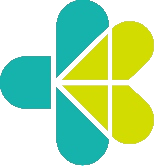
MODUL PRAKTIKUM

KEPERAWATAN JIWA

**>> Tim Keperawatan Jiwa**

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN MALANG JURUSAN KEPERAWATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



MODUL PRAKTIKUM

KEPERAWATAN JIWA

DISUSUN OLEH

Eddi Sudjarwo, S.Kep., Ns, M.Kep.

Kasiati, S.Kep., Ns., M.Kep.

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI **D-III** KEPERAWATAN MALANG TAHUN 2019



**VISI DAN MISI**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN MALANG JURUSAN KEPERAWATAN**

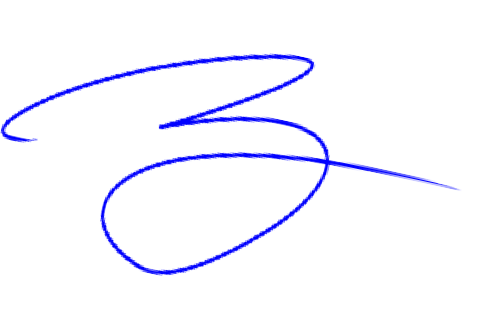
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

# Visi:

**“Menjadi Program Studi Diploma III Keperawatan yang Berkarakter dan Unggul Terutama di Bidang Keperawatan Komunitas pada Tahun 2019”**

**Misi:**

1. Menyelenggarakan program pendidikan tinggi vokasi bidang keperawatan dengan keunggulan keperawatan komunitas sesuai Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia, berdasarkan Pancasila, didukung teknologi informasi, dan sistem penjaminan mutu
2. Melaksanakan penelitian terapan dibidang keperawatan terutama keperawatan komunitas
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat berbasis hasil penelitian terapan di bidang keperawatan terutama keperawatan komunitas
4. Meningkatan kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang pendidikan keperawatan
5. Mengembangkan kerjasama Nasional dan Internasional dalam rangka Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang keperawatan
6. Melaksanakan tatakelola organisasi yang kredibel, transparan, akuntabel, bertanggungjawab, dan adil
7. Meningkatkan kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia yang profesional dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi



**LEMBAR PENGESAHAN**

Modul Praktikum mata kuliah Keperawatan Jiwa Tahun 2019 adalah dokumen resmi dan digunakan pada kegiatan Pembelajaran Praktikum Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Malang Jurusan Keperawatan di Lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Disahkan pada tanggal Januari 2019

|  |  |
| --- | --- |
| Direktur  Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang  **Budi Susatia, S.Kp M.Kes NIP. 19650318 198803 1002** | Ketua Jurusan Keperawatan  **Imam Subekti, S.Kp M.Kep Sp.Kom NIP. 196512051989121001** |

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia- Nya sehingga penyusunan Modul Praktikum Keperawatan Jiwa dapat diselesaikan.

Penyusunan modul ini dapat diselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu kami mengucapkan terimakasih kepada :

1. Budi Susatia, S.Kp., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang atas arahan dan bimbingannya.
2. Imam Subekti, S.Kep.Ns., M.Kep.Sp.Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Malang yang telah memberikan kesempatan dan arahan dalam penyusunan modul.
3. Rekan sejawat dosen di lingkungan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
4. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam penyusunan modul ini.

Semoga penyusunan modul ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan dan pihak lain yang membutuhkan.

Malang, Januari 2019 Penyusun

# DAFTAR ISI

A. Cover Luar

B. Cover Dalam ................................................................................................ i

C. Visi dan Misi................................................................................................ ii

D. Lembar Pengesahan .................................................................................... iii

E. Kata pengantar ............................................................................................. iv

F. Daftar isi ...................................................................................................... v

G. BAB I PENDAHULUAN

[1.1 Deskripsi ................................................................................................ 1](#_TOC_250007)

[1.2 Capaian Pembelajaran............................................................................ 1](#_TOC_250006)

[1.3 Peserta .................................................................................................... 1](#_TOC_250005)

H. BAB II LANDASAN TEORI DAN TEKNIS PELAKSANAAN

* 1. PRAKTIKUM 1 : Penyusunan laporan proses keperawatan jiwa ......... 2
  2. PRAKTIKUM 2 : Asuhan keperawatan pasien dengan masalah psikososial 15
  3. PRAKTIKUM 3 : Asuhan keperawatan dengan masalah gangguan jiwa 23
  4. PRAKTIKUM 4 : Asuhan keperawatan kegawatdaruratan jiwa........... 37

2.5 PRAKTIKUM 5 : Tindakan terapi modalitas........................................ 50

[I. TATA TERTIB ............................................................................................. 60](#_TOC_250004)

[J. SANGSI ........................................................................................................ 61](#_TOC_250003)

[K. EVALUASI ................................................................................................. 61](#_TOC_250002)

[L. REFERENSI ................................................................................................ 62](#_TOC_250001)

[M. LAMPIRAN................................................................................................ 64](#_TOC_250000)

# BAB I PENDAHULUAN

# DESKRIPSI

Pengalaman pembelajaran laboratorium/praktikum merupakan salah satu pengalaman belajar yang sangat penting dalam pendidikan Keperawatan, selain pengalaman belajar tutorial. Pembelajaran praktikum dirancang dengan tujuan agar mahasiswa dapat mencapai ketrampilan dalam mencapai standart kompetensi.

Secara garis besar panduan praktikum Keperawatan Jiwa ini disusun berdasarkan kebutuhan praktikum saudara di tempat kerja dalam menerapkan ilmu keperawatan. Penyusunan panduan praktikum ini terdiri dari beberapa kegiatan belajar saudara sebagai berikut:

* + 1. Praktikum 1 : Penyusunan laporan proses keperawatan jiwa
    2. Praktikum 2 : Asuhan keperawatan pasien dengan masalah psikososial
    3. Praktikum 3 : Asuhan keperawatan dengan masalah gangguan jiwa
    4. Praktikum 4 : Asuhan keperawatan kegawatdaruratan jiwa
    5. Praktikum 5 : Tindakan terapi modalitas

Progam pembelajaran praktikum dirancang setelah pembelajaran dikelas tentang konsep selesai diberikan. Kegiatan pembelajaran dimulai dari demonstrasi, simulasi, diskusi dilanjutkan dengan praktikum/labskill secara kelompok maupun individu sehingga setiap mahasiswa dapat memenuhi kompetensi yang sama.

# CAPAIAN PEMBELAJARAN

Mampu melakukan tindakan keterampilan antara lain :

* + 1. Mampu melakukan proses keperawatan jiwa
    2. Mampu melakukan tindakan keperawatan pasien dengan masalah psikososial
    3. Mampu melakukan tindakan keperawatan dengan masalah gangguan jiwa
    4. Mampu melakukan asuhan keperawatan kegawatdaruratan jiwa
    5. Mampu melakukan tindakan terapi modalitas

# PESERTA

Peserta pembelajaran praktikum adalah mahasiswa Tingkat II semester III.

# BAB II

**LANDASAN TEORI DAN TEKNIS PELAKSANAAN**

* 1. **PRAKTIKUM 1 (WAKTU : 6 x 170 menit)**

**PENYUSUNAN LAPORAN PROSES KEPERAWATAN JIWA**

Oleh : Eddi Sudjarwo, S.Kep., Ns, M.Kep.

# LANDASAN TEORI

Proses keperawatan merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan pada pasien (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat) yang logis, sistematis, dinamis, dan teratur (Depkes, 1998; Keliat, 1999). Proses ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Pelaksanaan proses keperawatan jiwa bersifat unik, karena sering kali pasien memperlihatkan gejala yang berbeda untuk kejadian yang sama, masalah pasien tidak dapat dilihat secara langsung, dan penyebabnya bervariasi. Pasien banyak yang mengalami kesulitan menceritakan permasalah yang dihadapi, sehingga tidak jarang pasien menceritakan hal yang sama sekali berbeda dengan yang dialaminya. Perawat jiwa dituntut memiliki kejelian yang dalam saat melakukan asuhan keperawatan. Proses keperawatan jiwa dimulai dari pengkajian (termasuk analisis data dan pembuatan pohon masalah), perumusan diagnosis, pembuatan kriteria hasil, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Fortinash, 1995).

# PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Pengkajian sebagai tahap awal proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (self awareness), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif (Stuart dan Sundeen, 2002) karena hal tersebut menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Oleh karenanya, dapat membantu pasien menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimilikinya. Stuart dan Sundeen (2002) menyebutkan bahwa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor,

sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki pasien adalah aspek yang harus digali selama proses pengkajian.

Secara lebih terstruktur pengkajian kesehatan jiwa meliputi hal berikut.

1. Identitas pasien
2. Keluhan utama/alasan masuk
3. Faktor predisposisi
4. Aspek fisik/biologis
5. Aspek psikososial
6. Status mental
7. Kebutuhan persiapan pulang
8. Mekanisme koping
9. Masalah psikososial dan lingkungan
10. Pengetahuan
11. Aspek medis

Format pengkajian dan petunjuk teknis pengisian format pengkajian *terlampir*.

Data tersebut dapat dikelompokkan menjadi data objektif dan data subjektif. Data objektif adalah data yang didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan secara langsung oleh perawat. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh pasien dan/atau keluarga sebagai hasil wawancara perawat. Jenis data yang diperoleh dapat sebagai data primer bila didapat langsung oleh perawat, sedangkan data sekunder bila data didapat dari hasil pengkajian perawat yang lain atau catatan tim kesehatan lain. Setelah data terkumpul dan didokumentasikan dalam format pengkajian kesehatan jiwa, maka seorang perawat harus mampu melakukan analisis data dan menetapkan suatu kesimpulan terhadap masalah yang dialami pasien.

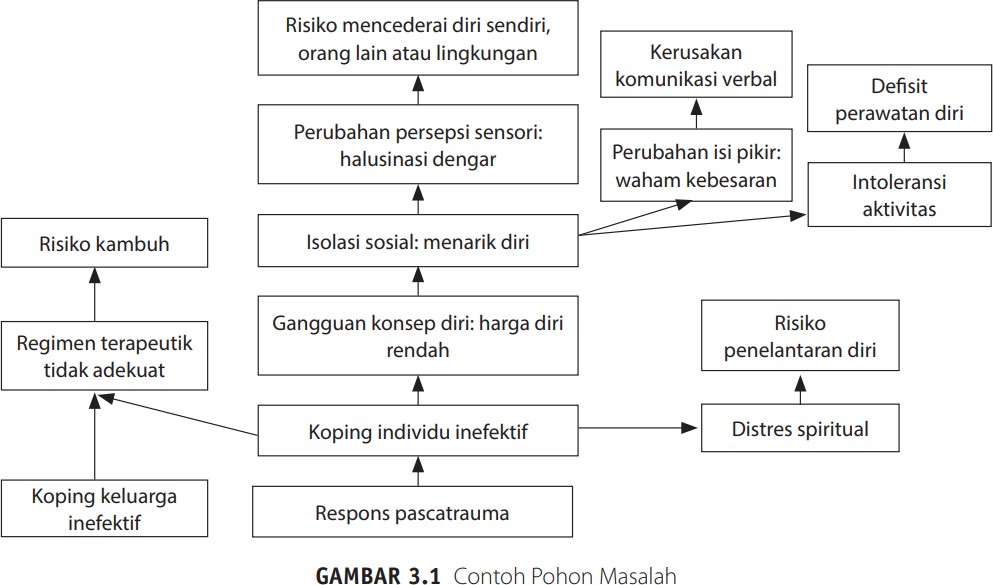
Kesimpulan itu mungkin adalah sebagai berikut.

1. Tidak ada masalah tetapi ada kebutuhan.
2. Pasien memerlukan pemeliharaan kesehatan dengan follow up secara periodik, karena tidak ada masalah serta pasien telah memiliki pengetahuan untuk antisipasi masalah.
3. Pasien memerlukan peningkatan kesehatan berupa upaya prevensi dan promosi sebagai program antisipasi terhadap masalah.
4. Ada masalah dengan kemungkinan.
5. Risiko terjadinya masalah, karena sudah ada faktor yang mungkin dapat menimbulkan masalah.
6. Aktual terjadi masalah dengan disertai data pendukung. Hasil kesimpulan tersebut kemudian dirumuskan menjadi masalah keperawatan. Dalam merumuskan masalah sebaiknya mengacu pada rumusan pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.1 Rumusan Masalah Keperawatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pernyataan Diagnostik | Tujuan Keperawatan | Fokus Intervensi |
| Aktual | Perubahan dalam perilaku pasien (beralih ke arah resolusi diagnosis atau  perbaikan status) | Mengurangi atau menghilangkan masalah |
| Risiko tinggi | Pemeliharaan kondisi yang ada | Mengurangi faktor-faktor risiko untuk mencegah  terjadinya masalah aktual |
| Mungkin | Tidak ditentukan kecuali masalah divalidasi | Mengumpulkan data  tambahan untuk  menguatkan atau  menetapkan tanda dan gejala atau faktor risiko |
| Masalah kolaboratif | Tujuan keperawatan | Menentukan awitan atau status masalah  penatalaksanaan perubahan  status |

Pasien biasanya memiliki lebih dari satu masalah keperawatan. Sejumlah masalah pasien akan saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah (FASID, 1983; INJF, 1996). Untuk membuat pohon masalah, minimal harus ada tiga masalah yang berkedudukan sebagai penyebab (causa), masalah utama (core problem), dan akibat (effect). Meskipun demikian, sebaiknya pohon masalah merupakan sintesis dari semua masalah keperawatan yang ditemukan dari pasien. Dengan demikian, pohon masalah merupakan rangkat urutan peristiwa yang menggambarkan urutan kejadian masalah pada pasien sehingga dapat mencerminkan psikodimika terjadinya gangguan jiwa.

* 1. Masalah utama adalah prioritas masalah dari beberapa masalah yang ada pada pasien. Masalah utama bisa didapatkan dari alasan masuk atau keluhan utama saat itu (saat pengkajian).
  2. Penyebab adalah sal satu dari beberapa masalah yang merupakan penyebab masalah utama, masalah ini dapat pula disebabkan oleh salah satu masalah yang lain, demikian seterusnya.
  3. Akibat adalah salah satu dari beberapa akibat dari masalah utama. Efek ini dapat menyebabkan efek yang lain dan demikian selanjutnya. Contoh pohon masalah ini menggambarkan proses terjadinya masalah risiko mencederai diri, orang lain, atau lingkungan. Pada penerapan di kasus nyata, semua daftar masalah yang ditemukan saat pengkajian keperawatan harus diidentifikasi dan disusun berdasar urutan peristiwa sehingga menggambarkan psikodinamika yang komprehensif.

# 2. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Menurut Carpenito (1998), diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/ proses kehidupan.

Rumusan diagnosis yaitu

Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah. Perumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Misalnya pada pohon masalah di atas, maka dapat dirumuskan diagnosis sebagai berikut.

1. Sebagai diagnosis utama, yakni masalah utama menjadi etiologi, yaitu risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan berhubungan dengan halusinasi pendengaran.
2. Perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran berhubungan dengan menarik diri.
3. Isolasi sosial: menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah kronis.

Pada rumusan diagnosis keperawatan yang menggunakan typology single diagnosis, maka rumusan diagnosis adalah menggunakan etiologi saja. Berdasarkan pohon masalah di atas maka rumusan diagnosis sebagai berikut.

1. Perubahan sensori persepsi: halusinasi.
2. Isolasi sosial: menarik diri.
3. Gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis.

# RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Rencana tindakan keperawatan terdiri atas empat komponen, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan, dan rasional.

Tujuan umum berfokus pada penyelesaian masalah (P). Tujuan ini dapat dicapai jika tujuan khusus yang ditetapkan telah tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi (E). Tujuan ini merupakan rumusan kemampuan pasien yang harus dicapai. Pada umumnya kemampuan ini terdiri atas tiga aspek, yaitu sebagai berikut (Stuart dan Sundeen, 2002).

1. Kemampuan kognitif diperlukan untuk menyelesaikan etiologi dari diagnosis keperawatan.
2. Kemampuan psikomotor diperlukan agar etiologi dapat selesai.
3. Kemampuan afektif perlu dimiliki agar pasien percaya akan kemampuan menyelesaikan masalah.

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai setiap tujuan khusus. Sementara rasional adalah alasan ilmiah mengapa tindakan diberikan. Alasan ini bisa didapatkan dari literatur, hasil penelitian, dan pengalaman praktik. Rencana tindakan yang digunakan di tatanan kesehatan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia. Standar keperawatan Amerika menyatakan terdapat empat macam tindakan keperawatan, yaitu (1) asuhan mandiri, (2) kolaboratif, (3) pendidikan kesehatan, dan (4) observasi lanjutan.

Tindakan keperawatan harus menggambarkan tindakan keperawatan yang mandiri, serta kerja sama dengan pasien, keluarga, kelompok, dan kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa yang lain. Mengingat sulitnya membuat rencana tindakan pada pasien gangguan jiwa, mahasiswa disarankan membuat Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan (LPSP), yang berisi tentang proses keperawatan dan strategi pelaksanaan tindakan yang

direncanakan. Proses keperawatan dimaksud dalam LPSP ini adalah uraian singkat tentang satu masalah yang ditemukan, terdiri atas data subjektif, objektif, penilaian (assessment), dan perencanaan (planning) (SOAP). Satu tindakan yang direncanakan dibuatkan strategi pelaksanaan (SP), yang terdiri atas fase orientasi, fase kerja, dan terminasi. Fase orientasi menggambarkan situasi pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan, kontrak waktu dan tujuan pertemuan yang diharapkan. Fase kerja berisi beberapa pertanyaan yang akan diajukan untuk pengkajian lanjut, pengkajian tambahan, penemuan masalah bersama, dan/atau penyelesaian tindakan. Fase terminasi merupakan saat untuk evaluasi tindakan yang telah dilakukan, menilai keberhasilan atau kegagalan, dan merencanakan untuk kontrak waktu pertemuan berikutnya. Dengan menyusun LPSP, mahasiswa diharapkan tidak mengalami kesulitan saat wawancara atau melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien gangguan jiwa. Hal ini terjadi karena semua pertanyaan yang akan diajukan sudah dirancang, serta tujuan pertemuan dan program antisipasi telah dibuat jika tindakan atau wawancara tidak berhasil. Berikut salah satu contoh bentuk LPSP.

# IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (here and now). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan. Saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan terkait dengan standar tindakan yang telah ditentukan dan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan.

# EVALUASI KEPERAWATAN

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ada dua macam, yaitu (1) evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan (2) evaluasi hasil atau sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut.

S : respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. O : respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

P : tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien. Rencana tindak lanjut dapat berupa hal sebagai berikut.

1. Rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah).
2. Rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil belum memuaskan).
3. Rencana dibatalkan (jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada). Rencana selesai jika tujuan sudah tercapai dan perlu mempertahankan keadaan baru.

# ANALISIS PROSES INTERAKSI

1. Pengertian

Analisis proses interaksi (API) adalah suatu alat kerja yang dipakai oleh perawat untuk memahami interaksi yang terjadi antara perawat dengan pasien. API ini adalah merupakan alat untuk mengevaluasi pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan dalam Laporan Pendahuluan Strategi Pelaksanaan (LPSP). Pada LPSP, perawat sudah merencanakan berbagai pertanyaan untuk mengkaji atau bahkan melaksanakan intervensi keperawatan. Sementara itu, pelaksanaan kegiatan ini ditulis dalam analisis proses interaksi. Ketepatan diagnosis keperawatan yang ditemukan akan dengan mudah dikoreksi dari hasil wawancara dan pengkajian yang dilakukan dalam pelaksanaan fase kerja LPSP. Dari hal ini, akan tergambar data yang ditemukan baik verbal maupun nonverbal dan teknik wawancara yang diterapkan. Dengan demikian, API dapat mengoreksi ketepatan diagnosis atau intervensi yang diberikan. Beberapa komponen yang harus ditulis dalam API adalah komunikasi verbal, komunikasi nonverbal perawat dan pasien, analisis berpusat pada perawat, dan analisis berpusat pada pasien. Setelah itu, berikan alasan perawat melakukan tindakan berupa komunikasi verbal dan nonverbal di atas, serta temukan masalah pasien dari apa yang terjadi dengan pasien selama wawancara. Jelaskan alasan rasional teknik terapeutik yang dilakukan oleh perawat. Dengan demikian, API adalah merupakan alat evaluasi dari kemampuan terapeutik perawat.

1. Tujuan
   1. Meningkatkan keterampilan komunikasi.
   2. Meningkatkan kepekaan perawat terhadap kebutuhan pasien.
   3. Mempermudah perkembangan dan perubahan pendekatan perawat.
   4. Memberi dasar pembelajaran, yang berarti bahwa API merupakan alat untuk mengkaji kemampuan perawat dalam berinteraksi dengan pasien dan menjadi data bagi pembimbing klinik atau supervisor untuk memberi arahan.
   5. Membantu perawat dalam penerapan proses keperawatan.
2. Komponen API
   1. Komunikasi verbal perawat dan pasien.
   2. Komunikasi nonverbal perawat dan pasien.
   3. Analisis berpusat pada perawat, yang merupakan identifikasi perasaan perawat serta kemungkinan komunikasi yang dapat dilakukan perawat.
   4. Analisis berpusat pada pasien, yang merupakan identifikasi persepsi perawat terhadap emosi dan komunikasi pasien.
   5. Rasional dan makna dari komunikasi.
   6. Kesan perawat yang merupakan evaluasi terhadap efektivitas komunikasi yang telah dilakukan.
   7. Rencana tindak lanjut, yang merupakan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan berikutnya berdasarkan hasil evaluasi dari komunikasi yang telah dilakukan.
3. Petunjuk Pengisian Analisis Proses Interaksi (format *terlampir*)
   1. Inisial pasien Tulis inisial bukan nama lengkap.
   2. Status interaksi Pertemuan keberapa dengan pasien atau pada fase apa saat berhubungan dengan pasien.
   3. Lingkungan Tempat interaksi, situasi tempat interaksi, serta posisi perawat dan pasien.
   4. Deskripsi pasien Penampilan umum pasien.
   5. Tujuan Tujuan yang akan dicapai dalam interaksi saat itu. Tujuan ini berpusat pada pasien dan terkait dengan proses keperawatan pasien.
   6. Komunikasi verbal Ucapan verbal perawat dan pasien (apa yang diucapkan oleh perawat dan apa yang didengar pasien).
   7. Komunikasi nonverbal Sikap, gerakan, arah/pandangan mata, serta ekspresi wajah pasien dan perawat pada saat bicara atau pada saat mendengar
   8. Analisis berpusat pada perawat Analisis bisa terdiri atas komponen sebagai berikut.
      1. Perasaan sendiri

Waspada terhadap respons perasaan sendiri, apa dan mengapa perasaan itu bisa muncul. Bagaimana perasaan perawat dipengaruhi oleh pasien.

* + 1. Tingkah laku nonverbal

Kenali dan analisis tingkah laku nonverbal diri sendiri.

* + 1. Isi pembicaraan yang muncul dan terselubung Kenali dengan menggunakan teknik komunikasi.
    2. Tujuan interaksi
       1. Perawat berperan sebagai apa? Pasien sebagai apa?
       2. Apa anggapan perawat terhadap kejadian yang ada?
       3. Bagaimana seharusnya mereka berinteraksi?
       4. Bagaimana pengaruh proses interaksi pada mereka?
       5. Apakah ada yang perlu diubah? Jika perlu mengapa?
       6. Apakah interaksi ini mempengaruhi tujuan dan renacana interaksi yang akan datang?
    3. Mengubah intervensi

Setelah perawat mendiskusikan komunikasinya, ajukan perubahan intervensi yang mungkin lebih efektif dan gunakan teori yang mendukung.

* 1. Analisis berpusat pada pasien

Analisis bisa terdiri atas komponen sebagai berikut.

* + 1. Tingkah laku nonverbal: kenali dan analisis tingkah laku nonverbal pasien.
    2. Isi pembicaraan yang muncul dan terselubung.
    3. Perasaan pasien
       1. Temukan dan cari arti tingkah laku pasien.
       2. Identifikasi dan diskusikan keadaan perasaan pasien.
       3. Ketahui perasaan pasien dipengaruhi oleh perawat.
    4. Kebutuhan pasien

Cari kebutuhan pasien dengan menggunakan data dari interaksi yang baru terjadi, interaksi sebelumnya, riwayat pasien, dan teori.

* 1. Rasional

Merupakan sintesis dan terapan teori pada proses interpersonal. Berikan alasan teoretis intervensi Anda, tunjukkan peningkatan kemampuan dalam mendiskusikan tingkah laku pasien dengan teori psikodinamika, teori adaptasi, dan teori lainnya. Gunakan teori komunikasi, komunikasi terapeutik, teori interpersonal, dan berbagai teknik komunikasi terapeutik.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Teknik | Definisi | Contoh | Nilai Terapeutik | Ancaman Nonterapeutik |
| Mendengar | Proses aktif dari penerimaan informasi dan penelaahan reaksi seseorang terhadap pesan yang diterima. | Mempertahanka n kontak mata dan komunikasi nonverbal reseptif. | Secara nonverbal mengomunikasi kan kepada pasien tentang minat dan penerimaan  perawat. | Gagal mendengarkan. |
| Pembukaan yang luas | Memberikan dorongan pada pasien untuk memilih topik  yang akan dibicarakan. | “Apa yang sedang Anda pikirkan?” | Menunjukkan penerimaan oleh perawat dan nilai inisiatif pasien. | Dominasi interaksi oleh perawat, serta penolakan  terhadap respons. |
| Pengulanga n pernyataan | Mengulang kembali pada pasien pikiran utama yang telah diekspresikan. | “Anda mengatakan bahwa ibu Anda telah meninggal ketika Anda berusia 5 tahun” | Menunjukkan bahwa perawat sedang mendengarkan dan memvalidasi, menguatkan, atau mengembalikan perhatian pasien pada sesuatu yang telah diucapkan  pasien. | Kurang validasi tentang interpretasi perawat mengenai pesan, bersikap mendakwa, memberikan jaminan, dan membela diri. |
| Klarifikasi | Berupaya untuk menjelaskan ke dalam kata-kata ide atau pikiran pasien yang tidak jelas atau meminta pasien untuk menjelaskan artinya. | “Saya tidak jelas dengan apa yang Anda maksudkan.  Dapatkah Anda menjelaskannya kembali” | Membantu mengklarifikasi perasaan, ide, dan persepsi pasien, serta memberikan kejelasan tentang hubungan antara perasaan, ide, dan persepsi pasien | Gagal untuk memastikan karena mengasumsi bahwa mengerti. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | dengan tindakannya. |  |
| Refleksi | Mengarahkan | “Anda tampak | Memvalidasi | Menstereotipek |
|  | kembali ide, | tegang dan | pengertian | an respons |
|  | perasaan, | cemas, apakah | perawat tentang | pasien: waktu |
|  | pertanyaan, dan | ini berhubungan | apa yang | dan kedalaman |
|  | isi pembicaraan | dengan | diucapkan | perasaan yang |
|  | kepada pasien. | pembicaraan | pasien dan | tidak sesuai, |
|  |  | Anda dengan | menekankan | ketidaktepatan |
|  |  | ibu Anda | empati, minat, | respons |
|  |  | semalam?” | dan rasa hormat | terhadap |
|  |  |  | terhadap pasien. | pengalaman |
|  |  |  |  | kultural serta |
|  |  |  |  | tingkat |
|  |  |  |  | pendidikan |
|  |  |  |  | pasien. |
| Pemusatan | Pertanyaan atau | “Saya pikir kita | Memberi | Membiarkan |
|  | pernyataan yang | seharusnya | kesempatan | terjadi abstraksi |
|  | membantu pasien | membicarakan | kepada pasien | dan |
|  | untuk meluaskan | lebih lanjut | untuk | generalisasi: |
|  | topik | tentang | membahas | penggantian |
|  | pembicaraan yang | hubungan Anda | masalah sentral | topik. |
|  | penting. | dengan ayah | dan tetap |  |
|  |  | Anda”. | mengarahkan |  |
|  |  |  | komunikasi |  |
|  |  |  | kepada |  |
|  |  |  | pencapaian |  |
|  |  |  | tujuan. |  |
| Berbagi | Meminta pasien | “Anda | Menyampaikan | Menantang |
| persepsi | untuk memastikan | tersenyum, | pengertian | pasien; |
|  | pengertian | tetapi saya | perawat dan | menerima |
|  | perawat tentang | merasa bahwa | mempunyai | respons harfiah; |
|  | apa yang | Anda sangat | kemampuan | memastikan; |
|  | dipikirkan dan | marah kepada | untuk | mencoba; |
|  | dirasakan | saya”. | meluruskan | membela diri. |
|  | olehnya. |  | kerancuan. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Identifikasi tema | Isu atau masalah pokok yang timbul berulang kali. | “Saya perhatikan dari semua hubungan yang Anda uraikan, Anda selalu dikecewakan oleh pria.  Menurut Anda apakah ini yang menjadi isu pokok?” | Memberikan kesempatan kepada perawat untuk meningkatkan sebaik mungkin eksplorasi dan pengertian pasien tentang pentingnya masalah  tersebut. | Memberikan saran, memberikan jaminan, dan tidak menyetujui. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diam | Kurang komunikasi verbal untuk alasan terapeutik. | Duduk bersama pasien dan mengomunikasika n minat dan peran serta perawat secara nonverbal. | Memberikan waktu kepada pasien untuk berpikir, menghayati, memperlambat tempo, dan mendorong pasien untuk mengawali  percakapan. | Menanyakan pada pasien “mengapa”  terhadap respons untuk menghentikan kediamannya. |
| Humor | Pengeluaran energi melalui menikmati ketidaksempurnaan. | Hal ini memberikan makna yang benar baru untuk kata “gugup” diucapkan dengan nada bercanda. | Dapat meningkatkan penghayatan diri secara sadar merepresikan topik, mengatasi paradoksikal, berlawanan, dan memberikan pilihan baru merupakan sublimasi yang dapat  diterima. | Penggunaan tanpa pengecualian, merendahkan pasien, menyaring untuk menghindari keakraban nonterapeutik. |

# TEKNIK PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum keperawatan Jiwa dengan ketentuan sebagai berikut :

* 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
  2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
  3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
  4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
  5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
  6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
  7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# PRAKTIKUM 2 (WAKTU : 6 x 170 menit)

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL**

Oleh :

Kasiati, S.Kep., Ns., M.Kep.

# LANDASAN TEORI MASALAH PSIKOSOSIAL: ANSIETAS

1. **KONSEP ANSIETAS**
   1. **Pengertian**

Banyak ahli mendefinisikan mengenai ansietas. Berikut ini adalah salah satu definisi dari ansietas seperti pengertian ansietas dari Stuart dan Laraia (2005) yang mengatakan bahwa ansietas memiliki nilai yang positif. Karena dengan ansisetas maka aspek positif individu berkembang karena adanya sikap konfrontasi (pertentangan), antisipasi yang tinggi, penggunaan pengetahuan serta sikap terhadap pengalaman mengatasi kecemasan. Tetapi pada keadaan lanjut perasaan cemas dapat mengganggu kehidupan seseorang. Definisi lain tentang ansietas adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons. Seringkali sumber perasaan tidak santai tersebut tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu.

Ansietas dapat pula diterjemahkan sebagai suatu perasaan takut akan terjadi sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahaya. Ansietas merupakan sinyal yang menyadarkan/memperingatkan akan adanya bahaya yang akan datang dan membantu individu untuk bersiap mengambil tindakan untuk menghadapi ancaman.

# Tanda dan Gejala Ansietas

* + 1. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri serta mudah tersinggung
    2. Pasien merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut
    3. Pasien mengatakan takut bila sendiri, atau pada keramaian dan banyak orang
    4. Mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menegangkan
    5. Gangguan konsensstrasi dan daya ingat
    6. Adanya keluhan somatik, mis rasa sakit pada otot dan tulang belakang, pendengaran yang berdenging atau berdebar-debar, sesak napas, mengalami gangguan pencernaan berkemih atau sakit kepala

# Tingkatan Ansietas

Stuart dan Laraia (2005), membagi ansietas terbagi dalam beberapa tingkatan. yaitu :

* + 1. Ansietas ringan.

Ansietas ringan sering kali berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan memperluas pandangan persepsi. Ansietas ringan memiliki aspek positif yaitu memotivasi individu untuk belajar dan menghasilkan serta meningkatkan pertumbuhan dan kreativitas. Respon dari ansietas ringan adalah

1. Respon fisiologis meliputi sesekali nafas pendek, mampu menerima rangsang yang pendek, muka berkerut dan bibir bergetar. Pasien mengalami ketegangan otot ringan
2. Respon kognitif meliputi koping persepsi luas, mampu menerima rangsang yang kompleks, konsentrasi pada masalah, dan menyelesaikan masalah. 3) Respon perilaku dan emosi meliputi tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada lengan, dan suara kadang meninggi.
   * 1. Ansietas sedang.

Pada ansietas tingkat ini, memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

Manifestasi yang muncul pada ansietas sedang antara lain:

* + - 1. Respon fisiologis Sering napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, diare atau konstipasi, tidak nafsu makan, mual, dan berkeringat setempat.
      2. Respon kognitif Respon pandang menyempit, rangsangan luas mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian dan bingung.
      3. Respon perilaku dan emosi Bicara banyak, lebih cepat, susah tidur dan tidak aman.
    1. Ansietas Berat.

Pada ansietas berat pasien lapangan persepsi pasien menyempit. Seseorang cendrung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku pasien hanya ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Pasien tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Manifestasi yang muncul pada ansietas berat antara lain:

* + - 1. Respon fisiologis Napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, dan ketegangan.
      2. Respon kognitif Lapang persepsi sangat sempit, dan tidak mampu menyelesaikan masalah.
      3. Respon perilaku dan emosi Perasaan terancam meningkat, verbalisasi cepat, dan menarik diri dari hubungan interpersonal.
    1. Tingkat Panik.

Perilaku yang tampak pada pasien dengan ansietas tingkat panik adalah pasien tampakketakutan dan mengatakan mengalami teror, tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan serta disorganisasi kepribadian. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, kehilangan pemikiran rasional.

Manifestasi yang muncul terdiri dari:

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

# Faktor Predisposisi

Menurut Stuart dan Laraia (20050) terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan terjadinya ansietas, diantaranya:

# Faktor Biologis,

Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, yang membantu mengatur ansietas. Penghambat GABA juga berperan utama dalam mekanisme biologis timbulnya ansietas sebagaimana halnya dengan endorfin. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

# Faktor Psikologis

1. Pandangan Psikoanalitik.

Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara antara 2 elemen kepribadian – id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang yang dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa akan bahaya.

1. Pandangan Interpersonal,

Ansietas timbul dari perasaan takut terhadap penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas berhubungan dengan kejadian trauma, seperti perpisahan dan kehilangan dari lingkungan maupun orang yang berarti bagi pasien,. Individu dengan harga diri rendah sangat mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.

1. Pandangan Perilaku,

Ansietas merupakan produk frustasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap ansietas sebagai dorongan belajar dari dalam diri unntuk menghindari kepedihan. Individu yang sejak kecil terbiasa menghadapi ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas dalam kehidupan selanjutnya dibandingkan dengan individu yang jarang menghadapi ketakutan dalam kehidupannya.

# Sosial budaya.

Ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga.. Faktor ekonomi, latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas.

1. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi ansietas dibedakan menjadi 2 yaitu:

* 1. Ancaman terhadap integritas seseorang seperti ketidakmampuan atau penurunan fungsi fisiologis akibat sakit sehingga menganggu individu untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari
  2. Ancaman terhadap sistem diri seseorang. Ancaman ini akan menimbulkan gangguan terhadap identitas diiri, harga diri, dan fungsi sosial individu.

1. Sumber Koping

Dalam menghadapi ansietas, individu akan memanfaatkan dan menggunakan berbagai sumber koping di lingkungan.

1. Mekanisme Koping

Pada pasien yang mengalami ansietas sedang dan berat mekanisme koping yang digunakan terbagi atas dua jenis mekanisme koping yaitu ;

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

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

Bertujuan untuk membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang. Mekanisme ini berlangsung secara tidak sadar, melibatkan penipuan diri, distorsi realitas dan bersifat maladaptif. Mekanisme pertahanan Ego yang digunakan adalah:

1. Kompensasi.

Adalah proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya.

1. Penyangkalan (Denial).

Menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini paling sederhana dan primitif.

1. Pemindahan (Displacemen).

Pengalihan emosi yag semula ditujukan pada seseorang/benda tertentu yang biasanya netral atau kurang mengancam terhadap dirinya.

1. Disosiasi.

Pemisahan dari setiap proses mental atau prilaku dari kesadaran atau identitasnya.

1. Identifikasi (Identification).

Proses dimana seseorang mencoba menjadi orang yang ia kagumi dengan mengambil/menirukan pikiran-pikiran,prilaku dan selera orang tersebut.

1. Intelektualisasi (Intelektualization).

Penggunaan logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.

1. Introjeksi (Intrijection).

Mengikuti norma-norma dari luar sehingga ego tidak lagi terganggu oleh ancaman dari luar (pembentukan superego)

1. Fiksasi.

Berhenti pada tingkat perkembangan salah satu aspek tertentu (emosi atau tingkah laku atau pikiran)s ehingga perkembangan selanjutnya terhalang.

1. Proyeksi.

Pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan. Perasaan emosional dan motivasi tidak dapat ditoleransi.

1. Rasionalisasi.

Memberi keterangan bahwa sikap/tingkah lakunya menurut alasan yang seolah-olah rasional,sehingga tidak menjatuhkan harga diri.

1. Reaksi formasi.

Bertingkah laku yang berlebihan yang langsung bertentangan dengan keinginan-keinginan,perasaan yang sebenarnya.

1. Regressi.

Kembali ketingkat perkembangan terdahulu (tingkah laku yang primitif), contoh; bila keinginan terhambat menjadi marah, merusak, melempar barang, meraung, dsb.

1. Represi.

Secara tidak sadar mengesampingkan pikiran, impuls, atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, merupakan pertahanan ego yang

primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme ego yang lainnya.

1. Acting Out.

Langsung mencetuskan perasaan bila keinginannya terhalang.

1. Sublimasi.

Penerimaan suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami halangan dalam penyalurannya secara normal.

1. Supresi.

Suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan tetapi sebetulnya merupakan analog represi yang disadari;pengesampingan yang disengaja tentang suatu bahan dari kesadaran seseorang;kadang-kadang dapat mengarah pada represif berikutnya.

1. Undoing.

Tindakan/perilaku atau komunikasi yang menghapuskan sebagian dari tindakan/perilaku atau komunikasi sebelumnya merupakan mekanisme pertahanan primitif.

1. Data yang perlu dikaji :

Agar Anda mampu mendiagnosa pasien dengan ansietas. Maka Anda harus melakukan pengkajian. Berikut adalah data yang harus dikaji pada pasien ansietas.

* 1. Perilaku.

Ditandai dengan produktivitas menurun, mengamati dan waspada, kontak mata minimal, gelisah, pergerakan berlebihan (seperti; foot shuffling, pergerakan lengan/ tangan), insomnia dan perasaan gelisah.

* 1. Afektif

Menyesal, iritabel, kesedihan mendalam, takut, gugup, sukacita berlebihan, nyeri dan ketidakberdayaan meningkat secara menetap, ketidakpastian, kekhawatiran meningkat, fokus pada diri sendiri, perasaan tidak adekuat, ketakutan, khawatir, prihatin dan mencemaskan

1. Fisiologis

Respon fisiologis pada pasien kecemasan tampak dengan adanya suara bergetar, gemetar/ tremor tangan atau bergoyang-goyang.refleks- refleks meningkatEksitasi kardiovaskuler seperti peluh meningkat, wajah tegang, mual, jantung berdebar-debar, mulut kering, kelemahan, sukar bernafas vasokonstriksi ekstremitas, kedutanmeningkat, nadi meningkat dan dilatasi pupil. Sedangkan perilaku pasien akibat respon fisiologis pada sistem parasimpatis yaitu sering berkemih, nyeri abdomen dan gangguan tidur. perasaan geli pada ekstremitas, diarhea, keragu-raguan,kelelahan, bradicardia,tekanan darah menurun, mual, keseringan berkemih pingsan dan tekanan darah meningkat.

1. Kognitif

Respon kognitif pada pasien ansietas yaitu hambatan berfikir, bingung, pelupa, konsentrasi menurun, lapang persepsi menurun, Takut terhadap sesuatu yang tidak khas, cenderung menyalahkan orang lain., sukar berkonsentrasi, Kemampuan berkurang untuk memecahkan masalah dan belajar.

1. Faktor yang Mempengaruhi Ansietas

Ansietas dapat disebabkan karena individu terpapar zat bebahaya/racun (toksin), konflik tidak disadari tentang tujuan hidup, hambatan hubungan dengan kekeluargaan/ keturunan, adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi, gangguan dalam hubungan interpersonal, krisis situasional/ maturasi, ancaman kematian, ancaman terhadap konsep diri, stress, penyalahgunaan zat, perubahan dalam status peran, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, perubahan lingkungan dan perubahan status ekonomi. (NANDA 2005)

# PROSES KEPERAWATAN ANSIETAS

1. **Pengkajian**

Pengkajian pasien ansietas dapat dilakukan melalui wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga. Tanda dan gejala ansietas dapat ditemukan dengan wawancara, melalui bentuk pertanyaan sebagai berikut:

* 1. Coba ibu/bapak ceritakan masalah yang menghantui fikiran ibu setelah operasi ?
  2. Coba ibu/bapak ceritakan apa yang dirasakan pada saat memikirkan masalah yang dialami terutama setelah operasi
  3. Apakah ada kelurhan lain yang dirasakan
  4. Apakah keluhan tersebut menganggu aktifitas atau kegiatan sehari-hari Tanda dan gejala ansietas yang dapat ditemukan melalui observasi adalah

sebagai berikut: Ekspresi wajah terlihat tegang, rentang perhatian menyempit, perubahan tandatanda vital (nadi dan tekanan darah naik), tampak sering nafas pendek, gerakan tersentak – sentak, meremas-remas tangan dan tampak bicara banyak dan lebih cepat.

Tabel 2.1 Format Analisa data dan Masalah

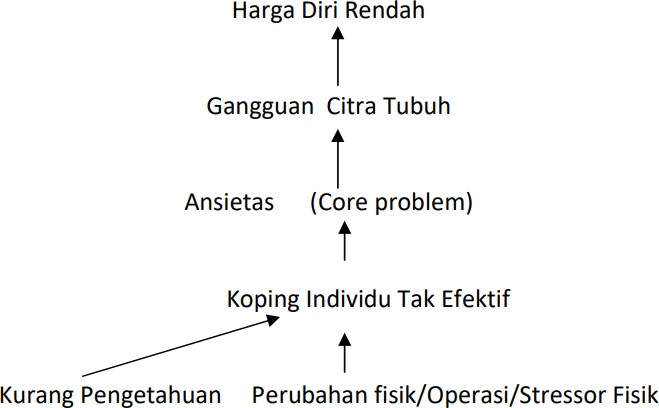
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Data | Masalah |
| 1 | Subjektif: - Pasien merasa tegang dalam melakukan aktivitas seharihari Objektif : - Tampak motivasi dan kreatifitas meningkat - Tampak  terpacu untuk menyelesaikan masalah | Kecemasan Ringan |
|  | Subjektif : - Pasien merasa tidak dapat memikirkan hal lain, selain dirinya Objektif : - Pasien mengatakan minta tolong untuk menyelesaikan masalahnya.  - Perlu pengarahan untuk melakukan  tugas yang lain | Kecemasan Berat |

# Diagnosa Keperawatan:Ansietas

1. **Pohon Masalah**

Setelah Anda melakukan pengkajian dan mengelompokkan data pada pasien ansietas selanjutnya buatlah pohon masalah. Pohon masalah akan membantu dan

mempermudah Anda untuk menegakkan diagnosa keperawatan.



Gambar 2.2. Pohon Masalah pada Pasien Ansietas

# Tindakan Keperawatan

* 1. Tujuan Tindakan Keperawatan
     1. Klien dapat mengenal ansietas
     2. Klien dapat mengatasi ansietas melalui latihan relaksasi
     3. Klien dapat memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi ansietas.
     4. Melibatkan Keluarga dalam latihan yang telah disusun
  2. Tindakan Keperawatan :

1. Membina hubungan saling percaya
2. Membantu klien mengenal ansietas
3. Mengajarkan teknik nafas dalam
   1. Pengertian

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

* 1. Tujuan

Smeltzer & Bare (2002) menyatakan bahwa tujuan teknik relaksasi napas untuk mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

* 1. Prosedur teknik relaksasi napas dalam

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks
5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
8. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada hal-hal yang nyaman
10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga ansietas terasa berkurang
11. Mengajarkan relaksasi otot
    1. Identifikasi tingkat cemas
    2. Kaji kesiapan pasien, perasaan pasien.
    3. Ruang yang sejuk, tidak gaduh dan alami
    4. Siapkan tempat tidur atau kursi yang dapat menopang bahu pasien
       1. Jelaskan kembali tujuan terapi dan prosedur yang akan dilakukan
       2. Pasien berbaring atau duduk bersAndar (ada sAndaran untuk kaki dan bahu)
       3. Lakukan latihan nafas dalam dengan manarik nafas melalui hidung dan dihembuskan melalui mulut
       4. Bersama pasien mengidentifikasi (pasien dianjurkan dan dibimbing untuk mengidentifikasi) daerah-daerah ototyang sering tegang misalnya dahi, tengkuk, leher, bahu, pinggang, lengan, betis
       5. Bimbing pasien untuk mengencangkan otot tersebut selama 5 sampai 7detik, kemudian bimbing pasien untuk merelaksasikan otot 20 sampai 30 detik.
       6. Kencangkan dahi (kerutkan dahi keatas) selama 5-7 detik,kemudian relakskan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya.
       7. Kencangkan bahu, tarik keatas selama 5-7detik, kemudian relakskan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar.
       8. Kepalkan telapak tangan dan kencangkan otot bisep selama 5-7 detik, kemudian relakskan 20-30 detik. Pasien disuruh merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar.
       9. Kencangkan betis, ibu jari tarik kebelakang bisep selama 5-7 detik, kemudian relakskan 20-30 detik. Minta Pasien untuk merasakan rileksnya dan rasakan aliran darah mengalir secara lancar.
       10. Selama kontraksi pasien dianjurkan merasakan kencangnya otot dan selama relaksasi anjurkan pasien konsentrasi merasakan rilaksnya otot.
12. Melatih pasien prosedure hipnosis 5 jari
    1. Atur posisi klien senyaman mungkin
    2. Pejamkan mata dan lakukan teknik napas dalam secara perlahan sebanyak 3 kali.

Minta pasien untuk relaks

* 1. Minta pasien untuk menautkan ibu jaridengan jari telunjuk, dan minta pasiun untuk membayangkan kondisi dirinya ketika kondisi begitu sehat
  2. Tautkan ibu jqri dengan jari tengah minta pasien membayangkan ketika mendapatkan hadiah atau barang yang sangat disukai
  3. Tautkan ibu jari kepada jari manis, bayangkan ketika Anda berada di tempat yang paling nyaman, tempat yang membuat pasien merasa sangat bahagia
  4. Tautkan ibu jari dengan jari kelingkng, bayangkan ketika Anda mendapat suatu penghargaan
  5. Tarik nafas, lakukan perlahan, lakukan selama 3 kali
  6. Buka mata kembali.

1. Memasukan kejadwal kegiatan harian klien

# Evaluasi

* 1. Pasien dapat mengenal ansietas
  2. Pasien dapat mengatasi ansietas melalui latihan relaksasi:tarik nafas dalam dan distraksi lima jari
  3. Pasien dapat memperagakan dan menggunakan latihan relaksasi untuk mengatasi ansietas.
  4. Melibatkan Keluarga dalam latihan yang telah disusun

# Pendokumentasian

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan yang meliputi dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi tindakan keperawatan, dan evaluasi.Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan pada klien dengan ansietas.

# TEKNIK PELAKSANAAN

1. Bagilah jumlah mahasiswa ke dalam beberapa kelompok besar
2. Setiap kelompok terdiri dari maksimal 12 mahasiswa
3. Buatlah kelompok kecil dari kelompok besar tersebut dan buatlah berpasangan.

Sehingga dalam kelompok besar ada 6 kelompok kecil

1. Mintalah setiap mahasiswa untuk membuat laporan pendahuluan sesuai dengan kasus fiktif yang ada pada Modul Bahan Ajar Cetak Praktikum ini. Untuk meningkatkan pemahaman mahasiswa, Anda dapat membuat berbagai kasus fiktif yang lain sesuai dengan kasus yang ada sering temui di lahan praktik. Contoh membuat kasus dapat Anda pelajari dari contoh kasus di Modul Bahan Ajar Cetak Praktikum ini.
2. Mintalah mahasiswa untuk membuat strategi pelaksanaan sesuai dengan kasus yang ada.
3. Periksalah setiap laporan pendahuluan dan strategi pelaksanaan yang telah mahasiswa buat
4. Mintalah mahasiswa untuk berpasangan sesuai yang telah ditetapkan di awal praktikum. Langkah pertama tetapkanlah salah satu mahasiswa menjadi perawat jiwa dan mahasiswa yang lain menjadi pasien.
5. Mintalah mahasiswa untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien ansietas dan kehilangan sesuai dengan strategi pelaksanaan yang telah mahasiswa telah buat.
6. Mintalah mahasiswa untuk melakukan beberapa strategi pelaksanaan dan nilailah kemampuan mereka. Sebelum Anda memberikan penilaian mintalah mahasiswa untuk melakukan evaluasi diri terhadap kemampuan berperan sebagai perawat jiwa. Minta pula penilaian dari pasangan yang berperan sebagai pasien untuk menilai aspek positif dari teman yang berperan sebagai perawat jiwa.
7. Selanjutnya mintalah mahasiswa Anda untuk bertukar peran. Yang pada awalnya berperan sebagai perawat jiwa sekarang berperan sebagai pasien yang tadinya berperan sebagai pasien sekarang berperan sebagai perawat jiwa.
8. Lakukanlah semua ini untuk kelompok Anda hingga waktu praktikum selesai
9. Buatlah penilaian atau evaluasi terhadap kemampuan mahasiswa sesuai dengan format yang ada pada kegiatan praktikum ini.

# PRAKTIKUM 3 (WAKTU : 6 x 170 menit)

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH GANGGUAN JIWA**

Oleh : Eddi Sudjarwo, S.Kep., Ns, M.Kep.

# LANDASAN TEORI

* + - 1. KONSEP HARGA DIRI RENDAH

# Pengertian

Menurut NANDA, harga diri rendah adalah berkembangnya persepsi diri yang negatif dalam berespon terhadap situasi yang sedang terjadi. Sedangkam menurut CMHN (2006), harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Harga diri rendah adalah suatu kondisi dimana individu menilai dirinya atau kemampuan dirinya negatif atau suatu perasaan menganggap dirinya sebagai seseorang yang tidak berharga dan tidak dapat bertanggung jawab atas kehidupannya sendiri. Herdman (2012), mengatakan bahwa, harga diri rendah kronik merupakan evaluasi diri negatif yang berkepanjangan/ perasaan tentang diri atau kemampuan diri Harga diri rendah yang berkepanjangan termasuk kondisi tidak sehat mental karena dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan lain, terutama kesehatan jiwa.

Berdasarkan pengertian diatas, dapat kita simpulkan bahwa: harga diri rendah dikarenakan penilaian internal maupun penilaian eksternal yang negatif. Penilaian internal merupakan penilaian dari individu itu sendiri, sedangkan penilaian eksternal merupakan penilaian dari luar diri individu (seperti orang tua, teman saudara dan lingkungan) yang sangat mempengaruhi penilaian individu terhadap dirinya.

# Proses Terjadinya Masalah

Proses terjadinya harga diri rendah dijelaskan oleh Stuarat dan Laraia (2008) dalam konsep stress adapatasi yang teridiri dari faktor predisposisi dan presipitasi.

1. Faktor Predisposisi yang menyebabkan timbulnya harga diri rendah meliputi:
2. Biologis

Faktor heriditer (keturunan) seperti adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Selain itu adanya riwayat penyakit kronis atau trauma kepala merupakan merupakan salah satu faktor penyebab gangguan jiwa,

1. Psikologis

Masalah psikologis yang dapat menyebabkan timbulnya harga diri rendah adalah pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, penolakan dari lingkungan dan orang terdekat serta harapan yang tidak realistis. Kegagalan berulang, kurang mempunyai tanggungjawab personal dan memiliki ketergantungan yang tinggi pada orang lain merupakan faktor lain yang menyebabkan gangguan jiwa. Selain itu pasiendengan harga diri rendah memiliki penilaian yang negatif terhadap gambaran dirinya, mengalami krisis identitas, peran yang terganggu, ideal diri yang tidak realistis.

1. Faktor Sosial Budaya

Pengaruh sosial budaya yang dapat menimbulkan harga diri rendah adalah adanya penilaian negatif dari lingkungan terhadap klien, sosial ekonomi rendah, pendidikan yang rendah serta adanya riwayat penolakan lingkungan pada tahap tumbuh kembang anak.

1. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang menimbulkan harga diri rendah antara lain:

1. Riwayat trauma seperti adanya penganiayaan seksual dan pengalaman psikologis yang tidak menyenangkan, menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan, menjadi pelaku, korban maupun saksi dari perilaku kekerasan.
2. Ketegangan peran: Ketegangan peran dapat disebabkan karena
   1. Transisi peran perkembangan: perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan seperti transisi dari masa kanak-kanak ke remaja.
   2. Transisi peran situasi: terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.
   3. Transisi peran sehat-sakit: merupakan akibat pergeseran dari kondisi sehat kesakit. Transisi ini dapat dicetuskan antara lain karena kehilangansebahagian anggota tuhuh, perubahan ukuran, bentuk, penampilan atau fungsi tubuh.Atau perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal, prosedur medis dan keperawatan.

# PROSES KEPERAWATAN HARGA DIRI RENDAH

* 1. **Pengkajian Harga Diri Rendah**

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

1. Bagaimana penilaian Anda tentang diri sendiri?
2. Coba ceritakan apakah penilaian Anda terhadap diri sendiri mempengaruhi hubungan Anda dengan orang lain?
3. Apa yang menjadi harapan Anda?
4. Apa saja harapan yang telah Anda capai?
5. Apa saja harapan yang belum berhasil Anda capai?
6. Apa upaya yang Anda lakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi?

# Tanda dan Gejala

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

Data Subjektif:

Pasienmengungkapkan tentang:

1. Hal negatif diri sendiri atau orang lain
2. Perasaan tidak mampu
3. Pandangan hidup yang pesimis
4. Penolakan terhadap kemampuan diri
5. Mengevaluasi diri tidak mampu mengatasi situasi Data Objektif:
6. Penurunan produktivitas
7. Tidak berani menatap lawan bicara
8. Lebih banyak menundukkan kepala saat berinteraksi
9. Bicara lambat dengan nada suara lemah
10. Bimbang, perilaku yang non asertif
11. Mengekspresikan tidak berdaya dan tidak berguna

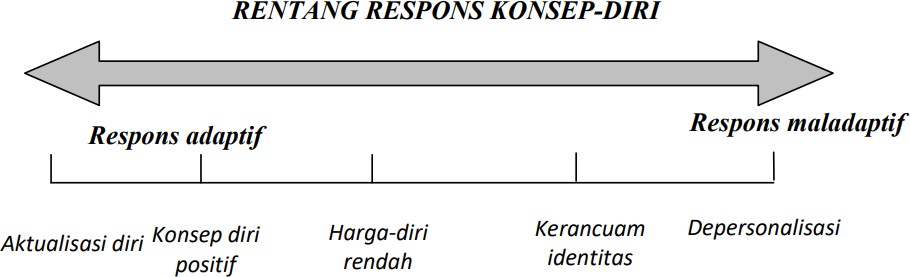
Menurut CMHN (2006), tanda dan gejala harga diri yang rendah adalah:

1. Mengkritik diri sendiri
2. Perasaan tidak mampu
3. Pandangan hidup yang pesimis
4. Penurunan produktifitas
5. Penolakan terhadap kemampuan diri
6. Kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapih, selera makan kurang, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan nada suara lemah.

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

1. Ekspresi rasa malu atau bersalah
2. Ragu-ragu untuk mencoba hal-hal baru atau situasi-situasi baru
3. Hipersensitifitas terhadap kritik

# Rentang Respon Konsep Diri



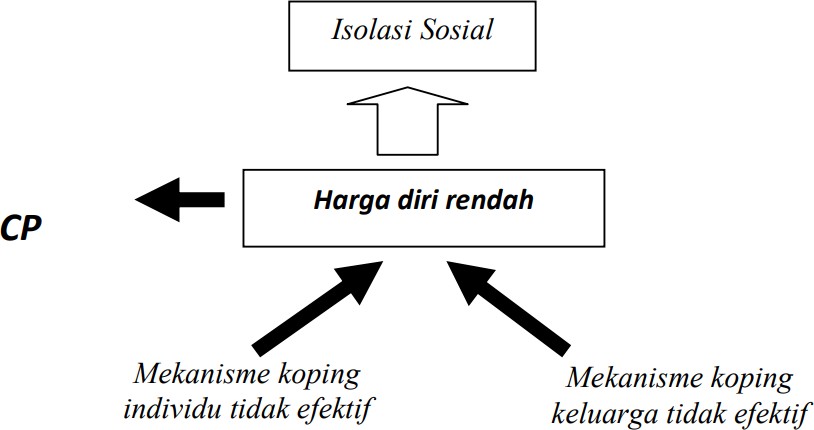
Gambar 5.1 Rentang Respon Konsep Diri

# Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah

Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala harga diri rendah yang ditemukan. Pada pasiengangguan jiwa, diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah:

# Pohon masalah

Berdasarkan hasil pengkajian dapat dibuat pohon masalah sebagai berikut:



Gambar 5.2 Pohon Masalah Pada Harga Diri Rendah

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan gambar 5.2 diatas, dapat dijelaskan sebagai berikut: gangguan Konsep Diri: Harga diri rendahmerupakan core problem (masalah utama). Apabila harga diri rendah pasien tidak diintervensi akan mengakibatkan isolasi sosial. Penyebab harga diri rendah pasien dikarenakan pasien memiliki mekanisme koping yang inefektif dan dapat pula dikarenakan mekanisme koping keluarga yang inefektif.

# Tindakan Keperawatan Harga Diri Rendah

Tindakan keperawatan harga diri rendah dilakukan terhadap pasiendan keluarga/ pelaku yang merawat klien. Saat melakukan pelayanan di poli kesehatan jiwa, Puskesmas atau kunjungan rumah, perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui klien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasiendan keluarga.

Setelah itu, perawat menemui pasienuntuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi harga diri rendah yang dialami klien. Setelah perawat selesai melatih pasienmaka perawat kembali menemui dan melatih keluarga untuk merawat klien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasiendan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasienmelatih kegiatan yang telah diajarkan oleh perawat untuk mengatasi harga diri rendah.

Tindakan keperawatan untuk pasiendan keluarga dilakukan pada setiap pertemuan, minimal empat kali pertemuan dan dilanjutkan sampai pasiendan keluarga mampu mengatasi harga diri rendah.

1. Tindakan Keperawatan untuk Pasien Harga Diri Rendah Tujuan: Pasien mampu:
   1. Membina hubungan saling percaya
   2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
   3. Menilai kemampuan yang dapat digunakan
   4. Menetapkan/ memilih kegiatan yang sesuai kemampuan
   5. Melatih kegiatan yang telah dipilih sesuai kemampuan
   6. Merencanakan kegiatan yang telah dilatihnya Tindakan Keperawatan:
2. Membina hubungan saling percaya, dengan cara:
   * Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan klien.
   * Perkenalkan diri dengan klien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang Perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasienyang disukai.
   * Tanyakan perasaan dan keluhan pasiensaat ini.
   * Buat kontrak asuhan: apa yang Perawat akan lakukan bersama klien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempatnya dimana.
   * Jelaskan bahwa Perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.
   * Tunjukkan sikap empati terhadap klien.
   * Penuhi kebutuhan dasar pasienbila memungkinkan.
3. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah :
   * Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien(buat daftar kegiatan)
   * Beri pujian yang realistik dan hindarkan memberikan penilaian yang negatif setiap kali bertemu dengan klien.
4. Membantu pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah :
   * Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan): buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini.
   * Bantu pasienmenyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien.
5. Membantu pasien dapat memilih/menetapkan kegiatan berdasarkan daftar kegiatan yang dapat dilakukan.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah :

* + Diskusikan kegiatan yang akan dipilih untuk dilatih saat pertemuan.
  + Bantu pasienmemberikan alasan terhadap pilihan yang ia tetapkan.
  + Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya).
  + Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari.
  + Berikan dukungan dan pujian yang nyata setiap kemajuan yang diperlihatkan klien.

1. Membantu pasiendapat merencanakan kegiatan sesuai kemampuannya dan menyusun rencana kegiatan.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah :

* + Beri kesempatan pada pasienuntuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan.
  + Beri pujian atas aktivitas/kegiatan yang dapat dilakukan pasiensetiap hari.
  + Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap aktivitas.
  + Susun daftar aktivitas yang sudah dilatihkan bersama pasiendan keluarga.
  + Beri kesempatan pasienuntuk mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.
  + Yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktivitas yang dilakukan klien.

1. Tindakan Keperawatan untuk Keluarga dengan Pasien Harga Diri Rendah

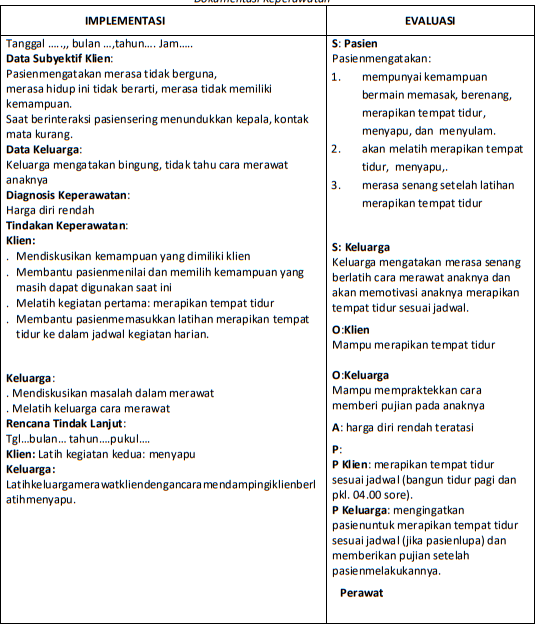
Keluarga diharapkan dapat merawat pasien harga diri rendah di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi klien.

* 1. Tujuan: Keluarga mampu:
     1. Mengenal masalah harga diri rendah
     2. Mengambil keputusan untuk merawat harga diri rendah
     3. Merawat harga diri rendah
     4. Memodifikasi lingkungan yang mendukung meningkatkan harga diri klien
     5. Menilai perkembangan perubahan kemampuan klien
     6. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan
  2. Tindakan Keperawatan:
     1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien
     2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya harga diri rendah dan mengambil keputusan merawat klien
     3. Melatih keluarga cara merawat harga diri rendah
     4. Membimbing keluarga merawat harga diri rendah
     5. Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung meningkatkan harga diri klien
     6. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan
     7. Menganjurkan follow up ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

# Evaluasi Kemampuan Pasiendan Keluarga dalam Merawat Pasien Harga Diri Rendah

1. Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan apabila pasiendapat:
   1. Mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
   2. Menilai dan memilih kemampuan yang dapat dikerjakan
   3. Melatih kemampuan yang dapat dikerjakan
   4. Membuat jadwal kegiatan harian
   5. Melakukan kegiatan sesuai jadwal kegiatan harian
   6. Merasakan manfaat melakukan kegiatan positif dalam mengatasi harga diri rendah
2. Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan apabila keluarga dapat:
   1. Mengenal harga diri rendah yang dialami pasien(pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya harga diri rendah)
   2. Mengambil keputusan merawat harga diri rendah
   3. Merawat harga diri rendah
   4. Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasienuntuk meningkatkan harga dirinya
   5. Memantau peningkatan kemampuan pasiendalam mengatasi harga diri rendah
   6. Melakukan follow up ke Puskesmas, mengenal tanda kambuh, dan melakukan rujukan.
   7. Dokumentasi Hasil Asuhan Keperawatan

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



* + 1. **TEKNIK PELAKSANAAN**

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum keperawatan Jiwa, dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# PRAKTIKUM 4 (WAKTU : 5 x 170 menit)

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN JIWA**

Oleh : Eddi Sudjarwo, S.Kep., Ns, M.Kep.

# LANDASAN TEORI

Keperawatan meyakini bahwa kondisi manusia selalu bergerak pada rentang adaptif dan maladaptif. Kondisi adaptif dan maladaptive ini dapat dilihat atau diukur dari respons yang ditampilkan. Dari respon sini kemudian dirumuskan diagnosa skor RUFA dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Sehingga setiap diagnosa keperawatan memiliki kriteria skor RUFA tersendiri. RUFA (Respons Umum Fungsi Adaptif)/ GAFR (General Adaptive Funtion Response) merupakan modifikasi dari skor GAF karena keperawatan menggunakan pendekatan respons manusia dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan fungsi respons yang adaptif (Stuart &Laraia, 2005).

Pengkajian Kegawatdaruratan Jiwa berdasarkan RUFA ([Mahardika,](http://www.scribd.com/mas_mahardika) 2013) yaitu:

**Table 1.** RUFA Perilaku Kekerasan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domain** | **Intensif I 1 – 10** | **Intensif II 11 – 20** | **Intensif III 21 – 30** |
| Pikiran | Orang lain / makhluk lain mengancam | Orang lain / makhluk lain mengancam | Orang lain / makhluk lain mengancam |
| Perasaan | Marah dan jengkel terus-menerus | Marah dan jengkel (seringkali) | Kadang marah dan jengkel, sering tenang |
| Tindakan | Terus-menerus mengancam orang lain (verbal)  Terus-menerus berusaha mencederai orang lain (fisik) Komunikasi sangat kacau | Hanya mengancam secara verbal Tidak ada tindakan kekerasan fisik Komunikasi kacau | Kadang-kadang masing mengancam secara verbal.  Komunikasi cukup koheren |

**Table 2.** RUFA Waham

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domain** | **Intensif I 1 – 10** | **Intensif II 11 – 20** | **Intensif III 21 – 30** |
| Pikiran | Terus menerus terfiksasi dengan wahamnya | Pikiran didominasi oleh isi waham, kadang masih memiliki pikiran yang rasional | Pikiran kadang- kadang dikendalikan wahamnya |
| Perasaan | Sangat dipengaruhi oleh wahamnya | Lebih dipengaruhi wahamnya | Kadang masih dipengaruhi wahamnya |
| Tindakan | Komunikasi sangat kacau, selalu dipengaruhi oleh waham.  Mungkin mengancam orang lain  Mencederai orang lain | Komunikasi masih kacau.  Tidak mencederai orang lain | Komunikasi sering terganggu waham |

**Table 3.** RUFA Risiko Bunuh Diri

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(Skor: 1-10 Skala RUFA)** | **(Skor: 11-20 Skala**  **RUFA** | **(Skor: 21-30 Skala RUFA** |
| **Percobaan Bunuh Diri**   1. Aktif mencoba bunuh diri dengan cara:    1. gantung diri    2. minum racun    3. memotong urat nadi    4. menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi 2. Mengalami depresi 3. Mempunyai rencana bunuh diri yang spesifik 4. Menyiapkan alat untuk bunuh diri (pistol, pisau, silet, dll) | **Ancaman Bunuh Diri**   1. Aktif memikirkan rencana bunuh diri, namun tidak disertai dengan percobaan bunuh diri 2. Mengatakan ingin bunuh diri namun tanpa rencana yang spesifik 3. Menarik diri dari pergaulan sosial | **Isyarat Bunuh Diri**   1. Mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, namun tidak disertai dengan ancaman dan percobaan bunuh diri 2. Mengungkapkan perasaan seperti rasa bersalah / sedih / marah / putus asa / tidak berdaya 3. Mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah 4. Mengatakan: “Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh!”   atau “Segala sesuatu akan  lebih baik tanpa saya.” |

**Table 4.** RUFA Halusinasi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domain** | **Intensif I 1 – 10** | **Intensif II 11 – 20** | **Intensif III 21 – 30** |
| Penilaian realitas | * Penilaian realitas terganggu, pasien tidak bisa membedakan yang nyata dan yang tidak nyata. * Halusinasi dianggap nyata | * Mulai dapat membedakan yang nyata dan yang tidak nyata. * Kadang-kadang mengalami gangguan pikiran | * Pasien sudah mengenal halusinasinya * Berfikir logis * Persepsi adekuat |
| Perasaan | * Panik | * Cemas berat * Reaksi emosinal berlebihan atau berkurang, mudah tersinggung | * Cemas sedang * Emosi sesuai dengan kenyataan |
| Perilaku | * Pasien kehilangan control diri, melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan akibat mengikuti isi halusinasinya * PK secara verbal * Kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, memukul atau melukai orang secara fisik, serta pengerusakan secara lingkungan * Gejala di atas ditemukan secara terus-menerus pada pasien | * PK secara verbal * Bicara, senyum dan tertawa sendiri * Mengatakan mendengar suara, melihat, mengecap, mencium dan atau merasa sesuatu yang tidak nyata. * Sikap curiga dan permusuhan * Frekwensi munculnya halusinasi sering | * Perilaku sesuai * Ekspresi tenang * Frekwensi munculnya halusinasi jarang |

**Table 5.** RUFA Panik

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domain** | **Intensif I 1 – 10** | **Intensif II 11 – 20** | **Intensif III 21 – 30** |
| Respon fisik | Napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, nyeri dada, sakit kepala, pucat dan gemetar | Napas pendek, berkeringat, tekanan darah naik | Napas pendek, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi |
| Persepsi | Persepsi sangat kacau, takut menjadi gila, takut kehilangan kendali | Persepsi sangat sempit, merasa tidak mampu menyelesaikan masalah | Hanya berfokus pada masalahnya |
| Perilaku | Agitasi, mengamuk, marah | Marah | Sering merasa gelisah, gerakan tersentak- sentak (meremas tangan) |
| Emosi | Ketakutan | Tegang | Adanya perasaan tidak aman |
| Verbal | Blocking atau berteriak | Bicara cepat terkadang blocking | Banyak bicara dan cepat |

**Table 6.** RUFA Isolasi Sosial

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domain** | **Intensif I 1 - 10** | **Intensif II 11 – 20** | **Intensif III 21 – 30** |
| Respon terhadap lingkungan | Apatis | Apatis | Ada tapi jarang |
| Respon motorik | Stupor Kataton | Mulai ada pergerakan tubuh | Pergerakan tubuh lambat |
| Komunikasi dengan orang lain | Tidak ada | Ada respon non verbal | Respon verbal seperlunya |
| Kemampuan perawatan diri :   * Makan dan minum * Berhias * Toileting * Kebersihan diri | Total care  Tidak mampu  Tidak mampu Tidak mampu Tidak mampu | Pertial care  Dibantu  Dibantu Dibantu Dibantu | Minimal care  Dimotivasi  Dimotivasi Dimotivasi Dimotivasi |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Afek | Datar | Tumpul | Sesuai |
| Kontak mata | Tidak ada | Ada tapi jarang | ada |

**Table 7.** RUFA Overdosis Opioid

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domain** | **Intensif I 1 – 10** | **Intensif II 11 – 20** | **Intensif III 21 – 30** |
| Tingkat kesadaran | Koma | Somnolen | Compos mentis |
| Komunikasi | Tidak ada | Non verbal dan bicara kacau | Koheren baik verbal maupun non verbal serta gelisah |
| TTV | Respirasi hipoventilasi kurang dari 12 kali permenit, Heart rate bradikardi, hipotermi, hipotensi | Respirasi normal, heart rate bradikardi, suhu badan fluktuatif, hipotensi | Respirasi normal, takikardia, suhu tubuh fluktuatif, tekanan darah meningkat dari normal |
| Respon fisik | Pupil miosis (pin point pupil), bibir dan tubuh membiru | Pupil dilatasi | Pupil dilatasi, goose flesh, yawning, lakrimasi, berkeringat, rhinore, emosilabil, nyeri abdomen, diare, mual dan atau muntah dan tremor |

**Table 8.** RUFA Putus Zat Golongan Opioid

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Domain** | **Intensif I 1 – 10** | **Intensif II 11 – 20** | **Intensif III 21 – 30** |
| Mual dan muntah | Mual menetap kadang muntah | Mual ringan tanpa muntah | Tidak mual dan tidak muntah atau mual yang hilang timbul |
| Berdirinya bulu-bulu badan / merinding / goose flesh | Goose flesh jelas pada tubuh dan tangan | Goose flesh jelas dan dapat diraba | Kadang-kadang Goose flesh jelas pada tubuh dan tangan |
| TTV | Respirasi hipoventilasi kurang dari 12 kali permenit, Heart rate | Respirasi normal, heart rate bradikardi, suhu badan fluktuatif, hipotensi | Respirasi normal, takikardia, suhu tubuh fluktuatif, tekanan darah meningkat dari |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | bradikardi, hipotermi, hipotensi |  | normal |
| Respon fisik | Pupil miosis (pin point pupil), bibir dan tubuh membiru | Pupil dilatasi | Pupil dilatasi, gooseflesh, yawning, lakrimasi, berkeringat, rhinore, emosilabil, nyeri abdomen, diare, mual dan atau muntah dan tremor |

Tindakan untuk mengatasi individu pada situasi krisis dan melakukan perilaku kekerasan (Kaplan & Saddock,1997) :

Penanganan pasien amuk di RS terdiri dari Managemen Krisis dan Managemen Perilaku Kekerasan. Managemen krisis adalah penanganan yang dilakukan pada saat terjadi perilaku amuk oleh pasien. Tujuannya untuk menenangkan pasien dan mencegah pasien bertindak membahayakan diri, orang lain dan lingkungan karena perilakunya yang tidak terkontrol. Sedangkan managemen perilaku kekerasan adalah penanganan yang dilakukan setelah situasi krisis terlampaui, di mana pasien telah dapat mengendalikan luapan emosinya meski masih ada potensi untuk untuk meledak lagi bila ada pencetusnya.

Pada saat situasi krisis, di mana pasien mengalami luapan emosi yang hebat, sangat mungkin pasien melakukan tindak kekerasan yang membahayakan baik untuk diri pasien, orang lain, maupun lingkungan. Walaupun sulit sedapat mungkin pasien diminta untuk tetap tenang dan mampu mengendalikan perilakunya. Bicara dengan tenang, nada suara rendah, gerakan tidak terburu-buru, sikap konsisten dan menunjukkan kepedulian dari petugas kepada pasien biasanya mampu mempengaruhi pasien untuk mengontrol emosi dan perilakunya dengan lebih baik.

Bila pasien tidak bisa mengendalikan perilakunya maka tindakan pembatasan gerak (isolasi) dengan menempatkan pasien di kamar isolasi harus dilakukan. Pasien dibatasi pergerakannya karena dapat mencederai orang lain atau dicederai orang lain, membutuhkan pembatasan interaksi dengan orang lain dan memerlukan pengurangan stimulus dari lingkungan. Pada saat akan dilakukan tindakan isolasi ini pasien diberi penjelasan mengenai tujuan dan prosedur yang akan dilakukan sehingga pasien tidak merasa terancam dan mungkin ia akan bersikap lebih kooperatif. Selama dalam kamar isolasi, supervisi dilakukan secara periodik untuk memantau kondisi pasien dan

memberikan tindakan keperawatan yang dibutuhkan termasuk memenuhi kebutuhan dasarnya seperti nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, dsb.

Bila tindakan isolasi tidak bermanfaat dan perilaku pasien tetap berbahaya, berpotensi melukai diri sendiri atau orang lain maka alternatif lain adalah dengan melakukan pengekangan/pengikatan fisik. Tindakan ini masih umum digunakan petugas di RS dengan disertai penggunaan obat psikotropika. Untuk menghindari ego pasien terluka karena pengikatan, perlu dijelaskan kepada pasien bahwa tindakan pengikatan dilakukan bukan sebagai hukuman melainkan pencegahan resiko yang dapat ditimbulkan oleh perilaku pasien yang tidak terkendali. Selain itu juga perlu disampaikan pula indikasi penghentian tindakan pengekangan sehingga pasien dapat berpartisipasi dalam memperbaiki keadaan. Selama pengikatan, pasien disupervisi secara periodik untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien dan memberikan tindakan keperawatan yang diperlukan. Selanjutnya pengekangan dikurangi secara bertahap sesuai kemampuan pasien dalam mengendalikan emosi dan perilakunya, ikatan dibuka satu demi satu, dilanjutkan dengan pembatasan gerak (isolasi), dan akhirnya kembali ke lingkungan semula.

Pasien yang melakukan kekerasan dan melawan paling efektif ditenangkan dengan obat sedatif dan atau antipsikotik yang sesuai. Obat sedatif yang biasa digunakan misalnya Valium injeksi 5 - 10 mg atau lorazepam (Ativan) 2 -4 mg yang bisa diberikan secara intramuskuler atau intravaskuler. Pada umumnya obat antipsikotik yang paling bermanfaat untuk pasien jiwa yang melakukan kekerasan adalah injeksi Haloperidol 5 - 10 mg yang diberikan secara intra muskuler.

Menurut Yosep (2011), tindakan yang bisa dilakukan oleh seorang perawat dalam mengatasi masalah pada pasien dengan PTSD:

Ansietas (berat sampai panik) atau ketakutan

* + - 1. Kaji derajat ansietas yang muncul, perilaku yang berkaitan dan realitas ancaman yang dirasakan oleh klien
      2. Pertahankan dan hargai batas ruang pribadi klien (kira-kira diameter 120cm disekeliling klien)
      3. Bentuk hubungan saling percaya dengan klien
      4. Identifikasi apakah peristiwa telah teraktivasi situasi yang ada sebelumnya atau menyertai situasi (fisik/psikologis)
      5. Observasi dan dapatkan informasi tentanf cedera fisik, dan kaji gejala seperti mati rasa, sait kepala, dada terasa sesak, mual, dan jantung berdetak keras.
      6. Perhatikan adanya nyeri kronis atau gejala nyeri lebih dari derajat cedera fisik
      7. Evaluasi aspek sosial trauma/peristiwa tersebut (misal: kecacatan, kondisi kronis, ketidakmampuan permanen)
      8. Identifikasi respon psikologis. Perhatikan perilaku tertawa, menangis, tenang atau agitasi, eksitasi (histeris), ekspresi ketidakpercayaan dan/atau menyalahkan diri sendiri. Catat perubahan emosi
      9. Tentukan derajat disorganisasi. Indikator tingkat intervensi yang dibutuhkan.
      10. Identifikasi perkembangan reaksi fobik terhada benda biasa (misal: pisau, situasi, daan kejadian)
      11. Dampingi klien, pertahankan sikap tenang dan percaya diri, bicara dengan pernyataan singkat, gunakan kata-kata sederhana.
      12. Sediakan lingkungan yang konsisten dan tidak mengancam
      13. Tingkatkan aktivitas/keterlibatan dengan orang lain secara bertahap
      14. Diskusikan persepsi klien tentang apa yang menyebabkan ansietas
      15. Bantu klien mengidentifikasi perasaan yang dialami dan berfokus pada bagaimana kopingnya. Anjurkan klien untuk membuat tulisan tentang perasaannya, faktor yang mencetuskan, perilaku yang berkaitan.
      16. Gali dengan klien cara klien menghadapi peristiwa yang menimbulkan cemas sebelum trauma
      17. Libatkan klien dalam mempelajari perilaku koping yang baru (misal: relaksasi otot progresif, berhenti berpikir)
      18. Beri umpan balik positif jika klien mendemostrasikan cara yang lebih baik untuk menangani ansietas dan mampu menguasai situasi dengan tenang dan/atau realistik
      19. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi, misal *antidepresan: fluoksetin (prozac), amoksapin(asendin), doksepin (sinequan), imipramin (trofanil), inhibitor MAO fenelzin (nardil).*

Ketidakberdayaan

1. Identifikasi perilaku koping saat ini atau masa lalu yang efetif dan kuatkan penggunaannya
2. Perhatikan latar belakang etnik, persepsi budaya, agama dan kepercayaan tentang kejadian (misal: pembalasan dosa dari Tuhan)
3. Rumuskan rencana keperawatan dengan klien, buat tujuan pencapaian yang realistik
4. Dorong klien untuk mengidentifikasi faktor-faktor pengendalian diri dan juga faktor yang tidak dimiliki dalam kemampuan diri untuk mengendalikan perilaku
5. Bantu klien untuk mengidentifikasi faktor jika mulai terjadi perasaan tidak berdaya dan dan hilangnya pengendalian diri
6. Gali tindakan yang dapat digunakan klien selama periode stress (misal: nafas dalam, berhitung sampai sampai 10, meninjau situasi, menyusun ulang)
7. Beri umpan balik positif jika klien menggunakan metode konstruktif untuk mendapatkan kembali pengendalian diri.
8. Tingkatkan keterlibatan dalam terapi kelompok
9. Kolaborasi libatkan dalam pelatihan asertif yang sesuai

Potensial membahayakan diri atau orang lain

1. Evaluasi adanya destruktif atau perilaku bunuh diri, (misalnya perubahan alam perasaan, semakin menarik diri). Kaji keseriusan ancaman (misalnya gerak-gerik, usaha sebelumnya). (Gunakan skala 1-10 dan prioritaskan menurut keparahan ancaman, tersedianya alat).
2. Anjurkan klien untuk mengidentifikasi dan menyatakan pemicu stimulus, faktor penyebab yang mengakibatkan potensi kekerasan atau aktual oleh klien.
3. Negosiasikan kontrak dengan klien tentang tindakan yang harus diambil jika merasa hilang kendali
4. Bantu klien memahami bahwa perasaan marah mungkin sesuai dalam suatu situasi, tetapi perlu diekspresikan secara verbal atau dalam cara yang dapat diterima bukan bertindak menuruti perasaan marah dengan cara destruktif.
5. Pantau tingkat kemarahan (misalnya bertanya, menolak, pengungkapan secara verbal, intimidasi, marah yang meledak-ledak)
6. Beri tahu klien untuk menghentikan perilaku berbahaya. Gunakan pengendalian lingkungan (seperti membawa klien ke tempat yang tenang, memegang klien), jika perilaku terus meningkat. Berbicara secara lemah lembut dan perlahan.
7. Lakukan tindakan mengurangi peningkatan kemarahan sesuai indikasi, misalnya:
   1. Ambil jarak dari klien, posisikan diri pada salah satu sisi; tetap tenang, tetap berdiri atau duduk, ambil posisi postur “terbuka” dengan tangan di samping
   2. Berbicara dengan lembut, panggil nama klien, akui perasaan klien, ekspresikan rasa penyesalan tentang situasi, tunjukkan empati.
   3. Hindari menunjuk, menyuruh, menghardik, menantang menginterupsi, mendebat, meremehkan atau mengintimidasi klien.
   4. Minta izin untuk bertanya, mencoba untuk melihat peristiwa yang memicu dan setiap emosi yang mendasari, seperti takut, ansietas atau penghinaan; tawarkan solusi/alternatif.
8. Libatkan dalam program latihan, dalam program aktivitas di luar rumah (gerak jalan, mendaki); anjurkan aktivitas olahraga (kelompok atau individu)
9. Kolaborasi gunakan pengasingan atau restrai sampai memperoleh kembali kendali diri, sesuai indikasi. Beri obat, sesuai indikasi, misalnya *litium karbonat (Eskalith).*

Ketidakefektifan koping individu

1. Identifikasi dan diskusikan derajat disfungsi koping (misalnya menyangkal, rasionalisasi), meliputi penggunaan/penyalahgunaan zat kimia.
2. Waspasai dan bantu klien menggunakan kekuatan ego dalam cara yang positif, akui kemampuan menangani apa yang sedang terjadi
3. Izinkan klien mengekspresikan perasaan secara bebas di ruangannya sendiri. Jangan mendesak klien mengekspresikan perasaannya terlalu cepat; hindari penenangan yang tidak tepat
4. Anjurkan klien untuk menyadari dan menerima perasaanya sendiri dan reaksi yang diidentifikasi
5. Beri “izin” mengekspresikan/ menghadapi marah terhadap penyerangan/situasi dalam cara yang dapat diterima.
6. Tetapkan diskusi pada tingkat praktis dan emosi, bukan dengan mengintelektualisasi pengalaman.
7. Identifikasi orang-orang yang dapat mendukung klien
8. Kolaborasi
9. Beri konsulen/ahli terapi yang peka yang khusus dilatih dalam manajemen krisis dan penggunaan terapi, misalnya psikoterapi (sebagai penunjang medikasi), terapi implosif, *flooding*, hipnosis, relaksasi, *rolfing*, kerja memori *(memory work*) atau restrukturisasi
10. Rujuk pada terapi okupasi, rehabilitasi vokasional

Berduka, maladaptif

1. Perhatikan ekspresi perasaan bersalah atau menyalahkan diri sendiri secara verbal/nonverbal
2. Akui realitas perasaan bersalah dan bantu klien untuk mengambil langkah ke arah resolusi
3. Beri penguatan bahwa klien membuat keputusan terbaik yang dapat dibuat waktunya
4. Perhatikan tanda dan tahap berduka terhadap diri sendiri dan/atau orang lain (misal; menyangkal, marah, tawar-menawar, depresi dan penerimaan)
5. Sadari adanya perilaku menghindar (misalnya marah, menarik diri)
6. Beri informasi tentang normalnya perasaan dan tindakan dalam hubungannya dengan tahap berduka
7. Identifikasi faktor budaya dan cara individu menghadapi kehilangan sebelumya. Tunjukkan kekuatan, keterampilan, koping positif individu
8. Beri penguatan penggunaan keterampilan koping efektif yang sebelumnya
9. Bantu orang terdekat untuk menghadapi respo klien
10. Kolaborasi dalam merujuk pada sumber lain (misalnya kelompok pendukung/ sebaya, konseling, psikoterapi, rohaniawan)

Beberapa tindakan keperawatan yang juga bisa dilakukan untuk mengatasi masalah kegawatdaruratan psikiatri menurut Dochterman & Bulecheck (2004):

1. *Abuse Protection Support*
   1. Identifikasi hal yang menyebabkan sulitnya pasien untuk mempercayai orang lain atau perasaan tidak menyukai satu sama lain
   2. Dengarkan penjelasan pasien mengenai kejadian yang terjadi
   3. Identifikasi apakah kejadian yang diceritakan pasien sesuai dengan mereka yang terlibat
   4. Monitor reaksi yang kurang atau reaksi yang berlebihan dari pasien
   5. Bantu keluarga untuk mengidentifikasi mekanisme koping untuk mengatasi situasi yang menyebabkan stress
   6. Berikan keluarga informasi mengenai tanda-tanda penyalahgunaan
2. *Active Listening*
   1. Jelaskan tujuan dari tindakan
   2. Bina hubungan saling percaya
   3. Gunakan pernyataan atau pertanyaan untuk menggali ekspresi pasien, baik pikiran, perasaan dan kepentingan
   4. Gunakan bahasa nonverbal untuk memfasilitasi komunikasi
   5. Dengarkan ungkapan dan perasaan yang tidak berekspresi dari percakapan
   6. Hati-hati dengan nada, tempo dan volume dari perkataan
   7. Waktu respon perawat yang tepat sehingga mencerminkan pemahaman pesan dari pasien diterima dengan baik oleh perawat
3. *Anger Control Assistance*
   1. Bina hubungan saling percaya
   2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
   3. Tentukan ekspektasi perilaku yang tepat untuk ekspresi kemarahan, mengingat tingkat fungsi kognitif dan fisik pasien
   4. Batasi pasien mengalami situasi yang frustasi sampai pasien bisa untuk mengekspresikan marah dengan cara yang adaptif
   5. Anjurkan pasien untuk mencari seseorang yang bertanggung jawab dan bisa dipercaya untuk mendampingi selama masa-masa ketegangan
   6. Cegah kegiatan intens seperti meninju tas, mondar-mandir atau kegiatan yang berlebihan
   7. Berikan umpan balik untuk membantu pasien mengidentifikasi amarahnya
4. *Environmental Management*
   1. Ciptakan lingkungan yang aman untuk pasien
   2. Identifikasi lingkungan yang aman yang dibutuhkan oleh pasien
   3. Singkirkan benda-benda yang dapat membahayakan pasien
   4. Kurangi lingkungan yang dapat menstimulasi keinginan pasien untuk bunuh diri

# TEKNIK PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum keperawatan Jiwa, dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# PRAKTIKUM 5 (WAKTU : 5 x 170 menit)

**TINDAKAN TERAPI MODALITAS**

Oleh :

Kasiati, S.Kep., Ns., M.Kep.

# LANDASAN TEORI

Terapi modalitas merupakan terapi utama dalam keperawatanjiwa. Sebagai seorang terapis, perawat harus mampu mengubah perilaku maladaftif pasien menjadi perilaku yang adaptif serta meningkatkan potensi yang dimiliki pasien. Ada bermacam-macam terapi modalitas dalam keperawatan jiwa seperti terapi individu, terapi keluarga, terapi bermain, terapi lingkungan dan terapi aktifitas kelompok. Terapi modalitas dapat dilakukan secara individu maupun kelompok atau dengan memodifikasi lingkungan dengan cara mengubah seluruh lingkungan menjadi lingkungan yang terapeutik untuk klien, sehingga memberikan kesempatan klien untuk belajar dan mengubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi.

Ada beberapa jenis terapi modalitas dalam keperawatan jiwa seperti:

# Terapi Individu

Adalah suatu hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien. Diaman hubungan yang terjalin merupakan hubungan yang disengaja dengan tujuan terapi, dilakukan dengan tahapan sistematis (terstruktur) sehingga melalui hubungan ini diharapkan terjadi perubahan tingkah laku klien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan di awal hubungan. Hubungan terstruktur dalam terapi individual ini, bertujuan agar klien mampu menyelesaikan konflik yang dialaminya. Selain itu klien juga diharapkan mampu meredakan penderitaan (distress) emosional, serta mengembangkan cara yang sesuai dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

Tahapan hubungan dalam terapi individual meliputi:

1. Tahapan Orientasi

Tahap orientasi dilakukan ketika perawat pertama kali berinteraksi dengan klien.dilaksanakan pada tahap ini, tindakan yang pertama kali harus dilakukan adalah membina hubungan saling percaya dengan klien. Hubungan saling percaya antara perawat dan klien sangat penting terjalin, karena dengan terjalinnya hubungan saling percaya, klien dapat diajak untuk mengekspresikan seluruh permasalahannya dan ikut

bekerja sama dalam menyelesaikan masalah yang dialami, sepanjang berhubungan dengan perawat. Bila hubungan saling percaya telah terbina dengan baik, tahapan berikutnya adalah klien bersama perawat mendiskusikan apa yang menjadi penyebab timbulnya masalah yang terjadi pada klien, jenis konflik yang terjadi, juga dampak dari masalah tersebut terhadap klien Tahapan orientasi diakhiri dengan adanya kesepakatan antara perawat dan klien tentang tujuan yang hendak dicapai dalam hubungan perawat-klien dan bagaimana kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan tersebut.

1. Tahapan Kerja

Pada tahaap ini perawat memiliki peran yang sangat penting sebagai seorang terapis dalam memberikan berbagi intervensi keperawatan. Keberhasilan pada tahap ini ditandai dengan kemampuan perawat dalam mengali dan mengeksplorasiklien untuk mengungkapkan permasalahan yang dialami. Pada tahap ini juga sangat penting seorang terapis Pada tahap ini, klien dibantu untuk dapat mengembangkan pemahaman tentang dirinya, dan apa yang terjadi dengan dirinya. Selain itu klien didorong untuk berani mengubah perilaku dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif.

1. Tahapan Terminasi

Tahap terminasi terjadi bila klen dan perawat menyepakati bahwa masalah yang mengawali terjalinnya hubungan terapeutik telah terselesaikan dan klien telah mempu mengubah perilaku dari maladaptif menjadi adaptif. Pertimbangan lain untuk melakukan terminasi adalah apabila klien telah merasa lebih baik, terjadi peningkatan fungsi diri, social dan pekerjaan, serta yang terpenting adalah tujuan terapi telah tercapai.

# Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan adalah suatu terapi yang dilakukan dengan cara mengubah atau menata lingkungan agar tercipta perubahan perilaku pada klien dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif. Proses terapi dilakukan dengan mengubah seluruh lingkungan menjadi lingkungan yang terapeutik untuk klien. Dengan lingkungan yang terapeutik akan memberikan kesempatan klien untuk belajar dan mengubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi. Penting sekali bagi seorang perawat untuk memberikan kesempatan,

dukungan, pengertian agar klien dapat berkembang menjadi pribadi yang bertanggung jawab.

Dengan terapi lingkungan klein belajar ketrampilan baru seperti mentaati aturan yang berlaku, selain itu klien belajar untuk mewujudkan haarapan dari lingkungan sekitar yang telah disepakti bersamaserta belajar untuk menghadapi dan meyelesaikan tekanan dari teman (peer group), serta belajar berinteraksi dengan orang lain. Tujuan akhir dari terapi lingkungan adalah meningkatnya kemampuan klien dalam berkomunikasi dan mengambil keputusan yang pada akhirnya harga diri klien meningkat. Selain itu dengan terapi lingkungan diajarkan cara beradaptasi dengan lingkungan baru di luar rumah sakit sepessrti lingkungan rumah, tempat kerja dan masyarakat.

# Terapi Biologis

Penerapan terapi biologis atau terapi somatic didasarkan pada model medical di mana gangguan jiwa dipAndang sebagai penyakit. PAndangan model ini berbeda dengan model konsep terapi yang lain yang, Karena model terapi ini memAndang bahwa gangguan jiwa murni dissebabkan karena adanya gangguan pada jiwa semata, tanpa mempertimbangkan adanya kelaianan patofisiologis. Proses terapi dilakukan dengan melakukan pengkajian spesifik dan pengelompokkasn gejala dalam sindroma spesifik. Perilaku abnormal dipercaya akibat adanya perubahan biokimiawi tertentu.

Beberapa jenis terapi somatic gangguan jiwa seperti: pemberian obat (medikasi psikofarmaka), intervensi nutrisi,electro convulsive therapy (ECT), foto terapi, dan bedah otak. Beberapa terapi yang sampai sekarang tetap diterapkan dalam pelayanan kesehatan jiwa meliputi medikasi psikoaktif dan ECT. 4. Terapi Kognitif Prinsip terapi ini adalah memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Proses terapi dilakukan dengan membantu menemukan stressos yang menjadi penyebab gangguan jiwa, selanjutnya mengidentifikasi dan mengubah pola fikir dan keyakinan yang tidak akurat menjadi akurat. Terapi kognitif berkeyakinan bahwa gangguan perilaku terjadi akibat pola keyakinan dan berfikir klien yang tidak akurat. Untuk itu salah satu prinsip terapi ini adalah modifikasi perilaku adalah dengan mengubah pola berfikir dan keyakinan tersebut. Fokus auhan adalah membantu klien untuk mengevaluasi kembali ide, nila yang diyakini serta harapan dan kemudian dilanjutkan dengan menyusun perubahan kognitif.

Pemberian terapi kognitif bertujuan untuk :

1. Mengembangkan pola berfikir yang rasional.

Mengubah pola berfikir tak rasional yang sering mengakibatkan gangguan perilaku menjadi pola berfikir rasional berdasarkan fakta dan informasi yang actual.

1. Membiasakan diri selalu menggunakan cara berfikir realita dalam menanggapi setiap stimulus sehingga terhindar dari distorsi pikiran.
2. Membentuk perilaku baru dengan pesan internal. Perilaku dimodifikasi dengan terlebih dahulu mengubah pola berfikir. Bentuk intervensi dalam terapi kognitif meliputi mengajarkan untuk mensubstitusi pikiran klien, belajar penyelesaian masalah dan memodifikasi percakapan diri negatif.

# Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah terapi yang diberikan kepada seluruh anggota keluarga dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsi sebagai terapis. Terapi ini bertujuan agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya dalam merawat klien dengan gangguan jiwa. Untuk itu sasaran utama terapi jenis ini adalah keluarga yang mengalami disfungsi; yaitu keluarga yang tidak mampu melaksanakan fungsi-fungsi yang dituntut oleh anggotanya. Dalam terapi keluarga semua masalah keluarga yang dirasakan diidentifikasi selanjutnya setiap anggota keluarga mengidentifikasi penyebab masalah tersebut dan kontribusi setiap anggota keluarga terhadap munculnya masalah.untuk kemudian mencari solusi untuk mempertahankan keutuhan keluarga dan meningkatkan atau mengembalikan fungsi keluarga seperti yang seharusnya.

Proses terapi keluarga terdiri dari tiga tahapan yaitu fase 1 (perjanjian), fase 2 (kerja), fase 3 (terminasi). Di fase pertama perawat dan klien mengembangkan hubungan saling percaya, isu-isu keluarga diidentifikasi, dan tujuan terapi ditetapkan bersama. Kegiatan di fase kedua atau fase kerja adalah keluarga dengan dibantu oleh perawat sebagai terapis berusaha mengubah pola interaksi antar anggota keluarga, meningkatkan kompetensi masing-masing anggota keluarga, dan mengeksplorasi batasan-batasan dalam keluarga serta peraturan-peraturan yang selama ini ada. Terapi keluarga diakhiri di fase terminasi di mana keluarga mampu memecahkan masalah yang dialami dengan mengatasi berbagai isu yang timbul. Keluarga juga diharapkan dapat mempertahankan perawatan yang berkesinambungan.

# Terapi Aktifitas Kelompok

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

# Manfaat TAK

Secara umum terapi aktivitas kelompok mempunyai manfaat:

* + 1. Meningkatkan kemampuan menilai dan menguji kenyataan (reality testing) melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain.
    2. Meningkatkan kemampuan sosialisasi pasien
    3. Meningkatkan kesadaran tentang pentingnya hubungan antara reaksi emosional diri sendiri dengan perilaku defensive (bertahan terhadap stress) dan adaptasi.
    4. Membangkitkan motivasi bagi kemajuan fungsi-fungsi psikologis seperti kognitif dan afektif.

Secara khusus tujuan terapi aktifitas kelompok adalah

1. Meningkatkan identitas diripasien .
2. Menyalurkan emosipasien secara konstruktif.
3. Meningkatkan keterampilan hubungan sosial yang akan membantu pasien didalam kehidupan sehari-hari.
4. Bersifat rehabilitatif: meningkatkan kemampuan ekspresi diri, keterampilan sosial, kepercayaan diri, kemampuan empati, dan meningkatkan kemampuan tentang masalah-masalah kehidupan dan pemecahannya.

# Jenis Terapi Aktifitas Kelompok

* + 1. **TAK: Stimulasi Persepsi**
       1. Definisi:

Terapi aktivitas kelompok (TAK): Stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan akivitas sebagai stimulus yang terkait dengan pengalaman dan atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternatif penyelesaian masalah. Fokus terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi adalah membantu pasien yang mengalami kemunduran orientasi.Terapi ini sangat efektif untuk pasein yang mengalami gangguan persepsi; halusinasi, menarik diri , gangguan orientasi realitas, kurang

inisiatif atau ide. Pasien yang mengikuti kegiatan terapi ini merupakan pasien yang kooperatif, sehat fisik, dan dapat berkomunikasi verbal.

* + - 1. Tujuan TAK stimulasi persepsi

Tujuan umum : pasien memiliki kemampuan dalam menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh paparan stimulus yang diterimanya

Tujuan khususnya:

* + - * 1. Pasien dapat mempersepsikan stimulus yang dipaparkan kepadanya dengan tepat.
        2. Klien dapat menyelesaikan masalah yang timbul dari stimulus yang dialami.
      1. Aktivitas dalam TAK terbagi dalam empat bagian
         1. Mempersepsikan stimulus nyata sehari-hari yaitu: Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi yang dilakukan adalah: menonton televisi. membaca majalah/koran/artikel dan melihat gambar.
         2. Stimulus nyata dan respons yang dialami dalam kehidupan Untuk TAK ini pasien yang mengikuti adalah pasien dengan halusinasi, dan pasien menarik diri yang telah mengikuti TAKS, dan pasien dengan perilaku kekerasan.

Aktivitas ini dibagi dalam beberapa sesi yang tidak dapat dipisahkan, yaitu :

* Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mengenal kekerasan yang bisa dilakukan materi terapi ini meliputi penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan; akibat perilaku kekerasan.
* Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan fisik
* Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mencegah perilaku kekerasan melalui interaksi sosial asertif;
* Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mencegah perilaku kekerasan melalui kepatuhan minum obat;
* Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mencegah perilaku kekerasan melalui kegiatan ibadah.
  + - * 1. Stimulus yang tidak nyata dan respons yang dialami dalam kehidupan Aktivitas dibagi dalam beberapa sesi yang tidak dapat dipisahkan, yaitu:Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi : mengenal halusinasi

# Terapi Aktifitas Kelompok Sosialisasi

Tujuan umum dari terapi aktifitas kelompok sosialisasi adalah meningkatkan kemampuan sosialisasi pada pasien dengan isolasi sosial.

Sedangkan tujuan khususnya adalah:

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

Kriteria pasien yang dapat mengikuti terapi aktifitas kelompok sosialisasi

adalah

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

# Tahapan terapi aktifitas kelompok (TAK)

Terapi aktifitas kelompok terdiri dari 4 fase yaitu:

* + 1. Fase Prakelompok:

Fase ini dimulai dengan membuat tujuan terapi, menentukan leader, jumlah anggota, kriteria anggota, tempat dan waktu kegiatan serta media yang digunakan. Jumlah anggota pada terapi kelompok biasanya 7-8 orang. Sedangkan jumlah minimum 4 dan maksimum 10. Kriteria anggota yang da mengikuti terapi aktifitas kelompok adalah: sudah terdiagnosa baik medis maupun keperawatan, tidak terlalu gelisah, tidak agresif, serta tidak terdiagnosa dengan waham.

* + 1. Fase Awal Kelompok

Fase ini ditandai dengan timbulnya ansietas karena masuknya anggota kelompok, dan peran baru. fase ini terbagi atas tiga fase, yaitu orientasi, konflik, dan kohesif.

* + - 1. Tahap orientasi

Pada fase ini anggota mulai mencoba mengembangkan sistem sosial masingmasing, leader menunjukkan rencana terapi dan menyepakati kontrak dengan anggota.

* + - 1. Tahap konflik

Merupakan masa sulit dalam proses kelompok. Pemimpin perlu memfasilitasi ungkapan perasaan, baik positif maupun negatif dan membantu kelompok mengenali penyebab konflik. Serta mencegah perilaku perilaku yang tidak produktif

* + - 1. Tahap kohesif

Anggota kelompok merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih intim satu sama lain

* + 1. Fase Kerja Kelompok

Pada fase ini, kelompok sudah menjadi tim. Kelompok menjadi stabil dan realistis. Pada akhir fase ini, anggota kelompok menyadari produktivitas dan kemampuan yang bertambah disertai percaya diri dan kemandirian

* + 1. Fase Terminasi

Fase ini ditandai oleh perasaan puas dan pengalaman kelompok akan digunakan secara individual pada kehidupan sehari-hari. Terminasi dapat bersifat sementara (temporal) atau akhir.

# Terapi Perilaku

Anggapan dasar dari terapi perilaku adalah bahwa perilaku timbul akibat proses pembelajaran. Teknik dasar yang digunakan dalam terapi jenis ini adalah:

* 1. Role model
  2. Kondisioning operan
  3. Desensitisasi sistematis
  4. Pengendalian diri
  5. Terapi aversi atau releks kondisi

Strategi teknik role model adalah mengubah perilaku dengan memberi contoh perilaku adaptif untuk ditiru klien. Dengan teknik ini klien akan mencontoh dan

mampelajarisertameniru perilaku tersebut. Teknik ini biasanya dikombinasikan dengan teknik konditioning operan dan desensitisasi.Konditioning operan disebut juga penguatan positif pada teknik ini seorang terapis memberi penghargaan kepada klien terhadap perilaku yang positif yang telah ditampilkan oleh klien. Dengan penghargaan dan umpan balik positif diharapkan klien akan mempertahankan atau meningkatkannya.

Terapi perilaku yang sangat cocok diterapkan pada klien fobia adalah teknik desensitisasi sistematis yaitu teknik mengatasi kecemasan terhadap sesuatu stimulus atau kondisi dengan cara bertahap. Dalam keadaan relaks, secara bertahap klien diperkenalkan /dipaparkan terhadap stimulus atau situasi yang menimbulkan kecemasan.Intensitas pemaparan stimulus makin meningkat seiring dengan toleransi klien terhadap stimulus tersebut. Hasil akhir dari terapi ini adalah klien berhasil mengatasi ketakutan atau kecemasannya akan stimulus tersebut. Untuk mengatasi perilaku maladaptive, klien dapat dilatih dengan menggunakan teknik pengendalian diri. Bentuk latihannya adalah berlatih mengubah kata-kata negatif menjadi kata-kata positif. Apabila ini berhasil maka, klien memiliki kemampuan untuk mengendalikan perilaku sehingga terjadinya penurunan tingkat distress klien. Mengubah perilaku dapat juga dilakukan dengan memberi penguatan negatif. Caranya adalah dengan memberi pengalaman ketidaknyamanan untuk mengubah perilaku yang maladaptive. Bentuk ketidaknyamanan, dapat berupa menghilangkan stimulus positif sebagai “punishment” terhadap perilaku maladaptive tersebut. Dengan teknik ini klien belajar untuk tidak mengulangi perilaku demi menghindari konsekuensi negatif yang akan diterima akibat perilaku negatif tersebut.

# Terapi Bermain

Terapi bermain diterapkan karena ada anggapan dasar bahwa anak-anak akan dapat berkomunikasi dengan baik melalui permainan dari pada dengan ekspresi verbal. Dengan bermain perawat dapat mengkaji tingkat perkembangan, status emosional anak, hipotesa diagnostiknya, serta melakukan intervensi untuk mengatasi masalah anak. Prinsip terapi bermain meliputi membina hubungan yang hangat dengan anak, merefleksikan perasaan anak yang terpancar melalui permainan, mempercayai bahwa anak dapat menyelesaikan masalahnya, dan kemudian menginterpretasikan perilaku anak tersebut.

Terapi bermain diindikasikan untuk anak yang mengalami depresi, ansietas, atau sebagai korban penganiayaan (abuse). Terapi bermain juga dianjurkan untuk klien dewasa yang mengalami stress pasca trauma, gangguan identitas disosiatif dan klien yang mengalami penganiayaan.

# TEKNIK PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum keperawatan Jiwa, dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# TATA TERTIB

Berikut ini adalah tata tertib pelaksanaan praktikum.

* 1. Untuk Mahasiswa
     1. Anda harus hadir 10 menit di tempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung
     2. Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan nama
     3. Diwajibkan menggunakan sepatu. Bila pembimbing Anda menginginkan melepas sepatu ketika memasuki ruang praktikum, maka Anda wajib mematuhinya.
     4. Pada saat praktikum berlangsung Anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai
     5. Anda harus menyiapkan alat tulis sendiri karena pembimbing tidak mempersiapkannya
     6. Semua kelengkapan untuk praktikum Anda harus siapkan seperti format laporan pendahuluan, format strategi pelaksanaan dan format asuhan keperawatan serta lembar evaluasi
     7. Selama kegiatan praktikum berlangsung Anda diberikan kesempatan untuk ke kamar kecil sebelum kegiatan berlangsung dan tidak diperbolehkan makan dan minum ketika kegiatan praktikum sedang berlangsung.
  2. Untuk Pembimbing
     1. Anda harus hadir 10 menit di tempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung
     2. Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan papan nama
     3. Pada saat praktikum berlangsung Anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai
     4. Memberikan penilaian sesuai format yang ada dan menyerahkannya kepada koordinator mata ajar.
     5. Selama kegiatan praktikum berlangsung Anda tidak diperkenankan untuk melakukan kegiatan lain yang dapat mengganggu kegiatan praktikum.

# SANGSI

* 1. Apabila terjadi pelanggaran terhadap tata tertib yang berlaku akan diberikan sangsi oleh akademik sesuai berat ringannya pelanggaran
  2. Apabila menghilangkan/merusak alat yang dipakai dalam praktikum wajib mengganti

# EVALUASI

Untuk menilai keberhasilan capaian pembelajaran kegiatan praktikum dilakukan evaluasi, yang meliputi :

* 1. Kognitif/pengetahuan yaitu responsi dan partisipasi dalam diskusi
  2. Sikap : yaitu sikap mahasiswa saat melaksanakan prosedur meiputi kesopanan, komunikasi, ketelitian, kesabaran dan respon terhadap anak/klien
  3. Psikomotor : mampu melakukan prosedur sesuai SOP dengan tepat dan benar

# REFERENSI

Carpenito, L.J. 1998. Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Edisi 8. Jakarta: EGC.

Corr, Charless A, Clyde Nabe, Clyde M. Nabe, Donna M. Corr. (2003). *Death and Dying, Life and Living*. Brooks: Cole

Depkes RI. 1998. Buku Standar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Penerapan Standar Asuhan Keperawatan pada Kasus di RSJ dan RS Ketergantungan Obat. Jakarta.

Dochtermen, joanne M & Bulecheck, Gloria N. 2004. *Nursing Intervention Classification. Fourth Edition.* United States Of America: Mosby

Kaplan & Saddock.1997.*Sinopsis Psikiatri .*Jakarta: Bina Rupa Aksara

Keliat, B.A., Herawati N., Panjaitan R.U., dan Helena N. 1999. Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC.

Mahardika, M.(2013). *Pengkajian Kegawatdaruratan Jiwa*. Diakses melalui <http://www.scribd.com/doc/154394539/pengkajian-baru-RUFA> tanggal 29

September 2014

McCloskey, J.C. (2004). *Nursing Interventions Classification (NIC). Fourth Edition*.

Missouri: Mosby Elsevier.

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

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

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

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

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

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

Stuart, G.W. dan Laraia, M.T. 2005. Principle and Practise of Psychiatric Nursing, 8th Edition. Elsevier Mosby Inc.

Stuart, G. W. dan Sundeen S. J. 2002. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 3. Jakarta : ECG.

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

Yosep, Iyus. 2011. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama

# LAMPIRAN

Identitas

1. Nama pasien :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Status perkawinan :

FORMAT PENGKAJIAN

1. Orang yang berarti : suami/istri/anak/ibu
2. Pekerjaan : TNI/Polisi/PNS/Swasta
3. Pendidikan :
4. Tanggal masuk :
5. Tanggal pengkajian :
6. Diagnosis medik :

Keluhan Utama Klien dan Keluarga:

……………………………......…................................................................................................

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

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

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

Tanyakan

1. Apa yang terjadi di rumah sampai pasien dibawa ke rumah sakit
2. Apa yang dirasakan keluarga hingga pasien dibawa ke rumah sakit
3. Perilaku apa yang diperlihatkan pasien hingga pasien dibawa ke rumah sakit Faktor predisposisi :
4. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? Ya  Tidak Petunjuk: (tanyakan pada keluarga atau pasien)
   1. Tanyakan apakah pernah mengalami gangguan jiwa? Jika Ya ini perawatan yang keberapa?
   2. Tanyakan pertama kali pasien dirawat di RS jiwa atau mulai kapan pasien mengalami gangguan jiwa
   3. Kapan terakhir pasien dirawat di RS dan Berapa lama dirawat?
   4. Apakah pasisen pulang atas persetujuan dokter atau pulang paksa.
   5. Tanyakan apa yang menyebabkan pasien kembali dirawat
5. Pengobatan sebelumnya  Berhasil  Kurang berhasil  Tidak berhasil Petunjuk
   1. Tanyakan bagaimana pengobatan (minum obat dan perawatan di rumah oleh keluarga) apakah ada yang membantu untuk mengingatkan minum obat dan mengajarkan perawatan di rumah
   2. Bila kurang /tidak berhasil, kenapa ?
6. Riwayat Penganiayaan Pelaku/Usia Korban/Usia Saksi/Usia 1. Aniaya fisik  /.........  /.........  /.........

2. Aniaya seksual  /.........  /.........  /.........

3. Penolakan  /.........  /.........  /.........

4. Kekerasan dalam keluarga  /.........  /.........  /.........

5. Tindakan kriminal  /.........  /.........  /.........

Jelaskan No. 1, 2, 3 : ………………………………………………...

………………………………………………………………………………... Masalah Keperawatan:

……………………………………………….……………………………….. Petunjuk :

Tanyakan apakah pasien pernah memiliki riwayat penganiayaan

1. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ? Ya  Tidak Hubungan keluarga : ……………………………………………….

Gejala : ………………………………………......…

Riwayat pengobatan : .………………………………………………

Masalah keperawatan : ..……………………………………………..

1. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan,

Jelaskan : ………..…………………………………………………...........……

………..…………………………………………………...........……

Masalah keperawatan : ……………………………………………………………………….

Petunjuk :

Tanyakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yang mempengaruhi dan menghantui kehidupan klien hingga saat ini sehingga mengakibatkan pasien mengalami gangguan jiwa.

Fisik.

* 1. Tanda vital :

TD:……….. Nadi:…………… Suhu:……… Pernafasan:………..

* 1. Ukur :

TB………….

* 1. Keluhan fisik: □Ya □ Tidak Jelaskan :

……………….…………………………………..………..…………………………………………

…………………….…………………………………..………..……………………………………

……………...........…… Masalah keperawatan:

……………….…………………………………..………..…………………………………………

………...........…… Tanyakan:

1. Apakah pasien mengalami keluhan fisik? Bila Ya apa keluhan tersebut
2. Apakah keluhan fisik pasien mengakibatkan gangguan jiwa atau maslah lainnya. Genogram

Jelaskan :

……………….…………………………………..………..…………………………………………

…………………….…………………………………..………..……………………………………

……………...........…….......................................................................................................................

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

Masalah keperawatan :

……………….…………………………………..………..…………………………………………

………...........……

Petunjuk :

1. Buat genogram tiga generasi
2. Jelaskan hubungan pasien dengan keluarga terutama yang mengalami gangguan jiwa

Konsep diri

* 1. Gambaran diri :
  2. Identitas :
  3. Peran :
  4. Ideal diri :
  5. Harga diri :

Jelaskan :

………………………………………………………………………..…………………

…………………………………………………………………………..………………

…………………………………...........……...................................................................

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

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

Masalah keperawatan :

………………………………………………………………………..…………………

………………………………...........…… Petunjuk :

Tanyakan konsep diri klien jelaskan dengan rinci Hubungan sosial.

a. Orang yang berarti :……………………………………………..

b. Peran serta dalam kelompok :…………………………………..

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:……..............

Masalah keperawatan :…………………………………

Spritual.

a. Nilai dan keyakinan : ………………………………………….

b. Kegiatan Ibadah : ………………………………………….

Status mental

1. Penampilan. Rapih Tidak rapi
2. Penggunaan pakaian tidak sesuai
3. Cara berpakaian tidak seperti biasanya Jelaskan (dengan terperinci)

………..…………………………………………………………………………………

……………………….....................................................................………..…………

…………………………………………………………………………………………

……...........

Masalah keperawatan :

………..…………………………………………………………………………………

………………………...........

1. Pembicaraan □Cepat □ Keras □ Gagap □ Inkoheren Apatis □ Lambat □ Membisu

* Tidak mampu memulai pembicaraan Jelaskan : ( dengan terperinci)

………..…………………………………………………………………………………

….......................................................................................................…………………

…...........

………..…………………………………………………………………………………

………………………...........

Masalah keperawatan :

………..…………………………………………………………………………………

…....................................................………..……………………………………………

……………………………………………………………...........

1. Aktivitas Motorik

* Lesu □ Tegang □ Agitasi Tremor □ Gelisah Jelaskan : (dengan terperinci)

………..…………………………………………………………………………………

…………..………………………………………………………………………………

…………………………........... Masalah keperawatan :

………..…………………………………………………………………………………

…………..………………………………………………………………………………

…………………………...........

1. Interaksi selama wawancara

□Bermusuhan □ Tidak kooperatif □ Defensif □Mudah tersinggung □ Kontak mata kurang □ Curiga

Jelaskan (dengan terperinci)

………..…………………………………………………………………………………

………………………...............………..………………………………………………

…………………………………………………………........... Masalah keperawatan :

………..…………………………………………………………………………………

…………..………………………………………………………………………………

…………………………...........

1. Alam Perasaan

□Sedih □ Ketakutan □ Putus asa □ Khawatir □ Gembira berlebihan Jelaskan : (dengan terperinci)

………..…………………………………………………………………………………

…………..………………………………………………………………………………

……

Masalah keperawatan :

………..…………………………………………………………………………………

…………..………………………………………………………………………………

…………………………...........

1. Daya tilik diri
2. Mengingkari penyakit yang di derita
3. Menyalahkan hal-hal di luar dirinya Jelaskan :

………..…………………………………………………………………………………

…………..………………………………………………………………………………

…………………………........... Masalah keperawatan :

………..…………………………………………………………………………………

…………..………………………………………………………………………………

…………………………...........