman dan bahagia akan cukup memiliki kesanggupan dan kepercayaan diri dan umumnya ia akan berhasil mengatasi kesulitan-kesulitan pada masa ini. Sebaliknya yang mengalami banyak gangguan pada masa sebelumnya, bila mengalami masalah pada masa ini mungkin akan mengalami gangguan jiwa.

#### 6) Masa dewasa tua

Sebagai patokan masa ini dicapai kalau status pekerjaan dan sosial seseorang sudah mantap. Sebagian orang berpendapat perubahan ini sebagai masalah ringan seperti rendah diri. pesimis. Keluhan psikomatik sampai berat seperti murung, kesedihan yang mendalam disertai kegelisahan hebat dan mungkin usaha bunuh diri.

#### 7) Masa Tua

Ada dua hal yang penting yang perlu diperhatikan pada masa ini Berkurangnya daya tanggap, daya ingat, berkurangnya daya belajar, kemampuan jasmaniah dan kemampuan sosial ekonomi menimbulkan rasa cemas dan rasa

tidak aman serta sering mengakibatkan kesalah pahaman orang tua terhadap orang dilingkungannya. Perasaan terasing karena kehilangan teman sebaketerbatasan gerak dapat menimbulkan kesulitan emosional yang cukup hebat.

#### d.Faktor Sosio-Kultural

Beberapa penyebab gangguan jiwa menurut Wahyu (2012) yaitu :

- 1) Penyebab primer (*primary cause*)  
Kondisi yang secara langsung menyebabkan terjadinya gangguan jiwa, atau kondisi yang tanpa kehadirannya suatu gangguan jiwa tidak akan muncul.
- 2) Penyebab yang menyiapkan (*predisposing cause*)  
Menyebabkan seseorang rentan terhadap salah satu bentuk gangguan jiwa.
- 3) Penyebab yang pencetus (*precipitating cause*)  
Ketegangan-ketegangan atau kejadian-kejadian traumatik yang langsung dapat menyebabkan gangguan jiwa atau mencetuskan gangguan jiwa.
- 4) Penyebab menguatkan (*reinforcing cause*)  
Kondisi yang cenderung mempertahankan atau mempengaruhi tingkah laku maladaptif yang terjadi.
- 5) Multiple cause  
Serangkaian faktor penyebab yang kompleks serta saling mempengaruhi. Dalam kenyataannya, suatu gangguan jiwa jarang disebabkan oleh satu penyebab tunggal, bukan sebagai hubungan sebab akibat, melainkan saling mempengaruhi antara satu faktor penyebab dengan penyebab lainnya.

Menurut Santrock (1999) Beberapa faktor-faktor kebudayaan tersebut :

- 1) Cara-cara membesarkan anak  
Cara-cara membesarkan anak yang kaku dan otoriter , hubungan orang tua anak menjadi kaku dan tidak hangat. Anak- anak setelah dewasa mungkin bersifat sangat agresif atau pendiam dan tidak suka bergaul atau justru menjadi penurut yang berlebihan.
- 2) Sistem Nilai  
Perbedaan sistem nilai moral dan etika antara kebudayaan yang satu dengan yang lain, antara masa lalu dengan sekarang sering menimbulkan masalah-

masalah kejiwaan. Begitu pula perbedaan moral yang diajarkan di rumah / sekolah dengan yang dipraktekkan di masyarakat sehari-hari.

- 3) Kepincangan antar keinginan dengan kenyataan yang ada  
Iklan-iklan di radio, televisi. Surat kabar, film dan lain-lain menimbulkan bayangan-bayangan yang menyilaukan tentang kehidupan modern yang mungkin jauh dari kenyataan hidup sehari-hari. Akibat rasa kecewa yang timbul, seseorang mencoba mengatasinya dengan khayalan atau melakukan sesuatu yang merugikan masyarakat.
- 4) Ketegangan akibat faktor ekonomi dan kemajuan teknologi  
Dalam masyarakat modern kebutuhan dan persaingan makin meningkat dan makin ketat untuk meningkatkan ekonomi hasil-hasil teknologi modern. Memacu orang untuk bekerja lebih keras agar dapat memilikinya. Jumlah orang yang ingin bekerja lebih besar dari kebutuhan sehingga pengangguran meningkat, demikian pula urbanisasi meningkat, mengakibatkan upah menjadi rendah. Faktor-faktor gaji yang rendah, perumahan yang buruk, waktu istirahat dan berkumpul dengan keluarga sangat terbatas dan sebagainya merupakan sebagian mengakibatkan perkembangan kepribadian yang abnormal.
- 5) Perpindahan kesatuan keluarga  
Khusus untuk anak yang sedang berkembang kepribadiannya, perubahan-perubahan lingkungan (kebudayaan dan pergaulan), sangat cukup mengganggu.
- 6) Masalah golongan minoritas  
Tekanan-tekanan perasaan yang dialami golongan ini dari lingkungan dapat mengakibatkan rasa pemberontakan yang selanjutnya akan tampil dalam bentuk sikap acuh atau melakukan tindakan-tindakan yang merugikan orang banyak.

#### e. Faktor Presipitasi

Faktor stressor presipitasi mempengaruhi dalam kejiwaan seseorang. Sebagai faktor stimulus dimana setiap individu mempersepsikan dirinya melawan tantangan, ancaman, atau tuntutan untuk koping. Masalah khusus tentang konsep diri disebabkan oleh setiap situasi dimana individu tidak mampu menyesuaikan. Lingkungan dapat mempengaruhi konsep diri dan komponennya. Lingkungan dan stressor yang dapat mempengaruhi gambaran diri dan hilangnya bagian badan, tindakan operasi, proses patologi penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh,

proses tumbuh kembang, dan prosedur tindakan serta pengobatan (Stuart&Sundeen, 2008).

### 3. Klasifikasi Gangguan Jiwa

Klasifikasi berdasarkan *Diagnosis gangguan jiwa* menurut Dalami (2009) dibagi menjadi:

#### a. Gangguan Jiwa Psikotik

Gangguan jiwa psikotik yang meliputi gangguan otak organik ditandai dengan hilangnya kemampuan menilai realita, ditandai waham (delusi) dan halusinasi, misalnya skizofrenia dan demensia.

##### 1) Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan berbagai tingkat kepribadian diorganisasi yang mengurangi kemampuan individu untuk bekerja secara efektif dan untuk berkomunikasi dengan orang lain. Gejala klinis skizofrenia sering bingung, depresi, menarik diri atau cemas. Hal ini berdampak pada keinginan dan kemampuan untuk melakukan tindakan oral hygiene. Skizofrenia mempunyai macam-macam jenisnya, menurut Maramis (2004) jenis-jenis skizofrenia meliputi:

- a) Skizofrenia residual, merupakan keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.
- b) Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbul secara perlahan. Pada permulaan mungkin penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia semakin mundur dalam kerjaan atau pelajaran dan pada akhirnya menjadi pengangguran, dan bila tidak ada orang yang menolongnya ia akan mungkin akan menjadi “pengemis”, “pelacur” atau “penjahat”.
- c) Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, menurut Maramis (2004) permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku

kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali.

- d) Skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.
- e) Pada skizofrenia skizoafektif, di samping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan, juga gejala-gejala depresi atau gejala-gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan.

## 2) Demensia

Demensia diklasifikasikan sebagai gangguan medis dan kejiwaan, demensia terkait dengan hilangnya fungsi otak. Demensia melibatkan masalah progresif dengan memori, perilaku, belajar, dan komunikasi yang mengganggu fungsi sehari-hari dan kualitas hidup. Ada dua jenis demensia, yaitu :

### 3) Kerusakan kognitif reversibel

Sering dikaitkan dengan obat-obatan, resep atau lainnya, endokrin, kekurangan gizi, tumor, dan infeksi.

### 4) Kerusakan kognitif ireversibel

Alzheimer dan vaskular demensia merupakan kerusakan kognitif ireversibel yang paling umum. Alzheimer memiliki resiko meliputi usia, genetika, kerusakan otak, sindroma down. Demensia vaskular melibatkan kerusakan kognitif yang permanen akibat penyakit serebrovaskuler. Tingkat keparahan dan durasi gangguan tergantung pada penyakit serebrovaskular dan respon individu terhadap pengobatan.

## b. Gangguan Jiwa Neurotik

Gangguan kepribadian dan gangguan jiwa yang lainnya merupakan suatu ekspresi dari ketegangan dan konflik dalam gejala-gejala depresi atau gejala-gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan.

## c. Depresi

Depresi merupakan penyakit jiwa akibat dysphoria (merasa sedih), tak berdaya, putus asa, mudah tersinggung, gelisah atau kombinasi dari karakteristik ini. Penderita depresi

sering mengalami kesulitan dengan memori, konsentrasi, atau mudah terganggu dan juga sering mengalami delusi atau halusinasi. Ketika seseorang dalam keadaan depresi ada penurunan signifikan dalam personal hygiene dan mengganggu kebersihan mulut.

1) Gangguan jiwa fungsional

Gangguan jiwa fungsional tanpa kerusakan structural dan kondisi biologis yang diketahui jelas sebagai penyebab kinerja yang buruk.

2) Gangguan jiwa organik

Gangguan jiwa organik adalah kesehatan yang buruk diakibatkan oleh suatu penyebab spesifik yang mengakibatkan perubahan struktural di otak, biasanya terkait dengan kinerja kognitif atau demensia.

3) Gangguan retardasi mental

Gangguan retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan mental yang terhenti dan tidak lengkap yang terutama ditandai oleh rendahnya keterampilan yang berpengaruh pada semua tingkat intelegensia yaitu kemampuan kognitif (daya ingat, daya pikir, daya belajar), bahasa, motorik, dan sosial.

#### **4 . Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa**

Gejala-gejala gangguan jiwa adalah hasil interaksi yang kompleks antara unsur somatic, psikologik, dan sosio-budaya. Gejala-gejala inilah sebenarnya menandakan dekompensasi proses adaptasi dan terdapat terutama pemikiran, perasaan dan perilaku (Maramis, 2010). Gangguan mental dan penyakit mental dalam taraf awal gejala-gejalanya sulit, bahkan gejala itu kadangkala menampak pada orang normal yang sedang tertekan emosinya dalam batas-batas tertentu. Pada taraf awal sulit dibedakan dengan gejala pada gangguan mental gejala umum yang muncul mengenai keadaan fisik, mental, dan emosi. Tanda dan gejala gangguan jiwa secara umum menurut Yosep (2009) adalah sebagai berikut :

- a. Ketegangan (tension), Rasa putus asa dan murung, gelisah, cemas, perbuatan-perbuatan yang terpaksa (convulsive), hysteria, rasa lemah, tidak mampu mencapai tujuan, takut, pikiran-pikiran buruk.
- b. Gangguan kognisi pada persepsi merasa mendengar (mempersepsikan) sesuatu bisikan yang menyuruh membunuh, melempar, naik genting, membakar rumah, padahal orang disekitarnya tidak mendengarnya dan suara tersebut sebenarnya tidak ada hanya muncul dari dalam individu sebagai bentuk kecemasan yang sangat berat dia rasakan. Hal ini sering disebut halusinasi, klien bisa mendengar sesuatu, melihat sesuatu atau merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak ada menurut orang lain.

- c. Gangguan kemauan klien memiliki kemauan yang lemah (abulia) susah membuat keputusan atau memulai tingkah laku, susah sekali bangun pagi, mandi, merawat diri sendiri sehingga terlihat kotor, bau, dan acak-acakan.
- d. Ganggaun emosi klien merasa senang, gembira yang berlebihan (Waham kebesaran). Klien merasa sebagai orang penting, sebagai raja, pengusaha, orang kaya, titisan Bung Karno tetapi dilain waktuia bisa merasa sangat sedih, menangis, tak berdaya (depresi) samapai ada ide ingin mengakhiri hidupnya.
- e. Gangguan psikomotor Hiperaktivitas, klien melakukan pergerakan yang berlebihan naik keatas genting berlari, berjalan maju mundur, meloncat-loncat, melakukan apa-apa yang tidak disuruh atau menentang apa yang disuruh, diam lama tidak bergerak atau melakukan gerakan aneh.

Menurut Yosep, (2009) dalam keadaan fisik dapat dilihat pada anggota tubuh seseorang yang menderita gangguan jiwa, diantaranya sebagai berikut :

a. Suhu Badan berubah

Orang normal rata-rata mempunyai suhu badan sekitar 37 derajat celcius. Pada orang yang sedang mengalami gangguan mental meskipun secara fisik tidak terkena penyakit kadangkala mengalami perubahan suhu.

b. Denyut nadi menjadi cepat

Denyut nadi berirama, terjadi sepanjang hidup. Ketika menghadapi keadaan yang tidak menyenangkan, seseorang dapat mengalami denyut nadi semakin cepat.

c. Nafsu makan berkurang

Seseorang yang sedang terganggu kesehatan mentalnya akan mempengaruhi pula dalam nafsu makan. Keadaan mental dan emosi nampak ditandai dengan : 1) Delusi atau Waham yaitu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal) meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.

## **5. Respon dari Penderita Gangguan Jiwa**

Sebagai makhluk biopsikososial setiap individu memiliki cara karakteristik yang unik dan berespon terhadap orang yang ada disekitarnya dengan berbagai cara. Respon individu tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya (Maramis, 2010) :

a. Faktor Individual

Faktor Individual dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah usia, pertumbuhan dan perkembangan. Usia seseorang mempengaruhi cara mengekspresikan penyakitnya. Sebagai contoh seorang anak kecil yang mengalami gangguan hiperaktivitas defisit perhatian tidak memiliki pemahaman dan kemampuan untuk mendeskripsikan perasaannya sehingga perawat harus menyadari tingkat bahasa anak dan berupaya memahami pengalaman anak tersebut. Setiap perkembangan fase demi fase harus diselesaikan. Melaksanakan tugas perkembangan tersebut mempengaruhi cara individu berespon terhadap stress dan penyakitnya. Melaksanakan tugas perkembangan tersebut mempengaruhi cara individu berespon terhadap stress dan penyakitnya.

b. Faktor Genetik dan Faktor Biologis

Struktur genetik memiliki pengaruh yang sangat besar pada respon terhadap penyakit. Hubungan genetik spesifik tidak teridentifikasi pada beberapa gangguan jiwa, namun telah menunjukkan bahwa gangguan tersebut cenderung timbul lebih sering pada keluarga yang memiliki riwayat yang sama.

c. Faktor Interpersonal

Dari dalam individu seperti perasaan memiliki, perasaan keterkaitan dalam suatu sistem social atau lingkungan. Maslow menjelaskan perasaan memiliki sebagai kebutuhan dasar psikososial manusia. Perasaan memiliki terbukti dalam meningkatkan kesehatan.

d. Faktor Budaya

Budaya memiliki pengaruh yang paling besar terhadap keyakinan dan praktik kesehatan individu. Budaya terbukti mempengaruhi konsep individu terhadap penyakit. Dengan keyakinan tersebut mempengaruhi kesehatan individu dalam kesembuhan penyakitnya.

## **6. Dampak Gangguan Jiwa bagi Keluarga**

Menurut Wahyu, (2012) dari anggota yang menderita gangguan jiwa bagi keluarga diantaranya keluarga belum terbiasa dengan:

a. Penolakan

Sering terjadi dan timbul ketika ada keluarga yang menderita gangguan jiwa, pihak anggota keluarga lain menolak penderita tersebut dan meyakini memiliki penyakit berkelanjutan. Selama episode akut anggota keluarga akan khawatir dengan apa yang terjadi pada mereka cintai. Pada proses awal, keluarga akan melindungi orang yang sakit dari orang lain dan menyalahkan dan merendahkan orang yang sakit untuk

perilaku tidak dapat diterima dan kurangnya prestasi. Sikap ini mengarah pada ketegangan dalam keluarga, dan isolasi dan kehilangan hubungan yang bermakna dengan keluarga yang tidak mendukung orang yang sakit. Tanpa informasi untuk membantu keluarga belajar untuk mengatasi penyakit mental, keluarga dapat menjadi sangat pesimis tentang masa depan. Sangat penting bahwa keluarga menemukan sumber informasi yang membantu mereka untuk memahami bagaimana penyakit itu mempengaruhi orang tersebut. Mereka perlu tahu bahwa dengan pengobatan, psikoterapi atau kombinasi keduanya, mayoritas orang kembali ke gaya kehidupan normal.

b. Stigma

Informasi dan pengetahuan tentang gangguan jiwa tidak semua dalam anggota keluarga mengetahuinya. Keluarga menganggap penderita tidak dapat berkomunikasi layaknya orang normal lainnya. Menyebabkan beberapa keluarga merasa tidak nyaman untuk mengundang penderita dalam kegiatan tertentu. stigma dalam begitu banyak di kehidupan sehari-hari, tidak mengherankan, semua ini dapat mengakibatkan penarikan dari aktif berpartisipasi dalam kehidupan sehari-hari.

c. Frustrasi, tidak berdaya dan kecemasan

Sulit bagi siapa saja untuk menangani dengan pemikiran aneh dan tingkah laku aneh dan tak terduga. Hal ini membingungkan, menakutkan, dan melelahkan. Bahkan ketika orang itu stabil pada obat, apatis dan kurangnya motivasi bisa membuat frustrasi. Anggota keluarga memahami kesulitan yang penderita miliki. Keluarga dapat menjadi marah-marah, cemas, dan frustrasi karena berjuang untuk mendapatkan kembali ke rutinitas yang sebelumnya penderita lakukan.

d. Kelelahan dan Burn out

Seringkali keluarga menjadi putus asa berhadapan dengan orang yang dicintai yang memiliki penyakit mental. Mereka mungkin mulai merasa tidak mampu mengatasi dengan hidup dengan orang yang sakit yang harus terus-menerus dirawat. Namun seringkali, mereka merasa terjebak dan lelah oleh tekanan dari perjuangan sehari-hari, terutama jika hanya ada satu anggota keluarga mungkin merasa benar-benar diluar kendali. Hal ini bisa terjadi karena orang yang sakit ini tidak memiliki batas yang ditetapkan di tingkah lakunya. Keluarga dalam hal ini perlu dijelaskan kembali bahwa dalam merawat penderita tidak boleh merasa letih, karena dukungan keluarga tidak boleh berhenti untuk selalu men-support penderita.

e. Duka

Kesedihan bagi keluarga di mana orang yang dicintai memiliki penyakit mental. Penyakit ini mengganggu kemampuan seseorang untuk berfungsi dan berpartisipasi dalam kegiatan normal dari kehidupan sehari-hari, dan penurunan yang dapat terus-menerus. Keluarga dapat menerima kenyataan penyakit yang dapat diobati, tetapi tidak dapat disembuhkan. Keluarga berduka ketika orang yang dicintai sulit untuk disembuhkan dan melihat penderita memiliki potensi berkurang secara substansial bukan sebagai yang memiliki potensi berubah.

f. Kebutuhan pribadi dan mengembangkan sumber daya pribadi

Jika anggota keluarga memburuk akibat stress dan banyak pekerjaan, dapat menghasilkan anggota keluarga yang sakit tidak memiliki sistem pendukung yang sedang berlangsung. Oleh karena itu, keluarga harus diingatkan bahwa mereka harus menjaga diri secara fisik, mental, dan spiritual yang sehat. Memang ini bisa sangat sulit ketika menghadapi anggota keluarga yang sakit mereka. Namun, dapat menjadi bantuan yang luar biasa bagi keluarga untuk menyadari bahwa kebutuhan mereka tidak boleh diabaikan

## 7. Pencegahan Kekambuhan Gangguan Jiwa

Pencegahan kekambuhan adalah mencegah terjadinya peristiwa timbulnya kembali gejala-gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan Yulianti, (2010). Pada gangguan jiwa kronis diperkirakan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama, dan 79% pada tahun ke dua (Yosep,2009). Kekambuhan biasa terjadi karena adanya kejadian kejadian buruk sebelum mereka kambuh

Empat faktor penyebab klien kambuh dan perlu dirawat dirumah sakit, menurut Dit, (2008) :

- a. Klien : sudah umum diketahui bahwa klien yang gagal memakan obat secara teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% klien yang pulang dari rumah sakit tidak memakan obat secara teratur.
- b. Dokter (pemberi resep) : makan obat yang teratur dapat mengurangi kambuh, namun pemakaian obat *neuroleptic* yang lama dapat menimbulkan efek samping *Tardive Diskinesia* yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol.
- c. Penanggung jawab klien : setelah klien pulang ke rumah maka perawat puskesmas tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien di rumah.

d. Keluarga : Berdasarkan penelitian di Inggris dan Amerika keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik, tidak ramah, banyak menekan dan menyalahkan), hasilnya 57% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi keluarga yang rendah. Selain itu klien juga mudah dipengaruhi oleh stress yang menyenangkan (naik pangkat, menikah) maupun yang menyedihkan (kematian/kecelakaan). Dengan terapi keluarga klien dan keluarga dapat mengatasi dan mengurangi stress. Cara terapi biasanya : mengumpulkan semua anggota keluarga dan memberi kesempatan menyampaikan perasaan-perasaannya. Memberi kesempatan untuk menambah ilmu dan wawasan baru kepada klien gangguan jiwa, memfasilitasi untuk hijrah menemukan situasi dan pengalaman baru. Beberapa gejala kambuh yang perlu diidentifikasi oleh klien dan keluarganya yaitu :

- Menjadi ragu-ragu dan serba takut (*nervous*)
- Tidak nafsu makan
- Sukar konsentrasi
- Sulit tidur
- Depresi
- Tidak ada minat
- Menarik diri

Setelah klien pulang ke rumah, sebaiknya klien melakukan perawatan lanjutan pada puskesmas di wilayahnya yang mempunyai program kesehatan jiwa. Perawat komuniti yang menangani klien dapat menganggap rumah klien sebagai “ruangan perawatan”. Perawat, klien dan keluarga besar sama untuk membantu proses adaptasi klien di dalam keluarga dan masyarakat. Perawat dapat membuat kontrak dengan keluarga tentang jadwal kunjungan rumah dan *after care* di puskesmas. Keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan klien dan merupakan “perawat utama” bagi klien. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien di rumah.

Keberhasilan perawat di rumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian mengakibatkan klien harus dirawat kembali (kambuh). Peran serta keluarga sejak awal asuhan di rumah sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien di rumah sehingga kemungkinan dapat dicegah. Pentingnya peran serta keluarga dalam klien gangguan jiwa dapat dipandang dari berbagai segi. Pertama, keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya. Keluarga merupakan “institusi” pendidikan utama bagi individu untuk

belajar dan mengembangkan nilai, keyakinan, sikap dan perilaku. Individu menguji coba perilakunya di dalam keluarga, dan umpan balik keluarga mempengaruhi individu dalam mengadopsi perilaku tertentu. Semua ini merupakan persiapan individu untuk berperan di masyarakat. Jika keluarga dipandang sebagai suatu sistem maka gangguan yang terjadi pada salah satu anggota merupakan dapat mempengaruhi seluruh sistem, sebaliknya disfungsi keluarga merupakan salah satu penyebab gangguan pada anggota. Bila ayah sakit maka akan mempengaruhi perilaku anak, dan istrinya, termasuk keluarga lainnya. Salah satu faktor penyebab kambuh gangguan jiwa adalah : Dit, (2008). Keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku klien di rumah klien dengan diagnosa skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua dan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit karena perlakuan yang salah selama di rumah atau di masyarakat.

## **BAB II**

### **PSIKOFARMAKA PADA GANGGUAN JIWA**

Psikofarmaka adalah obat yang berkhasiat terhadap SSP (Sistem Syaraf Pusat) dengan mempengaruhi fungsi-fungsi psikis (rohaniah) dan proses-proses mental. Perubahan dan kemajuan besar dalam farmakoterapi psikosis telah dimulai dengan introduksi dari klorpromazin pada tahun 1952, disusul dengan dengan alkaloida Rauwolfia Reserpin (1954) yang pada saat itu sudah beberapa tahun digunakan sebagai obat hipertensi. Sekitar 1957 obat-obat antidepresi pertama mulai digunakan, yaitu obat tuberkolosa yaitu iproniazid dan imipramin. Pada waktu itu juga telah dikembangkan tranquillizer -tranquillizer modern, yakni meprobamat dan senyawa-senyawa benzodiazepine (diazepam, dan sebagainya). Semua obat ini lalu disusul dengan banyak turunannya dan psikofarmaka yang lainnya.

Obat-obat baru ini tidak hanya lebih efektif dari obat-obat sebelumnya, melainkan sangat merubah dan mempermudah perawatan penderita-penderita di rumah sakit gangguan jiwa. Mereka menjadi lebih terbuka dengan para perawat dan terapinya, selain itu waktu perawatan di rumah sakit juga dapat diperpendek, karena para penderita gangguan jiwa dapat diobati secara ambulan (poliklinis, dirumahnya sendiri). Namun demikian psikofarmaka ternyata tidak dapat menggantikan terapi shock secara keseluruhan, antara lain electro-shock pada keadaan-keadaan depresi tertentu.

#### **1. Penggolongan**

Psikofarmaka dapat digolongkan dalam tiga kelompok besar, yaitu:

A. Obat-obat yang menekan fungsi-fungsi psikis tertentu pada SSP (Sistem Syaraf Pusat) yang terdiri atas :

##### **1. Neuroleptika**

Obat ini bekerja secara antipsikotis dan sedative. Digunakan pada bermacam-macam psikosis (schizophrenia, mania, dll). Obat ini disebut juga “major tranquillizer”.

##### **2. Tranquillizers (ataraktika atau ansiolitika)**

Tranquillus berasal dari bahasa latin yang berarti tenang. Obat ini bekerja secara sedative, merelaksasi otot dan antikonvulsif. Digunakan pada keadaan-keadaan neurotis (gelisah, takut, stress). Obat ini disebut juga “minor tranquillizers”

## B. Obat-obat yang menstimulir fungsi-fungsi psikis tertentu pada SSP (Sistem Syaraf Pusat)

### 1. Antidepresiva

Dahulu obat ini dipecah lagi menjadi :-

Thimoleptika, yang berkhasiat melawan melancholia, dan memperbaiki suasana jiwa

Thimeretika, yang berkhasiat menghilangkan inaktivitas fisik dan mental yang menyertai depresi tanpa memperbaiki suasana jiwa

### 2. Psikostimulasi.

Obat ini berkhasiat mempertinggi inisiatif, kewaspadaan serta prestasi fisik dan mental, rasa lelah dan ngantuk ditanguhkan. Suasana jiwa dipengaruhi silih berganti, seringkali terjadi euphoria (rasa nyaman), tak jarang juga dapat menimbulkan dysforia (rasa tidak nyaman) bahkan depresi. Oleh karena itu obat ini tidak layak digunakan sebagai antidepresivum. Yang termasuk dalam kelompok ini adalah amfetamin, metilfenidat, fenkamfamin, dan juga kofein.

## C. Obat-obat yang mengacaukan fungsi-fungsi mental tertentu.

### 1. Psikodisleptika.

Obat ini mengandung zat-zat halusinogen, yang menimbulkan keadaan desintegrasi dengan gejala-gejala yang mirip psikosis halusinasi, pikiran-pikiran dan impian-impian khayal, dan sebagainya. Yang termasuk obat ini adalah LSD, fensiklidin (HOG, PCP) obat-obat ini adalah obat-obat drugs.

## Mekanisme Kerja

Semua obat psikofarmaka bersifat lipofil dan mudah masuk dalam CCS (Cairan Serebro Spinal) dimana mereka melakukan kegiatannya secara langsung terhadap saraf-saraf otak. Mekanisme kerjanya pada taraf biokimia belum diketahui secara pasti, tetapi terdapat petunjuk-petunjuk kuat bahwa mekanisme ini berhubungan erat dengan kadar neurotransmitter di otak atau antar keseimbangannya. Seperti diketahui neurotransmitter atau neurohormon adalah zat yang menyebabkan penerusan impuls (rangasangan listrik) dari satu neuron (axon) melalui sinaps ke neuron yang lain (dendrite atau saraf post-sinaptik).

## Neuroleptika

Neuroleptika atau antipsikosa adalah obat-obat yang dapat menekan fungsi-fungsi psikis tertentu. Obat ini dapat meredakan emosi dan agresi, dapat juga mengurangi atau

menghilangkan gangguan jiwa seperti impian-impian dan pikiran-pikiran khayal (halusinasi) serta menormalisasi kelakuan yang tidak normal. Obat-obat ini terutama digunakan pada psikosis, penyakit jiwa hebat tanpa keinsyafan sakit pada pasien, misalnya penyakit skizofrenia (gila) yang berciri desintegrasi kepribadian dan psikosis mania-depresif yang terdiri dari fasa mania (gembira berlebihan, hiperaktivitas dan berceletoh terus-menerus) yang saling bergantian dengan fase depresif. Obat-obat dengan efek antipsikosis terkuat adalah pimozida, haloperidol, bromperidol, sulpiridi, perfenazin, flufenazin, dan trifluoperazin. Obat-obat dengan efek relative kurang kuat adalah klorpromazin. Selain daya antipsikotik, neuroleptika masih memiliki bermacam-macam khasiat lain, diantaranya :

a) Anksiolitik

Dapat meniadakan rasa bimbang, takut, kegeisahan, dan agresi yang hebat.

b) Anti-emetik

Digunakan untuk melawan mual dan muntah yang hebat, misalnya pada kanker. Obat ini tidak akan efektif apabila diberikan pada penderita mabok perjalanan.

c) Analgetik

Beberapa obat neuroleptika memiliki daya kerja analgetik kuat misalnya levopromazin dan droperidol. Obat-obat yang lain dapat juga memperkuat efek analgetika, misalnya klorpromazin, dengan jalan mempertinggi ambang nyeri. Efek Samping :

1. Gejala-gejala ekstrapiramidal (G.E.P)

Gejala ini dapat berupa dystonia, gejala penyakit parkinson (tremor tangan, kakunya anggota gerak, muka seperti topeng), dan akathisia (selalu ingin bergerak). Gejala-gejala ini disebabkan karena kurangnya dopamine pada otak.

2. Diskinesia tarda

Merupakan suatu bentuk G.E.P yang hebat. Gejala-gejalanya adalah gerakan-gerakan tak sengaja khususnya dari otot-otot muka, mulut, bibir, dan rahang. Hal tersebut disebabkan karena adanya hiperaktivitas dopamin, atau mungkin juga hiperaktivitas pada reseptor-reseptornya.

3. Efek sedative

Efek ini disebabkan oleh efek antihistamin (blockade reseptor-reseptor histamine), yang berupa rasa ngantuk, lelah dan pikiran keruh. Pada pasien-pasien dengan gangguan tidur obat ini bisa menguntungkan.

4. Efek hipotensif dan hipotermia

Efek ini disebabkan karena adanya blokade reseptor alpha-adrenergik dan vasodilatasi.

### 5. Efek antikolinergik

Efek ini disebabkan karena adanya blockade reseptor-reseptor muskarin, yang berciri-ciri, mulut kering, penglihatan buram, dan obtipasi.

### 6. Efek anti-serotonin

Terjadi karena adanya blockade reseptor-reseptor serotonin, yang berupa stimulasi nafsu makan yang dapat menyebabkan pasien menjadi bertambah gemuk.

### 7. Galaktorea (meluapnya air susu)

Terjadi karena disebabkan adanya blockade dopamine yang identik dengan PIF (prolactin inhibiting factor) hingga sekresi prolaktin tidak dapat ditahan lagi dan produksi air susu akan bertambah. Efek samping yang jarang terjadi pada obat ini adalah gangguan-gangguan seksual (hilangnya libido) khususnya pada derivat-derivat fenotiazine penyakit kuning (icterus) dan gangguan-gangguan darah (agranulocytosis)

## 2. Lamanya pengobatan dan kontra-indikasi

Pada umumnya pengobatan psikosis dengan neuroleptika berjangka lama, sekurang-kurangnya 2 tahun, dan bias juga diberikan seumur hidup. Guna memperkecil terjadinya efek samping diskinesia tardasebagai efek samping long-term, maka disarankan untuk dilakukan terapi setiap enam bulan dan disertai dengan istirahat satu bulan.

Neuroleptika tidak boleh diberikan pada pasien-pasien yang mengalami gangguan pada organ hati. Namun boleh diberikan pada pasien yang mengalami gangguan jantung dan hiper/hipotensi namun dengan hati-hati dan selalu dalam pengawasan.

## Tranquillizers

Tranquillizers, ataraktika, atau ansiolitika adalah obat-obat penenang yang berkhasiat selektif terhadap bagian otak yang menguasai emosi-emosi kita, yakni sistim limbis. Sebaliknya sedative menekan seluruh SSP.

Sebagaimana halnya neuroleptika, ansiolitika dapat menghiangkan agresi, kegelisahan batin, kebimbangan, ketegangan, perasaan mudah tersinggung, dan memulihkan keseimbangan

emosional. Obat ini sangat berguna untuk mengatasi atau mengobati keadaan-keadaan neurosis. Perbedaannya dengan neuroleptika ialah ansiolitika tidak berkhasiat antipsikotis dan tidak berkhasiat langsung terhadap fungsi-fungsi otonom ( $\beta$ -adrenergik dan antikolinergik), dan tidak menimbulkan efek-efek ekstrapiramidal.

### Efek samping

Toksisitas tranquillizers sangat ringan, karena dianggap tidak berbahaya dan tidak menimbulkan kebiasaan, maka obat ini banyak disalah gunakan dimana-mana, terutama di dunia barat dengan ketegangan-ketegangan hidup, persaingan dan stressnya. Apabila digunakan dalam waktu yang lama akan nampak gangguan-gangguan yang berhubungan dengan tertekannya emosi-emosi negative (agresi, takut, stress, dll) dan perasaan-perasaan positif. Kemampuan untuk menimbulkan rasa gembira dan riang, atau bersemangat tinggi akan sangat berkurang, dan penderita akan bersifat acuh-tak acuh.

Seringkali terjadi pula efek efek depersonalisasi, yaitu hilangnya identitas pribadi dengan cara mengasingkan wujud pribadi. Begitu pula dengan daya berfikir matang dan daya timbang akan mengalami penurunan atau berkurang. Telah dinyatakan bahwa tranquillizers sebetulnya dapat menyebabkan ketergantungan fisik dan psikis serta timbulnya gejala-gejala abstinensi bila terapi dihentikan. Obat ini akan beresiko tinggi khususnya pada meprobamat. Penggunaan tranquillizers harus diberikan secara hati-hati dan selalu dalam pengawasan. Sebaiknya obat ini digunakan hanya dalam waktu yang singkat, maksimal selama 4-6 minggu dan bila perlu dilanjutkan secara berseling.

### **Antidepresiva**

Obat-obat antidepresiva adalah obat-obat yang dapat memperbaiki suasana jiwa ("mood") dan dapat mengilangkan atau meringgankan gejala-gejala keadaan murung, yang tidak disebabkan oleh kesulitan-kesulitan social-ekonomi, obat atau penyakit.

#### Mekanisme Kerja

Menurut teori mono-amin klasik terjadinya depresi endogen ada hubungannya dengan kekurangan noradrenalin dan serotonin dalam otak. Antidepresiva mampu mengisi kekurangan ini dengan menghambat re-uptake amin-amin tersebut ke dalam gelembung-gelembung pre-sinaptik. Selain itu, adanya rangkainan kompleks dengan sistem neurohormon lain turut menyokong pada khasiatnya. Juga dipertunjukkan dengan kekurangan 5-HT, Kekurangan DA (dopamine), serta kekurangan NA. Sementara itu diketahui bahwa obat-obat tertentu merintangi re-uptake dari suatu amin, misalnya zimeldin, trazodon, fluvozamin dan fluoxentin, nomifensin, serta maprotilin dan mianserin. Semua antidepresiva memiliki efek sedative yang masing-masing bervariasi kekuatannya. Atas dasar efek sedativnya dapat digolongkan sebagai berikut:

1. Beresefek sedative baik : amitriptilin, doksepin, trimipramin, opipramol, dan mianserin. Obat-

obat ini layak digunakan pada depresi vital,kegelisahan dan agresi.

2.Berefek sedative sedang : imipramin, klomipramin, dibenzepin dan maprotilin

3.Berefek sedative ringan: nomifensin, zimeldin, desipramin, dan protiptilin. Obat ini lebih disukai pada depresi vital yang terhalang, dimana pasien sudah berada dalam keadaan apatis termenung-menung.

### **Efek samping**

Selain efek antidepresivenya obat ini memiliki efek yang tidak baik atau tidak diinginkan,diantaranya efek jantung (tachy-arimia dan A.V block) yang dapat berakibat fatal terutama pada penderita jantung lemah. Efek-efek samping lainnya hampir sama dengan efek samping neuroleptika,terutama efek antikolinergik dan hipotensif yang sangat merugikan.Sedangkan efek pusat yang ditimbulkan adalah sedasi dan rasa ngantuk ,rasa letih dan otot lemas, kekacauan,gelisah dan halusinasi,serta tremor halus pada tangan dan kejang-kejang.Obat ini juga dapat mengakibatkan bertambahnya nafsu makan pasien sehingga berat badan pasien akan naik.PenggunaanSemua antidepresiva menunjukkan kelambatan dalam efek antidepresivanya setelah pengobatan dimulai,yang sering disebut dengan waktu laten. Sehingga harus diperhitungkan 2 - 4 minggu sebelum efek perbaikan menjadi nyata. Pada klomipramin,maprotilin dan mianserin waktu latensi ini dikatakan lebih singkat,antara 7-10 hari.Apabila setelah waktu tersebut efek belum terlihat,maka dosis dapt dipertinggi atau dapat diganti dengan obat antidepresive lainnya.Disampingsebagai antidepresiva umumnya beberapa jenis obat (dengan efek kolinergik lebih kuat) dapat digunakan sebagai obat ngompol malam pada anak usia diatas 6 tahun. Selain itu antidepresiva juga digunakan untuk memperkuat khasiat analgetik pada nyeri-nyeri hebat misalnya pada kanker. Obat ini juga digunakan pada terapi interval migraine,khususnya imipramin dan amitriptilin.

### **Interaksi dan kombinasi**

Obat antidepresiva dapat memperkuat efek alcohol,antihistaminika,sedative,dan hipnotika. Namun neuroleptika tidak boleh diberikan secara sendiri pada pasien depresi. Kombinasi dengan perintang-MOA dapat menimbulkan naiknya tekanan darah yang kuat. Antidepresiva tidak boleh diberikan pada pasien-pasien epilepsi karena dapat membangkitkan serangan (konvulsi) terkecuali nomifrensin,dan tidak boleh diberikan pada pasien glaucoma dan prostatilis.

## **BAB III**

### **KONSEP ETIK KEPERAWATAN JIWA**

#### **1. Aspek Etik dalam Keperawatan Jiwa**

Etika berasal dari Bahasa Yunani ethos yang berarti karakter, watak kesusilaan, atau adat kebiasaan yang etika tersebut berhubungan erat dengan konsep individu atau kelompok sebagai alat penilai kebenaran atau evaluasi terhadap sesuatu yang telah dilakukan. Penerapan aspek etik dalam keperawatan jiwa sangat terkait dengan pemberian diagnosis, perlakuan atau cara merawat, hak pasien, stigma masyarakat, serta peraturan atau hukum yang berlaku.

#### **2. Pemberian Diagnosis**

Seseorang yang telah didiagnosis gangguan jiwa, misal skizofrenia, maka dia akan dianggap sebagai orang yang mengalami pecah kepribadian (schizo = kepribadian, phren = pecah). Beberapa kriteria diagnosis menyebutkan gangguan jiwa adalah ketidakmampuan seseorang dalam mengadakan relasi dan pembatasan terhadap orang lain dan lingkungan. Dengan demikian, seseorang yang telah didiagnosis gangguan jiwa, berarti dia sudah tidak mampu lagi menjalin hubungan dengan lingkungan. Apabila mampu, dia tidak bisa membatasi apa yang harus atau tidak untuk dilakukan. Ia telah mengalami gangguan perilaku, peran, dan fungsi dalam melakukan aktivitas rutin harian. Dari kriteria diagnosis ini akan menimbulkan stigma di masyarakat bahwa gangguan jiwa adalah orang gila. Padahal, setelah dipelajari ternyata gangguan jiwa sangat luas spektrumnya.

Inti adalah ada gangguan jiwa ringan dan gangguan jiwa berat. Gangguan jiwa ringan merupakan adanya masalah pada aspek psikososial (cemas dan gangguan respons kehilangan atau berduka). Setiap orang mengalami masalah psikososial karena merupakan tantangan dalam kehidupan agar manusia lebih maju dan berkembang. Gangguan jiwa berat memang merupakan gangguan perilaku kronis, yang sebenarnya merupakan gangguan perilaku yang telah lama diabaikan. Di sinilah pelanggaran etika terjadi, bergantung pada diagnosis yang dialami pasien. Oleh karenanya, untuk mendiagnosis gangguan jiwa berat (skizofrenia) harus menggunakan kriteria waktu bahwa gangguan yang dialami pasien telah terjadi dalam waktu yang lama (seperti pada PPDGJ).

Cara merawat pasien gangguan jiwa juga sangat erat dengan pelanggaran etika. Beberapa keluarga pasien malah melakukan “pasung” terhadap pasien. Jika di rumah sakit, diikat harus menggunakan seragam khusus dengan berbagai ketentuan khusus. Keadaan ini membuat pasien diperlakukan berbeda dengan pasien fisik umumnya. Secara teoretis dan filosofis, perawatan pasien gangguan jiwa harus tetap memperhatikan aspek etika sesuai diagnosis yang muncul dan falsafah dalam keperawatan kesehatan jiwa.

### **3. Hak Pasien**

Beberapa aturan di Indonesia sering mendiskreditkan pasien gangguan jiwa, yaitu seseorang yang mengalami gangguan jiwa tanda tangannya tidak sah. Dengan demikian, semua dokumen (KTP, SIM, paspor, surat nikah, surat wasiat, atau dokumen apapun) tidak sah jika ditandatangani pasien gangguan jiwa. Haruskah demikian? Bagaimana dengan hak pasien sebagai warga negara umumnya? Proses rawat inap dapat menimbulkan trauma atau dukungan, yang bergantung pada institusi, sikap keluarga dan teman, respons staf, serta jenis penerimaan atau cara masuk rumah sakit. Ada tiga jenis proses penerimaan pasien yang masuk ke rumah sakit jiwa, yaitu masuk secara informal, sukarela, atau masuk dengan paksaan.

Beberapa ketentuan di atas mungkin tidak berlaku di Indonesia, tetapi perlu diperhatikan hak pasien sebagai warga negara setelah pasien menjalani perawatan di rumah sakit jiwa.

Hak pasien sangat bergantung pada peraturan perundangan. Menurut Undang-Undang Kesehatan Pasal 144 mengatakan, “Menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa”. Beberapa hak pasien yang telah diadopsi oleh banyak Negara Bagian di Amerika antara lain sebagai berikut.

#### *1. Hak untuk berkomunikasi dengan orang di luar rumah sakit.*

Pasien bebas untuk mengunjungi dan berbicara melalui telepon secara leluasa dan mengirim surat tertutup kepada siapapun yang dipilihnya.

#### *2. Hak terhadap barang pribadi.*

Pasien berhak untuk membawa sejumlah terbatas barang pribadi bersamanya. Namun, bukan menjadi tanggung jawab rumah sakit untuk keamanan dan tidak membebaskan staf rumah sakit tentang jaminan keamanan pasien.

#### *3. Hak menjalankan keinginan.*

Kemampuan seseorang untuk menyatakan keinginannya yang dikenal sebagai “surat

wasiat”. Pasien dapat membuat wasiat yang apsaah jika ia (1) mengetahui bahwa ia membuat surat wasiat, (2) mengetahui sifat dan besar miliknya, dan (3) mengetahui siapa teman dan keluarganya serta hubungannya dengan mereka. Tiap kriteria ini harus dipenuhi dan didokumentasikan agar surat wasiat tersebut dapat dianggap apsaah.

#### *4. Hak terhadap “Habeas Corpus”.*

Semua pasien mempunyai hak, yang memperkenankan pengadilan hukum, untuk mensyaratkan pelepasan secepatnya bagi tiap individu yang dapat menunjukkan bahwa ia sedang kehilangan kebebasannya dan ditahan secara tidak legal.

#### *5. Hak terhadap pemeriksaan psikiatrik yang mandiri.*

Pasien boleh menuntut suatu pemeriksaan psikiatri oleh dokter yang dipilihnya sendiri. Jika dokter tersebut menentukan bahwa pasien tidak menderita gangguan jiwa, maka pasien harus dilepaskan.

#### *6. Hak terhadap kekeluasaan pribadi.*

Individu boleh merahasiakan beberapa informasi tentang dirinya dari orang lain. “Kerahasiaan” membolehkan pemberian informasi tertentu kepada orang lain, tetapi sangat terbatas pada orang yang diberi kewenangan saja. “Komunikasi dengan hak istimewa” merupakan suatu pernyataan legal yang hanya dapat digunakan dalam proses yang berkaitan dengan pengadilan. Ini berarti bahwa pendengar tidak dapat memberikan informasi yang diperoleh dari seseorang kecuali pembicara memberikan izin. Komunikasi dengan hak istimewa tidak termasuk menggunakan catatan rumah sakit, serta sebagian besar negara tidak memberikan hak istimewa komunikasi antara perawat dan pasien. Selain itu, terapis bertanggung jawab terhadap pelanggaran kerahasiaan hubungan untuk memperingatkan individu yang potensial menjadi korban tindak kekerasan yang disebabkan oleh pasien.

#### *7. Hak persetujuan tindakan (informed consent).*

Dokter harus menjelaskan tentang pengobatan kepada pasien, termasuk potensial komplikasi, efek samping, dan risiko. Dokter harus mendapatkan persetujuan pasien, yang harus kompeten, dipahami, dan tanpa paksaan.

#### *8. Hak pengobatan.*

Kriteria untuk pengobatan yang adekuat didefinisikan dalam tiga area, yaitu (1) lingkungan fisik dan psikologis manusia, (2) staf yang berkualitas dan jumlah anggota yang mencukupi untuk memberikan pengobatan, serta (3) rencana pengobatan yang bersifat individual.

#### *9. Hak untuk menolak pengobatan.*

Pasien dapat menolak pengobatan kecuali jika ia secara legal telah ditetapkan sebagai tidak berkemampuan. “Ketidakmampuan” menunjukkan bahwa orang yang mengalami gangguan jiwa dapat menyebabkan ketidakmampuannya untuk memutuskan dan gangguan ini membuat ia tidak mampu untuk mengatasi sendiri masalahnya. Ketidakmampuan hanya dapat dipulihkan melalui sidang pengadilan lain.

Beberapa teori ilmiah dan aturan perundangan ini perlu diperhatikan untuk penyelesaian masalah jika ada pelanggaran etik. Meskipun demikian, aturan perundangan hanya berlaku bagi negara yang bersangkutan.

### **4. Komponen Prinsip Etik Pada Keperawatan Jiwa**

Ada 8 prinsip etika keperawatan yang wajib diketahui oleh perawat dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok/keluarga, dan masyarakat.

1. **Otonomi (Autonomi)** prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa mampu memutuskan sesuatu dan orang lain harus menghargainya. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Salah satu contoh yang tidak memperhatikan otonomi adalah Memberitahukan klien bahwa keadaannya baik, padahal terdapat gangguan atau penyimpangan
2. **Beneficence (Berbuat Baik)** prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan. Contoh perawat menasehati klien tentang program latihan untuk memperbaiki kesehatan secara umum, tetapi perawat menasehati untuk tidak dilakukan karena alasan resiko serangan jantung.
3. **Justice (Keadilan)** nilai ini direfleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Contoh ketika perawat dinas sendirian dan ketika itu ada klien baru masuk serta ada juga klien rawat yang memerlukan bantuan perawat maka perawat harus mempertimbangkan faktor-faktor dalam faktor tersebut kemudian bertindak sesuai dengan asas keadilan.
4. **Non-maleficence (tidak merugikan)** prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien. Contoh ketika ada klien yang

menyatakan kepada dokter secara tertulis menolak pemberian transfuse darah dan ketika itu penyakit perdarahan (melena) membuat keadaan klien semakin memburuk dan dokter harus mengustrusikan pemberian transfuse darah. akhirnya transfuse darah tidak diberikan karena prinsi beneficence walaupun pada situasi ini juga terjadi penyalahgunaan prinsi nonmaleficence.

5. **Veracity (Kejujuran)** nilai ini bukan cuman dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setia klien untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Kebenaran merupakan dasar membina hubungan saling percaya. Klie memiliki otonomi sehingga mereka berhak mendapatkan informasi yang ia ingin tahu. Contoh Ny. S masuk rumah sakit dengan berbagai macam fraktur karena kecelakaan mobil, suaminya juga ada dalam kecelakaan tersebut dan meninggal dunia. Ny. S selalu bertanya-tanya tentang keadaan suaminya. Dokter ahli bedah berpesan kepada perawat untuk belum memberitahukan kematian suaminya kepada klien perawat tidak mengetahui alasan tersebut dari dokter dan kepala ruangan menyampaikan intruksi dokter harus diikuti. Perawat dalam hal ini dihadapkan oleh konflik kejujuran.
6. **Fidelity (Menepati janji)** tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu perawat harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain.
7. **Confidentiality (Kerahasiaan)** kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan klien hanya bisa dibaca guna keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan klien. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan harus dihindari.
8. **Accountability (Akuntabilitas)** akuntabilitas adalah standar yang pasti bahwa tindakan seorang professional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanda tekecuali. Contoh perawat bertanggung jawab pada diri sendiri, profesi, klien, sesame teman sejawat, karyawan, dan masyarakat. Jika perawat salah memberi dosis obat kepada klien perawat dapat digugat oleh klien yang menerima obat, dokter yang memberi tugas delegatif, dan masyarakat yang menuntut kemampuan professional.

## PENGAJIAN GANGGUAN JIWA

### A. Proses Pikir

#### 1. Arus Pikir

- a. Koheren : Kalimat / pembicaraan dapat difahami dengan baik.
- b. Inkoheren : Kalimat tidak terbentuk, pembicaraan sulit difahami.
- c. Sirkumstansial : Pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan.
- d. Tangensial : Pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan.
- e. Asosiasi longgar : Pembicaraan tidak ada hubungan antara kalimat yang satu dengan kalimat yang lainnya, dan klien tidak menyadarinya.
- f. Flight of ideas : Pembicaraan yang melompat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan.
- g. Blocking : Pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.
- h. Perseverasi : Berulang-ulang menceritakan suatu ide, tema secara berlebihan.
- i. Logorea : Pembicaraan cepat tidak terhenti.
- j. Neologisme : Membentuk kata-kata baru yang tidak difahami oleh umum.
- k. Irelevansi : Ucapan yang tidak ada hubungannya dengan pertanyaan atau dengan hal yang sedang dibicarakan.
- l. Asosiasi bunyi : Mengucapkan perkataan yang mempunyai persamaan bunyi
- m. Main kata-kata : Membuat sajak secara tidak wajar.
- n. Afasi : Bisa sensorik (tidak mengerti pembicaraan orang lain), motorik (tidak bisa atau sukar berbicara)

#### 2. Isi Pikir

1. Obsesif : Pikiran yang selalu muncul meski klien berusaha menghilangkannya
2. Phobia : Ketakutan yang patologis / tidak logis terhadap obyek / situasi tertentu
3. Ekstasi : Kegembiraan yang luar biasa
4. Fantasi : Isi pikiran tentang suatu keadaan atau kejadian yang diinginkan
5. Bunuh diri : Ide bunuh diri
6. Ideas of reference : Pembicaraan orang lain, benda-benda atau suatu kejadian yang dihubungkan dengan dirinya.
7. Pikiran magis : Keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil / diluar kemampuannya

8. Alienasi : Perasaan bahwa dirinya sudah menjadi lain, berbeda atau asing
9. Rendah diri : Merendahkan atau menghina diri sendiri, menyalahkan diri sendiri tentang suatu hal yang pernah atau tidak pernah dilakukan
10. Pesimisme : Mempunyai pandangan yang suram mengenai banyak hal dalam hidupnya
11. Waham

- ♣ Agama : Keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
- ♣ Somatik : Klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan
- ♣ Kebesaran : Klien mempunyai keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan
- ♣ Curiga : klien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
- ♣ Nihilistik : Klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia atau meninggal yang dinyatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan
- ♣ Kejaran : Yakin bahwa ada orang / kelompok yang mengganggu, dimata-matai atau kejelekan sedang dibicarakan orang banyak
- ♣ Dosa : Keyakinan bahwa ia telah berbuat dosa atau kesalahan yang besar yang tidak bisa diampuni

### **Waham bizar**

- o Sisip pikir : klien yakin ada pikiran orang lain yang disisipkan di dalam pikiran yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
- o Siar pikir : klien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
- o Kontrolpikir : klien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar.

### **Bentuk pikir**

- a. Realistik : Cara berfikir sesuai kenyataan atau realita yang ada
- b. Non realistic : Cara berfikir yang tidak sesuai dengan kenyataan
- c. Autistik : Cara berfikir berdasarkan lamunan / fantasi / halusinasi / wahamnya sendiri

d. Dereistik : Cara berfikir dimana proses mentalnya tidak ada sangkut pautnya dengan kenyataan, logika atau pengalaman.

## **BAB IV**

### **DIAGNOSA SEHAT**

#### **STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT MENTAL PADA KLIEN HAMIL**

##### **1. Pengertian**

Kehamilan adalah, suatu rangkaian yang terjadi dari mulai bertemunya sel sperma dengan sel telur yang sehat dan dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi dan implanisasi (Sulistiyowati, 2012)

##### **2. Tanda dan Gejala**

###### **2.1 Respons Fisik**

###### **2.1.1 Tiga bulan pertama**

2.1.1.1 Tidak menstruasi

2.1.1.2 Mual dan muntah dipagi hari

2.1.1.3 Cepat lelah dan mengantuk

2.1.1.4 Sulit buang air besar

2.1.1.5 Sering buang air kecil

2.1.1.6 Payudara terasapenuh, nyeri tekan, gatal pada puting dan areola menghitam

2.1.1.7 Tidak menyukai bau makanan tertentu

2.1.1.8 Lidah terasa pahit

2.1.1.9 Produksi air ludah meningkat

2.1.1.10 Cepat basah pada area kewanitaian

2.1.1.11 Berat badan cenderung menurun

###### **2.1.2 Tiga bulan kedua**

2.1.2.1 Merasa nyaman, bersemangat dan penuh tenaga

2.1.2.2 Mulai merasakan gerak janin

2.1.2.3 Mual muntah hilang

2.1.2.4 Ngidam

2.1.2.5 Nyeri di lipat paha

2.1.2.6 Nyeri tekan payudara menghilang

2.1.2.7 Garis kehitaman diperut dan kulit wajah sedikit menggelap

- 2.1.2.8 Kram pada kaki
- 2.1.2.9 Sulit buang air besar
- 2.1.2.10 Berat badan naik rata-rata 2,5 Kg per minggu
- 2.1.2.11 Perut mulai kelihatan buncit

### **2.1.3 Tiga bulan ketiga**

- 2.1.3.1 Merasa kepanasan, mudah berkeringat
- 2.1.3.2 Nyeri pinggang dan punggung
- 2.1.3.3 Nyeri ulu hati
- 2.1.3.4 Mudah sesak nafas bila jalan, terlentang dan menunduk
- 2.1.3.5 Nyeri Iga bagian bawah
- 2.1.3.6 Sering berkemih
- 2.1.3.7 Kesemutan pada tangan
- 2.1.3.8 Gatal diperut
- 2.1.3.9 Keluar cairan kuning dari puting susu
- 2.1.3.10 Perubahan postur tubuh
- 2.1.3.11 Sulit tidur dengannyaenyak
- 2.1.3.12 Bengkak pada kaki setelah berdiri atau duduk lama
- 2.1.3.13 Varises pada bagian tubuh tertentu (tidak pada semua wanita hamil)
- 2.1.3.14 Mulai terasa kencang kencang di perut

### **2.2 Respons Kognitif**

- 2.2.1 Berusaha mencari informasi dari banyak sumber tentang kehamilan, kelahiran dan janin (dari tenaga kesehatan dan dari pengalaman ibu yang lain)
- 2.2.2 Mempersiapkan segala kebutuhan bayi baik material maupun spiritual (perlengkapan bayi, nama bayi, tempat kelahiran dll)
- 2.2.3 Segera melakukan tes kehamilan dengan segera
- 2.2.4 Merasakan perasaan yang berubah-ubah dari waktu ke waktu
- 2.2.5 Berhati-hati dalam berfikir, perkataan dan perbuatan
- 2.2.6 Berusaha menenangkan diri bila ada mengalami perubahan perasaan

2.2.7 Menjaga hubungan baik dengan ibu lain untuk mendapatkan dukungan

## **2.3 Respons Afektif**

### **2.3.1 Tiga bulan pertama**

2.3.1.1 Muncul perasaan campur aduk, antara bahagia dan sedih

2.3.1.2 Sulit menerima kehamilan

2.3.1.3 Merasa harap-harap cemas

2.3.1.4 Takut keguguran

2.3.1.5 Memikirkan perubahan tubuh janin

2.3.1.6 Menolak hubungan suami istri

2.3.1.7 Sangat berhati-hati dalam melakukan aktifitas

### **2.3.2 Tiga bulan kedua**

2.3.2.1 Meningkatnya rasa tergantung pada suami, keluarga dan lingkungan

2.3.2.2 Menerima kehamilan secara bertahap

2.3.2.3 Introspeksi (hati-hati dalam berkata, berbuat dan berpikir)

2.3.2.4 Sering mimpi tentang janin

2.3.2.5 Merasa nyaman dalam melakukan kegiatan

2.3.2.6 Merasa bangga dengan kehamilan

2.3.2.7 Merasa senang mendapatkan perhatian dari orang lain

2.3.2.8 Mulai melakukan persiapan kebutuhan janin

2.3.2.9 Merasa senang bila melakukan sesuatu untuk janin

2.3.2.10 Merasa ada ikatan dengan janin

2.3.2.11 Menceritakan kehamilan kepada orang lain karena bahagia

2.3.2.12 Mulai memperhatikan penampilan

### **2.3.3 Tiga bulan ketiga**

2.3.3.1 Merasa antusias menyambut kehadiran calon bayi

2.3.3.2 Sulit berkonsentrasi pada kegiatan tertentu

- 2.3.3.3 Terkadang merasa malu terhadap perubahan bentuk tubuh ( merasa gemuk dan tidak cantik lagi)
- 2.3.3.4 Berkurangnya keinginan melakukan hubungan suami istri
- 2.3.3.5 Takut membayangkan kelahiran (nyerti, sulit anak, ibu meninggal, cacat, harus operasi)
- 2.3.3.6 Ketergantungan meningkat
- 2.3.3.7 Memikirkan dan memutuskan tempat alternatif untuk melahirkan (paraji, bidan, puskesmas, RS, RB)
- 2.3.3.8 Melakukan antisipasi sebagai orang tua
- 2.3.3.9 Mempersiapkan segala kebutuhan bayi dengan gembira
- 2.3.3.10 Membayangkan akan menjadi orang tua dengan gembira
- 2.3.3.11 Meras senang karena banyak mendapat perhatian dari orang sekitar

### **3. Diagnosis Keperawatan**

Kesiapan peningkatan Perkembangan wanita hamil

### **4. Tindakan Keperawatan**

#### **4.1 Tindakan Keperawatan Ners untuk Klien**

##### **4.1.1 Tujuan**

**4.1.1.1** Klien mampu memahami karakteristik perkembangan yang normal pada ibu hamil.

4.1.1.2 Klien mampu memahami karakteristik perkembangan yang tidak normal pada ibu hamil

4.1.1.3 Klien mampu memahami cara menyesuaikan dengan perubahan biologis selama kehamilan

4.1.1.4 Klien mampu memahami cara menyesuaikan dengan perubahan psikologi selama kehamilan

4.1.1.5 Klien mampu memahami cara menyesuaikan perubahan sosial selama kehamilan

##### **4.1.2 Tindakan**

4.1.2.1 Melatih mendiskusikan tentang perubahan yang dialami selama kehamilan

4.1.2.2 Melatih mendiskusikan stimulasi perkembangan fisiologis pada kehamilan

4.1.2.3 Melatih mendiskusikan stimulasi perkembangan emosi pada kehamilan

4.1.2.4 Melatih mendiskusikan stimulasi perkembangan sosial pada kehamilan

## **4.2 Tindakan Keperawatan Ners untuk Keluarga**

### **4.2.1 Tujuan**

4.2.1.1 Keluarga mampu mengenal perilaku yang menggambarkan perkembangan ibu hamil yang normal dan menyimpang

4.2.1.2 Keluarga mampu memahami cara menstimulasi perkembangan ibu hamil

4.2.1.3 Keluarga mampu mendemonstrasikan tindakan untuk menstimulasi perkembangan ibu hamil

4.2.1.4 Keluarga mampu merencanakan cara menstimulasi perkembangan dewasa muda

### **4.2.2 Tindakan**

4.2.2.1 Menjelaskan kepada keluarga tentang perkembangan ibu hamil yang normal dan menyimpang

4.2.2.2 Mendiskusikan dengan keluarga mengenai cara memfasilitasi perkembangan psikososial ibu hamil

4.2.2.3 Melatih keluarga untuk memfasilitasi perkembangan psikososial ibu hamil yang normal

## **STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT MENTAL**

### **PADA USIA BAYI (Percaya Versus Tidak percaya)**

#### **1. Pengertian**

Adalah tahap perkembangan bayi usia 0-18 bulan dimana pada usia ini bayi belajar terhadap kepercayaan dan ketidakpercayaan. Masa ini merupakan krisis pertama yang dihadapi oleh bayi.

#### **2. Pengkajian**

##### **2.1 Pengkajian Ners**

- 2.1.1 Menangis ketika ditinggalkan oleh ibunya
- 2.1.2 Menangis saat lapar, haus, buang air, sakit atau menginginkan sesuatu
- 2.1.3 Menolak atau menangis saat digendong oleh orang yang tidak dikenalnya
- 2.1.4 Mudah dibujuk untuk diam kembali jika menangis
- 2.1.5 Menyembunyikan wajah dan tidak langsung menangis saat bertemu dengan orang yang tidak dikenal
- 2.1.6 Mendengarkan music atau bernyanyi dengan senang
- 2.1.7 Menoleh mencari sumber suara saat dipanggil namanya
- 2.1.8 Senang jika diajak bermain
- 2.1.9 Saat diberikan mainan meraih mainan atau mendorong dan membantingnya

## **2.2 Pengkajian Ners Spesialis**

### **2.2.1 Faktor Protektif**

#### 2.2.1.1 Biologi

- a. Latar belakang bawaan (normal), tidak ada riwayat kembar monozygot, tidak ada riwayat penyakit keturunan, tidak ada riwayat terjadi, kelainan kromosom 6,4,8,5,22 (seperti sindrom down, sindrom turner)
- b. Status nutrisi (BB: tidak ada BBLR (Berat Badan Lahir rendah), BB Lahir normal sesuai usia kehamilan ( $\geq 2500$  gram), BB 5 bulan = 2 x BB lahir, BB 1 tahun = 3 x BB Lahir, BB 2 tahun = 4 x BB lahir, TB 1 tahun = 1.5 x TB lahir, 2 – 12 tahun = (umur (tahun).
- c. Imunisasi sebelum berumur 1 tahun sudah dilakukan imunisasi : BCG ; polio : 3 x; Hepatitis B : 3 x dan campak
- d. Tidak ada kelainan hormon
- e. Riwayat pranatal : baik
- f. Riwayat intra natal dan post natal : Lahir spontan, Tidak ada riwayat trauma persalinan; BBLR, akfiksia berat, hipobilirubinemia disertai Kern interus, infeksi jalan lahir, IRDS (Idiopathic Respiratory Distress Sindroma), asidosis metabolisme dll.

#### 2.2.1.2 Psikologis

##### a. Inteligensi / Keterampilan Verbal

- 1) 0 – 3 bulan : Mengoceh dan memberikan reaksi terhadap suara

- 2) 3 – 6 bulan : menengok ke arah sumber suara
- 3) 6 – 9 bulan : tertawa/berteriak gembira bila melihat benda yang menarik
- 4) 9 – 12 bulan : mengucapkan perkataan yang terdiri dari 2 suku kata
- 5) 12 – 18 bulan : mengucapkan perkataan yang terdiri dari 2 suku kata yang sama.

b. Moral: Memperhatikan/memandang wajah ibu/orang yang mengajak bicara.

c. Kepribadian: Menangis saat merasa tidak nyaman (basah, lapar, haus, sakit dan gerah (kepanasan cuaca)

d. Pengalaman masa lalu: Pra natal: kehamilan yang diharapkan, Intranatal : Bounding attachment segera setelah lahir, Infant : stimulasi tumbang optimal.

e. Konsep Diri: Mulai tidak mempercayai, Membedakan diri dari lingkungan.

f. Motivasi : Senang diajak bicara dan bermain, berbahagia dipeluk dan dicium.

g. Self Control: menangis saat digandeng orang yang tidak dikenalnya, menolak saat akan digandeng orang yang tidak dikenal

### 2.2.1.3 Sosial budaya

a. Usia : 0 – 18 bulan

b. Gender : Laki/perempuan

c. Status sosial : anak kandung atau anak angkat (adopsi)

d. Latar belakang budaya : Ras/suku bangsa : bangsa kulit putih mempunyai pertumbuhan somatik lebih tinggi daripada bangsa Asia, acara-acara adat istiadat.

e. Agama dan keyakinan : ikut orangtua, Belajar mempercayai orang lain/lingkungan.

f. Pengalaman sosial : digandeng, dipeluk dan dibuai saat menangis, diberi minum dan makan saat haus dan lapar, diselimuti/dihangatkan saat kedinginan, diajak bermain dan berbicara.

g. Peran Sosial : diterima sebagai anggota keluarga dan masyarakat

## 2.2.2 Faktor Resiko

### 2.2.2.1 Nature

a. Biologi

- 1) Nutrisi: Gizi seimbang, mendapat ASI eksklusif 6 bulan pertama, makanan tambahan lebih dari usia 6 bulan, makanan padat 12 bulan, berat badan dan tinggi badan. BB 5

bulan = 2 x BB lahir, BB 1 tahun = 3 x BB Lahir, BB 2 tahun = 4 x BB Lahir, TB 1 tahun = 1.5 x TB lahir, 2 – 12 tahun = umur (tahun) x 6 + 77.

2) Istirahat, tidur dan latihan berkualitas.

3) Latihan

- 0-3 bulan: menirukan ocehan, gerakan dan mimik anak, mengajak bicara dan memperdengarkan berbagai suara, melatih anak; membalikkan badan dari telentang ke telungkup sampai anak dapat membalikkan badannya sendiri, melatih anak mengangkat kepalanya dengan memperlihatkan benda menarik atau mencolok, melatih anak menggenggam benda.
- 3-6 bulan : melatih anak menirukan bunyi, suara dan kata-kata mencari sumber suara, menyangga lehernya, mengikuti gerakan tubuh, duduk, menyangga badan dengan kedua kaki, melatih menggunakan kedua tangannya dan menggenggam benda dengan kuat, melatih mengambil benda kecil, memasukkan makanan ke mulut dan meraih benda/mainan.
- 6-9 bulan : melatih anak merangkak, berdiri, berjalan dengan berpegangan melatih berjalan sendiri, membungkukkan badan tanpa berpegangan, enumpuk balok dan memberikan kesempatan untuk menggambar.
- 12-18 bulan: melatih anak berjalan mundur, menangkap bola, menendang bola, berjalan naik turun tangga, melatih anak melepas pakaian sendiri, melatih anak menyebutkan nama bagian tubuh.

4) Pemeliharaan kesehatan: imunisasi lengkap, kontrol tumbuh kembang, kontrol kesehatan minimal 1 bulan sekali, pemberian vitamin A

b. Psikologis

Menunjukkan rasa cinta, kasih sayang, dan rasa aman: sering mengajak anak berbicara dengan lembut, panggil bayi sesuai namanya, sering memeluk dan mencium anak, membuai, menimang dan menidurkan anak dan membacakan cerita, membujuk ketika anak rewel, sering mengajak anak bermain, memperlihatkan gambar yang lucu dan menarik, mengajak melihat dirinya di kaca , pada saat bayi menangis, segera cari tahu kebutuhan dasar yang terganggu (lapar, haus, basah dan sakit).

c. Sosial budaya

1) Eksternal: Cuaca, musim, keadaan geographis mendukung tumbang. Sanitasi lingkungan; kebersihan perorangan baik. Tidak ada polusi udara. Keadaan jumlah: struktur bangunan, ventilasi baik, kepadatan hunian layak.

- 2) Internal: Keluarga menerima anak dengan senang, mengajak anak belajar bergaul, melambatkan tangan, memberi salam, mengajak anak bermain bersama; cilukba; mengajak anak mengenal lingkungannya

#### 2.2.2.2 Origin

- a. Internal: Anak senang dan gembira menerima stimulasi dan pertumbuhan perkembangan sesuai usia
- b. Eksternal: Pola asuh dan stimulasi oleh keluarga dan masyarakat menerima kehadiran anak dengan senang, ketersediaan dana dan fasilitas memadai

#### 2.2.2.3 Timing

Stimulasi perkembangan dilakukan dari usia 0-18 bulan dan stimulasi diberikan secara konsisten dan sesuai kebutuhan anak

#### 2.2.2.4 Number

- a. Stimulasi perkembangan dilakukan sesering mungkin dengan prinsip dilakukan dengan rasa cinta, kasih sayang tanpa paksaan dan dengan menciptakan suasana yang segar dan tidak membosankan
- b. Setiap anggota keluarga memberikan stimulus perkembangan yang sesuai usia
- c. Sesering mungkin memberikan pujian pada bayi

### **2.2.3 Penilaian Respon terhadap Stressor**

2.2.3.1 Kognitif : Mengenal orang yang dekat/familiar, mulai berusaha mencari benda yang hilang, menendang saat lapar

#### 2.2.3.2 Fisiologis

- a. Motorik Halus : Bereaksi terhadap bunyi, mengikuti benda dengan mata, senyum sosial
- b. Motorik Kasar : Menggerakkan kepala ke kiri/kanan, mengangkat tangan ke wajah, menendang dan meluruskan kaki jika terlentang, mendekatkan kedua tangan

2.2.3.3 Bahasa : Mengoceh spontan, mulai menggumam.

2.2.3.4 Emosi : Terpenuhinya kebutuhan rasa aman dan nyaman, mengenal lingkungan diluar rumah

2.2.3.5 Kepribadian : Melihat diri didepan kaca, terpenuhinya kebutuhan rasa nyaman

2.2.3.6 Moral :Menggunakan tangan kanan dalam memberikan sesuatu dengan arahan orang lain, menggunakan tangan kanan dalam menerima sesuatu dengan arahan orang lain.

2.2.3.7 Spiritual : Tampak nyaman dan mendengarkan ketika ibunya membacakan kitab suci, tampak nyaman ketika dibacakan doa.

2.2.3.8 Psikososial : Tumbuhnya kemampuan sosialisasi, senang/nyaman ketika diberi pujian.

## **2.2.4 Sumber Koping**

2.2.4.1 Personal ability : masa intrauterin baik (tidak ada gangguan), pertumbuhan dan perkembangan normal (sehat), senang menerima stimulasi, tidak ada gangguan fungsi tubuh.

2.2.4.2 Sosial: Orang tua lengkap, Orangtua/keluarga mempunyai komitmen dan motivasi tinggi untuk stimulasi perkembangan, sanitasi lingkungan baik, masyarakat di sekitarnya baik (aturan,norma, agama dan pendidikan), orangtua mengetahui cara menstimulasi pertumbuhan dan perkembangan sesuai usia anak.

2.2.4.3 Material assets :Orangtua bekerja, pelayanan kesehatan tersedia, sosial ekonomi memadai, sarana dan prasarana tersedia sesuai dengan usia perkembangan.

2.2.4.4 Positive belief : Orangtua/keluarga memahami atau menerima perilaku anak yang sedang tidak nyaman/negatif, sebagai kebutuhan yang belum terpenuhi (menangis=lapar, membuang mainan= perkembangan motorik), orangtua/keluarga melakukan reward dan punishment sesuai usia perkembangan, orangtua/keluarga memahami perbedaan cara berkomunikasi sesuai dengan usia perkembangan, orangtua /keluarga memahami kesehatan anak akan mempengaruhi tumbang anak, keyakinan orangtua/keluarga bahwa anak adalah anugrah dan titipan Tuhan.

## **2.2.5 Mekanisme Koping**

### **2.2.5.1 Konstruktif**

Menangis ketika ditinggal ibunya, menangis saat basah, lapar, haus, dingin, panas, sakit. Menolak atau menangis saat digendong oleh orang yang tidak dikenalnya. Segera terdiam saat digendong, dipeluk atau dibuai.Saat menangis mudah untuk dibujuk kembali. Menyembunyikan wajah dan tidak langsung menangis saat bertemu dengan orang yang tidak dikenalnya. Mendengarkan musik atau bernyanyi dengan senang. Menoleh mencari sumber suara, saat namanya dipanggil.Menunjukkan dan memperlihatkan wajah senang saat diajak bermain. Saat diberikan mainan, meraih mainan atau mendorong dan membantingnya

### **2.2.5.2 Destruktif**

Tidak mau berpisah dengan ibunya, tidak mudah berhubungan dengan orang lain selain ibunya, menangis menjerit-jerit saat berpisah dengan ibunya, ditemukan hambatan pertumbuhan (kuantitas dan kualitas) misal : BB dan TB tidak sesuai usia.

### **3. Diagnosis keperawatan**

Kesiapan peningkatan perkembangan Bayi

### **4. Tindakan Keperawatan**

#### **4.1 Tindakan Keperawatan Ners untuk Klien:**

4.1.1 Segera menggendong, memeluk dan membuai bayi saat bayi menangis

4.1.2 Memenuhi kebutuhan dasar bayi (lapar, haus, basah, sakit)

4.1.3 Memberi selimut saat bayi kedinginan

4.1.4 Mengajak berbicara dengan bayi

4.1.5 Memanggil bayi sesuai dengan namanya

4.1.6 Mengajak bayi bermain (bersuara lucu, menggerakkan benda, memperlihatkan benda berwarna menarik, benda berbunyi)

4.1.7 Keluarga bersabar dan tidak melampiaskan kekesalan atau kemarahan pada bayi

4.1.8 Segera membawa bayi kepada pusat layanan kesehatan bila bayi mengalami masalah kesehatan atau sakit.

#### **4.2 Tindakan Keperawatan Ners untuk Keluarga**

4.2.1 Informasikan tentang tahap perkembangan yang harus dicapai anak usia infant

4.2.2 Informasikan pada keluarga mengenai cara yang dapat dilakukan untuk memfasilitasi rasa percaya diri bayi.

4.2.3 Diskusikan dengan keluarga mengenai cara yang akan digunakan keluarga untuk menstimulasi rasa percaya diri bayi

4.2.4 Latih keluarga mengenai metode tersebut dan dampingi saat keluarga melakukannya pada anak.

4.2.5 Bersama keluarga susun tindakan yang akan dilakukan dalam melatih rasa percaya diri bayi

#### **4.3 Tindakan Keperawatan Ners untuk Kelompok**

Pendidikan kesehatan tentang tumbuh kembang anak usia bayi.

# **STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT MENTAL PADA ANAK USIA TODDLER (Otonomi Versus Ragu-ragu)**

## **1. Definisi**

Adalah tahap perkembangan anak usia 18-36 bulan dimana pada usia ini anak belajar melatih kemandiriannya untuk melakukan tindakan biasanya dicirikan anak mengeksplor lingkungan sekitar. Jika anak tidak mampu mencapai tugas perkembangan pada masa ini anak akan cenderung kurang percaya diri.

## **2. Pengkajian**

### **2.1 Pengkajian Ners**

2.1.1 Anak mampu mengenal dan mengakui namanya

2.1.2 Anak sering menggunakan kata “jangan/tidak/nggak”

2.1.3 Anak banyak bertanya tentang hal/benda yang asing baginya (api, air, ketinggian, warna atau benda)

2.1.4 Anak mulai melakukan kegiatan sendiri dan tidak mau diperintah, misalnya minum sendiri, makan sendiri, berpakaian sendiri

2.1.5 Anak bertindak semaunya sendiri dan tidak mau diperintah

2.1.6 Anak mulai bergaul dengan orang lain tanpa diperintah

2.1.7 Anak mulai bermain dan berkomunikasi dengan anak lain diluar keluarganya

2.1.8 Anak hanya sebentar mau berpisah dengan orang tua

2.1.9 Anak menunjukkan rasa suka dan tidak suka

2.1.10 Anak mengikuti kegiatan keagamaan yang dilakukan keluarga

2.1.11 Tampak percaya diri tampil di depan

### **2.2 Pengkajian Ners Spesialis**

#### **2.2.1 Faktor Protektif**

##### **2.2.1.1 Biologis**

a. Latar belakang genetik : latar belakang bawaan normal, tidak ada riwayat kembar monozygot, tidak ada riwayat genetik gangguan jiwa dan tidak ada riwayat kelainan kromosom 6,4,8,5,22 (seperti sindrom down, sindrom turner)

b. Status Nutrisi: BB : tidak ada BBLR, gizi : baik, kecukupan gizi, keamanan makanan

- c. Kondisi kesehatan secara umum : riwayat penyakit yang diderita saat infant
- d. Imunisasi lengkap
- e. Riwayat pranatal, intranatal : baik
- f. Menerima ASI (minimal selama 6 bulan)
- g. Gizi ibu pada waktu hamil baik

#### 2.2.1.2 Psikologis

- a. Intelegensi / kemampuan verbal (kognitif): 18 – 4 bulan : menyebut nama dan menunjuk kegiatan tubuh dengan benar, 2 – 3 tahun : menyatakan keinginan paling sedikit dengan dua kata
- b. Moral: memperhatikan/memandang wajah ibu/orang yang mengajak bicara, selalu mencoba sesuatu yang menjadi keinginannya, egosentris, mengungkapkan keinginan tanpa berteriak/marah, kooperatif/mau mengikuti aturan yang telah ditetapkan, tidak mendorong/menendang anak dibawah usianya
- c. Emosi : menangis saat permintaan tidak dituruti, selalui ingin tahu, banyak bertanya
- d. Psikososial : Senang diajak bicara dan bermain, berbahagia dipeluk dan cium, senang melakukan gerakan motorik
- e. Spiritual : senang melakukan kegiatan ibadah
- f. Konsep diri : tahu namanya, kenal bagian tubuhnya, tahu jenis kelamin dan belajar mengendalikan toilet training
- g. Self kontrol : Menangis saat dilarang, Menolak saat akan digandeng orang yang tidak dikenal dan berkenalan dengan orang lain sesuai keinginannya

#### 2.2.1.3 Sosiokultural

- a. Adanya dukungan keluarga dalam menstimulasi tumbuh kembang di usia 18 bulan – 3 tahun
- b. Anak kandung/anak angkat (adopsi), anak yang diinginkan
- c. Latar belakang budaya : dilibatkan acara adat istiadat
- d. Ras/suku bangsa : bangsa kulit putih mempunyai pertumbuhan somatik lebih tinggi daripada bangsa Asia
- e. Agama dan keyakinan : dilibatkan dalam kegiatan ibadah

- f. Stimulasi keluarga : diberi minum dan makan saat haus dan lapar
- g. Tidak ada kekerasan fisik, verbal, emosi : digandeng, dipeluk dan dibuai saat menangis
- h. Dilibatkan dalam kegiatan sederhana sehari – hari : meniru pekerjaan rumah tangga
- i. Tidak ada labeling diri negative dari keluarga : anak perempuan meniru perilaku ibunya, anak laki – laki meniru perilaku bapaknya
- j. Keluarga menstimulasi rasa percaya diri : bermain sendiri/solitere
- k. Peran sosial: diterima sebagai anggota keluarga dan masyarakat

## 2.2.2 Faktor Resiko

### 2.2.2.1 Nature

#### a. Faktor Biologi

- 1) Nutrisi : gizi seimbang, makanan tambahan pada usia lebih dari 6 bulan, makanan pada pada usia 12 bulan, BB : BB 5 bulan = 2 x BB lahir, BB 1 tahun = 3 x BB lahir, BB 2 tahun = 4 x BB lahir, TB: 1 bulan = 1,5 x TB lahir, 2 – 12 bulan = umur (tahun) x 6 +77
- 2) Tidak ada gangguan tidur saat ini : istirahat,tidur dan latihan berkualitas
- 3) Belajar keterampilan fisik / latihan :
  - Usia 18 – 24 bulan :  
Melatih anak berjalan jinjit dengan menunjukkan cara pada anak, melatih anak melompat dengan menunjukkan cara pada anak, melatih anak berdiri dengan satu kaki dengan menunjukkan cara, melatih anak menggambar garis lurus, lingkaran dan segitiga serta menggambar wajah, mengajak anak bermain membuat : model dari lili/tanah/adonan kue, memasukkan benda kelubang yang sesuai, menyusun potongan gambar, mengikuti aturan bermain, mengikuti perintah sederhana, melatih anak untuk menceritakan apa yang dilihat dan dikerjakannya, melatih anak berpakaian sendiri, melatih anak berpisah dengan orangtua (ibu) untuk sementara.
  - Usia 2 – 3 tahun :  
melatih anak bermain : menumpuk dan menyusun balok, mencocokkan gambar denganbenda sesungguhnya, memilih dan mengelompokkan benda sesuai dengan jenisnya, melatih anak menghitung jumlah benda, melatih anak menyebutkan namanya, melatih anak untuk mencuci tangan/kaki dan mengeringkan sendiri, memberi kesempatan pada anak memilih baju yang akan dipakai.

## b. Faktor Psikologis

Menunjukkan rasa aman, rasa cinta dan kasih sayang, diberi kesempatan bertanya, diberi kesempatan bermain dengan alat – alat bermain sederhana dan teman sebaya, diberi kesempatan menceritakan perasaannya dengan menggunakan simbol.

## c. Faktor Sosial Budaya

### 1) Eksternal

- Diberi kesempatan mengenal teman sebaya
- Keadaan rumah : struktur bangunan, ventilasi baik, kepadatan hunian layak
- Didampingi saat beradaptasi dengan lingkungan baru
- Mendapatkan kesempatan mengenal hal baru diluar rumah
- Mendapat feedback positif dari lingkungan sekitar
- Nyaman dengan lingkungan sekitar

### 2) Internal / keluarga

- Diterima dan disayangi oleh lingkungan keluarga
- Diberi pujian akan keberhasilan
- Dikenalkan dengan tindakan yang boleh dan tidak boleh dilakukan, baik dan buruk dengan kalimat positif
- Mengajak anak belajar bergaul, melambaikan tangan, memberi salam

## 2.2.2.2 Origin

- a. Internal: inisiatif dan imajinasinya tinggi, Pertumbuhan dan perkembangan sesuai usia
- b. Eksternal : pola asuh dan stimulasi dari keluarga baik ( bio, psiko, sosio, cultural), masyarakat menerima dan mendukung keberadaannya, ketersediaan dana dan fasilitas memadai

## 2.2.2.3 Timing

Stimulasi perkembangan dilakukan sejak dalam kandungan sampai dengan usia 3 tahun, dan stimulasi diberikan secara konsisten dan sensitif (kebutuhan anak)

## 2.2.2.4 Number

Jumlah stressor tidak berlebihan dan stimulasi perkembangan yang sesuai dengan usia (bio,sosio,kultural)

## 2.2.3 Penilaian Terhadap Faktor Protektif dan Faktor Resiko

### 2.2.3.1 Kognitif

- 18 – 24 bulan : menyebut nama dan menunjuk satu bagian tubuh dengan benar, belajar berpakaian sendiri, anak melakukan gerakan berulang-ulang dengan obyek yang baru, banyak bertanya, mencoba sesuatu yang baru
- 25 – 36 bulan : awal berpikir fungsi simbolik, menyatakan keinginan paling sedikit dengan 2 kata, menyampaikan keinginan dengan bahasa yang baik, mengambil benda dengan cara yang lain, contohnya mengambil sesuatu dengan benda yang lain.

### 2.2.3.2 Afektif

Menunjukkan perasaan gembira dan senang, tersenyum dan tertawa, mengenali namanya, membedakan orang asing dari orang yang dikenal dan berespon terhadap keduanya, mencari orang terdekat untuk dukungan dan rasa nyaman selama masa stress, menikmati permainan yang banyak, menggunakan aktifitas motorik (melompat, berjinjit, berjalan, berlari, naik tangga,dll), mengeksplorasi bagian tubuhnya sendiri.(awal pembentukan konsep diri), menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis atau merengek, mengeluarkan suara yang menyenangkan atau menarik tangan ibu, memperlihatkan rasa cemburu/bersaing, ada keinginan untuk makan sendiri, dan tumbuh kepercayaan diri untuk memanjat tempat yang lebih tinggi (tidak takut mencoba).

### 2.2.3.3 Fisik

Tinggi badan bertambah sesuai usia, berat badan bertambah sesuai usia, temperatur : 36 derajat – 37 derajat celcius, nadi : 80 – 130 kali permenit, tekanan darah 74/46 mmHg – 110/38-72 mmHg, pernapasan : 30 – 50 kali permenit, penampilan umum dan fungsi tubuh : sesuai usia perkembangan.

### 2.2.3.4 Motorik

#### a. Motorik Kasar

Berdiri sendiri tanpa pegangan, berjalan, berdiri dengan satu kaki, berjalan mundur 5 langkah, menendang bola kecil, bertepuk tangan, melambai-lambai, berjalan naik anak tangga tanpa bantuan, melempar dan melompat.

#### b. Motorik Halus

Menumpuk 2-4 kubus, memasukkan kubus ke dalam kotak, memungut bola kecil dengan ibu jari dan telunjuk, mencorat-coret kertas dengan pensil.

#### 2.2.3.5 Bahasa

Memanggil ayah dengan sebutan “papa” dan memanggil ibu dengan sebutan “mama”, menyebutkan 3-6 kata yang mempunyai arti, bicara dengan baik menggunakan 2 kata seperti “minta minum” dan “mau makan”.

#### 2.2.3.6 Moral Spiritual

Moral: Menggunakan tangan kanan untuk makan dan menggunakan tangan kanan atau kedua tangannya untuk menerima atau memberi sesuatu.

Spiritual: Memperhatikan saat orang lain berdoa, sholat, atau membaca kitab suci, tampak senang mengikuti tuntunan agana seperti berdoa sebelum makan dan membaca kitab suci.

#### 2.2.3.7 Perilaku

- 18 – 24 bulan: berjalan mundur sedikitnya 5 langkah, mencorat-coret dengan alat tulis di dinding, tertarik menggaris vertikal dan atau horizontal, mulai kesulitan makan karena anak sudah mengetahui rasa, tekstur dan jenis makanan, anak ingin/mau makan dengan alat makannya sendiri.
- 25 – 36 bulan: berdiri dengan satu kaki tanpa pegangan selama paling sedikit 2 hitungan, meniru membuat garis lurus, membereskan mainan sendiri dan mengambil baju sendiri.

#### 2.2.3.8 Sosial

Memilih mainannya sendiri, berbagi mainannya dengan teman yang lain dan mengucapkan terimakasih ketika dipinjami mainan, mampu mengenal anggota keluarga yang lain, dapat dimintai bantuan mengambilkan sesuatu.

### 2.2.4 Sumber Koping

2.2.4.1 *Personal Ability*: Masa intrauterin baik dan tidak ada gangguan, pertumbuhan dan perkembangan normal (sehat), senang menerima stimulasi, tidak ada gangguan fungsi tubuh, percaya diri melakukan sesuatu.

2.2.4.2 *Social Support*: Orangtua lengkap, orangtua/keluarga mempunyai komitmen dan motivasi tinggi untuk stimulasi perkembangan, sanitasi lingkungan baik, masyarakat di sekitarnya baik (aturan, norma, agama dan pendidikan), orangtua mengetahui cara menstimulasi pertumbuhan dan perkembangan sesuai usia anak, penerimaan teman sebaya.

2.2.4.3 *Material Assets*: Orangtua bekerja. pelayanan kesehatan tersedia, sosial ekonomi: memadai, sarana dan prasarana tersedia sesuai dengan usia perkembangan, punya tabungan yang cukup, mempunyai asuransi kesehatan untuk anak.

2.2.4.4 *Positive Belief*: Orangtua/keluarga memahami atau menerima perilaku anak saat sedang dalam kondisi tidak nyaman/negatif sebagai kebutuhan yang belum terpenuhi, orangtua/keluarga melakukan *reward* dan *punishment* sesuai usia perkembangan, orangtua/keluarga memahami perbedaan cara berkomunikasi sesuai dengan usia perkembangan (tidak berkata kasar pada anak), orangtua /keluarga memahami kesehatan anak akan mempengaruhi tumbang anak, keyakinan orangtua/keluarga bahwa anak adalah anugerah dan titipan Tuhan.

## **2.2.5 Mekanisme Koping**

### **2.2.5.1 Konstruktif**

Anak mengenal namanya sendiri, anak bertanya segala hal yang baru/asing menurutnya, anak melakukan kegiatan sendiri tanpa dibantu, anak sering mengatakan tidak/jangan, anak mulai bergaul dengan orang lain dan mau berpisah dengan orang tua, anak mulai belajar untuk mengikuti kegiatan agama, mengerjakan sesuatu yang sederhana dalam beberapa hal dengan kemampuan sendiri.

### **2.2.5.2 Destruktif**

Tidak berani melakukan sesuatu/kegiatan, selalu merasa takut bertindak, merasa terpaksa bila mengerjakan sesuatu, melakukan tindakan dengan rasa ragu-ragu, selalu mengompol dan sulit diarahkan mengikuti *toilet training*, meminta sesuatu dengan memaksa, mudah melanggar aturan yang telah disepakati, sering merengek, mudah menangis, selalu minta tolong untuk mengerjakan sesuatu yang mudah, dan mudah ngambek jika keinginan tidak tidak dituruti.

## **3. Diagnosis Keperawatan**

Kesiapan Peningkatan Perkembangan Anak Usia Toddler

## **4. Tindakan Keperawatan**

## **4.1 Tindakan Keperawatan Ners**

### **4.1.1 Tindakan untuk Klien**

4.1.1.1 Latih anak untuk melakukan kegiatan secara mandiri

4.1.1.2 Puji keberhasilan yang dicapai anak.

4.1.1.3 Tidak menggunakan kata yang memerintah tetapi melatih anak memberikan pilihan – pilihan dalam memuaskan keinginannya.

4.1.1.4 Hindari suasana yang membuat anak bersikap negatif.

4.1.1.5 Tidak menakut – nakuti anak dengan kata – kata ataupun perbuatan, tidak mengancam anak.

4.1.1.6 Berikan mainan sesuai usia perkembangan (boneka, mobil – mobilan, balon, bola, kertas gambar, dan pensil warna).

4.1.1.7 Saat anak mengamuk (tempertantrum), pastikan ia aman dan awasi dari jauh.

4.1.1.8 Beri tahu tindakan yang boleh dilakukan dan tidak boleh dilakukan, tindakan baik dan buruk dengan kalimat positif.

4.1.1.9 Libatkan anak dalam kegiatan keagamaan.

### **4.1.2 Tindakan untuk Keluarga**

4.1.2.1 Mengkaji pemahaman keluarga tentang tahap perkembangan anak usia toddler yang harus dicapai dan yang menyimpang, cara menstimulasi, apa yang harus dilakukan jika ada tanda-tanda perkembangan anak yang menyimpang, tindak lanjut cara merawat/stimulasi dan cara mencegah terjadinya perkembangan anak yang menyimpang.

4.1.2.2 Diskusikan tentang tahap perkembangan anak usia toddler yang harus dicapai dan yang menyimpang

4.1.2.3 Diskusikan tentang cara yang dapat digunakan untuk menstimulasi kemandirian anak usia toddler

4.1.2.4 Diskusikan tentang apa yang harus dilakukan jika ada tanda-tanda perkembangan anak yang menyimpang

4.1.2.5 Diskusikan tentang tindak lanjut cara merawat/stimulasi dengan menyusun tindakan yang akan dilakukan dalam melatih kemandirian anak.dan cara mencegah terjadinya perkembangan anak yang menyimpang

### **4.1.3 Tindakan untuk Kelompok**

Pendidikan kesehatan tentang tumbuh kembang anak usia toddler.

# **STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT MENTAL PADA ANAK USIA PRA SEKOLAH (Inisiatif Versus Rasa Bersalah)**

## **1. Pengertian**

Adalah tahap perkembangan anak usia 3-6 tahun dimana pada usia ini anak akan belajar berinteraksi dengan orang lain, berfantasi dan berinisiatif, pengenalan identitas kelamin, meniru. Anak mulai membuat perencanaan dan melaksanakan tindakannya.

## **2. Pengkajian**

### **2.2 Pengkajian Ners**

- 2.2.1 Anak suka mengkhayal dan kreatif
- 2.2.2 Anak punya inisiatif bermain dengan alat-alat rumah
- 2.2.3 Anak suka bermain dengan teman sebaya
- 2.2.4 Anak mudah berpisah dengan orang tua
- 2.2.5 Anak mengerti mana yang benar dan salah
- 2.2.6 Anak belajar merangkai kata dan kalimat
- 2.2.7 Anak mengenal berbagai warna
- 2.2.8 Anak mengenal jenis kelaminnya
- 2.2.9 Anak membantu melakukan pekerjaan rumah sederhana
- 2.2.10 Belajar keterampilan baru melalui permainan

### **2.3 Pengkajian Ners Spesialis**

#### **2.3.1 Faktor Protektor**

##### 2.3.1.1 Biologis

- a. Latar belakang genetik : latar belakang bawaan normal, tidak ada riwayat kembar monozygot, tidak ada riwayat genetik gangguan jiwa dan tidak ada riwayat kelainan kromosom 6, 4, 8, 5, 22 (seperti sindrom down, sindrom turner)
- b. Status Nutrisi: BB : tidak ada BBLR, gizi : baik, kecukupan gizi, keamanan makanan
- c. Kondisi kesehatan secara umum : riwayat penyakit yang diderita saat toddler
- d. Imunisasi lengkap
- e. Riwayat pranatal, intranatal : baik

- f. Menerima ASI (minimal selama 6 bulan)
- g. Gizi ibu pada waktu hamil baik
- h. Tidak terdapat riwayat paparan terhadap racun atau bahan kimia berbahaya lain.

#### 2.3.1.2 Psikologis

- a. Intelegensi: berespon terhadap rangsangan sensori dan eksplorasi lingkungan
- b. Keterampilan verbal: Tidak ada gangguan bicara sejak bayi-toddler
- c. Kepribadian: Tidak pendiam, tidak tempertantrum
- d. Memiliki pengalaman masa lalu yang menyenangkan, terbangun rasa percaya pada usia bayi dan otonomi pada usia toddler
- e. Mampu mengontrol BAB dan BAK
- f. Moral: mampu membedakan hal yang baik dan buruk

#### 2.3.1.3 Sosiokultural

- a. Usia 3-6 tahun
- b. Berjenis kelamin laki-laki atau perempuan
- c. Latar belakang budaya menunjang pertumbuhan dan perkembangan
- d. Agama dan keyakinan: nilai positif dilakukan oleh keluarga dalam mengasuh anak
- e. Terbentuk rasa percaya pada usia bayi, otonomi pada usia toddler
- f. Tidak mengalami penolakan dan penganiayaan
- g. Diterima sebagai bagian keluarga dan disayangi keluarga

### **2.3.2 Faktor Risiko**

#### 2.3.2.1 Biologis

- a. Mendapatkan imunisasi lengkap
- b. Pemenuhan gizi seimbang
- c. Latihan fisik, bermain cukup
- d. Istirahat cukup

#### 2.3.2.2 Psikologis

- a. Dikenalkan benda-benda di sekitar
- b. Diberi kesempatan berimajinasi
- c. Berteman dengan sebaya
- d. Dilatih mewarnai, membaca dan menulis

#### 2.3.2.3 Sosiokultural

- a. Anak mengenal jenis kelamin
- b. Berteman dengan teman sebaya
- c. Membantu pekerjaan rumah sederhana
- d. Mulai sekolah PG atau TK
- e. Belajar nilai, norma sosial dan agama
- f. Hubungan dengan orang lain yang menyenangkan
- g. Diterima sebagai bagian keluarga

### **2.3.3 Penilaian Terhadap Stresor**

2.3.3.1 Kognitif: tidak ada gangguan, ancaman, ada tantangan perkembangan

2.3.3.2 Afektif: rasa senang, gembira, cemas ringan, marah wajar

2.3.3.3 Fisiologi reflek fisiologi; kompensasi wajar

2.3.3.4 Perilaku: belajar terhadap situasi dan hal-hal yang baru, ikut mengerjakan pekerjaan rumah, sering bertanya, meniru, ketakutan tidak berlebihan

2.3.3.5 Sosial: mencari informasi pada orang tua, mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi

2.3.3.6 Motorik: Berjalan di atas papan titian, Bermain lompat tali, Bermain lompat karung

2.3.3.7 Bahasa: mampu mengungkapkan keinginan secara verbal, menyebutkan nama benda di sekitar

### **2.3.4 Sumber Koping**

#### 2.3.4.1 Personal Ability

- a. Kemampuan menyelesaikan masalah : Mencari informasi pada orang tua, saudara, teman
- b. Identifikasi masalah
- c. Memilih tindakan

- d. Pelaksanaan dari rencana tindakan
- e. Kesehatan dan energi : Sehat
- f. Sosial skill: Bergaul dengan teman sebaya, tidak takut pada orang dewasa
- g. Pengetahuan dan intelegensi individu, Membedakan warna, jenis kelamin, bisa membaca, menggambar
- h. Identitas Ego: Percaya diri, berani

#### 2.3.4.2 Sosial Support

- a. Hubungan antar individu, keluarga dan kelompok: Teman akrab, orang tua, saudara
- b. Komitmen dengan jaringan sosial : Punya kelompok bermain
- c. Budaya: Mengerti aturan, norma agama, sosial.

#### 2.3.4.3 Material Aset

- a. Penghasilan individu : Punya tabungan
- b. Benda-benda atau barang yang dimiliki : Punya mainan atau benda kesukaan
- c. Pelayanan kesehatan yang ada di dekat lingkungan : terjangkau

### **3. Diagnosis keperawatan**

Kesiapan peningkatan perkembangan anak pre school (usia 3-6 th)

### **4. Tindakan Keperawatan**

#### **4.1 Tindakan Keperawatan Ners untuk Klien**

##### **4.1.1 Tujuan**

- 4.1.1.1 Mempertahankan pemenuhan kebutuhan fisik yang optimal
- 4.1.1.2 Mengembangkan ketrampilan motorik kasar dan halus
- 4.1.1.3 Mengembangkan ketrampilan berbahasa
- 4.1.1.4 Mengembangkan ketrampilan adaptasi psikososial
- 4.1.1.5 Pembentukan indentitas dan peran sesuai jenis kelamin
- 4.1.1.6 Mengembangkan kecerdasan
- 4.1.1.7 Mengembangkan nilai-nilai moral

4.1.1.8 Meningkatkan peran serta keluarga dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan

#### **4.1.2 Tindakan**

4.1.2.1 Pemenuhan kebutuhan fisik yang optimal

- a. Kaji pemenuhan kebutuhan fisik anak
- b. Anjurkan pemberian makanan dengan gizi yang seimbang
- c. Kaji pemberian vitamin dan imunisasi ulangan (booster)
- d. Ajarkan kebersihan diri

4.1.2.2 Mengembangkan ketrampilan motorik kasar dan halus

- a. Kaji kemampuan motorik kasar dan halus anak
- b. Fasilitasi anak untuk bermain yang menggunakan motorik kasar (kejar-kejaran, papan seluncur, sepeda, sepak bola, tangkap bola dll)
- c. Fasilitasi anak untuk kegiatan dengan menggunakan motorik halus (belajar menggambar, menulis, mewarnai, menyusun balok dll)
- d. Menciptakan lingkungan aman dan nyaman bagi anak untuk bermain di rumah

4.1.2.3 Mengembangkan ketrampilan bahasa

- a. Kaji ketrampilan bahasa yang dikuasai anak
- b. Berikan kesempatan anak bertanya dan bercerita
- c. Sering mengajak komunikasi
- d. Ajari anak belajar membaca
- e. Belajar bernyanyi

4.1.2.4 Mengembangkan ketrampilan adaptasi psikososial

- a. Kaji ketrampilan adaptasi psikososial anak
- b. Berikan kesempatan anak bermain dengan teman sebaya
- c. Berikan dorongan dan kesempatan ikut perlombaan
- d. Latih anak berhubungan dengan orang lain yang lebih dewasa

4.1.2.5 Membentuk identitas dan peran sesuai jenis kelamin

- a. Kaji identitas dan peran sesuai jenis kelamin

- b. Ajari mengenal bagian-bagian tubuh
- c. Ajari mengenal jenis kelamin sendiri dan membedakan dengan jenis kelamin anak lain
- d. Berikan pakaian dan mainan sesuai jenis kelamin

#### 4.1.2.6 Mengembangkan kecerdasan

- a. Kaji perkembangan kecerdasan anak
- b. Bimbing anak dengan imajinasinya untuk menggali kreatifitas, bercerita
- c. Bimbing anak belajar ketrampilan baru
- d. Berikan kesempatan dan bimbing anak membantu melakukan pekerjaan rumah sederhana
- e. Ajari pengenalan benda, warna, huruf, angka
- f. Latih membaca, menggambar dan berhitung

#### 4.1.2.7 Mengembangkan nilai moral

- a. Kaji nilai-nilai moral yang sudah diajarkan pada anak
- b. Ajarkan dan latih menerapkan nilai agama dan budaya yang positif
- c. Kenalkan anak terhadap nilai-nilai mana yang baik dan tidak
- d. Berikan pujian atas nilai-nilai positif yang dilakukan anak
- e. Latih kedisiplinan

#### 4.1.2.8 Meningkatkan peran serta keluarga dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan

- a. Tanyakan kondisi pertumbuhan dan perkembangan anak
- b. Tanyakan upaya yang sudah dilakukan keluarga terhadap anak
- c. Berikan reinforcement atas upaya positif yang sudah dilakukan keluarga
- d. Anjurkan keluarga untuk tetap rutin membawa anaknya ke fasilitas kesehatan (posyandu, puskesmas dll)
- e. Anjurkan pada keluarga untuk memberikan makan bergizi seimbang
- f. Berikan pendidikan kesehatan tentang tugas perkembangan normal pada usia pra sekolah
- g. Berikan informasi cara menstimulasi perkembangan pada usia pra sekolah

## **4.2 Tindakan Keperawatan Ners untuk Keluarga**

#### **4.2.1 Tujuan**

4.2.1.1 Keluarga dapat menjelaskan perilaku anak yang menggambarkan perkembangan normal dan menyimpang

4.2.1.2 Keluarga dapat menjelaskan cara memfasilitasi perkembangan anak usia pra sekolah

4.2.1.3 Keluarga melakukan tindakan untuk memfasilitasi perkembangan anak usia pra sekolah

4.2.1.4 Keluarga merencanakan stimulasi untuk mengembangkan kemampuan psikososial anak usia pra sekolah

#### **4.2.2 Tindakan**

4.2.2.1 Menjelaskan perkembangan psikososial yang normal dan menyimpang pada keluarga

4.2.2.2 Mendiskusikan cara memfasilitasi perkembangan anak usia prasekolah yang normal dengan keluarga

4.2.2.3 Melatih keluarga untuk memfasilitasi perkembangan psikososial anak

4.2.2.4 Membuat stimulasi perkembangan psikososial anak

**STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT MENTAL  
PADA ANAK USIA SEKOLAH (Industri Versus Harga Diri Rendah)**

**1. Pengertian**

Anak Usia Sekolah adalah anak dalam rentang usia 6 – 12 tahun. Perkembangan kemampuan psikososial anak usia sekolah adalah kemampuan menghasilkan karya, berinteraksi dan berprestasi dalam belajar berdasarkan kemampuan diri sendiri (Keliat, Daulima, Farida. 2011).

**2. Pengkajian**

**2.1 Pengkajian Ners**

**2.1.1** Menyelesaikan tugas (sekolah atau rumah) yang diberikan

**2.1.2** Mempunyai rasa bersaing (kompetisi)

**2.1.3** Senang berkelompok dengan teman sebaya dan mempunyai sahabat karib

**2.1.4** Berperan dalam kegiatan kelompok

**2.1.5** Mulai mengerti nilai mata uang dan satuannya

**2.1.6** Mampu menyelesaikan pekerjaan rumah tangga sederhana

**2.1.7** Memiliki hobby tertentu

**2.1.8** Tidak ada tanda bekas penganiayaan

## **2.2 Pengkajian Ners Spesialis**

### **2.2.1 Faktor Protektor**

#### 2.2.1.1 Biologis

- a. Riwayat pre natal, intra natal, post natal
- b. Riwayat imunisasi lengkap
- c. Riwayat status gizi baik
- d. Tidak ada riwayat penyakit fisik kronis/cacat
- e. Tidak ada riwayat trauma kepala
- f. Tidak ada riwayat genetik gangguan jiwa

#### 2.2.1.2 Psikologis

- a. Intelengensi: normal
- b. Sudah dapat mengidentifikasi peran gender
- c. Sudah dapat mengidentifikasi peran di keluarga
- d. Pencapaian 8 aspek perkembangan: kognitif, bahasa, komunikasi, moral, emosi, spiritual

#### 2.2.1.3 Sosial budaya

- a. Dukungan keluarga dalam stimulasi tumbang
- b. Anak yang diinginkan
- c. Tidak ada labeling negativ dari keluarga
- d. Tidak ada kekerasan fisik, verbal & emosi
- e. Dilibatkan dalam mengambil keputusan sederhana
- f. Keluarga menstimulasi terbentuknya kemampuan berkarya anak
- g. Belajar benar-salah
- h. Dilibatkan dalam kegiatan ibadah

### **2.2.2 Faktor Risiko**

#### 2.2.2.1 Nature

- a. Biologi

- BB & TB sesuai usia
- Keluhan fisik saat ini
- Status nutrisi
- Suka olahraga
- Gangguan tidur saat ini
- Belajar ketrampilan fisik baru

#### b. Psikologis

- Mendapatkan bimbingan PR
- Kesempatan cerita pengalaman
- Kesempatan cerita perasaan
- Kesempatan bertanya

#### c. Sosial

- Kesempatan bermain sebaya
- Kesempatan ikut kompetisi
- Mengembangkan bakat dan hobi
- Kesempatan bantu orang lain
- Diterima & di sayangi keluarga
- Mendapat feedback positif dari lingkungan (keluarga, guru, teman)

#### 2.2.2.2 Origin

- Internal: kreatifitas tinggi, percaya diri, perasaan bersaing
- Eksternal: pola asuh & stimulasi dari keluarga baik, masyarakat menerima dan mendukung keberadaanya

#### 2.2.2.3 Timing

- Waktu terjadinya stimulasi diberikan usia 6-12 th
- Lamanya stressor terjadi: optimal
- Frekuensi: optimal

2.2.2.4 Number: Jumlah dan kualitas stressor: tidak berlebihan, stimulus tumbang optimal (bio-psikososio spiritual)

### 2.2.3 Penilaian terhadap stressor

#### 2.2.3.1 Motorik kasar dan halus

- Lompat tali atau karet

- b. Permainan engklek
- c. Menangkap dan melempar bola
- d. Menulis tulisan sambung
- e. Menggunting kertas dengan mengikuti pola yang sudah ada
- f. Menggambar atau melukis dengan pencil warna

#### 2.2.3.2 Kognitif

- a. Menerima nasehat dari orang lain
- b. Menerima perbedaan pendapat
- c. Kritis terhadap informasi
- d. Menceritakan kelebihan diri
- e. Berpikir dirinya orang yang sehat dan menyenangkan
- f. Menyebutkan bentuk benda dan fungsinya
- g. Menjawab pertanyaan sebab akibat
- h. Menjawab soal penjumlahan

#### 2.2.3.3 Bahasa

- a. Perkenalan diri dan cerita pengalaman yang disenangi
- b. Menceritakan kembali cerita pendek
- c. Mengisi teka-teki silang

#### 2.2.3.4 Emosi dan kepribadian

- a. Berani mengekspresikan perasaan
- b. Menyampaikan perasaan marah, senang, takut sedih.
- c. Menyampaikan pendapat dan keinginan
- d. Mengatasi masalah yang sedang dihadapi
- e. Puas dengan keberhasilan yang dicapai
- f. Menceritakan kebaikan yang pernah dilakukan.
- g. Mengungkapkan kesalahan
- h. Menyelesaikan tugas dan tanggung jawab

#### 2.2.3.5 Moral dan spiritual

- a. Menepati janji pada kelompok
- b. Melakukan kewajiban dan menepati janji

- c. Mengikuti peraturan
- d. Mengikuti kegiatan keagamaan
- e. Melakukan doa secara rutin
- f. Membaca kitab suci.

#### 2.2.3.6 Psikososial

- a. Permainan dalam kelompok
- b. Mengerkajikan tugas kelompok
- c. Permainan dengan gotong royong dan tolong menolong.
- d. Bermain dan bercerita dengan teman akbar
- e. Tanggung jawab tugas kelompok
- f. Menghargai hak orang lain yang berdeda dengan diri sendiri

### **2.2.4 Sumber koping**

#### 2.2.4.1 Personal ability

- a. Tahu kemampuan/ kelebihan diri
- b. Tahu pencapaian tugas sekolah/rumah
- c. Dapat menerima tugas yg diberikan
- d. Dapat menilai keberhasilan dirinya
- e. Dapat menggunakan fasilitas alat yang diberikan kepadanya

#### 2.2.4.2 Social support

- a. Caregiver
- b. Kemampuan caregiver dalam menstimulasi
- c. Keberadaan kelompok anak usia sekolah
- d. Keberadaan kader kesehatan jiwa

#### 2.2.4.3 Material asset

- a. Ada jaminan kesehatan, Asuransi, JKM, JKD/SKTM, BPJS
- b. Penghasilan keluarga mencukupi kebutuhan
- c. Keluarga punya tabungan
- d. Keluarga punya asset pribadi
- e. Punya akses pelayanan kesehatan (PKM, klinik, bidan, dokter)

f. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

#### 2.2.4.4 Positive belief

- a. Percaya dengan pelayanan kesehatan
- b. Persepsi yang baik terhadap tenaga kesehatan
- c. Selalu menggunakan pelayanan kesehatan
- d. Keyakinan agama yang berhubungan dengan kesehatan
- e. Keyakinan budaya klien & keluarga yang berhubungan dengan kesehatan

### 2.2.5 Mekanisme koping

#### 2.2.5.1 Adaptif

- a. Berteman dengan sesama jenis & mempunyai teman bermain tetap/sahabat karib
- b. Ikut berperan serta dalam kegiatan kelompok
- c. Berinteraksi secara baik dengan orang tua
- d. Dapat mengendalikan keinginan/dorongan yang kuat
- e. Berkompetisi dengan teman/saudara sebaya
- f. Berusaha menyelesaikan tugas rumah/sekolah yang diberikan
- g. Mengetahui nilai mata uang
- h. Melakukan hobi
- i. Berpikir bahwa dirinya adalah orang yang menyenangkan dan sehat

#### 2.2.5.2 Destruktif

- a. Tidak mau mengerjakan tugas sekolah/rumah
- b. Membangkang orang tua untuk mengerjakan tugas
- c. Tidak ada kemauan untuk bersaing dan terkesan malas
- d. Tidak mau terlibat dalam kegiatan kelompok
- e. Memisahkan diri dengan teman sepermainan dan teman sekolah

### 3. Diagnosa

Kesiapan peningkatan perkembangan usia sekolah

### 4. Tindakan Keperawatan

#### 4.1 Tindakan Keperawatan Ners untuk Klien

### **4.1.1 Tujuan**

- 4.1.1.1 Mempertahankan pemenuhan kebutuhan fisik yang optimal
- 4.1.1.2 Mengembangkan ketrampilan motorik kasar dan halus
- 4.1.1.3 Mengembangkan ketrampilan adaptasi psikososial
- 4.1.1.4 Mengembangkan kecerdasan
- 4.1.1.5 Mengembangkan nilai-nilai moral
- 4.1.1.6 Meningkatkan peran serta keluarga dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan

### **4.1.2 Tindakan**

- 4.1.2.1 Mempertahankan pemenuhan kebutuhan fisik yang optimal
  - a. Kaji pemenuhan kebutuhan fisik anak
  - b. Anjurkan pemberian makanan dengan gizi yang seimbang
  - c. kolaborasi pemberian vitamin dan vaksinasi ulang (booster)
  - d. Ajarkan kebersihan diri
- 4.1.2.2 Mengembangkan ketrampilan motorik kasar dan halus
  - a. Kaji ketrampilan motorik kasar dan halus anak
  - b. Fasilitasi anak untuk bermain yang menggunakan motorik kasar (kejar- kejaran, papan seluncur, sepeda, sepak bola, tangkap bola, lompat tali)
  - c. Fasilitasi anak untuk kegiatan dengan menggunakan motorik halus (belajar menggambar/melukis, menulis, mewarna, membuat kerajinan tangan seperti vas, kotak pensil, lampion dsb, )
  - d. Menciptakan lingkungan aman dan nyaman bagi anak untuk bermain
- 4.1.2.3 Mengembangkan ketrampilan adaptasi psikososial
  - a. Kaji ketrampilan adaptasi psikososial anak
  - b. Sediakan waktu bagi anak untuk bermain keluar rumah bersama teman kelompoknya
  - c. Berikan dorongan dan kesempatan ikut berbagai perlombaan
  - d. Berikan hadiah atas prestasi yang diraih
  - e. Latih anak berhubungan dengan orang lain yang lebih dewasa
- 4.1.2.4 Mengembangkan kecerdasan
  - a. Kaji perkembangan kecerdasan anak
  - b. Mendiskusikan kelebihan dan kemampuannya

- c. Memberikan pendidikan dan ketrampilan yang baik bagi anak
- d. Memberikan bahan bacaan dan permainan yang meningkatkan kreatifitas
- e. Bimbing anak belajar ketrampilan baru
- f. Libatkan anak melakukan pekerjaan rumah sederhana misalnya masak, membersihkan mobil, menyirami tanaman, menyapu
- g. Latih membaca, menggambar dan berhitung
- h. Asah dan kembangkan hobby yang dimiliki anak

#### 4.1.2.5 Mengembangkan nilai-nilai moral

- a. Kaji nilai-nilai moral yang sudah diajarkan pada anak
- b. Ajarkan dan latih menerapkan nilai agama dan budaya yang positif
- c. Ajarkan hubungan sebab akibat suatu tindakan
- d. Bimbing anak saat menonton TV dan membaca buku cerita
- e. Berikan pujian atas nilai-nilai positif yang dilakukan anak
- f. Latih kedisiplinan

#### 4.1.2.6 Meningkatkan peran serta keluarga dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan

- a. Tanyakan kondisi pertumbuhan dan perkembangan anak
- b. Tanyakan upaya yang sudah dilakukan keluarga terhadap anak
- c. Berikan reinforcement atas upaya positif yang sudah dilakukan keluarga
- d. Anjurkan pada keluarga untuk memberikan makan bergizi seimbang
- e. Berikan pendidikan kesehatan tentang tugas perkembangan normal pada usia sekolah
- f. Berikan informasi cara menstimulasi perkembangan pada usia sekolah

## **4.2 Tindakan keperawatan Ners untuk Keluarga**

### **4.2.1 Tujuan**

4.2.1.1 Keluarga mampu menstimulasi kemampuan anaka berkarya

4.2.1.2 Keluarga mampu memahamu pengertian perkembangan anak usia sekolah

4.2.1.3 Keluarga mampu memahami ciri perkembangan anak usia sekolah yang normal dan menyimpang

4.2.1.4 Keluarga mampu menyusun rencana stimulasi agar anak mampu berkarya

## **4.2.2 Tindakan**

- 4.2.2.1 Jelaskan ciri perkembangan anak usia sekolah yang normal dan meyimang
- 4.2.2.2 Jelaskan kepada keluarga mengenai cara menstimulasi kemampuan anak berkarya
- 4.2.2.3 Libatkan anak dalam kegiatan sehari-hari yang sederhana di rumah, seperti membuat kue, merapikan tempat tidur
- 4.2.2.4 Puji keberhasilan yang dicapai oleh anak
- 4.2.2.5 Diskusikan dengan anak mengenai harapannya dalam berinteraksi dan belajar
- 4.2.2.6 Tidak menuntut anak untuk melakukan hal-hal yang tidak sesuai dengan kemampuannya (menerima anak apa adanya), membantu kemampuan belajar
- 4.2.2.7 Tidak menyalahkan dan menghina anak
- 4.2.2.8 Beri contoh cara menerima orang lain apa adanya
- 4.2.2.9 Beri kesempatan untuk mengikuti aktivitas kelompok yang terorganisasi
- 4.2.2.10 Buat/tetapkan aturan/disiplin di rumah bersama anak
- 4.2.2.11 Demonstrasikan dan latih cara menstimulasi kemampuan anak untuk berkarya
- 4.2.2.12 Bersama keluarga susun rencana stimulasi kemampuan berkarya anak

## **STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT MENTAL PADA USIA REMAJA (Identitas Diri Versus Bingung Peran)**

### **1. Pengertian**

Tahap perkembangan remaja usia 12-18 tahun dimana pada saat ini remaja harus mampu mencapai identitas diri meliputi peran, tujuan pribadi, keunikan dan ciri khas diri. Bila hal ini tidak tercapai maka remaja akan mengalami kebingungan peran yang berdampak pada rapuhnya kepribadian sehingga akan terjadi gangguan konsep diri (Keliat, Helena & Farida, 2011).

### **2. Pengkajian**

**2.1 Karakteristik perilaku remaja yang menunjukkan pembentukan identitas diri adalah sebagai berikut:**

**2.1.1** Menilai diri secara objektif, kelebihan dan kekurangan diri

**2.1.2** Bergaul dengan teman

**2.1.3** Memiliki teman curhat

**2.1.4** Mengikuti kegiatan rutin (olah raga, seni, pramuka, pengajian, bela diri)

**2.1.5** Bertanggung jawab dan mampu mengambil keputusan tanpa tergantung pada orang tua

- 2.1.6 Menemukan identitas diri, memiliki tujuan dan cita-cita masa depan
- 2.1.7 Tidak menjadi pelaku tindak antisosial dan tindak asusila
- 2.1.8 Tidak menuntut orang tua secara paksa untuk memenuhi keinginan yang berlebihan dan negatif
- 2.1.9 Berperilaku santun, menghormati orang tua, guru dan bersikap baik pada teman
- 2.1.10 Memiliki prestasi yang berarti dalam hidup

## **2.2 Karakteristik penyimpangan perkembangan**

- 2.2.1 Tidak menemukan ciri khas (kelebihan dan kekurangan diri)
- 2.2.2 Merasa bingung, bimbang
- 2.2.3 Tidak memiliki rencana masa depan
- 2.2.4 Tidak mampu berinteraksi secara baik dengan lingkungan, perilaku antisosial
- 2.2.5 Tidak menyukai dirinya sendiri, tidak mandiri
- 2.2.6 Kesulitan mengambil keputusan
- 2.2.7 Tidak mempunyai minat terhadap kegiatan yang positif
- 2.2.8 Menyendiri, tidak suka bergaul dengan teman

## **3. Diagnosa Keperawatan**

Kesiapan peningkatan perkembangan usia remaja

## **4. Tindakan Keperawatan**

### **4.1 Tindakan Keperawatan Ners untuk klien**

#### **4.1.1 Tujuan**

- 4.1.1.1 Menyebutkan karakteristik perkembangan psikososial yang normal dan menyimpang
- 4.1.1.2 Menjelaskan cara mencapai perkembangan psikososial yang normal
- 4.1.1.3 Melakukan tindakan untuk mencapai perkembangan psikososial yang normal

#### **4.1.2 Tindakan**

- 4.1.2.1 Mendiskusikan ciri perkembangan remaja yang normal dan menyimpang.
- 4.1.2.2 Mendiskusikan cara mencapai perkembangan psikososial yang normal:
- 4.1.2.3 Anjurkan remaja untuk berinteraksi dengan orang lain yang membuatnya nyaman mencurahkan perasaan, perhatian dan kekhawatiran.

4.1.2.4 Anjurkan remaja untuk mengikuti organisasi yang mempunyai kegiatan positif (olahraga, seni, bela diri, pramuka, keagamaan)

4.1.2.5 Anjurkan remaja untuk melakukan kegiatan di rumah sesuai dengan perannya.

4.1.2.6 Bimbing dan motivasi remaja dalam membuat rencana kegiatan dan melaksanakan rencana yang telah dibuatnya.

## **4.2 Tindakan Keperawatan Ners untuk Keluarga**

### **4.2.1 Tujuan**

4.2.1.1 Memahami perilaku yang menggambarkan perkembangan remaja yang normal dan menyimpang

4.2.1.2 Memahami cara menstimulasi perkembangan remaja

4.2.1.3 Mendemonstrasikan tindakan untuk menstimulasi perkembangan remaja

4.2.1.4 Merencanakan tindakan untuk mengembangkan kemampuan psikososial remaja

### **4.2.2 Tindakan**

4.2.2.1 Jelaskan ciri perkembangan remaja yang normal dan menyimpang

4.2.2.2 Jelaskan cara yang dapat dilakukan untuk memfasilitasi perkembangan remaja yang normal.

4.2.2.3 Fasilitasi remaja untuk berinteraksi dengan kelompok sebaya.

4.2.2.4 Anjurkan remaja untuk berinteraksi dengan orang lain yang membuatnya nyaman menungkapkan perasaan, perhatian dan kekhawatiran.

4.2.2.5 Anjurkan remaja untuk mengikuti organisasi yang mempunyai kegiatan positif (olahraga, seni, bela diri, pramuka, keagamaan)

4.2.2.6 Berperan sebagai teman curhat bagi remaja

4.2.2.7 Berperan sebagai contoh bagi remaja dalam melakukan interaksi sosial yang baik.

4.2.2.8 Beri lingkungan yang nyaman bagi remaja untuk melakukan aktivitas bersama kelompoknya

4.2.2.9 Diskusikan dan demonstrasikan tindakan untuk membantu remaja memperoleh identitas diri

4.2.2.10 Diskusikan rencana tindakan yang akan dilakukan keluarga untuk memfasilitasi remaja memperoleh identitas diri.

## **STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT MENTAL PADA USIA DEWASA (INTIMASI VS ISOLASI)**

### **1. Pengertian**

Perkembangan tahap dewasa terdiri dari 2 tahap yaitu dewasa muda dan dewasa. Tahap dewasa muda (intimasi vs isolasi) merupakan tahap perkembangan manusia yang berada pada 20-30 tahun dan pada usia ini individu harus mampu berinteraksi akrab dengan orang lain (Erickson, 1963). Pada masa ini penekanan utama dalam perkembangan identitas diri untuk membuat ikatan dengan oranglain yang menghasilkan hubungan intim. Orang dewasa mengembangkan pertemanan abadi dan mencari pasangan atau menikah dan terikat dalam tugas awal sebuah keluarga. Levinson (1978) mengatakan bahwa pada masa ini seseorang berada pada puncak intelektual dan fisik. Selama periode ini kebutuhan untuk mencari kepuasan diri tinggi.

Perkembangan tahap dewasa (*Generativity Versus Self-Absorption And Stagnation*) adalah tahap perkembangan manusia usia 30 – 60 tahun dimana pada tahap ini merupakan tahap dimana individu mampu terlibat dalam kehidupan keluarga, masyarakat, pekerjaan, dan

mampu membimbing anaknya. Individu harus menyadari hal ini, apabila kondisi tersebut tidak terpenuhi dapat menyebabkan ketergantungan dalam pekerjaan dan keuangan.

## **2. Pengkajian**

### **2.1 Pengkajian Ners**

#### **2.1.1 Dewasa muda**

- 2.1.1.1 Menjalani interaksi yang hangat dan akrab dengan orang lain
- 2.1.1.2 Mempunyai hubungan dekat dengan orang-orang tertentu (pacar, sahabat)
- 2.1.1.3 Membentuk keluarga
- 2.1.1.4 Mempunyai komitmen yang jelas dalam bekerja dan berinteraksi
- 2.1.1.5 Merasa mampu mandiri karena sudah bekerja
- 2.1.1.6 Memperlihatkan tanggungjawab secara ekonomi, sosial dan emosional
- 2.1.1.7 Mempunyai konsep diri yang realistis
- 2.1.1.8 Menyukai diri dan mengetahui tujuan hidup
- 2.1.1.9 Berinteraksi baik dengan keluarga
- 2.1.1.10 Mampu mengatasi stress akibat perubahan dirinya
- 2.1.1.11 Menganggap kehidupan sosialnya bermakna
- 2.1.1.12 Mempunyai nilai yang menjadi pedoman hidupnya

#### **2.1.2 Dewasa**

- 2.1.2.1 Menilai pencapaian hidup
- 2.1.2.2 Merasa nyaman dengan pasangan hidup
- 2.1.2.3 Menerima perubahan fisik dan psikologis yang terjadi
- 2.1.2.4 Membimbing dan menyiapkan generasi di bawah usianya secara arif dan bijaksana
- 2.1.2.5 Menyesuaikan diri dengan orang tuanya yang sudah lansia
- 2.1.2.6 Kreatif : mempunyai inisiatif dan ide-ide melakukan sesuatu yang bermanfaat
- 2.1.2.7 Produktif : mampu menghasilkan sesuatu yang berarti bagi dirinya dan orang lain, mengisi waktu luang dengan hal yang positif dan bermanfaat
- 2.1.2.8 Perhatian dan peduli dengan orang lain : memperhatikan kebutuhan orang lain.
- 2.1.2.9 Mengembangkan minat dan hobi.

## **2.2 Pengkajian Ners Spesialis**

### **2.2.1 Faktor Protektor dan Risiko Biologis**

- a. Tidak ada riwayat penyakit keturunan
- b. Tidak ada riwayat alergi
- c. Riwayat status nutrisi baik
- d. Tidak mempunyai riwayat penyakit kronik
- e. Riwayat imunisasi lengkap
- f. Gaya hidup sehat (tidak mengkonsumsi rokok, makan makanan bergizi, olah raga teratur dll)
- g. Tidak mempunyai riwayat penggunaan NAPZA
- h. Tidak terpapar mercury, tidak terpapar insektisida, radiasi atau zat kimia lain

### **2.2.2 Faktor Protektor dan Risiko Psikologis**

- a. Mempunyai IQ normal
- b. Mempunyai kemampuan komunikasi verbal dan nonverbal yang optimal
- c. Mampu membedakan dan memilih mana yang baik dan buruk
- d. Mempunyai pengalaman yang dapat dijadikan pelajaran untuk kematangan diri
- e. Konsep diri positif
- f. Mempunyai motivasi tinggi
- g. Kebiasaan coping adaptif
- h. Mampu menahan diri dari dorongan negatif
- i. Tidak ada riwayat gangguan dalam proses tumbuh kembang

### **2.2.3 Sosial budaya**

- a. Telah menempuh pendidikan formal
- b. Memiliki pendapatan dan mandiri dalam ekonomi
- c. Memisahkan diri dari autokritas keluarga
- d. Tidak mempunyai nilai budaya yang bertentangan dengan nilai kesehatan
- e. Mempunyai nilai religi yang baik

- f. Berpartisipasi dalam kegiatan politik yang sehat
- g. Mampu berhubungan secara dekat dengan lawan jenis
- h. Membentuk keluarga baru, mandiri dan bertanggung jawab sosial
- i. Berpartisipasi dalam kegiatan masyarakat

## **2.3 Tanda dan gejala**

### **2.3.1 Motorik**

- a. Mengembangkan minat dan hobby
- b. Melakukan aktifitas mandiri
- c. Berbagi aktifitas dengan pasangan
- d. Mengembangkan kemampuan ke arah yang lebih baik

### **2.3.2 Kognitif**

- a. Menilai pencapaian hidup
- b. Inisiatif tinggi
- c. Mempunyai ide-ide yang bermanfaat
- d. Menerima perubahan fisik dan psikologis (proses penuaan)

### **2.3.3 Bahasa**

- a. Mampu menyampaikan pendapat dengan sopan
- b. Mampu mengkritik dengan cara yang baik
- c. Mampu menyampaikan penolakan dengan cara yang baik
- d. Mampu menyampaikan perasaan (isi hati) kepada orang lain dengan cara yang baik

### **2.3.4 Emosi**

- a. Arif
- b. Bijaksana
- c. Mempunyai kebiasaan coping adaptif
- d. Mempunyai motivasi tinggi
- e. Nyaman dengan pasangan hidup
- f. Mampu menahan diri dari dorongan negative

### **2.3.5 Kepribadian**

- a. Mengenal kelebihan dan kekurangan diri
- b. Mampu menerima diri sendiri dan orang lain apa adanya
- c. Mampu memanfaatkan potensi yang dimiliki
- d. Memanfaatkan sarana dan prasarana dalam menunjang bakat/ potensi/ karir
- e. Percaya diri

### **2.3.6 Perilaku**

- a. Mengisi waktu luang dengan hal positif
- b. Membimbing dan menyiapkan generasi berikutnya
- c. Menyesuaikan dengan orang tua yang sudah lansia
- d. Melakukan hal-hal yang disenangi

### **2.3.7 Moral**

- a. Puas menjalani kehidupan
- b. Mampu membedakan dan memilih mana yang baik dan buruk
- c. Suka berbuat baik
- d. Menolong orang lain yang mengalami kesulitan
- e. Menghormati yang lebih tua dan menyayangi yang lebih muda
- f. Berperilaku sesuai norma yang ada
- g. Mempunyai sopan santun sesuai norma di lingkungan

### **2.3.8 Spiritual**

- a. Menganut salah satu agama
- b. Mempunyai nilai religi yang baik
- c. Rajin menjalankan ibadah
- d. Berusaha menghindari perbuatan yang dilarang agamanya

### **2.3.9 Sosial**

- a. Perhatian terhadap orang lain
- b. Peduli dengan kesulitan orang lain

- c. Memperhatikan kebutuhan orang lain
- d. Bermanfaat bagi lingkungan
- e. Mampu berhubungan secara dekat dengan lawan jenis
- f. Berpartisipasi dalam kegiatan masyarakat
- g. Membina hubungan baik dengan pasangan dan keluarga

### **2.3.10 Fisiologis**

- a. Adanya perubahan fisik yang menurun
- b. Adanya perubahan psikologis yang menurun

## **3. Diagnosa Keperawatan**

Kesiapan peningkatan perkembangan usia dewasa

## **4. Tindakan Keperawatan**

### **4.1 Tindakan Keperawatan Ners untuk Klien**

#### **4.1.1 Tujuan**

4.1.1.1 Individu dewasa mampu memahami karakteristik perkembangan psikososial yang normal dan menyimpang

4.1.1.2 Individu dewasa mampu memahami cara mencapai perkembangan psikososial yang normal.

4.1.1.3 Individu dewasa mampu melakukan tindakan untuk mencapai perkembangan psikososial yang normal

#### **4.1.2 Tindakan**

4.1.2.1 Diskusikan tentang perkembangan psikososial yang normal dan menyimpang

4.1.2.2 Diskusikan cara mencapai perkembangan psikososial yang normal :

- a. Menetapkan tujuan hidup
- b. Berinteraksi dengan banyak orang termasuk lawan jenis
- c. Berperan serta/ melibatkan diri dalam kegiatan di masyarakat
- d. Memilih calon pasangan hidup
- e. Menetapkan karier/pekerjaan
- f. Mempunyai pekerjaan

g. Motivasi dan berikan dukungan pada individu untuk melakukan tindakan yang dapat memenuhi perkembangan psikososialnya.

## **4.2 Tindakan Keperawatan Ners untuk Keluarga**

### **4.2.1 Tujuan**

4.2.1.1 Keluarga mampu memahami perilaku yang menggambarkan perkembangan dewasa yang normal dan menyimpang.

4.2.1.2 Keluarga mampu memahami cara menstimulasi perkembangan dewasa.

4.2.1.3 Keluarga mampu mendemonstrasikan tindakan untuk menstimulasi perkembangan dewasa.

4.2.1.4 Keluarga mampu merencanakan cara menstimulasi perkembangan dewasa.

### **4.2.2 Tindakan**

4.2.2.1 Jelaskan kepada keluarga tentang perkembangan dewasa yang normal dan menyimpang.

4.2.2.2 Diskusikan dengan keluarga mengenai cara memfasilitasi perkembangan psikososial dewasa muda yang normal.

4.2.2.3 Latih keluarga untuk memfasilitasi perkembangan psikososial dewasa muda yang normal.

## **STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT MENTAL PADA USIA LANSIA**

### **1. Pengertian**

Klien lanjut usia adalah yang berusia > 65 tahun. Perkembangan psikososial lanjut usia adalah tercapainya integritas diri yang utuh. Pemahaman terhadap makna hidup secara keseluruhan membuat lansia berusaha menuntun generasi berikutnya (anak dan cucunya) berdasarkan sudut pandangnya. lansia yang tidak mencapai integritas diri akan merasa putus asa dan menyesali masa lalunya karena tidak merasakan hidupnya bermakna.

### **2. Pengkajian**

#### **2.1 Pengkajian Ners**

**2.1.1** Mempunyai harga diri tinggi

**2.1.2** Menilai kehidupannya berarti

**2.1.3** Menerima nilai dan keunikan orang lain

**2.1.4** Menerima dan menyesuaikan kematian pasangan

**2.1.5** Menyiapkan diri menerima datangnya kematian

**2.1.6** Melaksanakan kegiatan agama secara rutin

**2.1.7** Merasa dicintai dan berarti dalam keluarga

**2.1.8** Berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan kelompok masyarakat

**2.1.9** Menyiapkan diri ditinggalkan anak yang telah mandiri

## **2.2 Pengkajian Ners Spesialis**

### **2.2.1 Faktor Protektor**

#### **2.2.1.1 Biologi**

- a. Latar belakang Genetik: Tidak ada riwayat kembar dengan orangtua gangguan jiwa
- b. Status nutrisi: Riwayat status nutrisi baik (gizi berlebihan / gizi kurang)
- c. Kondisi kesehatan secara umum: Terjadi perubahan-perubahan fisik pada sel, sistem persarafan, pendengaran, penglihatan, kardiovaskuler, pengaturan temperatur tubuh, respirasi, gastrointestinal, geniturinaria, endokrin, integumen dan muskuloskeletal
- d. Sensitivitas Biologi: Kadar Dopamin seimbang dengan serotonin, GABA, asetilkolin di SSP (substansia Nigra, midbrain, hipotalamus-pituitari)
- e. Paparan terhadap racun: Tidak terpapar mercury, tidak terpapar insektisida, tidak terjadi keracunan dan penyalahgunaan zat

#### **2.2.1.2 Psikologis**

- a. Inteligensi: Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal.
- b. Keterampilan verbal: Kemampuan komunikasi baik verbal dan non verbal masih baik
- c. Moral: Mampu membedakan dan memilih mana yang baik dan buruk.
- d. Kepribadian: Struktur mental seimbang id, ego, super ego
- e. Pengalaman masa lalu: Mengalami pengalaman yang dapat dijadikan pelajaran untuk kematangan diri.
- f. Konsep diri: Konsep diri positif, memiliki pedoman hidup yang realistis
- g. Motivasi: Motivasi masih tinggi
- h. Pertahanan psikologi: kebiasaan koping adaptif
- i. Self kontrol: Mampu menahan diri terhadap dorongan yang kurang positif, Melakukan hal-hal positif

#### **2.2.1.3 Sosial kultural**

- a. Usia: 65 tahun keatas
- b. Gender: Pria / wanita
- c. Pendidikan: Telah menempuh pendidikan formal
- d. Pendapatan: Memiliki pendapatan dan mandiri dalam ekonomi
- e. Pekerjaan: Memiliki tanggung jawab dalam pekerjaan
- f. Status social: Memisahkan diri dari autokritas keluarga
- g. Latar belakang Budaya: Tidak memiliki nilai budaya yang bertentangan dengan nilai kesehatan
- h. Agama dan keyakinan: Mempunyai religi dan nilai yang baik
- i. Keikutsertaan dalam politik: berpartisipasi dalam kegiatan politik yang sehat
- j. Pengalaman social : Masih mampu berhubungan baik dengan lawan jenis
- k. Peran social: menuntun generasi berikutnya, mandiri dan punya tanggung jawab sosial

### **2.2.2 Faktor Risiko**

#### 2.2.2.1 Biologis

Kondisi kesehatan secara umum: Terjadi perubahan-perubahan fisik pada sel, sistem tubuh

#### 2.2.2.2 Psikologis

Self kontrol : Mampu menahan diri terhadap dorongan yang kurang positif, Melakukan hal-hal positif

#### 2.2.2.3 Sosial Budaya

- a. Pendidikan: Memiliki pendidikan formal atau nonformal
- b. Pendapatan: Memiliki pendapatan dan mandiri dalam ekonomi
- c. Pekerjaan: Memiliki tanggung jawab dalam pekerjaan
- d. Status social: Mandiri dan tidak tergantung pada keluarga inti
- e. Budaya: Tidak mengalami pertentangan nilai budaya
- f. Agama dan keyakinan: Mempunyai religi dan nilai yang baik

### **2.2.3 Respon terhadap Stresor**

#### 2.2.3.1 Kognitif

Stressor sebagai tantangan untuk lebih berkembang lagi

#### 2.2.3.2 Afektif

Reaksi afek dan emosi sesuai dengan stressornya

#### 2.2.3.3 Fisiologis

Refleks respon fisiologi : kompensasi wajar

#### 2.2.3.4 Perilaku

Prilaku menghadapi stressor dan menyelesaikannya

#### 2.2.3.5 Sosial

Membandingkan kemampuan dan kapasitas diri dengan orang lain yang mempunyai masalah yang sama

### **2.2.4 Sumber Koping**

#### 2.2.4.1 Personal Ability

- a. Mampu untuk mencari informasi
- b. Mampu Identifikasi masalah
- c. Kondisi fisik normal, semangat dan antusias
- d. Mempunyai pengetahuan dan intelegensi yang cukup untuk menghadapi stressor
- e. Mempunyai pedoman hidup yang realistis
- f. Mampu melaksanakan rencana tindakan

#### 2.2.4.2 Sosial support

- a. Mendapat dukungan dari keluarga dan masyarakat
- b. Diterima menjadi bagian dari keluarga dan masyarakat
- c. Ikut dalam kegiatan atau perkumpulan di masyarakat (formal dan non formal)
- d. Tidak ada pertentangan nilai budaya

#### 2.2.4.3 Material asset

- a. Mempunyai penghasilan yang layak untuk tumbang di usia lansia
- b. Mempunyai tabungan untuk mengantisipasi kebutuhan hidup
- c. Mampu mengakses pely kes yang ada

#### 2.2.4.4 Positive believe

- a. Keyakinan dan nilai hidup yang positif
- b. Motivasi masih tinggi dan bersemangat menjalani hidup
- c. Mempunyai keyakinan bahwa lebih baik mencegah daripada mengobati

### **3. Diagnosis Keperawatan**

Kesiapan peningkatan perkembangan usia lanjut

### **4. Tindakan Keperawatan**

#### **4.1 Tindakan Keperawatan Ners untuk Klien**

##### **4.1.1 Tujuan**

4.1.1.1 Lansia dapat menyebutkan karakteristik perkembangan psikososial yang normal (merasa disayangi dan dibutuhkan keluarganya dan mampu mengikuti kegiatan social dan keagamaan di lingkungan.

4.1.1.2 Lansia dapat menjelaskan cara mencapai perkembangan psikososial yang normal dan merasa hidupnya bermakna.

4.1.1.3 Lansia melakukan tindakan untuk mencapai perkembangan psikososial yang normal

##### **4.1.2 Tindakan**

4.1.2.1 Jelaskan ciri perilaku perkembangan lansia yang normal dan menyimpang (lihat tabel sebelumnya)

4.1.2.2 Mendiskusikan cara yang dapat dilakukan oleh lansia untuk mencapai integritas diri yang utuh

4.1.2.3 Mendiskusikan makna hidup lansia selama ini

4.1.2.4 Melakukan menceritakan kembali masa lalunya, terutama keberhasilannya

4.1.2.5 Mendiskusikan keberhasilan yang telah dicapai lansia

4.1.2.6 Mengikuti kegiatan sosial di lingkungannya

4.1.2.7 Melakukan kegiatan kelompok

4.1.2.8 Membimbing lansia membuat rencana kegiatan untuk mencapai integritas diri yang utuh.

4.1.2.9 Memotivasi lansia untuk menjalankan rencana yang telah dibuatnya

#### **4.2 Tindakan Keperawatan Ners untuk Keluarga**

##### **4.2.1 Tujuan**

4.2.1.1 Keluarga dapat menjelaskan perilaku lansia yang menggambarkan perkembangan normal dan menyimpang

4.2.1.2 Keluarga dapat menjelaskan cara memfasilitasi perkembangan lansia

4.2.1.3 Keluarga melakukan tindakan untuk memfasilitasi perkembangan lansia

4.2.1.4 Keluarga merencanakan stimulasi untuk mengembangkan kemampuan Psikososial lansia

#### **4.2.2 Tindakan**

4.2.2.1 Menjelaskan perkembangan psikososial yang normal dan menyimpang pada keluarga

4.2.2.2 Mendiskusikan cara memfasilitasi perkembangan lansia yang normal dengan keluarga

a. Bersama lansia mendiskusikan makna hidupnya selama ini

b. Mendiskusikan keberhasilan yang telah dicapai lansia

c. Mendorong lansia untuk mengikuti kegiatan sosial (arisan, menengok yang sakit, dll) di lingkungannya

d. Mendorong lansia untuk melakukan kegiatan

e. Mendorong lansia untuk melakukan life review (menceritakan kembali masa lalunya terutama keberhasilannya)

4.2.2.3 Melatih keluarga untuk memfasilitasi perkembangan psikososial lansia

4.2.2.4 Membuat stimulasi perkembangan psikososial lansia

## **BAB V**

### **DIAGOSA GANGGUAN**

#### **STANDART ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

##### **1. Pengertian**

Perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri (Stuart 2013). Keliat, Akemat, Helena dan Nurhaeni (2012) menyatakan bahwa perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Perasaan terancam ini dapat berasal dari stresor eksternal (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan internal (perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik). Hasil penelitian menunjukkan bahwa baik terapi generalis maupun terapi spesialis memberikan hasil yang signifikan untuk menurunkan perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan generalis pada pasien dan keluarga dapat menurunkan lama rawat klien (Keliat, dkk 2009).

##### **2. Pengkajian**

###### **2.1 Pengkajian Ners**

Tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

###### **2.1.1 Subjektif**

2.1.1.1 Mengungkapkan perasaan kesal atau marah

2.1.1.2 Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

2.1.1.3 Klien suka membentak dan menyerang orang lain

###### **2.1.2 Objektif**

2.1.2.1 Mata melotot/ pandangan tajam

2.1.2.2 Tangan mengepal dan Rahang mengatup

2.1.2.3 Wajah memerah

2.1.2.4 Postur tubuh kaku

- 2.1.2.5 Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor
- 2.1.2.6 Suara keras
- 2.1.2.7 Bicara kasar, ketus
- 2.1.2.8 Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/ orang lain
- 2.1.2.9 Merusak lingkungan
- 2.1.2.10 Amuk/ agresif

## **2.2 Pengkajian Ners Spesialis**

### **2.2.1 Faktor Predisposisi**

#### **2.2.1.1 Faktor Biologis**

##### **a. Genetik**

-Perilaku kekerasan sering ditemukan pada pasien yang mengalami skizofrenia, dimana genetik merupakan predisposisi. Kelainan kromosom 6,13, 18, dan 22, risiko terjangkit skizofrenia bila gangguan ini ada dalam keluarga adalah sebagai berikut (Isaac, 2004):

- (1) Satu orang tua yang terkena: risiko 12% sampai 15%
- (2) Kedua orang tua terkena penyakit ini: risiko 35% sampai 39%
- (3) Saudara kandung yang terkena: risiko 8% sampai 10%
- (4) Kembar dizigotik yang terkena: risiko 15%
- (5) Kembar monozigotik yang terkena: risiko 50%

- Genetik Kariotip XYX juga terlibat dalam perilaku agresif dan menyimpang (Isaacs, 2004)

- Perubahan pada kromosom 5 dan 6 dapat dipresisposisikan menderita skizofrenia yang identik dengan perilaku kekerasan (Copel, 2007).

##### **b. Abnormalitas perkembangan saraf**

- Malformasi janin minor yang terjadi pada awal gestasi berperan dalam manifestasi akhir dari skizofrenia

- Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perkembangan saraf dan diidentifikasi sebagai resiko yang terus bertambah meliputi:

- (1) Individu yang ibunya terserang influenza pada trimester dua
- (2) Individu yang mengalami trauma atau cedera pada waktu dilahirkan
- (3) Penganiayaan atau trauma dimasa bayi atau masa kanak-kanak (Isaac, 2004)

##### **c. Status nutrisi**

d. Kondisi kesehatan secara umum

- Abnormalitas struktur otak, pada beberapa kelompok penderita skizofrenia yang sering melakukan perilaku kekerasan pada pemeriksaan teknik pencitraan otak (CT, MRI dan PET) telah menunjukkan adanya normalitas pada struktur otak yang meliputi:

- (1) Pembesaran ventrikel
- (2) Penurunan aliran darah kortikal, terutama di korteks prefrontal
- (3) Penurunan aktivitas metabolik di bagian-bagian otak tertentu
- (4) Atropi serebri (Isaac, 2004)

- Kelemahan fisik (penyakit fisik) seperti adanya tumor otak

- Gangguan fungsi pancaindra

- Ada riwayat hospitalisasi, pembedahan dan tindakan medik.

e. Sensivitas Biologi, Kerusakan system limbic, lobus frontal, lobus temporal dan ketidakseimbangan neurotransmitter

f. Paparan terhadap Racun

### 2.2.1.2 Faktor Psikologis

#### 1) Intelegensi

- a) Kurang kosentrasi
- b) Prestasi akademik menurun (Hefler, 1976 dalam Patilimo, 2003)

#### 2) Ketrampilan verbal

- a) Ketidakmampuan Berkomunikasi secara optimal, komunikasi cenderung dibesarkan.
- b) Kesulitan mengungkapkan / mengkronfotasikan kemarahan secara verbal.
- c) Ada riwayat penyakit yang mempengaruhi fungsi bicara

#### 3) Moral

- a) Moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan
- b) Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan denngan moral dan rasa tidak berdosa.

#### 4) Kepribadian

- a) Sangat pencemburu, possesif dan kaku, obsesif dalam kekuasaan serta narsisistik (Isaac, 2004)
- b) Tertutup

c) Agresif

d) Mudah tersinggung

5) Pengalaman masa lalu

a) Satu anggota atau lebih di dalam keluarga menjadi titik fokus ansietas keluarga dan sering disalahkan atas masalah-masalah yang terjadi

b) Peran keluarga bersifat stereotip, dengan peran seksual tradisional yang kaku dan perbedaan kekuasaan yang besar antara kedua orang tua (misalnya: salah satu orang tua, biasanya laki-laki merupakan satu-satunya orang yang paling berkuasa di dalam keluarga, sementara orang tua yang satunya diperlakukan sebagai anak-anak dan bukannya sebagai mitra yang setara)

c) Hubungan dalam keluarga menekankan kontrol terhadap yang lain

d) Pola komunikasi mengalami disfungsi. Penyangkalan, penghindaran konflik, pola keterikatan ganda, kasih sayang kondisional, dan rasional penganiayaan merupakan hal yang biasa.

e) Kekerasan terjadi pada keluarga yang mengalami disfungsi dengan permasalahan seperti batasan yang tidak jelas, terperangkapnya individu dan peran, koping yang buruk terhadap stres, dan riwayat penganiayaan multigenerasi.

f) Kekerasan dipelajari dari orang tua yang menggunakan penganiayaan sebagai metode pendisiplinan. Pelaku penyiksaan mendapatkan pengetahuan bahwa kekerasan dan agresi merupakan respons yang dapat diterima dan efektif terhadap ancaman nyata atau khayalan (Isaac, 2004)

g) Pengalaman sering dianiaya sejak kecil.

h) Teori perkembangan: kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas dan menarik diri dari hubungan pada pasien skizofrenia

i) Keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi berisiko menimbulkan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia (ikut campur secara emosional, kasar dan kritis).

j) Riwayat ditipu (Madden dalam Ernawati, 2007).

6) Konsep diri

a) Harga diri rendah

- b) Percaya diri kurang
- c) Peran tidak dapat dilakukan, kehilangan peran dalam keluarga
- d) Kehilangan fungsi seksualitas sehingga gambaran diri terganggu.
- e) Kebutuhan akan status dan pretise yang tidak terpenuhi.
- f) Kebutuhan aktualisasi diri tidak tercapai sehingga menimbulkan ketegangan dan membuat individu cepat tersinggung

#### 7) Motivasi

- a) Ketidakpedulian
- b) Sikap meremehkan
- c) Pesimis dalam menghadapi permasalahan.
- d) Kurang mendapatkan penghargaan sejak kecil

#### 8) Pertahanan Psikologi

- a) Sangat peka terhadap situasi kehilangan
- b) Kebiasaan koping maladaftif
- c) Sulit mengembangkan sikap optimis dalam menghadapi permasalahan.

#### 9) Self Kontrol

- a) Fungsi control diri terganggu, individu tidak mampu menahan diri atau kontrol impuls buruk dan mempunyai tindakan koping yang buruk (Isaac, 2004).
- b) Kontrol diri yang diambil orang lain akibat menderita sakit.

10) Pencapaian tujuan terhambat, Frustrasi akibat tujuan tidak tercapai atau terhambat sehingga individu merasa cemas dan terancam.

#### 2.2.1.3 Faktor Sosial Budaya

1) Memiliki anak sebelum usia 20 tahun, memungkinkan orang tua yang belum matang secara psikologis, ketidaktahuan dalam mendidik anak, harapan orang tua yang tidak realistis (Huraerah, 2006)

2) Gender: laki/perempuan

3) Pendidikan: tingkat pendidikan yang rendah, putus sekolah, kegagalan akademik

4) Ekonomi/pendapatan : Hubungan yang kuat antara skizofrenia dan status sosial ekonomi yang rendah (Isaac, 2004). Sumber hidup kurang/kemiskinan

5) Pekerjaan: Kehilangan pekerjaan/PHK, pekerjaan yang stres full atau pekerjaan yang berisiko tinggi

6) Latar Belakang Budaya

a) Perilaku agresif hasil dari budaya dan struktur sosial seseorang. Amerika Serikat mempunyai sejarah panjang kekerasan dari sekelompok orang terhadap orang lain. Kemenangan budaya kekerasan seperti yang digambarkan di film, pertunjukan TV, video game, dan internet merupakan faktor-faktor yang berperan dalam menyebabkan munculnya perilaku agresif (Isaac, 2004)

b) Budaya tertutup atau membalas secara diam (pasif-agresif)

c) Budaya permisif: kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan salah-olah perilaku kekerasan diterima

7) Status sosial: Orang tua tunggal lebih memungkinkan melakukan tindakan kekerasan. Perasaan tidak berarti di masyarakat, kesepian dan isolasi sosial

8) Agama dan Keyakinan

a) Riwayat tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin.

b) Kesalahan persepsi terhadap ajaran agama tertentu

c) Keyakinan yang salah terhadap nilai dan kepercayaan tentang marah dalam kehidupan, Misalnya: yakin bahwa penyakitnya merupakan hukuman dari Tuhan

d) Keluarga tidak solid antara nilai keyakinan dengan praktek, serta tidak kuat terhadap nilai-nilai baru yang rusak.

9) Keikutsertaan dalam Politik

a) Terlibat dalam politik yang tidak sehat

b) Tidak siap menerima kekalahan dalam pertarungan politik.

10) Pengalaman sosial

a) Keluarga tersebut bisa menutup diri dan terisolasi dari orang-orang di luar keluarga

b) Sering menerima kritikan yang mengarah pada penghinaan

c) Kehilangan sesuatu yang dicintai (orang atau pekerjaan)

d) Interaksi sosial yang provokatif dan konflik

e) Hubungan interpersonal yang tidak bermakna

f) Sulit memperhatikan hubungan interpersonal.

11) Peran sosial

- a) Jarang beradaptasi dan bersosialisasi.
- b) Perasaan tidak berarti di masyarakat.
- c) Perubahan status dari mandiri ketergantungan (pada lansia)
- d) Praduga negatif.

## **2.2.2 Faktor Presipitasi**

### 2.2.2.1 Nature

#### 1) Biologi:

- a) Dalam enam bulan terakhir mengalami penyakit infeksi otak (encephalitis) atau trauma kepala yang mengakibatkan lesi daerah frontal, temporal dan limbic sehingga terjadi ketidakseimbangan dopamin dan serotonin neurotransmitter
- b) Dalam enam bulan terakhir terjadi gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa yang berdampak pada pemenuhan glukosa di otak yang dapat mempengaruhi fisiologi otak terutama bagian fungsi kognitif
- c) Sensitivitas biologi: putus obat atau mengalami obesitas, kecacatan fisik, kanker dan pengobatannya yang dapat menyebabkan perubahan penampilan fisik
- d) Paparan terhadap racun, misalnya CO dan asbestos yang dapat mempengaruhi metabolisme di otak sehingga mempengaruhi fisiologis otak

#### 2) Psikologis

- a) Dalam enam bulan terakhir terjadi trauma atau kerusakan struktur di lobus frontal dan terjadi suplay oksigen dan glukosa terganggu sehingga mempengaruhi kemampuan dalam memahami informasi atau mengalami gangguan persepsi dan kognitif
- b) Keterampilan verbal, tidak mampu komunikasi, gagap, mengalami kerusakan yang mempengaruhi fungsi bicara
- c) Dalam enam bulan terakhir tinggal di lingkungan yang dapat mempengaruhi moral: lingkungan keluarga yang broken home, konflik atau tinggal dalam lingkungan dengan perilaku sosial yang tidak diharapkan
- d) Konsep diri: Harga diri rendah, perubahan penampilan fisik, ideal diri tidak realistis, gangguan pelaksanaan peran (konflik peran, peran ganda, ketidakmampuan menjalankan peran, tuntutan peran tidak sesuai dengan usia)
- e) Simtomatologi psikosis (misalnya: perintah halusinasi pendengaran, penglihatan, delusi paranoid, proses pikir tidak logis) (NANDA, 2011)

f) Pengalaman yang tidak menyenangkan:

(1) Keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi berisiko menimbulkan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia (ikut campur secara emosional, kasar dan kritis).

(2) Riwayat melakukan perilaku kekerasan terhadap orang lain (misalnya: memukul seseorang, menendang seseorang, meludahi seseorang, mencakar seseorang, melempar, menggigit, percobaan perkosaan, mengencingi, dan lain-lain, (NANDA, 2011)

(3) Riwayat menyaksikan perilaku kekerasan dalam keluarga

(4) Riwayat ancaman kekerasan (misalnya: ancaman verbal terhadap seseorang, ancaman sosial, mengeluarkan sumpah serapah, membuat catatan/surat ancaman, sikap tubuh mengancam) (Townsend, 2010)

(5) Riwayat melakukan perilaku kekerasan tidak langsung (misalnya: merobek pakaian, membanting objek)

g) Self kontrol: tidak mampu melawan dorongan untuk marah dan ketidakmampuan mempercayai orang lain

h) Motivasi: tidak mempunyai motivasi untuk melakukan aktivitas

i) Kepribadian: mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan yang tinggi sampai panik (Townsend, 2010).

3) Sosial budaya

a) Usia: Dalam enam bulan terakhir alami ketidaksesuaian tugas perkembangan dengan usia, atau terjadi perlambatan dalam penyelesaian tugas perkembangan atau regresi ketahap perkembangan sebelumnya

b) Gender: enam bulan terakhir alami ketidakjelasan identitas dan kegagalan peran gender (model peran negatif)

c) Pendidikan: dalam enam bulan terakhir mengalami putus sekolah dan gagal sekolah

d) Pekerjaan : pekerjaan stressfull dan berisiko atau tidak bekerja (PHK)

e) Ekonomi/pendapatan : Hubungan yang kuat antara skizofrenia dan status sosial ekonomi yang rendah (Isaac, 2004)

f) Status sosial: Tuna wisma dan kehidupan isolasi, tidak mempunyai sistem pendukung dan menarik diri

- g) Agama dan keyakinan: tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin.  
Terdapat nilai-nilai sosial di masyarakat yang tidak diharapkan
- h) Kegagalan dalam berpolitik: kegagalan dalam berpolitik
- i) Kejadian sosial saat ini: perubahan dalam kehidupan: perang, bencana, kerusuhan, tekanan dalam pekerjaan, kesulitan mendapatkan pekerjaan, sumber-sumber personal yang tidak adekuat akibat perang, bencana
- j) Peran sosial: Dalam enam bulan terakhir isolasi sosial, diskriminasi dan praduga negatif, ketidakmampuan untuk mempercayai orang lain

### **2.2.3 Penilaian Terhadap Stressor**

#### **2.2.3.1 Kognitif**

- 1) Mengungkapkan pikiran negatif dalam menghadapi stressor
- 2) Mendominasi
- 3) Bawel
- 4) Sarkasme
- 5) Berdebat
- 6) Meremehkan keputusan
- 7) Flight of idea
- 8) Gangguan berbicara
- 9) Perubahan isi pikir
- 10) Kosentrasi menurun
- 11) Persuasif
- 12) Mengungkapkan Ingin memukul orang lain
- 13) Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor

#### **2.2.3.2 Afektif**

- 1) Mudah tersinggung
- 2) Tidak sabar
- 3) Frustrasi
- 4) Ekspresi wajah Nampak tegang
- 5) Merasa tidak nyaman

- 6) Merasa tidak berdaya
- 7) Jengkel
- 8) Dendam
- 9) Menyalahkan dan menuntut

#### 2.2.3.3 Fisiologis

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Denyut nadi dan pernapasan meningkat
- 3) Pupil dilatasi
- 4) Tonus otot meningkat
- 5) Mual
- 6) Frekuensi buang air besar meningkat
- 7) Kadang-kadang konstipasi Reflek tendon meningkat
- 8) Peristaltik gaster menurun
- 9) Pengeluaran urine dan saliva meningkat
- 10) Kewaspadaan juga meningkat disertai ketegangan otot, seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.
- 11) Wajah merah
- 12) Melotot/pandangan tajam

#### 2.2.3.4 Perilaku

- 1) Agresif pasif
- 2) Bermusuhan
- 3) Sinis
- 4) Curiga
- 5) Mengamuk
- 6) Nada suara keras dan kasar
- 7) Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain: Menyerang, menghindar (fight of flight). Menyatakan secara asertif (assertiveness). Memberontak (acting out). Perilaku kekerasan.

#### 2.2.3.5 Sosial

- 1) Menarik diri

- 2) Pengasingan
- 3) Penolakan
- 4) Kekerasan
- 5) Ejekan
- 6) Bicara kasar

## **2.2.4 Sumber Koping**

### 2.2.4.1 Personal ability

#### 1) Problem solving skill

- a) Ketidakmampuan untuk mencari informasi terkait dengan masalah
- b) Ketidakmampuan mengidentifikasi masalah
- c) Tidak mampu mempertimbangkan alternatif pemecahan masalah
- d) Ketidakmampuan mengungkapkan/mengkonfrontasikan perasaan marah

2) Kesehatan dan energi: kondisi kesehatan terganggu, tidak semangat untuk menyelesaikan masalah

3) Sosial skill: tidak mampu mempertahankan hubungan interpersonal

4) Pengetahuan: tidak mempunyai pengetahuan dalam pemecahan masalah secara asertif dan intelegensi kurang dalam menghadapi stressor

5) Identitas ego: Identitas ego tidak afekuat

### 2.2.4.2 Sosial Support

- a) Hubungan anatra individu, keluarga, kelompok dan masyarakat: tidak ada dukungan dari keluarga dan masyarakat
- b) Komitmen dengan jaringan sosial: tidak terlibat dalam kegiatan atau perkumpulan di masyarakat
- c) Budaya yang stabil: terjadi pertentangan nilai budaya

### 2.2.4.3 Material asset

- 1) Penghasilan individu: tidak mempunyai penghasilan yang layak
- 2) Benda-benda atau barang yang dimiliki: tidak memiliki benda atau barang yang bisa dijadikan aset. Tidak mempunyai tabungan untuk mengantisipasi hidup

- 3) Tidak mempunyai BPJS atau asuransi kesehatan
- 4) Pelayanan kesehatan: tidak mampu menjangkau pelayanan kesehatan

#### 2.2.4.4 Positif belief

- 1) Tidak memiliki keyakinan dan nilai positif terhadap kesehatan/distress spiritual
- 2) Tidak memiliki motivasi untuk sembuh
- 3) Penilaian negatif tentang pelayanan kesehatan
- 4) Tidak menganggap apa yang dialami merupakan sebuah masalah

### 2.2.5 Mekanisme Koping

#### 2.2.5.1 Konstruktif: -

#### 2.2.5.2 Destruktif:

- 1) Sublimasi: menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal
- 2) Proyeksi: menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik
- 3) Represi: mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar
- 4) Reaksi formasi: Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakan sebagai rintangan
- 5) Displacement: melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada objek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu.

### 3. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan : resiko perilaku kekerasan

Diagnosis medis terkait : Skizofrenia, skizoafektif, bipolar

### 4. Tindakan keperawatan

#### 4.1 Tindakan Ners untuk klien

##### 4.1.1 Tujuan: Klien mampu :

- 4.1.1.1 Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat dari perilaku kekerasan

4.1.1.2 Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 tarik nafas dalam dan cara fisik 2: pukul kasur/bantal

4.1.1.3 Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur

4.1.1.4 Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/bicara baik-baik

4.1.1.5 Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual

#### **4.1.2 Tindakan**

4.1.2.1 Menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat perilaku kekerasan serta melatih latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal

- a. Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat perilaku kekerasan
- b. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1: tarik nafas dalam dan fisik 2: pukul kasur/bantal
- c. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1: tarik nafas dalam dan fisik 2: pukul kasur/bantal
- d. Melatih klien memasukkan latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal ke dalam jadwal kegiatan harian.

4.1.2.2 Menjelaskan dan melatih klien minum obat dengan prinsip 6 benar, manfaat/keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat.

- a. Menjelaskan tentang obat yang diminum (6 benar: jenis, dosis, frekuensi, cara, orang dan kontinuitas minum obat).
- b. Mendiskusikan manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat dengan klien
- c. Melatih klien cara minum obat secara teratur
- d. Melatih klien memasukkan kegiatan minum obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian.

4.1.2.3 Melatih cara verbal/ bicara baik-baik

- a. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan verbal/bicara baik-baik
- b. Melatih klien cara verbal/bicara baik-baik
- c. Melatih klien memasukkan kegiatan verbal /bicara baik-baik minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.

4.1.2.4 Melatih cara spiritual

- a. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual
- b. Melatih klien cara spiritual

- c. Melatih klien memasukkan kegiatan spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian.

## **4.2 Tindakan keperawatan Ners pada keluarga**

### **4.2.1 Tujuan:** Keluarga mampu :

- 4.2.1.1 Mengenal masalah resiko perilaku kekerasan
- 4.2.1.2 Mengambil keputusan untuk merawat klien resiko perilaku kekerasan
- 4.2.1.3 Merawat klien resiko perilaku kekerasan
- 4.2.1.4 Menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk klien resiko perilaku kekerasan
- 4.2.1.5 Memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk follow up kesehatan klien resiko perilaku kekerasan dan mencegah kekambuhan.

### **4.2.2 Tindakan**

- 4.2.2.1 Menjelaskan masalah resiko perilaku kekerasan
  - a. Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat klien resiko perilaku kekerasan
  - b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya resiko perilaku kekerasan.
- 4.2.2.2 Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien resiko perilaku kekerasan
  - a. Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien resiko perilaku kekerasan
  - b. Menganjurkan keluarga memutuskan untuk merawat klien resiko perilaku kekerasan
- 4.2.2.3 Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat klien resiko perilaku kekerasan
  - a. Menjelaskan cara merawat klien resiko perilaku kekerasan
  - b. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal.
  - c. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk minum obat dengan prinsip 6 benar.
  - d. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien dengan cara verbal/bicara baikbaik.
  - e. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien dengan cara spiritual

4.2.2.4 Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien resiko perilaku kekerasan

- a. Mendiskusikan anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan klien
- b. Menjelaskan setting lingkungan rumah yang mendukung perawatan klien
- c. Menganjurkan keluarga melibatkan anggota keluarga lainnya dalam merawat klien

4.2.2.5 Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk follow up, cara rujukan kesehatan klien dan mencegah kekambuhan

- a. Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia
- b. Menjelaskan kemungkinan klien relaps dan pencegahan relaps
- c. Mengidentifikasi tanda-tanda relaps dan kemungkinan kambuh
- d. Menjelaskan dan menganjurkan *follow up* dan merujuk klien ke pelayanan kesehatan.

### **4.3 Terapi Aktivitas Kelompok**

a. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi persepsi

Sesi 1 : Menenal perilaku kekerasan

Sesi 2 : Mencegah PK dengan kegiatan fisik

Sesi 3 : Mencegah PK dengan patuh minum obat

Sesi 4 : Mencegah PK dengan kegiatan asertif

Sesi 5 : Mencegah PK dengan kegiatan ibadah

b. Pendidikan kesehatan pada kelompok keluarga klien Resiko Perilaku Kekerasan

## **STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN HALUSINASI**

### **1. Pengertian**

Halusinasi merupakan suatu kondisi individu menganggap jumlah serta pola stimulus yang datang (baik dari dalam maupun dari luar) tidak sesuai dengan kenyataan, disertai distorsi dan gangguan respons terhadap stimulus tersebut baik respons yang berlebihan maupun yang kurang memadai (Townsend, 2010). Halusinasi adalah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat & Akemat, 2010).

### **2. Pengkajian**

#### **2.1 Pengkajian Ners**

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Tanda dan gejala pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

##### **2.1.1 Data Obyektif**

2.1.1.1 Bicara atau tertawa sendiri.

2.1.1.2 Marah-marah tanpa sebab.

- 2.1.1.3 Memalingkan muka ke arah telinga seperti mendengar sesuatu
- 2.1.1.4 Menutup telinga.
- 2.1.1.5 Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.
- 2.1.1.6 Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.
- 2.1.1.7 Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
- 2.1.1.8 Menutup hidung.
- 2.1.1.9 Sering meludah.
- 2.1.1.10 Muntah.
- 2.1.1.11 Menggaruk-garuk permukaan kulit.

## **2.1.2 Data Subyektif**

- 2.1.2.1 Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
- 2.1.2.2 Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- 2.1.2.3 Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
- 2.1.2.4 Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
- 2.1.2.5 Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- 2.1.2.6 Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
- 2.1.2.7 Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.
- 2.1.2.8 Mengatakan sering mendengar sesuatu pada waktu tertentu saat sedang sendirian
- 2.1.2.9 Mengatakan sering mengikuti isi perintah halusinasi

## **2.2 Pengkajian Ners Spesialis**

### **2.2.1 Faktor Predisposisi dan Presipitasi**

- 2.2.1.1 **Biologis** : Riwayat masuk RS sebelumnya, berapa kali dirawat, riwayat pengobatan sebelumnya, riwayat minum obat, teratur atau tidak minum obat, kapan terakhir minum obat, riwayat kejang, jatuh/trauma, riwayat penggunaan NAPZA/penggunaan obat halusinogen, riwayat anggota keluarga dengan gangguan jiwa
- 2.2.1.2 **Social cultural** : Riwayat pendidikan, riwayat putus sekolah dan gagal sekolah, riwayat pekerjaan, kecukupan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan, siapa yang

menanggung biaya hidup selama dirawat, tinggal dengan siapa, berapa saudara, siapa orang yang paling berarti, apakah pernah mengalami kehilangan orang yang dicintai, perceraian, kehilangan harta benda, penolakan dari masyarakat

2.2.1.3 **Psikologis** : perasaan klien setelah perawatan, komentar negatif orang-orang di sekitarnya, peran yang terganggu akibat dirawat, pengalaman tidak menyenangkan, kepribadian klien misalnya mudah kecewa, kecemasan tinggi, mudah putus asa dan menutup diri, konsep diri : adanya riwayat ideal diri yang tidak realistis, identitas diri tak jelas, harga diri rendah, krisis peran dan gambaran diri negative. Motivasi: riwayat kurangnya penghargaan dan riwayat kegagalan. Pertahanan psikologi: ambang toleransi terhadap stres rendah dan adanya riwayat gangguan perkembangan. Self control: adanya riwayat tidak bisa mengontrol stimulus yang datang, misalnya suara, rabaan, penglihatan, penciuman, pengecap.

## 2.2.2 Penilaian terhadap stressor

2.2.2.1 **Kognitif** : tidak dapat memfokuskan pikiran, mudah lupa, tidak mampu mengambil keputusan, tidak mampu memecahkan masalah, tidak dapat berfikir logis, inkoheren, disorientasi, blocking, daya tilik diri jelek, mendengar suara-suara, melihat bayangan atau sinar, mendengar suara hati, menghidu bau-bauan, merasakan rasa pahit, asam, asin di lidah, merasakan sensasi tidak nyaman dikulit, ambivalen, sirkumstansial, *flight of idea*, tidak mampu mengontrol PK, punya pikiran negatif terhadap stressor, mendominasi pembicaraan

2.2.2.2 **Afektif** : senang, sedih, merasa terganggu, marah, ketakutan, khawatir, merasa terbelenggu, afek datar/ tumpul, afek labil, marah, kecewa, kesal, curiga, mudah tersinggung

2.2.2.3 **Fisiologis** : sulit tidur, kewaspadaan meningkat, tekanan darah meningkat, denyut nadi meningkat, frekuensi pernafasan meningkat, muka tegang, keringat dingin, pusing, kelelahan/keletihan

2.2.2.4 **Perilaku** : Berbicara dan tertawa sendiri, Berperilaku aneh sesuai dengan isi halusinasi, menggerakkan bibir/komat kamit, menyeringai, diam sambil menikmati halusinasinya, perilaku menyerang, kurang mampu merawat diri, memalingkan muka ke arah suara, menarik diri

2.2.2.5 **Sosial** : tidak tertarik dengan kegiatan sehari-hari, tidak mampu komunikasi secara spontan, acuh terhadap lingkungan, tidak dapat memulai pembicaraan, tidak dapat mempertahankan kontak mata, menarik diri

### **2.2.3 Sumber Koping**

2.2.3.1 **Personal ability** : kemampuan apa yang sudah dilakukan, kemampuan yang sudah dilatih. Kemampuan yang seharusnya dimiliki klien :

- Menghardik halusinasi
- Minum obat
- Bercakap-cakap
- Melakukan aktivitas terjadwal

2.2.3.2 **Social support** : *caregiver* klien, kemampuan *caregiver* / keluarga dalam merawat, kelompok/*peer group* dengan penyakit yang sama, kader kesehatan jiwa di lingkungan tempat tinggal.

2.2.3.3 **Material asset** : **finansial** : pekerjaan klien sebelum dirawat, penghasilan sebelum dirawat, siapa yang menanggung biaya berobat klien, apakah memiliki tabungan, jaminan kesehatan yang digunakan. **Yankes** : jika kontrol/kambuh berobat kemana, fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat dengan tempat tinggal.

2.2.3.4 **Positif belief** : keyakinan terhadap kesembuhan diri sendiri dan keyakinan terhadap petugas kesehatan

## **3. Diagnosis Keperawatan**

Halusinasi

## **4. Tindakan Keperawatan**

### **4.1 Tindakan Keperawatan Ners untuk Klien**

#### **4.1.1 Tujuan : Pasien mampu :**

4.1.1.1 Mengenali halusinasi yang dialaminya: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon.

4.1.1.2 Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

4.1.1.3 Mengontrol halusinasi dengan cara menggunakan obat.

4.1.1.4 Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.

4.1.1.5 Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktifitas.

#### **4.1.2 Tindakan Keperawatan**

4.1.2.1 Mendiskusikan dengan pasien isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon terhadap halusinasi.

4.1.2.2 Menjelaskan dan melatih cara mengontrol halusinasi:

4.1.2.3 Menghardik halusinasi

Menjelaskan cara menghardik halusinasi, memperagakan cara menghardik, meminta pasien memperagakan ulang, memantau penerapan cara ini, dan menguatkan perilaku pasien.

4.1.2.4 Menggunakan obat secara teratur

Menjelaskan pentingnya penggunaan obat, jelaskan bila obat tidak digunakan sesuai program, jelaskan akibat bila putus obat, jelaskan cara mendapat obat/ berobat, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar (benar jenis, guna, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).

4.1.2.5 Bercakap –cakap dengan orang lain.

4.1.2.6 Melakukan aktifitas yang terjadual.

Menjelaskan pentingnya aktifitas yang teratur, mendiskusikan aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien, melatih pasien melakukan aktifitas, menyusun jadual aktifitas sehari–hari sesuai dengan jadual yang telah dilatih, memantau jadual pelaksanaan kegiatan, memberikan *reinforcement*.

## **4.2 Tindakan Keperawatan Ners untuk Keluarga**

### **4.2.1 Tujuan : Keluarga mampu**

4.2.1.1 Mengenal masalah merawat pasien di rumah.

4.2.1.2 Menjelaskan halusinasi (pengertian, jenis, tanda dan gejala halusinasi dan proses terjadinya).

4.2.1.3 Merawat pasien dengan halusinasi.

4.2.1.4 Menciptakan lingkungan yang nyaman untuk klien dengan halusinasi

4.2.1.5 Mengenal tanda dan gejala kambuh ulang

4.2.1.6 Memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk follow-up pasien dengan halusinasi.

### **4.2.2 Tindakan keperawatan**

4.2.2.1 Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.

4.2.2.2 Berikan penjelasan kesehatan meliputi : pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi

4.2.2.3 Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas.

4.2.2.4 Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi.

4.2.2.5 Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan.

4.2.2.6 Diskusikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk follow-up anggota keluarga dengan halusinasi.

### **4.3 TAK (Terapi Aktivitas Kelompok)**

4.3.1 Sesi 1: mengenal halusinasi

4.3.2 Sesi 2: mengontrol halusinasi dengan menghardik

4.3.3 Sesi 3: mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan

4.3.4 Sesi 4: mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap

4.3.5 Sesi 5: mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat

## **STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL**

### **1. Pengertian**

Isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana individu mengalami suatu kebutuhan atau mengharapkan untuk melibatkan orang lain, akan tetapi tidak dapat membuat hubungan tersebut (Carpenito, 2004). Menurut Kim (2006) isolasi sosial merupakan kesendirian yang dialami individu dan dirasakan sebagai beban oleh orang lain dan sebagai keadaan yang negatif atau mengancam. Isolasi sosial merupakan keadaan ketika individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak (Carpenito-Moyet, 2007).

Menurut Townsend (2008), isolasi sosial merupakan kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan dipersepsikan disebabkan orang lain dan sebagai kondisi yang negatif dan mengancam (Townsend, 2010). Videbeck (2008) menjelaskan bahwa isolasi sosial merupakan gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang maladaptif dan menghambat seseorang dalam berhubungan dengan orang lain. Pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa isolasi sosial adalah kondisi dimana seseorang mengalami gangguan hubungan interpersonal yang mengganggu fungsi individu tersebut dalam meningkatkan keterlibatan dengan orang lain (Kirana, 2009).

### **2. Pengkajian**

## **2.1 Pengkajian Ners**

Tanda dan Gejala isolasi sosial adalah sebagai berikut:

### **2.1.1 Subyektif**

- 2.1.1.1 Menolak interaksi dengan orang lain
- 2.1.1.2 Merasa sendirian
- 2.1.1.3 Tidak berminat
- 2.1.1.4 Merasa tidak diterima
- 2.1.1.5 Perasaan berbeda dengan orang lain
- 2.1.1.6 Mengungkapkan tujuan hidup yang tidak adekuat
- 2.1.1.7 Tidak ada dukungan orang yang dianggap penting

### **2.1.2 Obyektif**

- 2.1.2.1 Tidak ada kontak mata
- 2.1.2.2 Menyendiri/ menarik diri
- 2.1.2.3 Tidak komunikatif
- 2.1.2.4 Tindakan tidak berarti/ berulang
- 2.1.2.5 Afek tumpul
- 2.1.2.6 Afek sedih
- 2.1.2.7 Adanya kecacatan (misal : fisik dan mental)

## **2.2 Pengkajian Ners Spesialis**

### **2.2.1 Faktor Predisposisi dan Presipitasi**

#### **2.2.1.1 Biologis**

Transmisi gen pada skizofrenia sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Anak penderita skizofrenia yang diturunkan melalui kembar monozigot maka mengalami kemungkinan mengalami skizofrenia sebanyak 50%. Jika seorang anak berasal dari kedua orang tua yang mengalami skizofrenia lebih menurun sebesar 36%, dan 15% pada seorang anak yang lahir dari salah satu orang tua yang mengalami skizofrenia (Stuart, 2013). Penelitian lain menyatakan bahwa perkembangan otak juga ikut berkontribusi dalam timbulnya skizofrenia. Gangguan perkembangan otak pada janin dimulai pada saat trimester kedua, dimana pada masa tersebut terjadi perkembangan organ janin termasuk otak. Gangguan

tersebut meliputi virus, malnutrisi, infeksi, trauma, racun serta kelainan hormonal yang terjadi pada masa kehamilan (Hawari, 2001).

Gambaran struktur otak menggunakan *Computerized Tomography Scanning (CT-Scan)* dan *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* menunjukkan penyusutan volume otak pada klien skizofrenia. Selain itu pembesaran lateral ventrikel, atrofi pada lobus frontal, serebelum dan struktur limbik (terutama hipokampus dan amigdala) serta terjadinya peningkatan ukuran bagian depan otak (Stuart, 2013). Amfetamin dan kokain juga mempengaruhi sistem dopamin. Amfetamin dapat menyebabkan pelepasan dopamin, sedangkan kokain bersifat menghambat pengambilan dopamin (Kaplan, Sadock, Grebb 1997). Sehingga jumlah dopamin berlebihan didalam sinaps dan akhirnya menyebabkan gejala psikosis (Stuart, 2013). Neurotransmitter asam amino inhibitor *gamma-aminobutyric acid (GABA)* juga ikut terlibat didalam munculnya gejala isolasi sosial. Beberapa klien skizofrenia mengalami kehilangan neuron GABA-ergik didalam hipokampus. Hilangnya GABA-ergik tersebut menyebabkan hiperaktifitas neuron dopaminergik dan nonadrenergik.

#### 2.2.1.2 Psikologis

Stresor psikologis isolasi sosial dapat diakibatkan oleh pengalaman negatif klien terhadap gambaran diri, ketidakjelasan atau berlebihan peran yang dimiliki, kegagalan dalam mencapai harapan dan cita-cita, krisis identitas serta kurangnya penghargaan baik dalam diri sendiri, keluarga maupun lingkungan. Stresor tersebut dapat menyebabkan gangguan dalam berinteraksi dengan orang lain dan akhirnya menjadi masalah isolasi sosial. Ibu yang terlalu khawatir, terlalu melindungi, konflik keluarga, komunikasi yang buruk serta kurangnya interaksi dalam keluarga juga merupakan faktor risiko terjadinya isolasi sosial (Fortinash & Worret, 2004).

#### 2.2.1.3 Sosiokultural

Faktor sosial budaya yang memiliki hubungan dengan terjadinya isolasi sosial meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status sosial, pengalaman sosial, latar belakang budaya, agama dan keyakinan individu serta kondisi politik (Stuart dan Laraia, 2005). Stresor sosial budaya yang berhubungan dengan timbulnya gangguan jiwa adalah individu yang tidak memiliki penghasilan, riwayat menerima kekerasan, tidak memiliki tempat tinggal serta hidup dalam kemiskinan (Videbeck, 2008).

### 2.2.2 Penilaian Terhadap Stressor

#### 2.2.2.1 Kognitif

Respons kognitif klien isolasi sosial meliputi perasaan kesepian, merasa ditolak orang lain atau lingkungan, merasa tidak dimengerti oleh orang lain, merasa tidak berguna, merasa putus asa dan tidak memiliki tujuan hidup, merasa tidak aman berada diantara orang lain, menghindari dari orang lain dan lingkungan, tidak mampu konsentrasi serta tidak mampu membuat keputusan (Fortinash, 1999; Keliat, 2005; Townsend, 2009; NANDA, 2012)

#### 2.2.2.2 Afektif

Klien isolasi sosial menunjukkan respons afektif berupa perasaan sedih, tertekan, depresi atau marah, merasa kesepian atau ditolak lingkungan, tidak memperdulikan orang lain, malu dengan orang lain. Kegagalan individu dalam tugas perkembangan di masa lalu juga memiliki keterkaitan dengan pengalaman berinteraksi serta berhubungan dengan orang lain sehingga mempengaruhi Respons afektif (Cacioppo et al, 2002; Hawkey, Burleson, Bentson, & Cacioppo, 2003; Steptoe, Owen, Kuns- Ebrecht, & Brydon, 2004)

#### 2.2.2.3 Fisiologis

Respons fisiologis yang dialami klien isolasi sosial yaitu muka murung, sulit tidur, merasa lelah letih dan kurang bergairah.

#### 2.2.2.4 Perilaku

Klien isolasi sosial menunjukkan perilaku seperti menarik diri, menjauh dari orang lain, tidak atau jarang melakukan komunikasi, tidak ada kontak mata, kehilangan gerak dan mulut, malas melakukan kegiatan sehari hari, berdiam diri di kamar, menolak hubungan dengan orang lain, dan menunjukkan sikap bermusuhan (Townsend, 2009)

#### 2.2.2.5 Sosial

Respons fisiologis yang dialami klien isolasi sosial yaitu menarik diri, sulit berinteraksi, tidak mau berkomunikasi, tidak mau berpartisipasi dengan kegiatan sosial, curiga dengan lingkungan, acuh dengan lingkungan.

### 2.2.3 Sumber Koping

Sumber koping merupakan hal yang dapat membantu klien mengatasi stresor yang dialaminya (Stuart & Laraia, 2005). Sumber koping tersebut meliputi aset ekonomi (*material aset* baik berupa finansial dan pelayanan kesehatan), dukungan sosial (*sosial support*), nilai

dan kemampuan individu (*personal ability*) serta kepercayaan (*positive beliefs*) dalam menghadapi masalah (Stuart, 2013).

#### 2.2.3.1 Personal Ability

Penelitian yang dilakukan Caroline, Keliat, dan Sabri (2008) menjelaskan bahwa kemampuan kognitif dan perilaku klien dalam mengontrol halusinasi mengalami peningkatan yang signifikan setelah memperoleh asuhan keperawatan halusinasi sesuai standar. Selain itu tanda dan gejala halusinasi juga mengalami penurunan.

Kemampuan lanjutan seperti mampu mengidentifikasi pikiran, perilaku negatif yang muncul, melawan pikiran negatif dengan tanggapan rasional adalah salah satu bentuk kemampuan kognitif yang harus dimiliki klien halusinasi. Kemampuan lainnya yaitu mengubah perilaku negatif dengan tanggapan rasional serta mampu mengubah perilaku negatif menjadi perilaku positif. Kemampuan lanjutan tersebut dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan Wahyuni, Keliat dan Nasution (2010), bahwa CBT mampu menjadi terapi spesialis yang meningkatkan kemampuan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi. Sudiatmika, Keliat dan Wardani, (2011) juga merekomendasikan CBT dan terapi spesialis lainnya sebagai terapi keperawatan dalam menurunkan tanda dan gejala serta peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien.

Kemampuan yang diharapkan terjadi pada klien isolasi sosial adalah mengetahui penyebab isolasi sosial, menyebutkan keuntungan punya teman dan bercakap-cakap, menyebutkan kerugian tidak memiliki teman, mampu berkenalan dengan klien dan perawat atau tamu, berbicara, saat melakukan kegiatan harian, melakukan kegiatan sosial. Kemampuan klien isolasi sosial telah diteliti oleh Keliat, dkk, menggunakan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) mampu meningkatkan kemampuan komunikasi verbal maupun non verbal.

Kemampuan lanjutan yang dapat dilakukan oleh klien isolasi sosial adalah mampu melakukan komunikasi dasar verbal seperti, mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan dan bertanya serta klarifikasi. Sedangkan kemampuan non verbal seperti kontak mata, tersenyum, duduk tegak, serta berjabat tangan. Kemampuan lainnya yaitu berkomunikasi menjalin persahabatan, meminta dan memberikan pertolongan, menerima dan memberikan pujian kepada orang lain serta mampu berkomunikasi dalam keadaan sulit seperti menerima dan memberi kritik, penolakan dan maaf. Kemampuan lanjutan pada klien isolasi sosial juga telah diteliti oleh Renidayanti, Keliat & Sabri, (2008).

Peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku klien isolasi sosial terjadi pada kelompok intervensi yang mendapatkan terapi *Social Skills Training (SST)*

#### 2.2.3.2 Sosial Support

Dukungan sosial (*social support*) adalah dukungan klien yang diperoleh dari lingkungan sekitar seperti keluarga, teman, kelompok, kader kesehatan. Videback (2008) menjelaskan bahwa keluarga merupakan salah satu sumber pendukung utama dalam proses penyembuhan klien skizofrenia. Kemampuan generalis keluarga meliputi mampu mengenal masalah halusinasi dan isolasi sosial pada klien, mampu merawat klien, membimbing klien latihan mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan harian, mampu membimbing klien latihan berkenalan dengan orang lain, berbicara saat melakukan kegiatan harian, melakukan kegiatan sosial. Keluarga juga wajib melakukan modifikasi lingkungan, mengenal tanda dan gejala halusinasi dan isolasi sosial.

#### 2.2.3.3 Positive Belief

- a) Keyakinan terhadap kesembuhan diri sendiri dan terhadap petugas kesehatan.
- b) Distres spiritual
- c) Tidak memiliki motivasi untuk sembuh
- d) Penilaian negatif tentang pelayanan kesehatan
- e) Tidak menganggap apa yang dialami merupakan sebuah masalah

#### 2.2.3.4 Material Asset

- a) Biaya kehidupan, jaminan kesehatan yang digunakan, pelayanan kesehatan yang biasa digunakan.
- b) Adanya perubahan status kesejahteraan
- c) Ketidakmampuan mengelola kekayaan
- d) Tidak punya uang untuk berobat, tidak ada tabungan
- e) Tidak memiliki kekayaan dalam bentuk barang berharga

### 2.2.4 Mekanisme Koping

Klien akan berusaha melindungi dirinya dari pengalaman yang disebabkan oleh stres yang dialaminya (Stuart & Laraia, 2005). Terdapat 3 macam usaha dalam mengatasi stres, antara lain ;

#### 2.2.4.1 Mekanisme koping berfokus pada masalah (*problem focused*)

Merupakan mekanisme koping yang dilakukan secara langsung berfokus pada masalah yang mengancam individu. Mekanisme ini meliputi negosiasi, konfrontasi, serta meminta nasihat.

#### 2.2.4.2 Mekanisme koping berfokus pada kognitif (*cognitively-focused*)

Mekanisme koping yang digunakan melalui proses meredam masalah yang sedang dihadapi. Usaha tersebut dapat dilakukan dengan membuat perbandingan positif, pemberian hadiah, mengabaikan serta evaluasi keinginan.

#### 2.2.4.3 Mekanisme koping berpusat pada emosi (*emotion-focused*)

Usaha mengatasi masalah klien dengan menenangkan emosi yang mengancam melalui mekanisme pertahanan ego yang dimiliki seperti denial, supresi maupun proyeksi.

Klien isolasi sosial merupakan contoh individu yang tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang efektif ketika menghadapi stresor. Mekanisme koping yang digunakan pada klien isolasi sosial yaitu denial, regresi, proyeksi, identifikasi, dan religiosity yang berakhir dengan koping maladaptif (destruktif) berupa terjadi episode awal psikosis atau serangan ulang skizofrenia dengan munculnya gejala-gejala skizofrenia termasuk isolasi sosial (Townsend, 2009).

### **3. Diagnosis Keperawatan**

Isolasi Sosial

### **4. Diagnosis Medik Terkait**

Skizofrenia, Depresi

### **5. Tindakan Keperawatan**

#### **5.1 Tindakan keperawatan Ners untuk Klien**

##### **5.1.1 Tujuan: Klien mampu**

5.1.1.1 Mengenal masalah isolasi sosial

5.1.1.2 Berkenalan dengan perawat atau klien lain

5.1.1.3 Bercakap-cakap dalam melakukan kegiatan harian.

5.1.1.4 Berbicara sosial : meminta sesuatu, berbelanja dan sebagainya.

##### **5.1.2 Tindakan**

5.1.2.1 Menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat isolasi sosial

a. Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat isolasi sosial

b. Mendiskusikan keuntungan memiliki teman, kerugian tidak memiliki teman.

5.1.2.2 Menjelaskan dan melatih klien berkenalan

a. Menjelaskan cara berkenalan

b. Mendemostrasikan cara berkenalan

c. Melatih klien berkenalan 2 - 3 orang atau lebih

5.1.2.3 Menjelaskan dan melatih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari.

5.1.2.4 Menjelaskan dan melatih berbicara sosial : meminta Sesutu, berbelanja dan sebagainya.

## **5.2 Tindakan Keperawatan Ners untuk Keluarga**

### **5.2.1 Tujuan : Keluarga mampu**

5.2.1.1 Mengenal masalah klien Isolasi sosial

5.2.1.2 Mengambil keputusan untuk merawat klien Isolasi sosial

5.2.1.3 Merawat klien Isolasi sosial

5.2.1.4 Menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk klien Isolasi sosial

5.2.1.5 Memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk *follow up* kesehatan klien Isolasi sosial dan mencegah kekambuhan.

### **5.2.2 Tindakan**

5.2.2.1 Menjelaskan masalah klien Isolasi sosial pada keluarga

a. Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat klien Isolasi sosial

b. Menjelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya Isolasi sosial.

5.2.2.2 Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien Isolasi sosial

a. Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien Isolasi sosial

b. Menganjurkan keluarga memutuskan untuk merawat klien Isolasi sosial

5.2.2.3 Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat klien isolasi sosial

a. Menjelaskan cara melatih klien berkenalan

b. Menjelaskan cara melatih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari- hari.

c. Menjelaskan cara melatih klien berbicara sosial : meinta sesuatu, berbelanja dan sebagainya.

d. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan berkenalan.

e. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari.

f. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan berbicara sosial.

5.2.2.4 Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien isolasi sosial.

a. Mendiskusikan anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan klien

b. Mendiskusikan setting lingkungan rumah yang mendukung perawatan klien

c. Mengajarkan keluarga melibatkan anggota keluarga lainnya merawat klien

5.2.2.5 Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk *follow up*, cara rujukan kesehatan klien dan mencegah kekambuhan.

a. Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia.

b. Menjelaskan kemungkinan klien relaps dan pencegahan relaps

c. Mengidentifikasi tanda-tanda relaps dan kemungkinan kambuh

d. Menjelaskan dan menganjurkan *follow up* dan merujuk klien ke pelayanan kesehatan.

### **5.3 Tindakan Keperawatan Kelompok Isolasi sosial**

Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

Sesi 1 : kemampuan memperkenalkan diri Sesi 2 : kemampuan berkenalan

Sesi 3 : kemampuan bercakap-cakap

Sesi 4 : kemampuan bercakap-cakap topik tertentu Sesi 5 : kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi Sesi 6 : kemampuan bekerjasama

Sesi 7 : Evaluasi kemampuan sosialisasi

## **1. Pengertian**

Keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif mengenai diri dan kemampuannya dalam waktu lama dan terus menerus (NANDA, 2012). Stuart (2013) menyatakan harga diri rendah adalah evaluasi diri negatif yang berhubungan dengan perasaan yang lemah, tidak berdaya, putus asa, ketakutan, rentan, rapuh, tidak berharga, dan tidak memadai. Harga diri rendah merupakan perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri (Keliat dkk, 2011). Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi penurunan gejala dan peningkatan kemampuan klien harga diri rendah kronis secara signifikan setelah diberikan tindakan keperawatan (Pardede, Keliat, dan Wardani, 2013).

## **2. Diagnosis Medik Terkait**

Skizofrenia, Depresi Berat

## **3. Pengkajian**

### **3.1 Pengkajian Ners**

Tanda dan gejala harga diri rendah kronis antara lain:

#### **3.1.1 Data Subjektif**

3.1.1.1 Sulit tidur

3.1.1.2 Merasa tidak berarti dan Merasa tidak berguna

3.1.1.3 Merasa tidak mempunyai kemampuan positif

3.1.1.4 Merasa menilai diri negatif

3.1.1.5 Kurang konsentrasi dan Merasa tidak mampu melakukan apapun

3.1.1.6 Merasa malu

#### **3.1.2 Data Objektif**

3.1.2.1 Kontak mata berkurang dan Murung

3.1.2.2 Berjalan menunduk dan Postur tubuh menunduk

3.1.2.3 Menghindari orang lain

3.1.2.4 Bicara pelan dan Lebih banyak diam

3.1.2.5 Lebih senang menyendiri dan Aktivitas menurun

3.1.2.6 Mengkritik orang lain

## **3.2 Pengkajian Ners Spesialis**

### **3.2.1 Predisposisi**

#### **3.2.1.1 Biologis**

##### **a. Genetik**

Riwayat adanya trauma yang menyebabkan lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik. Pada anak yang kedua orangtuanya tidak menderita, kemungkinan terkena penyakit adalah satu persen. Sementara pada anak yang salah satu orangtuanya menderita kemungkinan terkena adalah 13 persen. Dan jika kedua orangtuanya penderita maka resiko terkena adalah 35 persen. Riwayat janin pada saat prenatal dan perinatal meliputi trauma, penurunan oksigen pada saat melahirkan, prematur, preeklamsi, malnutrisi, stres, ibu perokok, alkohol, pemakaian obat-obatan, infeksi, hipertensi dan agen teratogenik

##### **b. Nutrisi**

Adanya riwayat gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa 3. Keadaan kesehatan secara umum. Riwayat kesehatan umum, misalnya kurang gizi, kurang tidur, gangguan irama sirkadian, Kelemahan, Infeksi

##### **c. Sensitivitas biologi**

Riwayat penggunaan obat, Riwayat terkena infeksi dan trauma, Radiasi dan riwayat pengobatannya

##### **d. Paparan terhadap racun**

Paparan virus influenza pada trimester 3 kehamilan, Riwayat keracunan CO, asbestos.

#### **3.2.1.2 Psikologis**

##### **a. Intelegensi**

Riwayat kerusakan struktur di lobus frontal dimana lobus tersebut berpengaruh kepada proses kognitif. Suplai oksigen terganggu dan glukosa, Keterampilan verbal, Gangguan keterampilan verbal akibat faktor komunikasi dalam keluarga, seperti : Komunikasi peran ganda, tidak ada komunikasi, komunikasi dengan emosi berlebihan, komunikasi tertutup, Riwayat kerusakan yang mempengaruhi fungsi bicara, misalnya Stroke, trauma kepala

##### **b. Moral**

Riwayat tinggal di lingkungan yang dapat mempengaruhi moral individu, misalnya lingkungan keluarga yang broken home, konflik, Lapas.

##### **c. Kepribadian**

Mudah kecewa, Kecemasan tinggi, Mudah putus asa, menutup diri

#### d. Pengalaman masa lalu

Orangtua yang otoriter, selalu membandingkan, Konflik orangtua, Anak yang dipelihara oleh ibu yang suka cemas, terlalu melindungi, dingin dan tak berperasaan, Ayah yang mengambil jarak dengan anaknya ◦ Penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien, Penilaian negatif yang terus menerus dari orang tua

#### e. Konsep diri

Ideal diri tidak realistis, Identitas diri tak jelas, HDR, Krisis peran, Gambaran diri negatif

#### f. Motivasi: Riwayat kurangnya penghargaan dan kegagalan

#### g. Pertahanan psikologi

Ambang toleransi terhadap stress rendah, Riwayat gangguan perkembangan Self control: Riwayat tidak bisa mengontrol stimulus yang datang, misalnya suara, rabaan, englihatan, penciuman, pengecapan, gerakan

### 3.2.1.3 Sosial budaya

a. Usia : Riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai

b. Gender: Riwayat ketidakjelasan identitas,

c. Riwayat kegagalan peran gendePendidikan : Pendidikan yang rendah, Riwayat putus dan gagal sekolah

d. Pendapatan : Penghasilan rendah

e. Pekerjaan : Pekerjaan stresful, Pekerjaan beresiko tinggi

f. Status sosial

g. Tuna wisma, Kehidupan terisolasi

h. Latar belakang Budaya :Tuntutan sosial budaya seperti paternalistik, Stigma masyarakat

i. Agama dan keyakinan: Riwayat tidak bisa menjalankan aktivitas, keagamaan secara rutin. Kesalahan persepsi terhadap ajaran agama tertentu.

j. Keikutsertaan dalam politik :Riwayat kegagalan dalam politik

k. Pengalaman sosial : Perubahan dalam kehidupan, mis bencana, perang, kerusuhan, dll, Tekanan dalam pekerjaan, Kesulitan mendapatkan pekerjaan

l. Peran sosial: Isolasi sosial khususnya untuk usia lanjut, Stigma yang negatif dari masyarakat

Diskriminasi, Stereotype, Praduga negatif

### **3.2.2 Presipitasi**

#### 3.2.2.1 Nature

- a. Biologi : genetik, nutrisi kesehatan secara umum, sensitivitas biologi paparan racun
- b. Psikologis : intelegensi, ketrampilan verbal, moral, kepribadian, pengalaman masalah, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, self control
- c. Sosial budaya: usia, gender, pendidikan, pekerjaan, status sosial, latar belakang budaya, agama dan keyakinan, keikutsertaan dalam kegiatan politik, pengalaman sosial, peransosial.

3.2.2.2 Origin : internal persepsi individu saat mengalami perubahan konsep diri. Eksternal, keluarga dan masyarakat menganggap klien menunjukkan tanda gejala perubahan konsep diri

3.2.2.3 Timing : stresor muncul disaat yang tidak tepat, saling berdekatan dan sering berulang

3.2.2.4 Number : banyak stresor dan kualitasnya tinggi

### **3.2.3 Penilaian terhadap stresor**

#### 3.2.3.1 Kognitif

Persepsi negative, Gangguan berpikir, Gangguan, penilaian, Kemampuan, mengembangkan, koping yang tidak efektif, Bingung, disorientasi waktu, gangguan daya ingat, adanya kepribadian yang terpisah dalam diri orang yang sama

#### 3.2.3.2 Afektif

Emosi yang tidak stabil, Perasaan tidak aman, takut Ketidakmampuan mencari, kesenangan atau perasaan mencapai sesuatu, Kurang rasa kesinambungan dalam diri, Mengalami kehilangan identitas, Perasaan tidak mampu

#### 3.2.3.3 Fisiologis

Sulit tidur, GH : Adult (male) >5ng/ml (female), >10ng/ml, child >10ng/ml, Prolaktin : female non pregnant 0-23 ng/ml, male 0,1-20 ng/ml, ACTH : pagi 8-80 pg/ml, sore-malam >10, pg/ml, LH : female 5-30 mIU/ml, male 5-25 mIU/ml, FSH : female 4-30mU/ml, male 4-25 mU/ml, TSH : 0,35-5,5  $\mu$ IU/ml, Insulin : 5-25  $\mu$ U/ml, Katekolamin <1000pg/ml, Epinephrin (berbaring) >50pg/ml, (duduk) >60, pg/ml, (berdiri) >90pg/ml, Norepinephrin (berbaring) >410pg/ml, (duduk), >680 pg/ml, (berdiri) >700 pg/ml, Dopamin (berbaring dan berdiri) >87 pg/ml.

#### 3.2.3.4 Perilaku

Menjauh dari masalah atau menekan masalah, Gangguan dalam berhubungan, Afek yang tumpul, Keadaan emosi yang pasif dan tidak berespon, Komunikasi yang tidak sesuai, Kurang spontanitas dan animasi, Ketidakmampuan mandiri secara sosial. Penyalahgunaan zat, menarik diri dari realitas

#### 3.2.3.5 Sosial

Ketidakmampuan untuk berkomunikasi, Acuh dengan lingkungan, Kemampuan sosialnya mengalami penurunan, Paranoid, Personal hygiene jelek, Sulit berinteraksi, Tidak tertarik dengan kegiatan yang sifatnya Menghibur, Penyimpangan seksual, Menarik diri.

### **3.2.4 Sumber koping**

#### 3.2.4.1 Personal ability

Ketidakmampuan pemecahan masalah, Gangguan dari kesehatannya, Kemampuan berhubungan dengan orang lain tidak adekuat, Pengetahuan dan intelegensi rendah, Identitas ego tidak adekuat

#### 3.2.4.2 Sosial suport

Hubungan antar : individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tidak adekuat, Komitmen dengan jaringan sosial tidak adekuat

#### 3.2.4.3 Material aset

Ketidakmampuan mengelola kekayaan, misal boros atau sangat pelit, Tidak punya uang untuk berobat, tidak ada tabungan, Tidak memiliki kekayaan dalam bentuk barang

#### 3.2.4.4 Positive belief

Distres spiritual, Tidak memiliki motivasi, Penilaian negatif terhadap pelayanan kesehatan, Tidak menganggap itu suatu gangguan

## **4. Diagnosis Keperawatan**

Harga Diri Rendah Kronis

## **5. Tindakan Keperawatan**

### **5.1 Tindakan Keperawatan Ners untuk klien**

#### **5.1.1 Tujuan**

5.1.1.1 Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, proses terjadinya dan akibat Harga diri rendah kronik

5.1.1.2 Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki

5.1.1.3 Menilai kemampuan yang dapat digunakan

5.1.1.4 Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan

5.1.1.5 Melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan

5.1.1.6 Melakukan kegiatan yang sudah dilatih

## **5.1.2 Tindakan**

5.1.2.1 Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien.

- a) Mendiskusikan bahwa sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien seperti kegiatan pasien di rumah sakit, di rumah, dalam keluarga dan lingkungan adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien.
- b) Beri pujian yang realistis/nyata dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian yang negatif.

5.1.2.2 Membantu klien menilai kemampuan yang dapat digunakan.

- a) Mendiskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini.
- b) Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien.
- c) Perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif

5.1.2.3 Membantu klien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih

- a) Mendiskusikan dengan pasien beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari.
- b) Bantu pasien menetapkan kegiatan mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri, mana kegiatan yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga dan kegiatan apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien. Berikan contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan pasien. Susun bersama pasien dan buat daftar kegiatan sehari-hari pasien.

5.1.2.4 Melatih kemampuan yang dipilih klien

- a) Mendiskusikan dengan pasien untuk melatih kemampuan pertama yang dipilih
- b) Melatih kemampuan pertama yang dipilih
- c) Berikan dukungan dan pujian pada klien dengan latihan yang dilakukan

## **5.2 Tindakan Keperawatan Ners pada keluarga**

### **5.2.1 Tujuan : Keluarga Mampu**

5.2.1.1 Mengenal masalah harga diri rendah kronik

5.2.1.2 Mengambil keputusan dalam merawat harga diri rendah kronik

5.2.1.3 Merawat klien dengan harga diri rendah kronik

5.2.1.4 Menciptakan lingkungan yang mendukung meningkatkan harga diri klien

5.2.1.5 Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk follow up dan mencegah kekambuhan

### **5.2.2 Tindakan**

5.2.2.1 Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien

5.2.2.2 Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya harga diri rendah dan mengambil keputusan merawat pasien

5.2.2.3 Mendiskusikan kemampuan atau aspek positif pasien yang pernah dimiliki sebelum dan setelah sakit

5.2.2.4 Melatih keluarga cara merawat harga diri rendah dan berikan pujian

5.2.2.5 Melatih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan pertama yang dipilih pasien serta membimbing keluarga merawat harga diri rendah dan beri pujian

## **5.3 Tindakan Keperawatan Kelompok**

5.3.1 Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Terapi kelompok yang dapat dilakukan untuk klien dengan harga diri rendah kronik adalah :

a) TAK stimulasi persepsi untuk harga diri rendah

1. sesi 1 : Identifikasi untuk harga diri rendah / hal positif pada diri sesi

2. Sesi 2 : Melatih kemampuan / hal positif pada diri

b) TAK Sosialisasi

1. Sesi 1 : kemampuan memperkenalkan diri

2. Sesi 2 : kemampuan berkenalan

3. Sesi 3 : kemampuan bercakap – cakap

4. Sesi 4 : kemampuan bercakap – cakap topik tertentu Sesi 5 : kemampuan bercakap – cakap masalah pribadi Sesi 6 : kemampuan bekerjasama

## 5. Sesi 7 : Evaluasi kemampuan sosialisasi

### 5.3.2 Pendidikan kesehatan pada kelompok keluarga klien harga diri rendah kronik

## **STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI**

### **1. Pengertian**

Keadaan ketika individu mengalami hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari (Towsend, 2010). Kurang perawatan diri merupakan keadaan ketika individu mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau fungsi kognitif, yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan masing-masing dari kelima aktivitas perawatan diri antara lain:

1. Makan
2. Mandi/Higiene
3. Berpakaian dan berhias
4. Toileting
5. Instrumental (menggunakan telepon, menggunakan transportasi, menyetrika, mencuci pakaian, menyiapkan makanan, berbelanja, mengelola keuangan, mengkonsumsi obat)

Defisit perawatan diri seringkali disebabkan oleh: intoleransi aktifitas, hambatan mobilitas fisik, nyeri, ansietas gangguan persepsi atau kognitif, depresi, ketidak berdayaan.

### **2. Pengkajian**

#### **2.1 Pengkajian Ners**

##### **2.1.1 Subyektif**

- 2.1.1.1 Menyatakan tidak ada keinginan mandi secara teratur
- 2.1.1.2 Perawatan diri harus dimotivasi
- 2.1.1.3 Menyatakan Bab/bak di sembarang tempat
- 2.1.1.4 Menyatakan tidak mampu menggunakan alat bantu makan

## **2.1.2 Obyektif**

- 2.1.2.1 Tidak mampu membersihkan badan
- 2.1.2.2 Penampilan tidak rapi, pakaian kotor, tidak mampu berpakaian secara benar
- 2.1.2.3 Tidak mampu melaksanakan kebersihan yang sesuai, setelah melakukan toileting
- 2.1.2.4 Makan hanya beberapa suap dari piring/porsi tidak habis

## **2.2 Pengkajian Ners Spesialis**

### **2.2.1 Predisposisi**

#### **2.2.1.1 Biologi**

- a) Riwayat keluarga dengan gangguan jiwa, Diturunkan melalui kromosom orangtua (kromosom keberapa masih dalam penelitian). Diduga kromosom no.6 dengan kontribusi genetik tambahan nomor 4, 8, 15 dan 22. Pada anak yang kedua orangtuanya tidak menderita, kemungkinan terkena penyakit adalah satu persen. Sementara pada anak yang salah satu orangtuanya menderita kemungkinan terkena adalah 15%. Dan jika kedua orangtuanya penderita maka resiko terkena adalah 35 persen.
- b) Kembar indentik berisiko mengalami gangguan sebesar 50%, sedangkan kembar fraterna berisiko mengalami gangguan 15%
- c) Riwayat janin saat pranatal dan perinatal trauma, penurunan konsumsi oksigen pada saat dilahirkan, prematur, preeklamsi, malnutrisi, stres, ibu perokok, alkohol, pemakaian obat-obatan, infeksi, hipertensi dan agen teratogenik. Anak yang dilahirkan dalam kondisi seperti ini pada saat dewasa (25 tahun) mengalami pembesaran ventrikel otak dan atrofi kortek otak.
- d) Nutrisi: Adanya riwayat gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa.
- e) Keadaan kesehatan secara umum: gangguan neuromuskuler, gangguan muskuloskeletal, kelemahan dan kelelahan dan kecacatan,

- f) Sensitivitas biologi: riwayat penggunaan obat, riwayat terkena infeksi dan trauma kepala serta radiasi dan riwayat pengobatannya. Ketidakseimbangan dopamin dengan serotonin neurotransmitter
- g) Paparan terhadap racun : paparan virus influenza pada trimester 3 kehamilan dan riwayat keracunan CO, asbestos karena mengganggu fisiologi otak

#### 2.2.1.2 Psikologis

- a) Adanya riwayat kerusakan struktur dilobus frontal yang menyebabkan suplay oksigen dan glukosa terganggu di mana lobus tersebut berpengaruh kepada proses kognitif sehingga anak mempunyai intelegensi dibawah rata-rata dan menyebabkan kurangnya kemampuan menerima informasi dari luar.
- b) Keterampilan komunikasi verbal yang kurang, misalnya tidak mampu berkomunikasi, komunikasi tertutup (non verbal), gagap, riwayat kerusakan yang mempunyai fungsi bicara, misalnya trauma kepala dan berdampak kerusakan pada area broca dan area wernich.
- c) Moral: Riwayat tinggal di lingkungan yang dapat mempengaruhi moral individu, misalnya keluarga broken home, ada konflik keluarga ataupun di masyarakat
- d) Kepribadian: orang yang mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan yang tinggi dan menutup diri
- e) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan:
  - Orang tua otoriter, selalu membandingkan, yang mengambil jarak dengan anaknya, penilaian negatif yang terus menerus
  - Anak yang diasuh oleh orang tua yang suka cemas, terlalu melindungi, dingin dan tidak berperasaan
  - Penolakan atau tindak kekerasan dalam rentang hidup klien
  - Konflik orang tua, disfungsi sistem keluarga
  - Kematian orang terdekat, adanya perceraian
  - Takut penolakan sekunder akibat obesitas, penyakit terminal, sangat miskin dan pengangguran, putus sekolah.
  - Riwayat ketidakpuasan yang berhubungan dengan penyalahgunaan obat, perilaku yang tidak matang, pikiran delusi, penyalahgunaan alkohol

- f) Konsep diri: Ideal diri yang tidak realistis, harga diri rendah, identitas diri tidak jelas, krisis peran, gambaran diri negatif
- g) Motivasi: adanya riwayat kegagalan dan kurangnya penghargaan
- h) Pertahanan psikologis, ambang toleransi terhadap stres yang rendah, riwayat gangguan perkembangan sebelumnya
- i) Self kontrol: tidak mampu melawan terhadap dorongan untuk menyendiri

### 2.2.1.3 Sosial budaya

- a) Usia: Ada riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai
- b) Gender: Riwayat ketidakjelasan identitas dan kegagalan peran gender
- c) Pendidikan: pendidikan yang rendah dan riwayat putus sekolah atau gagal sekolah
- d) Pendapatan: penghasilan rendah
- e) Pekerjaan: stressfull dan berisiko tinggi
- f) Status sosial: Tuna wisma, kehidupan terisolasi (kehilangan kontak sosial, misalnya pada lansia)
- g) Latar belakang budaya: tuntutan sosial budaya tertentu adanya stigma masyarakat, budaya yang berbeda (bahasa tidak dikenal)
- h) Agama dan keyakinan: Riwayat tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin
- i) Keikutsertaan dalam politik: Riwayat kegagalan berpolitik
- j) Pengalaman sosial: perubahan dalam kehidupan, misalnya bencana, kerusuhan. Kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan dan ketidakutuhan keluarga
- k) Peran sosial: isolasi sosial: khususnya usia lanjut, stigma negatif dari masyarakat, praduga negatif dan stereotipi, perilaku sosial tidak diterima oleh masyarakat.

## 2.2.2 Presipitasi

### 2.2.2.1 Biologi

- a. Dalam enam bulan terakhir mengalami penyakit infeksi otak (encephalitis) atau trauma kepala yang mengakibatkan lesi daerah frontal, temporal dan limbic sehingga terjadi ketidakseimbangan dopamin dan serotonin neurotransmitter

- b. Dalam enam bulan terakhir terjadi gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa yang berdampak pada pemenuhan glukosa di otak yang dapat mempengaruhi fisiologi otak terutama bagian fungsi kognitif
- c. Sensitivitas biologi: putus obat atau mengalami obesitas, kecacatan fisik, kanker dan pengobatannya yang dapat menyebabkan perubahan penampilan fisik
- d. Paparan terhadap racun, misalnya CO dan asbestos yang dapat mempengaruhi metabolisme di otak sehingga mempengaruhi fisiologi otak

#### 2.2.2.2 Psikologis

- a. Dalam enam bulan terakhir terjadi trauma atau kerusakan struktur di lobus frontal dan terjadi suplay oksigen dan glukosa terganggu sehingga mempengaruhi kemampuan dalam memahami informasi atau mengalami gangguan persepsi dan kognitif
- b. Keterampilan verbal, tidak mampu komunikasi, gagap, mengalami kerusakan yang mempengaruhi fungsi bicara
- c. Dalam enam bulan terakhir tinggal di lingkungan yang dapat mempengaruhi moral: lingkungan keluarga yang broken home, konflik atau tinggal dalam lingkungan dengan perilaku sosial yang tidak diharapkan
- d. Konsep diri: Harga diri rendah, perubahan penampilan fisik, ideal diri tidak realistis, gangguan pelaksanaan peran (konflik peran, peran ganda, ketidakmampuan menjalankan peran, tuntutan peran tidak sesuai dengan usia)
- e. Self kontrol: tidak mampu melawan dorongan untuk menyendiri dan ketidakmampuan mempercayai orang lain
- f. Motivasi: tidak mempunyai motivasi untuk melakukan aktivitas
- g. Kepribadian: mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan yang tinggi sampai panik, menutup diri

#### 2.2.2.3 Sosial budaya

- a. Usia: Dalam enam bulan terakhir alami ketidaksesuaian tugas perkembangan dengan usia, atau terjadi perlambatan dalam penyelesaian tugas perkembangan atau regresi ketahap perkembangan sebelumnya
- b. Gender: enam bulan terakhir alami ketidakjelasan identitas dan kegagalan peran gender (model peran negatif)
- c. Pendidikan: dalam enam bulan terakhir mengalami putus sekolah dan gagal sekolah
- d. Pekerjaan : pekerjaan stressfull dan beresiko atau tidak bekerja (PHK)

- e. Pendapatan: penghasilan rendah atau dalam enam bulan terakhir tidak mempunyai pendapatan atau terjadi perubahan status kesejahteraan
- f. Status sosial: Tuna wisma dan kehidupan isolasi, tidak mempunyai sistem pendukung dan menarik diri
- g. Agama dan keyakinan: tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin.  
Terdapat nilai-nilai sosial di masyarakat yang tidak diharapkan
- h. Kegagalan dalam berpolitik: kegagalan dalam berpolitik
- i. Kejadian sosial saat ini: perubahan dalam kehidupan: perang, bencana, kerusuhan, tekanan dalam pekerjaan, kesulitan mendapatkan pekerjaan, sumber-sumber personal yang tidak adekuat akibat perang, bencana
- j. Peran sosial: Dalam enam bulan terakhir isolasi sosial, diskriminasi dan praduga negatif, ketidakmampuan untuk mempercayai orang lain

#### **2.2.2.4 Origin**

Internal: Persepsi klien yang buruk tentang personal hygiene, toileting, berdandan dan berhias

Eksternal: Kurangnya dukungan sosial keluarga dan ketersediaan alat/fasilitas

#### **2.2.2.5 Time**

- 1) Waktu terjadinya stressor pada waktu yang tidak tepat
- 2) Stressor terjadi secara tiba-tiba atau bisa juga secara bertahap
- 3) Stressor terjadi berulang kali dan antara satu stressor dengan stressor yang lain saling berdekatan

#### **2.2.2.6 Number**

- 1) Sumber stress lebih dari satu (banyak)
- 2) Stress dirasakan sebagai masalah yang berat

### **2.2.3 Respons Terhadap Stresor (Tanda dan Gejala)**

#### **2.2.3.1 Kognitif**

- a) Mengatakan penolakan atau tidak mampu untuk membersihkan tubuh atau bagian tubuh
- b) Mengatakan malas melakukan perawatan diri

- c) Kurang konsentrasi saat melakukan aktivitas
- d) Bingung
- e) Kerusakan / gangguan perhatian
- f) Kesadaran menurun
- g) Tidak bersedia melakukan defekasi dan urinasi tanpa bantuan

#### 2.2.3.2 Afektif

- a) Merasa malu, marah dan perasaan bersalah
- b) Merasa tidak punya harapan
- c) Merasa frustrasi

#### 2.2.3.3 Fisiologis

- a) Ketidakseimbangan neurotransmitter dopamin dan serotonin
- b) Peningkatan epinefrin dan non epinefrin
- c) Peningkatan denyut nadi, TD, pernafasan jika terjadi kecemasan
- d) Gangguan tidur
- e) Kelemahan otot, kekakuan sendi
- f) Adanya kecacatan
- g) Badan kotor, bau, tidak rapi

#### 2.2.3.4 Perilaku

- a) Menggaruk badan
- b) Banyak diam
- c) Kadang gelisah
- d) Hambatan kemampuan atau kurang minat dalam memilih pakaian yang tepat untuk dikenakan
- e) Tidak mampu melakukan defekasi atau urinasi pada tempat yang tepat

#### 2.2.3.5 Sosial

- 1) Menarik diri dari hubungan sosial
- 2) Kadang menghindari kontak/aktivitas sosial

### **2.2.4 Sumber Koping**

#### 2.2.4.1 Personal ability

- a) Tidak komunikatif dan cenderung menarik diri

- b) Kesehatan umum klien, terdapat kecacatan, atau kelemahan otot
- c) Ketidakmampuan mengambil keputusan dan memecahkan masalah
- d) Kemampuan berhubungan dengan orang lain tidak adekuat
- e) Pengetahuan tentang masalah perawatan diri
- f) Kurang mampu melakukan perawatan diri
- g) Integritas ego yang tidak adekuat

#### 2.2.4.2 Sosial Support

- a Tidak adanya orang terdekat yang mendukung keluarga, teman, kelompok
- b Hubungan antara individu, keluarga dan masyarakat tidak adekuat
- c Kurang terlibat dalam organisasi sosial
- d Adanya konflik nilai budaya

#### 2.2.4.3 Material asset

- a) Penghasilan individu atau keluarga yang tidak mencukupi
- b) Sulit mendapatkan pelayanan kesehatan
- c) Tidak memiliki pekerjaan
- d) Tidak punya uang untuk berobat, tidak ada tabungan
- e) Tidak memiliki kekayaan dalam bentuk barang berharga

#### 2.2.4.4 Positif belief

- a) Tidak memiliki keyakinan dan nilai positif terhadap kesehatan
- b) Tidak memiliki motivasi untuk sembuh
- c) Penilaian negatif tentang pelayanan kesehatan
- d) Tidak menganggap apa yang dialami merupakan sebuah masalah

### **3. Diagnosa Keperawatan**

Defisit Perawatan Diri

### **4. Diagnosa medis terkait**

Schizofrenia, depresi

### **5. Tindakan Keperawatan**

#### **5.1 Tindakan Keperawatan Ners untuk klien**

##### **5.1.1 Individu : Sp 1-5 Defisit Perawatan Diri**

5.1.1.1 Menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri serta melatih klien merawat diri: mandi

- a) Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri
- b) Menjelaskan cara perawatan diri : mandi (tanyakan alasan tidak mau mandi, berapa kali mandi dalam sehari, manfaat mandi, peralatan mandi, cara mandi yang benar)
- c) Melatih klien cara perawatan diri: mandi
- d) Melatih klien memasukkan kegiatan berdandan dalam jadwal kegiatan harian

5.1.1.2 Menjelaskan dan melatih klien perawatan kebersihan diri: berhias

- a) Mendiskusikan tentang cara perawatan diri berdandan (alat yang dibutuhkan, kegiatan berdandan, cara berdandan, waktu berdandan, manfaat berdandan, kerugian jika tidak berdandan)
- b) Melatih cara berdandan
- c) Melatih klien memasukkan kegiatan berdandan dalam jadwal kegiatan harian

5.1.1.3 Melatih cara melakukan perawatan diri:makan/minum

- a) Mendiskusikan cara perawatan diri; makan/minum (tanyakan alat-alat yang dibutuhkan, cara makan minum, waktu makan minum, manfaat makan minum dan kerugian jika tidak makan minum)
- b) Melatih cara perawatan diri: makan minum
- c) Melatih klien memasukkan kegiatan makan/minum dalam jadwal kegiatan harian

5.1.1.4 Melatih cara melakukan perawatan diri: BAB/BAK

- a) Mendiskusikan cara perawatan diri BAB/BAK (alat yang dibutuhkan, kegiatan BAB/BAK, cara melakukan BAB/BAK yang benar, manfaat BAB/BAK yang benar, kerugian jika BAB/BAK tidak benar).
- b) Melatih cara perawatan diri: BAB/BAK
- c) Melatih klien memasukkan kegiatan BAB/BAK dalam jadwal kegiatan harian.

## **5.1.2 Keluarga**

5.1.2.1 Menjelaskan masalah klien defisit perawatan diri

- a) Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat klien defisit perawatan diri
- b) Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin yang terjadi pada klien defisit perawatan diri
- c) Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien defisit perawatan diri

d) Mengajukan keluarga memutuskan untuk merawat klien defisit perawatan diri

#### 5.1.2.2 Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat klien defisit perawatan diri

a) Menjelaskan cara merawat klien defisit perawatan diri

b) Mengajukan, membimbing, dan memberi pujian kepada klien latihan perawatan diri:mandi

c) Mengajukan, membimbing, dan memberi pujian kepada klien latihan perawatan diri:berdandan

d) Mengajukan, membimbing, dan memberi pujian kepada klien latihan perawatan diri:makan/minum

e) Mengajukan, membimbing, dan memberi pujian kepada klien latihan perawatan diri:  
Bab/Bak

#### 5.1.2.3 Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien defisit perawatan diri

a) Mendiskusikan anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan klien

b) Mendiskusikan setting lingkungan rumah yang mendukung perawatan klien

c) Mengajukan keluarga melibatkan anggota keluarga lainnya merawat klien

#### 5.1.2.4 Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk follow up, cara rujukan kesehatan klien dan mencegah kekambuhan.

a) Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia

b) Menjelaskan kemungkinan klien relaps dan pencegahan relaps

c) Mengidentifikasi tanda-tanda relaps dan kemungkinan kambuh

d) Menjelaskan dan mengajukan *follow up* dan merujuk klien ke pelayanan kesehatan

### 5.1.3 Kelompok

1) Terapi Aktivitas Kelompok

2) Pendidikan kesehatan pada kelompok keluarga tentang Defisit Perawatan Diri

## **STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN WAHAM**

### **1. Pengertian**

Waham adalah suatu keyakinan yang salah yang dipertahankan secara kuat/terus menerus namun tidak sesuai dengan kenyataan ( Keliat, Akemat, Helena dan Nurhaeni, 2012).

### **2. Pengkajian**

#### **2.1 Pengkajian Keperawatan Ners**

Tanda dan Gejala klien dengan waham adalah sebagai berikut:

##### **2.2.1 Subyektif**

2.2.1.1 Mudah lupa atau sulit konsentrasi

2.2.1.2 Tidak mampu mengambil keputusan

2.2.1.3 Berpikir tidak realistis

2.2.1.4 Pembicaraan sirkumtansial

##### **2.2.2 Obyektif**

2.2.2.1 Bingung

2.2.2.2 Inkoheren

2.2.2.3 Flight of idea

2.2.2.4 Sangat waspada

2.2.2.5 Khawatir

2.2.2.6 Sedih berlebihan atau gembira berlebihan

2.2.2.7 Perubahan pola tidur

- 2.2.2.8 Kehilangan selera makan
- 2.2.2.9 Wajah tegang
- 2.2.2.10 Perilaku sesuai isi waham
- 2.2.2.11 Banyak bicara
- 2.2.2.12 Menentang atau permusuhan
- 2.2.2.13 Hiperaktif
- 2.2.2.14 Menarik diri
- 2.2.2.15 Tidak bisa merawat diri

## **2.2 Pengkajian Ners Spesialis**

### **2.2.1 Faktor predisposisi**

#### 2.2.1.1 Biologis :

- a) Genetik: Diturunkan melalui kromosom orangtua (kromosom keberapa masih dalam penelitian). Diduga kromosom no.6 dengan kontribusi genetik tambahan nomor 4, 8, 15 dan 22. Pada anak yang kedua orangtuanya tidak menderita, kemungkinan terkena penyakit adalah satu persen. Sementara pada anak yang salah satu orangtuanya menderita kemungkinan terkena adalah 15%. Dan jika kedua orangtuanya penderita maka resiko terkena adalah 35 persen. Kembar indentik berisiko mengalami gangguan sebesar 50%, sedangkan kembar fraterna berisiko mengalami gangguan 15%
- b) Kelainan fisik: Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik. Neurotransmitter dopamin berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotonin
- c) Riwayat janin pada saat prenatal dan perinatal meliputi trauma, penurunan oksigen pada saat melahirkan, prematur, preeklamsi, malnutrisi, stres, ibu perokok, alkohol, pemakaian obat-obatan, infeksi, hipertensi dan agen teratogenik. anak yang dilahirkan dalam kondisi seperti ini pada saat dewasa (25 tahun) mengalami pembesaran ventrikel otak dan atrofi kortek otak. Anak yang dilahirkan dalam lingkungan yang dingin sehingga memungkinkan terjadinya gangguan pernapasan
- d) Nutrisi: Adanya riwayat gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa.
- e) Keadaan kesehatan secara umum: misalnya kurang gizi, kurang tidur, gangguan irama sirkadian, kelemahan, infeksi, penurunan aktivitas, malas untuk mencari bantuan pelayanan kesehatan

- f) Sensitivitas biologi: riwayat penggunaan obat, riwayat terkena infeksi dan trauma serta radiasi dan riwayat pengobatannya
- g) Paparan terhadap racun : paparan virus influenza pada trimester 3 kehamilan dan riwayat keracunan CO, asbestos karena mengganggu fisiologi otak

#### 2.2.1.2 Psikologis

- a) Intelegensi: riwayat kerusakan struktur di lobus frontal dan kurangnya suplay oksigen terganggu dan glukosa sehingga mempengaruhi fungsi kognitif sejak kecil
- b) Ketrampilan verbal
  - Gangguan keterampilan verbal akibat faktor komunikasi dalam keluarga, seperti : Komunikasi peran ganda, tidak ada komunikasi, komunikasi dengan emosi berlebihan, komunikasi tertutup
  - Adanya riwayat gangguan fungsi bicara, akibatnya adanya riwayat Stroke, trauma kepala
  - Adanya riwayat gagap yang mempengaruhi fungsi sosial pasien
- c) Moral : Riwayat tinggal di lingkungan yang dapat mempengaruhi moral individu, misalnya lingkungan keluarga yang broken home, konflik, Lapas.
- d) Kepribadian: mudah kecewa, kecemasan tinggi, mudah putus asa dan menutup diri
- e) Pengalaman masa lalu :
  - Orangtua yang otoriter dan selalu membandingkan
  - Konflik orangtua sehingga salah satu orang tua terlalu menyayangi anaknya
  - Anak yang dipelihara oleh ibu yang suka cemas, terlalu melindungi, dingin dan tak berperasaan
  - Ayah yang mengambil jarak dengan anaknya
  - Mengalami penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien baik sebagai korban, pelaku maupun saksi
  - Penilaian negatif yang terus menerus dari orang tua
- f) Konsep diri : adanya riwayat ideal diri yang tidak realistis, identitas diri tak jelas, harga diri rendah, krisis peran dan gambaran diri negative
- g) Motivasi: riwayat kurangnya penghargaan dan riwayat kegagalan
- h) Pertahanan psikologi: ambang toleransi terhadap stres rendah dan adanya riwayat gangguan perkembangan

- i) Self control: adanya riwayat tidak bisa mengontrol stimulus yang datang, misalnya suara, rabaan, penglihatan, penciuman, pengecapan, gerakan

#### 2.2.1.3 Social kultural

- a) Usia : Riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai terutama pada mas kanak- kanak
- b) Gender : Riwayat ketidakjelasan identitas dan kegagalan peran gender
- c) Pendidikan : Pendidikan yang rendah, riwayat putus sekolah dan gagal sekolah
- d) Pendapatan : Penghasilan rendah, putus sekolah atau gagal sekolah
- e) Pekerjaan : Pekerjaan stresful, Pekerjaan beresiko tinggi
- f) Status sosial : Tuna wisma, Kehidupan terisolasi
- g) Latar belakang Budaya : Tuntutan sosial budaya seperti paternalistik dan adanya stigma masyarakat, adanya kepercayaan terhadap hal-hal magis dan sihir serta adanya pengalaman keagamaan
- h) Agama dan keyakinan : Riwayat tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin dan kesalahan persepsi terhadap ajaran agama tertentu
- i) Keikutsertaan dalam politik: riwayat kegagalan dalam politik
- j) Pengalaman sosial : Perubahan dalam kehidupan, misalnya bencana, perang, kerusuhan, perceraian dengan istri, tekanan dalam pekerjaan dan kesulitan mendapatkan pekerjaan
- k) Peran sosial: Isolasi sosial khususnya untuk usia lanjut, stigma yang negatif dari masyarakat, diskriminasi, stereotype, praduga negative

### 2.2.2 Faktor presipitasi

#### 2.2.2.1 Nature

- a) Faktor biologis : kurang nutrisi, Ada gangguan kesehatan secara umum (menderita penyakit jantung, kanker, mengalami trauma kepala atau sakit panas hingga kejang-kejang), sensitivitas biologi (terpapar obat atau racun, asbestosis, CO).

Gejala putus obat/alkhohol

- b) Faktor psikologis : mengalami hambatan atau gangguan dalam ketrampilan komunikasi verbal, ada kepribadian menutup diri dan ketidakmampuan mempercayai orang lain dan mudah cemas atau panik, ada pengalaman masa lalu tidak menyenangkan (misalnya: menjadi korban aniaya fisik, saksi aniaya fisik maupun sebagai pelaku, trauma emosional, stimulasi tingkat rendah yang terus menerus sehingga menimbulkan stres yang cukup berat dan menimbulkan atau mengancam ego yang lemah, konsep diri yang

negatif (harga diri rendah, gambaran citra tubuh, keracunan identitas, ideal diri tidak realistis, dan gangguan peran), kurangnya penghargaan, pertahanan psikologis rendah (ambang toleransi terhadap stres rendah), self kontrol (pengalaman ketakutan yang direpresi)

- c) Faktor social budaya : usia (lansia menjadi isolasi sosial atau depresi kehidupan akhir), gender, pendidikan rendah/putus atau gagal sekolah, pendapatan rendah, pekerjaan tidak punya, status social jelek (tidak terlibat dalam kegiatan di masyarakat, latar belakang budaya, tidak dapat menjalankan agama dan keyakinan, keikutsertaan dalam politik tidak bisa dilakukan, pengalaman sosial buruk, dan tidak dapat menjalankan peran sosial.

#### 2.2.2.2 Origin

a) Internal : Klien gagal dalam mempersepsikan sesuatu yang diyakininya secara benar.

b) Eksternal : Kurangnya dukungan keluarga, masyarakat, dan kurang dukungan kelompok/teman sebaya

2.2.2.3 Timing: stres terjadi dalam waktu dekat, stress terjadi secara berulang-ulang/ terus menerus atau muncul dalam waktu yang tidak tepat dan waktu munculnya saling berdekatan

2.2.2.4 Number: Sumber stres lebih dari satu dan stres dirasakan sebagai masalah yang sangat berat atau dengan kualitas yang tinggi

### **3. Diagnosa Keperawatan: Gangguan Proses Pikir Waham**

#### **4. Tindakan Keperawatan**

##### **4.1 Tindakan keperawatan Ners untuk klien**

###### **4.1.1 Tujuan, klien mampu**

4.1.1.1 Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat waham

4.1.1.2 Latihan orientasi realita: panggil nama, orientasi waktu, orang dan tempat/lingkungan

4.1.1.3 Minum obat dengan prinsip 6 benar minum obat, manfaat/keuntungan minum obat, dan kerugian tidak minum obat.

4.1.1.4 Mengidentifikasi kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi akibat wahamnya, memenuhi kebutuhan yang tidak terpenuhi.

4.1.1.5 Melakukan kegiatan/aspek positif yang dipilih

## **4.1.2 Tindakan**

4.1.2.1 Menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat waham serta melatih latihan orientasi realita

- a) Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat waham
- b) Menjelaskan cara mengendalikan waham dengan orientasi realita: panggil nama, orientasi waktu, orang dan tempat/lingkungan.
- c) Melatih klien orientasi realita: panggil nama, orientasi waktu, orang dan tempat/lingkungan.
- d) Melatih klien memasukan kegiatan orientasi realita dalam jadwal kegiatan harian.

4.1.2.2 Menjelaskan dan melatih klien minum obat dengan prinsip 6 benar minum obat, manfaat/keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat.

- a. Menjelaskan tentang obat yang diminum (6 benar: jenis/nama obat, dosis, frekwensi, cara, orang dan kontinuitas minum obat)
- b. Mendiskusikan manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat dengan klien
- c. Melatih klien cara minum obat secara teratur
- d. Melatih klien memasukan kegiatan minum obat secara teratur kedalam jadwal kegiatan harian.

4.1.2.3 Melatih cara pemenuhan kebutuhan dasar

- a. Menjelaskan cara memenuhi kebutuhan klien yang tidak terpenuhi akibat wahamnya dan kemampuan memenuhi kebutuhannya.
- b. Melatih cara memenuhi kebutuhan klien yang tidak terpenuhi akibat wahamnya dan kemampuan memenuhi kebutuhannya.
- c. Melatih klien memasukan kegiatan memenuhi kebutuhan kedalam jadwal kegiatan harian.

4.1.2.4 Melatih kemampuan positif yang dimiliki

- a. Menjelaskan kemampuan positif yang dimiliki klien
- b. Mendiskusikan kemampuan positif yang dimiliki klien
- c. Melatih kemampuan positif yang dipilih
- d. Melatih klien memasukan kemampuan positif yang dimiliki dalam jadwal kegiatan harian.

## **4.2 Tindakan keperawatan Ners untuk keluarga dengan klien waham**

### **4.2.1 Tujuan: keluarga mampu**

4.2.1.1 Mengenal masalah waham

4.2.1.2 Mengambil keputusan untuk merawat klien waham

4.2.1.3 Merawat klien waham

4.2.1.4 Menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk klien waham

4.2.1.5 Memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk follow up kesehatan klien waham dan mencegah

### **4.2.2 Tindakan**

4.2.2.1 Menjelaskan klien waham

a) Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat klien waham.

b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya waham

4.2.2.2 Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien waham

a Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien waham

bMenganjurkan keluarga memutuskan merawat klien waham

4.2.2.3 Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat klien waham

a) Menjelaskan cara merawat klien waham

b) Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan orientasi realita

c) Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk minum obat dengan prinsip 6 benar

d) Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk memenuhi kebutuhan yang tidak terpenuhi karena waham dan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan

e) Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk latihan kemampuan positif yang dimiliki

4.2.2.4 Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien waham

a) Mendiskusikan anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan klien

b) Menjelaskan setting lingkungan rumah yang mendukung perawatan klien

c) Menganjurkan keluarga melibatkan anggota keluarga lainnya dalam merawat klien.

4.2.2.5 Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk follow up, cara rujukan kesehatan klien dan mencegah kekambuhan.

- a) Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia
- b) Menjelaskan kemungkinan klien relaps dan pencegahan relaps
- c) Mengidentifikasi tanda-tanda relaps dan kemungkinan kambuh
- d) Menjelaskan dan menganjurkan follow up dan merujuk ke pelayanan kesehatan

### **4.3 Terapi Aktivitas Kelompok**

Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realitas Sesi 1, pengenalan orang Sesi 2, pengenalan tempat Sesi 3, pengenalan waktu

### **4.4 Pendidikan kesehatan pada kelompok keluarga tentang waham**

## **STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO BUNUH DIRI**

### **1. Pengertian**

Bunuh diri adalah suatu upaya yang disadari untuk mengakhiri kehidupan individu secara sadar berhasrat dan berupaya melaksanakan hasratnya untuk mati (Yosep, 2007). Bunuh diri menurut Edwin Schneidman dalam Kaplan 2010 adalah tindakan pembinasaan yang disadari dan ditimbulkan diri sendiri, dipandang sebagai malaise multidimensional pada kebutuhan individual yang menyebabkan suatu masalah di mana tindakan yang dirasakan sebagai pemecahan yang terbaik.

Bunuh diri berhubungan dengan kebutuhan yang dihalangi atau tidak terpenuhi, perasaan ketidakberdayaan, keputusasaan, konflik ambivalen antara keinginan hidup dan tekanan yang tidak dapat ditanggung, menyempitkan pilihan yang dirasakan dan kebutuhan meloloskan diri; orang bunuh diri menunjukkan tanda-tanda penderitaan (Kaplan & Saddock, 2010)

### **2. Tanda dan gejala**

Risiko bunuh diri diekspresikan melalui perilaku yang muncul, meliputi:

#### **2.1. Isyarat**

Perilaku ini ditunjukkan dengan perilaku secara tidak langsung ingin bunuh diri. Pada kondisi ini mungkin klien sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, namun tidak disertai dengan ancaman dan percobaan bunuh diri. Klien umumnya mengungkapkan perasaan bersalah/sedih/marah/putus asa/tidak berdaya. Klien juga mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah.

##### **2.1.1. Tanda dan gejala Isyarat Bunuh Diri Subyektif**

Klien mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, namun tidak disertai dengan ancaman dan percobaan bunuh diri

2.1.1.1. “Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh!” atau “Segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya.”

2.1.1.2. Mengungkapkan perasaan seperti rasa bersalah / sedih / marah / putus asa / tidak berdaya.

2.1.1.3. Mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah

### **2.1.2. Tanda dan gejala Isyarat Bunuh Diri Obyektif**

Sedih, murung, marah, menangis, banyak diam, kontak mata kurang, emosi labil, tidur kurang.

## **2.2. Ancaman**

Ancaman bunuh diri umumnya diucapkan oleh klien, berisi keinginan untuk mati disertai dengan rencana untuk mengakhiri hidupnya dan persiapan alat untuk melaksanakan rencana tersebut. Secara aktif klien telah memikirkan rencana bunuh diri, namun tidak disertai percobaan bunuh diri.

### **2.2.1. Tanda dan gejala ancaman bunuh diri subyektif:**

2.2.1.1. Ungkapan ingin mati diucapkan oleh pasien berisi keinginan untuk mati

2.2.1.2. Ungkapan rencana untuk mengakhiri kehidupan

2.2.1.3. Ungkapan dan tindakan menyiapkan alat untuk melaksanakan rencana tersebut.

### **2.2.2. Tanda dan gejala ancaman bunuh diri obyektif**

Banyak melamun, menyiapkan alat untuk rencana bunuh diri, gelisah, mudah emosi, sedih, murung, menangis, jalan mondar-mandir

## **2.3. Percobaan**

Percobaan bunuh diri adalah tindakan klien mencederai atau melukai diri untuk mengakhiri kehidupannya. Pada kondisi ini, klien aktif mencoba bunuh diri dengan cara gantung diri, minum racun, memotong urat nadi atau menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi.

### **2.3.1. Tanda dan gejala percobaan bunuh diri subyektif:**

2.3.1.1. "Saya mau mati!"

2.3.1.2. "Jangan tolong saya!"

2.3.1.3. "Biarkan saya!"

2.3.1.4. "Saya tidak mau ditolong!"

### **2.3.2. Tanda dan gejala percobaan bunuh diri obyektif**

Klien aktif mencoba bunuh diri dengan cara gantung diri, minum racun, memotong urat nadi, atau menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi, membenturkan kepala, dan emosi labil.

### **3. Diagnosa keperawatan: Risiko bunuh diri**

#### **4. Tindakan Keperawatan pada klien percobaan bunuh diri**

Tindakan keperawatan ini bertujuan agar klien tetap aman dengan tidak menciderai diri sendiri dan dapat melatih cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri dengan membuat daftar aspek positif diri sendiri.

#### **4.1. Tindakan Keperawatan generalis**

##### **4.1.1. Tindakan Keperawatan generalis pada klien:**

4.1.1.1. Mengidentifikasi beratnya masalah risiko bunuh diri: isarat, ancaman, percobaan (jika percobaan segera rujuk)

4.1.1.2. Mengidentifikasi benda-benda berbahaya dan mengamankannya (lingkungan aman untuk pasien)

4.1.1.3. Latihan cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri: buat daftar aspek positif diri sendiri, latihan afirmasi/berpikir aspek positif yang dimiliki

4.1.1.4. Latihan cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri: buat daftar aspek positif keluarga dan lingkungan, latih afirmasi/berpikir aspek positif keluarga dan lingkungan

4.1.1.5. Mendiskusikan harapan dan masa depan

4.1.1.6. Mendiskusikan cara mencapai harapan dan masa depan

4.1.1.7. Melatih cara-cara mencapai harapan dan masa depan secara bertahap

4.1.1.8. Melatih tahap kedua kegiatan mencapai masa depan

##### **4.1.2. Tindakan Keperawatan generalis pada keluarga klien Percobaan Bunuh diri**

Tindakan keperawatan ini bertujuan agar keluarga berperan serta merawat dan melindungi anggota keluarga yang mengancam atau mencoba bunuh diri dan pada tahapan lebih lanjut

mampu mengenal tanda gejala dan proses terjadinya resiko bunuh diri. Tindakan keperawatan ini meliputi:

4.1.2.1. Mendiskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien

4.1.2.2. Menjelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya risiko bunuh diri (gunakan booklet)

4.1.2.3. Menjelaskan cara merawat risiko bunuh diri

4.1.2.4. Melatih cara memberikan pujian hal positif pasien, memberi dukungan pencapaian masa depan

4.1.2.5. Melatih cara memberi penghargaan pada pasien dan menciptakan suasana

4.1.2.6. positif dalam keluarga: tidak membicarakan keburukan anggota keluarga

4.1.2.7. Bersama keluarga berdiskusi dengan pasien tentang harapan masa depan serta langkah- langkah mencapainya

4.1.2.8. Bersama keluarga berdiskusi tentang langkah dan kegiatan untuk mencapai harapan masa depan

4.1.2.9. Menjelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan

#### **4.1.3. Terapi Generalis Aktivitas Kelompok (TAK)**

4.1.3.1. Terapi kelompok yang dapat dilakukan untuk pasien dengan resiko bunuh diri adalah: TAK stimulasi persepsi untuk harga diri rendah, meliputi kegiatan mengidentifikasi kemampuan/hal positif pada diri dan melatih kemampuan/hal positif pada diri

4.1.3.2. Pendidikan kesehatan pada kelompok keluarga klien Resiko bunuh diri

## DAFTAR PUSTAKA

- Dorland (2002). Illustrated Medical Dictionary: Kamus Kedokteran. Jakarta, EGC.
- Fadli, S. M. (2013). "Pengetahuan dan Ekspresi Emosi Keluarga serta Kekambuhan Penderita Skizofrenia." Jurnal Kesmas UI **6**(8).
- Friedman and Bowden (2010). Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset Teori dan Praktik Edisi ke-5. Jakarta EGC.
- Friedman, M. M. (1998). Keperawatan Keluarga, Teori dan Praktek Ed. 3 Jakarta, EGC.
- Hawari, D. (2007). Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia. Jakarta Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Keliat, B. A. and M. Riasmini (2012). "The Effectiveness of the Implementation of Community Mental Health Nursing Model Toward the Life Skill of Patients with Mental Disorder and Their Family in Jakarta." Directorate of Research and Public Service Universitas Indonesia.
- Murwani and Setyowati (2010). Asuhan Keperawatan Keluarga. Yogyakarta Fitramaya.
- Setiadi (2008). Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Yogyakarta, Graha Ilmu.
- Stuart, G. W. (2013). Principles And Practice Of Psychiatric Nursing, 10th edition. St. Louis, Missouri, Mosby Elsevier.
- Stuart, G. W. (2016). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. St. Louis, Missouri, Mosby Elsevier.
- Suprajitno (2004). Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi Dalam Praktik. Jakarta, EGC.
- Townsend, M. C. (2014). Essential of Psychiatric Mental Health Nursing Philadelphia, F.A. Davis Company. **6**.
- Trihono (2013) Riset Kesehatan Dasar **Volume**, DOI:
- Ucok, A., A. Polat, et al. (2006) One Year Outcome in First Episode Schizophrenia. **Volume**, DOI:
- Yusuf, S. (2008). Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Bandung PT. Remaja Rosdakarya.
- Videbeck.2008. Buku Ajar keperawatan jiwa. Jakarta:EGC
- Direja, A H S.2011. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta:Nuha Medika
- Yosep, I.2014.Buku Ajar Keperawatn Jiwa.Bandung:Refika Aditama.