

KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Yunike, Ira Kusumawaty,
Tjahjanti Krisyaningsih, Uji Kawuryan,
Widya Arisandy, Tri Sumarsih



KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

**Yunike
Ira Kusumawaty
Tjahjanti Krisyaningsih
Uji Kawuryan
Widya Arisandy
Tri Sumarsih**



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Penulis :

Yunike
Ira Kusumawaty
Tjahjanti Krisyaningsih
Uji Kawuryan
Widya Arisandy
Tri Sumarsih

ISBN : 978-623-198-616-0

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 21 Agustus 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Keperawatan Kesehatan Jiwa ini.

Buku ini membahas Keperawatan anak dengan gangguan sosialisasi (autisme), Kedaruratan psikiatri, Keperawatan kesehatan jiwa usia lanjut, Peran perawat dalam pemberian terapi kejang listrik (ECT), Terapi aktivitas kelompok, Terapi Keluarga.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 21 Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SOSIALISASI (AUTISME).....	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Gangguan Spektrum Autisme.....	2
1.3 Etiologi.....	4
1.4 Manifestasi Klinis.....	5
1.5 Penatalaksanaan.....	6
1.6 Asuhan Keperawatan	8
1.6.1 Pengkajian Keperawatan	8
1.6.2 Diagnosis Keperawatan.....	9
1.6.3 Intervensi Keperawatan.....	11
1.7 Rangkuman.....	13
DAFTAR PUSTAKA.....	14
BAB 2 KEDARURATAN PSIKIATRI.....	16
2.1 Pendahuluan	16
2.2 Definisi Kedaruratan Psikiatri	17
2.3 Skrining/Diagnosis: Penilaian Psikiatrik Dan Medis	18
2.4 Manajemen Umum Dalam Kedaruratan Psikiatri	21
2.5 Manajemen Khusus Dalam Kedaruratan Psikiatri	22
2.6 Rangkuman.....	27
DAFTAR PUSTAKA.....	29
BAB 3 KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA LANJUT USIA	33
3.1 Pendahuluan	33
3.2 Pengertian Lanjut Usia.....	34
3.3 Masalah Kesehatan Jiwa Lanjut Usia	35
3.4 Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Demensia.....	36
3.4.1 Pengkajian Keperawatan Lansia Dementia	39
3.4.2 Diagnosis Keperawatan Lansia Dementia.....	41

3.4.3 Intervensi Lansia Dementia	41
3.4.4 Implementasi Keperawatan Lansia Dementia....	43
3.4.5 Evaluasi Keperawatan Lansia Dementia.....	43
3.5 Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Depresi	45
3.5.1 Pengkajian Keperawatan Lansia Depresi	46
3.5.2 Diagnosis Keperawatan Lansia Depresi	49
3.5.3 Intervensi Keperawatan Lansia Depresi.....	50
3.5.4 Evaluasi Keperawatan Lansia Depresi.....	54
3.6 Penutup	55
DAFTAR PUSTAKA	56
BAB 4 PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN	
TERAPI KEJANG LISTRIK (ECT).....	59
4.1 Pendahuluan.....	59
4.2 Definisi dan Metode ECT	60
4.3 Indikasi dan Kontraindikasi Pemberian ECT.....	62
4.3.1 Indikasi Pemberian ECT	62
4.3.2 Kontraindikasi Pemberian ECT	62
4.4 Efek Samping Pemberian ECT	63
4.5 Aspek Legal Etik Pemberian ECT	64
4.6 Prosedur Pelaksanaan ECT.....	65
4.7 Peran perawat sebagai pelaksana dalam ECT.....	66
DAFTAR PUSTAKA	68
BAB 5 TERAPI AKTIFITAS KELOMPOK (TAK).....	69
5.1 Pengertian	69
5.2 Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)	69
5.3 Manfaat Terapi Aktifitas Kelompok (TAK).....	70
5.4 Kerangka Teoritis Terapi Aktifitas Kelompok	71
5.5 Macam-macam Terapi Aktifitas Kelompok (TAK).....	73
5.6 Tahapan-Tahapan dalam Terapi Aktivitas	
Kelompok (TAK)	77
5.7 Peran Perawat dalam Terapi Aktivitas	
Kelompok (TAK)	79
DAFTAR PUSTAKA	81

BAB 6 TERAPI LINGKUNGAN (MILLEU THERAPY).....	83
6.1 Definisi	83
6.2 Tujuan Terapi Lingkungan	84
6.3 Karakteristik Terapi Lingkungan.....	85
6.4 Peran Perawat Dalam Terapi Lingkungan	86
6.5 Konsep dan Prinsip Terapi Lingkungan.....	87
6.6 Jenis - Jenis Terapi Lingkungan	90
6.7 Terapi Lingkungan Sesuai Dengan Tingkatan Usia....	95
DAFTAR PUSTAKA	97
BIODATA PENULIS	

BAB 1

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SOSIALISASI (AUTISME)

Oleh Yunike

1.1 Pendahuluan

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam hal merawat anak-anak berkebutuhan khusus, sebuah kelompok di mana anak-anak autis sangat dimasukkan dan merupakan peserta aktif. Tanggung jawab ini termasuk memberikan perawatan kepada kelompok yang bervariasi ini, secara individual, menghormati keterbatasan dan kepekaan mereka, serta membangun hubungan kepercayaan dengan anak yang akan dirawat, memfasilitasi pemahaman mereka tentang prosedur yang akan dilakukan dan mengurangi kemungkinan terjadinya kejang karena hipersensitivitas yang ada pada pasien pada spectrum (Gomes & Silva, 2023).

Gangguan spektrum autisme (*Autism Spectrum Disorders*) adalah gangguan perkembangan saraf yang ditandai dengan gangguan komunikasi sosial; berkurangnya interaksi sosial; tanggapan yang tidak biasa terhadap rangsangan sensorik; dan perilaku, minat, atau aktivitas yang membatasi atau berulang (Dunlap & Filipek, 2020).

Anak-anak dengan *Autism Spectrum Disorders* menjadi tertekan ketika lingkungan sekitarnya berubah karena kemampuan adaptif mereka minimal. Mereka memiliki masalah bahasa yang terjadi bersamaan, cacat intelektual, dan epilepsi pada tingkat yang lebih tinggi daripada populasi umum

(Mughal *et al.*, 2022). Saat ini, tidak ada obatnya, walaupun ada intervensi yang mungkin efektif untuk mengurangi beberapa gejala (Medavarapu *et al.*, 2019). Perawatan yang dilakukan oleh keluarga mencakup serangkaian pendekatan perilaku, psikososial, pendidikan, medis, dan pelengkap yang bervariasi berdasarkan usia dan status perkembangan anak (Masaba *et al.*, 2021)

Profesional perawatan kesehatan perlu mempersiapkan, menjadi kreatif, dan memiliki selera humor saat merawat anak-anak dengan ASD dan cacat perkembangan lainnya. Orang tua dari anak-anak dengan ASD seringkali sangat berpengetahuan dan merupakan sumber yang sangat baik bagi perawat yang memberikan perawatan untuk anak mereka. Orang tua terhibur dengan empati dan pemahaman penyedia layanan kesehatan tentang kecacatan dan tantangan yang dihadapi orang tua dari anak-anak ASD (Souders *et al.*, 2014). Oleh karena itu, keluarga menjadi orang yang selalu berada disamping pasien sehingga Caregiver keluarga harus mampu memberikan kasih sayang, menunjukkan dukungan psikologis, menyediakan fasilitas dan secara aktif melibatkan pasien dalam berbagai kegiatan (Kusumawaty *et al.*, 2020).

Untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk anak-anak dan remaja dengan ASD, asesmen awal setiap anak dan keluarga sebaiknya dilakukan sebelum kunjungan atau interaksi perawatan kesehatan. Percakapan 15-30 menit secara langsung atau melalui telepon dengan orang tua sebelum kunjungan klinis dapat membuat perbedaan yang signifikan dalam efisiensi dan kualitas kunjungan (Souders *et al.*, 2014).

1.2 Gangguan Spektrum Autisme

Gangguan spektrum autisme (*Autism Spectrum Disorder*) adalah kelompok kecacatan yang berkembang pesat. Mereka

dicirikan oleh pola perilaku, minat, atau aktivitas yang berulang, masalah dalam interaksi sosial. Gangguan spektrum autisme adalah gangguan neurologis yang rumit yang ditandai dengan masalah perilaku dan psikologis pada anak-anak. Anak-anak ini menjadi tertekan ketika lingkungan sekitar mereka berubah karena kemampuan adaptif mereka sangat minim. Anak-anak dengan ASD (*Autism Spectrum Disorder*) memiliki masalah bahasa yang terjadi bersamaan, cacat intelektual, dan epilepsi pada tingkat yang lebih tinggi daripada populasi umum (Mughal *et al.*, 2022).

Gangguan disintegrasi masa kanak-kanak (CDD), juga disebut psikosis disintegrasi dan sindrom Heller, adalah kelainan langka yang dimasukkan dalam ASD. Dalam Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental, Edisi Kelima (DSM-5), gangguan disintegrasi masa kanak-kanak, bersama dengan jenis autisme lainnya, digabungkan menjadi satu spektrum yang disebut gangguan spektrum autisme. Gangguan disosiatif masa kanak-kanak muncul relatif terlambat dan ditandai dengan kemunduran keterampilan sosial, bahasa, dan motorik yang diperoleh sebelumnya (Yochum, 2016).

Tidak diketahui apa penyebab penyakit ini, dan sering terlihat bahwa anak-anak yang memiliki gangguan ini telah mencapai tonggak perkembangan normal sebelum kemunduran keterampilan. Usia di mana penyakit ini bermanifestasi bervariasi, tetapi biasanya terlihat setelah tiga tahun mencapai tonggak normal. Regresi bisa begitu cepat sehingga anak mungkin menyadarinya, dan pada awalnya, bahkan mungkin bertanya apa yang terjadi dengan mereka. Beberapa anak mungkin tampak merespons halusinasi, tetapi ciri yang paling umum dan berbeda dari penyakit ini adalah hilangnya keterampilan yang diperoleh (Yochum, 2016).

Anak-anak dengan ASD sering mengalami kesulitan dalam pengasuhan dan membangun hubungan. Telah

ditunjukkan bahwa kesulitan-kesulitan ini dapat menyebabkan kekerasan terhadap anak ketika karakteristik anak tidak dipahami dengan benar dan kurangnya sistem pendukung yang membagi pengasuhan anak yang tersedia bagi orang tua. Selain itu, anak-anak dengan ASD terkadang mengalami kesulitan dalam beradaptasi di kelas setelah mereka bersekolah (Neyoshi, 2018).

1.3 Etiologi

Menurut Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan Amerika Serikat (2017) dalam (Ernestina, 2021), beberapa bukti mendukung posisi bahwa faktor genetik memainkan peran utama dalam kondisi autis. Akibatnya, jika seseorang rentan mengalami autisme karena faktor genetik, maka kondisi lingkungan tertentu dapat memicu ASD. Sekali lagi, karena tanda dan perilaku ASD sangat luas dan sangat berbeda dari satu anak ke anak lainnya, tidak ada tes standar tunggal untuk menentukan apakah seorang anak autis.

Anak-anak yang memiliki gangguan spektrum autisme memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami epilepsi, namun korelasi sebab akibat belum dapat diidentifikasi. Salah satu sub tipe ASD, Gangguan disintegrasi masa kanak-kanak, dikaitkan dengan penyakit berikut, terutama jika munculnya lambat (Mughal *et al.*, 2022) :

1. Panensefalitis sklerosis subakut : Infeksi kronis otak oleh suatu bentuk virus campak. Penyakit ini menyebabkan radang otak dan kematian sel saraf.
2. Tuberous sclerosis (TSC): Kelainan genetik. Pembentukan tumor di otak, yang jinak. Ini juga mempengaruhi organ tubuh lainnya seperti mata, ginjal, jantung, kulit, dan paru-paru.
3. Leukodistrofi: Dalam kondisi ini, terjadi gangguan perkembangan selubung mielin, menyebabkan materi putih di otak hancur.

4. Penyakit penyimpanan lipid: Akumulasi racun dari lemak berlebihan (lipid) di otak dan sistem saraf.

1.4 Manifestasi Klinis

Kesulitan komunikasi dan interaksi sosial seringkali merupakan fitur awal ASD, yang bisa jadi tidak kentara dan mudah terlewatkan. Karakteristik seperti kegagalan untuk menunjukkan minat, perhatian yang tidak biasa, pola tatapan yang tidak biasa, kurangnya ekspresi wajah, dan penggunaan gerak tubuh yang berlebihan merupakan tanda bahaya ASD yang sangat sugestif (lihat Tanda bahaya perkembangan) (Owen *et al.*, 2020).

Setiap orang dengan ASD memiliki keterampilan komunikasi yang berbeda. Beberapa berbicara dengan baik, tetapi sekitar 40% anak dengan ASD tidak berbicara sama sekali. Sekitar 25% hingga 30% anak-anak dengan ASD memiliki beberapa kata pada usia 12 hingga 18 bulan tetapi kehilangan kata-kata tersebut tanpa alasan yang jelas. Kurangnya penggunaan kalimat, termasuk kecepatan, volume, nada, atau nada yang tidak biasa, adalah hal biasa. Beberapa individu dengan ASD berkomunikasi hanya dengan satu kata atau mengulangi frasa yang sama atau apa yang dikatakan orang lain, gejala yang dikenal sebagai echolalia. (Owen *et al.*, 2020).

Beberapa orang dengan ASD mungkin tidak menyadari ruang pribadi dan berdiri terlalu dekat dengan orang lain saat berbicara, namun yang lain mungkin tidak merespons saat namanya dipanggil atau sepertinya tidak menyadari kehadiran orang lain. Sebagian besar merasa sulit untuk berpartisipasi dalam percakapan dengan orang lain, terutama jika tidak tertarik dengan topik tersebut. Tidak mengenali emosi, termasuk masalah memahami perasaan orang lain, mencegah keterlibatan dalam permainan, dan memulai percakapan dapat

terlihat canggung dan karenanya dihindari. Faktor-faktor ini berkontribusi pada masalah mempertahankan hubungan (lihat Tantangan komunikasi) (Owen et al., 2020).

Tingkah laku individu dengan ASD sering stereotip atau berulang. Perilaku membatasi dan berulang sering ditampilkan, seperti mengepakkan tangan, membenturkan kepala, dan berputar-putar (lihat Perilaku membatasi/berulang). Ini biasanya meningkat ketika individu cemas atau stres. Orang dengan ASD sering kali menolak perubahan dalam rutinitas mereka atau cara mengatur lingkungan mereka, yang sering mengakibatkan tindakan. Orang-orang ini juga mungkin mengalami masalah tidur dan lekas marah (Owen et al., 2020).

1.5 Penatalaksanaan

Perawatan untuk gangguan disintegrasi masa kanak-kanak mirip dengan perawatan autisme. Tekanan jatuh pada intervensi pendidikan awal dan berlebihan. Sebagian besar rencana perawatan didasarkan pada perilaku dan sangat terstruktur. Konseling keluarga, termasuk mendidik orang tua agar dapat mengikuti perawatan anak di rumah, biasanya merupakan bagian dari rencana perawatan secara keseluruhan. Terapi di bidang bahasa, wicara, pengembangan keterampilan sosial, pekerjaan, dan integrasi sensorik semuanya dapat digunakan sesuai dengan kebutuhan masing-masing anak. Kehilangan bahasa, keterampilan yang berkaitan dengan interaksi sosial, dan perawatan diri mengigau, dan anak-anak yang terkena dampak menghadapi masalah berkelanjutan di area tertentu dan membutuhkan perawatan jangka panjang. Pengobatan gangguan disintegrasi masa kanak-kanak membutuhkan terapi perilaku, terapi lingkungan, dan obat-obatan (Mughal *et al.*, 2022).

1. Terapi Perilaku

Analisis perilaku terapan terutama berfokus pada pelatihan metodis pasien untuk mempelajari kembali perawatan diri, bahasa, dan keterampilan sosial. Program perawatan ini dirancang sedemikian rupa sehingga menggunakan sistem penghargaan untuk memperkuat perilaku yang dapat diterima dan mencegah perilaku bermasalah. Program-program ini biasanya dirancang oleh para profesional bersertifikat dalam analisis perilaku, yang kemudian dapat digunakan oleh tenaga kesehatan lainnya. Orang-orang dari berbagai bidang seperti terapis wicara, terapis fisik, psikolog, dan terapis okupasi dengan berbagai tingkat kompetensi dapat memperoleh manfaat dari ini. Guru, orang tua, dan pengasuh disarankan untuk menggunakan model perilaku ini setiap saat.

2. Terapi Lingkungan

Dalam bentuk pengayaan sensorik berlaku augmentasi pengalaman sensorik untuk memperbaiki gejala autisme, yang banyak juga terdapat pada gangguan disintegrasi masa kanak-kanak.

3. Obat-obatan

Obat-obatan digunakan untuk mengobati gejala yang berkembang selama penyakit karena tidak ada obat yang tersedia untuk menyembuhkan penyakit ini secara langsung. Obat antipsikotik digunakan untuk pola perilaku berulang dan agresi. Untuk mengendalikan perilaku bermasalah, terutama agresi, para ahli menggunakan inhibitor reuptake serotonin selektif, stimulan, dan antipsikotik lainnya. Ada risiko signifikan sindrom neuroleptik ganas dengan penggunaan obat neuroleptik. Jika kejang berkembang, antikonvulsan digunakan (Mughal *et al.*, 2022).

1.6 Asuhan Keperawatan

1.6.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan menggabungkan keterampilan komunikasi, sosial, sensorik, dan perilaku anak serta strategi kepatuhan yang berhasil. Mendiskusikan kekuatan dan keterbatasan sosial, komunikasi, dan perilaku anak dengan orang tua adalah langkah pertama. Mengidentifikasi kekuatan anak; ini dapat membantu anak berpartisipasi dalam kunjungan perawatan kesehatan. Anak-anak dengan ASD sering memiliki kosakata dan ingatan yang baik. Ini dapat dimasukkan sebagai bagian dari strategi perilaku. Misalnya, menyuruh anak menghitung atau mengucapkan huruf mereka selama prosedur dapat mengalihkan perhatian mereka dari aktivitas procedural (Souders *et al.*, 2014).

Kaji kemampuan anak untuk mengikuti perintah dan bagaimana anak berkomunikasi - secara verbal atau non-verbal. Jika anak non-verbal, sistem augmentatif dapat digunakan oleh anak dan dapat meningkatkan komunikasi selama kunjungan perawatan kesehatan. Sistem Komunikasi Pertukaran Gambar (*Picture Exchange Communication System*), bahasa isyarat, dan/atau papan komunikasi elektronik (misalnya, pembicara alfa) adalah contoh sistem augmentative (Souders *et al.*, 2014).

Identifikasi strategi yang dapat memfasilitasi kunjungan seperti penggunaan role model, imitasi, atau teknik distraksi yang efektif. Keakraban dengan protokol perilaku yang digunakan di rumah atau di sekolah untuk mendapatkan kepatuhan terhadap tugas sangat membantu (misalnya, token dan hadiah). Penilaian perilaku bermasalah dan apa yang memicunya mungkin termasuk agresi, tantrum, melukai diri sendiri, perilaku muntah, dan rutinitas pengawet dan berulang. Agresi khas yang ditunjukkan oleh anak-anak dengan ASD termasuk menggigit, meludah, menyeruduk kepala, mencakar,

mencubit, meninju, menampar, dan menendang. Agresi, berteriak, menjatuhkan diri ke lantai, menelanjangi, dan merusakkan properti adalah komponen umum dari amukan. Cedera diri mungkin termasuk membenturkan kepala, mencungkil kulit, menggaruk, meninju, menyodok mata, dan menggigit. Diskusikan protokol yang akan digunakan sebagai respons terhadap perilaku yang telah dikembangkan antara terapis perilaku anak dan orang tua. Jika tidak ada protokol, perawat dapat bertanya kepada orang tua bagaimana mereka menangani masalah perilaku tersebut (Souders *et al.*, 2014).

Anak-anak dengan ASD sering menunjukkan gangguan somatosensori, reaktivitas indra yang berlebihan atau kurang. Ini termasuk masalah sensitivitas sentuhan. Banyak anak tidak dapat mentolerir perban, pembalut, papan lengan, dan manset tekanan darah (BP). Suara dan bau tertentu dapat memicu perilaku yang tidak pantas. Banyak anak memiliki daya tarik dan fiksasi visual. Keengganan terhadap tekstur tertentu dapat berkontribusi pada kesulitan makan atau sebaliknya, ketertarikan pada tekstur tertentu, dapat menyebabkan mencicipi makanan dan pica. Orang tua dapat memberikan informasi penting tentang pengalaman perawatan kesehatan anak mereka sebelumnya. Mendiskusikan tugas-tugas yang perlu diselesaikan selama kunjungan perawatan kesehatan akan berkontribusi pada perencanaan yang tepat dan identifikasi prosedur yang berpotensi bermasalah seperti memperoleh tanda-tanda vital, proses mengeluarkan darah, pemeriksaan fisik, suntikan intramuskular (IM). merangkul bidang pengkajian keperawatan (Souders *et al.*, 2014).

1.6.2 Diagnosis Keperawatan

Gangguan spektrum autisme (*Autism Spectrum Disorder*) telah berubah dari kelainan langka yang didefinisikan secara sempit pada masa kanak-kanak menjadi kondisi seumur hidup

yang terkenal dan relatif umum. Tidak ada biomarker yang dapat diandalkan atau tes diagnostik khusus untuk ASD; oleh karena itu, diagnosis harus dibuat berdasarkan perilaku orang tersebut (Owen *et al.*, 2020).

Untuk dapat didiagnosis, seseorang harus menunjukkan bukti kesulitan dalam ketiga subdomain komunikasi sosial dan harus memiliki atau pernah mengalami kesulitan dalam dua dari empat subdomain perilaku motorik sensorik berulang yang berbeda. Subdomain komunikasi mencakup defisit yang terus-menerus dalam komunikasi sosial, termasuk timbal balik sosial seperti tidak berbagi dan kurangnya komunikasi bolak-balik; defisit dalam komunikasi nonverbal dengan komunikasi verbal/nonverbal yang tidak cocok, kontak mata yang buruk, dan defisit bahasa tubuh; dan kurangnya pengembangan dan pemeliharaan hubungan yang digambarkan sebagai ketidakmampuan untuk menyesuaikan perilaku dengan situasi sosial dan kurangnya minat pada teman sebaya. Subdomain sensorik-motor adalah perilaku yang membatasi dan berulang, seperti gerakan motorik dan ucapan yang berulang; desakan pada kesamaan dan ketidakfleksibelan terhadap perubahan rutinitas; minat yang sangat terpaku dengan intensitas dan fokus pada objek dan perilaku berulang; dan hiper/hireaktivitas terhadap masukan sensorik, seperti reaksi yang merugikan terhadap tekstur, suara, bau, atau benda yang disentuh (Owen *et al.*, 2020).

Perubahan perilaku dapat terjadi seiring bertambahnya usia seseorang, dan gejala pada periode perkembangan awal mungkin tidak terlihat sampai tuntutan sosial melebihi kemampuan seseorang. Banyak orang tua mengungkapkan kekhawatiran sejak usia 15 hingga 18 bulan, tetapi meskipun kesadaran dan bimbingan meningkat, diagnosis rata-rata tetap antara usia 4 dan 5. Studi telah menunjukkan bahwa diagnosis ASD pada usia 2 mungkin, meskipun kurang dapat diandalkan

untuk anak-anak. spektrum autisme yang lebih luas (Owen *et al.*, 2020).

1.6.3 Intervensi Keperawatan

4. Lakukan pengkajian keperawatan secara progresif dan perlahan. Mulailah secara perlahan dengan inspeksi visual dan lanjutkan melalui penilaian saat anak mulai bekerja sama. Gerakan cepat dapat menyebabkan kecemasan dan ketakutan. Hindari kecemasan sebanyak mungkin. Catat setiap perilaku berulang.
5. Dapatkan informasi dan riwayat dari orang tua pasien mengenai pemicu kecemasan dan perilaku, kebiasaan makan, dan pola tidur. Tentukan garis dasar dan harapan tentang bagaimana pasien akan bereaksi terhadap tim dan prosedur perawatan kesehatan. Membantu menentukan arah tindakan dan perawatan serta praktik terbaik untuk penilaian pasien.
6. Mintalah orang tua melengkapi kuesioner skrining evaluasi seperti ASQ atau M-CHAT yang sesuai dengan usia. Ini adalah alat skrining yang digunakan pada berbagai usia dan tahapan untuk menentukan di area mana anak mungkin memerlukan bantuan atau terapi dan tingkat keparahan kecacatan.
7. Menyediakan untuk keselamatan. Tempatkan bayi atau balita di boks bayi, naikkan rel di tempat tidur. Banyak anak dengan ASD juga mengalami gangguan kejang. Memberikan keamanan bagi pasien jika terjadi kejang. Singkirkan benda-benda di ruangan yang dapat menyebabkan cedera jika terjadi hiperaktif atau kecemasan.
8. Perawat uduk atau berposisi di dekat ketinggian mata pasien. Pasien mungkin tidak melakukan kontak mata tetapi mungkin sering merasa khawatir dengan orang lain yang berdiri di dekatnya. Berada pada tingkat mata membantu meredakan kecemasan dan membangun kepercayaan.
9. Jelaskan setiap prosedur dan demonstrasikan pada diri sendiri atau orang tua. Pasien mungkin akan lebih kooperatif

jika prosedur seperti menggunakan stetoskop terlebih dahulu dilakukan pada diri sendiri atau orang tua.

10. Bicaralah dengan pasien tentang minat mereka. Mengevaluasi kemampuan komunikasi dan mengembangkan hubungan dan kepercayaan.
11. Berikan suasana yang tenang dan mengundang :
 - a. Hindari suara keras, radio, berbicara
 - b. Matikan TV selama ujian dan evaluasi
 - c. Batasi jumlah orang di dalam ruangan hanya pada orang yang paling nyaman bagi pasien.

Bantu pasien untuk merasa lebih rileks dengan menghindari rangsangan dan gangguan yang berlebihan. Anak atau saudara kandung lain mungkin perlu diminta untuk pergi jika menimbulkan gangguan.

12. Tinjau diet dan kebiasaan makan dengan orang tua dan berikan atau rekomendasikan makanan dan penyajian makanan yang dapat membuat pilihan sehat menjadi lebih menarik. Anak-anak dengan ASD sering kali tidak menyukai makanan berdasarkan warna, bentuk, atau tekstur. Menawarkan ide presentasi kreatif atau cara menyiapkan makanan dapat membuatnya lebih menarik bagi pasien. Memastikan keseimbangan nutrisi yang lebih memadai.
13. Berikan obat dengan tepat sesuai kebutuhan
14. Tidak ada obat untuk mengobati ASD, tetapi beberapa mungkin diperlukan untuk mengobati gejala seperti anoreksia, ketidakmampuan untuk fokus, depresi, dan kejang.
15. Menyediakan sumber informasi dan pendidikan bagi orang tua. Bantu orang tua mengurangi kecemasan dalam merawat anak dengan ASD.
16. Berikan informasi tentang cara mengelola gejala atau perilaku.
17. Bantu orang tua menemukan terapis dan konselor untuk membantu anak-anak cacat perkembangan. Ajarkan metode alternatif untuk mengatasi perilaku (Haws et al., 2022).

1.7 Rangkuman

Perawat dapat menjadi agen perubahan yang mengganggu pola ini dengan mendidik dan mendukung keluarga pasien, anggota masyarakat, dan anggota lain dari tim perawatan kesehatan mereka mengenai pentingnya deteksi dan pengobatan ASD dini

DAFTAR PUSTAKA

- Dunlap, J. J., & Filipek, P. A. 2020. Autism Spectrum Disorder : The Nurse ' s Role. *Continuining Education*, 120(11).
- Ernestina, A. 2021. Evidence-based Nursing Strategies for the care of Autistic Children with Communication Disorder. *Bachelor's Thesis : Healthcare and Social Services Degree Programme in Nursing*, June.
- Gomes, I. do N. O., & Silva, A. de A. e. 2023. Health care for children on the autism spectrum. *Nursing Care Open Acces*, 9(2), 63–66. <https://doi.org/10.15406/ncoaj.2023.09.00262>
- Haws, J., Warhman, M., Weaver, N., Lewis, C., & Salisbury, K. 2022. *Nursing Care Plan for (NCP) Autism Spectrum Disorder*. Nursing Care Planss. <https://nursing.com/lesson/nursing-care-plan-for-autism-spectrum-disorder>
- Kusumawaty, I., Yunike, & Podojoyo. 2020. The Complexity of Caring for People with Mental Disorders: Family Challenges in Contributing to Horticultural Therapy. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 14(2), 1442–1446.
- Masaba, B. B., Taiswa, J., & Mmusi-Phetoe, R. M. 2021. Challenges of caregivers having children with autism in Kenya: Systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(5), 373–379. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_156_20
- Medavarapu, S., Marella, L. L., Sangem, A., & Kairam, R. 2019. Where is the Evidence? A Narrative Literature Review of the Treatment Modalities for Autism Spectrum Disorders. *Cureus*, 11(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.3901>

- Mughal, S., Faizy, R. M., & Saadabadi, A. 2022. *Autism Spectrum Disorder*. National Center For Biotechnology Information.
- Neyoshi. 2018. Public Health Nurses' Support for Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) and their Parents, Tailored to the Level of Parental Acceptance and Local Characteristics. *Journal of Community & Public Health Nursing*, 04(03). <https://doi.org/10.4172/2471-9846.1000221>
- Owen, A. M., Gary, A., & Schnetter, V. 2020. Nursing care of Autism Spectrum. *Nursing MadeIncredibly Easy*, April.
- Souders, M. C., Depaul, D., Freeman, K. G., & Levy, S. E. 2014. *Caring For Children and Adolescents With Autism Who Require Challenging Proceures*. 28(6), 1–13.
- Yochum, A. 2016. Autism Spectrum/Pervasive Developmental Disorder. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 43(2), 285–300. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.010>

BAB 2

KEDARURATAN PSIKIATRI

Oleh Ira Kusumawaty

2.1 Pendahuluan

Keadaan darurat psikiatri (*Psychiatric Emergencies*), seperti eksaserbasi akut penyakit psikotik atau manik, perilaku bunuh diri, dan krisis akut lainnya sering muncul di masyarakat (misalnya di rumah, di tempat umum, di tempat kerja). Situasi ini memerlukan penilaian cepat, tetapi petugas kesehatan mental khusus (misalnya, psikiater) tidak selalu tersedia (Moetteli *et al.*, 2021).

Kedaruratan psikiatri adalah perubahan perilaku yang parah akibat memburuknya penyakit mental. Situasi seperti itu menimbulkan risiko bagi pasien dan orang lain, sehingga mereka membutuhkan intervensi terapeutik segera (Baldacara *et al.*, 2021; Baldaçara *et al.*, 2019). Meskipun keadaan darurat semacam itu juga bisa disebabkan oleh penyakit fisik, yang membedakannya dari keadaan darurat lainnya justru adanya perubahan perilaku yang parah (da Silva *et al.*, 2020).

Keadaan darurat psikiatri sering terjadi di rumah sakit dan pengaturan rawat jalan. Persentase kunjungan gawat darurat yang dilaporkan yang merupakan kedaruratan psikiatri bervariasi dari 6% hingga 25% beresiko untuk bunuh diri. Namun, penyedia perawatan primer belum cukup mendeteksi tingkat risiko pasien dengan pikiran dan perilaku bunuh diri (Mavrogiorgou *et al.*, 2011). Meskipun ide bunuh diri hadir di 2% sampai 7% dari semua pasien perawatan primer, penyedia perawatan primer memiliki tingkat penyelidikan, deteksi, dan intervensi. Diperkirakan bahwa 50% pasien yang melakukan

bunuh diri telah diperiksa oleh dokter perawatan primer mereka dalam waktu 1 bulan setelah kematian mereka, 1,4 dan 20% orang dewasa yang meninggal karena bunuh diri mengunjungi dokter perawatan primer mereka dalam 24 jam setelah kematian mereka. Konsekuensinya, penyedia medis, termasuk staf perawat dan pendukung, perlu dilatih dalam penilaian, pengobatan, dan pengelolaan pasien ini (Wheat *et al.*, 2016).

Pertama, dokter harus memastikan keselamatannya sendiri dan kesejahteraan pasien jika ada perilaku kekerasan atau agitasi. Kedua, dokter harus melakukan penilaian skrining yang efektif, menyelidiki penyebab organik dan menyelesaikan pemeriksaan keamanan psikiatri. Penilaian skrining memastikan bahwa tidak ada penyebab medis yang mendasari kondisi pasien, baik yang awalnya memicu perilaku menyimpang atau berkembang sebagai konsekuensi dari perilaku tersebut (misalnya malnutrisi atau dehidrasi). Penilaian skrining juga melibatkan pemeriksaan keamanan psikiatri untuk mengeksplorasi ide bunuh diri, ide pembunuhan, atau ketidakmampuan pasien untuk merawat diri mereka sendiri. Ketiga, dokter harus memastikan bahwa pasien menerima dukungan psikologis dan perawatan medis yang sesuai, meskipun perawatan tersebut perlu diberikan tanpa persetujuan pasien. Terakhir, dokter harus menentukan disposisi yang tepat untuk pasien (Brown & Whelan, 2023).

2.2 Definisi Kedaruratan Psikiatri

Kedaruratan Psikiatri didefinisikan oleh *American Psychiatric Association* sebagai gangguan akut pada pemikiran, perilaku, suasana hati atau hubungan sosial, yang memerlukan intervensi segera seperti yang dilaporkan oleh pasien, anggota keluarga atau lingkaran sosial (Di Lorenzo *et al.*, 2021). Umumnya, Kedaruratan Psikiatri diwakili oleh keadaan

darurat akut kecemasan, agitasi dan/atau agresivitas dalam episode psikotik akut, episode manik, gangguan depresi dan perilaku bunuh diri (Wheat *et al.*, 2016).

Kedaruratan psikiatri adalah perubahan akut dalam perilaku yang berdampak negatif terhadap kemampuan pasien untuk berfungsi di lingkungannya. Seringkali pasien seperti itu berada dalam keadaan krisis di mana mekanisme koping dasar mereka telah diliputi oleh keadaan nyata atau yang dirasakan. Dalam menghadapi keadaan darurat seperti itu, dokter gawat darurat menghadapi banyak tantangan dan harus memprioritaskan upaya klinisnya terhadap empat masalah utama (Brown & Whelan, 2023).

2.3 Skrining/Diagnosis: Penilaian Psikiatrik Dan Medis

Langkah pertama yang paling penting dalam pengelolaan kedaruratan psikiatri adalah evaluasi awal. Evaluasi harus dilakukan di ruang pribadi yang tenang di mana keselamatan pasien, penyedia layanan, staf, dan individu lainnya dapat dipertahankan. Setiap kali ada pasien yang sangat gelisah, agresif, atau ingin bunuh diri, tim perawatan kesehatan perlu waspada dan waspada. Pasien yang memerlukan intervensi krisis dalam kegawatdaruratan psikiatri biasanya terbagi dalam tiga kategori utama (Wheat *et al.*, 2016) :

1) Psikosis akut dan perilaku manik

Pasien dengan psikosis akut dan perilaku manik hadir dengan perilaku eksentrik dan berlebihan; pemikiran yang tidak biasa, tidak teratur, dan paranoid; dan ekspresi emosional yang intens atau tidak pantas (Budisetyani *et al.*, 2016). Sangat penting dalam evaluasi awal pasien dengan mania dan psikosis akut untuk menyaring penyakit organik yang mungkin menyebabkan gejala ini. Kondisi medis ini

mungkin termasuk delirium, infeksi, gangguan metabolisme/endokrin, obat-obatan, penyalahgunaan/penarikan zat, dan gangguan sistem saraf pusat (Wheat *et al.*, 2016).

Menilai riwayat medis masa lalu pasien dapat membantu dalam mendeteksi kondisi fisik versus gangguan psikiatri murni (Try Wijayanto & Agustina, 2017). Jika mania atau psikosis disebabkan oleh kondisi medis, pengobatannya berbeda. Misalnya, delirium adalah keadaan kebingungan atau gangguan kesadaran akut yang disebabkan oleh penyakit medis, dan diagnosis ini mengubah tujuan dan penatalaksanaan medis. Empat elemen kunci yang membedakan delirium dari psikosis akut meliputi (1) perjalanan waktu, (2) gangguan kesadaran, (3) perubahan kognisi, dan (4) bukti penyebab medis (Wheat *et al.*, 2016).

Setelah keselamatan ditetapkan untuk pasien dan staf, langkah evaluasi selanjutnya adalah mendapatkan riwayat insiden; meminta deskripsi tentang apa yang terjadi selama peristiwa krisis. Informasi ini harus diperoleh dari pasien; keluarga; teman-teman; atau bahkan individu yang mengamati pasien, seperti pengamat, polisi, atau tetangga. Penyedia juga harus meninjau catatan rumah sakit sebelumnya, jika memungkinkan. Mendapatkan informasi dari anggota keluarga dan orang lain yang terlibat dalam kehidupan pasien sangat penting (Pardede, 2020), terutama ketika pasien mengalami gangguan kognitif, gelisah, paranoid, atau memiliki kesulitan berkontribusi pada sejarah karena alasan lain (Wheat *et al.*, 2016).

2) Pasien bunuh diri dan depresi

Evaluasi pasien dengan ide bunuh diri berbeda dari pasien dengan psikosis akut atau mania. Evaluasi ini

dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang meningkatkan atau menurunkan risiko bunuh diri, untuk kemudian, adanya halusinasi pendengaran yang menyebabkan pasien untuk tidak dapat mengontrol diri sehingga muncul rasa bunuh diri (Kusumawaty *et al.*, 2022). Selanjutnya, mengatasi keamanan segera untuk menentukan pengaturan pengobatan yang paling tepat, dan untuk mengembangkan diagnosis banding yang selanjutnya dapat memandu rencana pengobatan. Sepanjang evaluasi ini, penting bagi dokter untuk memperoleh rincian seputar riwayat dan situasi pasien, dan untuk mempertahankan hubungan yang baik dengan pasien sambil menunjukkan empati.

Serupa dengan penilaian pasien dengan kegawatdaruratan psikiatrik lainnya, klinisi harus mengidentifikasi tanda dan gejala psikiatri spesifik dan menilai keamanan segera (Rokayah & Indarna, 2023). Selama menanyai pasien, dokter harus menanyakan tentang perilaku bunuh diri di masa lalu dan frekuensi upaya dan cara. Klinisi juga harus menilai konsumsi obat-obatan dan alkohol, karena ini dapat membuat pasien lebih impulsif, agresif, dan gangguan kognitif. Harus ada penilaian tentang perawatan apa yang telah dilakukan pasien sebelumnya dan tanggapan mereka terhadap intervensi. Penilaian riwayat keluarga penyakit mental dan khususnya bunuh diri anggota keluarga penting dalam menentukan risiko. Klinisi harus menentukan situasi sosial saat ini dan kehilangan hubungan, status, atau pekerjaan baru-baru ini. Pasien juga harus dievaluasi untuk keterampilan koping positif, harga diri rendah, kognisi (pikiran pesimistis atau pemikiran "semua atau tidak sama sekali"), dan kebutuhan psikologis yang bergantung yang dapat meningkatkan atau menurunkan risiko bunuh diri.

Alat skrining lain, seperti untuk depresi dan kecemasan, juga dapat berguna dalam membantu mengembangkan rencana perawatan, walaupun ini tidak cukup untuk mengidentifikasi apakah pasien berisiko langsung untuk mencoba bunuh diri (Wheat et al., 2016).

3) Pasien agresif dan pembunuh

Ide pembunuhan pada remaja dapat menjadi indikasi dari berbagai faktor kejiwaan, psikologis, dan psikofarmakologis yang mendasari, seperti gangguan kontrol impuls, gangguan perilaku, gangguan psikotik khususnya dengan halusinasi yang dimana terjadinya halusinasi, keracunan, dan agitasi psikomotor (Vaughn *et al.*, 2020). Remaja mendukung kecenderungan perilaku pendekatan hadiah dengan peningkatan reaktivitas emosi dan kontrol impuls yang terbatas karena status perkembangan saraf yang belum matang (Sun *et al.*, 2022). Selain itu, pelaku kejahatan muda yang kejam dan kronis sangat mungkin menjadi penjahat dewasa (DeLisi *et al.*, 2017). Sebagai catatan, ide pembunuhan tidak hanya terkait dengan peristiwa pembunuhan, tetapi berbagai jenis kegiatan kriminal dengan tingkat keparahan yang lebih tinggi (DeLisi *et al.*, 2017). Akibatnya, identifikasi dan intervensi dini adalah strategi yang masuk akal dan hemat biaya untuk melindungi pemuda dan masyarakat (Sun *et al.*, 2022).

2.4 Manajemen Umum Dalam Kedaruratan Psikiatri

1. Amankan keselamatan pasien: Karena pasien berisiko tinggi untuk bunuh diri dan kekerasan, petugas kesehatan harus selalu mengambil tindakan yang tepat untuk mencegahnya. Pertahankan keluarga sebagai petugas jika tersedia. Jika tidak, mobilisasi staf rumah sakit atau pasien

lain untuk mengamati pasien dari dekat atau menahan mereka.

2. Nutrisi dan hidrasi: Pasien berisiko tinggi mengalami dehidrasi dan kelaparan karena pengabaian diri. Oleh karena itu, petugas kesehatan harus memastikan bahwa pasien mendapatkan hidrasi dan nutrisi yang cukup.
3. Dukungan psiko-sosial: Edukasi pasien dan keluarga tentang penyakitnya dan rencana penanganan yang akan diberikan sehingga mereka memahami gangguan tersebut dan bekerja sama dengan dokter, perawat, dan petugas kesehatan lainnya. Disamping itu, adanya implementasi yang diberikan dari dokter untuk menangani pasien yang berisiko bunuh diri, ada peran keluarga yang harus selalu mendampingi. Dukungan keluarga juga menjadi keberhasilan pemulihan kesehatan bagi penderita (Kusumawaty *et al.*, 2020).
4. Obat : diberikan sesuai kebutuhan
5. Investigasi: Lakukan investigasi sesuai kebutuhan.
6. Pemberitahuan: Beri tahu keluarga pasien, administrator rumah sakit, atau lembaga lain yang diperlukan.
7. Informasikan: polisi jika kasus mediko-legal
8. Konsultasikan dengan kolega senior: jika ragu
9. Rujuk jika perlu: setelah memberikan pertolongan pertama psikologis dan perawatan medis (Manual, 2018).

2.5 Manajemen Khusus Dalam Kedaruratan Psikiatri

1. Upaya Bunuh Diri, Melukai Diri Sendiri atau Orang Lain dengan Sengaja
Tentukan apakah pasien sadar atau tidak sadar. Kelola pasien sesuai dengan metode upaya, konsekuensinya dan kondisi pasien. Ketika kondisi fisik umum pasien stabil, lakukan pemeriksaan kondisi mental

cepat untuk menyingkirkan penyebab percobaan bunuh diri seperti depresi, psikosis, alkohol, penyalahgunaan obat-obatan, respons maladaptif akut terhadap situasi stres atau penyebab lain dan untuk menentukan apakah pasien masih aktif bunuh diri (Lihat Skala Niat Bunuh Diri Pierce). Jika pasien aktif bunuh diri, rawat pasien untuk perawatan lebih lanjut atau rujuk. Jika pasien tidak secara aktif ingin bunuh diri dan dokter dapat menentukan penyebab masalahnya, mulailah pengobatan yang tepat atau rujuk (Manual, 2018).

2. Episode Psikotik Akut dengan Perilaku Gembira dan Kekerasan

Gejalanya meliputi delusi dan atau halusinasi, pemikiran dan perilaku yang tidak teratur, dan suasana hati yang tidak selaras. Singkirkan keracunan obat atau alkohol dengan anamnesis dan penilaian singkat. Lakukan pemeriksaan status mental dan pastikan apakah pasien mengalami gangguan psikotik atau episode manik. Mulai perawatan obat anti-psikotik segera. Pastikan dokter memiliki dukungan yang cukup sebelum memberikan suntikan. Mobilisasi setidaknya 3 orang lain untuk menahan pasien jika pasien menolak penyuntikan. Jangan mencoba melakukannya sendiri. Berikan injeksi haloperidol 10 mg IM stat dan injeksi klorpromazin 50 mg IM stat. Berikan juga klorpromazin oral 300 mg stat dan sebelum tidur, Risperidone 2 mg stat dan t.i.d. dan trihexyphenidyl 2 mg stat dan t.i.d. Pastikan bahwa pasien diamati sepanjang waktu dan tidak jatuh dari tempat tidur. Diazepam oral atau injeksi 10 mg dapat ditambahkan kemudian jika pasien tidak tenang dengan pengobatan di atas. Setelah pasien tenang secara perilaku, putuskan

apakah akan menerima pasien atau merujuk (Manual, 2018).

3. Alkohol dan Intoksikasi Obat, Withdrawal Syndrome dan Delirium Tremens:

Singkirkan penyebab delirium lainnya seperti cedera kepala atau sindrom otak organik lainnya. Konfirmasi alkohol atau keracunan obat atau sindrom penarikan dari sejarah dan gejala. Selang waktu dari asupan terakhir alkohol atau obat-obatan akan menentukan apakah mabuk atau mengalami gejala penarikan. Delirium adalah gangguan otak akut, biasanya reversibel yang ditandai dengan kekeruhan kesadaran (penurunan kesadaran terhadap lingkungan), berkurangnya kemampuan untuk memfokuskan dan mempertahankan perhatian, dan persepsi yang berubah (Wulan & Erlida, 2020)

Gejala sering berkembang dengan cepat dan dapat berubah dari jam ke jam. Intensitas gejala bervariasi sepanjang hari dan biasanya memburuk pada malam hari. Gejala umumnya adalah kebingungan, pemikiran kabur atau penurunan kesadaran, sering disertai dengan ingatan yang buruk, gangguan emosi, kecenderungan untuk mengembara, menarik diri dari orang lain, curiga, agitasi, disorientasi, halusinasi, ilusi, dan gangguan tidur (Siregar, 2019).

Kejang penarikan alkohol sering disalahartikan sebagai serangan epilepsi dan diperlakukan secara salah. Mulai rejimen detoksifikasi diazepam oral segera: 20 mg t.i.d x 2 hari; 15 mg t.i.d. x 2 hari; 10 mg t.i.d. x 2 hari; 5 mg t.i.d. x 2 hari dan 5 mg HS x 2 hari. Beri inj. Diazepam 10 mg IV perlahan stat dan sesuai kebutuhan jika pasien mengalami kejang penarikan atau menjadi sangat gelisah

dan kekerasan. Berikan tiamin 100 mg IV stat sebelum memulai cairan IV apa pun. Tidak ada rejimen khusus untuk sindrom putus obat. Tentukan jenis obat yang disalahgunakan dan berikan pengobatan simptomatik seperti pereda nyeri non-opioid untuk nyeri, obat antispasmodik seperti disiklomin untuk nyeri kram usus atau obat penenang mayor non-adiktif seperti klorpromazin dan antidepresan trisiklik amitriptilin untuk insomnia (Manual, 2018).

4. Stupor Depresif dan Sindrom Katatonik

Depresi adalah gangguan suasana hati yang ditandai dengan suasana hati tertekan, kehilangan kesenangan atau kenikmatan dan/atau penurunan minat dan berhubungan dengan gejala fisik seperti perubahan gerakan tubuh, fungsi usus, nafsu makan atau gejala psikologis seperti merasa tidak berdaya, putus asa atau penurunan harga diri (Raharja & Jusup, 2021). Dalam keadaan pingsan atau katatonia depresif, pasien mengalami perlambatan ekstrem fungsi psikomotor dan penarikan sosial. Ada risiko kelaparan dan dehidrasi parah karena pasien ini akan menolak makan atau minum. Mereka juga akan menolak pengobatan oral. Mulai cairan IV sesuai kebutuhan. Lewati tabung NG dan beri makan melalui itu. Obat antidepresan dan antipsikotik oral dapat dihancurkan dan dimasukkan melalui selang NG juga. Berikan stat amitriptyline 100 mg dan sekali sehari. Berikan stat chlorpromazine 100 mg dan sekali sehari jika pasien juga memiliki gejala psikotik. Rawat pasien sampai kondisi stabil dan parameter vital mencapai tingkat normal (Manual, 2018).

5. Gangguan Panik dengan Serangan Panik

Ini juga bukan kondisi yang mengancam jiwa. Tetapi sekali lagi, gejala gangguan panik sangat mirip dengan serangan jantung iskemik atau kondisi medis serius yang menyebabkan begitu banyak ketakutan dan kesusahan pada pasien dan kerabatnya. Oleh karena itu, ini adalah masalah umum lainnya yang diajukan ke unit gawat darurat(Manual, 2018).

Gangguan Panik dicirikan oleh teror jantung berdebar-debar yang menyerang dengan kekuatan sambaran petir, tanpa peringatan. Beberapa orang merasa seperti menjadi gila, dilahap oleh rasa takut, sekarat karena serangan jantung. Karena mereka tidak dapat memprediksi serangan ini, banyak yang mengalami kekhawatiran terus-menerus bahwa serangan lain dapat mengalahkan mereka kapan saja. Sebagian besar serangan panik hanya berlangsung beberapa menit, tetapi bisa bertahan hingga sepuluh menit dalam kasus yang jarang terjadi (Manual, 2018).

Penatalaksanaan mencakup anamnesis dan pemeriksaan singkat namun relevan, pemeriksaan penunjang untuk menyingkirkan IHD atau kondisi fisik serius lainnya. Jika serangan panik dicurigai atau dikonfirmasi, tenangkan pasien dan kerabatnya. Jelaskan gejalanya dan yakinkan pasien bahwa ini bukan serangan jantung atau kondisi yang mengancam jiwa. Ajarkan latihan pernapasan dan relaksasi dan self-talk positif. Sangat jarang, obat ansiolitik jangka pendek seperti diazepam diperlukan.

6. Reaksi Dystonic karena Obat Psikotropik

Ini adalah efek ekstra piramidal akut yang merugikan untuk penggunaan obat anti-psikotik seperti haloperidol dan klorpromazin. Reaksi distonik ditandai dengan

kontraksi spasmodik intermiten atau berkelanjutan otot di wajah, leher, badan, panggul, dan ekstremitas. Meskipun reaksi ini menjadi jarang akhir-akhir ini dengan penggunaan obat anti-psikotik yang lebih baru seperti risperidone dan olanzapine, namun ketika terjadi, mereka menakutkan dan menyusahkan pasien dan kerabat mereka. Reaksi distonik jarang mengancam nyawa. Manajemen termasuk mengambil sejarah yang relevan untuk mengkonfirmasi asupan obat anti-psikotik sebelumnya atau overdosis dan pemeriksaan singkat. Perawatan sangat efektif dan gangguan motorik sembuh dalam beberapa menit. Berikan injeksi diazepam 10 mg IV stat perlahan atau injeksi Phenergan 10 mg IM stat. Kondisi ini biasanya mereda dengan suntikan ini. Untuk pencegahan kejadian serupa di masa mendatang, tablet trihexyphenidyl oral 2 mg t.i.d. dapat ditambahkan atau meninjau dan merevisi rejimen obat anti-psikotik (Manual, 2018).

2.6 Rangkuman

Kedaruratan psikiatri adalah gangguan akut pada perilaku, pikiran atau suasana hati pasien yang jika tidak ditangani dapat menyebabkan bahaya, baik bagi individu atau orang lain di lingkungan. Intervensi psikiatri dapat mencakup percobaan bunuh diri, penyalahgunaan zat, depresi, psikosis, kekerasan, atau perubahan perilaku yang cepat lainnya.

Penanganan pada pasien kedaruratan psikiatri, obat - obatan yang digunakan menjadi fokus pertama untuk menenangkan pasien kemudian mengobatinya. setelah, menangani pasien dengan kedaruratan psikiatri, penting untuk melakukan diskusi dengan pasien dan keluarga dalam meningkatkan hubungan terapeutik yang efektif dan berkelanjutan serta berdiskusi tindakan apa yang akan

dilakukan. Dukungan keluarga juga sangat di perlukan untuk memulihkan kondisi kesehatan penderita.

DAFTAR PUSTAKA

- Baldaçara, L., Ismael, F., Leite, V., Pereira, L. A., Dos Santos, R. M., Gomes Júnior, V. de P., Calfat, E. L. B., Diaz, A. P., Périco, C. A. M., Porto, D. M., Zacharias, C. E., Cordeiro, Q., da Silva, A. G., & Tung, T. C. 2019. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. non-pharmacological approach. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 41(2), 153–167. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163>
- Baldacara, L., Ismael, F., Leite, V. S., Figueiredo, R. N. S., Pereira, L. A., Corrêa, D. A., Calfat, E. V. ie L. D. B., Rizkalla, A., Périco, C. A. M., Porto, D. M., Zacharias, C. E. K., Santos, R. M. Dos, Júnior, V. D. P. G., Cordeiro, Q., Silva, A. G. Da, Tung, T. C., & Diaz, A. P. 2021. Artigo de Revisão Artigo de Revisão. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163>
- Brown, E. J., & Whelan, L. 2023. Chapter 49. psychiatric emergencies. Stone C, & Humphries R.L.(Eds.). In *CURRENT Diagnosis & Treatment Emergency Medicine* (7th ed.). McGraw Hill. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=385&Sectionid=40357265>
- Budisetyani, I. G. A. P. W., Wideasavitri, P. N., Marheni, A., Tobing, D. H., Astiti, D. P., Rustika, I. M., Indrawati, K. R., Susilawati, L. K. P. A., Suarya, L. M. K. S., Lestari, M. D., Vembriati, N., Wulanyani, N. M. S., Wilani, N. M. A., Herdiyanto, Y. K., & Supriyadi. 2016. Bahan Ajar : Psikologi Abnormal. In *Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran UNIVERSITAS UDAYANA 2016* (Vol. 147, Issue March).

- da Silva, A. G., Baldaçara, L., Cavalcante, D. A., Fasanella, N. A., & Palha, A. P. 2020. The Impact of Mental Illness Stigma on Psychiatric Emergencies. *Frontiers in Psychiatry*, 11(June), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00573>
- DeLisi, M., Tahja, K., Drury, A. J., Caropreso, D., Elbert, M., & Heinrichs, T. 2017. The Criminology of Homicidal Ideation: Associations with Criminal Careers and Psychopathology among Federal Correctional Clients. *American Journal of Criminal Justice*, 42(3), 554–573. <https://doi.org/10.1007/s12103-016-9371-5>
- Di Lorenzo, R., Frattini, N., Dragone, D., Farina, R., Luisi, F., Ferrari, S., Bandiera, G., Rovesti, S., & Ferri, P. 2021. Psychiatric emergencies during the covid-19 pandemic: A 6-month observational study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 1763–1778. <https://doi.org/10.2147/NDT.S307128>
- Kusumawaty, I., Yunike, Martini, S., & Muliya. 2022. TERAPI MUSIK UNTUK MENGONTROL HALUSINASI PENDENGARAN. *Jurnal Ilmu Psikologi Dan Kesehatan (SIKONTAN)*, 58. <https://doi.org/10.54443/sikontan.v1i1.357>
- Kusumawaty, I., Yunike, & Pastari, M. 2020. Pendampingan Psikoedukasi: Penguatan Caring Oleh Caregiver Keluarga Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa Psycheducation Assistance: Strengthening Care By Family Caregiver To People With Mental Disorder. *Media Informasi Kesehatan*, 7(1), 73–90.
- Manual, C. O. 2018. *Chapter 16 Pschiatric Emergencies*.
- Mavrogiorgou, P., Brüne, M., & Juckel, G. 2011. The management of psychiatric emergencies. *Deutsches Arzteblatt*, 108(13), 222–230. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0222>

- Moetteli, S., Heinrich, R., Jaeger, M., Amodio, C., Roehmer, J., Maatz, A., Seifritz, E., Theodoridou, A., & Hotzy, F. 2021. Psychiatric Emergencies in the Community: Characteristics and Outcome in Switzerland. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 48(6), 1055–1064. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01117-7>
- Pardede, J. A. 2020. Terapi Keluarga. *Jurnal Keperawatan*, 2010, 1–17. <https://doi.org/10.31219/osf.io/a7m2d>
- Raharja, T., & Jusup, I. 2021. Pasien Depresi Dengan Gangguan Kepribadian Borderline Yang Mendapatkan Terapi Psikofarmaka Dan Psikoterapi Psikodinamik. *Ilmiah Kesehatan Jiwa*, 3(1), 1–12.
- Rokayah, C., & Indarna, A. A. 2023. GAMBARAN PENATALAKSANAAN KEGAWATDARURATAN PSIKIATRI DI INSTASI GAWAT DARURAT. 15, 77–86.
- Siregar, S. W. 2019. Simtomatologi dalam Kajian Kesehatan Mental. *Jurnal Bimbingan Konseling Islam*, 1(2), 271–290.
- Sun, C. F., Mansuri, Z., Trivedi, C., Vadukapuram, R., & Reddy, A. 2022. Homicidal ideation and psychiatric comorbidities in the inpatient adolescents aged 12–17. *Frontiers in Psychiatry*, 13(November), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.933524>
- Try Wijayanto, W., & Agustina, M. 2017. Efektivitas Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tanda dan Gejala pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 7(1), 189–196.
- Vaughn, M. G., Carbone, J., DeLisi, M., & Holzer, K. J. 2020. Homicidal Ideation among Children and Adolescents: Evidence from the 2012-2016 Nationwide Emergency Department Sample. *Journal of Pediatrics*, 219, 216–222. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.12.045>

- Wheat, S., Dschida, D., & Talen, M. R. 2016. Psychiatric Emergencies. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 43(2), 341–354. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.009>
- Wulan, D. R., & Erlida, B. A. 2020. the Effect of Nihss Clinical Score Output Toward Delirium Incident on Stroke Patient. *Journal of Nursing Invention E-ISSN 2828-481X*, 1(1), 23–31. <https://doi.org/10.33859/jni.v1i1.12>

BAB 3

KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA LANJUT USIA

Oleh Tjahjanti Krisyaningsih

3.1 Pendahuluan

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin pesat, membawa dampak di bidang kesehatan dan kesejahteraan sosial. Hal ini mengakibatkan meningkatnya usia harapan hidup dan menurunnya angka mortalitas yang berdampak pada bertambahnya lanjut usia (lansia). *World Health Organization* (WHO) menyebutkan pada tahun 2020 menyebutkan sudah ada 727 juta orang yang berusia 65 tahun atau lebih dan jumlah tersebut diproyeksikan akan berlipat ganda menjadi 1,5 miliar jiwa lansia pada 2050 di seluruh dunia. Sedangkan menurut data Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia mencatat bahwa jumlah penduduk lansia meningkat dari 18 juta jiwa (7,6%) pada tahun 2010 meningkat menjadi 27 juta jiwa (10%) pada tahun 2020 (Pusdatin, 2022).

Semua negara di dunia, baik negara maju maupun berkembang tidak terkecuali Indonesia memiliki tantangan yang sama dalam menghadapi lonjakan jumlah kelompok usia ini. Secara alamiah, lansia mengalami penurunan fungsi tubuh yang merupakan akumulasi dari kerusakan pada tingkat seluler dan molekuler yang terjadi dalam waktu yang lama atau yang disebut juga dengan proses penuaan. Proses penuaan ditandai dengan penurunan kemampuan fisik dan psikologis sehingga berisiko timbulnya masalah kesehatan yang berujung pada kematian.

3.2 Pengertian Lanjut Usia

Menurut Peraturan Presiden Nomor 88 Tahun 2021 tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan, yang dimaksud dengan Lanjut Usia (lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan bagian siklus hidup manusia yang hampir pasti dialami setiap orang, yang dapat berdaya guna bagi dirinya, keluarga dan masyarakat. Namun demikian lansia juga fase hidup manusia yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis dan psikologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual (Hawari, 2001 dalam Muhith & Siyoto, 2016).

Memasuki masa tua, seseorang akan mengalami kemunduran fisik, mental, dan sosial, yang akan berdampak pada aktivitas sehari-hari. Ketika seseorang memasuki usia lanjut, maka akan banyak masalah kesehatan yang dihadapi baik fisiologis maupun psikososial. Penuaan tidak hanya berkaitan dengan perubahan biologis. Fase ini juga berhubungan dengan perubahan dalam kehidupan seseorang, seperti masa pensiun, perpindahan menuju perumahan pemukiman yang lebih layak, dan kematian teman atau pasangan. Upaya kesehatan masyarakat yang dilakukan untuk menjamin produktivitas dan kesejahteraan lansia sebaiknya tidak hanya berfokus pada penurunan fungsi biologis tubuh, namun juga harus mempertimbangkan faktor psikososial yang berhubungan dengan perubahan lansia dalam perannya sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat.

Lansia yang mampu menghadapi masa tuanya dikatakan mampu memenuhi tugas perkembangan psikososial dengan baik. Tahapan tumbuh kembang psikososial Erikson dalam Chung (2018) menjelaskan bahwa lansia dihadapkan pada

tugas perkembangan integritas (*integrity*) versus (lawan) penyesalan (*despair*). Tahapan ini adalah ketika seseorang melihat kembali kehidupan mereka sampai saat ini. Bila lansia berhasil memenuhi tahapan-tahapan sebelumnya, mereka akan merasa bangga dan puas, sehingga dikatakan lansia mencapai integritasnya (*integrity*). Sebaliknya, bila lansia dihadapkan dengan berbagai ketidakberhasilan ada masa mudanya, maka pada tahapan tumbang terakhir ini lansia berisiko akan berujung pada penyesalan (*despair*) terhadap kehidupannya.

3.3 Masalah Kesehatan Jiwa Lanjut Usia

Lanjut usia (lansia) merupakan tahap akhir dalam siklus tumbuh kembang manusia. Masa dimana semua orang berharap dapat menjalani kehidupan dengan tenang, penuh damai, serta menikmati masa pensiun bersama anak dan cucu tercinta dengan penuh kasih sayang. Namun pada kenyataannya tidak semua lansia mendapatkannya. Berbagai persoalan hidup yang dialami lansia sepanjang hayatnya seperti masalah kesehatan fisik akibat penurunan kemampuan atau fungsi tubuh, kemiskinan, kegagalan yang beruntun, stress berkepanjangan, ataupun konflik dengan keluarga/anak, atau kondisi lain seperti tidak memiliki keturunan yang bisa merawatnya, dan sebagainya. Kondisi-kondisi hidup seperti ini dapat memicu terjadinya masalah kesehatan jiwa pada lansia. Ketidakmampuan lansia untuk mencurahkan segala perasaan dan kegundahannya merupakan kondisi yang dapat memperburuk kesehatan jiwanya. Masalah kesehatan jiwa yang umum dialami lansia adalah dementia (pikun) dan depresi.

3.4 Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Demensia

Seseorang yang memasuki masa tua akan banyak mengalami perubahan pada sistem tubuh, seperti sistem penglihatan, pendengaran, integumen, gastrointestinal, dan sistem genitourinaria. Selain adanya perubahan dari berbagai sistem tubuh tersebut, perubahan yang sering dialami oleh lansia adalah perubahan kognitif meliputi lansia mudah lupa, disorientasi terhadap waktu, ruang, tempat, serta adanya penolakan terhadap hal atau ide baru. Salah satu penyakit yang paling banyak dialami lansia adalah demensia.

Sebesar 60-70% lansia mengalami gangguan penurunan kemampuan mengingat. WHO mencatat pada tahun 2012, terdapat 35,6 juta lansia di dunia yang menderita demensia. Negara dengan angka kejadian demensia terbanyak di dunia pada tahun 2010 adalah China (5,4 juta orang), Jerman (1,5 juta orang), Rusia (1,2 juta orang), Perancis (1,1 juta orang), Italia (1,1 juta orang) dan Brasil sebesar 1 juta orang. Sementara, di Indonesia, insiden demensia meningkat dua kali setiap pertambahan usia 5 tahun setelah melewati usia 60 tahun. Terdapat 7,2% populasi lansia berusia 60 tahun keatas yang mengalami demensia (Kemenkes RI, 2018).

Demensia adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan kerusakan fungsi kognitif global yang biasanya bersifat progresif dan memengaruhi aktivitas sosial dan okupasi yang normal juga aktivitas kehidupan sehari-hari. Demensia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menghabiskan biaya, tetapi tantangan gejala demensia menimbulkan masalah dalam kualitas hidup, stres, pemberi perawatan, dan pemeliharaan martabat manusia dan mungkin mencerminkan beban kemanusiaan lebih dari yang dapat diperbaiki (Stanley, 2006). Demensia bukanlah penyakit atau gangguan spesifik, melainkan sekelompok gejala yang merefleksikan kehilangan kemampuan untuk berfikir, menalar,

atau mengingat (Rosdahl, 2017). Akibat adanya penurunan kemampuan kognitif yang dialami lansia demensia, maka tidak jarang ditemui lansia menjadi terlantar karena tidak diakui oleh keluarga.

Menurut Agoes, Agoes, dan Agoes (2010), terdapat beberapa faktor penyebab terjadinya demensia, seperti:

1. Faktor genetik: Beberapa peneliti mengungkapkan 50% kasus diturunkan melalui pola pewarisan autosomal dominan. Individu keturunan generasi pertama pada keluarga pasien memiliki risiko mengalami demensia 6 kali lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol normal.
2. Faktor infeksi dan imunologis: Diperkirakan terdapat infeksi virus yang menimbulkan infeksi menahun di sistem saraf pusat, yang identik dan berkaitan dengan penyakit Alzheimer.
3. Faktor lingkungan, mencakup paparan aluminium, silikon, merkuri, seng, dan zat-zat kimia lain.
4. Faktor trauma: Hubungan antara penyakit Alzheimer dengan trauma kepala dicontohkan pada petinju yang mengidap demensia, dengan ditemukannya sejumlah besar serabut neurofibrilar pada sediaan autopsi otaknya.
5. Faktor neurotransmitter: Perubahan neurotransmitter di jaringan otak pengidap penyakit Alzheimer memiliki peran yang sangat penting, seperti yang dilaporkan beberapa peneliti, yaitu pada pasien terjadi penurunan aktivitas asetilkolin transferase, asetilkolinesterase, dan pengangkut kolin, serta penurunan biosintesis asetilkolin.

Klasifikasi demensia menurut Stanley (2006), yaitu:

1. Penyakit alzheimer, adalah gangguan neurologi progresif, ireversibel, dan berakibat fatal. Perubahan perilaku,

intelektual, dan emosional terjadi dalam pola yang cukup teratur.

2. Demensia multi-infark, adalah penyebab demensia kedua yang paling banyak terjadi. Pasien-pasien yang menderita penyakit serebrovaskular akan berkembang menjadi infark multipel di otak. Namun, tidak semua orang yang menderita infark serebral multipel mengalami demensia.
3. Demensia amyloid, Amiloid menyebabkan rusaknya jaringan otak. Plak amiloid berasal dari protein yang lebih besar, yaitu protein prekursor amiloid.
4. Penyakit *creutzfeldt-jakob*, merupakan penyakit demensia yang jarang terjadi dan disebabkan oleh virus yang lambat.

Menurut Stanley (2006), tahapan-tahapan demensia meliputi:

1. **Tahap awal:** Penyakit alzheimer awal memiliki awitan gejala yang tersembunyi dan membahayakan, pada kondisi tersebut terjadi demensia vaskular dengan perubahan-perubahan kognisi yang tiba-tiba. Hilangnya memori terbaru menyebabkan sulitnya mendapatkan informasi baru. Terdapat kesulitan dalam hal angka seperti membayar tagihan, menyeimbangkan buku cek, mengatur uang, dan menelpon. Selain itu, perubahan kepribadian juga dapat terjadi. Pada tahap ini, terdapat kebingungan antara orientasi waktu dan jarak.
2. **Tahap pertengahan:** Ingatan saat ini dan ingatan masa lampau memburuk selama demensia tahap pertengahan dan kurangnya penilaian menyebabkan kekhawatiran tentang keselamatan. Apraksia atau ketidakmampuan melakukan gerakan yang bertujuan meskipun sistem sensoris dan motoriknya utuh juga terjadi. Kerapihan akan memburuk, dan orang tersebut mulai membutuhkan arahan dan bantuan dalam aktivitas kehidupannya sehari-

hari. Terdapat kesulitan dengan bahasa, orang tersebut dapat mengalami afasia reseptif dan ekspresif, jika tidak mampu menemukan kata-kata yang tidak logis untuk mengisi kekosongan tersebut. Pada tahap ini, pergeseran ke situasi hidup yang penuh pengawasan semakin diperlukan.

3. **Tahap akhir:** Selama demensia tahap akhir, orang tersebut menjadi semakin terikat dengan kursi atau tempat tidur. Otot-otot semakin kaku, dapat terjadi kontraktur, dan refleks primitif juga dapat muncul. Tanda-tanda pelepasan primitif lainnya seperti refleks menghisap dan menggenggam dapat melemah. Terjadi pergerakan berulang, menggerutu, atau vokalisasi lainnya. Terjadi depresi fungsi sistem imun dan jika gangguan ini terjadi dapat disertai imobilisasi yang berakibat pada penyakit pneumonia, infeksi saluran kemih, sepsis, dan dekubitus. Kemampuan berbicara dan berbahasa mengalami gangguan yang parah, disertai penurunan kemampuan komunikasi verbal. Pada tahap ini, siklus tidur juga sangat berubah. Orang tersebut akan menghabiskan sebagian besar waktunya dengan mengantuk dan menarik diri secara sosial serta tidak peduli terhadap lingkungan sekitarnya.

3.4.1 Pengkajian Keperawatan Lansia Dementia

Untuk mengkaji pasien lansia dengan demensia, dapat menggunakan teknik mengobservasi perilaku pasien dan wawancara langsung dengan pasien dan keluarganya, yaitu:

1. Data **objektif** dilakukan dengan observasi perilaku lansia, seperti:
 - a. Kurang konsentrasi
 - b. Kurang kebersihan diri

- c. Rentan terhadap kecelakaan: jatuh
 - d. Tidak mengenal waktu, tempat, dan orang
 - e. Kurang koordinasi gerak
 - f. Aktivitas terbatas
 - g. Sering mengulang kata-kata
2. Data **subjektif** didapatkan melalui wawancara dengan menggunakan *Mini Mental State Examination* (MMSE) untuk pemeriksaan kognitif. MMSE dilakukan untuk mengkaji fungsi kognitif yang mencakup orientasi, registrasi, atensi dan kalkulasi, serta bahasa. Aspek sosial yang perlu dikaji adalah apakah lansia mengalami kebingungan, kecemasan, menunjukkan afek labil, datar, atau tidak sesuai.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien demensia menurut Agoes, Agoes, dan Agoes (2010), seperti:

1. Neuropatologi: Diagnosis definitif ditegakkan dengan konfirmasi pemeriksaan neuropatologi melalui autopsi. Secara umum terdapat atrofi yang bilateral, simetris, dengan berat otak mencapai sekitar 1000 gram (850 – 1250 gram).
2. Pemeriksaan neuropsikologis: Penyakit alzheimer selalu menimbulkan gejala demensia. Fungsi pemeriksaan ini adalah menentukan ada tidaknya gangguan fungsi kognitif umum dan mengetahui secara rinci pola defisit yang terjadi.
3. *Computerized Tomography Scan* (CT Scan) dan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI). Kedua pemeriksaan ini merupakan metode non-invasif beresolusi tinggi untuk melihat kuantifikasi perubahan volume jaringan otak pada pasien.

4. *Electroencephalograph* (EEG). Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi aktivitas bangkitan yang bersifat subklinis, sedangkan pada penyakit alzheimer terdapat perubahan gelombang lambat di lobus frontalis yang non spesifik.

3.4.2 Diagnosis Keperawatan Lansia Dementia

Diagnosa keperawatan lansia dengan demensia menurut Keliat, Akemat, Helena, dan Nurhaeni (2019) yang meliputi:

- a. Gangguan proses pikir: pikun
- b. Risiko cedera/jatuh

3.4.3 Intervensi Lansia Dementia

Menurut Keliat, Akemat, Helena, dan Nurhaeni (2019), intervensi keperawatan pada lansia dengan demensia, seperti:

1. Gangguan Proses Pikir: Pikun

Tindakan Keperawatan untuk Pasien

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan pasien mampu mengenal waktu, orang, tempat, dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari.

Tindakan keperawatan:

- a. Beri kesempatan bagi pasien untuk mengenal barang milik pribadinya, seperti: tempat tidur, lemari, pakaian, dan lain-lain.
- b. Beri kesempatan pasien untuk mengenal waktu dengan menggunakan kalender, jam dinding, dan catatan pribadi.
- c. Beri kesempatan pasien untuk menyebutkan nama dan anggota keluarga terdekat.
- d. Beri kesempatan pasien untuk mengenal dimana ia berada.
- e. Beri pujian jika pasien mampu menjawab dengan benar.

- f. Observasi kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
- g. Beri kesempatan pasien untuk memilih aktivitas yang dapat dilakukan.
- h. Buat jadwal kegiatan sehari-hari bersama pasien.

Tindakan keperawatan untuk keluarga

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan keluarga dapat mengorientasikan pasien terhadap waktu, orang, dan tempat.

Tindakan keperawatan

- a. Diskusikan dengan keluarga cara-cara mengorientasikan waktu, orang, dan tempat pada pasien.
- b. Anjurkan keluarga untuk menyediakan pukul besar dan kalender dengan tulisan besar.
- c. Diskusikan dengan keluarga tentang kemampuan yang pernah dimiliki pasien.
- d. Bantu keluarga memilih kemampuan yang dapat dilakukan pasien saat ini.
- e. Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian terhadap kemampuan yang masih dimiliki oleh pasien.
- f. Anjurkan keluarga untuk membantu lansia melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki.

2. Risiko cedera/jatuh

Tindakan keperawatan untuk pasien

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan pasien terhindar dari cedera dan mampu mengontrol aktivitas yang dapat mencegah cedera.

Tindakan keperawatan:

- a. Jelaskan faktor-faktor risiko yang dapat menimbulkan cedera dengan bahasa yang sederhana.

- b. Ajarkan cara untuk mencegah cedera: bila jatuh jangan panik, meminta tolong, dan bila ingin ke kamar mandi jangan terburu-buru.
- c. Berikan pujian terhadap kemampuan pasien menyebutkan cara-cara mencegah cedera.

Tindakan keperawatan untuk keluarga

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan keluarga mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan cedera pada pasien.

Tindakan keperawatan

- a. Diskusikan dengan keluarga mengenai faktor-faktor yang dapat menyebabkan cedera pada pasien.
- b. Anjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang aman bagi lansia dementia

3.4.4 Implementasi Keperawatan Lansia Dementia

Implementasi keperawatan merupakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan untuk membantu mencapai tujuan pada rencana tindakan keperawatan yang telah disusun. Prinsip-prinsip dalam melakukan asuhan keperawatan menggunakan komunikasi terapeutik serta memberikan penjelasan untuk setiap tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien (Mubarak, Santoso, Rozikin, & Patonah, 2006).

3.4.5 Evaluasi Keperawatan Lansia Dementia

Menurut Keliat, Akemat, Helena, dan Nurhaeni (2019), evaluasi keperawatan pada lansia dengan demensia, yaitu:

1. Gangguan proses pikir: pikun

Kemampuan pasien:

- a. Mampu menyebutkan hari, tanggal, dan tahun dengan benar.

- b. Mampu menyebutkan nama orang yang dikenal.
- c. Mampu menyebutkan tempat saat ini.
- d. Mampu melakukan kegiatan harian sesuai jadwal.
- e. Mampu mengungkapkan perasaannya setelah melakukan kegiatan.
- f. Mampu mengungkapkan perasaannya setelah melakukan kegiatan.

Kemampuan keluarga:

- a. Mampu membantu pasien mengenal waktu, tempat, dan orang.
- b. Menyediakan kalender yang mempunyai lembaran perhari dengan tulisan besar.
- c. Membantu pasien melaksanakan kegiatan harian sesuai jadwal yang telah dibuat.
- d. Memberikan pujian setiap kali pasien mampu melaksanakan kegiatan harian.

2. Risiko cedera/jatuh

Kemampuan pasien:

- a. Mampu menyebutkan dengan bahasa sederhana mengenai faktor-faktor yang menimbulkan cedera.
- b. Menggunakan cara yang tepat untuk mencegah cedera.
- c. Mengontrol aktivitas sesuai kemampuan.

Kemampuan keluarga:

- a. Keluarga dapat menyebutkan hal-hal yang menimbulkan cedera pada pasien.
- b. Menyediakan pengaman di dalam rumah.
- c. Menjauhkan alat-alat listrik dari jangkauan pasien.
- d. Selalu menemani pasien di rumah.
- e. Memantau kegiatan harian yang dilakukan pasien.

3.5 Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Depresi

Setiap manusia pasti akan menjadi lanjut usia (lansia). Pada tahap lansia akan mengalami proses menua. Proses menua merupakan suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki atau mengganti diri dan mempertahankan struktur serta fungsi normalnya. Akibatnya tubuh tidak dapat bertahan terhadap kerusakan. Peningkatan usia seseorang akan disertai dengan berbagai kemunduran baik fisik, psikis, dan sosial. Kemunduran secara fisik akan terjadi pada seluruh organ tubuh meliputi organ dalam tubuh (jantung, paru-paru, ginjal, otak, dan lain-lain) dan kulit (Muhith & Siyoto, 2016). Menurut Widianingsrum (2018), kondisi fisik dan mental mereka yang menurun dapat disebabkan oleh kemiskinan dan penolakan oleh teman maupun keluarga yang bila berlarut timbulnya gejala depresi.

Depresi merupakan suatu gangguan mental yang lazim terjadi atau dialami pada proses penuaan. Depresi sangat umum terjadi karena lansia mengalami peningkatan faktor resiko dan berbagai perubahan yang dapat menyebabkan depresi. Banyak lansia menganggap bahwa depresi, ketakutan, dan kesepian adalah aspek normal penuaan, atau bahkan mereka mungkin tidak menyadari bahwa mereka mengalami kondisi depresi. Bahkan cukup banyak lansia sering menyangkal bahwa dirinya mengalami kondisi sebelum orang lain memastikan melalui keluhan-keluhan yang diutarakan lansia dan pengamatan terhadap perubahan perilaku lansia.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 mencatat bahwa angka kejadian depresi menurut karakteristik yang terjadi di Indonesia sebanyak 61%. Berdasarkan pembagian kelompok usia yang menduduki peringkat tertinggi mengalami depresi yaitu kelompok usia 75 tahun keatas (8,9%), diikuti kelompok usia 65–74 tahun (8,0%), dan kelompok usia 55–64

tahun (6,5%). Sedangkan kelompok yang paling rentan mengalami depresi berdasarkan jenis kelamin yaitu perempuan (7,4%), dan laki-laki sebanyak (4,7%) (Kemenkes, 2018).

Berbagai teori mengenai etiologi diajukan para ahli tentang gangguan depresi pada lansia namun pada banyak kasus jelas berhubungan dengan polifarmasi yang berkaitan erat dengan multipatologi. Beberapa penyebab lain adalah kondisi medik seperti stroke, hipotiroidisme, dan penyakit kronis lainnya. Faktor-faktor lain yang memperberat depresi perlu pula diperhatikan, antara lain kehilangan pasangan hidup, perpisahan teman dekat atau anggota keluarga, taraf kesehatan yang menurun, kehilangan rasa aman, kekuasaan atau jabatan, maupun kebebasan

Gejala depresi meliputi kurangnya ketertarikan pada lingkungan, kurangnya energi, kurangnya nafsu makan, dan perubahan pola tidur. Kesepian, tidak berdaya, rasa bersalah, tidak berharga, dan kehilangan ketertarikan merupakan faktor yang signifikan terhadap perasaan depresi pada lansia (Rosdahl, 2017). Beberapa lansia yang menderita depresi bahkan tidak melaporkan perasaan sedih sama sekali. Namun, gejala yang sering muncul antara lain: perasaan tidak senang terhadap kehidupannya, perasaan bahwa dirinya tidak berguna atau perasaan bersalah, gangguan tidur, gangguan memori dan konsentrasi, dan kelelahan. Lansia sering mengungkapkan bahwa ia merasa hilang minat atau rasa senang yang membuatnya merasa sedih berkepanjangan, malas untuk berkomunikasi, tidak mau atau tidak nafsu makan, enggan merawat diri, malas beraktivitas, dan sebagainya.

3.5.1 Pengkajian Keperawatan Lansia Depresi

Dalam mengkaji pasien lansia dengan depresi, perawat harus melakukan membina hubungan saling percaya dengan pasien lansia melalui selalu mengucapkan salam,

memperkenalkan diri serta sampaikan bahwa anda akan merawat pasien, menanyakan nama pasien dan nama panggilan kesukaannya (tawarkan bila ingin menambahkan panggilan nenek, oma, eyang dan sebagainya karena tidak semua lansia menyukainya), jelaskan tujuan interaksi, buat kontrak yang jelas dan dipahami lansia dan selalu bersikap empati dengan lansia.

Saat mengkaji pasien lansia dengan depresi, perawat dapat menggunakan teknik mengobservasi perilaku pasien dan wawancara langsung kepada pasien dan keluarganya. Observasi yang anda lakukan terutama untuk mengkaji data objektif lansia dengan depresi adalah:

- a. Penampilan tidak rapi, kusut dan kulit kotor (kebersihan diri kurang)
- b. Kontak mata kurang selama interaksi
- c. Afek datar, labil dan tidak sesuai
- d. Tampak sedih dan murung
- e. Tampak lesu dan lemah
- f. Komunikasi lambat atau tidak mau berkomunikasi

Aspek psikososial yang perlu dikaji adalah bagaimana perasaan saat ini, apakah mengalami kebingungan, kecemasan, atau mempunyai ide untuk bunuh diri. Data ini dapat dikaji melalui wawancara dengan menggunakan skala depresi pada lansia. *Geriatric Depression Scale* (GDS) adalah pengukuran yang valid dan reliabel untuk menentukan adanya depresi pada lansia. Pemakaian GDS dapat memudahkan klien mengungkapkan sikap dan perasaan yang sulit diutarakan yang sebetulnya berkaitan dengan depresi (Priyoto, 2015), seperti yang diuraikan pada tabel 3.1 di bawah ini.

Tabel 3.1. *The Geriatric Depression Scale (GDS)*
(Priyoto, 2015)

No	Pertanyaan Jawaban	Ya	Tidak
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?		
2.	Apakah anda sudah meninggalkan aktivitas dan minat?		
3.	Apakah anda merasa bahwa hidup anda kosong?		
4.	Apakah anda sering merasa bosan?		
5.	Apakah anda mempunyai semangat setiap waktu?		
6.	Apakah anda takut sesuatu akan terjadi pada anda?		
7.	Apakah anda sering merasa bahagia setiap waktu?		
8.	Apakah anda merasa jenuh?		
9.	Apakah anda lebih suka tinggal di rumah pada malam hari, dari pada pergi untuk melakukan sesuatu yang baru?		
10.	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mengalami masalah dengan ingatan anda daripada yang lainnya?		
11.	Apakah anda berpikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini?		
12.	Apakah anda merasa tidak berguna saat ini?		
13.	Apakah anda merasa penuh berenergi saat ini?		
14.	Apakah anda saat ini sudah tidak ada harapan lagi?		
15.	Apakah anda berpikir banyak orang yang lebih baik dari anda?		

Keterangan: Berikan nilai 1 poin untuk setiap respons pertanyaan yang cocok dengan jawaban “YA” dan “TIDAK”. Jumlah nilai poin 5 atau lebih dapat menandakan depresi.

Menurut Maas, Buckwalter, Hardy, Reimer, Titler, dan Specht (2011), dalam melakukan wawancara harus memperhitungkan faktor-faktor yang berperan dalam perencanaan terapi, yaitu:

1. Masalah medis yang ditemukan, medikasi, status fungsional, status nutrisi, riwayat psikiatrik individu serta keluarga, penggunaan alkohol atau obatobatan, dan pemeriksaan fisik serta neurologis yang menyeluruh
2. Pemeriksaan status mental fungsi kognitif termasuk perubahan kognisi yang baru terjadi dan tingkat pendidikan
3. Kekuatan psikologis dan ilmu tentang gejala, keterampilan koping, spiritualitas, seksualitas, ide bunuh diri, atau usaha bunuh diri di masa lalu
4. Kualitas dan kuantitas dukungan sosial, status keuangan, riwayat hukum, dan potensi terjadinya penganiayaan pada lansia
5. Durasi kejadian dan keparahan gejala depresi untuk membedakan tipe depresi.

3.5.2 Diagnosis Keperawatan Lansia Depresi

Menurut Keliat, Prawiro Helena, dan Nurhaeni (2019) berdasarkan data-data yang ditemukan pada saat pengkajian, maka ditetapkan diagnosis keperawatan ada lansia depresi adalah:

1. Ketidakberdayaan
2. Risiko bunuh diri
3. Gangguan pola tidur

3.5.3 Intervensi Keperawatan Lansia Depresi

Menurut Keliat, Akemat, Helena, dan Nurhaeni (2019) intervensi keperawatan, yaitu:

1. Lansia depresi dengan ketidakberdayaan

Intervensi untuk Lansia

Tujuan:

Pasien mampu berpartisipasi dalam memutuskan perawatan dirinya dan melakukan kegiatan dalam menyelesaikan masalahnya.

Intervensi keperawatan:

- a. Beri kesempatan bagi pasien untuk bertanggung jawab terhadap perawatan dirinya dengan menetapkan tujuan dan bentuk aktivitas perawatan diri untuk mencapai tujuan.
- b. Bantu pasien untuk melakukan aktivitas yang telah ditetapkan
- c. Beri pujian jika pasien dapat melakukan kegiatannya
- d. Tanyakan perasaan pasien jika mampu melakukan kegiatannya
- e. Sepakati jadwal pelaksanaan kegiatan tersebut secara teratur

Intervensi untuk Keluarga Lansia

Tujuan:

Keluarga mampu mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien dan mampu membantu pasien mengoptimalkan kemampuannya.

Intervensi keperawatan:

- a. Diskusikan dengan keluarga tentang kemampuan yang pernah dimiliki pasien
- b. Bersama keluarga memilih kemampuan yang dapat dilakukan pasien saat ini

- c. Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian terhadap kemampuan yang masih dimiliki pasien
- d. Anjurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki
- e. Anjurkan keluarga memberikan pujian jika pasien melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal kegiatan yang sudah dibuat
- f. Jelaskan pada keluarga tentang program pengobatan dan pentingnya kontrol

2. Lansia depresi dengan risiko bunuh diri

Intervensi untuk Lansia

Tujuan:

Pasien tidak membahayakan dirinya sendiri dan mampu memilih alternatif penyelesaian masalah yang konstruktif.

Intervensi keperawatan:

- a. Diskusikan dengan pasien tentang ide-ide bunuh diri
- b. Buat kontrak dengan pasien untuk tidak melakukan bunuh diri
- c. Bantu pasien mengenai perasaan yang menjadi penyebab timbulnya ide bunuh diri
- d. Ajarkan beberapa alternatif cara penyelesaian masalah yang konstruktif
- e. Bantu pasien memilih cara yang paling tepat untuk menyelesaikan masalah secara konstruktif
- f. Beri pujian terhadap pilihan yang telah dibuat pasien dengan tepat
- g. Anjurkan pasien mengikuti kegiatan kemasyarakatan yang ada di lingkungannya.

Intervensi untuk Keluarga Lansia

Tujuan:

Keluarga mampu mengidentifikasi tanda-tanda perilaku bunuh diri pada pasien, mampu menciptakan lingkungan yang aman untuk mencegah perilaku bunuh diri dan membantu pasien menggunakan cara penyelesaian masalah yang sehat.

Intervensi keperawatan:

- a. Diskusikan dengan keluarga tentang tanda-tanda perilaku pasien saat muncul ide bunuh diri
- b. Diskusikan dengan keluarga tentang cara mencegah perilaku bunuh diri pada pasien
- c. Ciptakan lingkungan yang aman untuk pasien, singkirkan semua benda-benda yang berpotensi membahayakan pasien (benda tajam, tali pengikat, ikat pinggang, dan benda-benda lain yang terbuat dari kaca)
- d. Antisipasi penyebab yang dapat membuat pasien bunuh diri
- e. Lakukan pengawasan secara terus menerus
- f. Anjurkan keluarga meluangkan waktu lebih banyak bersama lansia
- g. Diskusikan dengan keluarga cara penyelesaian masalah yang baik
- h. Anjurkan keluarga untuk membantu pasien menggunakan cara-cara baik dalam menyelesaikan masalah
- i. Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian terhadap penggunaan cara penyelesaian masalah yang positif.

3. Lansia dengan gangguan pola tidur

Intervensi untuk Lansia

Tujuan:

Pasien mampu mengidentifikasi penyebab gangguan pola tidur dan mampu memenuhi kebutuhan istirahat tidur.

Intervensi keperawatan:

- a. Bersama pasien mengidentifikasi penyebab gangguan pola tidur
- b. Diskusikan cara-cara untuk memenuhi kebutuhan tidur dengan cara kurangi tidur pada siang hari, minum air hangat atau susu hangat sebelum tidur, hindarkan minum yang mengandung kafein dan *cola-cola*, mandi air hangat sebelum tidur dan dengarkan musik yang lembut sebelum tidur
- c. Anjurkan pasien untuk memilih cara yang sesuai dengan kebutuhannya
- d. Berikan pujian jika pasien memilih cara yang tepat untuk memenuhi kebutuhan tidurnya.

Intervensi untuk Keluarga Lansia

Tujuan:

Keluarga mengidentifikasi gejala gangguan pola tidur dan membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan tidur

Intervensi keperawatan:

- a. Diskusikan dengan keluarga tentang tanda dan gejala gangguan pola tidur pada pasien
- b. Anjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang untuk memfasilitasi agar pasien dapat tidur
- c. Ajarkan keluarga tentang program pengobatan yang tepat dan pentingnya kontrol ke fasyankeswa

3.5.4 Evaluasi Keperawatan Lansia Depresi

Menurut Keliat, Akemat, Helena, dan Nurhaeni (2019), mengukur keberhasilan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan menilai kemampuan pasien:

1. Evaluasi terhadap masalah ketidakberdayaan

Kemampuan lansia

- a. Pasien mampu berpartisipasi dalam menentukan perawat diri
- b. Pasien mampu melakukan kegiatan positif dalam menyelesaikan masalah

Kemampuan keluarga

- a. Keluarga mampu mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien
- b. Membantu pasien melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki

2. Evaluasi terhadap masalah risiko bunuh diri

Kemampuan lansia

- a. Pasien mampu mengungkapkan ide bunuh diri
- b. Pasien mampu mengenali cara-cara untuk mencegah bunuh diri
- c. Pasien mampu mendemonstrasikan cara menyelesaikan masalah yang konstruktif

Kemampuan keluarga

- a. Keluarga mampu mengenali tanda dan gejala awal perilaku bunuh diri
- b. Keluarga mampu menyediakan lingkungan yang aman untuk mencegah perilaku bunuh diri
- c. Keluarga mampu membantu pasien dalam menetapkan cara-cara yang positif untuk mengatasi masalah

3. Evaluasi terhadap masalah gangguan pola tidur

Kemampuan lansia

- a. Pasien mampu mengungkapkan penyebab gangguan tidur
- b. Pasien mampu menetapkan cara yang tepat untuk memenuhi kebutuhan tidur.

Kemampuan keluarga

- a. Keluarga mampu mengidentifikasi penyebab gangguan tidur yang dialami pasien
- b. Keluarga mampu menyediakan lingkungan yang nyaman untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan tidur pasien
- c. Keluarga mampu membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan tidur

3.6 Penutup

Setiap manusia pasti akan menjadi lanjut usia (lansia). Pada tahap lansia akan mengalami proses menua. Proses menua merupakan suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki atau mengganti diri dan mempertahankan struktur serta fungsi normalnya yang berakibat tubuh tidak dapat bertahan terhadap kerusakan.

Peningkatan usia seseorang akan disertai dengan berbagai kemunduran baik fisik, psikis, dan sosial. Kemunduran secara fisik yang terjadi pada seluruh organ tubuh baik jantung, paru-paru, ginjal, otak, dan sebagainya juga akan mempengaruhi kondisi kesehatan jiwa lansia dimana masalah kesehatan jiwa yang umum dialami lansia adalah dementia dan depresi. Untuk itu perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan sebaiknya memiliki kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa untuk kedua masalah kesehatan jiwa ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Agoes, A., Agoes, Y., & Agoes, Ac. 2010. *Penyakit di Usia Tua*. Jakarta: EGC
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2018. *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Baradero, M, Dayrit, M, W., & Maratning, A. 2015. *Kesehatan Mental Psikiatri*. Jakarta: EGC.
- Chung D. 2018. The eight stages of psychosocial protective development: Developmental psychology. DOI: 10.4236/jbbs.2018.86024
- Keliat, B., Akemat, Helena, & Nurhaeni. 2019. *Keperawatan Kesehatan jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes RI. 2018. *Laporan Nasional RISKESDAS 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lubis, N, L. 2009. *Depresi Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana.
- Maas, M., Buckwalter, K., Hardy, M., Tripp-Reimer, T., & Specht, J. 2011. *Asuhan Keperawatan Geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Muhith, A., & Siyoto, S. 2016. *Pendidikan Keperawatan Gerontik*. Ed.1. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Pusat Data dan Informasi Kesehatan RI. 2022. Infodatin: Lansia Berdaya, Bangsa Sejahtera. Kemenkes RI
- Priyoto. 2015. *Nursing Intervention Classification (NIC) dalam Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rosdahl, C. 2017. *Buku Ajar Keperawatan Dasar: Gerontologi*. Jakarta: EGC.
- Stanley, M. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.

- Suriastini, N., Turana, Y., Witoelar, F., Supraptilah, B., Wicaksono, T., & Dwi, M. 2016. *Angka Prevalensi Demensia: Perlu Perhatian Kita Semua*. Yogyakarta: Global.
- Widianingrum, S. 2016. Gambaran Umum Karakteristik Lansia dengan Depresi di Panti Wilayah Kota Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan* Diunduh dari <http://eprints.undip.ac.id/51262/1/santiwidianingrumproposal.pdf>.

BAB 4

PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN TERAPI KEJANG LISTRIK (ECT)

Oleh Uji Kawuryan

4.1 Pendahuluan

Dalam mewujudkan kualitas hidup manusia, kesehatan jiwa merupakan bagian yang tak terpisahkan dari kesehatan fisik. Kasus gangguan jiwa pada era globalisasi saat ini cenderung mengalami peningkatan, yang disebabkan oleh berbagai faktor yang dapat menimbulkan stress sehingga meningkatkan risiko terjadinya gangguan jiwa (Prabowo, 2015). Berdasarkan data dari WHO tahun 2016, didapatkan data kasus depresi sekitar 35 juta orang, bipolar sebanyak 60 juta orang, skizofrenia sebesar 21 juta orang dan 47,5 juta mengalami demensia. Angka kejadian skizofrenia berdasarkan jenis kelamin, diantaranya 12 juta laki – laki dan 9 juta perempuan (Kemenkes, 2016).

Terapi yang bisa diberikan pada pasien skizofrenia adalah terapi somatik dan psikososial. Terapi somatik dapat berupa pemberian obat antipsikotik, litium, antikonvulsan, benzodiazepin, ECT dan sebagainya. Inti dari pengobatan pasien skizofrenia adalah pemberian obat antipsikotik, akan tetapi terapi ECT dapat diberikan pada pasien terutama pasien katatonik dan pasien yang tidak dapat mengkonsumsi antipsikotik (Kaplan, Sadock&Grebbe, 2010). Terapi kejang listrik yang dikenal dengan istilah *Electro Convulsive Therapy*

(ECT) merupakan salah satu terapi somatik yang dapat diberikan kepada pasien dengan skizofrenia.

ECT terbukti efektif membantu mengatasi gejala skizofrenia pada pasien yang tidak berespon terhadap psikoterapi atau antidepresan, akan tetapi ECT juga menimbulkan kontroversi karena memiliki beberapa efek samping (Nevid, Rathus&Greene, 2005). Efek samping yang sering muncul pada pasien yang menjalani ECT diantaranya konvulsi, delirium, gangguan daya ingat dan aritmia jantung ringan. Masalah utama yang ditimbulkan pada pasien yang menjalani ECT adalah gangguan atau kehilangan daya ingat, yang mana ditemukan sebesar 75% pada pasien skizofrenia (Kaplan, Sadock&Grebb, 2010).

4.2 Definisi dan Metode ECT

Terapi kejang listrik atau *Electro Convulsive Therapy* (ECT) adalah terapi somatik yang diberikan pada pasien yang mengalami gangguan jiwa dengan menggunakan alat penghantar arus listrik pada elektroda dan dipasang pada kepala sehingga menimbulkan konvulsi (Hinchliff, 1999). Adapun definisi lain dari *Electro Convulsive Therapy* (ECT) adalah terapi yang diberikan dengan memberikan arus listrik dengan kekuatan arus listrik cukup rendah melalui elektroda yang ditempel pada temporal kepala (pelipis kiri dan kanan) dalam waktu singkat. Pemberian ECT dilakukan agar menimbulkan kejang tonik klonik umum yang berlangsung selama 25 – 150 detik dengan efek terapeutik (Stuart&Sundeen, 1998). Penatalaksanaan ECT dilakukan sebagai alternatif pengobatan yang aman dan efektif selain dengan obat – obatan psikofarmaka, diberikan pada pasien dengan depresi berat, episode mania dan gangguan skizofrenia (Szuba&Doupe, 1997).

Electro Convulsive Therapy (ECT) merupakan salah satu prosedur medis yang dilakukan oleh dokter dan tim kesehatan, dengan memberikan anestesi umum dan relaksasi otot kepada pasien. Dalam terapi ini, otak akan distimulasi dengan rangkaian elektroda yang dipasang pada kepala pasien yang menimbulkan efek bangkitan kejang. Selama pelaksanaan ECT, pasien tidak merasakan nyeri karena telah diberikan anestesi dan relaksasi otot sebelum tindakan dilakukan (Elvira&Hadisukanto, 2013).

Metode pelaksanaan ECT terdiri dari dua, diantaranya metode konvensional dan metode pre medikasi. ECT dengan metode konvensional dilakukan oleh tim tenaga kesehatan meliputi psikiater, operator dan perawat pelaksana dengan masing – masing peran nya. ECT dengan metode pre – medikasi, ada penambahan dokter anestesi dalam tim pelaksana tenaga kesehatan (Ann, 2004).

Mekanisme kerja terapi ECT pada pasien selama kejang berlangsung, terjadi peningkatan aliran darah serebral, pemakaian glukosa dan oksigen serta permeabilitas sawar darah otak. Setelah kejang, aliran darah serebral dan metabolisme glukosa menurun secara terapeutik. Selain itu ECT menyebabkan terjadi nya perubahan reseptor neurotransmitter dan sistem pembawa pesan kedua (*second messenger*). Akan tetapi urutan sesion ECT menyebabkan regulasi reseptor adrenergik- β pascasinaptik menurun, reseptor yang sama dan terlihat hampir di semua terapi antidepressan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pada reseptor serotonin pascasinaptik, tidak ada perubahan pada neuron serotonin dan perubahan pada regulasi prasinaptik pelepasan serotonin (Sadock, Sadock&Ruiz, 2015).

4.3 Indikasi dan Kontraindikasi Pemberian ECT

4.3.1 Indikasi Pemberian ECT

Indikasi diberikan *Electro Convulsive Therapy* (ECT) pada pasien dengan gangguan jiwa menurut *American Psychiatric Association* (APA) harus memenuhi kriteria diantaranya terdiagnosis gangguan bipolar, depresi mayor atau mania persisten dengan atau tanpa gejala psikotik, gangguan skizoafektif, skizofrenia, keparahan gejala dan derajat gangguan fungsional yang dialami pasien seperti berat atau adanya agitasi ekstrim dan berkelanjutan, sedang dengan gejala selama bertahun – tahun, pasien berada pada situasi yang mengancam kehidupan berupa kelemahan akibat kurang makan, resiko bunuh diri atau membunuh dan kegagalan merespon minimal dua uji coba psikofarmaka adekuat (Hapsari&Yitnamurti, 2014).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa, indikasi pemberian *Electro Convulsive Therapy* (ECT) adalah pasien dengan skizofrenia katatonik dan skizofrenia refrakter, tendensi bunuh diri berulang, gangguan afektif bipolar dan gangguan obsesif kompulsif. Pemberian ECT sering diberikan pada pasien dengan gangguan depresif berat atau gangguan depresi mayor. ECT dapat pula diberikan untuk mengobati episode psikotik, psikosis atypikal, gangguan obsesif-kompulsif dan delirium serta kondisi medis seperti gangguan neuroleptic ganas, hypopituitarism, gangguan kejang dan penyakit parkinson (Sadock, Sadock&Ruiz, 2015).

4.3.2 Kontraindikasi Pemberian ECT

Electro Convulsive Therapy (ECT) tidak memiliki kontraindikasi absolut, akan tetapi ada beberapa kondisi yang memerlukan perhatian terhadap risiko dan pemantauan ekstra seperti kondisi kehamilan yang berisiko tinggi, terdapat lesi

sistem saraf pusat pada pasien yang berisiko terjadinya edema dan herniasi otak setelah ECT diberikan, serta pasien yang mengalami peningkatan tekanan intraserebral yang berisiko perdarahan pada otak (Sadock, Sadock&Ruiz, 2015).

Kontraindikasi dari pemberian ECT, jika dilihat dari tingkatan risiko dapat dibedakan menjadi dua yaitu risiko sangat tinggi dan risiko sedang. Risiko sangat tinggi diantaranya adalah 1)Peningkatan tekanan intrakranial (karena tumor otak, infeksi SSP): dalam waktu singkat ECT dapat menyebabkan peningkatan tekanan SSP dan risiko herniasi tentorium. Untuk itu perlu dipastikan ada tidaknya papiledema sebelum ECT dilakukan. 2)Infark miokard baru: pemberian ECT sering mengakibatkan aritmia yang dapat menjadi fatal jika terjadi kerusakan pada otot jantung. Untuk Risiko sedang diantaranya adalah 1)Osteoarthritis berat, osteoporosis atau fraktur yang baru perlu menyiapkan pelemas otot selama terapi; ablasio retina. 2)Penyakit kardiovaskular, seperti hipertensi, angina, aneurisma, aritmia. Dapat diberikan premedikasi dengan hati – hati. 3)Infeksi berat, cedera serebrovaskular (CVA, *cerebrovascular accident*) baru, kesulitan bernafas kronis, ulkus peptik akut dan feokromasitoma (David, 2003).

4.4 Efek Samping Pemberian ECT

Pemberian ECT pada pasien dapat menimbulkan beberapa efek samping diantaranya sakit kepala, kebingungan, delirium setelah kejang, kehilangan memory, fraktur, gigi pecah, sakit punggung, nyeri otot, resiko terjadinya kematian bisa saja terjadi sekitar 0,002% per pengobatan dan 0,01% untuk setiap pasien akibat komplikasi kardiovaskuler pasca ECT. Selain itu efek samping minoritas yang biasanya terjadi adalah mual dan muntah (Sadock, Sadock&Ruiz, 2015).

Efek samping lain yang sering muncul akibat pemberian ECT adalah konvulsi, delirium, gangguan daya ingat, dan aritmia jantung ringan. Masalah utama yang berkaitan dengan pemberian ECT adalah kehilangan daya ingat, sekitar 75% terjadi pada pasien skizofrenia yang menjalani ECT (Kaplan, Sadock&Grebb, 2010). Daya ingat dibagi menjadi tiga, diantaranya daya ingat segera (*immediate memory*), daya ingat baru saja (*recent memory*) dan daya ingat jauh (*remote memory*). Kehilangan memory pada pasien setelah pemberian ECT dapat terjadi pada gangguan daya ingat kejadian baru sedangkan untuk ingatan jangka panjang tidak mengalami perubahan. Kemampuan *immediate* dan *recent memory* dapat menurun setelah pemberian ECT, namun tidak mempengaruhi *remote memory*. Pemulihan *immediate memory* dapat terjadi sebelum 48 jam, sedangkan pemulihan *recent memory* belum dapat terjadi setelah 48 jam (Safarina, 2009).

4.5 Aspek Legal Etik Pemberian ECT

Perawat perlu memperhatikan aspek legal etik dalam pemberian ECT kepada pasien dengan gangguan jiwa, dengan harus melakukan *informed consent* kepada pasien dan keluarga. Tindakan ECT merupakan salah satu tindakan medis yang berisiko sehingga dokter dan tim pelaksana harus mendapatkan persetujuan dari pasien dan keluarga sebelum tindakan ECT dilakukan sebagai bentuk perlindungan hukum bagi pasien. Persetujuan tindakan medis oleh pasien dan keluarga dikenal dengan istilah *Informed Consent*. Pengertian dari *Informed Consent* adalah suatu bentuk izin atau pernyataan persetujuan dari pasien dan atau keluarga yang diberikan dengan bebas dan rasional setelah mendapatkan penjelasan dari dokter atau tenaga kesehatan yang tentu nya sudah dimengerti oleh pasien dan atau keluarga (Guwandi, 1994).

Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) tidak mampu membuat keputusan karena mengalami gangguan mental, akan tetapi dalam informed consent pasien harus memberikan tanda tangan sebagai bentuk persetujuan tindakan medis yang akan diberikan pada pasien. Hal ini sudah diatur dalam UU RI No.18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa yang menyatakan bahwa Persetujuan tindakan medis secara tertulis dilakukan oleh ODGJ yang bersangkutan. Namun jika ODGJ yang bersangkutan tidak mampu membuat keputusan, persetujuan tindakan medis dapat diberikan oleh suami/istri, orang tua, anak atau saudara kandung minimal berumur 17 tahun, dan bisa juga oleh wali yang berwenang sesuai dengan ketentuan perundangan – undangan.

4.6 Prosedur Pelaksanaan ECT

Prosedur pelaksanaan ECT dilakukan oleh dokter dan perawat yang sudah terlatih meliputi beberapa tahapan diantaranya persiapan pasien, persiapan alat, pelaksanaan dan pengawasan pasca ECT. Persiapan pasien sebelum ECT dilakukan meliputi: 1) Pemeriksaan fisik dan kondisi pasien (pemeriksaan jantung, paru – paru, tulang dan otak), 2) Puasa minimal 6 jam sebelum ECT, 3) Tenangkan pasien dengan teknik distraksi atau dengan premedikasi, 4) Lepas perhiasan, jepit rambut, gigi palsu, 5) Bantuan perawat untuk pencegahan fraktur selama konvulsi terjadi. Persiapan alat untuk prosedur ECT meliputi: 1) Mesin ECT lengkap, 2) Kasa basah untuk pelapis elektrode, 3) Masker dan tabung oksigen, 4) *Suction*, 5) Obat – obatan, 5) Bantalan pengganjal gigi, 6) Bed datar dialasi papan (Sadock BJ, Sadock VA&Ruiz, 2015; Elvira&Hadisukanto, 2013).

Pelaksanaan ECT meliputi: 1) Posisikan pasien supine dengan pakaian longgar dan tanpa bantal, 2) Pasang bantalan gigi, 3) Perawat memegang dengan supel lutut, pinggul, bahu,

rahang bawah atau kepala, 4)Dokter menghantarkan aliran listrik melalui elektrode yang tertempel pada pelipis. Konvulsi yang terjadi saat ECT dimulai dengan kejang tonik kemudian diikuti kejang klonik. Akan terjadi apnea beberapa saat, kemudian akan bernafas normal kembali. Pengawasan pasca ECT meliputi: 1)Observasi keadaan umum pasien setelah ECT, 2)Periksa tanda – tanda vital dan tingkat kesadaran pasien sampai dengan pasien sadar kembali, 3)Bantu orientasikan pasien setelah sadar, stimulasi pasien dengan mengajak komunikasi jika terjadi kebingungan untuk membantu mengembalikan orientasi dan daya ingat pasien. Ciptakan suasana tenang dan nyaman pada pasien setelah ECT dilakukan, pengawasan pasca ECT dilakukan sejak setelah ECT selesai dilakukan sampai dengan kesadaran pasien benar – benar pulih kembali (Elvira&Hadisukanto, 2013).

4.7 Peran perawat sebagai pelaksana dalam ECT

Peran utama perawat dalam pemberian ECT adalah sebagai pelaksana atau *care giver*, yang terintegrasi dalam proses pelaksanaan pemberian ECT yang meliputi persiapan ECT, pelaksanaan ECT dan setelah tindakan ECT. Peran perawat selama persiapan ECT diantaranya memberikan penjelasan kepada pasien tentang prosedur tindakan ECT yang akan diberikan, melakukan *informed consent* kepada pasien, memastikan pasien puasa 6 jam sebelum dilakukan ECT, melakukan pemeriksaan tanda – tanda vital meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu tubuh dan pernafasan. Selama tindakan ECT berlangsung, perawat memastikan tindakan ECT berjalan sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur) dan memastikan pasien tidak mengalami cedera (risiko terjatuh) dengan memberi tahanan pada persendian dengan supel. Setelah tindakan ECT, perawat harus melakukan observasi, memposisikan kepala miring sebagai tindakan

kewaspadaan terjadinya postural hipotensi, selalu berada disamping pasien ketika pasien mulai sadar, mengorientasikan pasien dengan menjelaskan tindakan yang telah diberikan dan mengawasi tanda – tanda vital sampai dengan tahap evaluasi atau sampai dengan kondisi pasien stabil (Ann, 2004).

DAFTAR PUSTAKA

- Ann, I. 2004. *Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatrik*. Jakarta: EGC.
- David, A. T. 2003. *Buku Saku Psikiatri*. Ed.6. Edited by Tiara Mahatmi N. Jakarta: EGC.
- Elvira SD&Hadisukanto G. 2013. *Buku Ajar Psikiatri*. II. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Indonesia.
- Hapsari, D.S & Yitnamurti, S. 2014. 'Elektro Konvulsi', *Jurnal Psikiatri*, 3, pp. 3–4.
- Hinchliff S. 1999. *Kamus Keperawatan*. 17th edn. Jakarta: EGC.
- Kaplan HI, Sadock BJ, G. J. 2010. *Sinopsis psikiatri Jilid I*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Nevid JS, Rathus SA, G. B. 2005. *Psikologi Abnormal*. ke-5 Jilid. Jakarta: Erlangga.
- Prabowo. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- RI, K. K. 2016. *PeranKeluarga Dukung Kesehatan JiwaMasyarakat, KementerianKesehatan RI*.
- Sadock B.J, S. V. . & R. P. 2015. *Elektroconvulsive Therapy*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Stuart&Sundeen. 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Szuba, M & Doupe, A. 1997. *Buku Saku Psikiatri, Residen Bagian Psikiatri UCLA*. Jakarta: EGC.

BAB 5

TERAPI AKTIFITAS KELOMPOK (TAK)

Oleh: Widya Arisandy

5.1 Pengertian

Terapi aktifitas kelompok terapi merupakan bentuk terapi yang dilakukan oleh perawat untuk sekelompok pasien dengan masalah terkait perawatan yang serupa. Kegiatan dilakukan sebagai terapi dan kelompok sebagai target pengobatan yang dilakukan yang digunakan sebagai terapi dan kelompok sebagai target pengobatan yang digunakan sebagai terapi terhadap masalah keperawatan yang serupa.

Terapi aktifitas kelompok adalah terapi yang bertujuan untuk mengubah perilaku pasien dengan memanfaatkan dinamika kelompok karena saling mempengaruhi, bergantung dan berinteraksi satu sama lain.

Terapi Aktifitas kelompok (TAK) memberikan fungsi terapi bagi anggotanya, menerima dan memberikan umpan balik terhadap anggota yang lain dalam peningkatan respon sosial.

5.2 Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

1. Teraupetik

Meningkatkan kemampuan pasien, memfasilitasi proses interaksi, mempelajari cara baru dalam mengatasi masalah, membangkitkan motivasi untuk kemajuan fungsi efektif dan kognitif

2. Rehabilitatif

Peningkatan kemampuan dalam mengekspresikan diri, kemampuan berempati, tanggung jawab dalam berhubungan interpersonal, dan kemampuan dalam bersosialisasi.

3. Meningkatkan fungsi psikologis, reaksi emosional diri sendiri,
4. Membentuk sosialisasi
5. Meningkatkan fungsi psikologis, kesadaran hubungan reaksi emosional diri sendiri dengan perilaku defensive (bertahan terhadap stress) dan adaptasi
6. Setiap anggota kelompok dapat bertukar pengalaman
7. Menawarkan pekerjaan terapi bagi anggotanya
8. Meningkatkan tanggung jawab sosial, harga diri, keterampilan dalam memecahkan masalah, dan hubungan secara interpersonal.
9. Menawarkan pengalaman, penjelasan dari anggota lain
10. Sebagai proses mendapatkan umpan balik
11. Membangkitkan motivasi kemajuan fungsi kognitif dan afektif
12. Pelajari cara baru mengatasi masalah dan bersosialisasi
13. Kembangkan stimulasi kognitif

5.3 Manfaat Terapi Aktifitas Kelompok (TAK)

Terapi aktifitas kelompok mempunyai manfaat:

Teraupetik

a. Umum

1. Penciptaan motif untuk perkembangan dari fungsi kognitif dan afektif
2. Meningkatkan kemampuan menguji realitas (realitu testing) lewat komunikasi dan umpan balik dari orang lain serta dapat melakukan sosialisasi dengan baik

b. Khusus

1. Meningkatkan identitas diri
2. Meningkatkan ketrampilan hubungan sosial dan interpersonal
3. Menyalurkan emosi secara konstruktif

c. Rehabilitasi

1. Meningkatkan ketrampilan ekspresi diri dan empati
2. Meningkatkan ketrampilan sosial dan kemampuan pengetahuan dalam pemecahan masalah.

5.4 Kerangka Teoritis Terapi Aktifitas Kelompok

1. Model fokal konflik

Menurut Whiteaker dan Lieberman's, terapi kelompok berfokus pada kelompok individu, prinsipnya terapi kelompok ini berkembang dikarenakan adanya sebuah konflik. Berdasarkan dari Pengalaman kelompok secara berkelanjutan adanya konfrontasi konflik dalam menyelesaikan masalah, tugas terapis membantu anggota kelompok paham akan konflik dan mampu menyelesaikan konflik tersebut.

Menurut model ini pimpinan kelompok (*Leader*) harus memfasilitasi kepada anggota untuk mendiskusikan dan mengekspresikan perasaan dalam menyelesaikan sebuah masalah.

2. Model komunikasi

Dalam sebuah model komunikasi pada prinsip-prinsip komunikasi terapeutik dan teori komunikasi dimana terjadi tidak berfungsinya suatu komunikasi yang tidak efektif di kelompok yang menimbulkan ketidakpuasan dari komunitas kelompok, serta sebagai umpan balik dari kelompok tersebut menggunakan model ini leader memfasilitasi dari komunikasi efektif, serta

permasalahan individu atau kelompok sehingga mampu mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah.

Leader mengajarkan pada kelompok bahwa:

- a. Dibutuhkan nya komunikasi yang efektif.
- b. Pesan yang disampaikan dapat dipahami dan dimengerti dengan baik.
- c. Adanya tanggung jawab dari semua anggota dalam komunikasi nonverbal, verbal, terbuka dan tertutup.
- d. Teori komunikasi yang digunakan untuk membantu orang lain satu sama lain secara efektif

Adapun tujuan dari model ini adalah untuk membantu peningkatan keterampilan sosial anggota dan interpersonal dalam suatu kelompok. Selain itu teori komunikasi membantu anggota dapat merealisasikan anggota kelompok dalam berkomunikasi secara efektif.

Kemudian leader juga menjelaskan secara ringkas berupa prinsip-prinsip komunikasi dalam suatu kelompok serta dapat menganalisa dari proses komunikasi tersebut.

3. Model interpersonal

Sullivan mengungkapkan bahwa hubungan interpersonal dari tingkah laku (perasaan, tindakan dan pikiran) dapat disimulasikan dalam interaksi kelompok dilihat dari proses sebab akibat pada tingkah laku anggota.

Dalam teori ini terapis bekerja dengan individu dan kelompok. Anggota kelompok ini belajar dari interaksi antar anggota dan terapis. Oleh sebab itu, kesalahan persepsi dapat dinilai dan dipelajari dari perilaku sosial yang efektif.

Perasaan kesepian dan kecemasan merupakan tujuan untuk mengkaji dan merubah tingkah laku/perilaku, dimana peningkatan hubungan interpersonal adalah tujuan

dari aktifitas kelompok. Saat konflik interpersonal muncul, leader mendorong anggota kelompok untuk mendiskusikan perasaan yang dialami, dan menentukan perilaku apa yang digunakan untuk mengatasi kecemasan pada saat terjadi konflik hubungan interpersonal tersebut.

4. Model psikodrama

Model ini mampu untuk memotivasi anggota kelompok untuk bermain peran terhadap masalah yang baru terjadi atau peristiwa masa lalu. Anggota kelompok memainkan peran sesuai dengan yang pernah dialami. Contoh : Klien memerankan ayahnya yang selalu keras dan dominan.

5.5 Macam-macam Terapi Aktifitas Kelompok (TAK)

1. Terapi aktifitas kelompok stimulasi sensori

Aktifitas yang dipergunakan dalam memberikan stimulasi pada sensasi klien, kemudian diobservasi reaksi sensori terhadap ekspresi emosi atau perasaan melalui ekspresi muka, gerakan tubuh, ungkapan lisan. Terapi aktifitas kelompok dalam menstimulasi sensori pada penderita yang mengalami kemunduran fungsi sensori. Adapun teknik yang digunakan berupa fasilitasi penggunaan panca indera dan kemampuan dalam mengekspresikan stimulus internal maupun eksternal.

Tujuan nya adalah :

- a. Mengekspresikan perasaan
- b. peningkatan kesegaran jasmani dan kemampuan dari sensori seseorang
- c. Meningkatkan pemusatan perhatian

2. Terapi aktifitas kelompok orientasi realitas

Berorientasi pada kenyataan yang ada disekitar klien yaitu diri sendiri, orang lain yang ada disekeliling atau orang yang dekat dengan klien, lingkungan yang pernah mempunyai hubungan dengan klien dan waktu saat ini dan yang lalu.

Terapi aktifitas kelompok orientasi realita adalah pendekatan untuk mengorientasikan klien terhadap situasi nyata (realitas) yang pelaksanaannya pada kelompok yang mengalami gangguan orientasi terhadap orang, waktu dan tempat. Teknik yang digunakan meliputi inspirasi represif, interaksi bebas.

Tujuan :

- a. Penderita mampu mengidentifikasi stimulus internal (fikiran, perasaan, sensasi somatik) dan stimulus eksternal (iklim, bunyi, situasi alam sekitar)
- b. Penderita dapat membedakan antara lamunan dan kenyataan
- c. Pembicaraan penderita sesuai realita
- d. Penderita mampu mengenali diri sendiri
- e. Penderita mampu mengenal orang lain, waktu dan tempat

Karakteristik :

- a. Penderita dengan gangguan orientasi realita (GOR); (halusinasi, ilusi, waham, dan depersonalisasi) yang sudah dapat berinteraksi dengan orang lain
- b. Penderita dengan GOR terhadap orang, waktu dan tempat yang sudah dapat berinteraksi dengan orang lain
- c. Penderita kooperatif
- d. Dapat berkomunikasi verbal dengan baik
- e. Kondisi fisik dalam keadaan sehat

3. Terapi aktifitas kelompok stimulasi kognitif atau persepsi dilatih untuk mempersepsikan suatu stimulus yang stimulus yang pernah dirasakannya.

Terapi aktifitas kelompok stimulus kognitif/persepsi adalah terapi dengan tujuan membantu klien yang mengalami kemunduran daya ingat atau orientasi, stimulus suatu tanggapan persepsi untuk memotivasi proses fikir serta afektif dalam mengurangi perilaku yang maladaptif.

Adapun tujuannya adalah :

- a. Peningkatan kemampuan intelektual dan orientasi secara realistis
- b. Peningkatan kemampuan pemfokusan perhatian
- c. Mengemukakan perasaannya dalam menerima dan mengungkapkan sebuah pendapat

Karakteristik nya adalah :

- a. Menarik diri dari realitas
- b. Inisiasi atau ide-ide negatif
- c. Gangguan persepsi berhubungan dengan nilai-nilai

4. Terapi aktifitas kelompok sosialisasi

Klien dibantu melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar klien, dimana aktifitas sosialisasi merupakan terapi untuk meningkatkan kemampuan klien melakukan interaksi sosial maupun berperan dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimaksudkan memfasilitasi psikoterapis untuk :

- a. Mengekspresikan ide dan tukar persepsi
- b. Memantau meningkatkan hubungan interpersonal
- c. Memberi tanggapan terhadap orang lain
- d. Menerima stimulus eksternal berasal dari lingkungan

Tujuan umum :

Mampu meningkatkan hubungan interpersonal antar anggota kelompok, berkomunikasi, saling

memperhatikan, memberi tanggapan terhadap orang lain, mengekspresikan ide serta menerima stimulus eksternal.

Tujuan khusus :

- a. Mampu menyebutkan identitas pribadi
- b. Mampu menyebutkan identitas penderita lain
- c. Mengikuti aturan main
- d. Berespon terhadap penderita lain
- e. Mengemukakan pendapat dan perasaannya

Karakteristik :

- a. Penderita kurang berminat atau tidak ada inisiatif untuk mengikuti kegiatan ruangan
- b. Penderita gelisah, curiga, takut dan cemas
- c. Penderita dengan harga diri rendah
- d. Penderita menarik diri, kontak sosial kurang
- e. Tidak ada inisiatif dalam memulai pembicaraan, menjawab seperlunya, jawaban sesuai pertanyaan
- f. Dapat menerima trust, mau berinteraksi, sehat fisik.
- g. Penderita sering berada ditempat tidur

5. Penyaluran energi

Penyaluran energi teknik untuk menyalurkan energi secara konstruktif dimana pengembangan pola penyaluran energi meluapkan perasaan marah dan rasa batin secara konstruktif dapat menimbulkan kerugian pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Tujuan :

- a. Menyalurkan energi; destruktif ke konstruktif.
- b. Mengekspresikan perasaan
- c. Meningkatkan hubungan interpersonal

5.6 Tahapan-Tahapan dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Menurut Yalom, yang dikutip Stuart & Sundeen, 1995. Menggambarkan fase-fase dalam terapi aktivitas kelompok adalah sebagai berikut :

1. Pre kelompok

Dimulai dengan membuat tujuan, merencanakan siapa yang menjadi pemimpin atau leader, anggota, tempat dan waktu kegiatan kelompok akan dilaksanakan dengan membuat proposal lengkap, media yang akan digunakan beserta dana yang dibutuhkan.

2. Fase awal

Pada fase ini terhadap 3 tahapan yang terjadi, yaitu: orientasi, konflik atau kebersamaan

a. Orientasi :

Anggota mulai mencoba mengembangkan sistem sosial masing-masing, leader mulai menunjukkan rencana terapi dan mengambil kontrak dengan anggota

b. Konflik :

Merupakan masa sulit dalam proses kelompok, anggota mulai memikirkan siapa yang berkuasa dalam kelompok, bagaimana peran anggota, tugasnya, dan saling ketergantungan yang akan terjadi.

c. Kebersamaan :

Anggota mulai bekerjasama untuk mengatasi masalah, anggota mulai menemukan siapa dirinya.

3. Fase kerja

Pada tahap ini kelompok sudah menjadi tim

a. Fase yang menyenangkan bagi pemimpin dan anggotanya

- b. Perasaan positif dan negatif dapat dikoreksi dengan hubungan saling percaya yang telah terbina
- c. Semua anggota bekerjasama untuk mencapai tujuan yang telah disepakati
- d. Tanggung jawab merata, kecemasan menurun, kelompok lebih stabil dan realistis
- e. Kelompok mulai mengeksplorasi lebih jauh sesuai dengan tujuan dan kelompok dalam menyelesaikan tugasnya
- f. Fase penyelesaian masalah kreatif

Petunjuk untuk leader pada fase ini :

- a. Intervensi leader didasari pada kerangka kerja teoritis, pengalaman, personality dan kebutuhan kelompok serta anggotanya
- b. Membantu perkembangan keutuhan kelompok dan mempertahankan batasannya, mendorong kelompok bekerja pada tugasnya
- c. Intervensi langsung ditujukan untuk menolong kelompok mengatasi masalah khusus.

4. Fase terminasi

Ada 2 jenis terminasi yaitu terminasi akhir dan terminasi sementara. Anggota kelompok mungkin mengalami terminasi premature, tidak sukses atau sukses. Terminasi dapat menimbulkan kecemasan, regresi dan kecewa. Untuk menghindari hal ini, terapis perlu mengevaluasi kegiatan dan menunjukkan sikap bermaknanya kegiatan tersebut, menganjurkan anggota untuk memberi umpan balik pada setiap anggota

Terminasi tidak boleh disangkal, tetapi harus tuntas didiskusikan. Akhir terapi aktivitas kelompok harus dievaluasi, bisa melalui pre dan post test.

5.7 Peran Perawat dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Peran dari perawat jiwa yang professional dalam pelaksanaan terapi aktivitas kelompok penderita skizofrenia adalah:

1. Mempersiapkan program terapi aktivitas kelompok
2. Diawali dalam melakukan terapi aktivitas kelompok, perawat terlebih dahulu membuat proposal. Yang kemudian akan dijadikan panduan pelaksanaan terapi aktivitas kelompok, Komponennya berupa karakteristik klien, deskripsi, tujuan, landasan teori, masalah keperawatan, persiapan alat, jumlah perawat, kondisi ruangan, waktu pelaksanaan, serta uraian tugas terapis.

Tugas leader dan coleader

Menjadi motivator, mengobservasi dan menganalisa pola komunikasi yang terjadi dalam kelompok, membantu kelompok menetapkan tujuan serta membuat peraturan dalam mengarahkan memimpin jalannya terapi aktivitas kelompok, dan membantu anggota kelompok dalam dinamis kelompok.

Tugas observer

Tugas seorang observer mencatat, mengamati respon penderita dan jalannya proses terapi aktivitas serta menangani peserta atau anggota kelompok yang *drop out*.

Tugas fasilitator

Perawat ikut serta dalam kegiatan kelompok sebagai anggota kelompok dengan tujuan memberi stimulus pada anggota kelompok lain agar dapat mengikuti jalannya kegiatan.

Tugas mengatasi masalah yang timbul saat terapi

1. Masalah yang timbul kemungkinan berupa kurangnya keterbukaan, resistensi baik individu atau kelompok dan adanya anggota kelompok yang drop out. Cara mengatasi masalah tersebut tergantung pada jenis kelompok terapis,

kerangka teori dan kontrak yang mendasari terapi aktivitas tersebut.

2. Program antisipasi masalah
3. Mengantisipasi keadaan yang bersifat darurat (emergensi dalam terapi) yang dipengaruhi oleh proses pelaksanaan terapi aktivitas kelompok terhadap intervensi keperawatan yang dilakukan
4. Rangkaian tugas diatas terhadap peranan ahli terapi utamanya adalah sebagai fasilitator. Idealnya anggota kelompok sendiri merupakan sumber primer dalam penyembuhan dan perubahan perilaku seseorang.
5. Menurut Depkes RI (1998) di dalam suatu kelompok terapeutik atau non terapeutik tokoh pemimpin adalah pribadi yang paling berharga dalam kelompok, dimana pemimpin kelompok lebih mempengaruhi tingkat kecemasan dan pola tingkah laku anggota kelompok jika dibandingkan dengan anggota kelompok itu sendiri. Hal ini dikarenakan peranan penting terapis diperlukan latihan dan keahlian yang betul-betul professional.
6. Suasana yang diperlihatkan dalam kepribadian ahli terapi adalah agen perubahan yang kokoh. Ahli terapi lebih dari sekedar ahli yang menerapkan tehnik dalam memberikan pengaruh pribadi yang lebih menarik seperti rasa hormat, empati, dan kehangatan (Kaplan & Sadock, 1997).
7. Stuart & Sundeen (1995) mengemukakan bahwa perawat psikiatri dalam terapi aktivitas kelompok berperan sebagai leader atau *co leader*, *observer* dan fasilitator serta mengevaluasi hasil yang dicapai dalam kelompok seorang perawat perlu mendapat latihan dan keahlian yang professional.

DAFTAR PUSTAKA

- Ade Herman Surya Direja. 2012. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*, Yogyakarta : Medikal Book
- Amilya. 2013. *Pengaruh TAK Stimulasi Persepsi Perilaku Kekerasan*. Yogyakarta : Graha Huda.
- Amin Huda. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC_NOC*. Jakarta : Mediaction.
- Dian Husada. 2011. *Asuhan Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- DEPKES RI. 2012. *Profil Kesehatan Indonesia : Masalah Gangguan Jiwa Indonesia*.
- Direja. Ade Herman Surya. 2011. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika .
- Keliat. Budi Anna & Akemat, 2012. *Keperawatan Jiwa. : Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta : EGC.
- Kusumawati, Farida & Hartono, Yudi. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba.
- Ridhyalla Afnuhazi. 2015. *Komunikasi Teraupetik dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Riskesdas. 2013. *Profil Kesehatan : Gangguan Jiwa Indonesia*.
- Stuart & Sunden. 2012. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Wilkinson & Ahern. 2011. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Yosep. Iyus. 2013. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT. Refika Aditama. Cet. Ke-5.
- Yusuf,Rizki, Hanik. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.

BAB 6

TERAPI LINGKUNGAN (MILLEU THERAPY)

Oleh Tri Sumarsih

6.1 Definisi

Terapi atau pengobatan merupakan cara proses penyembuhan suatu gangguan yang disebabkan oleh sumber-sumber gangguan. Sumber-sumber yang bersifat terapeutik (dapat memberikan penyembuhan) dapat berupa orang – orang lingkungan atau benda – benda dan kegiatan– kegiatan yang membawa penyembuhan. Terapi lingkungan berasal dari bahasa Perancis yang artinya perencanaan ilmiah dari lingkungan dengan tujuan yang bersifat terapeutik atau kegiatan yang mendukung kesembuhan (Yosep, 2011).

Pengertian lainnya adalah tindakan dengan memanipulasi dan memodifikasi unsur yang sudah ada pada lingkungan yang sangat berpengaruh positif pada fisik dan psikis seseorang dan dapat mendukung proses penyembuhan pada pasien (Kusumawati & Hartono, 2011).

Terapi lingkungan adalah suatu tindakan penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa melalui manipulasi unsur yang ada di lingkungan dan berpengaruh terhadap penyembuhan pasien gangguan jiwa (Yosep, 2011). Terapi Lingkungan adalah tindakan penyembuhan pasien melalui manipulasi dan modifikasi unsur-unsur yang ada pada lingkungan dan berpengaruh positif terhadap fisik dan psikis individu serta mendukung proses penyembuhan (Kusumawati & Yudi, 2011).

Lingkungan fisik dan psikologis merupakan suatu kondisi yang memiliki pengaruh besar terhadap proses penyembuhan terutama pada pasien gangguan mental. Secara teori diidentifikasi bahwa sistem lingkungan sendiri terdiri dari sistem internal dan sistem eksternal. Sistem internal manusia terdiri atas jenis – jenis sub sistem yang meliputi *biological, psycological, sosiological, dan spiritual*. Sedangkan lingkungan eksternal meliputi: sesuatu di luar batas internal seperti udara, iklim, air, bangunan termasuk diantaranya hal yang tidak dapat diraba seperti: sosial, budaya, politik, dan ekonomi (Yosep, 2011).

Terapi lingkungan dikembangkan oleh Sullivan (1892-1949) tujuan terapi tersebut sebagai terbinanya hubungan interpersonal yang memuaskan. Ahli terapi mengupayakan hubungan interpersonal korektif untuk klien. Sullivan (1892-1949) mengungkapkan istilah pengamat partisipan untuk peran ahli terapi, yang berarti bahwa ahli terapi berpartisipasi dalam hubungan dan mengobservasi kemajuan hubungan. Sullivan juga mengembangkan teori interpersonal dengan terapi lingkungan (Videbeck,2012).

6.2 Tujuan Terapi Lingkungan

Tujuan terapi lingkungan menurut Stuart (2007) adalah:

1. Meningkatkan pengalaman positif pasien khususnya yang mengalami gangguan mental, dengan cara membantu individu dalam mengembangkan harga diri
2. Meningkatkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain
3. Menumbuhkan sikap percaya pada orang lain
4. Mempersiapkan diri kembali ke masyarakat

Tujuan terapi lingkungan menurut Kusumawati & Hartono (2011) yaitu:

1. Membantu Individu untuk mengembangkan rasa harga diri.
2. Mengembangkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain
3. Membantu belajar mempercayai orang lain.
4. Mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat.

6.3 Karakteristik Terapi Lingkungan

Untuk mencapai tujuan yang diharapkan, maka lingkungan harus bersifat terapeutik yaitu mendorong terjadinya proses penyembuhan, lingkungan tersebut memiliki karakteristik sebagai berikut, Yosep (2011):

1. Pasien merasa akrab dengan lingkungan yang diharapkannya
2. Pasien merasa senang/nyaman dan tidak merasa takut dengan lingkungannya
3. Kebutuhan-kebutuhan fisik pasien mudah dipenuhi
4. Lingkungan rumah sakit/bangsar yang bersih
5. Lingkungan menciptakan rasa aman dari terjadinya luka akibat impuls-impuls pasien
6. Personal dari lingkungan rumah sakit/bangsar menghargai pasien sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan dan pendapat serta menerima perilaku pasien sebagai respon adanya stres.
7. Lingkungan yang dapat mengurangi pembatasan-pembatasan atau larangan dan memberikan kesempatan kepada pasien untuk menentukan pilihannya dan membentuk perilaku yang baru.

Nightingale (dalam Yosep, 2011) terapi lingkungan harus memiliki karakteristik:

1. Memudahkan perhatian terhadap apa yang terjadi pada individu dan kelompok selama 24 jam.
2. Adanya proses pertukaran informasi.
3. Pasien merasakan keakraban dengan lingkungan.
4. Pasien merasa senang, nyaman, aman, dan tidak merasa takut baik dari ancaman psikologis maupun ancaman fisik.
5. Penekanan pada sosialisasi dan interaksi kelompok dengan fokus komunikasi terapeutik.
6. Staf membagi tanggung jawab bersama pasien.
7. Personal dari lingkungan menghargai pasien sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan, dan tanggung jawab.
8. Kebutuhan fisik pasien mudah terpenuhi.

6.4 Peran Perawat Dalam Terapi Lingkungan

Peran perawat dalam menyelenggarakan terapi lingkungan adalah sebagai berikut, Yosep (2011):

1. Pencipta lingkungan yang aman dan nyaman
 - a. perawat menciptakan dan mempertahankan iklim/suana yang akrab, menyenangkan, saling menghargai di antara sesama perawat, petugas kesehatan, dan pasien.
 - b. Perawat yang menciptakan suasana yang aman dari benda-benda atau keadaan-keadaan yang menimbulkan terjadinya kecelakaan/luka terhadap pasien atau perawat.
 - c. Menciptakan suasana yang nyaman, yaitu mengatur tatahan ruangan dimana memungkinkan pasien betah, serta pasien dapat menjalankan tugas sehari – hari sesuai dengan kebutuhannya.

- d. Pasien diminta berpartisipasi melakukan kegiatan bagi dirinya sendiri dan orang lain seperti yang biasa dilakukan di rumahnya. Misalnya membereskan kamar.
2. Penyelenggaraan proses sosialisasi
 - 1) Membantu pasien belajar berinteraksi dengan orang lain, mempercayai orang lain sehingga meningkatkan harga diri dan berguna bagi orang lain
 - 2) Mendorong pasien untuk berkomunikasi tentang ide-ide, perasaan dan perilakunya secara terbuka sesuai dengan aturan di dalam kegiatan-kegiatan tertentu
 - 3) Melalui sosialisasi pasien belajar tentang kegiatan-kegiatan atau kemampuan yang baru, dan dapat dilakukannya sesuai dengan kemampuan dan minatnya pada waktu yang luang.
3. Sebagai teknis perawatan

Fungsi perawat adalah memberikan/memenuhi kebutuhan dari pasien, memberikan obat-obatan yang telah ditetapkan, mengamati efek obat dan perilaku-perilaku yang menonjol / menyimpang serta mengidentifikasi masalah-masalah yang timbul dalam terapi tersebut.
4. Sebagai leader atau pengelola

Perawat harus mampu mengelola sehingga tercipta lingkungan terapeutik yang mendukung penyembuhan dan memberikan dampak baik secara fisik maupun secara psikologis kepada pasien.

6.5 Konsep dan Prinsip Terapi Lingkungan

Gundeson (dalam Yosep, 2011) mengatakan ada 5 variabel yaitu keamanan, dukungan, validitas, struktur dan keterlibatan. Kemudian gunderson menambahkan 2 variabel yaitu komunikasi terbuka dan lingkungan fisik.

1. Keamanan
Keamanan meliputi lingkungan yang aman, makanan, tempat tinggal dan pelayanan yang aman yang meliputi kunci pintu, ruang isolasi dan pengikatan serta pelayanan yang di berikan tidak menyakiti pasien.
2. Dukungan
Meliputi keterlibatan pasien, intervensi yang adekuat, memberi semangat, perhatian, penghargaan, pendidikan, pengarahan dan teknik-teknik lain yang dapat meningkatkan harga diri dan martabat pasien.
3. Validasi
Pelayanan yang diberikan tetap memperhatikan individualistic dan menghargai, toleransi dan martabat pasien. Perawat memberi waktu pasien sendiri, bicara empat mata dan memperhatikan tanda dan gejala dengan komunikasi terbuka (Le-Cuyer,1992)
4. Struktur
Meliputi jadwal, peraturan, proses orientasi pasien baru, hubungan kerja staf-staf dan staf-pasien, rapat-rapat rutin dan apat kasus pasien.
5. Keterlibatan
Pasien dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan, kegiatan, proses pengobatan. Pasien diajarkan untuk bernegosiasi dan menyusun rencana.
6. Komunikasi terbuka
Tim kesehatan dan pasien saling memahami bahwa kejujuran, keterbukaan dan juga selektif dalam memberikan informasi sehingga kerahasiaan dan *privacy* pasien tetap terjaga.
7. Lingkungan fisik
Lingkungan fisik harus mampu memberikan proses pemulihan, psikoterapi, peningkatan harga dan nilai diri

pasien, dan juga bisa meningkatkan interaksi pasien dengan orang lain.

8. Lingkungan fisik meliputi:

a. Lingkungan Fisik Tetap

Mencakup struktur dari bentuk bangunan baik eksternal maupun internal. Bagian eksternal meliputi struktur luar rumah sakit, yaitu lokasi dan letak gedung sesuai dengan program pelayanan kesehatan jiwa, salah satunya kesehatan jiwa masyarakat. Berada di tengah-tengah pemukiman penduduk atau masyarakat sekitarnya serta tidak diberi pagar tinggi. Hal ini secara psikologis diharapkan dapat membantu memelihara hubungan terapeutik pasien dengan masyarakat. Memberikan kesempatan pada keluarga untuk tetap mengakui keberadaan pasien serta menghindari kesan terisolasi.

Bagian internal gedung meliputi penataan struktur sesuai keadaan rumah tinggal yang dilengkapi ruang tamu, ruang tidur, kamar mandi tertutup, WC, dan ruang makan. Masing-masing ruangan tersebut diberi nama dengan tujuan untuk memberikan stimulasi pada pasien khususnya yang mengalami gangguan. Setiap ruangan harus dilengkapi dengan jadwal kegiatan harian, jadwal terapi aktivitas kelompok, jadwal kunjungan keluarga, dan jadwal kegiatan khusus misalnya rapat ruangan.

b. Lingkungan Fisik Semi Tetap

Fasilitas-fasilitas berupa alat kerumahtanggaan meliputi lemari, kursi, meja, peralatan dapur, peralatan makan, mandi, dsb. Semua perlengkapan diatur sedemikian rupa sehingga memungkinkan pasien bebas berhubungan satu dengan yang lainnya serta menjaga privasi pasien.

c. Lingkungan Fisik Tidak Tetap

Lebih ditekankan pada jarak hubungan interpersonal individu serta sangat dipengaruhi oleh sosial budaya.

d. Lingkungan Psikososial.

Lingkungan yang kondusif yaitu fleksibel dan dinamis yang memungkinkan pasien berhubungan dengan orang lain dan dapat mengambil keputusan serta toleransi terhadap tekanan eksternal. Beberapa prinsip yang perlu diyakini petugas kesehatan dalam berinteraksi dengan pasien:

- 1) Tingkah laku dikomunikasikan dengan jelas untuk mempertahankan, mengubah tingkah lakupasien.
- 2) Penerimaan dan pemeliharaan tingkah laku pasien tergantung dari tingkah laku partisipasi petugas kesehatan dan keterlibatan pasien dalam kegiatan belajar.
- 3) Perubahan tingkah laku pasien tergantung pada perasaan pasien sebagai anggota kelompok dan pasien dapat mengikuti atau mengisi kegiatan.
- 4) Kegiatan sehari – hari mendorong pasien berinteraksi antar pasien. Mempertahankan kontak dengan lingkungan misalnya adanya kalender harian dan adanya papan nama dan tanda pengenal bagi petugas kesehatan.

6.6 Jenis - Jenis Terapi Lingkungan

Jenis terapi lingkungan menurut Yosep (2011) adalah sebagai berikut :

1. Terapi rekreasi

Yaitu terapi yang menggunakan kegiatan pada waktu luang, dengan tujuan pasien dapat melakukan kegiatan secara konstruktif dan menyenangkan serta mengembangkan kemampuan hubungan sosial. Contohnya: berenang, main kartu, dan karambol.

2. Terapi kreasi seni

Perawat dalam terapi ini dapat sebagai leader atau bekerja sama dengan orang lain yang ahli dalam bidangnya karena harus sesuai dengan bakat dan minat, serta memberikan kesempatan pada pasien untuk menyalurkan/mengekspresikan perasaannya. Contohnya:

a. Menari (*dance therapy*)

Suatu terapi yang menggunakan ekspresi non verbal dengan menggunakan gerakan tubuh dimana mengkomunikasikan tentang perasaan – perasaan dan kebutuhan – kebutuhan.

b. Terapi musik

Terapi ini dilakukan melalui musik. Dengan musik memberikan kesempatan pada pasien untuk mengespresikan perasaan-perasaannya seperti marah, sedih, kesepian. Pelaksanaan terapi ini dapat dilakukan bersama (berkelompok) atau individual. Pasien yang sedang sedih biasanya memilih musik yang sentimentil, sedangkan pasien yang gembira memilih lagu yang gembira dan menuntut banyak gerak.

c. Terapi dengan menggambar dan melukis

Memberikan kesempatan pasien untuk mengekspresikan tentang apa yang terjadi dengan dirinya. Dengan menggambar akan menurunkan ketegangan dan memusatkan pikiran pada kegiatan.

d. Literatur (*biblio therapy*)

Terapi dengan membaca seperti novel, majalah dan buku-buku lain. Dimana pasien diharapkan untuk mendiskusikan pendapatnya setelah membaca. Tujuannya adalah untuk mengembangkan wawasan diri dan bagaimana mengekspresikan perasaan / pikiran dan perilaku yang sesuai dengan norma - norma yang ada.

3. Pet therapy

Terapi ini bertujuan untuk menstimulasi respon pasien yang tidak mampu mengadakan hubungan interaksi dengan orang-orang dan pasien biasanya merasa kesepian, menyendiri, dan menggunakan objek binatang untuk bermain.

4. Terapi Berkebun (*Plant therapy*)

Banyaknya tekanan dan berbagai bentuk gangguan dari lingkungan modern sering kali melampaui daya tahan individu hingga menimbulkan gangguan kesehatan, stress hingga depresi yang merupakan salah satu klasifikasi dari gangguan jiwa. Taman yang didesain berupa lingkungan yang didominasi unsur tanaman, bersifat tidak kompleks dan berpola alami menjadi media terapi bagi penderita depresi (Putri, 2013). Terapi ini bertujuan untuk mengajar pasien untuk memelihara segala sesuatu/mahluk hidup, dan membantu hubungan yang akrab antara satu pribadi kepada pribadi lainnya dengan memelihara tumbuhan, mulai dari menanam dan memelihara, serta menggunakannya saat tanaman dipetik. Terapi berkebun adalah salah satu bentuk terapi aktif. Terapi berkebun telah menjadi bagian penting dari perawatan pasien karena dapat meningkatkan kesehatan tubuh, pikiran dan semangat serta kualitas hidup. Terapi berkebun adalah terapi yang unik karena terapi ini membuat pasien berhubungan dengan makhluk hidup yaitu tumbuh- tumbuhan yang memerlukan perawatan yang tidak boleh diskriminatif (Yosep, 2011).

Terapi lebih difokuskan pada pendekatan secara medis dan memerlukan kehadiran taman terapi hortikultura sebagai salah satu metode terapi baru yang bisa digunakan bagi penderita gangguan jiwa. dengan menggunakan pendekatan emosi dan psikologi (Putri, 2013). Pada tata hijau tanaman

hortikultura tanaman tidak ditentukan secara khusus namun merupakan tanaman hortikultura yaitu sayuran, buah-buahan dan tanaman hias. Tanaman hortikultura yang ditanam disesuaikan dengan kebutuhan serta musim pada saat ditanam (Zulkarnain, 2009). Terapi berkebun memberikan keuntungan bagi empat area dasar yaitu kognitif, sosial, perkembangan psikologis dan fisik (Friends Hospital, 2005):

1. Kognitif

Keuntungan kognitif yaitu mempelajari kemampuan dan bahasa baru. Melalui terapi berkebun pasien dapat meningkatkan kemampuan membuat keputusan dan memecahkan masalah, disamping kemampuan untuk mempelajari instruksi yang kompleks. Pasien mampu bekerja secara mandiri sehingga dapat meningkatkan kewaspadaan terhadap lingkungan di sekitar mereka.

2. Sosial

Terapi berkebun membuat pasien bekerja di dalam kelompok dengan cara berbagi, berinteraksi dan berkompromi untuk bekerja sama dalam mencapai tujuan. Berinteraksi sosial di dalam kelompok membantu pasien lebih baik.

3. Perkembangan Psikologis

Perkembangan psikologis termasuk peningkatan harga diri dan percaya diri. Bekerja dengan tanaman membuat pasien merasakan rasa tanggung jawab. Mengetahui mereka bertanggung jawab untuk memelihara dan merawat tumbuhan hidup membuat pasien merasa lebih produktif dan merasa termotivasi. Pasien merasa tenang dan menjadi lebih terbuka untuk berbicara mengenai masalah mereka.

4. Peningkatan Fisik

Peningkatan fisik terjadi karena pasien bekerja pada udara segar, menggerakkan tubuh dan beradaptasi terhadap perubahan fisik dan lingkungan. Terapi berkebun dapat

melatih otot dengan merangsang perkembangan motorik kasar dan motorik halus untuk membantu pasien memperoleh rasa terhadap warna, tekstur, bentuk dan penciuman. Perawat dapat menggunakan tanaman dan tumbuhan.

Syarat menciptakan terapi Lingkungan pada kondisi khusus, Yosep (2011) :

1. Pasien harga rendah diri (*low self esteem*), depresi (*depression*) bunuh diri (*suicide*). Syarat lingkungan secara psikologis harus memenuhi hal-hal sebagai berikut :
 - a. Ruangan aman dan nyaman
 - b. Terhindar dari alat-alat yang dapat digunakan untuk mencederai dirisendiri atau orang lain
 - c. Alat-alat medis, obat-obatan, dan jenis cairan medis di lemari dalam keadaan terkunci.
 - d. Ruangan harus ditempatkan di lantai satu dan keseluruhan ruangan mudah dipantau oleh petugas kesehatan.
 - e. Tata ruangan menarik dengan cara menempelkan poster yang cerah dan meningkatkan gairah hidup pasien.
 - f. Warna dinding cerah.
 - g. Adanya bacaan ringan, lucu, dan memotivasi hidup
 - h. Hadirkan musik ceria, televisi, dan film komedi.

Lingkungan sosial:

- a. Komunikasi terapeutik dengan cara semua petugas menyapa pasien sesering mungkin.
- b. memberikan penjelasan setiap akan melakukan kegiatan keperawatan atau kegiatan medis lainnya.
- c. Menerima pasien apa adanya jangan mengejek serta merendahkan.
- d. Meningkatkan harga diri pasien.

- e. Membantu menilai dan meningkatkan hubungan social secara bertahap.
- f. Membantu pasien dalam berinteraksi dengan keluarganya.
- g. Sertakan keluarga dalam rencana asuhan keperawatan, jangan membiarkan pasien sendiri terlalu lama di ruangnya.

6.7 Terapi Lingkungan Sesuai Dengan Tingkatan Usia

Terapi lingkungan sesuai dengan tingkat usianya menurut Kusumawati & Hartono (2011) yaitu:

1. Anak-Anak

Berfokus pada peningkatan perilaku yang bermakna, rasa percaya pada orang lain dan berinteraksi dengan teman sebaya. Anak-anak diajarkan terapi perilaku yaitu diajarkan bahwa semua perilaku punya konsekuensinya. Bila perilaku baik akan menerima hadiah tetapi bila tidak akan menerima hukuman.

2. Remaja

Pada masa ini masalah yang dihadapi bukan saja masalah perilaku tetapi juga masalah pendidikan. Untuk itu mereka dilatih untuk belajar mengembangkan otonomi, kemampuan beradaptasi dengan tekanan teman sebaya, bertanggung jawab dan memilih keterampilan sekolah.

3. Dewasa

Masalah yang dihadapi bisa percobaan bunuh diri, penurunan kognitif dan sensorik, fisik dan masalah kesehatan. Lingkungan harus mampu membuat pasien menerima keadaannya, beradaptasi dan memecahkan masalahnya.

4. Pasien skizofrenia

Lingkungan yang dibutuhkan adalah yang memberi keamanan, terstruktur, memberi dukungan, sosialisasi dengan orang-orang yang mengerti dia.

DAFTAR PUSTAKA

- Kusumawati, F., & Hartono, Y. 2011. *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muncil, G. R. 2009. Milieu Therapy as a Communication Intervention: A Review of the Literature Related to Children with Autism Spectrum Disorde. *Jurnal education and training in developmental disabilities*. 44 (1), 105-117.
- Putri, M. N., Astawa, N. G., & Utami, N. F. 2013. Perancangan Taman Terapi Hortikultura Bagi Penderita Gangguan Jiwa Pada Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. *E-jurnal agroekoteknologi tropika Vol. 2, No. 4*.
- Putri, M. N., Astawa, N. G., & Utami, N. F. 2013. Perancangan Taman Terapi Hortikultura Bagi Penderita Gangguan Jiwa Pada Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. *E-jurnal agroekoteknologi tropika Vol. 2, No. 4*.
- Stuart, G. W. 2006. *Buku saku : keperawatan jiwa*. Jakarta : EGC
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. 2007. *Prinsiples and practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis : Mosby.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. 2007. *Keperawatan jiwa edisi 3*. Jakarta : EGC.
- Sugiyono (2004). *Statistik untuk penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Videbebeck, S. L. 2012. *Buku ajar : keperawatan jiwa*. Jakarta : Buku kedokteran EGC
- Yosep, I. 2011. *Keperawatan Jiwa*, Bandung: PT Refika Aditama.
- Zulkarnain. 2009. *Dasar-Dasar Hortikultura*. Jakarta : Bumi Aksara.

BIODATA PENULIS



Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes,
Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang

Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes, Lahir di Palembang 19 Juni 1980. Ibu dari empat putri cantik yang super aktif dan suami yang penuh cinta. Mengenal dan akhirnya mencintai dunia keperawatan pertama kami di Akper Depkes Palembang, kemudian melanjutkan kembali pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini menekuni profesi sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang sejak tahun 2009 hingga sekarang. Sangat bersemangat melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat bertema tentang psikologi anak berbasis keperawatan. “Setiap hari selalu ada yang ingin saya buat untuk kemajuan keperawatan dan masyarakat, beruntungnya saya dikelilingi oleh guru dan teman-teman yang selalu bersemangat untuk belajar bersama, bermetamorfosis bersama dari ulat menjadi kepompong dan kelak menjadi kupu-kupu”. Motto hidup saya “Hidup Sekali, Hidup Berarti, Kelak Diminta Pertanggungjawaban”.
Email: yunike@poltekkespalembang.ac.id

BIODATA PENULIS



Dr. Ira Kusumawaty, SKp., MKes., MPH,
Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang

Dr. Ira Kusumawaty, SKp., MKes., MPH, terlahir di Surabaya, merupakan Ibu seorang putri serta dua orang putra. Pendidikan bidang Keperawatan telah digeluti hingga jenjang doktoral. Universitas Indonesia sebagai institusi tempatnya belajar pada jenjang pendidikan strata satu dan strata dua. Strata dua bidang kepemimpinan dan manajemen keperawatan telah membekalinya dalam menganalisis kegiatan manajerial pelaksanaan program kesehatan. Koninklijke Institute voor de Tropen Amsterdam juga menjadi tempatnya menimba ilmu bidang kesehatan masyarakat, menjadi fondasi untuk mengurai, menganalisis kompleksitas permasalahan kesehatan serta merumuskan solusinya. Meningkatkan wawasan tak henti dijalani hingga berkesempatan menempuh pendidikan strata tiga di Universitas Gadjah Mada dengan konsentrasi caring perawat. Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang merupakan instansi tempatnya bekerja hingga saat ini. Kegiatan pengajaran, penelitian dan kegiatan pengabdian kepada masyarakat diupayakan demi mendarmabaktikan

keilmuannya untuk menebarkan bulir-bulir manfaat bagi masyarakat. irakusumawaty@poltekkespalembang.ac.id

BIODATA PENULIS



Ns. Uji Kawuryan, S.Kep., M.Kep

Dosen Program Studi S1 Keperawatan
Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalbar

Penulis lahir di Sungai Pinyuh pada tanggal 28 Juli 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Keperawatan, Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat Sejak tahun 2010 sampai dengan sekarang. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada jurusan keperawatan pada tahun 2008, kemudian menyelesaikan pendidikan Profesi Ners pada tahun 2010 di Universitas Muhammadiyah Surakarta. Penulis menyelesaikan pendidikan S2 pada Jurusan Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2017. Penulis adalah dosen keperawatan dengan departemen keilmuan Jiwa Komunitas, aktif menjadi anggota IPKJI Kalimantan Barat dan menjadi pengurus DPD PPNI KKR sejak tahun 2021 sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



Ns. Widya Arisandy, S.Kep., M.Kes
Dosen Program Studi DIII Keperawatan
STIKES 'Aisyiyah Palembang

Penulis lahir di Kota Palembang tanggal 25 Desember 1982. Penulis tahun 2008-2009 pernah menjadi dosen keperawatan luar biasa di STIKES Muhammadiyah Palembang serta menjadi tenaga kesehatan di Puskesmas Sukajadi Kabupaten Banyuasin Provinsi Sumatera Selatan. Kemudian penulis menjadi Karyawan dan dosen tetap pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Palembang pada tahun 2009 - sekarang.

Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan lulus tahun 2005, profesi Ners di STIK Bina Husada Palembang Tahun 2007 dan melanjutkan S2 Kesehatan Reproduksi Magister Kesehatan STIK Bina Husada Palembang lulus tahun 2014. Penulis menekuni bidang rumpun ilmu keperawatan jiwa, dan pernah mendapatkan hibah penelitian dosen pemula dari Kemenristekdikti tahun 2017. Saat ini penulis aktif menjadi pengurus sebagai sekretaris PW IPKJI (Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia) Provinsi Sumatera Selatan.

BIODATA PENULIS



Tri Sumarsih, S.Kep., Ns., MNS

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gombong

Penulis lahir di Kebumen tanggal 13 Agustus 1984. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Program Sarjana. Menyelesaikan pendidikan S1 pada tahun 2007 dan lulus pendidikan Profesi Ners pada tahun 2008 pada Jurusan Ilmu Keperawatan. Penulis melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Keperawatan dengan peminatan keperawatan jiwa di Khon Kaen University, Thailand dan lulus pada tahun 2016. Saat ini penulis sedang melanjutkan pendidikan doktoral di Universiti Malaysia Sabah. Penulis menekuni bidang kesehatan mental terutama keperawatan. Penulis juga aktif menulis artikel penelitian dan pengabdian kepada masyarakat baik nasional maupun internasional.