



BUKU AJAR KEPERAWATAN JIWA

Penyusun:

1. Ns. Slametningsih, M. Kep., Sp. Kep. J
2. Ns. Ninik Yunitri, M.Kep., Sp.Kep. J
3. Ns. Nuraenah, M.Kep
4. Hendra, S.Kom., M.Kom



PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA

BUKU AJAR
KEPERAWATAN JIWA

Penulis : Ns. Slametningsih, M.Kep, Sp. Kep. J
Ns. Ninik Yunitri, M.Kep, Sp. Kep. J
Ns. Nuraenah, M.Kep
Hendra, S.Kom, M.Kom

Tahun Terbit : 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan Sukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan kurnia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini.

Buku Ajar ini membahas tentang keperawatan jiwa dengan masalah gangguan meliputi : asuhan keperawatan pasien Isolasi sosial, pasien dengan masalah Harga Diri Rendah, Pasien dengan masalah Halusinasi, pasien dengan masalah waham, pasien dengan masalah Risiko Bunuh Diri dan pasien dengan masalah Perilaku Kekerasan.

Dalam penyusunan buku ajar ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam halisi maupun cara penulisannya. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan dari para pembaca demi terbentuk pola pikir yang lebih baik dalam penulisan buku ini

Pada kesempatan ini, penulis juga tidak lupa mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini sehingga buku ini dapat diterbitkan. Semoga menjadi amalan yang menjadi pahala berlipat ganda . Aamiin

Jakarta, Nopember 2019

DAFTAR ISI

PENDAHULUAN

DAFTAR ISI

Deksripsi singkat mata kuliah

Kegunaan mata kuliah

Tujuan umum pembelajaran

Petunjuk bagi mahasiswa untuk mempelajari buku ajar

Petunjuk bagi dosen untuk mempelajari buku ajar

BAB I Asuhan Keperawatan Pasien dengan Isolasi Sosial

A. Tujuan Instruksional Umum.....	1
B. Tujuan Instruksional Khusus.....	1
C. Definisi Isolasi Sosial.....	2
D. Proses Terjadinya Isolasi Sosial.....	2
E. Rentang Respon Isolasi Sosial.....	3
F. Pengkajian Isolasi Sosial.....	4
G. Mekanisme Koping.....	6
H. Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial.....	6
I. Rencana Tindakan Keperawatan Isolasi Sosial.....	7
J. Tindakan Keperawatan Isolasi Sosial.....	8
K. Evaluasi Isolasi Sosial.....	9
L. Contoh Soal Isolasi Sosial.....	10

BAB II ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH KRONIS

A. Tujuan Instruksional Umum.....	12
B. Tujuan Instruksional Khusus.....	12
C. Definisi Diri Rendah Kronis.....	12
D. Proses Terjadinya Harga Diri Rendah Kronis.....	13
E. Rentang Respon Harga Diri Rendah Kronis.....	14
F. Mekanisme Koping	15
G. Pengkajian Harga Diri Rendah Kronis.....	17
H. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah Kronis.....	18
I. Rencana Tindakan Keperawatan Harga Diri Rendah Kronis.....	18
J. Tindakan Keperawatan Harga Diri Rendah Kronis.....	19
K. Evaluasi Harga Diri Rendah Kronis.....	20
L. Contoh Soal Harga Diri Rendah Kronis.....	21

BAB III Asuhan Keperawatan Pesein dengan Halusinasi	
A. Tujuan Instruksional Umum.....	23
B. Tujuan Instruksional Khusus	23
C. Definisi Halusinasi.....	24
D. Proses Terjadinya Halusinasi.....	24
E. Rentang Respon Halusinasi.....	27
F. Mekanisme Koping.....	30
G. Pengkajian Halusinasi.....	30
H. Diagnosa Keperawatan Halusinasi.....	30
I. Rencana Tindakan Keperawatan Halusinasi.....	31
J. Tindakan Keperawatan Halusinasi.....	37
K. Evaluasi Halusinasi.....	39
L. Contoh Soal Halusinasi.....	39
BAB IV Asuhan Keperawatan Pesein dengan Waham	
A. Tujuan Instruksional Umum.....	42
B. Tujuan Instruksional Khusus	42
C. Definisi Waham.....	43
D. Proses Terjadinya Waham.....	44
E. Rentang Respon Waham.....	46
F. Mekanisme Koping	46
G. Pengkajian Waham.....	47
H. Diagnosa Keperawatan Waham.....	49
I. Rencana Tindakan Keperawatan Waham.....	49
J. Tindakan Keperawatan Waham.....	50
K. Evaluasi Waham.....	52
L. Contoh Soal Waham.....	53
BAB V Asuhan Keperawatan Pesein Risiko Bunuh Diri	
A. Tujuan Instruksional Umum.....	55
B. Tujuan Instruksional Khusus	55
C. Definisi Risiko Bunuh Diri.....	55
D. Proses Terjadinya Risiko Bunuh Diri.....	56
E. Rentang Respon Risiko Bunuh Diri.....	58
F. Mekanisme Koping	59
G. Pengkajian Risiko Bunuh Diri.....	60
H. Diagnosa Keperawatan Risiko Bunuh Diri.....	60
I. Rencana Tindakan Keperawatan Risiko Bunuh Diri.....	61
J. Tindakan Keperawatan Risiko Bunuh Diri.....	63
K. Evaluasi Risiko Bunuh Diri.....	64
L. Contoh Soal Risiko Bunuh Diri.....	64

BAB VI Asuhan Keperawatan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan	
A. Tujuan Instruksional Umum.....	67
B. Tujuan Instruksional Khusus	67
C. Definisi Risiko Perilaku Kekerasan.....	67
D. Proses Terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan.....	68
E. Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan.....	70
F. Mekanisme Koping	71
G. Pengkajian Risiko Perilaku Kekerasan.....	71
H. Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan.....	72
I. Rencana Tindakan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan.....	72
J. Tindakan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan.....	77
K. Evaluasi Risiko Perilaku Kekerasan.....	78
L. Contoh Soal Risiko Perilaku Kekerasan.....	79

DESKRIPSI SINGKAT MATA AJAR

Mata kuliah ini merupakan lanjutan dari mata kuliah keperawatan jiwa 1. Dalam mata kuliah ini dibahas tentang asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gangguan jiwa. *Recovery* dari gangguan jiwa dengan pendekatan holistik dan *person-centered care* merupakan fokus dalam mata kuliah ini, termasuk hubungan terapeutik secara individu dan dalam konteks keluarga dan penerapan terapi modalitas keperawatan. Asuhan keperawatan jiwa pada kelompok khusus serta pada klien pengguna NAPZA juga merupakan bahasan pada mata kuliah ini. Pengalaman belajar ini akan berguna dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan jiwa dan integrasi keperawatan jiwa pada area keperawatan lainnya

Metode pembelajaran dalam mata kuliah ini mengacu kepada pembelajaran berbasis mahasiswa (Student Center Learning) dengan strategi pembelajaran Collaborative Learning, Discovery Learning, Case study, Small Project Based Learning dan Active lecture. Dengan terbitnya buku ini, diharapkan dapat menunjang pembelajaran keperawatan Keperawatan Jiwa yang dapat meningkatkan pada asuhan keperawatan dengan masalah gangguan jiwa.

TUJUAN UMUM PEMBELAJARAN

Mahasiswa mamapu menjelaskan konsep pasein dengan gangguan jiwa dan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa.

PETUNJUK BAGI MAHASISWA UNTUK MEMPELAJARI BUKU AJAR

Buku ini terdiri dari 6 BAB yang menyajikan materi tentang Asuhan Keperawatan dengan Pasien Gangguan Jiwa (Isolasi Sosial, Harga Diri Rendah, Halusinasi, Waham, Risiko Bunuh Diri, Risiko Perilaku Kekerasan) Pada buku ini juga terdapat latihan-latihan yang menstimulasi kemampuan berpikir kritis

PETUNJUK BAGI MAHASISWA UNTUK MEMPELAJARI BUKU AJAR

Buku ini terdiri dari 11 BAB yang menyajikan materi tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Jiwa meliputi : Isolasi Sosial, Harga Diri Rendah, Waham, Risiko Bunuh Diri, Risiko Perilaku Kekerasan konsep dilengkapi latihan-latihan/contoh-contoh soal yang menstimulasi kemampuan berpikir kritis

PETUNJUK BAGI DOSEN UNTUK MEMPELAJARI BUKU AJAR

Buku ini terdiri dari 11 BAB, secara umum setiap BAB menyajikan materi tentang asuhan keperawatan dengan masalah gangguan jiwa meliputi: Isolasi social, Harga Diri Rendah, Halusinasi, Waham, Risiko Bunuh Diri, Risiko Perilaku Kekerasan . Buku ini teridiri dari konsep dapat menuntun dosen dalam memberikan pengajaran kepada peserta didik secara sistematis. Dosen mengklarifikasi tentang pemahaman peserta didik terhadap isi dalam setiap BAB, dan diakhiri dengan latihan-latihan kasus untuk memberikan cara menjawab kasus yang diberikan

BAB I

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan sebagai berikut :

1. Menjelaskan definisi isolasi social
2. Menjelaskan proses terjadinya isolasi social
3. Menjelaskan rentang respon dari isolasi social
4. Menjelaskan Mekanisme koping pasien dengan isolasi social
5. Melakukan pengkajian pada pasien dengan isolasi social
6. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial
7. Menyusun Evaluasi tindakan pada pasien dengan isolasi social
8. Contoh soal dengan asuhan keperawatan isolasi social

C. Definisi Isolasi Social

Isolasi sosial adalah suatu gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel yang menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial (Depkes RI, 2000).

Isolasi Sosial adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Keliat, 2011).

Kerusakan interaksi social merupakan upaya menghindari suatu hubungan komunikasi dengan orang lain karena merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi rasa, pikiran dan mengalami kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain.

D. Proses Terjadinya Isolasi Social

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Perkembangan

Setiap tahap tumbuh kembang memiliki tugas yang harus dilalui individu dengan sukses, karena apabila tugas perkembangan ini tidak dapat dipenuhi, maka akan menghambat masa perkembangan selanjutnya. Keluarga adalah tempat pertama yang memberikan pengalaman bagi individu dalam menjalin hubungan dengan orang lain. Kurangnya stimulasi, kasih sayang, perhatian, dan kehangatan dari ibu/pengasuh pada bayi akan memberikan rasa tidak aman yang dapat menghambat terbentuknya rasa percaya diri. Rasa ketidakpercayaan tersebut dapat mengembangkan tingkah laku curiga pada orang lain maupun lingkungan dikemudian hari.

b. Faktor komunikasi dalam keluarga

Masalah komunikasi dalam keluarga dapat menjadi kontribusi penting dalam mengembangkan gangguan tingkah laku seperti sikap bermusuhan/hostilitas, sikap mengancam, merendahkan dan menjelek-jelekkan anak, selalu mengkritik, menyalahkan, dan anak tidak diberi kesempatan untuk mengungkapkan pendapatnya, kurang kehangatan, kurang memperhatikan ketertarikan pada pembicaraan anak, hubungan yang kaku antara anggota keluarga, kurang tegur sapa, komunikasi kurang terbuka, terutama dalam pemecahan masalah tidak diselesaikan secara terbuka dengan musyawarah, ekspresi emosi yang tinggi.

c. Faktor Sosialkultural

Isolasi social merupakan factor utama dalam gangguan hubungan. Hal ini akibat dari transiensi norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain, atau tidak menghargai anggota masyarakat yang produktif, seperti lanjut usia, disabilitas dan penyakit kronis, dapat juga disebabkan oleh karena norma-norma yang salah yang dianut oleh satu keluarga seperti anggota tidak produktif diasingkan dari lingkungan sosial.

d. Faktor biologis

Faktor genetik dapat berperan dalam respon sosial maladaptif. Penurunan aktivitas neurotransmitter akan mengakibatkan perubahan mood dan gangguan kecemasan.

2. Faktor Prepitasi

a. Faktor eksternal

Stress sosiokultural

Stress dapat ditimbulkan oleh karena menurunnya stabilitas unit keluarga seperti perceraian, berpisah dari orang yang berarti, kehilangan pasangan pada usia tua, kesepian karena ditinggal jauh, dan dirawat di rumah sakit atau di penjara. Semua ini dapat menimbulkan isolasi sosial.

b. Faktor internal

Stress Psikologis

Ansietas berat yang berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya. Tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau kegagalan orang lain untuk memenuhi kebutuhan ketergantungan dapat menimbulkan ansietas tingkat tinggi.

c. Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor individu sangat penting dalam hal ini. Rasa sedih karena suatu kehilangan atau beberapa kehilangan dapat sangat besar sehingga individu tidak mau menghadapi kehilangan dimasa depan, bukan mengambil resiko mengalami lebih banyak kesedihan. Respon ini lebih mungkin terjadi jika individu mengalami kesulitan dalam tugas per berkaitan dengan hubungan (Stuart, 2016).

E. Pengkajian Pada Pasien Dengan Isolasi Sosial

Lihat Predisposisi dan Presipitasi

- ✓ Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain.
- ✓ Klien merasa tidak nyaman berada dengan orang lain.
- ✓ Respon verbal kurang dan sangat singkat
- ✓ Klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan
- ✓ Klien merasa tidak yakin
- ✓ Klien banyak diam dan tidak mau terbuka
- ✓ Tidak mengikuti kegiatan
- ✓ Banyak berdiam diri dikamar
- ✓ Klien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang terdekat
- ✓ Klien tampak ekspresi datar, tumpul
- ✓ Apatis
- ✓ ktivitas menurun
- ✓ Kurang energy
- ✓ Postur tubuh berubah, misal sikap fetus/janin (khususnya pada posisi tidur)
- ✓ Kurang spontan dan kontak mata kurang
- ✓ Asupan makanan dan minuman terganggu

F. Rentang Respon Isolasi Social

Menurut Stuart Sundeen (2006) rentang respons klien ditinjau dari interaksi dengan lingkungan sosial merupakan suatu kontinum yang terbentang antara respons adaptif dengan maladaptif sebagai berikut :



Keterangan

Respon Adaptif :

Respon yang masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan secara umum serta masih dalam batas normal dalam menyelesaikan masalah

- 1) Menyendiri : Respon yang dibutuhkan seseorang untuk memungkinkan apa yang telah terjadi dilingkungan sosialnya.
- 2) Otonomi : kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide pikiran, perasaan dan hubungan sosial.
- 3) Bekerjasama : Kemampuan individu yang saling membutuhkan satu sama lain
- 4) Interdependen : saling ketergantungan antara individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal

Respon Maladaptif :

Respon yang diberikan individu yang menyimpang dari norma-norma sosial.

Yang termasuk maladaptif :

- 1) Menarik diri : Seseorang yang mengalami kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain
- 2) Ketergantungan : seseorang gagal mengembangkan rasa percaya diri sehingga ketergantungan dengan orang lain
- 3) Manipulasi : Seorang yang mengganggu orang lain sebagai objek individu sehingga tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam
- 4) Curiga : seseorang gagal mengembangkan rasa percaya terhadap orang lain

G. Mekanisme Koping

Menurut Stuart (2007, hlm. 281) individu yang mengalami respon sosial maladaptif menggunakan berbagai mekanisme dalam upaya mengatasi ansietas.

Mekanisme tersebut berkaitan dengan dua jenis masalah hubungan yang spesifik yaitu sebagai berikut :

- 1) Proyeksi merupakan keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi kepada orang lain karena kesalahan sendiri. (Rasmun, 2004 hal. 35)
- 2) Menarik diri merupakan perilaku yang menunjukkan pengasingan diri dari lingkungan dan orang lain.
- 3) Spiliting atau memisah merupakan kegagalan individu dalam menginterpretasikan dirinya dalam menilai baik buruk.

H. Diagnosa Keperawatan

Isolasi Sosial

I. Rencana Tindakan Keperawatan

- a. Evaluasi tanda-gejala dan karakteristik solasisosial secara teratur
- b. Latih pasien berkenalan
- c. Latih pasien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari.
- d. Edukasi Pasien dan keluarga
 - a) Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien isolasi social
 - b) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta akibat isolasi social
 - c) Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada pasien Isolasi Social
- e. Menjelaskan cara merawat pasien isolasi sosial
 - a) Latihan cara berkenalan
 - b) Latihan cara bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari.
 - c) Latihan cara berbicara sosial : meinta sesuatu, berbelanja dan sebagainya.
 - d) Menjelaskan cara memberikan motivasi, bimbingan dan pemberi
 - e) Pujian kepada pasien untuk latihan

J. Tindakan Keperawatan

Pasien

SP I p

1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien

2. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain
3. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain
4. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang
5. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian

K. Tindakan Keperawatan

SP II p

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
2. Memberikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang
3. Membantu pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian

SP III p

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
2. Memberikan kesempatan kepada pasien berkenalan dengan dua orang atau lebih
3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

Keluarga

SP I k

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami pasien beserta proses terjadinya
3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien isolasi sosial

SP II k

1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan isolasi sosial

2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien isolasi sosial

SP III K

1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*)
2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

I. Evaluasi

- 1) Penurunan tanda dan gejala
- 3) Peningkatan kemampuan pasien mengendalikan isolasi social
- 4) Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat pasien

J. Contoh Soal

1. Seorang laki-laki berusia 30 thn, dirawat RSJ, sudah 1 minggu perawatan, alasan masuk sering marah-marah, bicara sendiri, sering keluyuran tidak mau mandi dan ganti baju. Keluarga mengatakan pasien ada perubahan setelah di PHK. Hasil pengkajian didapatkan pasien banyak diam tidak mau berinteraksi dengan yang lainnya, saat TAK klien tidak mampu mengenalkan diri.

Apakah masalah keperawatan yang tepat dari pasien di atas?

- a. Resiko perilaku kekerasan
 - b. Halusinasi pendengaran
 - c. Defisit Perawatan Diri
 - d. Harga Diri rendah
 - e. Isolasi social
2. Seorang laki-laki usia 36 tahun dibawa ke unit psikiatri karena sudah 1 minggu tidak mau keluar rumah dan malas untuk memenuhi kebutuhan sendiri. Keluarga mengatakan pernah dirawat di RSJ 2 tahun yang lalu. Sejak 3 minggu yang lalu

pasien tidak minum obat. Riwayat sebelumnya pasien pernah diputuskan oleh tunangannya. Ayah pasien pernah dirawat di RSJ

Apakah faktor presipitasi pada pasien?

- a. Kehilangan orang yang dicintai
- b. Keluarga tidak harmonis
- c. Riwayat gangguan jiwa
- d. Putus obat
- e. Genetik

3. Seorang perempuan berusia 32 tahun, dirawat RSJ dengan keluhan marah-marah tanpa sebab. Keluarga mengatakan kejadian tersebut disebabkan karena diputuskan pacarnya. Hasil pengkajian menyendiri dikamar, menolak makan dan berpakaian tidak rapi, pasien tampak sangat pasif, tidak ada kontak mata, suara pelan. Pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya dan tidak berespon terhadap perawat.

Apa rencana tindakan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Identifikasi penyebab deposit perawatan diri
- b. Identifikasi penyebab perilaku kekerasan
- c. Identifikasi penyebab harga diri rendah
- d. Identifikasi penyebab isolasi social
- e. Identifikasi penyebab halusinasi

4. Seorang laki-laki berusia 19 tahun, di rawat di RSJ, alasan marah-marah karena tidak dibelikan handphone. Keluarga mengatakan anaknya pendiam tapi kalau ada keinginan tidak terpenuhi selalu marah dan banting barang. Satu tahun yang lalu pernah tidak naik kelas banyak diam di rumah. Hasil pengkajian pasien banyak diam, tidak berinteraksi dengan temannya dan malas untuk melakukan kebutuhan sehari-hari.

Apa Evaluasi tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Pasien mampu mengontrol marah
- b. Pasien mampu mengontrol halusinasi
- c. Pasien mampu berkenalan secara bertahap
- d. Pasien mampu melakukan kemampuan yang dimiliki
- e. Pasien mampu melakukan kebersihan diri.

5. Seorang laki-laki usia 30 tahun, di bawa ke poli jiwa dengan keluhan dirumah banting-banting barang setelah pulang dari kantor. Hasil pengkajian klien mengatakan kesal pada atasannya karena dikeluarkan dari pekerjaan dengan tiba-tiba. Keluarga mengatakan klien sering terlambat sampai kantor dan sering tidak masuk kerja.

Apakah Mekanisme koping digunakan pada pasien diatas ?:

- a. Displacement
- b. Rasionalisasi
- c. Proyeksi
- d. Supresi
- e. Regresi

BAB II

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH KRONIS

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan sebagai berikut :

1. Menjelaskan definisi isolasi social
2. Menjelaskan proses terjadinya isolasi social
3. Menjelaskan rentang respon dari isolasi social
4. Menjelaskan Mekanisme koping pasien dengan isolasi social
5. Melakukan pengkajian pada pasien dengan isolasi social
6. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial
7. Menyusun Evaluasi tindakan pada pasien dengan isolasi social
8. Contoh soal dengan asuhan keperawatan isolasi sosial

C. Definisi Harga Diri Rendah Kronis

Harga Diri adalah pandangan keseluruhan dari individu tentang dirinya sendiri.

Penghargaan diri juga kadang dinamakan martabat diri atau gambaran diri.

Harga Diri Rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau

kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri (Keliat,2012).

Harga diri rendah kronis adalah evaluasi diri atau perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif dan di pertahankan dalam waktu yang lama (NANDA 2009).

D. Proses Terjadinya Harga Diri Rendah

Hasil riset (Malhi 2008) menyimpulkan bahwa Harga Diri Rendah diakibatkan oleh rendahnya cita-cita seseorang. Hal ini mengakibatkan berkurangnya tantangan dalam mencapai tujuan. Tantangan yang rendah menyebabkan upaya yang rendah. Selanjutnya hal ini menyebabkan penampilan seseorang yang tidak optimal.

Dalam tinjauan *life span history* klien, penyebab terjadinya Harga Diri Rendah adalah pada masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya. Saat individu mencapai remaja keberadaanya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima. Menjelang dewasa awal sering gagal di sekolah, pekerjaan, atau pergaulan. Harga Diri Rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya.

1. Predisposisi

Faktor predisposisi terjadinya Harga Diri Rendah adalah penolakan orangtua, harapan orangtua yang tidak realistis, kegagalan berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis. Misalnya; orangtua tidak percaya pada anak, tekanan dari teman, dan kultur sosial yang berubah.

2. Presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya Harga Diri Rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun. Secara umum, gangguan Harga Diri Rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional, yaitu terjadi

secara tiba-tiba, misalnya harus dioperasi, dicerai suami, putus sekolah, putus hubungan kerja, kecelakaan, perkosaan atau dipenjara termasuk dirawat di rumah sakit bisa menyebabkan harga diri rendah karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang tidak tercapai serta perlakuan petugas kesehatan yang kurang menghargai klien dan keluarga. Harga Diri Rendah kronik, biasanya dirasakan klien sebelum sakit atau sebelum dirawat klien sudah memiliki pikiran negatif dan meningkat saat dirawat. Klien mempunyai cara berpikir yang negatif, kejadian sakit yang dirawat akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya.

Baik faktor predisposisi maupun presipitasi di atas bila memengaruhi seseorang dalam berpikir, bersikap maupun bertindak, maka dianggap akan memengaruhi terhadap coping individu tersebut sehingga menjadi tidak efektif (coping individu tidak efektif). Bila kondisi pada klien tidak dilakukan intervensi lebih lanjut dapat menyebabkan klien tidak mau bergaul dengan orang lain, yang menyebabkan klien asik dengan dunia dan pikirannya sendiri sehingga dapat muncul resiko kekerasan.

E. Rentang Respon Harga Diri Rendah



Adapun rentang respon gangguan konsep diri: harga diri rendah adalah transisi antara respons konsep diri adaptif dan maladaptif. Gangguan harga diri rendah di gambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, termasuk hilangnya percaya diri dan harga diri, merasa gagal mencapai keinginan, mengkritik diri sendiri, penurunan produktivitas, destruktif yang diarahkan pada orang lain, perasaan tidak mampu, mudah tersinggung dan menarik diri secara sosial.

Penjabarannya adalah sebagai berikut:

- a. Aktualisasi diri adalah pernyataan tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman yang sukses.
- b. Konsep diri positif adalah individu mempunyai pengalaman yang positif dalam perwujudan dirinya.
- c. Harga diri rendah adalah keadaan dimana individu mengalami atau berisiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan diri.
- d. Kekacauan identitas adalah kegagalan individu mengintegrasikan aspek-aspek identitas masa anak-anak kedalam kematangan kepribadian pada remaja yang harmonis.
- e. Depersonalisasi adalah perasaan yang tidak realistis dan merasa asing dengan diri sendiri, yang berhubungan dengan kecemasan, kesulitan membedakan diri sendiri dari orang lain dan tubuhnya sendiri tidak nyata dan asing baginya.

F. Mekanisme Koping Pasien Dengan Harga Diri Rendah

Mekanisme koping termasuk pertahanan koping jangka pendek atau jangka panjang serta penggunaan mekanisme pertahanan ego untuk melindungi diri sendiri dalam menghadapi persepsi diri yang menyakitkan. Pertahanan jangka pendek mencakup sebagai berikut:

- a. Aktivitas yang memberikan pelarian sementara dan krisis identitas diri (misalnya konser musik, bekerja keras, menonton televisi secara obsesif).
- b. Aktivitas yang memberikan identitas penggantian sementara (misalnya ikut serta dalam klub sosial, agama, politik, kelompok, gerakan).
- c. Aktivitas sementara menguatkan atau meningkatkan perasaan diri yang tidak menentu (misalnya olahraga yang kompetitif, prestasi akademik, konteks untuk mendapatkan polaritas).
- d. Aktivitas yang merupakan upaya jangka pendek untuk membuat identitas diluar dari hidup yang tidak bermakna saat ini (misalnya penyalahgunaan obat).

Pertahanan jangka panjang mencakup sebagai berikut:

- a. Penutupan identitas: adopsi identitas premature yang diinginkan oleh orang yang terdekat tanpa memperhatikan keinginan, aspirasi atau potensi diri individu.
- b. Identitas negatif: asumsi identitas yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan yang diterima masyarakat. Disosiasi, isolasi, proyeksi, mengalihkan marah berbalik pada diri sendiri dan orang lain. terjadinya gangguan konsep diri harga diri rendah juga dipengaruhi beberapa factor predisposisi seperti factor biologis, psikologis, sosial dan cultural. Faktor biologis biasanya karena ada kondisi sakit fisik secara yang dapat mempengaruhi kerja hormone secara umum, yang dapat pula berdampak pada keseimbangan neurotransmitter di otak, contoh kadar serotonin yang menurun dapat mengakibatkan klien mengalami depresi dan pada pasien depresi kecenderungan harga diri rendah semakin besar karena klien lebih dikuasai oleh pikiran-pikiran negative dan tidak berdaya.

Struktur otak yang mungkin mengalami gangguan pada kasus harga diri rendah adalah:

- a. *System Limbic* yaitu pusat emosi, dilihat dari emosi pada klien dengan harga diri rendah yang kadang berubah seperti sedih, dan terus merasa tidak berguna atau gagal terus menerus.
- b. *Hipothalamus* yang juga mengatur mood dan motivasi, karena melihat kondisi klien dengan harga diri rendah yang membutuhkan lebih banyak motivasi dan dukungan dari perawat dalam melaksanakan tindakan yang sudah dijadwalkan bersama-sama dengan perawat padahal klien mengatakan bahwa membutuhkan latihan yang telah dijadwalkan tersebut.
- c. *Thalamus*, system pintu gerbang atau menyaring fungsi untuk mengatur arus informasi sensori yang berhubungan dengan perasaan untuk mencegah berlebihan di korteks. Kemungkinan pada klien dengan harga diri rendah apabila ada kerusakan pada thalamus ini maka arus informasi sensori yang masuk tidak dapat dicegah atau dipilah sehingga menjadi berlebihan yang

mengakibatkan perasaan negative yang ada selalu mendominasi pikiran dari klien.

G. Pengkajian Harga Diri Rendah Kronis

a. Faktor predisposisi

1. Faktor yang mempengaruhi citra tubuh: Kehilangan/ kerusakan bagian tubuh (anatomi dan fisiologi);
 - ✓ Perubahan ukuran, bentuk dan penampilan tubuh akibat penyakit;
 - ✓ Proses penyakit dan dampaknya terhadap struktur dan fungsi tubuh;
 - ✓ Proses pengobatan seperti radiasi dan kemoterapi.
2. Faktor yang mempengaruhi harga diri:
 - ✓ Penolakan;
 - ✓ Kurang penghargaan;
 - ✓ Pola asuh overprotektif, otoriter, tidak konsisten, terlalu dituruti, terlalu dituntut;
 - ✓ Persaingan antar saudara;
 - ✓ Kesalahan dan kegagalan berulang;
 - ✓ Tidak mampu mencapai standar.
3. Faktor yang mempengaruhi peran:
 - ✓ Sterotifik peran seks;
 - ✓ Tuntutan peran kerja;
 - ✓ Harapan peran cultural.
4. Faktor yang mempengaruhi identitas:
 - ✓ Ketidakpercayaan orang tua;
 - ✓ Tekanan dari “peer group”;
 - ✓ Perubahan struktur sosial.

b. Faktor Presipitasi

1. Trauma

Masalah spesifik dengan konsep diri adalah situasi yang membuat individu sulit menyesuaikan diri, khususnya trauma emosi seperti penganiayaan

seksual dan psikologis pada masa anak-anak atau merasa terancam atau menyaksikan kejadian yang mengancam kehidupan.

2. Ketegangan peran

Ketegangan peran adalah rasa frustrasi saat individu merasa tidak mampu melakukan peran yang bertentangan dengan hatinya atau tidak merasa sesuai dalam melakukan perannya. Ketegangan peran ini sering dijumpai saat terjadi konflik peran, keraguan peran, dan terlalu banyak peran. Konflik peran terjadi saat individu menghadapi dua harapan yang bertentangan dan tidak dapat dipenuhi. Keraguan peran terjadi bila individu tidak mengetahui harapan peran yang spesifik atau bingung tentang peran yang sesuai.

H. Diagnosa Keperawatan

Harga Diri Rendah Kronis

I. Rencana Tindakan Keperawatan Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah

Tujuan	Intervensi
<p>Intervensi untuk pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. ✓ Klien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan. ✓ Klien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan. ✓ Klien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan. ✓ Klien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bina hubungan saling percaya. ✓ Bantu dan dukung klien dalam usahanya mengungkapkan perasaannya secara verbal. ✓ Diskusikan sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien seperti kegiatan klien, di rumah, dalam keluarga dan lingkungan keluarga serta lingkungan terdekat klien. ✓ Berikan pujian yang realistis/nyata dan hindarkan setiap kali bertemu dengan klien penilaian yang negatif. ✓ Bantu klien menyebutkan dan memberi penguatan

	<p>terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bantu klien memilih kemampuan sesuai dengan kondisi klien saat ini. ✓ Motivasi klien untuk melatih kemampuan yang dipilih. ✓ Berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan klien.
--	--

<p>Tujuan intervensi pada keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Keluarga membantu klien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki klien. ✓ Keluarga memfasilitasi pelaksanaan kemampuan yang masih dimiliki klien. ✓ Keluarga memotivasi klien untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih dan memberikan pujian atas keberhasilan klien. ✓ Keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan klien 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien. ✓ Jelaskan kepada keluarga tentang harga diri rendah yang ada pada klien. ✓ Diskusikan dengan keluarga kemampuan yang dimiliki klien dan memuji klien atas kemampuannya. ✓ Jelaskan cara-cara merawat klien dengan harga diri rendah. ✓ Bantu keluarga menyusun rencana kegiatan klien di rumah
---	--

J. Tindakan Keperawatan

Pasien

SP I p

1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
2. Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan
3. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien
4. Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih
5. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien
6. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

SP II p

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
2. Melatih kemampuan kedua
3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

Keluarga

SP I k

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya
3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien harga diri rendah

SP II k

1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah
2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien harga diri rendah

SP III k

1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (*discharge planning*)
2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

K. Evaluasi Tindakan Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah

1. Penurunan tanda dan gejala
2. Peningkatan kemampuan pasien mengendalikan isolasi social
3. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat pasien

L. Contoh Soal Dengan Asuhan Keperawatan Harga Diri Rendah

1. Seorang laki-laki usia 36 tahun dibawa ke Poli Jiwa karena tidak pernah keluar rumah 1 bulan yang lalu semenjak di PHK dan marah-marah. Hasil pengkajian keluarga mengatakan pasien pernah dirawat di RSJ 2 tahun riwayat pengguna obat narkoba dan sudah 3 minggu tidak minum obat. Pasien mengatakan saya orang yang tidak berguna istri saya dan anak-anak meninggalkan saya. Kontak mata kurang dan pasien tampak sedih.
Apakah yang menjadi faktor presipitasi pada kasus tersebut?
 - a. Kehilangan orang yang dicintai
 - b. Tidak mempunyai pekerjaan
 - c. Riwayat pengguna Nafza
 - d. Riwayat gangguan jiwa
 - e. Putus Obat

2. Seorang laki-laki usia 31 tahun di rawat di RSJ. Hasil pengkajian didapatkan bahwa dirinya merasa sebagai seorang aktor korea yang sedang majalani liburan di Indonesia dan akan menghibur seluruh pasien yang ada di Rumah sakit ini.
Apakah tindakan keperawatan pada SP 2 masalah keperawatan utama diatas?
 - a. Memenuhi kebutuhan dasar pasien
 - b. Mengorientasikan realita kepada pasien
 - c. Mengajarkan pasien tentang terapi farmaka
 - d. Menggali aspek positif yang dimiliki pasien
 - e. Mendiskusikan kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi

3. Seorang wanita berusia 18 tahun dirawat RSJ akibat percobaan bunuh diri dengan menyayat pergelangan tangan. Keluarga mengatakan satu minggu yang lalu pasien diputuskan oleh pacarnya dan saat ini kondisinya sedang hamil. Hasil pengkajian pasien mengatakan saya tidak punya siapa-siapa lagi, saya

orang hina. Pasien kalau bicara dengan orang tertentu dan bersikap acuh, kalau waktunya mandi selalu di motivasi

Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Isolasi social
- b. Harga diri rendah
- c. Resiko bunuh diri
- d. Defisit perawatan diri
- e. Koping individu tidak efektif

4. Seorang perempuan usia 35 tahun dirawat di RSJ alasan marah-marah dan sesering menyendiri. Hasil pengkajian : pasien mengatakan sudah 7 tahun menikah tetapi belum mempunyai anak, sudah berobat tapi tidak berhasil, saya merasa gagal menjadi istri, pasien tampak sedih dan jarang berkomunikasi . Keluarga suami selalu bicara ingin segera menimbang cucu.

Apakah rencana keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Kaji kemampuan yang dimiliki
- b. Sebutkan keuntungan berintraksi
- c. Identifikasi Penyebab menarik diri
- d. Identifikasi aspek positif yang dimiliki
- e. Buat rencanakan kegiatan yg akan datang

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HALUSINASI

A. Tujuan Instruksional Umum

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

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan sebagai berikut

1. Menjelaskan definisi halusinasi
2. Menjelaskan proses terjadinya halusinasi
3. Menjelaskan rentang respon dari halusinasi
4. Menjelaskan Mekanisme koping pasien dengan halusinasi
5. Melakukan pengkajian pada pasien dengan halusinasi
6. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan halusinasi
7. Menyusun Evaluasi tindakan pada pasien dengan halusinasi
8. Contoh soal dengan asuhan keperawatan halusinasi

C. Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar).Klien atau pendapat tentang

lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara.(Surya, 2011)

Halusinansi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori: merasakan sensori palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perubahan atau penghidu. (Keliat, 2011)

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulasi yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang nyata tanpa stimulus / rangsangan dari luar.(Stuart & Laraia, 2001)

D. Proses Terjadinya Halusinasi

1. Faktor Predisposisi

a. 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%.

b. Faktor Neurobiologis

Klien skizofrenia mengalami penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal. Neurotransmitter juga ditemukan tidak normal, khususnya dopamine, serotonin, dan glutamate.

1) Studi neurotransmitter

Skizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan neurotransmitter.

Dopamine berlebih, tidak seimbang dengan kadar serotonin.

2) Teori virus

Paparan virus influenza pada trimester ketiga kehamilan dapat menjadi faktor predisposisi skizofrenia.

3) Psikologis

Beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi skizofrenia antar lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas ayah yang mengambil jarak dengan anaknya.

2. Faktor Presipitasi

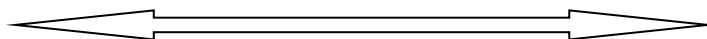
- a. Berlebihnya proses informasi pada sistem saraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.
- b. Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu.
- c. Kondisi kesehatan meliputi : nutrisi kurang, kurang tidur, ketidakseimbangan irama sirkadian, kelelahan, infeksi, obat-obatan sistem saraf pusat, kurangnya latihan, hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.
- d. 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.
- e. Sikap/penelitian, 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 penanganan gejala.

Jenis-jenis halusinasi

Jenis	Data Objektif	Data Subjektif
-------	---------------	----------------

Halusinasi		
Halusinasi pendengaran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bicara atau ketawa sendiri 2. Marah – marah tanpa sebab 3. Mengarahkan telinga ke arah tertentu 4. Menutup telinga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan suara atau kegaduhan 2. Mendengarkan suara yang mengajak bercakap – cakap 3. Mendengarkan suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
Halusinasi penglihatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjuk – nunjuk ke arah tertentu 2. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat bayangan, sinar berbentuk geometris, berbentuk kartoon, melihat hantu atau monster
Halusiansi penghidu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghidu seperti sedang membauii buah - buahan tertentu 2. Menutup hidung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membau bau – bauan seperti bau darah, urine, feses kadang – kadang bauu itu menyenangkan
Halusinasi pengecap	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sering meludah 2. Muntah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan rasa seperti darah, urine atau feses
Halusinasi perabaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengaruk – garuk permukaan kulit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyatakan ada serangan di permukaan kulit 2. Merasa tersengat listrik

E. Rentang respon dari Harga Diri Rendah



Respon Adaptif

Respon Maladaptif

Presepsi akurat
Emosi konsisten
Perilaku sesuai
Hubungan sosial biasa

Ilusi
Reaksi emosional berlebihan kurang
Perilaku yang tidak Menarik diri

Waham
Halusinasi
Kesulitan untuk memproses emosi
Ketidak teraturan
Isolasi sosial

\

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

Respon Adaptif

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

Respon Transisi

- a. Pikiran kadang menyimpang adalah kegagalan dalam mengabstrakkan dan mengambil kesimpulan.
- b. Ilusi adalah persepsi atau respon yang salah terhadap stimulus sensori.
- c. 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.
- a. Isolasi sosial adalah suatu keadaan kesepian yang dialami seseorang karena orang lain menyatakan sikap yang negatif dan mengancam

TAHAPAN DALAM HALUSINASI

Tahapan Halusinasi

No	Tahapan	Keterangan
1.	Tahap pertama	Disebut juga dengan fase <i>comporting</i> yaitu fase yang menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristik : klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncaka, dan tidak dapat diselesaikan. Klien muali melmun dan memikirkan hal – hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara. Perilaku klien : tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, response verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

2.	Tahap kedua	<p>Disebut dengan fase condemning atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan, termasuk dalam psikotik ringan.</p> <p>Karakteristik : pengalaman sensorik menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, danberfikir sendiri jadi dominan.</p> <p>Mulai dirasakan ada bisikan yangtidak jelas. Klien tidak ingin orang lain tahu, dan diaa tetap dapat mengontrolnya.</p>
3.	Tahap ketiga	<p>Adalah fase controlling atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik.</p> <p>Karasteristik : bisikan, suara, isi halusiansi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.</p> <p>Perilaku klien : kemauan dikendaslikann halusiansi, rentang perhatian tanpa beerapa menit dan detik. Tanda – tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.</p>
4.	Tahap keempat	<p>Adalah fase conquering atau panic yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat.</p> <p>Karasteristik : halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang control, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan.</p> <p>Perilaku klien : perilaku terror akibat panic, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau kakatonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespons lebih dari satu orang.</p>

F. Mekanisme Koping Pasien Dengan Harga Diri Rendah

- a. Regresi
- b. Proyeksi
- c. Menarik diri

G. Pengkajian pada pasien dengan Halusinasi

- a. Identifikasi penyebab halusinasi (jenis, isi, waktu frekuensi dan situasi yang menyebabkan halusinasi, rwspon halusinasi)
- b. Faktor predisposisi dan presipitasi
- c. Tahapan halusinasi
- d. Rentang respon halusinasi

H. Diagnosa Keperawatan

Halusinasi : Pendengaran/penglihatan

I. Rencana Tindakan Keperawatan

Dx Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Rencana Tindakan
Gangguan persepsi : Halusinasi (lihat/ dengar/ Penghidu /raba/kecap)	TUM : klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya TUK 1 : Klien dapat \membina hubungan saling percaya	1. Setelah ... x interaksi klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat : a. Ekspresi wajah bersahabat b. Menunjukkan rasa senang c. Ada kontak mata d. Mau berjabat tangan e. Maju menyebutkan nama f. Mau menjawab salam g. Mau duduk berdampingan dengan perawat h. Bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik : a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan c. Tanya nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien d. Buat kontrak yang jelas e. Tunjukkan sikap jujur dan

			<p>menepati janji setiap kontrak yang jelas</p> <p>f. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali interaksi</p> <p>g. Tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya</p> <p>h. Berperhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien</p> <p>i. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang di hadapi klien</p> <p>j. Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien</p>
	<p>TUK 2 : Klien dapat mengenal halusinasinya</p>	<p>1. Setelah ... x interaksi klien menyebutkan :</p> <p>a. Isi</p> <p>b. Waktu</p> <p>c. Frekuensi</p> <p>d. Situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi</p>	<p>1. Adakah kontak sering dan singkat secara bertahap</p> <p>2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya (dengar/ lihat/ penghidu/ raba) , jika menemukan klien yang sedang berhalusinasi:</p> <p>a. Tanyakan apakah klien mengalami</p>

			<p>sesuatu(halusinasi dengar/ lihat penghidu/ rab/ kecap)</p> <p>b. Jika klien menjawab ya, tanyakan apa yang sedang dialaminya</p> <p>c. Katakana bahwa Perawat percaya klien mengalami hal tersebut, namun perawat sendiri tidak mengalaminya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi)</p> <p>d. katakana bila klien mengalami hal yang sama</p> <p>e. Katakana bahwa perawat akan membantu klien</p> <p>3. Jika klien tidak sedang mengalami halusiansi klarifiksi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskuisikan dengan klien :</p> <p>a. Isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, malam atau sering dan kadang - kadang)</p> <p>b. Situasi dan</p>
--	--	--	--

			<p>kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi</p>
		<p>2. Setelahx interaksi klien menyatakan perasaan dan responnya saat mengalami :</p> <ol style="list-style-type: none"> Marah Takut Sedih Senang Cemas Jengkel 	<ol style="list-style-type: none"> Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya.
	<p>TUK 3 : Klien dapat mengontrol halusinasinya</p>	<ol style="list-style-type: none"> Setelah x interaksi klien menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya Setelah x interaksi klien menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi Setelah x interaksi klien dapat memilih dan memperagakan cara mengatasi halusinasi (dengar/ 	<ol style="list-style-type: none"> Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukan diri dll) Diskusikan cara yang digunakan klien, <ol style="list-style-type: none"> Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian

		<p>lihat/ raba/ kecap)</p> <p>4. Setelah x interaksi klien melaksanakan cara yang dipilih untuk mengendalikan Halusinasinya</p> <p>5. Setelah x pertemuan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok</p>	<p>b. jika cara yang digunakan malaadaptif diskusikan kerugian cara tersebut</p> <p>3. diskusikan cara baru untuk memutus/ mengontrol timbulnya halusinasi</p> <p>a. katakan pada diri sendiri bahwa ini tidak nyata (saya tidak mau dengar/ lihat/ penghadu/ raba/ kecap pada saat halusinasi terjadi)</p> <p>b. menemui orang lain (perawat/ teman/ anggota keluarga) untuk menceritakan halusinasinya</p> <p>c. membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun</p> <p>d. meminta keluarga/teman/perawat menyapa jika sedang berhalusinasi.</p> <p>4. bantu klien memilih cara yang sudah dianjurkan dan latih untuk mencobanya</p> <p>5. beri kesempatan untuk melakukan cara yang dipilih</p>
--	--	---	--

	<p>TUK 4 : Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah x pertemuan keluarga, keluarga setuju untuk mengikuti 2. Pertemuan dengan perawat Setelah x interaksi keluarga menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi dan tindakan untuk mengendalikan halusi 	<p>dan dilatih</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. pantau pelaksanaan yang telah dipilih dan dilatih, jika berhasil beri pujian. 7. anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi <ol style="list-style-type: none"> 1. bantu kontak dengan keluarga untuk pertemuan (waktu,tempat dan topic) 2. diskusikan dengan keluarga (pada saat pertemuann keluarga/ kunjungan rumah) <ol style="list-style-type: none"> a. Pengertian halusinasi b. Tanda dan gejala halusinasi c. Proses terjadinya halusinasi d. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi e. Obat obat halusinasi f. Cara merawat Anggota keluarga yang halusinasi dirumah g. Memberi
--	--	---	---

			<p>informasi waktu control kerumah sakit dan bagaimana cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat di atasi dirumah</p>
	<p>TUK 5 : Klien dapat Memanfaatkan obat dengan baik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah x interaksi klien menyebutkan : <ol style="list-style-type: none"> a. Manfaat minum obat b. Kerugian tidk minum obat c. Nama, warna, dosis, efek terapi dan efek samping obat 2. Setelah ... x interaksi klien mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar 3. Setelah ... x interaksi klien menyebutkan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan klien tentang manfaat minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan obat 2. Pantau klien saat penggunaan obat 3. Beri pujian jika klien menggunakan obat dengan benar 4. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter 5. Anjurkan klien untuk konsultasi kepada dokter/perawat jika terjadi hal hal yang tidak di inginkan

J. Tindakan Keperawatan

Pasien

SP 1 p

1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien
2. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien
3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien

4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
6. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi
7. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi
8. Menganjurkan pasien halusinasi memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian

SP II p

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

SP III p

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien)
3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

SP IV p

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur
Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
1. Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Harga Diri Rendah
2. Evaluasi tindakan pada pasien dengan Harga Diri Rendah
3. Contoh soal dengan asuhan keperawatan Harga Diri Rendah

Keluarga

SP 1 k

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya
3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi

SP II k

1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi

SP III k

1. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi

SP IV K

1. Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*)

K. Evaluasi

1. Penurunan tanda dan gejala
2. Peningkatan kemampuan pasien mengendalikan isolasi social
3. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat pasien

L. Contoh Soal Halusisnasi

1. Seorang laki-laki usia 24 tahun datang diantar keluarga dengan keluhan di rumah bicara sendiri, marah-marah. Hasil pengkajian pasien berjalan mondar-mandir, komat kamit sendiri, pandangan mata mudah beralih, pandangan mata ke sudut ruangan namun saat ditanya apa yang dilihat, pasien tidak menjawab dan tersenyum sendiri.

Berada pada fase berapa halusinasi pada kasus tersebut?

- a. Fase 1

- b. Fase 2
- c. Fase 3
- d. Fase 4
- e. Fase 5

2. Seorang wanita usia 30 tahun mengalami gangguan jiwa sejak berusia 26 tahun setelah bercerai dengan suaminya. Sejak itu pasien lebih banyak mengurung diri, tidak mau mandi, makan dan terkadang terdengar seperti sedang berbicara dengan seseorang dan berteriak ketakutan. Pada saat dikaji, pasien mengatakan mendengar suara yang menakut-nakutinya. Satu hari yang lalu pasien mencoba bunuh diri dengan menenggelamkan diri dalam penampungan air dikamar mandi.

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
3. 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 yang selalu mengawasi dan mengejarnya Pasien merasa merasa orang yang mengejarnya semakin banyak. 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 meghardik halusinasi
 - c. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
 - d. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan halusinasi
 - e. Memasukkan kegiatan meghardik kedalam jadwal harian
4. Seorang laki-laki usia 38 tahun di rawat RSJ alasan memukul ibunya karena mendengar suara-suara. Hasil pengkajian terlihat gelisah, sering mondar-mandir, pasien saat ditanya tentang suara-suara selalu menghindar. Pasien mengatakan merasa sedih, karena teringat dengan almarhum adiknya yang sangat disayanginya, pasien ingin bekerja dikantor tetapi tidak diterima karena pendidikan SMA membuatnya sedih dan kecewa
- Apakah prinsip tindakan pada kasus tersebut?
- a. Kembangkan kemampuan yang dimiliki
 - b. Libatkan dalam kegiatan sehari-hari
 - c. Kontak sering tapi singkat
 - d. Mengorektasikan realitas
 - e. Kontrol emosi pasien
5. Seorang perempuan 30 tahun, dirawat di RSJ karena sering keluyuran, tidak mau mandi dan tertawa sendiri rawatan ke dua. Hasil pengkajian pasien mendengar suara-suara mengatakan melihat sosok jin, setiap jam 5 sore, respon marah-marah dan selalu menyendiri pasien sudah dapat menyebut 2 nama temannya, pasien sudah mandi walupun harus di ingatkan. Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien selalu gagal menjadi seorang istri
- Apakah tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Mengajarkan cara berkenalan dengan tiga orang atau lebih
 - b. Mengajarakan tentang pemberian obat yang benar
 - c. Menidentifikasi kemampuan yang dimiliki
 - d. Mengajarkan cara meghardik halusinasi

- e. Mengajarkan cara mandi yang benar

BAB IV

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN WAHAM

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Waham

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan sebagai berikut :

1. Menjelaskan definisi Waham
2. Menjelaskan proses terjadinya Waham
3. Menjelaskan rentang respon dari Waham
4. Menjelaskan Mekanisme koping pasien dengan Waham
5. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Waham
6. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Waham
7. Menyusun Evaluasi tindakan pada pasien dengan Waham
8. Contoh soal dengan asuhan keperawatan Waham

C. Definisi Waham

Waham merupakan suatu keyakinan seseorang yang berdasarkan penilaian realitas yang salah, keyakinan yang tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar

belakang budaya, ketidak mampuan merespons stimulus internal dan eksternal melalui proses interaksi/informasi secara akurat.

Seseorang yang mengalami waham berpikir bahwa ia memiliki banyak kekuatan dan bakat serta tidak merasa terganggu jiwanya atau merasa sangat kuat dan sangat terkenal. Hal ini sesuai dengan penjelasan **Varcarolis** dalam *Fundamental of Psychiatric Mental Health Nursing*.

Waham adalah keyakinan yang salah secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realita normal (**Stuart dan Sundeen**).

Macam-Macam Waham

- a. Waham kebesaran : individu meyakini bahwa ia memiliki kebesaran atau kekuasaan khusus dan diucapkan berulang kali, tetapi tidak sesuai atau, “Saya punya tambang emas”
- b. Waham curiga : individu meyakini bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan/mencederai dirinya dan diucapkan berulang kali, tetapi tidak sesuai kenyataan. Contoh, “Saya tahu seluruh saudara saya ingin menghancurkan hidup saya karena mereka iri dengan kesuksesan saya.”
- c. Waham agama : individu memiliki keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan berulang kali, tetapi tidak sesuai kenyataan. Contoh, “Kalau saya mau masuk surga, saya harus menggunakan pakaian putih setiap hari.”
- d. Waham somatik : individu meyakini bahwa tubuh atau bagian tubuhnya terganggu atau terserang penyakit dan diucapkan berulang kali, tetapi tidak sesuai kenyataan. Contoh, “Saya sakit kanker.” (Kenyataannya pada pemeriksaan laboratorium tidak ditemukan tanda-tanda kanker, tetapi pasien terus mengatakan bahwa ia sakit kanker)
- e. Waham nihilistik : 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 kebesaran : individu meyakini bahwa ia memiliki kebesaran atau kekuasaan khusus dan diucapkan berulang kali, tetapi tidak sesuai atau, “Saya punya tambang emas”

D. Proses Terjadinya Waham

1. Fase lack of human need

Waham diawali dengan terbatasnya kebutuhan-kebutuhan klien baik secara fisik maupun psikis. Secara fisik klien dengan waham dapat terjadi pada orang-orang dengan status sosial dan ekonomi sangat terbatas. Biasanya klien sangat miskin dan menderita. Keinginan ia untuk memenuhi kebutuhan hidupnya mendorongnya untuk melakukan kompensasi yang salah. Ada juga klien yang secara sosial dan ekonomi terpenuhi tetapi kesenjangan antara reality dengan self ideal sangat tinggi. Misalnya ia seorang sarjana tetapi menginginkan dipandang sebagai seorang yang dianggap sangat cerdas, sangat berpengalaman dan di perhitungkan dalam kelompoknya. Waham terjadi karena sangat pentingnya pengakuan bahwa ia eksis di dunia ini. Dapat dipengaruhi juga oleh rendahnya penghargaan saat tumbuh kembang (life span history).

2. Fase lack of self human

Tidak adanya pengakuan dari lingkungan dan tingginya kesenjangan antara self ideal dengan self reality (kenyataan dengan harapan) serta dorongan kebutuhan yang tidak terpenuhi sedangkan standar lingkungan sudah melampaui kemampuannya. Misalnya, saat lingkungan sudah banyak yang kaya, menggunakan teknologi komunikasi yang canggih, berpendidikan tinggi serta memiliki kekuasaan yang luas, seseorang tetap memasang self ideal yang melebihi lingkungan tersebut. Padahal *self reality*-nya sangat jauh. Dari aspek pendidikan klien, materi, pengalaman, pengaruh, support system semuanya sangat rendah.

3. Fase control internal external

Klien mencoba berpikir rasional bahwa apa yang ia yakini atau apa-apa yang ia katakan adalah kebohongan, menutupi kekurangan dan tidak sesuai dengan

kenyataan. Tetapi menghadapi kenyataan bagi klien adalah sesuatu yang sangat berat, karena kebutuhannya untuk diakui, kebutuhan untuk dianggap penting dan diterima lingkungan menjadi prioritas dalam hidupnya, karena kebutuhan tersebut belum terpenuhi sejak kecil secara optimal. Lingkungan sekitar klien mencoba mencoba memberikan koreksi bahwa sesuatu yang di katakan klien itu tidak benar, tetapi hal ini tidak dilakukan secara adekuat karena besarnya toleransi dan keinginan menjaga perasaan. lingkungan hanya bisa menjadi pendengar pasif tetapi tidak mau konfrontatif berkepanjangan dengan alasan pengakuan klien tidak merugikan orang lain.

4. *Fase environment support*

Adanya beberapa orang yang mempercayai klien dalam lingkungannya menyebabkan klien merasa didukung, lama kelamaan klien menganggap sesuatu yang di katakan tersebut sebagai suatu kebenaran karena seringnya diulang-ulang. Dari sinilah mulai terjadinya kerusakan kontrol diri dan tidak berfungsinya norma (super ego) yang ditandai dengan tidak ada lagi perasaan dosa saat berbohong.

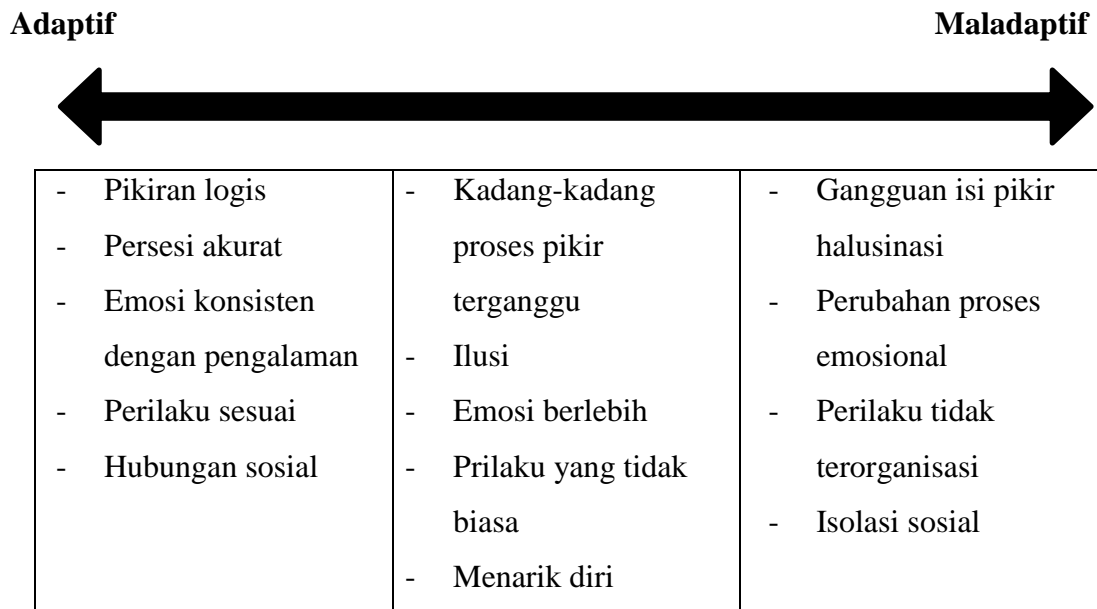
5. *Fase comforting*

Klien merasa nyaman dengan keyakinan dan kebohongannya serta menganggap bahwa semua orang sama yaitu akan memercayai dan mendukungnya. Keyakinan sering disertai halusinasi pada saat klien menyendiri dari lingkungannya. Selanjutnya klien lebih sering menyendiri dan menghindari interaksi sosial (isolasi sosial).

6. *Fase improving*

Apabila tidak adanya konfrontasi dan upaya-upaya koreksi, setiap waktu keyakinan yang salah pada klien akan meningkat. Waham sering berkaitan dengan traumatik masa lalu atau kebutuhan-kebutuhan yang tidak terpenuhi (rantai yang hilang). Waham bersifat menetap dan sulit untuk dikoreksi. Isi waham dapat menimbulkan ancaman dari dan orang lain. Penting sekali untuk mengguncang keyakinan klien dengan cara konfrontatif serta memperkaya keyakinan religiusnya bahwa apa-apa yang dilakukan menimbulkan dosa besar serta ada konsekuensi sosial.

E. Rentang Respon Waham



F. Mekanisme koping pasien dengan Waham

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

1. 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.

2. Penyangkalan

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

3. 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. (Sadock, 2010 : 175)

G. Pengkajian Pada Pasien Dengan Waham

1. Faktor predisposisi

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

a. 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 kekacauan dari sel-sel piramidal 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.

b. Teori psikososial

- a). Teori sistem keluarga Bowen dalam Townsend (1998 : 147) 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 mamapu 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.

2. 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 perilaku.

3). Pemicu gejala

Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan lingkungan, sikap dan perilaku individu, seperti : gizi buruk, kurang tidur, infeksi, kelelahan, rasa bermusuhan atau lingkungan yang penuh kritik, masalah perumahan, kelainan terhadap penampilan, stres gangguan dalam berhubungan interpersonal, kesepian, tekanan, pekerjaan, kemiskinan, keputusan dan sebagainya.

H. Diagnosa Keperawatan

Waham

I. Rencana Tindakan Keperawatan pasien dengan Waham

Tindakan Keperawatan untuk Pasien

Tujuan tindakan :

- a) Pasien dapat berorientasi kepada realitas secara bertahap
- b) Pasien dapat memenuhi kebutuhan dasar
- c) Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan
- d) Pasien menggunakan obat secara teratur

Tindakan keperawatan :

- a) Bina hubungan saling percaya. Sebelum memulai mengkaji pasien dengan waham. Anda harus membina saling percaya terlebih dahulu agar pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan anda. Tindakan yang harus anda lakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah
 - ✓ Mengucapkan salam terapeutik
 - ✓ Berjabat tangan
 - ✓ Menjelaskan tujuan interaksi
 - ✓ Membuat kontrak topic, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien
- b) Bantu orientasi realita
 - ✓ Tidak mendukung atau membantah waham pasien

- ✓ Yakinkan pasien berada dalam keadaan aman
 - ✓ Observasi pengaruh waham terhadap aktivitas sehari-hari
 - ✓ Jika pasien terus menerus membicarakan wahamnya dengarkan tanpa memberikan dukungan atau menyangkal sampai pasien berhenti membicarakannya
 - ✓ Fokuskan pembicaraan pada realitas, (misalnya memanggil nama pasien), menjelaskan sesuai realita
- c) Diskusikan kebutuhan psikologis atau emosional yang tidak terpenuhi sehingga menimbulkan kecemasan, rasa takut dan marah
 - d) Tingkatkan aktivitas yang dapat memenuhi kebutuhan fisik dan emosional pasien
 - e) Berdiskusi tentang kemampuan positif yang dimiliki
 - f) Bantu melakukan kemampuan yang dimiliki
 - g) Berdiskusi tentang obat yang diminum
 - h) Melatih minum obat yang benar

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

Tujuan :

- a) Keluarga mampu mengidentifikasi waham pasien
- b) Keluarga mampu memfasilitasi pasien untuk memenuhi kebutuhan yang dipenuhi oleh wahamnya
- c) Keluarga mampu mempertahankan program pengobatan pasien secara optimal

J. Tindakan Keperawatan

Tindakan Pasien

SP I p

1. Membantu orientasi realita
2. Mendiskusikan kebutuhan yang tidak terpenuhi
3. Membantu pasien memenuhi kebutuhannya

4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

SP II p

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
2. Berdiskusi tentang kemampuan yang dimiliki
3. Melatih kemampuan yang dimiliki

SP III p

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur
3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan

Tindakan Keluarga

SP I k

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala waham, dan jenis waham yang dialami pasien beserta proses terjadinya
3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien waham

SP II k

1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan waham
2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien waham

SP III k

1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat
2. Mendiskusikan sumber rujukan yang bias dijangkau keluarga

K. Evaluasi

Adanya Perubahan tanda dan gejala

1. Penurunan tanda dan gejala
2. Peningkatan kemampuan pasien mengendalikan isolasi social
3. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat pasien

L. Contoh soal dengan asuhan keperawatan Waham

1. Seorang laki-laki usia 40 tahun mengalami gangguan jiwa sejak 12 tahun yang lalu sejak di tinggal menikah oleh kekasihnya dengan pria lain, pasien menjadi sering menyendiri dan tidak mau melakukan perawatan diri. Pada saat pengkajian didapatkan data bahwa pasien selalu merasa curiga dengan semua wanita yang ditemui. Pasien cenderung menganggap semua wanita benci dengan dirinya.

Apakah prinsip komunikasi pada masalah keperawatan utama kasus di atas?

- a. Tidak menyangkal atau mendukung keyakinannya yang salah
 - b. Memberikan lingkungan yang aman bagi pasien
 - c. Banyak memberikan reinforcement positif
 - d. Membina hubungan saling percaya
 - e. Kontak sering tapi singkat
-
2. Seorang wanita usia 25 tahun saat ini dirawat di Rumah sakit jiwa karena sering berbicara sendiri, cenderung mudah tersinggung terutama setelah mengalami kecelakaan dan diamputasi kakinya. Pasien berprofesi sebagai seorang SPG produk kecantikan. 2 hari yang lalu pasien ditemukan dikamarnya dengan kondisi tidak sadarkan diri setelah meminum racun serangga.
- Apakah tindakan keperawatan SP 3 pada masalah keperawatan utama pada kasus diatas?

- a. Mengajarkan pasien mengontrol keinginan bunuh diri
 - b. Mendiskusikan mekanisme koping konstruktif
 - c. Menyusun rencana masa depan yang realistis
 - d. Menciptakan lingkungan yang aman
 - e. Menggali aspek positif pasien
3. Seorang laki-laki usia 44 tahun mengalami gangguan jiwa sejak 5 tahun yang lalu. Pasien saat ini menjalani perawatan ke 3. Selama dirawat pasien mampu berinteraksi dengan baik dengan seluruh staf dan pasien. Pasien cenderung menganggap dirinya tidak sedang dirawat melainkan berkunjung untuk memberikan tausiah kepada pasien lain agar mengikuti ajaran agamanya.
- Apakah jenis waham yang dialami pasien berdasarkan kasus diatas?
- a. Waham kebesaran
 - b. Waham sisip pikir
 - c. Waham agama
 - d. Waham bizar
 - e. Waham curiga
4. Seorang laki-laki berusia 32 tahun, perawat melakukan pengkajian, disaat sedang melakukan pengkajian selalu loncat topiknya dari satu topik ke topik lain. perawat selalu mengklarifikasinya
- Apakah proses fikir yang digunakan oleh pasien tersebut
- a.** Sirkumtangensial
 - b.** Flight of idea
 - c.** Preseverasi
 - d.** Tangesial
 - e.** Blocking

5. Seorang laki-laki berusia 35 tahun, saat diajak komunikasi pembicaraannya tidak jelas dan sering berbelit-belit, tetapi akhirnya sampai ke maksud tujuan yang diinginkan
- Apakah proses pikir yang digunakan oleh pasien tersebut?
- Sirkumtanganeal
 - Flight of idea
 - Preseverasi
 - Tangesial
 - Blocking

BAB V

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO BUNUH DIRI

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Risiko Bunuh Diri

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan sebagai berikut :

1. Menjelaskan definisi Risiko Bunuh Diri
2. Menjelaskan proses terjadinya Risiko Bunuh Diri
3. Menjelaskan rentang respon dari Risiko Bunuh Diri
4. Menjelaskan Mekanisme koping pasien dengan Risiko Bunuh Diri
5. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Risiko Bunuh Diri
6. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Risiko Bunuh Diri
7. Menyusun Evaluasi tindakan pada pasien dengan Risiko Bunuh Diri
8. Contoh soal dengan asuhan keperawatan Risiko Bunuh Diri

C. Definisi Risiko Bunuh Diri

Risiko bunuh diri adalah resiko untuk mencederai diri sendiri yang dapat mengancam kehidupan. Bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri karena merupakan perilaku untuk mengakhiri kehidupannya. Perilaku bunuh diri disebabkan karena stress yang tinggi dan berkepanjangan dimana individu gagal dalam melakukan mekanisme koping yang digunakan dalam mengatasi masalah. (Stuart, 2006).

Bunuh diri adalah tindakan agresif yang merusak diri sendiri dan dapat mengakhiri kehidupan. Bunuh diri mungkin merupakan keputusan terakhir dari individu untuk memecahkan masalah yang dihadapi. Risiko bunuh diri dapat diartikan sebagai resiko individu untuk menyakiti diri sendiri, mencederai diri, serta mengancam jiwa.

Perilaku bunuh diri terbagi menjadi tiga kategori yaitu (Stuart, 2006):

1. Ancaman bunuh diri yaitu peringatan verbal atau nonverbal bahwa seseorang tersebut mempertimbangkan untuk bunuh diri. Orang yang ingin bunuh diri mungkin mengungkapkan secara verbal bahwa ia tidak akan berada di sekitar kita lebih lama lagi atau mengomunikasikan secara non verbal.
2. Upaya bunuh diri yaitu semua tindakan terhadap diri sendiri yang dilakukan oleh individu yang dapat menyebabkan kematian jika tidak dicegah.
3. Bunuh diri yaitu mungkin terjadi setelah tanda peringatan terlewatkan atau diabaikan. Orang yang melakukan bunuh diri dan yang tidak bunuh diri akan terjadi jika tidak ditemukan tepat pada waktunya.

Yosep (2010) mengklasifikasikan terdapat tiga jenis bunuh diri, meliputi:

1. Bunuh diri anomik adalah suatu perilaku bunuh diri yang didasari oleh faktor lingkungan yang penuh tekanan (stressful) sehingga mendorong seseorang untuk bunuh diri.
2. Bunuh diri altruistik adalah tindakan bunuh diri yang berkaitan dengan kehormatan seseorang ketika gagal dalam melaksanakan tugasnya.
3. Bunuh diri egoistik adalah tindakan bunuh diri yang diakibatkan faktor dalam diri seseorang seperti putus cinta atau putus harapan.

D. Proses Terjadinya Risiko Bunuh Diri

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya resiko bunuh diri ada dua faktor, yaitu factor predisposisi (factor risiko) dan factor presipitasi (factor pencetus) :

1. Faktor Predisposisi

Stuart (2006) menyebutkan bahwa faktor predisposisi yang menunjang perilaku resiko bunuh diri meliputi:

a. Diagnosis psikiatri

Tiga gangguan jiwa yang membuat klien berisiko untuk bunuh diri yaitu gangguan alam perasaan, penyalahgunaan obat, dan skizofrenia.

b. Sifat kepribadian

Tiga aspek kepribadian yang berkaitan erat dengan peningkatan resiko bunuh diri adalah rasa bermusuhan, impulsif, dan depresi.

c. Lingkungan psikososial

Baru mengalami kehilangan, perpisahan atau perceraian, kehilangan yang dini, dan berkurangnya dukungan sosial merupakan faktor penting yang berhubungan dengan bunuh diri.

d. Biologis

Banyak penelitian telah dilakukan untuk menemukan penjelasan biologis yang tepat untuk perilaku bunuh diri. Beberapa peneliti percaya bahwa ada gangguan pada level serotonin di otak, dimana serotonin diasosiasikan dengan perilaku agresif dan kecemasan. Penelitian lain mengatakan bahwa perilaku bunuh diri merupakan bawaan lahir, dimana orang yang suicidal mempunyai keluarga yang juga menunjukkan kecenderungan yang sama. Walaupun demikian, hingga saat ini belum ada faktor biologis yang ditemukan berhubungan secara langsung dengan perilaku bunuh diri.

e. Psikologis

Tiga bentuk penjelasan psikologis mengenai bunuh diri. Penjelasan yang pertama didasarkan pada Freud yang menyatakan bahwa “suicide is murder turned around 180 degrees”, dimana dia mengaitkan antara bunuh diri dengan kehilangan seseorang atau objek yang diinginkan. Secara

psikologis, individu yang beresiko melakukan bunuh diri mengidentifikasi dirinya dengan orang yang hilang tersebut. Dia merasa marah terhadap objek kasih sayang ini dan berharap untuk menghukum atau bahkan membunuh orang yang hilang tersebut. Meskipun individu mengidentifikasi dirinya dengan objek kasih sayang, perasaan marah dan harapan untuk menghukum juga ditujukan pada diri. Oleh karena itu, perilaku destruktif diri terjadi.

f. **Sosiokultural**

Penjelasan yang terbaik datang dari sosiolog Durkheim yang memandang perilaku bunuh diri sebagai hasil dari hubungan individu dengan masyarakatnya, yang menekankan apakah individu terintegrasi dan teratur atau tidak dengan masyarakatnya.

1. Faktor Presipitasi

Stuart (2006) menjelaskan bahwa pencetus dapat berupa kejadian yang memalukan, seperti masalah interpersonal, dipermalukan di depan umum, kehilangan pekerjaan, atau ancaman pengurangan. Selain itu, mengetahui seseorang yang mencoba atau melakukan bunuh diri atau terpengaruh media untuk bunuh diri, juga membuat individu semakin rentan untuk melakukan perilaku bunuh diri.

Faktor pencetus seseorang melakukan percobaan bunuh diri adalah perasaan terisolasi karena kehilangan hubungan interpersonal/gagal melakukan hubungan yang berarti, kegagalan beradaptasi sehingga tidak dapat menghadapi stres, perasaan marah/bermusuhan dan bunuh diri sebagai hukuman pada diri sendiri, serta cara untuk mengakhiri keputusan.

E. Rentang Respon Risiko Bunuh Diri



Peningkatan
diri

Berisiko
destruktif

Destruktif
diri tidak
langsung

Pencederaan
diri

Bunuh

Keterangan:

- a. Peningkatan diri: seseorang dapat meningkatkan proteksi atau pertahan diri secara wajar terhadap situasional yang membutuhkan pertahan diri.
- b. Beresiko destruktif: seseorang memiliki kecenderungan atau beresiko mengalami perilaku destruktif atau menyalahkan diri sendiri terhadap situasi yang seharusnya dapat mempertahankan diri, seperti seseorang merasa patah semangat bekerja ketika dirinya dianggap tidak loyal terhadap pimpinan padahal sudah melakukan pekerjaan secara optimal.
- c. Destruktif diri tidak langsung: seseorang telah mengambil sikap yang kurang tepat terhadap situasi yang membutuhkan dirinya untuk mempertahankan diri.
- d. Pencederaan Diri: seseorang melakukan percobaan bunuh diri atau pencederaan diri akibat hilangnya harapan terhadap situasi yang ada.
- e. Bunuh diri: seseorang telah melakukan kegiatan bunuh diri sampai dengan nyawanya hilang.

F. Mekanisme koping pasien Risiko Bunuh Diri

Seorang klien mungkin memakai beberapa variasi mekanisme koping yang berhubungan dengan perilaku bunuh diri, termasuk denial, rasionalization, regression, dan magical thinking. Mekanisme pertahanan diri yang ada seharusnya tidak ditentang tanpa memberikan koping alternatif. Kegagalan mungkin mendapatkan pertolongan agar dapat mengatasi masalah. Bunuh diri yang terjadi merupakan kegagalan koping dan mekanisme adaptif. Perilaku bunuh diri menunjukkan mekanisme koping. Ancaman bunuh diri menunjukkan upaya terakhir untuk pada diri seseorang.

G. Pengkajian Pada Pasien Risiko Bunuh Diri

- a. Ancaman Percobaan bunuh diri
- b. Isyarat bunuh diri dengan diagnosis : Harga Diri Rendah

c. Percobaan Bunuh Diri

H. Diagnosa Keperawatan

Risiko Bunuh Diri

I. Rencana Tindakan Keperawatan Pada Pasien Risiko Bunuh Diri

1. Ancaman percobaan bunuh diri dengan diagnosis : Risiko Bunuh Diri

a. Tindakan keperawatan klien yang mengancam atau mencoba bunuh diri

- 1). Tujuan : klien tetap aman bunuh diri
- 2). Tindakan : melindungi klien

Perawat dapat melakukan hal – hal berikut yaitu :

- 1) Tetap menemani klien sampai dipindahkan ke tempat yang lebih aman
- 2) Menjauhkan semua benda yang berbahaya misal (pisau, silet, gelas, ikat pinggang, dan lain – lain)
- 3) Memastikan bahwa klien benar – benar telah meminum obatnya, jika klien mendapatkan obat
- 4) Menjelaskan dengan lembut pada klien melupakan keinginan untuk bunuh diri

b. Tindakan keperawatan untuk keluarga dengan klien percobaan bunuh diri

- 1). Tujuan : keluarga berperan serta melindungi anggota keluarga yang mengancam atau mencoba bunuh diri

Tindakan meliputi :

- 1) Menganjurkan keluarga untuk ikut mengawasi klien serta jangan pernah meninggalkan klien sendirian
- 2) Menganjurkan keluarga untuk membantu perawat menjauhi barang – barang berbahaya disekitar klien
- 3) Mendiskusikan dengan keluarga untuk menjaga klien agar tidak sering melamun sendiri
- 4) Menjelaskan kepada keluarga pentingnya klien minum obat secara teratur

2. Isyarat bunuh diri dengan diagnosis : Harga Diri Rendah

- a. Tindakan keperawatan untuk klien yang menunjukkan isyarat bunuh diri
- 1) Tujuan :
 - a). Klien mendapatkan perlindungan dari lingkungannya
 - b). Klien dapat mengungkapkan perasaannya
 - c). Klien dapat meningkatkan harga dirinya
 - d). Klien dapat menggunakan cara penyelesaian masalah yang baik
 - 2). Tindakan keperawatan :
 - a). Mendiskusikan tentang cara mengatasi keinginan bunuh diri, yaitu dengan meminta bantuan dari keluarga atau teman
 - b). Meningkatkan harga diri klien
 - ✓ Memberi kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya
 - ✓ Berikan pujian bila klien dapat mengungkapkan perasaan yang positif
 - ✓ Meyakinkan klien bahwa dirinya berarti untuk orang lain
 - ✓ Mendiskusikan tentang keadaan yang sepatutnya disyukuri oleh klien
 - ✓ Merencanakan aktivitas yang dapat klien lakukan
 - c). Meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah
 - ✓ Mendiskusikan dengan klien cara menyelesaikan masalahnya
 - ✓ Mendiskusikan dengan klien efektivitas masing – masing cara penyelesaian masalah
 - ✓ Mendiskusikan dengan klien cara menyelesaikan masalah yang baik
- b. Tindakan keperawatan untuk keluarga dengan anggota keluarga yang menunjukkan isyarat bunuh diri
- 1). Tujuan : keluarga mampu merawat klien dengan risiko bunuh diri
 - 2). Tindakan :
 - a). Mengajarkan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri
 - b). Menanyakan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri yang pernah muncul pada klien
 - c). Mendiskusikan tentang tanda dan gejala yang umumnya muncul pada klien berisiko bunuh diri
 - d). Mengajarkan keluarga cara melindungi klien dari perilaku bunuh diri

- ✓ Mendiskusikan tentang cara yang dapat dilakukan keluarga bila klien memperlihatkan tanda dan gejala bunuh diri
 - ✓ Menjelaskan tentang cara – cara melindungi klien dengan cara :
 - ❖ Memberikan tempat yang aman menempatkan klien di tempat yang mudah diawasi, jangan biarkan klien mengunci diri dikamar, jangan meninggalkan klien sendirian di rumah
 - ❖ Menjauhkan barang – barang yang bias digubakan untuk bunuh diri, jauhkan klien dari barang – barang yang bias digunakan untuk bunuh diri, seperti tali, bahan bakar minyak/bensin, api, pisau atau benda tajam lainnya, zat berbahaya seperti obat nyamuk atau racun serangga
 - ❖ Selalu mengadakan pengawasan dan meningkatkan pengawasan apabila tanda dan gejala bunuh diri meningkat. Jangan pernah melonggarkan pengawasan, walaupun klien tidak menunjukkan tanda dan gejala untuk bunuh diri
- c. Mengajarkan keluarga tentang hal – hal yang dapat dilakukan apabila nklien melakukan percobaan bunuh diri
- 1) Mencari bantuan pada tetangga sekitar atau pemuka masyarakat untuk menghentikan upaya bunuh diri tersebut
 - 2) Segera membawa klien ke rumah sakit atau puskesmas untuk mendapatkan bantuan medis
 - 3) Membantu keluarga mencari rujukan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi klien
 - 4) Memberikan informasi tentang nomor telepon gawat darurat
 - 5) Menganjurkan keluarga untuk mengantarkan klien berobat/control secara teratur untuk mengatasi masalah bunuh dirinya
 - 6). Menganjurkan keluarga untuk membantu klien minum obat sesuai prinsip enam benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara penggunaan, benar waktu, dan benar pencatatannya.

J. Tindakan Keperawatan Pasien

SP I p

1. Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien
2. Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien
3. Melakukan kontrak *treatment*
4. Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri
5. Melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri

SP II p

1. Mengidentifikasi aspek positif pasien
2. Mendorong pasien untuk berfikir positif terhadap diri
3. Mendorong pasien untuk menghargai diri sebagai individu yang berharga

SP III p

1. Mengidentifikasi pola koping yang biasa diterapkan pasien
2. Menilai pola koping yang biasa dilakukan
3. Mengidentifikasi pola koping yang konstruktif
4. Mendorong pasien memilih pola koping yang konstruktif
5. Mengajukan pasien menerapkan pola koping konstruktif dalam kegiatan harian

SP IV p

1. Membuat rencana masa depan yang realistis bersama pasien
2. Mengidentifikasi cara mencapai rencana masa depan yang realistis
3. Memberi dorongan pasien melakukan kegiatan dalam rangka meraih masa depan yang realistis.

K. Evaluasi tindakan pada pasien Risiko Bunuh Diri

1. Penurunan tanda dan gejala
2. Peningkatan kemampuan pasien mengendalikan isolasi social

3. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat pasien

L. Contoh soal asuhan keperawatan Risiko Bunuh Diri

1. Seorang laki-laki berusia 30 tahun di rawat di RS Jiwa tiga hari yang lalu. Hasil observasi perawat ada perilaku yang aneh sering membawa sarung dililitkan di lehernya, sambil mengatakan hidup saya tidak bergunanya lagi, pada malam hari pasien mencoba untuk melakukan bunuh diri dengan melilitkan laken pada lehernya. Ada bekas goresan bekas lilitan dilehernya.

Apakah tindakan keperawatan yang utama pada kasus tersebut?

- a. Melindungi pasien
 - b. Menggali perasaan pasien
 - c. Menggerakkan dukungan sosial
 - d. Meningkatkan harga diri pasien
 - e. Menguatkan mekanisme koping pasien
-
2. Seorang laki-laki usia 29 tahun mengalami gangguan jiwa sejak 3 tahun yang lalu setelah ayahnya meninggal dunia akibat bunuh diri. Pasien dikenal sangat dekat dengan ayahnya. Pasien dibawa ke rumah sakit oleh keluarga setelah sempat menggantung dirinya di kamar. Saat ini pasien lebih banyak menyendiri dikamar, cenderung tertutup dan beberapa kali menyatakan malas untuk hidup.
Apakah tindakan keperawatan SP 2 Keluarga yang dapat dilakukan untuk masalah keperawatan utama diatas?
 - a. Identifikasi masalah yang dihadapi oleh keluarga dalam merawat pasien
 - b. Latih keluarga melakukan perawatan pada pasien RBD
 - c. Susun rencana perawatan pasien selama dirumah
 - d. Bina hubungan saling percaya dengan keluarga
 - e. Melakukan pendidikan kesehatan tentang RBD 3. Seorang wanita usia 25 tahun saat ini dirawat di Rumah sakit jiwa karena sering berbicara sendiri, cenderung mudah tersinggung terutama setelah mengalami

mengalami kecelakaan dan diamputasi kakinya. Pasien berprofesi sebagai seorang SPG produk kecantikan. 2 hari yang lalu pasien ditemukan dikamarnya dengan kondisi tidak sadarkan diri setelah meminum racun serangga.

Apakah tindakan keperawatan SP 3 pada masalah keperawatan utama pada kasus diatas?

- b. Mengajarkan pasien mengontrol keinginan bunuh diri
- c. Mendiskusikan mekanisme koping konstruktif
- d. Menyusun rencana masa depan yang realistis
- e. Menciptakan lingkungan yang aman
- f. Menggali aspek positif pasien

4. Seorang laki-laki usia 31 tahun di rawat di RSJ. Hasil pengkajian didapatkan bahwa dirinya merasa sebagai seorang aktor korea yang sedang majalani liburan di Indonesia dan akan menghibur seluruh pasien yang ada di Rumah sakit ini.

Apakah tindakan keperawatan pada SP 2 masalah keperawatan utama diatas?

- a. Memenuhi kebutuhan dasar pasien
- b. Mengorientasikan realita kepada pasien
- c. Mengajarkan pasien tentang terapi farmaka
- d. Menggali aspek positif yang dimiliki pasien
- e. Mendiskusikan kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi

5. Seorang perempuan berusia 19 tahun, diketemukan terkulai lemas dengan tangan berlumurkan darah dan mulut keluar busa. Sehari sebelumnya pasien baru saja diputus oleh pacarnya. Hasil pengkajian pasien masih diam dan tidak mau menjawab pertanyaan perawat.

Apakah tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Memberikan pemenuhan kebutuhan klien
- B. Melakukan komunikasi yang terapeutik
- C. Menjauhkan klien dari benda tajam
- D. Mengawasi klien selama 24 jam
- E. Menjaga privasi klien

BAB VI
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
RISIKO PERILAKU KEKERASAN

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan sebagai berikut :

1. Menjelaskan definisi Risiko Perilaku Kekerasan
2. Menjelaskan proses terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan
3. Menjelaskan rentang respon dari Risiko Perilaku Kekerasan
4. Menjelaskan Mekanisme koping pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan
5. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan
Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan
6. Menyusun Evaluasi tindakan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan
7. Contoh soal dengan asuhan keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

C. Definisi Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan suatu tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai oleh amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusumawati & Hartono, 2010).

D. Proses Terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan

1. Predisposisi

Ada beberapa teori yang berkaitan dengan timbulnya perilaku kekerasan.

a) Faktor Psikologis

Psychoanalytica theory, teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari instinctual drives. Frustration-aggression theory, teori ini berasumsi bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek yang menyebabkan frustrasi. Jadi hampir semua orang yang melakukan tindakan agresif mempunyai riwayat perilaku agresif.

b) Faktor Sosial Budaya

Social-learning theory, teori ini mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Jadi seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya.

c) Faktor Biologis

Ada beberapa penelitian membuktikan bahwa dorongan agresif mempunyai dasar biologis. Penelitian neurobiologi mendapatkan bahwa adanya pemberian stimulus listrik ringan pada hipotalamus (yang berada di tengah sistem limbik) ternyata menimbulkan perilaku agresif. Jadi kerusakan fungsi sistem limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal, dan lobus temporal dapat menimbulkan perilaku agresif.

Neurotransmitter yang sering dikaitkan dengan perilaku agresif: serotonin, dopamin, norepinephrine, acetilkolin dan asam amino GABA. Faktor faktor yang mendukung :

- ✓ Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan.
- ✓ Sering mengalami kegagalan.
- ✓ Kehidupan yang penuh tindakan agresif.
- ✓ Lingkungan yang tidak kondusif.

2. Prespitasi

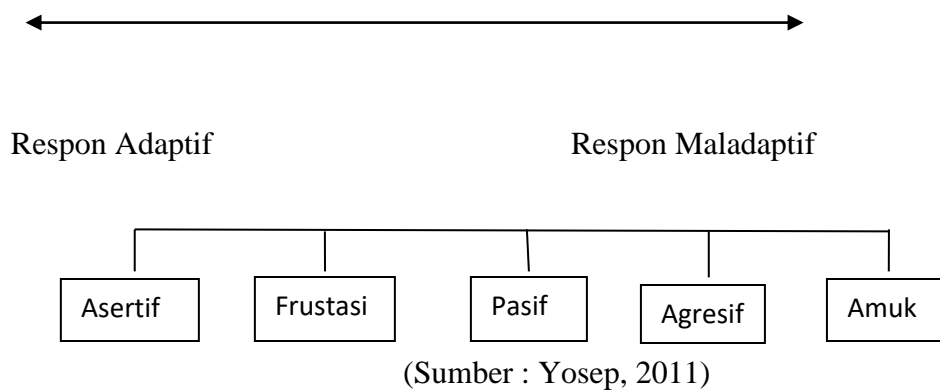
Secara umum, seseorang akan berespon dengan marah apabila merasa dirinya terancam. Ancaman tersebut dapat berupa injury secara psikis, atau lebih dikenal dengan adanya ancaman terhadap konsep diri seseorang. Ketika seseorang merasa terancam, mungkin dia tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Oleh karena itu, baik perawat maupun klien harus bersama-sama mengidentifikasinya. Ancaman dapat berupa internal ataupun eksternal. Contoh stressor eksternal: serangan secara psikis, kehilangan hubungan yang dianggap bermakna, dan adanya kritikan dari orang lain. Sedangkan contoh dari stressor internal: merasa gagal dalam bekerja, merasa kehilangan orang yang dicintai, dan ketakutan terhadap penyakit yang diderita.

Bila dilihat dari sudut perawat-klien, maka faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi dua, yakni:

- a) Klien : kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri.
- b) Lingkungan ribut : kehilangan orang/objek yang berharga, konflik interaksi social

E. Rentang Respon Dari Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan dianggap suatu akibat yang ekstrem dari marah. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan di sisi yang lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustrasi, dan marah. Hal ini akan mempengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut terkadang perilaku agresif atau melukai karena menggunakan koping yang tidak baik



Keterangan

Perilaku yang ditampakkan mulai dari adaptif dan maladaptif :

Asertif : individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kenyamanan.

Frustrasi : individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.

Pasif : individu tidak dapat mengungkapkan perasaanya.

Agresif : perilaku yang menyertai marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol.

Amuk : suatu bentuk kerusakan yang menimbulkan kerusuhan. (Yosep, 2011).

F. Mekanisme Koping Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme orang lain. Mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, depresi, dan reaksi formasi.

- a. Displacement : melepaskan perasaan tertekannya bermusuhan pada objek yang begitu seperti pada mulanya yang membangkitkan emosi.
- b. Proyeksi : menyalahkan orang lain mengenai keinginannya yang tidak baik.
- c. Depresi : menekan perasaan orang yang menyakitkan atau konflik ingatan dari kesadaran yang cenderung memperluaskan mekanisme ego lainnya.
- d. Reaksi Formasi : pembentuk sikap kesadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan benar-benar dilakukan orang lain.

G. Pengkajian Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan.

Data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara

tentang perilaku berikut ini :

1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan

5. Jalan mondar-mandir
6. Bicara kasar
7. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
8. Mengancam secara verbal atau fisik
9. Melempar atau memukul benda/orang lain
10. Merusak barang atau benda
11. Tidak mempunyai kemampuan untuk mencegah/mengontrol perilaku kekerasan.

H. Diagnosa Keperawatan

Risiko Perilaku Kekerasan

I. Rencana Tindakan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan

No	Tujuan / Kriteria hasil	Rencana Tindakan	Rasional
1.	<p>TUM: Klien dapat mengontrol atau mengendalikan perilaku kekerasan</p> <p>Tujuan: Klien dapat membina hubungan saling percaya</p> <p>KH: setelah dilakukan tindakan klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wajah cerah dan tersenyum - mau berkenalan - ada kontak mata -bersedia menceritakan perasaan 	<p>Bina hubungan saling percaya</p> <ul style="list-style-type: none"> -beri salam salam berinteraksi -perkenalkan nama,nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan -tanyakan dan panggil nama kesejukan klien -tunjukkan sikap empati,jujur menepati janji setiap kali beriteraksi -tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapinya -buat kontrsk interaksi yang jelas -dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien 	<p>Kepercayaan dari klien merupakan hal yang mutlak serta akan mempermudah dalam melakukan pendekatan keperawatan terhadap klien.</p>

2.	<p>Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan KH: setelah 2x intervensi klien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya</p> <ul style="list-style-type: none"> -menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik diri sendiri maupun lingkungan nya 	<p>Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> -motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya -dengarkan tanpa menyela atau member penilaian setiap ungkapan perasaan klien 	<p>Menentukan mekanisme koping yang dimiliki klien dalam menghadapi masalah serta sebagai langkah awal dalam menyusun stratgei berikutnya</p>
3.	<p>Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan KH: setelah dilakukan 2intervensi klien dapat menceritakan keadaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -fisik: mata merah,tanagn mengepal,ekspresi tegang dan lain-lain -emosional; perasaan marah jengkel dan bebrbicara kasar -sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan 	<p>bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya :</p> <ul style="list-style-type: none"> -motivasi klien menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi -motivasi klien menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan -motivasi klien menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan -motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan 	<p>Deteksi dini sehingga dapat mencegah tindakan yang dapat membahayakan klien dan lingkungan sekitar</p>
4	<p>Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang</p>	<p>Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama</p>	

	<p>dilakukannya</p> <p>KH: setelah dilakukan 2x intervensi klien menjelaskan</p> <p>-jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya</p> <p>-perasaan nya saat melakukan kekerasan</p> <p>-efektivitas cara yang di pakai dalam menyelesaikan masalah</p>	<p>ini:</p> <p>-motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini dilakukannya</p> <p>-motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi</p> <p>-diskusi apakah dengan tindakan kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialaminya teratasi</p>	
5	<p>Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukannya</p> <p>KH: setelah dilakukan 2x intervensi klien mampu menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya</p> <p>-diri sendiri: luka, dijauhi orang-orang</p> <p>-orang lain/ keluarga : luka tersinggung ketakutan dll</p> <p>-lingkungan: barang atau benda rusak dll</p>	<p>Diskusi dengan klien akibat negative (kerugian) cara yang dilakukan pada:</p> <p>-diri sendiri</p> <p>-orang lain/ keluarga</p> <p>-lingkungan</p>	<p>Membantu klien melihat dampak yang ditimbulkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan klien</p>

6	<p>Klien dapat menyebutkan cara mencegah / mengontrol perilaku kekerasannya</p> <p>KH: setelah dilakukan 2x intervensi klien menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan:</p> <p>-fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal dan kasur</p> <p>-verbal:mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada oerang lain tanpa menyakiti</p> <p>-spiritual: zikir,berdoa meditasi sesuai agamanya</p>	<p>Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan.</p> <p>Latih klien memperagakan cara yang dipilih:</p> <p>-peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih</p> <p>-jelaskan manfaat cara tersebut</p> <p>-anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan</p>	<p>-keinginan untuk marah tidak tau kapan munculnya,serta siapa yang akan memicunya</p> <p>-meningkatkan diri klien kepercayaan klien serta asertifitas klien</p> <p>saat marah/jengkel</p>
7	<p>Klien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya dengan terapi psikofarmaka</p> <p>KH:</p> <p>Setelah dilakukan 2x intervensi klien dapat:</p> <p>-mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat:</p> <p>Pasien minum obat secara teratur dengan prisnip lima benar(benar nama pasien,benar nama obat,benar cara minum obat,benar waktu minum obat, dan benar dosis</p>	<p>-jelaskan manfaat obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat</p> <p>Jelaskan kepada klien</p> <p>- prisnip lima benar(benar nama pasien,benar nama obat,benar cara minum obat,benar waktu minum obat, dan benar dosis obat)disertai penjelasan guna obat dan berhenti minum obat .</p> <p>Anjurkan klien</p>	<p>Menyukkseskan prgam pengobatan klien</p>

	<p>obat)disertai penjelasan guna obat dan berhenti minum obat</p>	<p>-minta dan menggunakan obat tepat waktu</p> <p>-lapor ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa ,beri pujian terhadap klien kedisiplinan minum obat</p>	
8	<p>Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>KH: Setelah dilakuakn 2x intervensi keluarga dapat:</p> <p>-menjelaskan cara merawat klien</p> <p>-mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien</p>	<p>Diskusi pentingnya peran serta kleuarga sebagai pendukung klien untuk mengatasi perilaku kekerasan</p> <p>Diskusi potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku kekerasan</p> <p>Jelaskan pengertian penyebab,akibat dan cara merawta klien perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga</p> <p>Peragakan cara merawat klien PK</p> <p>Beri kesempatan kleuarga untuk memperagakan ulang</p> <p>Beri pujian kepada keluarga setelah</p>	<p>Keluarga merupakan system pendukung utama bagi klien</p>

		peragaan	
		Tanyakan perasaan keluarga setelah menoba cara yang dilatihkan	

J. Tindakan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

SP I p

1. Mendiskusikan penyebab PK anak
2. Mendiskusikan tanda dan gejala PK anak
3. Mendiskusikan PK yang biasanya dilakukan oleh anak
4. Mendiskusikan akibat PK
5. Melatih anak mencegah PK dengan cara fisik : tarik nafas dalam
6. Memasukkan ke jadwal kegiatan harian

SP II p

1. Mendiskusikan jadwal kegiatan harian dalam mencegah PK secara fisik
2. Melatih cara sosial untuk mengekspresikan marah
3. Menganjurkan pasien memasukkan ke jadwal kegiatan harian

SP III p

1. Mendiskusikan jadwal kegiatan harian mencegah PK dengan cara sosial
2. Melatih cara spiritual untuk mencegah PK
3. Menganjurkan memasukkan ke jadwal kegiatan harian

SP IV p

1. Mendiskusikan jadwal kegiatan harian mencegah PK dengan cara spiritual
2. Mendiskusikan manfaat obat
3. Menjelaskan kerugian jika tidak patuh obat
4. Menjelaskan 5 benar dalam pemberian obat

Tindakan Keluarga

SP I k

1. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien
2. Menjelaskan peran serta keluarga dalam merawat pasien
3. Menjelaskan cara merawat anak PK

SP II k

1. Melatih keluarga merawat anak PK
2. Menjelaskan tentang obat untuk mengatasi PK

SP III k

1. Menjelaskan sumber rujukan yang tersedia untuk mengatasi anak PK
2. Mendorong untuk memanfaatkan sumber rujukan yang tersedia

K. Evaluasi

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

- 1) Identifikasi situasi yang dapat membangkitkan kemarahan klien.

- 2) Bagaimana keadaan klien saat marah dan benci pada orang tersebut.
- 3) Sudahkah klien menyadari akibat dari marah dan pengaruhnya pada yang lain.
- 4) Buatlah komentar yang kritikal.
- 5) Apakah klien sudah mampu mengekspresikan sesuatu yang berbeda.
- 6) Klien mampu menggunakan aktivitas secara fisik untuk mengurangi perasaan marahnya.
- 7) Mampu mentoleransi rasa marahnya.
- 8) Konsep diri klien sudah meningkat.
- 9) Kemandirian dalam berpikir dan aktivitas meningkat

1. Contoh soal dengan asuhan keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

1. Seorang laki-laki usia 35 tahun bawa ke Rumah Sakit Jiwa dengan marah-marah pada tetangganya, memukul, muka merah, bicara keras, pandangan mata tajam dan klien mengatakan : “Saya dihina dan di olok-olok oleh tetangga saya sehingga saya marah dan memukul tetangga saya tersebut”..

Apakah masalah utama pada kasus pasien diatas?

- A. Waham curiga
- B. Harga diri rendah
- C. Halusinasi dengar
- D. Perilaku kekerasan
- E. Resiko perilaku kekerasan

2. Seorang laki-laki usia 40 tahun, dirawat di RSJ sudah tiga hari karena dirumah marah-marah dan mengamuk. Hasil pengkajian pasien tampak agitasi dan diberikan obat relaksasi. Perawat sudah melakukan tindakan keperawatan dengan melatih pasien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tehnik relaksasi nafas dalam. Hari selanjutnya keluarga pasien datang menjenguknya.

Apakah tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?

- a. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal
 - b. Menjelaskan pada keluarga tentang obat mengatasi perilaku kekerasan
 - c. Menjelaskan pada keluarga cara merawat pasien perilaku kekerasan
 - d. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan sholat
 - e. Mendiskusikan dengan pasien tentang manfaat obat
3. Seorang laki-laki usia 20 tahun di bawa ke poli jiwa dengan marah-marah di rumah banting-banting barang. Keluarga mengatakan marah disebabkan kakaknya melarang untuk pergi karena sudah malam. Hasil pengkajian pasien mengatakan “ kakak saya jahat dan iri pada saya”. Mata melotot dan tangan mengepal ingin memukul kakaknya

Apakah rentang respon pada kasus diatas:

- a. Asertif
 - b. Prustasi
 - c. Pasif
 - d. Agresif
 - e. Amuk
4. Seorang laki-laki usia 25 tahun di bawa UGD RSJ dengan alasan keluarga mengatakan kondisi sering marah-marah bila keinginannya tidak dituruti, tidak mau minum obat. Hasil pengkajian pasien marah pada keluarganya dengan tatapan mata melotot, ekspresi wajah tegang, meludahi orang tuanya, tangan mengepal dengan dipukulkan ketembok.

Apakah tindakan yang paling tepat pada kasus diatas ?

- a. Lakukan restrain
- b. Lakukan tarik napas dalam
- c. Lakukan cara mengontrol halusinasi
- d. Lakukan cara mengontrol marahnya
- e. Lakukan kolaborasi dalam pemberian therafi

5. Seorang laki-laki usia 36 tahun dibawa ke Poli Jiwa karena tidak pernah keluar rumah 1 bulan yang lalu semenjak di PHK dan marah-marah. Hasil pengkajian keluarga mengatakan pasien pernah dirawat di RSJ 2 tahun riwayat pengguna obat narkoba dan sudah 3 minggu tidak minum obat. Pasien mengatakan saya orang yang tidak berguna istri saya dan anak-anak meninggalkan saya. Kontak mata kurang dan pasien tampak sedih.

Apakah yang menjadi faktor presipitasi pada kasus tersebut?

- a. Kehilangan orang yang dicintai
- b. Tidak mempunyai pekerjaan
- c. Riwayat pengguna Nafza
- d. Riwayat gangguan jiwa
- e. Putus Obat

DAFTAR PUSTAKA

- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The nurse-patient journey*. (2th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Fortinash, K..M., &Holoday W. P.A., (2006), *Pscyciatric nursing care plans*, St. Louis, Mosby Your Book.
- Frisch N.,& Frisch A. (2011). *Psychiatric mental health nursing*. 4 ed. Australia: Delmar CENGAGE learning
- Gail Williams, Mark Soucy. (2013). *Course Overview - Role of the Advanced Practice Nurse & Primary Care Issues of Mental Health/Therapeutic Use of Self* . School of Nursing, The University of Texas Health Science Center at San Antonio
- Halter MJ. (2014). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 7th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Marry Ann Boyd.(2002).*Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, second edition.
- Nanda. (2005). *Nursing Diagnosis' definition & Clasificatian*. Nanda International.
- Noren Cavan Frisch & Lawrence E Frisch.(2007).*Psychiatric Mental Health Nursing*, third edition.New York:Thomson Delmar Learning.
- Sheila L. Videbeck.(2011).*Psychiatric Mental Health Nursing*, fifth edition. Philadelphia:Wolters Kluwer, Lippincot William & Wilkins.
- Stuart, G.W.T., Keliat B.A., Pasaribu J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Edisi Indonesia 10. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Twosend, Mary C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concept of Care in Evidance Based Practise (6thEd)*. F.A. davis Company.