

Buku Ajar

KEPERAWATAN

PSIKIATRI

Ira Oktavia Siagian • Mamnuah • Fathra Annis Nauli
Atika Jatimi • Rasmawati



BUKU AJAR

KEPERAWATAN PSIKIATRI

Penulis:

Ns. Ira Oktavia Siagian, M.Kep., Sp.Kep.J.

Dr. Ns. Mamnuah, M.Kep., Sp.Kep.J.

Ns. Fathra Annis Nauli, M.Kep., Sp.Kep.J.

Ns. Atika Jatimi, S.Kep., M.Kep.

Ns. Rasmawati, M.Kep., Sp.Kep.J.



BUKU AJAR KEPERAWATAN PSIKIATRI

Penulis:

Ns. Ira Oktavia Siagian, M.Kep., Sp.Kep.J.
Dr. Ns. Mamnuah, M.Kep., Sp.Kep.J.
Ns. Fathra Annis Nauli, M.Kep., Sp.Kep.J.
Ns. Atika Jatimi, S.Kep., M.Kep.
Ns. Rasmawati, M.Kep., Sp.Kep.J.

Desain Sampul: Qo'is Ali Humam

Penata Letak: Yang Yang Dwi Asmoro

ISBN: 978-623-8775-47-7

Cetakan Pertama: Oktober, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat dan rahmat-Nya, Buku Ajar "Keperawatan Psikiatri" ini dapat terselesaikan dengan baik. Buku ini hadir sebagai upaya untuk memberikan pemahaman mendalam dan komprehensif mengenai konsep, teknik, dan aplikasi komunikasi terapeutik dalam praktik keperawatan, yang sangat penting dalam membangun hubungan profesional antara perawat dan klien.

Buku ini disusun oleh para penulis yang ahli di bidangnya dan berpengalaman dalam praktik keperawatan. Setiap bab dalam buku ini dirancang untuk memberikan pemahaman yang menyeluruh dan mendalam tentang aspek-aspek keperawatan psikiatrik :

- Bab 1 membahas "Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Perilaku Kekerasan dan Resiko Bunuh Diri" oleh Mamnuah. Bab ini membahas tentang bagaimana asuhan keperawatan diberikan pada diagnosa perilaku kekerasan dan resiko bunuh diri.
- Bab 2 tentang "Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Waham dan Halusinasi" oleh Fathra Annis Nauli, yang menjelaskan memberikan pelayanan/asuhan keperawatan jiwa dan integrasi keperawatan jiwa pada area keperawatan lainnya.
- Bab 3 mengulas "Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Defisit Perawatan Diri" yang ditulis oleh Ira Ocktavia Siagian. Bab ini memberikan dasar pemahaman mengenai asuhan keperawatan jiwa melalui implementasi yang diberikan perawatan kepada pasien.
- Bab 4 mengangkat "Asuhan Keperawatan Jiwa Klien dan Keluarga Akibat Covid-19 dan Penyakit Kronis : HIV-AIDS" oleh Atika Jatimi, yang membahas Bagaimana mengaplikasikan manajemen pelayanan keperawatan jiwa profesional klinik dan komunitas.
- Bab 5 berfokus pada "Konsep Recovery : Karakteristik Recovery, Model dan Supportive Environment" yang ditulis oleh Rasmawati. Bab ini menguraikan pendekatan recovery yang holistik dan memahami peran lingkungan dalam mendukung individu dalam perjalanan ODGJ menuju pemulihan.

Kami berharap buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan, praktisi perawat, dan profesional kesehatan lainnya yang ingin memperdalam pengetahuan dan keterampilan dalam keperawatan psikiatrik.

Semoga buku ini dapat memberikan kontribusi positif dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di berbagai setting pelayanan kesehatan khususnya di keperawatan jiwa.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua penulis dan semua pihak atas kontribusi ilmu dan waktu yang telah diberikan dalam penyusunan buku ini. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada semua pihak yang telah mendukung terbitnya buku ini.

Akhir kata, kami menyadari bahwa buku ini masih memiliki keterbatasan, baik dari segi isi maupun penyajian. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk penyempurnaan edisi berikutnya.

Selamat membaca!

Oktober, 2024

Penulis,

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DAN RISIKO BUNUH DIRI	1
A. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan	3
B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Risiko Bunuh Diri.....	8
C. Latihan Soal.....	13
D. Rangkuman Materi.....	15
E. Glosarium.....	15
Daftar Pustaka	16
BAB 2 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI WAHAM DAN HALUSINASI	17
A. Konsep Waham	19
1. Pengertian	19
2. Proses Terjadinya Waham.....	19
3. Klasifikasi Waham.....	20
4. Tanda Gejala Waham	21
5. Rentang Respon	22
6. Model Konseptual Sigmund Freud (Psikoanalisa).....	22
7. Pengkajian Pasien Waham.....	23
B. Konsep Halusinasi.....	31
1. Definisi Halusinasi	31
2. Proses Terjadinya Halusinasi	31
3. Klasifikasi Halusinasi	32
4. Tanda Gejala Halusinasi.....	33
5. Rentang Respon Halusinasi	34
6. Penyebab Halusinasi.....	36
7. Tahapan Halusinasi.....	37

8. Pengkajian Pasien Halusinasi	39
9. Tindakan keperawatan	40
C. Latihan Soal.....	44
D. Rangkuman Materi.....	48
E. Glosarium.....	50
Daftar Pustaka	51

BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI DEFISIT PERAWATAN DIRI53

A. Defisit Perawatan Diri.....	54
B. Jenis-Jenis Defisit Perawatan Diri.....	54
C. Etiologi Defisit Perawatan Diri	54
D. Rentang Respon Defisit Perawatan Diri.....	55
E. Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri.....	56
F. Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	57
G. Latihan Soal.....	60
H. Rangkuman Materi.....	60
I. Glosarium.....	60
Daftar Pustaka	61

BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN JIWA KLIEN DAN KELUARGA AKIBAT COVID-19 DAN PENYAKIT KRONIS: HIV-AIDS.....63

A. Masalah Psikososial Akibat COVID-19	65
B. Penyebab Masalah Psikososial Akibat Covid-19	67
C. Tanda dan Gejala Masalah Psikososial Akibat Covid-19	67
D. Intervensi Masalah Psikososial Akibat Covid-19	69
1. Membantu Lansia Mengatasi Stres Selama Wabah COVID-19.....	69
2. Mendukung Kebutuhan Penyandang Disabilitas Selama Wabah COVID-19.....	69
3. Pesan dan Kegiatan untuk Membantu Anak-Anak Menghadapi Stres Selama Wabah COVID-19.....	70
4. Kegiatan DKJPS (Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial) untuk Orang Dewasa dalam Isolasi/Karantina	70
5. Mendukung Orang yang Terlibat dalam Respons COVID-19.....	71

6. Pesan-Pesan DKJPS Masyarakat Selama Wabah COVID-19.....	71
E. Asuhan Keperawatan Jiwa Akibat Penyakit Kronis: HIV-AIDS	72
1. Pengkajian.....	72
2. Faktor Penyebab Masalah Psikososial	73
3. Masalah Keperawatan.....	73
4. Intervensi.....	74
F. Latihan Soal.....	74
G. Rangkuman Materi.....	75
H. Glosarium.....	76
Daftar Pustaka	76
BAB 5 KONSEP RECOVERY DAN SUPPORTIVE ENVIRONMENT.....	79
A. Konsep <i>Recovery</i>	81
B. Prinsip Pemulihan ODGJ	82
C. Dukungan dalam Upaya <i>Recovery</i>	85
D. Asuhan Keperawatan pada Tahap <i>Recovery</i>	91
E. Latihan Soal.....	93
F. Rangkuman Materi.....	96
G. Glosarium.....	96
Daftar Pustaka	97
PROFIL PENULIS.....	99

BAB 1

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DAN RISIKO BUNUH DIRI

Pendahuluan

Topik ini membahas masalah gangguan jiwa tentang risiko perilaku kekerasan dan risiko bunuh diri. Topik ini terdiri dari: definisi, faktor risiko, kondisi klinik terkait dan hubungan terapeutik dalam melakukan asuhan keperawatan risiko perilaku kekerasan dan risiko bunuh diri. Pendekatan yang digunakan meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pengalaman belajar ini akan berguna dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan jiwa dan integrasi keperawatan jiwa pada area keperawatan lainnya.

Tujuan Instruksional

Setelah mempelajari buku ajar keperawatan jiwa ini mahasiswa mampu: memahami dan mengaplikasikan issue dan trend keperawatan jiwa.

1. Menjelaskan konsep teori risiko perilaku kekerasan dan risiko bunuh diri
2. Melakukan pengkajian
3. Menegakkan diagnosis keperawatan
4. Membuat intervensi keperawatan
5. Melakukan implementasi
6. Melakukan evaluasi

Capaian Pembelajaran

1. Mampu melakukan interaksi dengan pasien menggunakan tahapan komunikasi terapeutik
2. Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif
3. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan data yang ditemukan dan memprioritaskan diagnosis keperawatan

4. Mampu menyusun rencana tujuan keperawatan dan rencana intervensi sesuai dengan prioritas diagnosis keperawatan
5. Mampu melakukan implementasi keperawatan
6. Mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan
7. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan

Uraian Materi

A. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian

a. Definisi

Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain.

b. Faktor Risiko

- 1) Pemikiran waham/delusi
- 2) Curiga pada orang lain
- 3) Halusinasi
- 4) Berencana bunuh diri
- 5) Disfungsi sistem keluarga
- 6) Kerusakan kognitif
- 7) Disorientasi atau konfusi
- 8) Kerusakan kontrol impuls
- 9) Persepsi pada lingkungan tidak akurat
- 10) Alam perasaan depresi
- 11) Riwayat kekerasan pada hewan
- 12) Kelainan neurologis
- 13) Lingkungan tidak teratur
- 14) Penganiayaan atau pengabaian anak
- 15) Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain
- 16) Impulsif
- 17) Ilusi

c. Kondisi Klinis Terkait

- 1) Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual
- 2) Sindrom otak organik (mis. Penyakit Alzheimer)
- 3) Gangguan perilaku
- 4) *Oppositional defiant disorder*
- 5) Depresi
- 6) Serangan panik
- 7) Gangguan *Tourette*
- 8) Delirium
- 9) Demensia

- 10) Gangguan amnestik
 - 11) Halusinasi
 - 12) Upaya bunuh diri
 - 13) Abnormalitas neurotransmitter otak
2. Diagnosis Keperawatan

Rumusan diagnosis keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan dibuktikan dengan faktor risiko (dipilih sesuai kasus).
 3. Tujuan Keperawatan
 - a. Luaran Utama: Kontrol diri
 - b. Luaran Pendukung: harga diri, orientasi kognitif, status orientasi.
 4. Intervensi Keperawatan
 - a. Intervensi Utama: pencegahan perilaku kekerasan, promosi coping.
 - b. Intervensi Tambahan:
 - 1) Biblioterapi
 - 2) Dukungan coping keluarga
 - 3) Dukungan pengungkapan perasaan
 - 4) Dukungan perkembangan spiritual
 - 5) Dukungan perlindungan penganiayaan
 - 6) Dukungan emosional
 - 7) Latihan asertif
 - 8) Latihan memori
 - 9) Manajemen delirium
 - 10) Manajemen demensia
 - 11) Manajemen isolasi
 - 12) Manajemen lingkungan
 - 13) Dukungan spiritual
 - 14) Edukasi manajemen stress
 - 15) Edukasi Teknik pengingat
 - 16) Fasilitasi penampilan peran
 - 17) Fasilitasi pengungkapan kebutuhan
 - 18) Konseling
 - 19) Konsultasi
 - 20) Manajemen waham
 - 21) Pelibatan keluarga
 - 22) Pemberian obat
 - 23) Pencegahan bunuh diri

- 24) Pencegahan resiko lingkungan
 25) Skrining penganiayaan/persekusi

Tabel 1.1 Rencana Tindakan Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil	Intervensi
D.0146. Risiko Perilaku Kekerasan dibuktikan dengan faktor risiko (dipilih sesuai kasus yang ditemukan)	<p>Kontrol Diri membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain. 2. Verbalisasi umpatan 3. Perilaku menyerang 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar 6. Perilaku agresif/amuk 7. Suara keras 8. Bicara ketus 	<p>Pencegahan perilaku kekerasan</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2. Libatkan keluarga dalam perawatan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara assertif 3. Latih mengurangi kemaharahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita)

		<p>Promosi coping</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan 2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan 3. Identifikasi permahaman proses penyakit 4. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 5. Identifikasi metode penyelesaian masalah 6. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perubahan peran yang dialami 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan 3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri 4. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri 5. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri 6. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>7. Berikan pilihan realistik mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan</p> <p>8. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistik</p> <p>9. Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan</p> <p>10. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada di bawah tekanan</p> <p>11. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial</p> <p>12. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia</p> <p>13. Dampingi saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan)</p> <p>14. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama</p> <p>15. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang cepat</p> <p>16. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama</p> <p>2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 4. Anjurkan keluarga terlibat 5. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik 6. Anjurkan cara memecahkan masalah secara konstruktif 7. Latih penggunaan teknik relaksasi 8. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan 9. Latih mengembangkan penilaian obyektif
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Evaluasi :

- a. Penurunan factor risiko dan kondisi klinis terkait diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan.
- b. Peningkatan kemampuan klien mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara pencegahan perilaku kekerasan dan manajemen coping.
- c. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien.

B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Risiko Bunuh Diri

1. Pengkajian
 - a. Definisi
Berisiko melakukan upaya menyakiti diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan.
 - b. Faktor Risiko
 - 1) Gangguan perilaku (mis. Euphoria mendadak setelah depresi, perilaku mencari senjata berbahaya, membeli obat dalam jumlah banyak)
 - 2) Demografi (mis. Lansia, status perceraian, janda/duda, ekonomi rendah, pengangguran)
 - 3) Gangguan fisik (mis. nyeri kronis, penyakit terminal)

- 4) Masalah sosial (mis. berduka, tidak berdaya, putus asa, kesepian, kehilangan hubungan yang penting, isolasi sosial)
 - 5) Gangguan psikologis (mis. penganiayaan masa kanak-kanak, gangguan psikiatrik, penyakit psikiatrik, penyalahgunaan zat)
- c. Kondisi Klinis Terkait
- 1) Sindrom otak akut/kronis
 - 2) Ketidakseimbangan hormon (mis. premenstrual syndrome, postpartum psychosis)
 - 3) Penyalahgunaan zat
 - 4) Post traumatic stress disorder (PTSD)
 - 5) Penyakit kronis/terminal (mis. kanker)
2. Diagnosis Keperawatan
- Rumusan diagnosis keperawatan: Risiko Bunuh Diri dibuktikan dengan faktor risiko (dipilih sesuai kasus).
3. Tujuan Keperawatan
- a. Luaran Utama: Kontrol diri
 - b. Luaran Pendukung: dukungan keluarga, dukungan sosial, harapan, harga diri, kesadaran diri, status orientasi, dan tingkat depresi.
4. Intervensi Keperawatan
- a. Intervensi Utama: Manajemen mood, pencegahan bunuh diri
 - b. Intervensi Tambahan:
 - 1) Dukungan pelaksanaan ibadah
 - 2) Dukungan spiritual
 - 3) Dukungan tanggung jawab pada diri sendiri
 - 4) Intervensi krisis
 - 5) Konseling
 - 6) Kontrak perilaku positif
 - 7) Manajemen keselamatan lingkungan
 - 8) Manajemen halusinasi
 - 9) Manajemen waham
 - 10) Pelibatan keluarga
 - 11) Pemberian obat intramuscular
 - 12) Pencegahan perilaku kekerasan
 - 13) Pengontrolan penyalahgunaan zat
 - 14) Promosi antisipasi keluarga
 - 15) Promosi harapan

- 16) Promosi harga diri
- 17) Promosi kesadaran diri
- 18) Promosi resilien
- 19) Reduksi ansietas
- 20) Rujukan ke terapi dukungan kelompok
- 21) Rujukan ke terapi keluarga
- 22) Skrining penganiayaan/persekusi
- 23) Surveilens keamanan dan keselamatan
- 24) Teknik distraksi
- 25) Terapi kelompok
- 26) Terapi kognitif perilaku
- 27) Terapi murattal
- 28) Terapi rekreasi
- 29) Terapi relaksasi

Tabel 1.2 Rencana Tindakan Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil	Intervensi
D.0135 Risiko Bunuh Diri dibuktikan dengan faktor risiko (dipilih sesuai kasus yang ditemukan).	<p>Kontrol Diri meningkat.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbaliasi keinginan bunuh diri 2. Verbalisasi isyarat bunuh diri 3. Verbalisasi ancaman bunuh diri 4. Verbalisasi rencana bunuh diri 5. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting 6. Perilaku merencanakan bunuh diri 7. Euphoria 	<p>Manajemen mood</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi <i>mood</i> (mis. tanda, gejala, riwayat penyakit) 2. Identifikasi risiko keselamatan diri atau orang lain 3. Monitor fungsi kognitif (mis. konsentrasi, memori, kemampuan membuat keputusan) 4. Monitor aktivitas dan tingkat stimulasi lingkungan <p>Teraupeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi pengisian kuesioner <i>self-report</i> (mis. <i>Beck Depression Inventory</i>, skala status fungsional), jika perlu 2. Berikan kesempatan untuk menyampaikan perasaan dengan cara yang tepat (mis. <i>sandsack</i>, terapi seni, aktivitas fisik)

	<p>8. Alam perasaan depresi</p>	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang gangguan <i>mood</i> dan penanganannya 2. Anjurkan berperan aktif dalam pengobatan dan rehabilitasi, jika perlu 3. Anjurkan rawat inap sesuai indikasi (mis. risiko keselamatan, defisit perawatan diri, sosial) 4. Ajarkan mengenali pemicu gangguan <i>mood</i> (mis. situasi stres, masalah fisik) 5. Ajarkan memonitor <i>mood</i> secara mandiri (mis. skala tingkat 1-10, membuat jurnal) 6. Ajarkan keterampilan coping dan penyelesaian masalah baru <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat, jika perlu 2. Rujuk untuk psikoterapi (mis. perilaku, hubungan interpersonal, keluarga, kelompok), jika perlu <p>Pencegahan bunuh diri</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gejala risiko bunuh diri (mis. gangguan <i>mood</i>, halusinasi, delusi, panik, penyalahgunaan zat, kesedihan, gangguan kepribadian) 2. Identifikasi keinginan dan pikiran rencana bunuh diri 3. Monitor lingkungan bebas bahaya secara rutin (mis. barang pribadi, pisau cukur, jendela) 4. Monitor adanya perubahan <i>mood</i> atau berilaku
--	---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Libatkan dalam perencanaan perawatan mandiri 2. Libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan 3. Lakukan pendekatan langsung dan tidak menghakimi saat membahas bunuh diri 4. Berikan lingkungan dengan pengamanan ketat dan mudah dipantau (mis. tempat tidur sekat ruang perawat) 5. Tingkatkan pengawasan pada kondisi tertentu (mis. rapat staf, pergantian <i>shift</i>) 6. Lakukan intervensi perlindungan (mis. pembatasan area, pengekangan fisik), jika diperlukan 7. Hindari diskusi berulang tentang bunuh diri sebelumnya, diskusi berorientasi pada masa sekarang dan masa depan 8. Diskusi rencana menghadapi ide bunuh diri di masa depan (mis. orang yang dihubungi, ke mana mencari bantuan) 9. Pastikan obat ditelan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan mendikusikan perasaan yang dialami kepada orang lain 2. Anjurkan menggunakan sumber pendukung (mis. layanan spiritual, penyedia layanan) 3. Jelaskan tindakan pencegahan bunuh diri kepada keluarga atau orang terdekat
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>4. Informasikan sumber daya masyarakat dan program yang tersedia</p> <p>5. Latih pencegahan risiko bunuh diri (mis. latihan asertif, relaksasi otot progresif)</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, atau antipsikotik, sesuai indikasi 2. Kolaborasi tindakan keselamatan kepada PPA 3. Rujuk ke pelayanan kesehatan mental, jika perlu
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Evaluasi :

- a. Penurunan faktor risiko dan kondisi klinis terkait diagnosis keperawatan risiko bunuh diri.
- b. Peningkatan kemampuan klien mengendalikan risiko bunuh diri dengan cara melakukan manajemen mood dan pencegahan bunuh diri.

C. Latihan Soal

1. Perawat kepada pasien memberikan motivasi kepada pasien untuk Seorang perempuan usia 23 tahun, belum menikah, dibawa ke RSJ karena merusak barang-barang. Saat ini pasien tampak bicara sendiri, tidak berespon ketika ditanya, tatapan mata tajam, mondar-mandir, dan bersikap menyerang jika didekati. Keluarga mengatakan 2 bulan sebelumnya di PHK dan sejak saat itu tidak mau minum obat.
Apakah alasan utama pasien harus dirawat di rumah sakit?
 A. Mondar mandir
 B. Bicara sendiri
 C. Tatapan mata tajam
 D. Merusak barang-barang
 E. Putus minum obat
2. Seorang laki-laki 45 tahun merasa tidak berharga karena ditinggalistrinya selingkuh. Pasien merasa hidupnya sudah tidak ada gunanya lagi. Pasien mengatakan sering mendengar suara agar masuk ke sumur. Pasien lebih

banyak menyendiri. Kuku dan rambut tampak kotor. Sudah 3 bulan tidak mau minum obat lagi. mampu melanjutkan kehidupannya lagi, ia sudah kehilangan harta benda akibat bencana gempa bumi, ia mulai berpesan pada istrinya untuk bersiap-siap hidup sendiri dan mempersiapkan obat-obat serangga untuk mengakhiri hidupnya.

Apakah masalah utama pada kasus tersebut?

- A. Harga Diri Rendah Kronis
 - B. Halusinasi
 - C. Risiko Bunuh Diri
 - D. Ketidakpatuhan
 - E. Defisit Perawatan Diri
3. Seorang laki-laki, 40 tahun, dibawa ke RSJ karena di rumah mengamuk. Saat dilakukan pengkajian didapatkan data emosi masih labil, ekspresi tampak tegang, gelisah, saat disuruh minum obat pasien marah-marah, menantang petugas dan menolak minum obat karena merasa sudah sembuh.
- Apakah masalah keperawatan yang dialami pada kasus tersebut?
- A. Halusinasi
 - B. Isolasi sosial
 - C. Perilaku Kekerasan
 - D. Risiko Perilaku Kekerasan
 - E. Ketidakpatuhan
4. Seorang perempuan, 36 tahun, dibawa ke RSJ karena di rumah mengamuk, berteriak-teriak Saat dilakukan pengkajian didapatkan data emosi masih labil, ekspresi tampak tegang, gelisah, saat disuruh minum obat pasien marah-marah, menantang petugas dan menolak minum obat.
- Apakah luaran utama yang dapat dirumuskan pada kasus tersebut?
- A. Keterlibatan Sosial
 - B. Orientasi Kognitif
 - C. Kontrol Risiko
 - D. Kontrol Diri
 - E. Harga Diri

Esai

1. Lakukan role play memperagakan dengan temannya cara mengontrol pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan.
2. Diskusikan lebih lanjut dalam kelompok kecil untuk kasus bunuh diri pada pasien gangguan jiwa.

Kunci Jawaban

1. D
2. C
3. C
4. C

D. Rangkuman Materi

Asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan faktor risiko sesuai dengan kasus yang ditemukan. Luaran utama diagnosa keperawatan ini adalah kontrol diri sedangkan intervensi utamanya adalah pencegahan perilaku kekerasan dan promosi coping. Diagnosa keperawatan risiko bunuh diri juga dibuktikan dengan faktor risiko sesuai dengan kasus yang ditemukan. Luaran utama diagnosa keperawatan risiko bunuh diri adalah kontrol diri sedangkan intervensi utamanya adalah manajemen mood dan pencegahan bunuh diri.

E. Glosarium

PTSD : *Post traumatic stress disorder*

PHK : Pemutusan Hubungan Kerja

Daftar Pustaka

- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakaerta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

BAB 2

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI WAHAM DAN HALUSINASI

Pendahuluan

Salam sejahtera, pada bab 2 ini yang akan dibahas adalah mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi dan waham. Untuk memberikan gambaran mengenai isi bab ini, penulis akan memberikan ilustrasi berikut ini. Di rumah sakit jiwa baik di poliklinik ataupun diruang rawat jalan, Saudara akan sering melihat pasien yang berjalan mondramandir tanpa tujuan sambil bercakap-cakap, atau tertawa sendiri tanpa ada orang disekelilingnya. Atau Anda sering kali melihat pasien yang berpenampilan seperti Seorang direktur sambil mengakui bahwa dirinya adalah Seorang direktur tapi kenyataanya adalah Pasien yang dirawat di RS Jiwa. Tentu Saudara akan berfikir diagnosis keperawatan apa yang mungkin timbul pada pasien diatas? Bagaimana asuhan keperawatan yang harus diberikan pada pasien ini? Baiklahuntuk meningkatkan pemahaman Saudara, marilah kita mempelajari bab ini. Karena bab ini, akan membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa. Agar bab ini dapat Anda pelajari dengan mudah, penulis membagi bab ini menjadi Topik, yaitu :

Topik 1 : Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi

Topik 2 : Asuhan keperawatan pada pasien dengan Waham

Tujuan Instruksional:

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan waham dan halusinasi.

Capaian Pembelajaran:

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan sebagai berikut

1. Menjelaskan definisi waham dan halusinasi
2. Menjelaskan proses terjadinya waham dan halusinasi
2. Menjelaskan Klasifikasi waham dan halusinasi
3. Menjelaskan Tanda Gejala waham dan halusinasi
4. Menjelaskan rentang respon dari waham dan halusinasi
5. Menjelaskan Penyebab Terjadinya waham dan halusinasi
6. Melakukan pengkajian pada pasien dengan waham dan halusinasi
7. Menyusun Diagnosa dan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan waham dan halusinasi
8. Menyusun Evaluasi tindakan pada pasien dengan waham dan halusinasi
9. Contoh soal dengan asuhan keperawatan waham dan halusinasi

Uraian Materi

A. Konsep Waham

1. Pengertian

Waham merupakan keyakinan yang salah, didasarkan pada kesimpulan yang salah tentang realita eksternal dan dipertahankan dengan kuat (Keliat, 2020). Waham merupakan suatu keyakinan yang salah dan dipertahankan secara kuat atau terus menerus tetapi tidak sesuai dengan kenyataan. Waham sering ditemui pada gangguan jiwa berat dan beberapa bentuk waham yang spesifik sering ditemukan pada penderita skizofrenia. Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa waham merupakan suatu keyakinan yang salah tetapi dipertahankan dengan kuat oleh penderita tanpa bukti bukti yang jelas (tidak sesuai dengan realita).

2. Proses Terjadinya Waham

a. Fase kebutuhan manusia rendah (*lack of human need*)

Waham diawali dengan terbatasnya berbagai kebutuhan pasien baik secara fisik maupun psikis. Secara fisik, pasien dengan waham dapat terjadi pada orang dengan status social dan ekonomi sangat terbatas. Biasanya pasien sangat miskin dan menderita. Keinginan ia untuk memenuhi kebutuhan hidupnya mendorongnya untuk melakukan kompensasi yang salah. Hal itu terjadi karena adanya kesenjangan antara kenyataan (reality), yaitu tidak memiliki finansial yang cukup dengan ideal diri (self ideal) yang sangat ingin memiliki berbagai kebutuhan, seperti mobil, rumah, atau telepon genggam.

b. Fase kepercayaan diri rendah (*lack of self esteem*)

Kesenjangan antara ideal diri dengan kenyataan serta dorongan kebutuhan yang tidak terpenuhi menyebabkan pasien mengalami perasaan menderita, malu, dan tidak berharga.

c. Fase pengendalian internal dan eksternal (*control internal and external*)

Pada tahapan ini, pasien mencoba berpikir rasional bahwa apa yang ia yakin atau apa yang ia katakan adalah kebohongan, menutupi kekurangan, dan tidak sesuai dengan kenyataan. Namun, menghadapi kenyataan bagi pasien adalah sesuatu yang sangat berat, karena kebutuhannya untuk diakui, dianggap penting, dan diterima lingkungan menjadi prioritas dalam hidupnya, sebab kebutuhan tersebut belum

terpenuhi sejak kecil secara optimal. Lingkungan sekitar pasien mencoba memberikan koreksi bahwa sesuatu yang dikatakan pasien itu tidak benar, tetapi hal ini tidak dilakukan secara adekuat karena besarnya toleransi dan keinginan menjadi perasaan. Lingkungan hanya menjadi pendengar pasif tetapi tidak mau konfrontatif berkepanjangan dengan alasan pengakuan pasien tidak merugikan orang lain.

d. Fase dukungan lingkungan (*environment support*)

Dukungan lingkungan sekitar yang mempercayai (keyakinan) pasien dalam lingkungannya menyebabkan pasien merasa didukung, lama-kelamaan pasien menganggap sesuatu yang dikatakan tersebut sebagai suatu kebenaran karena seringnya diulang-ulang. Oleh karenanya, mulai terjadi kerusakan kontrol diri dan tidak berfungsinya norma (superego) yang ditandai dengan tidak ada lagi perasaan dosa saat berbohong.

e. Fase nyaman (*comforting*)

Pasien merasa nyaman dengan keyakinan dan kebohongan serta menganggap bahwa semua orang sama yaitu akan mempercayai dan mendukungnya. Keyakinan sering disertai halusinasi pada saat pasien menyendiri dari lingkungannya. Selanjutnya, Pasien lebih sering menyendiri dan menghindari interaksi sosial (isolasi sosial).

f. Fase peningkatan (*improving*)

Apabila tidak adanya konfrontasi dan berbagai upaya koreksi, keyakinan yang salah pada pasien akan meningkat. Jenis waham sering berkaitan dengan kejadian traumatic masa lalu atau berbagai kebutuhan yang tidak terpenuhi (rantai yang hilang). Waham bersifat menetap dan sulit untuk dikoreksi. Isi waham dapat menimbulkan ancaman diri dan orang lain.

3. Klasifikasi Waham

a. Waham kebesaran

Meyakini bahwa ia memiliki kebesaran atau kekuasaan khusus, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan. Misalnya, "Saya ini direktur sebuah Perusahaan Besar lho.." atau "Saya punya Beberapa cabang anak perusahaan".

b. Waham curiga

Meyakini bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan/mencederai dirinya, serta diucapkan berulang kali tetapi

tidak sesuai kenyataan. Misalnya, "Saya tahu..suami saya ingin saya mati dan memasukkan racun ke dalam makanan saya".

c. Waham agama

Memiliki keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan. Misalnya, " Saya adalah Seorang Nabi yang diutus Tuhan untuk membimbing umat manusia."

d. Waham somatic

Meyakini bahwa tubuh atau bagian tubuhnya terganggu/terserang penyakit, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan yang dibuktikan dengan pemeriksaan Laboratorium. Misalnya, " Perut saya sakit saya mengalami sakit kanker di lambung saya", setelah pemeriksaan laboratorium tidak ditemukan tanda- tanda kanker, tetapi pasien terus mengatakan bahwa ia terserang kanker.

e. Waham nihilistic

Individu meyakini bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia/meninggal dan diucapkan berulang kali, tetapi tidak sesuai kenyataan. Misalnya, "ini kan alam kubur ya, semua yang ada di sini adalah roh-roh."

f. Waham sisip pikir

Adalah Keyakinan klien bahwa ada pikiran orang lain yang disisipkan ke dalam pikirannya.

g. Waham siar piker

Adalah keyakinan klien bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun ia tidak pernah menyatakan pikirannya kepada orang tersebut

h. Waham kontrol pikir

Adalah keyakinan klien bahwa pikirannya dikontrol oleh kekuatan di luar dirinya.

4. Tanda Gejala Waham

Gejala dan tanda Mayor

Subyektif

Mengungkapkan isi waham.

Objektif

- a. Menunjukan perilaku sesai isi waham.

- b. Isi pikir tidak sesuai realitas.
- c. Isi pembedaraan sulit dimengerti.

Gejala dan tanda Minor

Subjektif

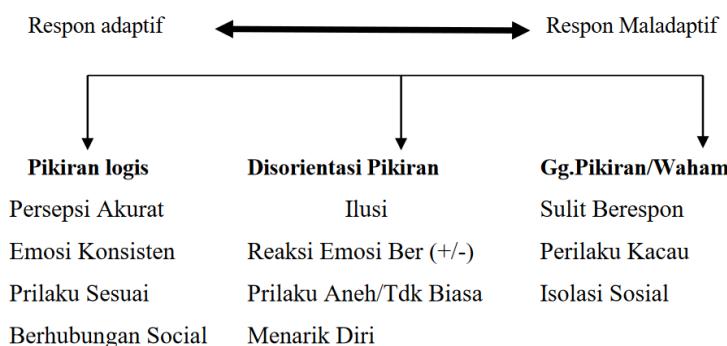
- a. Merasa sulit berkonsentrasi.
- b. Merasa khawatir.

Objektif

- a. Curiga berlebihan.
- b. Waspada berlebihan.
- c. Bicara berlebihan.
- d. Sikap menentang atau permusuhan.
- e. Wajah tegang.
- f. Pola tidur berubah.
- g. Tidak mampu mengambil keputusan.
- h. Flight of idea.
- i. Produktifitas kerja menurun.
- j. Tidak mampu merawat diri.
- k. Menarik diri.

5. Rentang Respon

Menurut Darmiyanti (2016), rentang respon waham sebagai berikut :



Gambar 2.1

6. Model Konseptual Sigmund Freud (Psikoanalisa)

Pasien dengan gangguan waham terutama menggunakan mekanisme defensi berupa pembentukan reaksi, penyangkalan, dan proyeksi.

- a. Pembentukan reaksi

Mereka menggunakan pembentukan reaksi sebagai pertahanan terhadap agresi, kebutuhan untuk bergantung, dan perasaan afeksi serta transformasi kebutuhan akan ketergantungan menjadi ketidaktergantungan yang berkepanjangan.

b. Penyangkalan

Pasien menggunakan penyangkalan untuk menghindari kesadaran terhadap realita yang menyakitkan. Dihabiskan dengan kemarahan dan permusuhan serta tidak mampu menghadapi tanggung jawab untuk kemarahan.

c. Proyeksi

Mereka memproyeksikan dendam dan kemarahan mereka kepada orang lain dan menggunakan proyeksi untuk melindungi diri mereka sendiri dari pengenalan impuls yang tidak dapat diterima dalam diri mereka.

7. Pengkajian Pasien Waham

Waham adalah suatu keyakinan yang salah yang dipertahankan secara kuat/ terus-menerus, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan. Untuk melakukan pengkajian pada pasien waham dapat dilakukan dengan mengkaji tanda gejala Pasien dan isi waham Pasien untuk mengidentifikasi jenis waham. Pada format pengkajian terlihat pada pengkajian proses pikir, isi pikir dan waham.

Berikut ini Beberapa contoh pertanyaan yang dapat Perawat gunakan sebagai panduan untuk mengkaji Pasien waham.

- a. Apakah Pasien memiliki pikiran/ isi pikir yang berulang-ulang diungkapkan dan menetap?
- b. Apakah Pasien takut terhadap objek atau situasi tertentu atau apakah Pasien cemas secara berlebihan tentang tubuh atau kesehatannya?
- c. Apakah Pasien pernah merasakan bahwa benda-benda di sekitarnya aneh dan tidak nyata?
- d. Apakah Pasien pernah merasakan bahwa ia berada diluar tubuhnya?
- e. Apakah Pasien pernah merasakan diawasi atau dibicarakan oleh orang lain?
- f. Apakah Pasien pernah merasa bahwa pikiran atau tindakannya dikontrol oleh orang lain atau kekuatan dari luar?

- g. Apakah Pasien menyatakan bahwa ia memiliki kekuatan fisik atau kekuatan lainnya atau yakin bahwa orang lain bisa membaca pikirannya?

Pengkajian Faktor Predisposisi

- a. Faktor predisposisi

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya waham yang dijelaskan oleh Towsend adalah :

- 1) Teori biologis

Teori biologi terdiri dari beberapa pandangan yang berpengaruh terhadap waham:

- a) Faktor-faktor genetik yang pasti mungkin terlibat dalam perkembangan suatu kelainan ini adalah mereka yang memiliki anggota keluarga dengan kelainan yang sama (orang tua, saudara kandung, sanak saudara lain).
- b) Secara relatif ada penelitian baru yang menyatakan bahwa kelainan skizofrenia mungkin pada kenyataannya merupakan suatu kecacatan sejak lahir terjadi pada bagian hipokampus otak. Pengamatan memperlihatkan suatu kecacuan dari sel-sel pramidal di dalam otak dari orang-orang yang menderita skizofrenia.
- c) Teori biokimia menyatakan adanya peningkatan dari dopamin neurotransmitter yang dipertukarkan menghasilkan gejala-gejala peningkatan aktivitas yang berlebihan dari pemecahan asosiasi-asosiasi yang umumnya diobservasi pada psikosis.

- 2) Teori psikososial

- a) Teori sistem keluarga bawen

menggambarkan perkembangan skizofrenia sebagai suatu perkembangan disfungsi keluarga. Konflik diantara suami istri mempengaruhi anak. Penanaman hal ini dalam anak akan menghasilkan keluarga yang selalu berfokus pada ansietas dan suatu kondisi yang lebih stabil mengakibatkan timbulnya suatu hubungan yang saling mempengaruhi yang berkembang antara orang tua dan anak-anak. Anak harus meninggalkan ketergantungan diri kepada orang tua dan anak dan masuk ke dalam masa dewasa, dan dimana dimasa ini anak tidak akan mampu memenuhi tugas perkembangan dewasanya.

b) Teori interpersonal

Menyatakan bahwa orang yang mengalami psikosis akan menghasilkan hubungan orang tua anak yang penuh akan kecemasan. Anak menerima pesan-pesan yang membingungkan dan penuh konflik dari orang tua dan tidak mampu membentuk rasa percaya terhadap orang lain.

c) Teori psikodinamik

Menegaskan bahwa psikosis adalah hasil dari suatu ego yang lemah. Perkembangan yang dihambat dan suatu hubungan saling mempengaruhi antara orang tua, anak. Karena ego menjadi lebih lemah penggunaan mekanisme pertahanan ego pada waktu kecemasan yang ekstrim menjadi suatu yang maladaptif dan perilakunya sering kali merupakan penampilan dan segmen id dalam kepribadian.

b. Faktor presipitasi

- 1) Biologis Stressor biologis yang berhubungan dengan neurobiologis yang maladaptif termasuk gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur perubahan isi informasi dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi rangsangan.
- 2) Stres lingkungan lingkungan secara biologis menetapkan ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan prilaku.
- 3) Pemicu gejala Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan lingkungan, sikap dan prilaku individu, seperti : gizi buruk, kurang tidur, infeksi, keletihan, rasa bermusuhan atau lingkungan yang penuh kritik, masalah perumahan, kelainan terhadap penampilan, stres gangguan dalam berhubungan interpersonal, kesepian, tekanan, pekerjaan, kemiskinan, keputusasaan dan sebagainya.

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI, 2019)	Tujuan Keperawatan (SLKI, 2019)	Intervensi Keperawatan (SIKI, 2019)	Rasional																					
1.	Waham (D.0105)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan status orientasi membaik dengan kriteria hasil: Status Orientasi (L.09090)</p> <p>Ekspektasi : Membaiik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi waham</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku waham</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan</p> <p>1: Meningkat 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun 5: Menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku sesuai realita</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Isi pikir sesuai realita</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Pembicaraan</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan</p> <p>1: Memburuk 2: Cukup memburuk</p>	Kriteria Hasil	A	T	Verbalisasi waham	1-5	1-5	Perilaku waham	1-5	1-5	Kriteria Hasil	A	T	Perilaku sesuai realita	1-5	1-5	Isi pikir sesuai realita	1-5	1-5	Pembicaraan	1-5	1-5	<p>Manajemen Waham (1.09295)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor waham yang isinya membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan dapat mengetahui dan memonitor isi waham yang membahayakan sehingga dapat dilakukan upaya pencegahan sedini mungkin. - Monitor efek terapeutik dan efek samping obat <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bina hubungan interpersonal saling percaya 	<ul style="list-style-type: none"> - Dengan memonitor waham yang membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan dapat mengetahui dan memonitor isi waham yang membahayakan sehingga dapat dilakukan upaya pencegahan sedini mungkin. - Dengan memonitor efek terapeutik dan efek samping obat dapat mengetahui efektifitas pemberian obat dan efek samping yang ditumbulkan obat sehingga dapat dilakukan upaya tindak lanjut untuk mengurangi dan menghilangkan efek samping yang ditumbulkan oleh obat yang diberikan. - Dengan membina hubungan saling percaya dapat membuat pasien mempercayai perawat dan lebih dekat dengan perawat sehingga pasien mau menceritakan perasaan dan kondisi yang dirasakan pasien dengan benar.
Kriteria Hasil	A	T																							
Verbalisasi waham	1-5	1-5																							
Perilaku waham	1-5	1-5																							
Kriteria Hasil	A	T																							
Perilaku sesuai realita	1-5	1-5																							
Isi pikir sesuai realita	1-5	1-5																							
Pembicaraan	1-5	1-5																							

		<p>3: Sedang 4: Cukup membaik 5: Membuat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tunjukan sikap tidak menghakimi secara konsisten. dengan cara: "tidak mendukung atau membantah waham pasien ataupun menyangkal sampai pasien berhenti membicarakan isi wahamnya - Diskusikan waham dengan berfokus pada perasaan yang mendasari waham. - Hindari perdebatan tentang keyakinan yang keliru, nyatakan keraguan sesuai fakta. - Hindari memperkuat gagasan waham. <ul style="list-style-type: none"> - Dengan menunjukkan sikap tidak menghakimi yang dilakukan oleh perawat maka pasien akan merasa dihargai dan tidak dipersalahkan dengan keyakinan yang dia yakini. Tujuan sikap yang mengorientasikan pasien kepada realita. - Dengan mendiskusikan waham dengan berfokus pada perasaan yang mendasari waham maka dapat mengetahui perasaan yang menyebabkan terjadinya waham sehingga dapat dilakukan upaya untuk mengorientasikan kepada realita yang ada. - Dengan menghindari perdebatan tentang keyakinan yang keliru agar tidak terjadi kemarahan pada pasien. Orientasikan pada fakta dan realita yang ada. - Dengan menghindari memperkuat gagasan waham agar pasien tidak lebih
--	--	------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan aman dan nyaman dengan cara mendiskusikan kebutuhan psikologis/emosional yang tidak terpenuhi. - Berikan aktivitas rekreasi dan pengalihan sesuai kebutuhan. - Lakukan intervensi pengontrolan perilaku waham dengan cara meningkatkan aktivitas yang dapat memenuhi kebutuhan fisik dan emosional Pasien. <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mengungkapkan dan memvalidasi waham (uji realitas) dengan orang 	<ul style="list-style-type: none"> mempercayai keyakinan waham yang diyakini. - Dengan menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dapat memberikan ketenangan kepada pasien sehingga pasien dapat mengungkapkan perasaan yang dirasakan secara benar. - Dengan memberikan aktivitas rekreasi dan pengalihan yang tepat sesuai kebutuhan dapat membantu pasien mengalihkan perhatian. - Dengan mengintervensi yang tepat dapat menurunkan perilaku waham.
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Tindakan Keperawatan untuk Keluarga</p> <p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mampu mengidentifikasi pasien waham 2. Keluarga mampu memfasilitasi pasien untuk memenuhi kebutuhan yang dipenuhi oleh wahamnya 3. Keluarga mampu mempertahankan program pengobatan pasien secara optimal 	<p>yang dipercayai (pemberi asuhan/keluarga).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan rutinitas harian secara konsisten. - Latih manajemen stress - Jelaskan tentang waham serta penyakit terkait, cara mengatasi dan obat yang dibutuhkan. <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat 	<ul style="list-style-type: none"> - Dengan rutinitas yang konsisten dapat membuat pasien terfokus pada kenyataan. - Dengan manajemen stres yang tepat dapat membuat pasien mengelola stresnya. - Dengan pemahaman mengenai waham yang benar pasien dapat mengerti dan dapat menerapkan di dirinya sendiri. <ul style="list-style-type: none"> - Dengan pemberian terapi obat yang tepat maka dapat mempercepat pasien kesembuhan
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pendokumentasian

Tabel 2.2

Implementasi	Evaluasi
<p>Tglbulan..... tahun.....pkl.....</p> <p>Data:</p> <p>Data pasien dan kemampuan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak bisa tidur - Pasien sulit berkonsentrasi - Menunjukkan perilaku seperti Seorang direktur - Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah Seorang direktur yang memiliki perusahaan Djarum - Isi pembicaraan Pasien sulit dimengerti - Pasien mengenakan baju seragam RS dan dimasukan, memakai kopiah dan dasi serta membawa tas tenteng dan koran <p>• Kemampuan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bahwa saat ini dia ada di perusahaan nya bersama karyawan - Pasien belum mampu berorientasi terhadap realitas - Pasien tidak memiliki aktivitas hanya mondor mandir di ruangan <p>Intervensi:</p> <p>Tindakan ke pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor waham Pasien 2. Membantu Pasien orientasi realitas 3. Membantu Pasien membuat aktivitas yang bisa dilakukan di RS 4. Membuat jadwal harian pasien 5. Memberi pujian pada pasien 	<p>S: Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan saat ini dirinya ada di suatu Gedung perusahaan yang memiliki banyak karyawan <p>O: Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif, tampak tenang, - Pasien mampu menyebutkan kegiatan yang bisa dilakukan di sini yaitu berkumpul dengan orang-orang, bercerita - Pasien mengatakan bahwa "saya adalah direktur disini dan orang-orang itu adalah karyawannya" <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>P untuk pasien</p> <p>Pasien melakukan aktivitas sesuai jadwal yang dibuat.</p> <p>Nama Perawat dan Ttd</p>

B. Konsep Halusinasi

1. Definisi Halusinasi

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan persepsi sensori, merasakan bisikan palsu dalam bentuk suara, lihat, rasakan, raba atau cium. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Halusinasi adalah keadaan dimana klien mengalami perubahan persepsi akibat adanya rangsangan yang pada kenyataannya tidak ada. Ada lima jenis halusinasi yaitu pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan dan perabaan. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling banyak ditemukan terjad pada 70% pasien, kemudian halusinasi penglihatan 20%, dan sisanya 10% adalah halusinasi penghidu, pengecapan dan perabaan.

Perilaku pada Pasien halusinasi tampak pada seperti pada pasien yang sedang mengalami halusinasi pendengaran adalah Pasien merasa mendengarkan suara padahal tidak ada stimulus suara. Sedangkan pada halusinasi penglihatan pasien mengatakan melihat bayangan orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada bayangan tersebut. Pada halusinasi penghidu pasien mengatakan membau bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Sedangkan pada halusinasi pengecapan, pasien mengatakan makan atau minum sesuatu padahal sebenarnya tidak ada. Pada halusinasi perabaan pasien mengatakan serasa ada sesuatu yang merayap ditubuhnya atau di permukaan kulit padahal sebenarnya tidak ada.

2. Proses Terjadinya Halusinasi

a. Faktor Predisposisi

- 1) Faktor Genetis Secara genetis, skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom ke berapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar identik memiliki kemungkinan mengalami skizofrenia sebesar 50% mengalami skizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya skizofrenia maka peluangnya menjadi 35%.
- 2) Faktor Neurobiologis Klien skizofrenia mengalami penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal. Neurotransmitter juga ditemukan tidak normal, khususnya dopamine, serotonin, dan glutamate.

- a) Studi neurotransmitter Skizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan neurotransmitter. Dopamine berlebih, tidak seimbang dengan kadar serotonin.
- b) Teori virus
 - Paparan virus influenza pada trimester ketiga kehamilan dapat menjadi faktor predisposisi skizofrenia.
- c) Psikologis Beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi skizofrenia antar lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas ayah yang mengambil jarak dengan anaknya.

b. Faktor Presipitasi

- 1) Berlebihnya proses informasi pada sistem saraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.
- 2) Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu.
- 3) Kondisi kesehatan meliputi : nutrisi kurang, kurang tidur, ketidakseimbangan irama sirkadian, kelelahan, infeksi, obat-obatan sistem saraf pusat, kurangnya latihan, hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.
- 4) Lingkungan, meliputi: lingkungan yang memusuhi, krisis malah di rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup, perubahan kebiasaan hidup, pola aktivitas sehari-hari, kesukaran dalam hubungan orang lain, isolasi social, kurang keterampilan dalam bekerja, stigmasasi, kemiskinan, ketidakmampuan mendapat pekerjaan.
- 5) Sikap meliputi : merasa tidak mampu, harga diri rendah, putus asa, tidak percaya diri, merasa gagal, kehilangan kendali diri, merasa punya ketakutan berlebih, merasa malang, bertindak tidak seperti orang lain dari segi usia maupun budaya, rendahnya kemampuan sosialisasi, perilaku agresif, ketidakmampuan pengobatan, ketidakmampuan penaganan gejala.

3. Klasifikasi Halusinasi

Berikut adalah jenis-jenis halusinasi, data obyektif dan subyektifnya. Data objektif dapat dikaji dengan cara mengobservasi perilaku pasien, sedangkan data subjektif dapat dikaji dengan melakukan wawancara. Melalui data ini perawat dapat mengetahui isi halusinasi pasien.

Tabel 2.3

Jenis halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Halusinasi Dengan/suara	Bicara atau tertawa sendiri Marah-marah tanpa sebab Menyedengarkan telinga ke arah tertentu Menutup telinga	Mendengar suara-suara atau kegaduhan. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
Halusinasi Penglihatan	Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster
Halusinasi Penghidu	Menghidu seperti sedang membau bau-bauan tertentu. Menutup hidung. Adanya gerakan cuping hidung karena mencium sesuatu atau mengarahkan hidung pada tempat tertentu	Membau bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi Pengecapan	Sering meludah Muntah Adanya tindakan mengecap sesuatu, gerakan mengunyah, sering meludah atau muntah.	Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
Halusinasi Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Mengatakan ada serangga di permukaan kulit, merasa seperti tersengat listrik

4. Tanda Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala pada Pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi yaitu tersenyum atau tertawa sendiri, berbicara sendiri, reaksi yang tidak sesuai dengan kenyataan, melakukan gerakan setelah halusinasi, kurang konsentrasi, kurang interaksi dengan orang lain, dan berpura-pura mendengar sesuatu.

Adapun tanda dan gejala halusinasi menurut Keliat, dkk (2019) sebagai berikut :

a. Mayor

Subjektif

- 1) Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya
- 2) Melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya
- 3) Menghidu bau-bauan tanpa ada objek sumber bau tersebut

- 4) Merasakan pengecapan yang tidak enak
- 5) Merasakan rabaan atau gerakan badan

Objektif

- 1) Bicara sendiri
- 2) Tertawa sendiri
- 3) Melihat ke satu arah
- 4) Mengarahkan telinga kearah tertentu
- 5) Tidak dapat memfokuskan pikiran
- 6) Diam sambil menikmati halusinasinya

b. Minor

Subjektif

- 1) Sulit tidur
- 2) Khawatir
- 3) Takut

Objektif

- 1) Konsentrasi buruk
- 2) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- 3) Afek datar
- 4) Curiga
- 5) Menyendiri, melamun
- 6) Mondar-mandir
- 7) Kurang mampu merawat diri

5. Rentang Respon Halusinasi

Rentang Respon Neuobiologis Halusinasi Rentang respon neurobiologis yang paling adaptif yaitu adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi yang konsisten dengan pengalaman, perilaku cocok, dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sedangkan, respon maladaptive yang meliputi waham, halusinasi, kesukaran proses emosi, perilaku tidak terorganisasi, dan isolasi sosial. Rentang respon neurobiologis halusinasi digambaran sebagai berikut

Tabel 2.4

Adaptif	< ----- >	Maladaptif
Pikiran logis	Kadang pikiran terganggu	Gangguan proses pikir/delusi/ waham
Persepsi akurat	Ilusi	Halusinasi
Emosi konsisten	Emosi berlebihan atau kurang	Kerusakan Proses emosi
Dengan pengalaman	Perilaku yang tidak biasa	Perilaku tidak sesuai
Perilaku sesuai	Menari Diri (Isolasi sosial)	
Hubungan Positif		

Dari bagan diatas bisa dilihat rentang respon neurobiologis bahwa respon adaptif sampai maladaptif yaitu:

Respon Adaptif

- Pikiran logis adalah pendapat atau pertimbangan yang dapat diterima akal.
- Persepsi akurat adalah pandangan dari seseorang tentang suatu peristiwa
- secara cermat.
- Emosi konsisten dengan pengalaman adalah kemantapan perasaan jiwa sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami.
- Perilaku sesuai adalah kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral.
- Hubungan sosial adalah hubungan seseorang dengan orang lain dalam pergaulan di tengah-tengah masyarakat.

Respon Transisi

- Pikiran kadang menyimpang adalah kegagalan dalam mengabstrakkan dan mengambil kesimpulan.
- Ilusi adalah persepsi atau respon yang salah terhadap stimulus sensori.
- Reaksi emosi berlebihan atau berkurang adalah emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.

- d. Perilaku aneh atau tak lazim adalah perilaku aneh yang tidak enak dipandang, membingungkan, kesukaran mengolah dan tidak kenal orang lain.
- e. Menarik diri adalah perilaku menghindar dari orang lain

Respon Maladaptive

- a. Gangguan pikiran atau waham adalah keyakinan yang salah yang secara kokoh dipertahankan walau tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realita sosial.
- b. Halusinasi adalah persepsi yang salah terhadap rangsang.
- c. Ketidakmampuan untuk kontrol emosi adalah ketidakmampuan atau menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, keakraban dan kedekatan.
- d. Ketidakteraturan perilaku adalah ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang ditimbulkan.

6. Penyebab Halusinasi

- a. Faktor Predisposisi

1) Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan dengan penelitian-penelitian sebagai berikut :

- a) Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- b) Beberapa zat kimia di otak seperti dopamine neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamine dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- c) Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atrofi yang signifikan pada otak manusia.
- d) Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atrofi korteks bagian depan dan atrofi otak kecil (cerebellum). Temuan dan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post mortem).

2) Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau Tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

3) Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stres.

b. Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan Setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stresor dan masalah coping dapat mengidentifikasi kemungkinan kekambuhan.

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2) Stres lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku

3) Sumber coping

Sumber coping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stresor

7. Tahapan Halusinasi

Halusinasi yang dialami pasien memiliki tahapan sebagai berikut

- a. Tahap I : Halusinasi bersifat menenangkan, tingkat ansietas pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan. Karakteristik : Karakteristik tahap ini ditandai dengan adanya perasaan bersalah dalam diri pasien dan timbul perasaan takut. Pada tahap ini

pasiens mencoba menenangkan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikendalikan dan bisa diatasi (non psikotik).

Perilaku yang Teramat:

- 1) Menyeringai / tertawa yang tidak sesuai
- 2) Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
- 3) Respon verbal yang lambat
- 4) Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikan.

b. Tahap II : Halusinasi bersifat menyalahkan, pasien mengalami ansietas tingkat berat dan halusinasi bersifat menjijikkan untuk pasien.

Karakteristik : pengalaman sensori yang dialami pasien bersifat menjijikkan dan menakutkan, pasien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali, pasien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan, Pasien merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (non psikotik).

Perilaku yang teramat :

- 1) Peningkatan kerja susunan sarafotonom yang menunjukkan timbulnya ansietas seperti peningkatan nadi, tekanan darah dan pernafasan.
- 2) Kemampuan kosentrasi menyempit. Dipenuhi dengan pengalaman sensori, mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.

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

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

Perilaku yang teramat:

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

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

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

Perilaku yang teramati :

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

8. Pengkajian Pasien Halusinasi

Pengkajian untuk menegakkan diagnosa halusinasi dapat dilakukan dengan mengkaji data obyektif dan subyektifnya. Data objektif dapat dikaji dengan cara mengobservasi perilaku pasien, sedangkan data subjektif dapat dikaji dengan melakukan wawancara. Data yang dapat dikaji yaitu:

Isi halusinasi

Data tentang isi halusinasi dapat diketahui dari hasil pengkajian tentang jenis halusinasi. Waktu, frekuensi dan situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. Perawat juga perlu mengkaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore atau malam? Jika mungkin jam berapa? Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sekali-kali? Situasi terjadinya apakah kalau sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. Sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi.

Respons halusinasi

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan pada pasien hal yang dirasakan atau dilakukan

saat halusinasi timbul. Perawat dapat juga menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat dengan pasien. Selain itu dapat juga dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi timbul.

Diagnosis Keperawatan

Langkah kedua dalam asuhan keperawatan adalah menetapkan diagnosis keperawatan yang dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala gangguan sensori persepsi : halusinasi yang ditemukan. Data hasil observasi dan wawancara dilanjutkan dengan menetapkan diagnosis keperawatan.

9. Tindakan keperawatan

Tujuan tindakan untuk pasien meliputi:

- a. Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

Tindakan Keperawatan

- a. Membantu pasien mengenali halusinasi.

Untuk membantu pasien mengenali halusinasi dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon pasien saat halusinasi muncul

- b. Melatih pasien mengontrol halusinasi.

Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi dapat melatih pasien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi. Keempat cara tersebut meliputi:

1) Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak mempedulikan halusinasinya. Kalau ini dapat dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya.

Tahapan tindakan meliputi:

- a) Menjelaskan cara menghardik halusinasi
 - b) Memperagakan cara menghardik
 - c) Meminta pasien memperagakan ulang
 - d) Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien
- 2) Bercakap-cakap dengan orang lain

Untuk mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi; fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut. Sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

- 3) Melakukan aktivitas yang terjadwal

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan halusinasi. Untuk itu pasien yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu.

Tahapan intervensinya sebagai berikut:

- a) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
 - b) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien
 - c) Melatih pasien melakukan aktivitas
 - d) Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, 7 hari dalam seminggu.
 - e) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan; memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.
- 4) Menggunakan obat secara teratur

Untuk mampu mengontrol halusinasi pasien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah seringkali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisi seperti semula

akan lebih sulit. Untuk itu pasien perlu dilatih menggunakan obat sesuai program dan berkelanjutan. Jelaskan guna obat, akibat bila putus obat, efek samping obat, cara mengatasi efek samping obat, dan prinsip 10 benar menggunakan obat.

Tujuan Tindakan Keluarga

- a. Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah sakit maupun dirumah.
- b. Keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.

Tindakan keperawatan

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- b. Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, serta cara merawat pasien halusinasi.
- c. Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien.
- d. Buat perencanaan pulang dengan keluarga.

Evaluasi Tindakan Keperawatan

Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga

Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah di lakukan untuk pasien gangguan sensori persepsi halusinasi adalah sebagai berikut

- a. Pasien mampu:
 - 1) Mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya
 - 2) Menjelaskan waktu dan frekuensi halusinasi yang dialami.
 - 3) Menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi
 - 4) Menjelaskan perasaannya ketika mengalami halusinasi
 - 5) Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi:
 - a) Menghardik halusinasi
 - b) Mematuhi program pengobatan
 - c) Bercakap dengan orang lain di sekitarnya bila timbul halusinasi
 - d) Menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari sampai mau tidur pada malam hari selama 7 hari dalam seminggu dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri

- e) Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi
- b. Keluarga mampu:
- 1) Menjelaskan halusinasi yang dialami oleh pasien
 - 2) Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi melalui empat cara
 - 3) Mengontrol halusinasi yaitu menghardik, minum obat,cakap-cakap dan melakukan aktifitas di rumah
 - 4) Mendemonstrasikan cara merawat pasien halusinasi
 - 5) Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien
 - 6) Menilai dan melaporkan keberhasilannya merawat pasien

Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian wajib dilakukan setiap selesai melakukan interaksi dengan pasien dan keluarga. Berikut contoh pendokumentasian asuhan keperawatan pada Pasien dengan halusinasi.

Tabel 2.5

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

<ul style="list-style-type: none"> Keluarga telah mengetahui cara merawat pasien halusinasi dengan membantu pasien menghardik halusinasi saat halusinasi muncul Keluarga memantau pasien minum obat <p>Diagnosa Keperawatan: Halusinasi</p> <p>Intervensi:</p> <p>Tindakan ke pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik dan minum obat. Beri pujian Latih becakap cakap dengan orang lain seperti keluarga Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan bercakap-cakap dengan orang lain/keluarga <p>Tindakan ke keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat pasien halusinasi yaitu menghardik dan minum obat Beri pujian. Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengajak anggota keluarga yang lain 	<p>O: keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluarga tampak melatih dan membimbing pasien dalam mengontrol halusinasi Keluarga kooperatif <p>A:</p> <p>Menghardik dan minum obat serta bercakap-cakap mampu mengontrol halusinasi pasien.</p> <p>P:</p> <p>P untuk pasien</p> <p>Pasien berlatih mengontrol halusinasi dengan menghardik (3 kali per hari)</p> <p>Minum obat (3 kali per hari), bercakap cakap dengan keluarga (2 kali per hari)</p> <p>P : Keluarga</p> <p>Memotivasi dan membimbing sesuai dengan jadwal menghardik (3 kali sehari), minum obat (3 kali sehari) bercakap-cakap dengan keluarga dan orang lain (2 kali sehari), menghardik halusinasi 3 kali, Minum obat secara teratur sesuai dengan petunjuk perawat 3 kali sehari</p> <p>Nama dan tandatangan Perawat</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C. Latihan Soal

- Seorang perawat puskesmas melakukan kunjungan rumah pada pasien laki-laki, usia 28 tahun. Keluarga mengatakan pasien mengalami putus sekolah saat kelas 1 SMP, pasien selalu mengatakan bahwa pikirannya selalu disiarkan di televisi dan itu membuatnya marah. Pasien mengurung diri di kamar, menolak mandi dan aktivitas lain sehingga keluarga yang membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien.
Apakah tujuan tindakan keperawatan pada keluarga pasien?
 A. Keluarga mampu memandirikan pasien
 B. Keluarga mampu mengenali waham pasien

- C. Keluarga mampu menjaga kebersihan pasien
 - D. Keluarga mampu melibatkan pasien di masyarakat
 - E. Keluarga mampu memberikan obat yang benar kepada pasien
2. Seorang pasien laki-laki, usia 38 tahun, dibawa keluarganya ke RSJ karena pasien marah-marah, tidak memperhatikan kebersihan diri, mengurung diri dan mengatakan tidak berguna. Saat dilakukan pengkajian Pasien selalu mengatakan bahwa dia adalah Seorang direktur yang memiliki perusahaan besar, memiliki banyak karyawan, penampilan Pasien rapi memakai seragam Pasien, selalu membawa tas kerja dan koran Iusuh kemana-mana.
- Apakah masalah keperawatan yang dialami Pasien?
- A. Resiko Perilaku Kekerasan
 - B. Defisit Perawatan Diri
 - C. Harga Diri Rendah
 - D. Waham Kebesaran
 - E. Isolasi Sosial
3. Seorang laki-laki berusia 40 tahun dirawat di RS Jiwa dari hasil pengkajian pasien selalumengeluh bahwa pada bagiantubuhnyaterdapat sakit yang sangat parah yaitu pada kaki dan tangan kiri terdapat borok yang dan pasien merasa terganggu. Sedangkan hasil pemeriksaan penunjang ke pasien tidak ditemukan apa-apa dan pasien dinyatakan sehat.
- Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus di atas?
- A. Waham paranoid
 - B. Waham nihilistik
 - C. Waham somatik
 - D. Waham siar pikir
 - E. Waham kebesaran
4. Seorang laki-laki usia 43 tahun, dirawat di RSJ dengan keluhan mudah tersinggung, marah dan sering mengatakan bahwa nyawanya sudah tidak ada lagi. Hasil Pengkajian : Tekanan darah 120/80 mmHG, Nadi 60 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit, perilaku Pasien bingung, inkoheren, dan selalu mengatakan merasa tidak bernyawa dirinya adalah roh.
- Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus di atas?

- A. Waham paranoid
 - B. Waham nihilistik
 - C. Waham somatik
 - D. Waham siar pikir
 - E. Waham kebesaran
5. Seorang Wanita berusia 40 tahun masuk pertama kali ke RS Jiwa dengan keluhan selalu mengaku dirinya artis terkenal ke setiap orang, pasien tampak menggunakan kostum yang tidak sesuai, marah bila dibilang kalau bukan artis, sesekali tertawa dan berbicara sendiri dan tampak klien tidak mau berinteraksi dengan pasien lainnya
Apakah Tindakan keperawatan yang tepat untuk kasus diatas?
- A. Melatih menghardik
 - B. Melatih Tarik nafas dalam
 - C. Mengajarkan cara berkenalan
 - D. Melatih cara kebersihan diri
 - E. Membantu pasien agar orientasi terhadap realitas
6. Seorang laki-laki usia 24 tahun datang diantar keluarga dengan keluhan di rumah bicara sendiri, marah-marah. Hasil pengkajian pasien berjalan mondar-mandir, mulut komat kamit, pandangan mata ke sudut ruangan namun saat ditanya apa yang dilihat, pasien tidak menjawab dan tersenyum sendiri.
Apakah fase halusinasi yang dialami Pasien pada kasus tersebut?
- A. Fase 1
 - B. Fase 2
 - C. Fase 3
 - D. Fase 4
 - E. Fase 5
7. Seorang wanita usia 30 tahun mengalami gangguan jiwa dan ini untuk ketiga kalinya Pasien masuk RS Jiwa. Alasan Pasien dibawa ke RS Jiwa karena Pasien melakukan upaya bunuh diri dengan terjujan ke sumur karena ada suara-suara yang menyuruhnya. Saat ini kondisi Pasien lebih banyak mengurung diri, tidak memperhatikan kebersihan diri, rambut tidak disisir, dan terkadang terdengar seperti sedang berbicara dengan seseorang

sambil berteriak ketakutan. Pada saat dikaji, pasien mengatakan mendengar suara yang menakut-nakutinya setiap pagi dan malam hari. Apakah masalah keperawatan utama berdasarkan kasus diatas?

- A. Isolasi sosial
 - B. Resiko bunuh diri
 - C. Defisit perawatan diri
 - D. Halusinasi pendengaran
 - E. Resiko perilaku kekerasan
8. Seorang laki-laki, usia 25 tahun dirawat di RSJ alasan karena marah-marah banting-banting barang dan tidak mau mandi. Hasil pengkajian pasien terlihat murung dan merasa sangat ketakutan seolah-olah ada bayangan yang selalu mengawasi dan mengejarnya. Pasien sudah mampu mengidentifikasi jenis, frekuensi dan tanda gejala keluhannya. Apakah tindakan keperawatan selanjutnya yang tepat pada pasien tersebut?
- A. Memberikan obat untuk halusinasinya
 - B. Mengajarkan cara menghindari halusinasi
 - C. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
 - D. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan halusinasi
 - E. Memasukkan kegiatan menghindari kedalam jadwal harian
9. Seorang laki-laki, usia 33 tahun dirawat di RS Jiwa sejak seminggu yang lalu. Pengkajian kepada keluarga diperoleh bahwa sejak 6 bulan terakhir di rumah pasien berbicara sendiri, mengurung diri di kamar, sesekali menyebut dirinya sebagai anggota DPRD dan tidak memperhatikan perawatan diri. Kondisi saat ini di Ruang rawat psikiatri klien pasien terlihat berbicara sendiri sambil melihat kearah sesuatu, menolak berinteraksi. Apakah masalah keperawatan utama pada pasien?
- A. Defisit perawatan diri
 - B. Isolasi sosial
 - C. Gangguan proses pikir : waham kebesaran
 - D. Gangguan sensori persepsi : halusinasi Penglihatan
 - E. Risiko bunuh diri

10. Ns. Budi hari ini bertanggung jawab terhadap perawatan pasien baru dengan halusinasi pendengaran. Pasien belum pernah mendapatkan intervensi keperawatan sesuai dengan masalahnya.
- Apa tindakan yang dilakukan Ns. Budi?
- Membantu pasien mengenal halusinasinya
 - Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik
 - Mengajak pasien berbincang-bincang
 - Mengajak pasien beraktivitas sesuai jadwal
 - Menjelaskan obat yang dikonsumsi pasien

Kunci Jawaban

1. B
2. D
3. C
4. B
5. E
6. A
7. D
8. B
9. D
10. A

D. Rangkuman Materi

1. waham merupakan suatu keyakinan yang salah tetapi dipertahankan dengan kuat oleh penderita tanpa bukti bukti yang jelas (tidak sesuai dengan realita)
2. Klasifikasi waham ada 8 (delapan) yaitu waham kebesaran, waham curiga, waham agama, waham somatic, waham nihilistic, waham sisip pikir, waham siar pikir dan waham control pikir.
3. Tanda dan Gejala waham adalah mengungkapkan isi waham, menunjukan perilaku sesai isi waham, isi pikir tidak sesuai reealitas, isi pemebicaraan sulit dimengerti.
4. Mekanisme Koping pada Pasien dengan waham adalah Pasien dengan gangguan waham terutama menggunakan mekanisme defensi berupa pembentukkan reaksi, penyangkalan, dan proyeksi
5. Tujuan Tindakan pada Pasien dengan waham adalah Pasien mampu berorientasi dengan realitas.

6. Halusinasi adalah suatu tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak ada.
7. Ada lima jenis yaitu halusinasi yaitu pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan dan perabaan. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling banyak ditemukan terjadi pada 70% pasien, kemudian halusinasi penglihatan 20%, dan sisanya 10% adalah halusinasi penghidu, pengecapan dan perabaan.
8. Tahapan Halusinasi
 - Tahap I : Halusinasi bersifat menenangkan, tingkat ansietas (kecemasan) pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan.
 - Tahap II : Halusinasi bersifat menyalahkan, ansietas tingkat berat dan halusinasi menjijikkan pasien.
 - Tahap III : Halusinasi bersifat mengendalikan perilaku pasien, pasien berada pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi menguasai pasien.
 - Tahap IV : Halusinasi pada saat ini, sudah sangat menaklukkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi.
9. Jenis Halusinasi

Tabel 2.6

Jenis halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Halusinasi Dengar-suara	Bicara atau tertawa sendiri Marah-marah tanpa sebab Menyedangkan telinga ke arah tertentu Menutup telinga	Mendengar suara-suara atau kegaduhan. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
Halusinasi Penglihatan	Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster

Halusinasi Penghidu	Menghidu seperti sedang membau bau-bauan tertentu. Menutup hidung. Adanya gerakan cuping hidung karena mencium sesuatu atau mengarahkan hidung pada tempat tertentu	Membau bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi Pengecapan	Sering meludah Muntah Adanya tindakan mengecap sesuatu, gerakan mengunyah, sering	Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
Halusinasi Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Mengatakan ada serangga di permukaan kulit, merasa seperti tersengat listrik

E. Glosarium

- Waham : Keyakinan yang kuat dan terus menerus tetapi tidak sesuai dengan realita
- somatic : Tubuh
- Nihilistik : tidak ada apa-apa, atau tidak ada yang tidak hadir
- Flight of idea* : pikiran meloncat
- Neurotransmitter : Saraf pembawa pesan atau isyarat dari otak ke bagian tubuh lainnya
- Skizofrenia : Gangguan jiwa yang ditandai dengan gangguan proses berpikir dan tanggapan emosi yang lemah.
- Delusi : Pandangan yang tidak berdasar (tidak rasional), biasanya berwujud sifat kemegahan diri atau perasaan dikejar-kejar; pendapat yang tidak berdasarkan kenyataan; khayal
- Ilusi : Sesuatu yang hanya dalam angan-angan; khayalan; pengamatan yang tidak sesuai dengan pengindraan; tidak dapat dipercaya; palsu

Daftar Pustaka

- Keliat, B.A., Akemat, Helena, N.C.D., dan Nurhaeni, H. 2007. Keperawatan Kesehatan Jiwa
- Keliat.B.A.dkk. 2020 Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC. Komunitas: CMHN (Basic Course). Jakarta: EGC.
- NANDA International. (2017). Diagnosis KeperawatanDefinisi dan Klasifikasi 2018-2020. Jakarta: EGC.
- Sadock, B., Sadock, V., Ruiz, P. (2017) Kaplan & Sadock's Comprehensive. Textbook of Psychiatry. New York: Wolters Kluwer.
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart. Edisi Indonesia. Singapore: Elsevier
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar luaran keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2017). Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice. FA Davis
- WHO. (2019). Mental Disorders. Library Cataloging in Publication Data

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI DEFISIT PERAWATAN DIRI

Pendahuluan

Defisit perawatan diri adalah kondisi di mana seseorang secara konsisten mengabaikan kebutuhan dasar mereka sendiri, baik fisik, emosional, atau mental. Ini bisa terjadi karena berbagai faktor, seperti tekanan hidup, tuntutan pekerjaan, atau masalah kesehatan mental. Defisit perawatan diri dapat berdampak negatif pada berbagai aspek kehidupan seseorang, termasuk kesehatan fisik dan mental, hubungan interpersonal, dan kinerja kerja.

Tujuan Instruksional

Tujuan instruksional pada pembelajaran bab ini adalah: Mampu menjelaskan Asuhan keperawatan defisit perawatan diri kepada pasien ODGJ.

Capaian Pembelajaran

Capaian pembelajaran pada pembelajaran bab ini adalah:

1. Menjelaskan definisi defisit perawatan diri
2. Menjelaskan jenis-jenis defisit perawatan diri
3. Menjelaskan etiologi defisit perawatan diri
4. Menjelaskan rentang respon defisit perawatan diri
5. Menjelaskan tanda dan gejala defisit perawatan diri
6. Memahami penatalaksanaan defisit perawatan diri
7. Contoh soal dengan asuhan keperawatan defisit perawatan diri

Uraian Materi

A. Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi (hygiene), berpakaian/berhias, makan dan BAB/BAK (Laila & Pardede, 2022).

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami kelainan pada kemampuan untuk mandiri melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari. Keenggangan untuk mandi secara teratur, kurang menyisir, pakaian kotor, bau badan, bau mulut dan penampilan tidak rapi. Kurangnya perawatan diri adalah salah satu masalah yang dihadapi oleh pasien dengan masalah kesehatan mental. Dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri adalah keadaan seseorang yang mengalami kelainan kemampuan dalam melakukan atau melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti : tidak mau mandi secara teratur, rambut tidak terawat, pakaian kotor, badan bau mulut, bau mulut dan penampilan berantakan (Indriani, 2021).

B. Jenis-Jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut Hasanah (2021) jenis-jenis perawatan diri dibagi menjadi 4 yaitu :

1. Defisit perawatan diri : mandi tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, dan penampilan tidak rapi.
2. Defisit perawatan diri : berdandan atau berhias kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.
3. Defisit perawatan diri : makan mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.
4. Defisit perawatan diri : Ketidakmampuan untuk pergi ke toilet atau kurangnya keinginan untuk buang air besar atau buang air kecil tanpa bantuan.

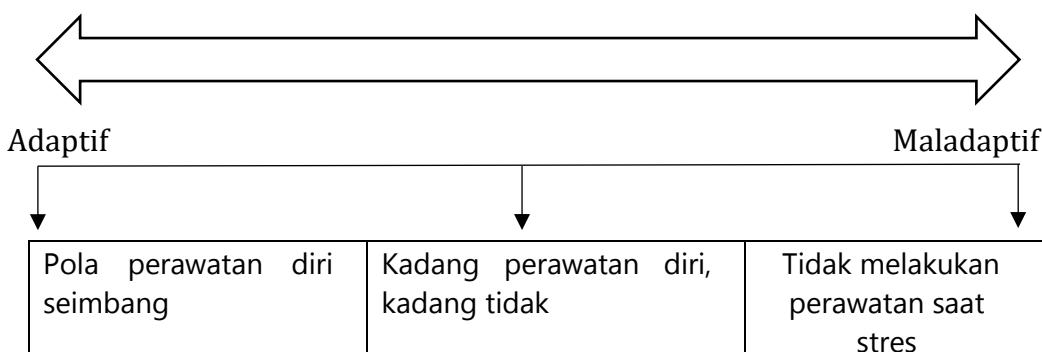
C. Etiologi Defisit Perawatan Diri

1. Faktor predisposisi (Nurhalimah, 2016) :
 - a. Biologis, dimana defisit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu

- melakukan keperawatan diri dan dikarenakan adanya faktor herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- b. Psikologis, adanya faktor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting, hal ini dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu tersebut sehingga perkembangan inisiatif menjadi terganggu. Klien yang mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.
 - c. Sosial, kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam merawat diri.
2. Faktor presipitasi Yang merupakan faktor presiptasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

D. Rentang Respon Defisit Perawatan Diri

Menurut Yanti (2021) rentang respon perawatan diri klien adalah sebagai berikut :



Keterangan :

1. Pola perawatan diri seimbang, saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berprilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
2. Kadang perawatan kadang tidak, saat klien mendapatkan stressor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
3. Tidak melakukan perawatan diri, klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stressor.

E. Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri

Menurut Nafiyati (2018) tanda dan gejala defisit perawatan diri terdiri dari :

1. Data subjektif Klien mengatakan :
 - a. Malas mandi
 - b. Tidak mau menyisir rambut
 - c. Tidak mau menggosok gigi
 - d. Tidak mau memotong kuku
 - e. Tidak mau berhias/berdandan
 - f. Tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi
 - g. Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
 - h. BAB dan BAK sembarangan
 - i. Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK
 - j. Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar
2. Data objektif
 - a. Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang
 - b. Tidak menggunakan alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar
 - c. Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan
 - d. Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu/sandal, tidak mengancingkan baju atau celana
 - e. Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, mis : memakai pakaian berlapis-lapis, pengguna pakaian yang tidak sesuai. Melepas barangbarang yang perlu dalam berpakaian, mis : telanjang
 - f. Makan dan minum sembarangan dan berhamburan, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu menyiapkan maknan, memindahkan makanan ke alat makan, tidak mampu memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan
 - g. BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB dan BAK

F. Intervensi Defisit Perawatan Diri

Intervensi dukungan perawatan diri: BAB/BAK dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.11349).

1. Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB) kepada pasien.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan perawatan diri: BAB/BAK berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- a. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia
- b. Monitor integritas kulit pasien

Terapeutik

- a. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi
- b. Dukung penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara

Konsisten

- a. Jaga privasi selama eliminasi
- b. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu
- c. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan
- d. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu
- e. Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), jika perlu

Edukasi

- a. Anjurkan BAK/BAB secara rutin
- b. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu

2. Dukungan Perawatan Diri: Berhias

Tidak ditemukan intervensi dukungan perawatan diri: berhias dalam buku SIKI Edisi 1 Cetakan II (PPNI, 2018). Namun intervensi ini dapat dilakukan dengan "dukungan perawatan diri: berpakaian."

3. Dukungan Perawatan Diri: Berpakaian (I.11350)

Intervensi dukungan perawatan diri: berpakaian dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.11350).

Dukungan perawatan diri: berpakaian adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan berpakaian dan berhias.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan perawatan diri: berpakaian berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias

Terapeutik

- a. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau
- b. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan
- c. Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu
- d. Fasilitasi berhias (mis: menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot)
- e. Jaga privasi selama berpakaian
- f. Tawarkan untuk laundry, jika perlu
- g. Berikan pujiannya terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri

Edukasi

- a. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu
- b. Ajarkan menggunakan pakaian, jika perlu

4. Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351)

Intervensi dukungan perawatan diri: Makan/Minum dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.11351).

Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan dan minum kepada pasien.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan perawatan diri: Makan/Minum berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- a. Identifikasi diet yang dianjurkan
- b. Monitor kemampuan menelan
- c. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

Terapeutik

- a. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
- b. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
- c. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- d. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat
- e. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
- f. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
- g. Sediakan makanan dan minuman yang disukai

- h. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
- i. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia

Edukasi

Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3)

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi

5. Dukungan Perawatan Diri: Mandi (I.11352)

Intervensi dukungan perawatan diri: mandi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.11352).

Dukungan perawatan diri: mandi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan perawatan diri: mandi berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- a. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri
- b. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan
- c. Monitor kebersihan tubuh (mis: rambut, mulut, kulit, kuku)
- d. Monitor integritas kulit

Terapeutik

- a. Sediakan peralatan mandi (mis: sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)
- b. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
- c. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
- d. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
- e. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
- f. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Edukasi

- a. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap Kesehatan
- b. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu

G. Latihan Soal

1. Mengapa faktor psikologis penting dalam defisit perawatan diri?
 - A. Karena mempengaruhi fisik individu
 - B. Karena mempengaruhi perkembangan inisiatif
 - C. Karena meningkatkan kesadaran diri
 - D. Karena mengurangi risiko penyakit

2. Apa saja faktor predisposisi yang menyebabkan defisit perawatan diri?
 - A. Faktor emosional dan spiritual
 - B. Faktor pendidikan dan sosial ekonomi
 - C. Faktor sosial dan lingkungan
 - D. Faktor biologis dan psikologis

Kunci Jawaban

1. B
2. D

H. Rangkuman Materi

1. Perawatan diri adalah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya
2. Saat merumuskan intervensi apa yang harus diberikan kepada pasien, perawat harus memastikan bahwa intervensi dapat mengatasi penyebab.

I. Glosarium

- DPD : Defisit Perawatan Diri
ODGJ : Orang Dengan Gangguan Jiwa
BAK : Buang Air Kecil
BAB : Buang Air Besar

Daftar Pustaka

- Hasanah, U., & Inayati, A. (2021). Penerapan Personal Hygiene Terhadap Kemandirian Pasien Defisit Perawatan Di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. *Jurnal Cendikia Muda*, 1 (3), 372-381.
- Laia, V. A. S., & Pardede, J. A. (2022). Penerapan Terapi Generalis Pada Penderita Skizofrenia Dengan Defisit Perawatan Diri di Ruang Pusuk Buhit RSJ Prof. dr. Muhammad Ildrem: Studi Kasus.
- Mundakir. 2021. BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA 1. Surabaya: UMSurabaya Publishing
- Nafiyati, I., Susilaningsih, I., & Syamsudin, S. (2018). Tindakan Keperawatan Melatih Cara Makan Pada Tn. Y Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri Makan. *Jurnal Keperawatan Karya Bhakti*, 4 (2), 14-19.
- Nurhalimah, N. (2016). Keperawatan Jiwa. Jakarta Selatan : Pusdik SDM Kesehatan.
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakaerta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA KLIEN DAN KELUARGA AKIBAT COVID-19 DAN PENYAKIT KRONIS: HIV-AIDS

Pendahuluan

Berdasarkan data dari WHO didapatkan bahwa pandemi COVID-19 terus menyebar secara global dengan total kasus mencapai 238.416 orang di seluruh dunia. Angka ini menunjukkan peningkatan yang signifikan, dengan penambahan 43.936 kasus baru dalam periode 28 hari terakhir. Kenaikan jumlah kasus ini menandakan bahwa pandemi masih terus berlanjut dan menjadi perhatian serius bagi otoritas kesehatan di berbagai negara. Peningkatan tersebut mencerminkan betapa pentingnya upaya pencegahan dan penanganan yang berkelanjutan untuk mengendalikan penyebaran virus ini. Kasus COVID-19 berdampak terhadap kondisi fisik individu yang ditandai dengan penurunan kondisi kesehatan.

Selain dampak fisik dari penyakit ini, COVID-19 juga memberikan tekanan psikologis yang berat baik bagi pasien maupun keluarga mereka. Pasien yang terinfeksi sering mengalami kecemasan, ketakutan, dan stres yang mendalam, terutama karena ketidakpastian mengenai pemulihannya. Proses isolasi dan perawatan yang panjang juga menambah beban mental, menyebabkan perasaan kesepian, putus asa, dan depresi. Bagi keluarga, beban emosional seringkali tidak kalah beratnya. Keluarga yang memiliki anggota terpapar COVID-19 cenderung mengalami kecemasan berlebihan, takut akan kemungkinan penularan, dan kekhawatiran yang konstan mengenai keselamatan orang yang mereka cintai. Ketidakmampuan untuk mendampingi anggota keluarga yang dirawat di rumah sakit atau menjalani isolasi dapat memperburuk perasaan tidak berdaya dan stres.

Dampak psikologis ini memerlukan perhatian serius dari para profesional kesehatan mental. Dukungan psikologis, baik bagi pasien maupun keluarga, menjadi penting dalam membantu mereka mengatasi trauma dan tekanan yang

muncul selama pandemi. Keterlibatan konselor atau psikolog, serta dukungan emosional dari komunitas, dapat memainkan peran penting dalam menjaga kesehatan mental selama masa sulit ini.

Tujuan Instruksional

Mampu Memahami konsep dasar dan asuhan keperawatan jiwa pada klien dan keluarga akibat COVID-19 dan penyakit kronis; HIV-AIDS.

Capaian Pembelajaran

Mampu mengaplikasikan manajemen pelayanan keperawatan jiwa profesional klinik dan komunitas.

Uraian Materi

A. Masalah Psikososial Akibat COVID-19

Stigma sosial, stigma negatif, kecemasan, dan gangguan psikologis akibat COVID-19 adalah dampak tidak langsung dari pandemi yang memengaruhi kesehatan mental individu dan masyarakat secara keseluruhan. Berikut penjelasan mendetail mengenai masing-masing aspek ini:

1. Stigma Sosial

Stigma sosial adalah pandangan negatif atau diskriminasi terhadap seseorang atau kelompok karena suatu karakteristik tertentu yang dianggap tidak sesuai dengan norma masyarakat. Dalam konteks COVID-19, stigma sosial muncul terhadap individu atau kelompok yang dikaitkan dengan penyebaran virus, seperti mereka yang terinfeksi, keluarga pasien, serta tenaga kesehatan.

Stigma sosial terkait COVID-19 dapat berupa pengucilan, perlakuan tidak adil, hingga kekerasan verbal atau fisik. Orang yang pernah terinfeksi sering dianggap sebagai "pembawa penyakit" meskipun mereka telah sembuh dan tidak lagi menular. Stigma ini diperburuk oleh ketakutan dan kurangnya informasi yang akurat mengenai virus dan cara penularannya.

2. Stigma Negatif

Stigma negatif terhadap COVID-19 juga bisa muncul dalam bentuk diskriminasi berbasis etnis atau nasionalitas. Misalnya, pada awal pandemi, beberapa kelompok etnis tertentu, terutama yang berasal dari daerah asal virus, seperti Tiongkok, mengalami rasisme dan diskriminasi. Orang-orang yang berasal atau dianggap berasal dari daerah yang terdampak parah juga sering mengalami penolakan atau prasangka negatif.

Tenaga kesehatan dan petugas garis depan, yang sebenarnya menjadi pahlawan dalam menangani pandemi, sering kali juga terkena stigma negatif. Mereka dianggap sebagai kelompok berisiko tinggi menularkan virus, sehingga banyak dari mereka menghadapi penolakan dari masyarakat, bahkan dari lingkungan tempat tinggal mereka sendiri.

3. Kecemasan Akibat Covid-19

Kecemasan merupakan salah satu dampak psikologis paling umum akibat COVID-19. Pandemi ini membawa ketidakpastian yang luar biasa, baik dari segi kesehatan, ekonomi, maupun sosial. Orang-orang cemas akan tertular virus, cemas akan keselamatan keluarga dan orang-orang

terkasih, serta cemas akan kehilangan pekerjaan atau mata pencaharian. Selain itu, berita-berita yang terus-menerus mengenai angka kematian, penyebaran virus yang cepat, dan laporan medis lainnya dapat memicu ketakutan berlebihan. Kecemasan ini sering kali diperparah oleh isolasi sosial, karena banyak orang yang terpaksa tinggal di rumah tanpa dukungan sosial yang memadai.

4. Gangguan Psikologis Lainnya

Selain kecemasan, pandemi COVID-19 juga menyebabkan berbagai gangguan psikologis lainnya, seperti depresi, stres pascatrauma (PTSD), dan gangguan tidur. Berikut penjelasan lebih lanjut:

- a. **Depresi:** Perasaan putus asa dan kehilangan minat atau motivasi merupakan gejala umum dari depresi selama pandemi. Isolasi sosial, kehilangan pekerjaan, dan ketidakpastian masa depan dapat memperburuk kondisi ini. Bagi banyak orang, pandemi membawa perubahan drastis dalam kehidupan sehari-hari, yang dapat memicu depresi.
- b. **Stres Pascatrauma (PTSD):** Orang-orang yang pernah terinfeksi COVID-19, terutama yang mengalami gejala parah atau kehilangan orang terkasih akibat virus ini, rentan terhadap PTSD. Pengalaman traumatis ini, dikombinasikan dengan ketakutan akan penularan ulang atau stigma sosial, dapat menyebabkan gejala-gejala PTSD seperti kilas balik, mimpi buruk, dan kecemasan berlebihan.
- c. **Gangguan Tidur:** Banyak orang mengalami gangguan tidur selama pandemi, seperti insomnia atau tidur yang tidak nyenyak. Kecemasan, stres, dan perubahan rutinitas harian, termasuk bekerja dari rumah atau kehilangan pekerjaan, dapat mengganggu pola tidur normal.

5. Dampak pada Kelompok Rentan

Kelompok-kelompok tertentu lebih rentan terhadap dampak psikologis COVID-19. Orang lanjut usia, penyandang disabilitas, dan mereka yang memiliki kondisi kesehatan mental sebelumnya mungkin mengalami peningkatan risiko gangguan mental selama pandemi. Isolasi sosial yang berkepanjangan, kesulitan mengakses layanan kesehatan, dan ketakutan akan infeksi memperburuk kondisi mereka.

B. Penyebab Masalah Psikososial Akibat Covid-19

1. **Risiko terinfeksi dan menginfeksi orang lain**, terutama mengingat cara penularan COVID-19 yang belum sepenuhnya dipahami, menjadi salah satu sumber kecemasan utama bagi banyak orang. Ketidakpastian ini meningkatkan ketakutan, baik di kalangan masyarakat umum maupun di antara tenaga kesehatan, karena sulit untuk sepenuhnya melindungi diri atau orang lain dari potensi penularan.
2. **Gejala umum seperti demam dan masalah kesehatan lainnya** dapat dengan mudah disalahartikan sebagai gejala COVID-19, yang pada gilirannya dapat menimbulkan rasa takut dan kekhawatiran. Banyak orang menjadi cemas jika mengalami gejala ringan, takut bahwa mereka mungkin telah terinfeksi, meskipun tidak semua gejala tersebut disebabkan oleh virus ini.
3. **Pengasuh anak-anak** sering menghadapi kekhawatiran tambahan, terutama jika sekolah-sekolah ditutup. Anak-anak yang terpaksa tinggal di rumah tanpa pengawasan yang memadai dapat meningkatkan kecemasan orang tua atau pengasuh, terutama jika mereka sendiri terinfeksi atau harus dikarantina. Situasi ini menimbulkan tekanan emosional tambahan bagi pengasuh yang sudah menghadapi banyak tantangan selama pandemi.
4. **Kelompok rentan**, seperti orang lanjut usia dan penyandang disabilitas, berisiko mengalami penurunan kesehatan fisik dan mental jika pengasuh mereka dikarantina dan tidak ada layanan atau dukungan lain yang tersedia. Ketidakmampuan untuk menyediakan perawatan yang memadai dapat memperburuk kondisi kesehatan mereka, baik secara fisik maupun emosional, sehingga memperparah kerentanan mereka selama pandemi.

C. Tanda dan Gejala Masalah Psikososial Akibat Covid-19

1. **Takut jatuh sakit dan meninggal**: Kekhawatiran akan kesehatan diri sendiri merupakan salah satu ketakutan paling mendasar selama pandemi COVID-19. Banyak orang cemas bahwa mereka bisa tertular penyakit, yang dapat berujung pada kematian, terutama bagi mereka yang memiliki kondisi kesehatan yang mendasarnya.
2. **Tidak mau datang ke fasilitas layanan kesehatan** karena takut tertular selama perawatan. Banyak orang enggan mencari bantuan medis atau pergi ke rumah sakit karena khawatir akan tertular COVID-19 di fasilitas

tersebut, yang justru bisa memperburuk kondisi kesehatan mereka jika tidak ditangani dengan tepat.

3. **Takut kehilangan mata pencaharian** adalah kekhawatiran yang banyak dirasakan, terutama di tengah ketidakpastian ekonomi selama pandemi. Ketakutan tidak bisa bekerja selama isolasi, atau bahkan kehilangan pekerjaan, menambah beban psikologis bagi mereka yang sudah menghadapi situasi yang sulit.
4. **Takut diasingkan oleh masyarakat atau dikarantina** karena stigma terkait COVID-19. Ketakutan ini diperparah oleh diskriminasi yang muncul, seperti rasisme terhadap orang-orang yang berasal dari atau dianggap berasal dari daerah terdampak. Stigma ini membuat individu yang terinfeksi atau yang dianggap berisiko merasa terisolasi dan dijauhi oleh masyarakat sekitar.
5. **Merasa tidak berdaya untuk melindungi orang-orang terkasih** merupakan salah satu sumber kecemasan yang mendalam selama pandemi. Banyak orang merasa takut akan kehilangan orang-orang yang mereka cintai karena virus yang menyebar, sementara mereka merasa tidak mampu melakukan apa pun untuk melindungi mereka.
6. **Takut terpisah dari orang-orang terkasih dan pengasuh** karena aturan karantina. Pemisahan ini tidak hanya menciptakan jarak fisik tetapi juga ketidakpastian emosional, karena individu tidak tahu kapan mereka bisa bersatu kembali dengan keluarga atau pengasuh mereka.
7. **Menolak untuk mengurus anak kecil, penyandang disabilitas, atau orang berusia lanjut** yang sendirian atau terpisah karena takut tertular infeksi. Ketakutan akan penularan virus membuat banyak orang enggan memberikan perawatan kepada kelompok-kelompok rentan ini, terutama jika orang tua atau pengasuh mereka dikarantina.
8. **Merasa tidak berdaya, bosan, kesepian, dan depresi** selama isolasi adalah dampak psikologis yang umum dirasakan. Terputus dari interaksi sosial dan rutinitas sehari-hari membuat banyak orang merasa kesepian dan kehilangan motivasi, yang dapat memperburuk kondisi mental mereka.
9. **Takut mengalami pengalaman wabah sebelumnya:** Bagi mereka yang pernah menghadapi wabah di masa lalu, pandemi COVID-19 bisa memicu trauma dan ketakutan akan pengulangan pengalaman yang menakutkan. Kenangan buruk dari wabah sebelumnya membuat mereka lebih cemas dan waspada selama pandemi ini.

D. Intervensi Masalah Psikososial Akibat Covid-19

Intervensi keperawatan dalam menangani masalah psikososial akibat COVID-19 melibatkan berbagai tindakan yang berfokus pada mendukung kesehatan mental dan kesejahteraan individu di tengah tantangan yang ditimbulkan oleh pandemi. Berikut adalah beberapa intervensi yang dapat dilakukan:

1. Membantu Lansia Mengatasi Stres Selama Wabah COVID-19

- a. Memberikan dukungan emosional: Lansia sering merasa cemas dan takut akan kesehatan mereka selama pandemi. Perawat dapat memberikan dukungan emosional melalui komunikasi yang menenangkan, mendengarkan dengan empati, dan memberikan informasi yang jelas tentang cara melindungi diri dari infeksi.
- b. Mengurangi isolasi sosial: Mengatur panggilan video atau telepon dengan anggota keluarga dan teman-teman, serta memberikan akses ke program-program sosial virtual untuk menjaga koneksi sosial.
- c. Mengajarkan teknik relaksasi: Mengarahkan lansia untuk melakukan latihan pernapasan dalam, meditasi, atau aktivitas santai lainnya yang dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan.
- d. Memastikan kebutuhan dasar terpenuhi: Membantu lansia mengakses kebutuhan dasar seperti makanan, obat-obatan, dan perawatan medis dengan aman, sehingga mereka merasa aman dan terjaga.

2. Mendukung Kebutuhan Penyandang Disabilitas Selama Wabah COVID-19

- a. Memastikan aksesibilitas informasi: Menyediakan informasi terkait COVID-19 yang dapat diakses oleh penyandang disabilitas, seperti bahan bacaan dalam format braille, teks yang disederhanakan, atau video dengan bahasa isyarat.
- b. Mendukung kemandirian: Membantu penyandang disabilitas dalam aktivitas sehari-hari yang mungkin menjadi lebih sulit selama pandemi, seperti berbelanja, mengakses layanan kesehatan, atau berkomunikasi dengan penyedia layanan.
- c. Memberikan dukungan psikososial: Perawat dapat membantu penyandang disabilitas dalam mengatasi stres dan kecemasan melalui konseling atau dukungan emosional.
- d. Kolaborasi dengan keluarga dan pengasuh: Bekerja sama dengan keluarga dan pengasuh untuk memastikan bahwa kebutuhan khusus

penyandang disabilitas terpenuhi dan mereka mendapatkan perawatan yang aman dan efektif.

3. Pesan dan Kegiatan untuk Membantu Anak-Anak Menghadapi Stres Selama Wabah COVID-19

- a. Memberikan informasi yang sesuai usia: Menjelaskan situasi pandemi kepada anak-anak dengan bahasa yang mudah dipahami dan tidak menakutkan. Mengedukasi mereka tentang cara menjaga kesehatan, seperti mencuci tangan, memakai masker, dan menjaga jarak.
- b. Menyediakan rutinitas harian yang stabil: Membantu anak-anak tetap memiliki rutinitas harian yang teratur, termasuk waktu untuk belajar, bermain, dan istirahat. Rutinitas ini dapat memberikan rasa aman dan kepastian.
- c. Melibatkan anak dalam aktivitas kreatif: Mendorong anak-anak untuk mengekspresikan perasaan mereka melalui seni, musik, atau bermain. Aktivitas ini dapat membantu mereka mengatasi stres dengan cara yang positif.
- d. Meningkatkan komunikasi: Mendengarkan perasaan dan kekhawatiran anak-anak, memberikan dukungan, dan mengajak mereka berbicara tentang apa yang mereka rasakan selama pandemi.

4. Kegiatan DKJPS (Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial) untuk Orang Dewasa dalam Isolasi/Karantina

- a. Mengembangkan strategi coping yang sehat: Mendorong orang dewasa yang dalam isolasi atau karantina untuk mengembangkan strategi coping yang sehat, seperti berolahraga di rumah, mengikuti program hobi, atau meditasi.
- b. Menyediakan layanan konseling jarak jauh: Memberikan akses ke layanan konseling atau terapi online untuk membantu mereka mengatasi perasaan kesepian, cemas, atau depresi.
- c. Mendorong interaksi sosial virtual: Mengajak orang dewasa untuk tetap terhubung dengan teman dan keluarga melalui platform digital untuk mengurangi rasa kesepian dan menjaga kesejahteraan mental.
- d. Mengelola informasi yang diterima: Membantu mereka membatasi paparan informasi yang berlebihan dari media, yang bisa menimbulkan stres lebih lanjut. Mendorong mereka untuk mengikuti sumber informasi yang terpercaya dan menghindari hoaks.

5. Mendukung Orang yang Terlibat dalam Respons COVID-19

- a. Memberikan dukungan psikologis: Petugas garis depan dan tenaga kesehatan sering kali mengalami stres berlebihan dan kelelahan. Memberikan dukungan psikologis, baik melalui konseling, sesi relaksasi, atau program kesehatan mental, sangat penting untuk menjaga kesejahteraan mereka.
- b. Mengatur waktu istirahat yang cukup: Memastikan bahwa tenaga kesehatan memiliki waktu istirahat yang cukup dan tidak bekerja terlalu lama tanpa jeda, guna mencegah burnout.
- c. Mendorong penggunaan teknik coping: Mengajarkan teknik manajemen stres, seperti latihan pernapasan, mindfulness, atau hobi yang menyenangkan di luar pekerjaan, untuk membantu mereka melepaskan ketegangan.
- d. Memberikan penghargaan dan dukungan moral: Mengakui dan menghargai kontribusi mereka dalam menangani pandemi, yang dapat meningkatkan semangat dan motivasi.

6. Pesan-Pesan DKJPS Masyarakat Selama Wabah COVID-19

- a. Mengedukasi masyarakat tentang pentingnya dukungan sosial: Mengajak masyarakat untuk saling mendukung dan membantu, terutama bagi mereka yang paling rentan seperti lansia, penyandang disabilitas, atau mereka yang berada dalam isolasi.
- b. Mendorong solidaritas dan anti-stigma: Menyebarluaskan pesan-pesan yang menekankan pentingnya solidaritas dan menghindari stigma terhadap orang-orang yang terinfeksi atau mereka yang berada di garis depan.
- c. Membantu menjaga keseimbangan mental: Mengedukasi masyarakat tentang pentingnya menjaga keseimbangan antara mengikuti berita dan menjaga kesehatan mental dengan tidak terlalu banyak terpapar informasi yang dapat menimbulkan kecemasan.
- d. Menyediakan sumber daya dan informasi: Mengarahkan masyarakat ke sumber daya yang tersedia, seperti layanan konseling online, hotline kesehatan mental, atau program-program komunitas yang dapat membantu mereka selama pandemi.

Melalui intervensi keperawatan ini, masalah psikososial akibat COVID-19 dapat dikelola secara efektif, dan kesehatan mental masyarakat dapat ditingkatkan di tengah tantangan pandemi yang berkepanjangan.

E. Asuhan Keperawatan Jiwa Akibat Penyakit Kronis: HIV-AIDS

Asuhan keperawatan jiwa adalah suatu rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang dilakukan langsung kepada pasien. Praktik ini menggunakan metodologi proses keperawatan yang berpedoman pada standar keperawatan dan dilandasi oleh etika profesi. Dalam praktik ini, perawat berperan dengan wewenang serta tanggung jawabnya selama seluruh proses kehidupan pasien.

1. Pengkajian

Prinsip utama dalam asuhan keperawatan bagi pasien HIV adalah mengubah perilaku pasien serta meningkatkan respons imunitas mereka. Ini dicapai melalui pemenuhan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, dengan tujuan untuk mengurangi stresor yang dialami pasien. Pendekatan ini melibatkan dua aspek utama:

- a. Konsep Pendekatan Asuhan Keperawatan di Rumah: Perawatan yang dilakukan di rumah bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung pasien dalam menjalani terapi dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Perawat juga memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya untuk mengelola penyakit dan stres secara efektif.
- b. Asuhan Keperawatan pada Respons Biologis, Psikologis, Sosial, dan Spiritual: Perawatan holistik mencakup berbagai aspek kehidupan pasien. Ini melibatkan intervensi untuk mendukung kesehatan fisik, mengelola kondisi psikologis seperti kecemasan dan depresi, memperkuat dukungan sosial, serta memenuhi kebutuhan spiritual pasien agar mereka merasa lebih tenang dan memiliki harapan dalam menghadapi penyakit.

Perjalanan klinis pasien dari tahap infeksi HIV hingga mencapai tahap AIDS ditandai dengan penurunan sistem kekebalan tubuh, terutama kekebalan seluler. Kondisi ini menyebabkan peningkatan risiko serta tingkat keparahan infeksi oportunistik dan penyakit keganasan. Penurunan kekebalan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, dan salah satu yang perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan adalah stres psikososial. Ketika pertama kali didiagnosis dengan HIV, pasien sering kali merespons dengan penolakan (denial) dan keterkejutan (shock). Mereka merasa seolah-olah harapan telah hilang dan menganggap bahwa hidup mereka akan penuh dengan penderitaan.

Pada penderita HIV dan keluarganya, masalah psikis yang dominan meliputi:

- 1) Integritas Ego: Perasaan tidak berdaya atau putus asa sering kali muncul sebagai respon terhadap diagnosis.
- 2) Faktor Stres: Stres dapat berasal dari berbagai sumber, baik yang baru muncul akibat diagnosis atau yang sudah lama ada.
- 3) Respons Psikologis: Reaksi psikologis yang umum terjadi meliputi penolakan (denial), kemarahan, kecemasan, dan mudah tersinggung (irritable).
- 4) Pendekatan yang komprehensif diperlukan untuk mengatasi masalah-masalah ini, baik melalui dukungan emosional maupun intervensi psikologis.

2. Faktor Penyebab Masalah Psikososial

Menurut Stewart (1997), Aspek psikososial pada pasien HIV/AIDS dapat dibagi menjadi tiga aspek utama:

- a. Stigma Sosial: Stigma yang melekat pada pasien HIV memperburuk depresi dan merusak pandangan mereka terhadap harga diri. Pasien sering merasa terisolasi dan dipandang negatif oleh masyarakat.
- b. Diskriminasi: Diskriminasi terhadap individu yang terinfeksi HIV, seperti penolakan untuk bekerja atau hidup bersama mereka, berdampak negatif pada kesehatan pasien. Bagi pasien homoseksual atau yang menggunakan narkoba, diskriminasi ini sering kali mengurangi dukungan sosial yang mereka terima, yang pada gilirannya memperparah tingkat stres.
- c. Respons Psikologis yang Berkepanjangan: Proses psikologis yang panjang, seperti penolakan, kemarahan, tawar-menawar, dan depresi, sering mengakibatkan keterlambatan dalam upaya pencegahan dan pengobatan. Akibatnya, beberapa pasien beralih ke penggunaan obat-obatan terlarang sebagai cara untuk mengatasi stres yang mereka alami.

3. Masalah Keperawatan

- a. Ansietas
- b. Ketidakberdayaan
- c. Berduka
- d. Distres spiritual

- e. Keputusasaan
- f. Gangguan citra tubuh
- g. Harga diri rendah kronis
- h. Harga diri rendah situasional
- i. Penurunan coping keluarga
- j. Koping komunitas tidak efektif
- k. Sindrom pasca trauma

4. Intervensi

Pasien yang didiagnosis dengan HIV sering kali mengalami stres yang memengaruhi persepsi mereka, termasuk aspek kognitif seperti penerimaan diri, sosial, dan spiritual, serta respons biologis mereka. Stres ini dapat terjadi baik selama perawatan di rumah sakit maupun saat menjalani perawatan di rumah (home care). Peran perawat dalam merawat pasien HIV adalah membantu mereka beradaptasi dengan kondisi ini melalui pendekatan asuhan keperawatan yang tepat. Peran tersebut mencakup dua hal utama:

- a. Memfasilitasi Strategi Koping: Perawat membantu pasien mengembangkan dan menerapkan strategi koping yang efektif untuk menghadapi tantangan fisik dan emosional yang terkait dengan diagnosis HIV. Ini termasuk memberikan edukasi tentang cara mengelola stres, menjaga kesehatan mental, serta mempertahankan keseimbangan hidup.
- b. Dukungan Sosial: Perawat juga memberikan dukungan sosial, baik secara langsung maupun dengan melibatkan keluarga dan komunitas. Dukungan ini penting untuk mengurangi isolasi sosial dan memberikan rasa aman serta diterima oleh pasien, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup mereka.

F. Latihan Soal

1. Dampak psikologis yang dialami keluarga dengan terindikasi Covid-19 adalah, kecuali?
 - A. Depresi
 - B. Gangguan tidur
 - C. Stres pascatrauma
 - D. Kecemasan
 - E. Keletihan

2. Faktor yang mendorong munculnya masalah psikologis pada penderita HIV di komunita adalah, kecuali?
 - A. Stigma sosial
 - B. Diskriminasi
 - C. Penolakan
 - D. Fase berduka
 - E. Gangguan tidur

3. Tanda dan gejala masalah psikologis yang sering kali dialami oleh penderita HIV dan keluarga adalah, kecuali?
 - A. Perasaan tidak berdaya
 - B. Stres
 - C. Mudah tersinggung
 - D. Gangguan tidur
 - E. Kecemasan

Kunci Jawaban

1. E
2. E
3. D

G. Rangkuman Materi

Asuhan keperawatan jiwa bagi pasien dan keluarga yang terinfeksi HIV dan Covid-19 berfokus pada penilaian psikologis, dengan gejala utama seperti isolasi sosial, perilaku menarik diri, stres, depresi, dan trauma pasca wabah. Kondisi psikologis ini sering dipengaruhi oleh stigma sosial yang melekat pada penderita penyakit menular seperti HIV dan Covid-19, pandangan negatif masyarakat, serta ketakutan akan penularan. Stigma sosial ini membuat pasien dan keluarganya merasa dijauhi, yang memperparah kondisi mental mereka, seperti kecemasan dan rasa putus asa. Selain itu, ketakutan terhadap HIV dan Covid-19, baik oleh pasien sendiri maupun orang di sekitar mereka, juga memicu masalah psikologis yang lebih dalam. Kecemasan tentang masa depan, ketidakpastian terhadap penyakit, serta ketakutan akan kematian sering menjadi beban pikiran yang berat. Trauma akibat wabah yang mengakibatkan kehilangan orang terkasih atau perubahan besar dalam kehidupan sehari-hari juga berperan dalam memperburuk kondisi mental. Untuk mengatasi masalah

ini, tindakan keperawatan yang efektif mencakup berbagai intervensi, seperti memberikan dukungan emosional yang konsisten untuk membantu pasien dan keluarga merasa didengar dan dipahami. Mengurangi isolasi sosial sangat penting, misalnya melalui kelompok dukungan atau pendekatan komunitas, di mana pasien dapat berbagi pengalaman dan merasa diterima. Teknik relaksasi juga diajarkan untuk membantu pasien mengelola stres dan kecemasan. Selain itu, memastikan kebutuhan dasar pasien, seperti nutrisi dan perawatan fisik, tetap terpenuhi, juga merupakan aspek penting dalam meningkatkan kualitas hidup mereka.

H. Glosarium

COVID 19 : Corona Virus Disease -19

HIV : Human Immunodeficiency Virus

AIDS : Accured Immunodeficiency Syndrome

Daftar Pustaka

- Fithriy Insaniy, R., Jatimi, A., Junnatul Azizah Heru, M., & Munir, Z. (2021). Depression in Post Disaster Societies: A Systematic Review. *Journal of Health Sciences*, 14(3), 227–233. <https://doi.org/10.33086/jhs.v14i3.1556>
- Heru, M.J.A. & Jatimi, A., (2024). Nurses' Anxiety Related To Covid-19 With Spirituality. *NURSING UPDATE: Jurnal Ilmiah Ilmu*, 15 (1), 1-6. <https://doi.org/10.36089/nu.v15i1.1824>
- Heru, M. J. A., Jatimi, A., & Hidayat, M. (2024). Stigma Pada Penderita HIV/AIDS: A Systematic Review . *Indonesian Health Science Journal*, 3(2), 32–38. <https://doi.org/10.52298/ihsj.v3i2.43>
- Jannah, AR., Jatimi, A., Heru, M.J.A., Munir, Z., Rahman, HF. (2020). Kecemasan pasien Covid-19: A systematic review. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 11(2), 33-37. <http://dx.doi.org/10.33846/sf11nk406>
- Jatimi, A., Amilia, Y., & Heru, M. J. (2021). Gejala Ansietas Pada Staf Kesehatan Di Rumah Sakit Akibat Covid-19: A Literature Review. *Indonesian Health Science Journal*, 1(2). <https://doi.org/10.52298/ihsj.v1i2.16>
- Maulida, H., Jatimi, A., Heru, M. J. A., Munir, Z., & Rahman, H. F. (2020). Depresi pada Komunitas dalam Menghadapi Pandemi COVID-19: A Systematic Review. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 2(4), 519–524. <https://doi.org/10.25026/jsk.v2i4.201>
- Nursalam, N., Kurniawati, N. D., Misutarno & Solikhah, F., K. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

WHO. (2024). COVID 19. <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases> diakses pada tanggal 1 Sepetember 2024

BAB 5

KONSEP *RECOVERY DAN SUPPORTIVE ENVIRONMENT*

Pendahuluan

Bab ini dirancang untuk memberikan pemahaman tentang konsep *recovery* dalam konteks gangguan jiwa dan pentingnya lingkungan yang mendukung dalam proses pemulihan. Penulis, menyajikan panduan komprehensif yang menggabungkan teori dan praktik dalam mendukung individu dengan gangguan jiwa. Tujuan utama buku ini adalah untuk memperkenalkan pembaca pada pendekatan recovery yang holistik dan memahami peran lingkungan dalam mendukung individu dalam perjalanan ODGJ menuju pemulihan. Buku ini ditujukan untuk mahasiswa, dosen keperawatan jiwa, tenaga kesehatan, dan siapa saja yang tertarik dalam memahami dan mendukung proses pemulihan gangguan jiwa. Dalam buku ini, pembaca akan menemukan struktur yang terorganisir dengan baik, mulai dari pengantar konsep recovery, peran lingkungan yang mendukung, hingga strategi praktis untuk implementasi. Metode pembelajaran yang digunakan mencakup penjelasan mendalam, dan latihan praktis yang dirancang untuk memfasilitasi pemahaman dan penerapan konsep. Dengan pendekatan pembelajaran yang integratif dan kolaboratif, buku ini diharapkan dapat menjadi sumber daya berharga dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam mendukung pemulihan individu dengan gangguan jiwa.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:

4. Memahami konsep *recovery* dan *supportive environment* dalam perawatan pasien gangguan jiwa
5. Mahasiswa mampu menerapkan konsep recovery dan supportive environment dalam

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan definisi dan ciri-ciri pulih
2. Mampu menjelaskan prinsip pemulihan orang dengan gangguan jiwa
3. Mampu menganalisis dukungan individu, dukungan keluarga dan dukungan komunitas dalam upaya recovery
4. Mampu menjelaskan tahap-tahap kekambuhan orang dengan gangguan jiwa
5. Mampu memahami target perawatan pada ODGJ

Uraian Materi

A. Konsep *Recovery*

1. Definisi Pulih

Pulih merupakan proses dimana seseorang mampu untuk hidup, bekerja, belajar dan berpartisipasi secara penuh dalam komunitasnya yang berimplikasi terhadap penurunan atau pengurangan gejala secara keseluruhan (Stuart et al., 2016). Makna pulih bisa berbeda bagi setiap orang. Dalam World Health Organization, (2019) dijelaskan bahwa pemulihan adalah tentang mendapatkan kembali kendali atas identitas dan kehidupan, memiliki harapan untuk hidup, dan menjalani kehidupan yang bermakna dengan bekerja, bersosialisasi, spiritualitas, dan keterlibatan masyarakat.

Pemulihan tidak berarti "sembuh" atau "menjadi normal kembali". Sebaliknya, pemulihan adalah tentang mendapatkan atau merebut kembali makna dan tujuan hidup, serta diberdayakan untuk menjalani kehidupan yang ditentukan secara mandiri dan otonom, meskipun mengalami tekanan emosional yang mungkin telah dialami atau sedang dialami. Dalam kerangka hak asasi manusia, pemulihan adalah hak untuk diikutsertakan dan mampu berpartisipasi dalam semua aspek kehidupan, baik politik, ekonomi, dan sosial setara dengan orang lain. Semua hak ini tidak bergantung pada "menjadi lebih baik", bebas dari gejala, atau "menyesuaikan diri", tetapi pada pengakuan atas keragaman dan martabat yang melekat pada setiap individu. Dalam Undang-undang Nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa dijelaskan bahwa yang dimaksud dengan "pemulihan" adalah mengembalikan Kesehatan Jiwa seseorang kepada kondisi dengan fungsi hidup sehari-hari yang optimal (Presiden Republik Indonesia, 2014)

2. Ciri-ciri pulih meliputi (Jääskeläinen et al., 2013):

a. *Clinical remission*

Remisi merujuk pada pengurangan atau penghilangan gejala-gejala utama gangguan skizofrenia sehingga tidak lagi mempengaruhi fungsi sehari-hari secara signifikan. Ini biasanya diukur dengan penilaian skala gejala seperti Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) atau Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), yang menunjukkan

bahwa gejala psikosis, seperti halusinasi dan delusi, telah berkurang secara substansial atau tidak lagi ada.

b. *Social functioning*

Fungsi sosial mencakup kemampuan individu untuk berinteraksi dengan orang lain dan menjalani kehidupan sosial dengan efektif. Dalam konteks skizofrenia, berarti kemampuan untuk membangun dan memelihara hubungan, berpartisipasi dalam aktivitas sosial, dan berfungsi dalam berbagai aktivitas sosial. Peningkatan fungsi sosial mencerminkan bahwa individu dapat kembali berintegrasi ke dalam masyarakat dan menjalani interaksi sosial yang sehat dan produktif.

c. *Productive and functioning independently.*

Produktif dan berfungsi secara mandiri mencakup kemampuan individu untuk terlibat dalam aktivitas yang produktif, seperti pekerjaan, pendidikan, atau kegiatan sehari-hari yang memberi kontribusi pada kehidupan mereka dan masyarakat. Selain itu, berfungsi secara mandiri berarti individu dapat menjalani kehidupan sehari-hari tanpa ketergantungan yang tinggi pada orang lain atau sistem dukungan. Hal ini termasuk kemampuan untuk mengelola kebutuhan dasar seperti perawatan diri, perumahan, dan keuangan.

B. Prinsip Pemulihan ODGJ

Menurut hasil berbagai riset yang dilakukan oleh National Empowerment Center, terhadap orang-orang yang sudah pulih dari gangguan jiwa, ada 5 prinsip dalam pemulihan ODGJ, yaitu:

1. *Recovery Beliefs* (keyakinan bisa pulih). Klien gangguan jiwa harus yakin bahwa mereka bisa pulih, kembali hidup normal dan bekerja di masyarakat .
2. *Recovery Relationships* (pulih hubungan sosialnya). Adanya hubungan persaudaraan atau persahabatan yang erat akan membantu proses pemulihan.
3. *Recovery Skills* (pulihnya ketrampilan). Setelah seseorang yakin bahwa dirinya bisa pulih, begitu pula dengan orang-orang disekitarnya juga percaya bahwa orang tersebut bisa pulih dari gangguan jiwanya, maka klien gangguan jiwa mulai dapat mengembalikan ketrampilannya, khususnya ketrampilan berkomunikasi atau berinteraksi sosial.

4. *Recovery Identity* (Pulihnya identitas diri). klien yang pulih dari gangguan jiwa tidak lagi hanya merasa sebagai klien gangguan jiwa, tapi sudah menjadi manusia yang utuh. Identitas diri tersebut antara sebagai karyawan, kepala atau anggota keluarga, murid, dll.
6. *Recovery Comunity* (kembali menjadi bagian masyarakat). klien gangguan jiwa yang pulih diterima sebagai bagian dari masyarakat. Prinsip pemulihan menurut (Subandi et al., 2023) menunjukkan tujuh prinsip pemulihan, yaitu
 1. Menumbuhkan harapan positif,

Pemulihan berfokus pada kemampuan sosial, di mana individu dengan gangguan jiwa dapat menjalani kehidupan yang bermakna, baik dengan maupun tanpa gejala. Tugas utama petugas kesehatan adalah mendukung ODGJ dalam menerima kondisi mereka, sekaligus memupuk harapan positif, optimisme, dan keyakinan akan kesempatan untuk tumbuh. Dengan harapan ini, ODGJ dapat membangun identitas diri yang kuat dan pandangan yang lebih terbuka terhadap diri dan lingkungan.
 2. Membangun kemitraan dan kolaborasi

Kemitraan antara ODGJ, caregiver, keluarga, komunitas, tenaga kesehatan, serta penyedia layanan multidisiplin sangatlah penting. Selain itu, peran pemerintah, organisasi, dan komunitas sukarela di masyarakat, serta layanan kesehatan, kesejahteraan sosial, dan layanan pendidikan, juga sangat diperlukan. Semua pemangku kepentingan ini perlu bekerja sama dalam kolaborasi yang saling menghormati untuk mendukung proses pemulihan
 3. Memastikan komitmen dan evaluasi organisasi Sikap petugas di seluruh organisasi sangat penting dalam membentuk lingkungan yang mendukung pemulihan, terutama yang membantu pasien mengembangkan dan melaksanakan rencana pemulihan mereka sendiri. Lingkungan kerja dan budaya organisasi yang mendukung pemulihan serta pembangunan tenaga kerja yang memiliki keterampilan yang tepat, dan memiliki sumber daya yang cukup untuk praktik berorientasi pemulihan mengakui hak asasi manusia Pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pemulihan harus menjunjung tinggi, mendukung, dan melindungi hak hukum, kewarganegaraan, dan hak asasi manusia orang dengan gangguan

jiwa. Penyedia layanan juga harus memberikan kesempatan yang setara bagi setiap ODGJ untuk berpartisipasi dalam pendidikan, pekerjaan, serta masyarakat guna mendorong inklusi sosial. Berdasarkan prinsip ini, mereka harus menghilangkan hambatan stigma dan diskriminasi karena hal tersebut dapat berdampak negatif pada pemulihan dan

4. Kesejahteraan ODGJ

Berfokus pada pemberdayaan dan pemasatan perhatian pada individu Seseorang dengan gangguan jiwa perlu dipandang secara holistik, yaitu mencakup kehidupan dan keadaan mereka. Terbatas hanya pada kesehatan mental orang tersebut, tetapi juga meliputi kesehatan fisik, emosi, tahap perkembangan, dan gender. Penyedia layanan harus memahami kebutuhan dan aspirasi kompleks individu dan melihat pemulihan pribadi mereka sebagai proses utama dalam menuju kesejahteraan.

5. Prinsip pemberdayaan menunjukkan bahwa penyedia layanan mengakui otonomi konsumen. Pemulihan tidak selalu tentang penyembuhan tetapi tentang memiliki kesempatan untuk memilih, menjalani kehidupan yang bermakna, memuaskan, dan penuh tujuan, serta menjadi anggota komunitas yang dihargai

6. Mengakui keunikan dan konteks sosial individu,

Konteks di mana konsumen hidup, termasuk latar belakang sosial, ekonomi, dan budaya mereka, akan mempengaruhi proses pemulihan. Oleh karena itu, penting untuk mempertimbangkan dan memanfaatkan nilai-nilai ini sebagai sumber dukungan untuk proses pemulihan. Pemulihan mempertimbangkan bagaimana aspek budaya dan spiritual dari kehidupan klien mempengaruhi pandangan mereka tentang kesehatan mental dan proses perawatan. Meskipun perjalanan pemulihan setiap orang itu unik, orang tidak berperjalanan sendirian; perjalanan mereka terjadi dalam konteks sosial, keluarga, politik, ekonomi, budaya, dan spiritual yang mempengaruhi kesehatan mental dan kesejahteraan mereka.

7. Memfasilitasi dukungan sosial

Penyedia layanan harus mendukung dan mendorong individu untuk tetap terhubung dengan orang-orang penting dalam hidup mereka. Seorang konsumen harus memiliki seseorang yang mereka percayai

untuk "ada" dalam saat-saat kebutuhan. Faktor-faktor seperti stigma, diskriminasi, norma gender, dan persepsi negatif masyarakat tentang gangguan jiwa dapat menghambat proses pemulihan.

C. Dukungan dalam Upaya *Recovery*

Menurut Stuart et al., (2016) proses pemulihan (*recovery*) pada orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) melibatkan berbagai pihak yang dapat memberikan dukungan, yakni individu itu sendiri, keluarga, dan komunitas. Masing-masing pihak memainkan peran penting dalam memastikan pemulihan jangka panjang dan peningkatan kualitas hidup bagi ODGJ.

1. Dukungan Individu

Dukungan individu merupakan komponen sentral dalam proses recovery. Kekuatan diri merupakan pondasi dari dukungan dan sistem recovery yang berpusat pada diri sendiri dan motivasi diri. Aspek terpenting dari recovery didefinisikan oleh individu itu sendiri dengan pertolongan dari pemberi layanan kesehatan jiwa dan orang-orang yang sangat penting dalam kehidupannya. Dalam hal ini, dukungan sosial memainkan peran penting dalam membantu individu mengatasi kesulitan emosional. Individu juga perlu memiliki peran aktif dalam proses pemulihan, terutama dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya, sehingga tercipta rasa kendali atas kehidupan mereka sendiri.

Recovery gangguan jiwa merupakan gabungan pelayanan sosial, edukasi, okupasi, perilaku dan kognitif yang bertujuan pada pemulihan jangka panjang dan memaksimalkan kemampuan diri

2. Dukungan Keluarga

Keluarga dapat menyediakan lingkungan yang aman dan stabil yang sangat dibutuhkan oleh pasien selama proses pemulihan. Keluarga juga dapat membantu dalam manajemen perawatan diri pasien, memastikan bahwa pasien mengikuti terapi dan mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk meningkatkan kondisinya.

Dalam penelitian lain, keluarga sering dianggap sebagai pendukung utama yang memfasilitasi komunikasi yang efektif dengan layanan kesehatan jiwa dan memastikan bahwa pasien memiliki akses yang cukup ke perawatan yang dibutuhkan. Lebih jauh lagi, keluarga dapat berperan sebagai jembatan antara individu dan komunitas yang lebih luas untuk memastikan

bahwa individu tersebut tidak terisolasi dari masyarakat (World Health Organization, 2013).

Dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam meningkatkan pemulihan dan produktivitas di tengah komunitas. Keluarga merupakan aspek penting bagi ODGJ untuk menjalani terapi sebaik mungkin, termasuk kepatuhan kontrol dan minum obat.

Keluarga memiliki lima tugas dalam perawatan anggota keluarga dengan gangguan jiwa, meliputi:

a. Mengenal Masalah Pasien

Keluarga harus memahami masalah yang dihadapi pasien, termasuk masalah gangguan jiwa, gejala-gejala yang dialami seperti gejala halusinasi, gejala harga diri rendah dan lainnya, faktor-faktor pemicunya, serta mengidentifikasi tanda-tanda perburukan kondisi pasien, seperti perubahan perilaku atau emosional. Pemahaman ini penting untuk membantu keluarga merespons dengan tepat kebutuhan pasien.

b. Memutuskan Perawatan yang Diperlukan Pasien

Keluarga berperan dalam memutuskan jenis perawatan yang paling tepat bagi pasien, seperti konsultasi dengan tenaga kesehatan setelah mengetahui masalah pasien, keluarga dapat memutuskan jenis dan metode perawatan yang akan dilakukan misalnya bekerja sama dengan tenaga kesehatan untuk memilih metode pengobatan yang tepat (terapi kognitif, obat-obatan, atau kombinasi).

c. Merawat Pasien

Merawat pasien mencakup mendampingi dan membantu pasien dalam menjalani aktivitas sehari-hari, memastikan pasien mematuhi regimen pengobatan, serta menyediakan dukungan emosional.

Contoh tugas: mengingatkan pasien untuk rutin meminum obat yang diresepkan dokter, memberikan dukungan emosional dengan mendengarkan dan memahami keluhan pasien tanpa menghakimi, membantu perawatan dalam mengendalikan tanda dan gejala yang dialami pasien.

d. Modifikasi Lingkungan Menciptakan Lingkungan Keluarga Yan Terapeutik

e. Lingkungan yang tenang, aman, dan mendukung sangat penting untuk proses pemulihan. Keluarga harus menciptakan suasana yang

bebas dari stres serta mendukung kesehatan mental pasien. Contoh yang dapat dilakukan keluarga adalah mengurangi konflik keluarga yang dapat memicu stres pada pasien yang dapat berakibat terjadi kekambuhan. Mengatur lingkungan rumah agar mendukung kenyamanan dan keamanan pasien.

Menggunakan Pelayanan Kesehatan

Keluarga perlu memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia untuk mendukung pemulihan pasien, seperti berkonsultasi dengan dokter spesialis, terapi kelompok, atau program rehabilitasi serta merujuk pasien ke pelayanan kesehatan jika terjadi kekambuhan atau kondisi yang membutuhkan perawatan.

Caregiver dan anggota komunitas adalah pemangku kepentingan yang signifikan dalam meningkatkan pemulihan bagi orang dengan gangguan jiwa. Iseselo dan Ambikile, (2020) mengungkapkan bahwa keterlibatan pasien dalam aktivitas di rumah, mendorong manajemen perawatan diri, meningkatkan sistem dukungan pasien, serta memberikan keamanan dan perlindungan merupakan faktor penting yang mendukung pemulihan bagi orang dengan gangguan jiwa. Meningkatkan kesadaran kesehatan mental bagi caregiver dan anggota komunitas akan menjembatani kesenjangan untuk meningkatkan pemulihan bagi orang dengan gangguan jiwa.

3. Dukungan Komunitas

pemulihan pada ODGJ tidak hanya bergantung pada dukungan dari individu itu sendiri dan keluarganya, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh komunitas tempat individu tersebut tinggal. Komunitas memiliki peran yang signifikan dalam menciptakan lingkungan yang mendukung pemulihan jangka panjang, membantu individu mencapai kemandirian, serta mengurangi stigma sosial terhadap gangguan jiwa. Beberapa dukungan dari komunitas meliputi:

a. Pelayanan Sosial, Edukasi, Okupasi, Perilaku, dan Kognitif

Proses recovery ODGJ merupakan kombinasi berbagai layanan, termasuk pelayanan sosial, edukasi, okupasi (kerja), serta intervensi perilaku dan kognitif. Tujuan dari layanan-layanan ini adalah untuk

mendukung pemulihan jangka panjang serta membantu individu memaksimalkan kemampuan diri mereka. Dengan kombinasi pelayanan ini, individu dibantu untuk membangun kembali kepercayaan diri, meningkatkan keterampilan sosial, dan berpartisipasi dalam kegiatan yang produktif di masyarakat.

Contoh:

- 1) Program rehabilitasi di masyarakat yang mengajarkan keterampilan baru seperti kerajinan tangan atau pekerjaan yang dapat meningkatkan kemandirian finansial ODGJ.
 - 2) Program pendidikan bagi masyarakat umum yang bertujuan mengurangi stigma terhadap gangguan jiwa dan meningkatkan penerimaan sosial terhadap individu dengan gangguan mental.
- b. Posyandu kesehatan jiwa
- Posyandu kesehatan jiwa adalah layanan kesehatan berbasis komunitas di wilayah kerja puskesmas yang berfokus pada pencegahan, deteksi dini, dan pemantauan kesehatan jiwa di tingkat kelurahan/kecamatan. Posyandu dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama dengan kader kesehatan jiwa masyarakat. Tujuannya adalah mendekatkan akses kesehatan jiwa kepada masyarakat, memudahkan proses deteksi dini masalah kesehatan jiwa memfasilitasi konseling dasar, serta membantu rujukan bagi mereka yang memerlukan intervensi medis lebih lanjut.
- c. Kelompok Swabantu (*Self Help Group*)
- Kelompok swabantu atau kelompok dukungan mandiri adalah kelompok yang dibentuk oleh individu dengan pengalaman/masalah yang sama dalam menghadapi gangguan jiwa. Kelompok ini menyediakan ruang di mana anggota dapat berbagi pengalaman, memberikan dukungan emosional satu sama lain, serta mendiskusikan cara-cara mengatasi masalah yang mereka hadapi. Konsep ini mengakui bahwa dukungan dari sesama yang pernah mengalami gangguan jiwa sering kali lebih efektif membuat lebih semangat untuk proses pemulihan.

Contoh:

Kelompok dukungan bagi penderita skizofrenia yang bertemu secara rutin untuk berbagi pengalaman, strategi coping, serta memberikan dukungan psikologis satu sama lain.

d. Rehabilitasi Berbasis Masyarakat

Rehabilitasi berbasis masyarakat (*Community-Based Rehabilitation, CBR*) adalah pendekatan komprehensif yang bertujuan memberdayakan ODGJ dengan cara melibatkan mereka dalam kegiatan sosial dan ekonomi di lingkungan sekitar. Program ini memanfaatkan sumber daya komunitas untuk mendukung pemulihan individu serta meningkatkan kualitas hidup mereka. CBR mencakup pelatihan kerja, terapi vokasional, serta dukungan sosial yang disesuaikan dengan kebutuhan individu. Contoh: Program keterampilan di desa yang melibatkan ODGJ dalam kegiatan pertanian atau produksi kerajinan lokal, yang membantu mereka mendapatkan penghasilan dan merasakan kebersamaan dalam komunitas.

4. Kekambuhan

Tahap Kekambuhan ODGJ menurut Stuart et al., (2016):

Tahap 1: Overextension

Tahap overextension disebut juga tahap kewalahan. Dalam tahap ini tanda dan gejala yang terlihat pada ODGJ meliputi:

- a. Kewalahan, tak dapat mengendalikan diri
- b. Ansietas, yang perlu ekstra tenaga mengatasinya
- c. Beban yang berlebihan dan tidak mampu mengatasinya
- d. ADL memerlukan upaya yang tinggi
- e. Penurunan efisiensi kerja, pasien mungkin mengalami kesulitan dalam menyelesaikan tugas atau pekerjaan
- f. Mudah terdistraksi dan kurang konsentrasi

Tahap 2: Restricted consciousness (pembatasan kesadaran)

Pada tahap ini, pasien mulai mengalami penarikan diri dan pembatasan kesadaran terhadap lingkungan eksternal sebagai mekanisme perlindungan dari rasa kewalahan. Pada tahap ini, yang dapat muncul berupa:

- a. Gejala ansietas dan depresi
- b. Rasa bosan yang mendalam terhadap hal-hal yang biasanya menarik perhatian pasien.
- c. Apatis, hilang minat pada hal-hal yang menyenangkan
- d. Obsesif terhadap hal-hal kecil, yang membuat pasien terjebak dalam pikiran atau aktivitas tertentu
- e. Fobia terhadap situasi atau hal-hal tertentu yang mungkin tak berbahaya sebelumnya.
- f. Menarik diri dari interaksi sosial
- g. Membatasi diri dari stimulasi eksternal (cara melindungi kehilangan control)

Tahap 3: Disinhibition (Rasa Malu)

Pada tahap ini, pasien mulai mengalami gejala psikotik ringan yang dapat menyebabkan hilangnya kemampuan untuk menahan diri. Gejala yang muncul antara lain:

- a. Hipomania, atau peningkatan suasana hati yang tidak proporsional
- b. Halusinasi, yaitu melihat atau mendengar hal-hal yang sebenarnya tidak ada
- c. Waham, keyakinan yang salah yang tidak sesuai dengan kenyataan.
- d. Koping yang biasa berhasil menjadi gagal, di mana strategi koping yang biasanya efektif menjadi tidak memadai untuk mengatasi situasi yang dihadapi

Tahap 4: Psychotic disorganization (disorganisasi psikotik)

Pada periode ini gejala waham dan halusinasi semakin intensif, Terdiri dari 3 tahap

- a. Pertama: Tidak mengakui lingkungan dan orang2 yang akrab; menuduh anggota keluarga penipu, agitasi. Pada tahap ini dapat terjadi perusakan lingkungan eksternal
- b. Kedua : Kehilangan identitas, dan menganggap dirinya orang ketiga. Tahap ini dapat terjadi perusakan pada diri sendiri
- c. Ketiga : Fragmentasi total, kehilangan kemampuan total dalam membedakan realitas dan gangguan jiwa. Tahap ini menimbulkan gejala gangguan jiwa berat

Tahap 5: Psychotic resolution (resolusi psikosis)

Tahap ini, pasien sudah mampu minum obat secara teratur dan dapat kembali dilakukan asuhan keperawatan yang meliputi, perawatan diri, pengendalian gejala, sosialisasi, kepatuhan obat dan edukasi pada keluarga

D. Asuhan Keperawatan pada Tahap *Recovery*

Target asuhan keperawatan pada ODGJ tahap recovery:

1. Kemampuan dalam mengendalikan tanda dan gejala

Kemampuan dalam mengendalikan tanda dan gejala dilakukan dalam bentuk:

- a. Asuhan keperawatan

Fokus utama pada tahap ini adalah mencegah kekambuhan dan memaksimalkan adaptasi pasien terhadap gangguan jiwa yang dialami. Perawat harus perawat mengkaji dan mengamati tanda dan gejala kekambuhan. memberikan intervensi sesuai dengan gejala, dan mengedukasi pasien serta keluarga mengenai cara mengenali tanda awal kekambuhan gangguan jiwa.

- b. Asuhan medik (kepatuhan minum obat)

Perawat berperan dalam mengedukasi pasien mengenai pentingnya kepatuhan terhadap terapi obat, pemantauan efek samping obat, serta memberikan dukungan emosional kepada pasien untuk meningkatkan kepercayaan terhadap pengobatan yang dijalani.

2. Kemampuan perawatan diri (*Self Care*)

Pasien dengan gangguan jiwa pada tahap pemulihan dilatih untuk mandiri dalam merawat diri, seperti menjaga kebersihan diri, mandi, berpakaian, makan, dan aktivitas lain yang berkaitan dengan kesehatan pribadi. Perawat dapat membantu dengan memberikan penguatan positif dan latihan rutin, serta menetapkan tujuan yang realistik untuk meningkatkan kemandirian pasien.

3. Kemampuan Sosialisasi

Perawat dapat memberikan intervensi dalam bentuk terapi kelompok, terapi okupasi, dan bimbingan dalam interaksi sosial. Program komunitas seperti kelompok swabantu juga dapat membantu meningkatkan rasa percaya diri dan kemampuan pasien untuk berinteraksi dalam lingkungan sosial.

4. Kemampuan kegiatan sehari-hari/rumah tangga (*Activity Daily Living*)
Mengembalikan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti membersihkan rumah, memasak, dan mengelola keuangan menjadi penting untuk meningkatkan kualitas hidup mereka. Perawat dapat mendampingi pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari dan memberi instruksi yang jelas dan terstruktur. Pada aspek ini, dukungan keluarga juga sangat penting sebagai pendukung dalam pelaksanaan ADL pasien.
5. Kemampuan Bekerja
Membantu pasien untuk kembali produktif dalam pekerjaan atau menemukan aktivitas yang dapat meningkatkan harga diri adalah bagian dari proses pemulihan. Program rehabilitasi berbasis pekerjaan dan terapi okupasi sangat membantu pasien dalam meningkatkan keterampilan kerja. Perawat dapat bekerja sama dengan tim lintas sektor untuk membantu pasien mendapatkan pekerjaan atau aktivitas produktif yang sesuai dengan kondisi mereka.
Berikut ini merupakan tabel tingkat kemampuan dan kemandirian ODGJ pada proses pemulihan (Kelialat, 2018):

Tabel 5.1 tingkat Kemandirian berdasarkan Kemampuan asuhan keperawatan orang dengan gangguan jiwa

Tingkat Kemandirian	Kemampuan yang Dimiliki
TOTAL CARE	Tidak memiliki kemampuan dalam: mengendalikan gejala (1), merawat diri (2), bersosialisasi (3), ADL/ kemampuan kegiatan sehari-hari (4), dan bekerja (5)
PARTIAL CARE Kemampuan 1-2 (+) Kemampuan 3-5 (-)	memiliki kemampuan dalam: mengendalikan gejala (1), merawat diri (2),
MANDIRI/ SELF CARE Kemampuan 1-4 (+) Kemampuan 5 (-)	memiliki kemampuan dalam : mengendalikan gejala (1), merawat diri (2), bersosialisasi (3), ADL/ kemampuan kegiatan sehari-hari (4),
PRODUKTIF Kemampuan 1-5 (+)	memiliki kemampuan dalam: mengendalikan gejala (1), merawat diri

	(2), bersosialisasi (3), ADL/ kemampuan kegiatan sehari-hari (4), dan bekerja (5)
--	-----------------------------------------------------------------------------------

Tabel 5.2 Tingkat kemandirian berdasarkan kepatuhan Berobat ODGJ

Tingkat Kemandirian	Kemampuan yang dimiliki
TOTAL CARE Kemampuan 1 s.d 5 (-)	Tidak melakukan : patuh 8 aspek benar obat (1), kontrol 1 kali per minggu (2), kontrol 1 kali per 2 minggu (3), kontrol 1 kali per 4 minggu (4)
PARTIAL CARE Kemampuan 1 & 2/3 (+)	Mampu melakukan : patuh 8 aspek benar obat (1), kontrol 1 kali per minggu (2), kontrol 1 kali per 2 minggu (3)
MANDIRI/ SELF CARE Kemampuan 1 & 3 (+)	Mampu melakukan :patuh 8 aspek benar obat (1), kontrol 1 kali per 4 minggu (3)

Tabel 5.3 Tingkat Kemandirian Menggunakan Pelayanan Kesehatan ODGJ

Tingkat kemandirian	Kemampuan yang dimiliki
TOTAL CARE	Dikunjungi Tenaga Kesehatan di Rumah ODGJ (<i>Home Visit</i>)
PARTIAL CARE	Periksa ke Puskesmas diantar oleh kader dan keluarga atau hanya dengan keluarga
MANDIRI/ SELF CARE	Datang untuk periksa ke puskesmas sendiri

E. Latihan Soal

1. Apa tujuan utama dari layanan sosial dalam konteks rehabilitasi berbasis masyarakat untuk ODGJ?
 - A. Mengurangi prevalensi gangguan jiwa
 - B. Mengurangi biaya perawatan kesehatan
 - C. Menyediakan obat-obatan yang lebih efektif
 - D. Meningkatkan aksesibilitas ke fasilitas kesehatan
 - E. Mendorong integrasi sosial dan pemberdayaan individu

2. Mengapa penting untuk melibatkan komunitas dalam rehabilitasi ODGJ?
 - A. Untuk mempercepat proses administratif
 - B. Untuk menggantikan peran profesional kesehatan jiwa
 - C. Untuk mengurangi beban fasilitas pelayanan kesehatan
 - D. Untuk memastikan individu dapat kembali berfungsi dengan baik
 - E. Untuk mengurangi biaya layanan sosial pada orang dengan gangguan jiwa
3. Dalam tahapan kekambuhan, apa yang paling mungkin terjadi pada fase disinhibition?
 - A. Penyembuhan total dari gangguan jiwa
 - B. Peningkatan kesadaran diri dan kontrol diri
 - C. Kejelasan kognitif dan fungsi yang sangat baik
 - D. Stabilitas penuh dalam fungsi sosial dan pekerjaan
 - E. Penurunan kemampuan dalam mengatur perilaku dan emosi
4. Apa yang menjadi fokus utama dalam pendekatan rehabilitasi berbasis masyarakat?
 - A. Isolasi individu dari komunitas
 - B. Pembatasan akses individu ke sumber daya sosial
 - C. Penyediaan dukungan medis yang intensif di rumah sakit
 - D. Pengobatan yang eksklusif tanpa keterlibatan komunitas
 - E. Integrasi dan partisipasi aktif dalam komunitas dengan dukungan lokal.
5. Menurut prinsip pemberdayaan individu dalam pemulihan, bagaimana dukungan komunitas seharusnya diberikan?
 - A. Tanpa melibatkan individu dalam proses pemulihan
 - B. Dengan fokus pada pengobatan medis yang sepenuhnya
 - C. Dengan membatasi keputusan yang diambil oleh individu
 - D. Dengan memberikan semua keputusan kepada profesional medis
 - E. Melalui pengakuan terhadap kapasitas individu membuat keputusan
6. Apa peran posyandu kesehatan jiwa dalam proses pemulihan ODGJ?
 - A. Mengabaikan dukungan sosial dan edukasi
 - B. Mengelola semua aspek pengobatan secara eksklusif
 - C. Fokus pada perawatan medis di lingkungan rumah sakit

- D. Menyediakan edukasi kesehatan mental kepada individu
 - E. Mengurangi keterlibatan individu dalam komunitas ODGJ
7. Apa yang menjadi tantangan utama dalam layanan sosial untuk ODGJ di komunitas?
- A. Kurangnya teknologi canggih
 - B. Ketersediaan obat-obatan di fasilitas kesehatan
 - C. Kekurangan dana pemerintah untuk kesehatan
 - D. Stigma dan diskriminasi terhadap gangguan jiwa
 - E. Keterbatasan tenaga medis yang bekerja pada pusat pelayanan
8. Bagaimana peran kelompok swabantu dapat memengaruhi pemulihan ODGJ?
- A. Dengan menyediakan dukungan finansial secara langsung
 - B. Dengan memberikan dukungan emosional dan sosial
 - C. Dengan mengantikian terapi profesional
 - D. Dengan mempercepat proses administratif layanan
 - E. Dengan mengurangi kebutuhan akan layanan medis
9. Dalam konteks rehabilitasi berbasis masyarakat, bagaimana kelompok swabantu dapat berkontribusi pada pemulihan ODGJ?
- A. Fokus pada isolasi individu dari kelompok sosial
 - B. Membatasi dukungan yang diberikan kepada individu
 - C. Menyediakan dukungan sosial dan aktivitas yang mendukung
 - D. Mengurangi keterlibatan komunitas dalam dukungan pemulihan
 - E. Menyediakan hanya dukungan medis tanpa melibatkan komunitas
10. Bagaimana prinsip hak asasi manusia mempengaruhi pendekatan pemulihan bagi ODGJ menurut Subandi et al.?
- A. Mengabaikan hak individu untuk pengambilan keputusan
 - B. Membatasi hak individu untuk mendapatkan dukungan sosial
 - C. Menghormati hak-hak individu dalam seluruh proses pemulihan
 - D. Fokus pada perawatan medis tanpa memperhatikan hak individu
 - E. Mengabaikan prinsip-prinsip kemanusiaan demi efisiensi proses pemulihan

F. Rangkuman Materi

Konsep pemulihan (recovery) bagi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) mengacu pada proses di mana individu mampu hidup, bekerja, belajar, dan berpartisipasi secara penuh dalam komunitas mereka dengan penurunan gejala yang signifikan dan memperoleh kembali makna serta tujuan hidup, tanpa harus sembuh sepenuhnya. Prinsip pemulihan, menurut National Empowerment Center, mencakup keyakinan akan pemulihan diri, hubungan sosial yang mendukung, keterampilan individu, identitas diri yang utuh, dan integrasi kembali ke masyarakat. Selain itu, prinsip-prinsip pemulihan menekankan harapan positif, kemitraan, hak asasi manusia, pemberdayaan individu, serta dukungan sosial yang sesuai dengan konteks sosial dan budaya. Dukungan dalam proses pemulihan melibatkan dukungan individu, keluarga, dan komunitas, termasuk layanan sosial, edukasi, okupasi, perilaku, kognitif, serta inisiatif seperti posyandu kesehatan jiwa, kelompok swabantu, dan rehabilitasi berbasis masyarakat. Tahapan kekambuhan mencakup overextension, restricted consciousness, disinhibition, dan psychotic disorganization, di mana setiap tahap menunjukkan penurunan fungsi dan kontrol yang memerlukan intervensi yang tepat.

G. Glosarium

ODGJ : Orang dengan Gangguan Jiwa

ADL : *Activity Daily Living*

SHG : *Self Help Group*

Daftar Pustaka

- Iseselo, M. K., & Ambikile, J. S. (2020). Promoting Recovery in Mental Illness: The Perspectives of Patients, Caregivers, and Community Members in Dar es Salaam, Tanzania. *Psychiatry Journal*, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2020/3607414>
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J., & Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296–1306. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130>
- Presiden Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang Keswa Nomor 18 Tahun 2014 (Issue 1).
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa. Edisi Indonesia 10. Elsevier.
- Subandi, M. A., Nihayah, M., Marchira, C. R., Tyas, T., Marastuti, A., Pratiwi, R., Mediola, F., Herdiyanto, Y. K., Sari, O. K., Good, M. J. D., & Good, B. J. (2023). The principles of recovery-oriented mental health services: A review of the guidelines from five different countries for developing a protocol to be implemented in Yogyakarta, Indonesia. *PLoS ONE*, 18(3 March), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276802>
- World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2020. In World Health Organization. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8601_03
- World Health Organization. (2019). Recovery practices for mental health and well-being WHO QualityRights Specialized training. In World Health Organization. <https://encompass.eku.edu/otdcapstones/17%0Ahttps://doi.org/10.1080/08039488.2017.1373854>

PROFIL PENULIS



Ns. Ira Oktavia Siagian, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J Lahir di Duri, 24 Oktober 1981. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 lulus pada tahun 2005 dan Ners tahun 2006 di Universitas Sari Mutiara Medan. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 dan Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2006 sebagai Dosen di Institut Kesehatan Immanuel Bandung. Saat ini penulis masih berkarir sebagai dosen di Departemen Keperawatan Jiwa Fakultas Keperawatan Program Studi Sarjana dan Ners Institut Kesehatan Immanuel. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan workshop. Penulis juga aktif dalam organisasi profesi sebagai pengurus PPNI DPK Institut Kesehatan Immanuel Bandung dan anggota dalam Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Provinsi Jawa Barat. Motto: "Keberhasilan adalah perjalanan, bukan tujuan akhir." Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : ira.ockta@gmail.com



Dr. Ns. Mamnu'ah, M.Kep., Sp.Kep.J Lahir di Indramayu, pada tahun 1973. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Gadjah Mada tahun 2001. Pada tahun 2002 penulis selesai menempuh Pendidikan Profesi Ners di Universitas Gadjah Mada. Penulis melanjutkan Pendidikan S2 Program Studi Keperawatan Jiwa pada Universitas Indonesia lulus tahun 2008 dan tahun 2010 lulus Spesialis Keperawatan Jiwa. Pendidikan S3 di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan (FKKM), Universitas Gadjah Mada lulus tahun 2019. Bekerja sejak tahun 1996 mulai dari AKPER sampai saat ini menjadi Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta (UNISA). Penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial, Keperawatan Psikiatri, Biostatistik, dan Metodologi Penelitian. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, pengabdian kepada masyarakat dan sebagainya. Selain menjadi Dosen, penulis juga menjabat sebagai Ketua Pusat Studi Perempuan, Keluarga, dan Bencana (PSPKB) Universitas 'Aisyiyah Yogayakarta. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: mamnuah@unisayogya.ac.id Motto: "Hidup mengalir seperti air."

PROFIL PENULIS



Ns. Fathra Annis Nauli., M.Kep., Sp.Kep.J Lahir di Malang, 03 Januari 1985. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Brawijaya Malang tahun 2007 Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2011 an melanjutkan Program Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas yang sama dan lulus tahun 2012.Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2007 – 2009 sebagai Dosen Pengajar di Stikes Hangtuah Pekanbaru. Saat ini penulis bekerja di Fakultas Keperawatan Universitas Riau mengampu mata kuliah keperawatan Jiwa dan Komunikasi Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan juga sebagai penulis/ reviewer soal Uji Kompetensi Ners bidang Keperawatan Jiwa Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: fathranauli@lecturer.unri.ac.id



Atika Jatimi, S.Kep., Ns., M.Kep Lahir di Sumenep, 01 Mei 1995. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Sarjana Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Nurul Jadid Paiton Probolinggo tahun 2012-2016 dan Pendidikan Profesi Ners, Universitas Nurul Jadid Paiton Probolinggo tahun 2016-2017. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Airlangga Surabaya dan lulus tahun pada tahun 2020. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2020 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Nazhatut Thullab Sampang yang kemudian menjadi Universitas Nazhatut Thullab Al-Muafa Sampang pada tahun 2022. Saat ini penulis mengampu mata kuliah keperawatan psikiatri, keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial, keperawatan bencana dan keperawatan gerontik. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku ajar, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: missatikaj@gmail.com

PROFIL PENULIS



Rasmawati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J Lahir di Wotu, Luwu Timur, 18 Juli 1989. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 Keperawatan dan Ners pada Program Studi Keperawatan, Universitas Hasanuddin tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia, lulus pada tahun 2016 dan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2012-2014 Pelaksana di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, 2013-2018 Dosen Program Studi Ners di Sekolah

Tunggu Ilmu Kesehatan Makassar (STIK Makassar). Saat ini penulis merupakan dosen di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar mengampu mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial, Keperawatan Psikiatri, dan Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dan aktif dalam pengelolaan jurnal ilmiah dengan menjadi editor pada Jurnal Kesehatan, serta Editor in Chief pada Alauddin Scientific Journal of Nursing (ASJN)

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: rasmawati.ners@uin-alauddin.ac.id

SINOPSIS BUKU

Buku Ajar Keperawatan Psikiatrik adalah panduan komprehensif bagi para perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang ingin mengembangkan keterampilan keperawatan jiwa dalam konteks asuhan keperawatan pada pasien. Buku ini menguraikan konsep, asuhan keperawatan, proses keperawatan, serta tantangan yang dihadapi dalam keperawatan jiwa, yang merupakan inti dari praktik keperawatan.

Bab 1 memperkenalkan asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa perilaku kekerasan dan bunuh diri, mendefinisikan perilaku kekerasan dan resiko bunuh diri dan mengajarkan cara mengatasi marah dan mencegah bunuh diri.

Bab 2 mengeksplorasi asuhan keperawatan klien yang mengalami waham dan halusinasi, mendefinisikan tentang diagnosa waham dan halusinasi serta melatih cara mengatasi waham dan mengontrol halusinasi pada pasien

Bab 3 memfokuskan pada definisi defisit perawatan diri dan cara merawat pasien dengan tindakan-tindakan yang diajarkan kepada pasien

Bab 4 memberikan panduan praktis dalam asuhan keperawatan pada pasien maupun keluarga yang diakibatkan Covid-19 HIV-AIDS Bab 5 menguraikan karakteristik recovery serta supportive environment.

Buku ini dilengkapi dengan latihan soal, rangkuman materi, dan glosarium di akhir setiap bab, yang memudahkan pembaca untuk memahami dan mengaplikasikan konsep-konsep yang disajikan. Dengan panduan ini, perawat diharapkan mampu meningkatkan kualitas pada keperawatan psikiatrik, membangun hubungan yang lebih baik dengan pasien, dan mendukung proses penyembuhan yang lebih efektif melalui asuhan keperawatan.

Buku Ajar Keperawatan Psikiatrik adalah panduan komprehensif bagi para perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang ingin mengembangkan keterampilan keperawatan jiwa dalam konteks asuhan keperawatan pada pasien. Buku ini menguraikan konsep, asuhan keperawatan, proses keperawatan, serta tantangan yang dihadapi dalam keperawatan jiwa, yang merupakan inti dari praktik keperawatan.

Bab 1 memperkenalkan asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa perilaku kekerasan dan bunuh diri, mendefinisikan perilaku kekerasan dan resiko bunuh diri dan mengajarkan cara mengatasi marah dan mencegah bunuh diri.

Bab 2 mengeksplorasi asuhan keperawatan klien yang mengalami waham dan halusinasi, mendefinisikan tentang diagnosa waham dan halusinasi serta melatih cara mengatasi waham dan mengontrol halusinasi pada pasien

Bab 3 memfokuskan pada defenisi defisit perawatan diri dan cara merawat pasien dengan tindakan-tindakan yang diajarkan kepada pasien

Bab 4 memberikan panduan praktis dalam asuhan keperawatan pada pasien maupun keluarga yang diakibatkan Covid-19 HIV-AIDS

Bab 5 menguraikan karakteristik recovery serta supportive environment.

Buku ini dilengkapi dengan latihan soal, rangkuman materi, dan glosarium di akhir setiap bab, yang memudahkan pembaca untuk memahami dan mengaplikasikan konsep-konsep yang disajikan. Dengan panduan ini, perawat diharapkan mampu meningkatkan kualitas pada keperawatan psikiatrik, membangun hubungan yang lebih baik dengan pasien, dan mendukung proses penyembuhan yang lebih efektif melalui asuhan keperawatan.

ISBN 978-623-8775-47-7



Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

