

BAHAN AJAR

KEPERAWATAN JIWA

OLEH : Ns. NIA APRILLA,
M.Kep



DAFTAR ISI

1. KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA
2. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KRISIS DAN BENCANA
3. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PENGGUNAAN NAPSA DAN HIV-AIDS
4. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANSIETAS
5. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HARGA DIRI RENDAH
6. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN



KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA



PENDAHULUAN

Pada pertemuan ini kita akan membahas tentang teori Hildegard Peplau. Selama 150 menit kedepan akan disampaikan materi tentang konsep dasar keperawatan jiwa.

Tujuan yang akan dicapai setelah mengikuti perkuliahan ini, diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan tentang teori konsep dasar keperawatan jiwa.



Pengertian kesehatan jiwa

- Kesehatan jiwa bukan hanya tidak ada gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yg mencerminkan kedewasaan kepribadiannya



Cont...

- Kondisi yg memfasilitasi secara optimal dan selaras dgn orang lain, sehingga tercapai kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat dan lingkungan. Keharmonisan jiwa yaitu sanggup menghadapi masalah yang biasa terjadi dan merasa bahagia



- Kondisi yg memungkinkan fisik, intelektual, emosional secara dari seseorang dan perkembangan ini berjalan selaras dgn orang lain (UU Kes Jiwa no 13 tahun 1996).
- Kondisi jiwa seseorang terus tumbuh dan berkembang dan mempertahankan keselarasan dlm pengendalian diri serta terbebas dari stres yg serius.



Kriteria sehat jiwa menurut Yahoda

1. Sikap positif terhadap diri sendiri
2. Tumbuh kembang dan aktualisasi diri
3. Integrasi (keseimbangan/kebutuhan)
4. Otonomi
5. Persepsi realitas
6. Mampu beradaptasi terhadap lingkungan



8 sehat jiwa menurut WHO

1. Dapat menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan
2. Mendapat kepuasan dari usahanya
3. Lebih puas memberi daripada menerima
4. Bebas dari cemas
5. Saling tolong menolong dan memuaskan dgn orang lain
6. Menerima kegagalan sbg pelajaran
7. Mengarahkan rasa pemusuhan pada penyesuaian yg kreatif & konstruktif
8. Daya kasih sayang yg besar




Pengertian keperawatan kesehatan jiwa

- Proses dimana perawat membantu indiv atau kelompok dlm mengembangkan konsep diri yg positif, meningkatkan pola hubungan antar pribadi yg lebih harmonis serta agar berperan lebih produktif di masyarakat (Dorothy, cecilia)



- Proses interpersonal yg berusaha utk meningkatkan dan mempertahankan perilaku shg pasien dpt berfungsi utuh sbg manusia.
- Area khusus dlm keperawatan yg menggunakan teori ilmiah ttg perilaku dan diri sendiri scr terapeutik sesuai dgn kiat keperawatan
- Memperhatikan dan meningkatkan kesehatan mental optimal masyarakat dan individu yg hidup didalamnya



 Area khusus dlm praktik keperawatan yg menggunakan ilmu tingkah laku manusia sbg dasar dan menggunakan diri sendiri scr terapeutik dlm meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan klien dan kesehatan mental masy dimana klien berada.



Prinsip keperawatan kesehatan jiwa

1. Peran dan fungsi kep jiwa : perawat yg kompeten
2. Hubungan yg terapeutik antara perawat dan klien
3. Konsep model kep jiwa
4. Model adaptasi dlm kep jiwa
5. Keadaan2 biologis dlm kep wa
6. Keadaan sosial budaya dlm kep jiwa
7. Keadaan2 lingk dalam kep jiwa



7. Keadaan2 legal etika dlm kep jiwa
8. Pelaksanaan proses keperawatan sesuai dgn standar2 keperawatan
9. Aktualisasi peran kep jiwa melalui penampilan standar2 profesional



Peran perawat kesehatan jiwa

- Pelaksana asuhan keperawatan
bertgg jawab melaksanakan askep scr komprehensif
- Pengelola keperawatan
bertgg jwb dlm administrasi kep, spt menerapkan teori manajemen dan kepemimpinan dlm mengelola askep, mengorganisasi pelaksanaan terapi modalitas
- Pendidik keperawatan
bertgg jwb memberikan pendidikan kes kpd individu, klg, komunitas shg mampu merawat diri sendiri
- Peneliti
bertgg jawab dlm penelitian utk meningkatkan praktik keperawatan jiwa

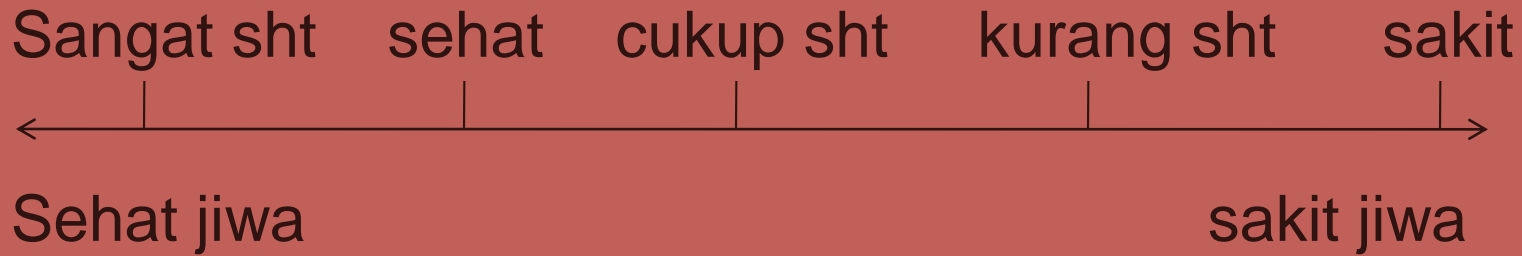


Tujuan keperawatan kesehatan jiwa

- Menolong klien agar dpt kembali ke masyarakat sbg individu yg mandiri dan berguna
- Pencegahan merupakan tujuan utama yg terdiri dari 3 tingkat pencegahan ; primer, sekunder, dan tertier
- Perawatan umum : titik berat pd fisik tapi tidak mengabaikan psikososialnya
- Perawatn kes mental : titik berat pd mental/psikiatri, tidak mengabaikan masalah fisik.



Derajat kesehatan jiwa



- Tidak seorang pun selalu merasa sehat jiwa sepanjang hidupnya
- Suatu saat mereka dpt mengalami stress dan aneka gangguan kesehatan jiwa lainnya



Dasar-dasar kesehatan jiwa

1. Keswa tdk dpt dipisahkan dr masalah kepribadian manusia
2. Keswa ditentukan oleh factor intrinsik (biologi, keturunan) & ekstrinsik (keluarga, masyarakat, lingk)
3. Keswa tdk terjadi dgn sendirinya, perlu usaha/waktu utk mengembangkan dan membinanya
4. Dasar2 pembinaan jiwa yg sehat diletakkan di lingk keluarga



5. Komunikasi yg sehat, suasana klg yg harmonis & bahagia merupakan syarat berkembangnya jiwa anak yg sehat
6. Klg yg sehat jiwa berawal dr orangtua atau perkawinan yg sehat jiwa pula
7. Orangtua perlu memahami dasar2 keswa & berusaha mencapai kondisi jiwa yg sehat.



EVALUASI

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan sehat jiwa!
2. Jelaskan 8 kriteria sehat jiwa menurut WHO!
3. Jelaskan tujuan keperawatan kesehatan jiwa!



Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kondisi Krisis Dan Bencana

Pengertian Krisis Dan Bencana

- Peristiwa bencana alam dan konflik yang terjadi telah menyebabkan banyak individu keluarga dan masyarakat mengalami trauma fisik ,maupun psikologis .Trauma yang di alami mengakibatkan individu jatuh pada kondisi krisis
- Bencana adalah kejadian yang di sebab kan oleh perbuatan manusia ataupun perubahan alam yang mengakibatkan kerusakan dan kehancuran sehingga perlu bantuan orang lain untuk memperbaikinya

Penyebab Krisis Dan Bencana

- Bencana dapat terjadi secara alamiah maupun buatan manusia . beberapa kejadian alam yang menyebabkan bencana antara lain ; gunung meletus , gempa bumi banjir bandang , angin topan tsunami , angin puting beliun dan wabah
- kejadian buatan manusia yang menimbulkan bencana antara lain terror bom, konflik petikaian yang berkepanjangan

Respon Individu Terhadap Bencana

- Ada 3 tahap reaksi emosi yang dapat terjadi setelah bencana
- Reaksi individu segera (24 pukul) setelah bencana :
- Tegang cemas ,panic
- Terpaku ,linglung ,syok , tidak percaya
- Gembira atau euphoria,tyidak terlalu merasa menderita
- Lelah bingung
- Gelisah menangis ,menarik diri
- Merasa bersalah

- Minggu pertama sampai ke tiga setelah bencana
- Ketakutan waspada sensitive mudah marah kesulitan tidur
- Khawatir sangat sedih
- Mengulang –ulang kembali (flashback)kejadian
- Bersedih
- Reaksi positif yang masih di miliki;berharap atau berfikir tentang masa depan ,terlibat dalam kegiatan menolong dan menyelamatkan
- menerima bencana sebagai takdir

- lebih dari minggu ketiga setelah bencana .reaksi yang di perlihat kan dapat menetap dan di manifestasi kan dengan :
- kelelahan
- merasa panic
- kesedihan terus berlanjut,pesimis ,dan berfikir tidak realistis
- tidak beraktivitas ,isolasi dan menarik diri
- kecemasan yang di manifestasikan dengan palpitasi , pusing ,letih ,mual

Cara Mengelola Bencana

- 3 tahapan tindakan keperawatan dalam mengelola bencana sesuai dengan proses terjadinya :
- Program antisipatif untuk kondisi pra bencana
- Tindakan segera untuk kondisi segera setelah bencana
- Pemulihan untuk kondisi pasca bencana

Program Antisipatif Untuk Kondisi Pra Bencana

- Tindakan ini di tujukan pada kesiapan individu dan masyarakat untuk mengantisipasi bencana yang akan terjadi. Petugas kesehatan perlu mengetahui secara jelas rencana penanganan bencana (protap) yang telah di susun dan berkoordinasi dengan pihak terkait terutama PMI ,Perlu diajarkan tanda terjadi bencana,mengingatnkan bencana yang perna terjadi sebelum nya ,tindakan yang perlu dilakukan ,mobilisasi dan evakuasi

Tindakan segera untuk kondisi segera setelah bencana

- Tingka I .membutuhkan bantuan emergensi medic, kepolisian, pemadam kebakaran ,SAR,dari daerah setempat mis: kebakaran pada rumah ,tenggelam, kecelakaan lalu lintas
- Tingkat II. Membutkan bantuan dengan cangkupan yang lebih luas , melibatkan tim kesehatn, SAR, kepolisian satu provinsi, karna lokasi bencana yang luas mis: kecelakaan atau bom di gedung
- Tingkat III. membutuhkan bantuan dari berbagai unsur dari masyarakat yang melibatkan satu negara mis: gempa bumi ,

Pemulihan untuk kondisi pasca bencana

- Keterlibatan seluruh pihak untuk bergerak bersama memperbaiki kondisi ekonomi dan kehidupan masyarakat. Tindakan yang dilakukan pada fase ini adalah perbaikan, penataan kembali, dan mitigasi

tindakan yang dapat dilakukan saat terjadi bencana

- Factor penyeimbang yang membuat individu dapat melalui krisis yang di alami adalah persepsi terhadap kejadian realistis mempunyai sistem pendukung dri lingkungan dan mempunyai mekanisme koping yang ade kuat

- prinsip tindakan untuk mengatasi krisis sesuai 3 faktor penyeimbang tersebut yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien , menggali masalah pasien dan mengembangkan alternative pemecahan masalah .

Segera setelah bencana (24 jam)

- Perlu menilai dengan cermat seperti :
- Kerusakan lingkungan yang terjadi , Jenis cedera yang di alami , Penderitaan yang di alami , Kebutuhan dasar yang harus di penuhi segera
- yang perlu di lakukan :
- Pertolongan darurat untuk masalah fisik
- Memenuhi kebutuhan dasar
- Untuk membantu individu melau fase krisis maka perawat perlu memfasilitasi kondisi yang dapat menyeimbangkan krisis seperti menjadi sumber koping (sistem pendukung) bagi pasien

Minggu pertama sampai minggu ke tiga setelah bencana

- Berikan informasi yang sederhana dan mudah di akses tentang lokasi jenazah
- Mendukung keluarga jika jenazah di makam kan tanpa upacara tertentu
- Membantu mencari anggota keluarga yang terpisah pada individu yang beresiko seperti lansia, bumil, anak dan remaja
- Anjurkan pasien dan keluarga untuk melkukan aktivitas kelompok yang terorganisir seperti ibadah bersama

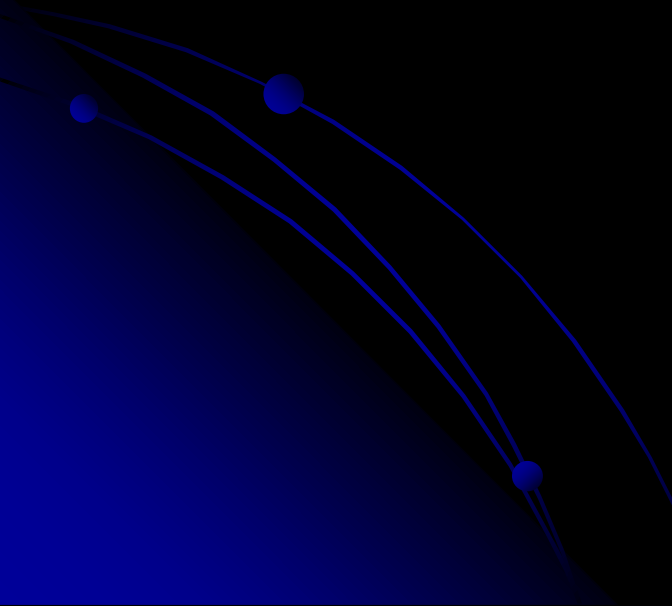
Setelah minggu ketiga bencana

- Tindakan psikososial secara umum
- Tindakan yang harus dilakukan pada pertolongan pertama dalam masalah psikososial
- Identitas individu coping yang tidak efektif, Bina hubungan saling percaya
- Penuhi kebutuhan fisik yang mendesak
- Mobilisasi dukungan sosial
- Cegah timbulnya bahaya yang seperti berjangkitnya penyakit menular

- Psikososia khusus
- Yg dapat dilakukan fase ini di antara lain konseling trauma ,konseling berduka ,dan bombing antisipasi

- kriteria kasus yang perlu di rujuk
- Kasus gangguan mental yang telah di ketahui sebelum nya
- korbana dgn gejala psikologi
- korban yang mengalami disfungsi
- korban yang berniat bunuh diri
- penyalah gunaan obat obatan dan alcohol
- kekerasan fisik dlm keluarga dan kelompok resiko tinggi

NAPZA & HIV-AIDS



MERDEKA ATAU MATI



BAHWA KEMERDEKAAN ITU IALAH HAK SETIAP ANAK BANGSA DAN OLEH SEBAB ITU MAKA PENJAJAHAN NARKOBA HARUS DIHAPUSKAN KARENA HANYA AKAN MENYENGSAKAKAN DAN MERUSAK MASA DEPAN BANGSA INDONESIA.

PENGERTIAN NAPZA

- NAPZA adalah obat, bahan, Zat bukan makanan, yang Jika diminum, dihisap, dihirup, ditelan atau disuntikan, Berpengaruh terutama pada kerja otak (susunan Syaraf pusat) dan seringkali menyebabkan ketergantungan. Yang tergolong narkoba adalah : Narkotika, Psikotropika dan zat Adiktif lain, termasuk minuman beralkohol.

Jenis NAPZA

1. Opiod
2. Kokain :
3. Kanabis (ganja)
4. Amphetamine :
5. Lsd (lysergic acid).
6. Sedatif – hipnotik (benzodiazepin) :
7. Solvent / inhalasi :
8. Alkohol :



Penyebab Penyalahgunaan NAPZA

- Faktor Individual

remaja sedang mengalami perubahan biologi, psikologi maupun sosial yang pesat

- Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan meliputi faktor keluarga dan lingkungan pergaulan baik sekitar rumah, sekolah, teman sebaya, maupun masyarakat.

Ciri – ciri remaja yang mempunyai resiko lebih besar menggunakan NAPZA

- a. Cenderung memberontak
- b. Memiliki gangguan jiwa lain, misalnya : depresi, cemas.
- c. Perilaku yang menyimpang dari aturan atau norma yang ada
- d. Kurang percaya diri
- e. Mudah kecewa, agresif dan destruktif
- f. Murung, pemalu, pendiam
- g. Merasa bosan dan jenuh
- h. Keinginan untuk bersenang – senang yang berlebihan
- i. Keinginan untuk mencaoba yang sedang mode
- j. Identitas diri kabur
- k. Kemampuan komunikasi yang rendah
- l. Putus sekolah
- m. Kurang menghayati iman dan kepercayaan

Lingkungan Keluarga

- a. Komunikasi orang tua dan anak kurang baik
- b. Hubungan kurang harmonis
- c. Orang tua yang bercerai, kawin lagi
- d. Orang tua terlampau sibuk, acuh
- e. Orang tua otoriter
- f. Kurangnya orang yang menjadi teladan dalam hidupnya
- g. Kurangnya kehidupan beragama

Lingkungan sekolah

- a. Sekolah yang kurang disiplin
- b. Sekolah terletak dekat tempat hiburan
- c. Sekolah yang kurang memberi kesempatan pada siswa untuk mengembangkan diri secara kreatif dan positif
- d. Adanya murid pengguna NAPZA.

Lanjutan...

- Lingkungan Teman Sebaya :
 - a. Berteman dengan penyalahguna
 - b. Tekanan atau ancaman dari teman.
- Lingkungan Masyarakat / Sosial :
 - a. Lemahnya penegak hukum
 - b. Situasi politik, sosial dan ekonomi yang kurang mendukung

Akibatnya Bila Kamu Pakai **NARKOBA**



Katakan **TIDAK**
untuk **NARKOBA**

Dampak

Penyalahgunaan NAPZA

- Gangguan kesehatan jasmani : fungsi organ-organ tubuh terganggu.
- Penyakit menular karena pemakaian jarum suntik bergantian (hepatitis B/C, HIV, AIDS).
- Overdosis yang dapat menyebabkan kematian. Ketergantungan, yang menyebabkan gejala sakit jika pemakainya dihentikan atau dikurangi, serta meningkatnya jumlah narkoba yang dikonsumsi.
- Gangguan kesehatan jiwa.
- Gangguan dalam kehidupan keluarga, sekolah dan sosial (pertengkaran, masalah keuangan, putus sekolah, menganggur, kriminalitas, dipenjara, dikucilkan, dll).

gue paling sengsara
di dunia

- sekolah hancur
- **keluarga berantakan**
- isi rumah habis
- *anak terlantar*

- masa depan suram
semua gara2 narkoba



Pencegahan NAPZA

1. Pencegahan primer : mengenali remaja resiko tinggi penyalahgunaan NAPZA dan melakukan intervensi.
2. Pencegahan Sekunder : mengobati dan intervensi agar tidak lagi menggunakan NAPZA.
3. Pencegahan Tersier : merehabilitasi penyalahgunaan NAPZA.

Lanjutan....

- Mengasuh anak dengan baik.
- Ciptakan suasana yang hangat dan bersahabat
- Meluangkan waktu untuk kebersamaan.
- Orang tua menjadi contoh yang baik.
- Kembangkan komunikasi yang baik.
- Memperkuat kehidupan beragama.
- Orang tua memahami masalah penyalahgunaan NAPZA



ASKEP ANSIETAS SESUAI
DENGAN SDKI (Standar
Diagnosa Keperawatan
Indonesia)



i ❤️ MY
MOM

ANSIETAS

- Berkaitan dgn perasaan tidak pasti dan tidak berdaya
- Tidak memiliki objek yg spesifik
- Ansietas berbeda dgn rasa takut
- Rasa takut merupakan penilaian intelektual thdp sesuatu bahaya
- Ansietas adalah respon emosional thdp penilaian tsb.



- Ketakutan/kekuatiran pada sesuatu yang tdk jelas dan berhubungan dengan perasaan tidak menentu dan tak berdaya (helplessness).
- Perasaan isolasi, terasing, dan terancam mungkin dialami.
- Individu mempersepsikan kepribadiannya terancam.
- Manusia mulai merasakan sejak bayi
- Berhenti kalau mati



Karakteristik Ansietas

- Mpk emosi dan bersifat subyektif.
- Sumber tdk jelas (takut ~ sumber jelas).
- Bisa ditularkan
- Terjadi akibat adanya ancaman pada harga diri, identitas diri.
- Perlu adanya keseimbangan antara keberanian dan kecemasan



Tingkat ansietas

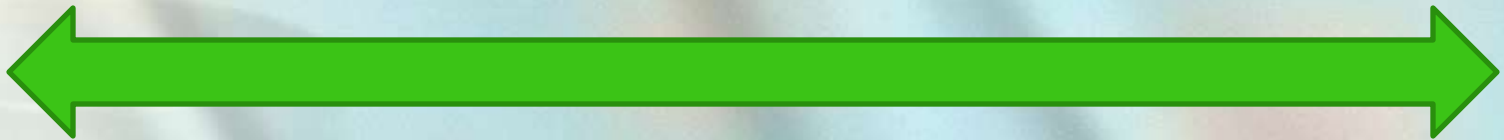
- Ansietas ringan
- Ansietas sedang
- Ansietas berat
- Tingkat panik



Rentang respon ansietas

Respon adaptif

maladaptif



i♥MY
MOM

Antisipasi

ringan

sedang

berat

panik

Ansietas ringan

- Berhubungan dgn ketegangan dalam kehidupan sehari2
- Menyebabkan seseorang mjd waspada dan meningkatkan lapang persepsinya



Ansietas sedang

- Seseorang hanya fokus pd satu masalah saja yg dianggapnya penting
- Mengalami perhatian yg selektif tapi masih bisa melakukan sesuatu yg lebih terarah



Ansietas berat

- Lapang persepsi seseorang mulai berkurang
- Seseorang cenderung memusatkan perhatian pd sesuatu yg terperinci dan spesifik dan tidak dpt berfikir ttg hal lain
- Semua perilaku ditujukan utk mengurangi ketegangan
- Memerlukan pengarahan utk dapat memusatkan pd suatu area lain.



Panik

- Mengalami kehilangan kendali
- Tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan
- Terjadi peningkatan aktifitas motorik, menurunnya kemampuan utk berhubungan dgn org lain, persepsi yg menyimpang, kehilangan pemikiran yg rasional.



Panik

- Hilang kontrol
- Tak bisa melakukan sesuatu tanpa perintah atau arahan.
- Disorganisasi kepribadian.
- Meningkatnya aktivitas motorik
- Menurunnya kemampuan menghubungkan-hubungkan.
- Distrosi persepsi
- Hilangnya pikiran rasional
- Hilangnya komunikasi dan fungsi efektif.
- Bila berlangsung berkepanjangan menyebabkan exhaustion ~ kematian



Penyebab

1. Krisis situasional
2. Kebutuhan tidak terpenuhi
3. Krisis maturasional
4. Ancaman terhadap konsep diri
5. Ancaman terhadap kematian
6. Kekhawatiran mengalami kegagalan
7. Disfungsi fungsi keluarga
8. Hubungan orang tua anak tidak memuaskan
9. Faktor keturunan (temperamen, mudah teragitasi sejak lahir)
10. Penyalahgunaan zat
11. Terpapar bahaya lingkungan (semisal toksin, polutan dan lain-lain)
12. Kurang terpapar informasi



i ❤️ MY
MOM

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- Merasa bingung
- Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- Sulit berkomunikasi

Objektif

- Tampak gelisah
- Tampak tegang
- Sulit tidur



Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- Mengeluh pusing
- Anoreksia
- Palpitasi
- Merasa tidak berdaya

Objektif

- Frekuensi nafas meningkat
- Frekuensi nadi meningkat
- Diaforesis
- Tremor
- Muka tampak pucat
- Suara bergetar
- Kontak mata buruk
- Sering berkemih
- Berorientasi pada masa lalu



Kondisi Klinis Terkait

- Penyakit kronis progresif (semisal kanker, penyakit autoimun)
- Penyakit akut
- Hospitalisasi
- Rencana operasi
- Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
- Penyakit neurologis
- Tahap tumbuh kembang



Tujuan dan hasil yang diharapkan

Setelah dilakukan perawatan :

1. Klien mampu menggambarkan kecemasan pola kopingnya sendiri
2. Klien menunjukkan peningkatan konsentrasi dan ketepatan fikiran
3. Klien menunjukkan kemampuan untuk meyakinkan diri sendiri



4. Klien dapat mempertahankan tingkat fungsi peran yang diinginkan beserta pemecahan masalahnya
5. Klien dapat mengidentifikasi dan mengemukakan pemicu kecemasan, konflik dan ancaman
6. Klien menunjukkan kembalinya keterampilan dasar dalam pemecahan masalah
7. Klien menunjukkan peningkatan fokus pikiran
8. Klien memiliki postur, ekspresi wajah, gerakan dan tingkat aktivitas yang mencerminkan penurunan tekanan stres atau cemas
9. Klien menunjukkan pengendalian diri terhadap kecemasan



i ❤️ MY
MOM

Intervensi Asuhan Keperawatan

1. Pantau perubahan tanda-tanda vital dan kondisi yang menunjukkan peningkatan kecemasan klien. R : Perubahan tanda-tanda vital dapat digunakan sebagai indikator terjadinya ansietas pada klien.



2. Berikan informasi serta bimbingan antisipasi tentang segala bentuk kemungkinan yang akan terjadi di masa yang akan datang. R : Mempersiapkan klien menghadapi segala kemungkinan, krisis perkembangan dan /atau situasional



3. Ajarkan teknik relaksasi diri dan pengendalian perasaan negatif atas segala hal yang dirasakan klien. R :Teknik menenangkan diri dapat digunakan untuk meredakan kecemasan pada klien yang mengalami distress akut.

4. Instruksikan untuk melaporkan timbulnya gejala-gejala kecemasan yang muncul yang tidak dapat lagi dkontrol. R : Membantu memudahkan penyediaan layanan kesehatan untuk menganalisis kondisi yang dialami klien



5. Tingkatkan koping individu klien.R : Membantu klien untuk beradaptasi dengan persepsi stressor, perubahan atau ancaman yang menghambat pemenuhan tuntutan dan peran hidup

6. Berikan dukungan emosi selama stres.R : Memberikan dukungan emosi untuk menenangkan klien dan menciptakan penerimaan serta bantuan dukungan selama masa stres.



7. Kolaborasi pemberian obat jenis anti depresan apabila klien benar-benar tidak mampu mengendalikan dirinya. R : Agen farmakologi dapat digunakan sebagai salah satu pilihan untuk meredakan kecemasan pada klien



Asuhan keperawatan pada pasien
gangguan konsep diri : harga diri
rendah



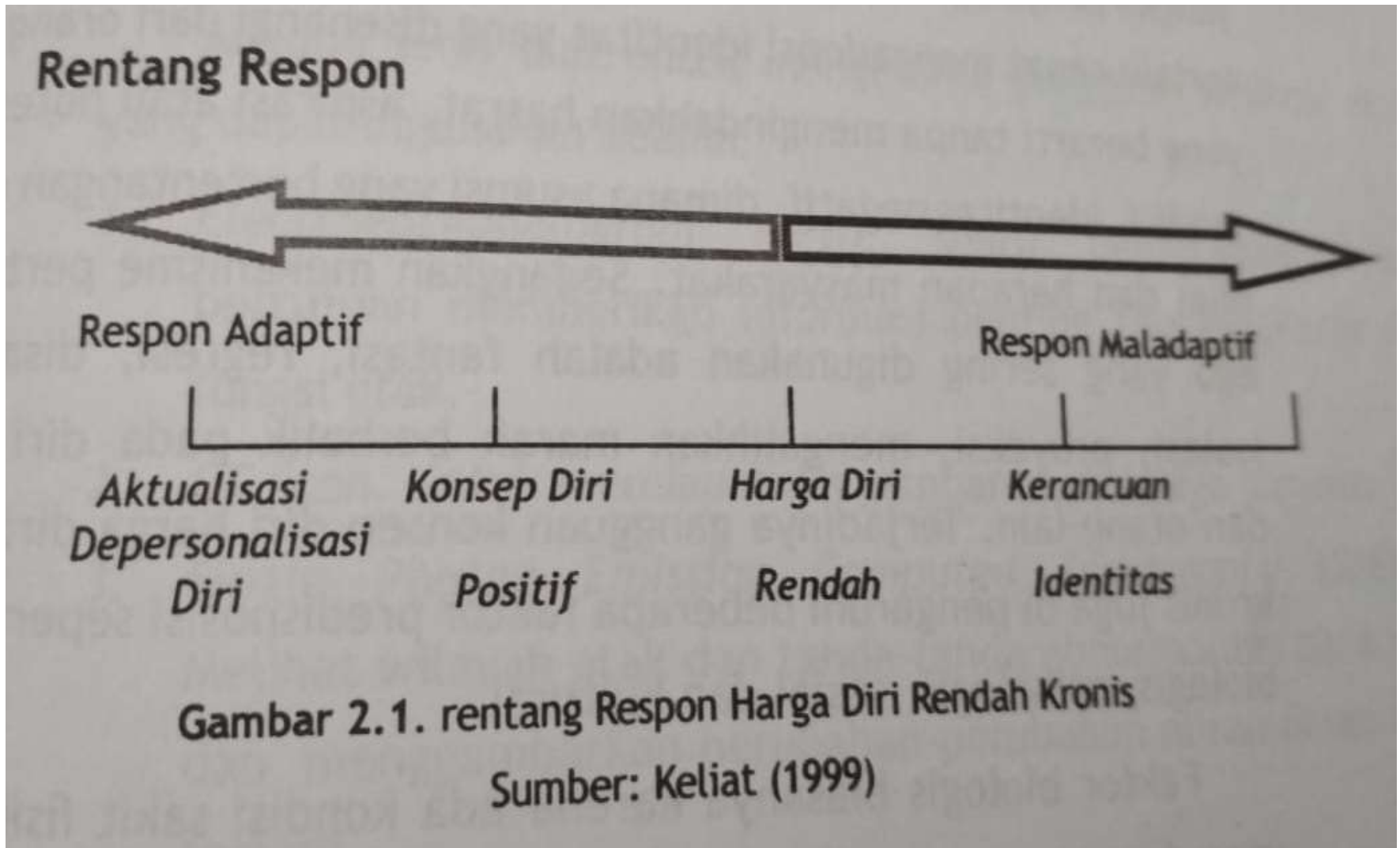
Pengertian harga diri rendah

- Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri.

Tanda dan gejala

- Mengkritik diri sendiri
- Perasaan tidak mampu
- Pandangan hidup yang pesimis
- Penurunan produktifitas
- Penolakan terhadap kemampuan diri
- Kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi
- Selera makan kurang
- Tidak berani menatap lawan bicara
- Lebih banyak menunduk
- Bicara lambat dengan nada suara lemah

Rentang respon harga diri rendah



Komponen konsep diri

1. Citra diri
2. Ideal diri
3. Harga diri
4. Identitas diri
5. Peran

Citra diri

- Adalah : konsepsi seseorang pada dirinya sendiri mengenai siapakah dirinya sebenarnya.
- Persepsi atau perasaan masa lalu dan saat ini ttg ukuran, penampilan, fungsi dan potensi tubuh.
- Menurut Keliat (1992): sikap, persepsi, keyakinan, pengetahuan individu secara sadar atau tidak terhadap tubuhnya.
- Cth : saya adalah orang yang selalu gagal, saya orang yang sial,

- Apabila konsep diri positif maka individu akan menerima atau menyukai tubuhnya, sehingga harga diri tinggi dan individu terbebas dari kecemasan (anxiety).

Gangguan citra diri

- Perubahan persepsi tentang tubuh akibat perubahan ukuran, bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna atau objek yang sering kontak dengan tubuh.
- Stressor gangguan citra tubuh biasanya berkaitan dengan operasi (mastektomi, tubektomi, dll), kegagalan fungsi tubuh (lumpuh), gangguan jiwa, ketergantungan, dll

Tanda gejala gangguan citra tubuh

1. Menolak untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah
2. Tidak menerima perubahan tubuh yang terjadi atau akan terjadi
3. Menolak penjelasan mengenai perubahan tubuh
4. Persepsi negatif terhadap tubuh
5. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang
6. Mengungkapkan keputusasaan
7. Mengungkapkan ketakutan

Ideal diri

- Persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku berdasarkan beberapa standar personal
- Gambaran individu yang disukai, aspirasi, tujuan atau nilai yang ingin dicapai
- Perkembangan ideal diri dipengaruhi oleh orang penting atau orang terdekat sejak masa kanak-kanak, berupa : harapan, tuntutan dan identifikasi terhdp individu, norma, latar belakang sosial budaya, keluarga, kemampuan individu terkait dgn usaha individu terkait dgn usaha individu utk memenuhinya.

- Perkembangan ideal diri dipengaruhi oleh :
 - Ambisi dan keinginan utk sukses
 - Kebutuhan yg realistis
 - Kebahagiaan dlm mengatasi kegagalan
 - Perasaan ansietas
 - Rendah diri
- Individu yg selalu mengungkapkan keputusasaan dan selalu mencapai keinginan yg selalu tinggi, menandakan individu tsb mengalami gangguan ideal diri.

Harga diri

- Penilaian individu tentang pencapaian diri dgn menganalisis sejauh mana perilaku mencapai ideal diri
- Harga diri berkaitan dgn cita-cita, apabila cita-cita dpt tercapai, maka individu akan sukses dan harga dirinya tinggi
- Jika cita-cita gagal dicapai, maka harga diri cenderung menurun atau rendah.

- Perkembangan harga diri dipengaruhi oleh :
 - Diri sendiri (menghargai diri sendiri, tdk mengecilkan diri sendiri, ada kepuasan terhadap diri sendiri)
 - Orang lain (dicintai, diperhatikan dihargai oleh orang lain)
- Tanda dari gangguan harga diri : perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilangnya rasa percaya diri, perasaan malu, perasaan bersalah pada diri sendiri, merendahkan martabat, menarik diri, percaya diri kurang, mencederai diri

Penyebab HDR

1. Penolakan orangtua
2. Kurangnya penghargaan dari orangtua atau orang terdekat
3. Pola asuh yg tidak sehat (selalu dilarang, selalu dituruti, dikontrol, dituntut dan tidak konsisten)
4. Persaingan antar saudara
5. Kegagalan berulang
6. Tidak tercapainya ideal diri
7. Gg fisik atau mental baik dr individu maupun keluarga
8. Sistem keluarga yg tidak berfungsi
9. Pengalaman traumatis yang berulang

Cara meningkatkan harga diri

1. Memberi kesempatan sukses pada diri disertai dengan penghargaan saat sukses
2. Menanamkan ideal diri serta harapan yg realistis dan tidak terlalu tinggi sesuai dgn latar belakang sosial budaya yang berlaku
3. Mendukung diri sendiri utk beraspirasi dan bercita-cita
4. Membantu membentuk pertahanan untuk hal-hal yang mengganggu

Identitas diri

- Kesadaran akan keunikan diri sendiri yang bersumber dari penilaian dan observasi diri sendiri
- Individu dgn identitas diri yg kuat akan selalu memandang diri secara unik, merasa diri berbeda dgn orang lain, merasa otonomi (mampu berdiri sendiri juga mengargai, percaya, menerima dan dapat mengontrol dirinya sendiri), mempunyai persepsi positif ttg citra tubuh, peran dan konsep diri

- Individu yang mengalami gangguan identitas diri ciri-cirinya : selalu merasa ragu, tidak konsisten dalam menilai diri, sukar memutuskan atau menetapkan tujuan (keinginan), sukar menilai diri, sukar mengambil keputusan atau tergantung orang lain, sukar menetapkan keinginan baik dalam hal agama, karier, maupun teman hidup; hubungan interpersonal tidak stabil; respon tidak konsisten; selalu menyalahkan orang lain atau lingkungan

Peran

- Seperangkat perilaku yg diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok sosial.
- Perkembangan peran dipengaruhi oleh model peran dan kesempatan berperan.
- Berubah atau berhentinya fungsi peran yang disebabkan oleh : penyakit, proses menua, putus sekolah, putus hubungan kerja, perceraian

Gangguan penampilan peran ditandai :

1. Mengingkari ketidakmampuan menjalankan peran
2. Mengungkapkan ketidakpuasan peran
3. Kegagalan menjalankan peran
4. Kurang bertanggungjawab terhadap peran
5. Apatis, jenuh, putus asa
6. Berganti-ganti peran

Gangguan konsep diri dapat dihindari dengan cara

1. Memperluas kesadaran diri
2. Mengeksplorasi diri
3. Mengevaluasi diri
4. Menyusun rencana yang realistis
5. Melaksanakan tindakan sesuai rencana

Diagnosa keperawatan

- Gangguan konsep diri : harga diri rendah

Tindakan keperawatan pasien harga diri rendah

Tujuan :

1. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
2. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
3. Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan
4. Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan
5. Pasien dapat merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya.

Tindakan keperawatan pasien HDR

1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien
2. Membantu pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
3. Membantu pasien dapat memilih/menetapkan kegiatan sesuai kemampuan
4. Melatih kegiatan pasien yang sudah dipilih sesuai kemampuan
5. Membantu pasien dapat merencanakan kegiatan sesuai dgn kemampuannya dan menyusun rencana kegiatan

1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien

- Mendiskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan pasien di RS, adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien
- Beri pujian yang realistis/nyata dan hindarkan setiap kali bertemu dgn pasien penilaian yang negatif

2. Membantu pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan

- Mendiskusikan dgn pasien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini
- Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien
- Perhatikan respon yg kondusif dan menjadi pendengar yang aktif

3. Membantu pasien dapat memilih/menetapkan kegiatan sesuai kemampuan

- Mendiskusikan dgn pasien beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dan dipilih sbg kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari
- Membantu pasien menetapkan kegiatan mana yg dapat pasien lakukan secara mandiri, mana kegiatan yang memerlukan bantuan minimal dari klg dan kegiatan apa saja yang perlu bantuan penuh dr klg atau lingkungan terdekat pasien. Berikan contoh cara pelaksanaan kegiatan yg dpt dilakukan pasien.
- Susun bersama pasien dan buat daftar kegiatan sehari-hari

4. Melatih kegiatan pasien yang sudah dipilih sesuai kemampuan

- Mendiskusikan dgn pasien utk menetapkan urutan kegiatan (yg sudah dipilih pasien) yang akan dilatihkan
- Bersama pasien memperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan pasien
- Berikan dukungan dan pujian yg nyata setiap kemajuan yg diperlihatkan pasien

5. Membantu pasien dapat merencanakan kegiatan sesuai dgn kemampuannya dan menyusun rencana kegiatan

- Memberi kesempatan pada pasien utk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan
- Beri pujian atas kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari
- Tingkatkan kegiatan sesuai dgn tingkat toleransi dan perubahan setiap kegiatan
- Susun daftar kegiatan yang sudah dilatihkan bersama pasien.

Tindakan keperawatan kepada keluarga

Tujuan :

1. Keluarga dapat membantu pasien mengidentifikasi kemampuan yg dimiliki pasien
2. Keluarga memfasilitasi kegiatan pasien yg sesuai kemampuan
3. Keluarga memotivasi pasien utk melakukan kegiatan sesuai dgn latihan yg dilakukan, dan memberikan pujian atas keberhasilan pasien
4. Keluarga mampu menilai perkembangan perubahan kemampuan pasien

Tindakan keperawatan kepada keluarga

Tindakan :

1. Jelaskan kpd klg ttg pengertian HDR serta tanda dan gejala orang dengan HDR
2. Jelaskan cara-cara merawat pasien dengan HDR
3. Demonstrasikan cara merawat
4. Beri kesempatan kpd klg untuk mempraktikkan cara merawat pasien
5. Membuat perencanaan pulang bersama klg

Evaluasi

- Menilai kemampuan pasien dan keluarga serta perawat

Askep kepada kelompok pasien HDR

- Terapi aktifitas kelompok (TAK)

Roleplay melakukan pengkajian dan intervensi
keperawatan pada pasien harga diri rendah

ASUHAN KEPERAWATAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

➤ Pengertian kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stimulus yang dihadapi seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku actual melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, secara verbal maupun non verbal bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis.

➤ Rentang Respon Marah :

1. Asertif : kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain
2. Frustrasi : kegagalan mencapai tujuan, tidak realistis / terhambat
3. Pasif : respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan
4. Agresif : perilaku destruktif tapi masih terkontrol
5. Amuk : perilaku destruktif yang tidak terkontrol

➤ Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

1. Factor Predisposisi

a. Teori Biologik, ada 5 faktor :

- 1) Neurologic factor
- 2) Genetic factor
- 3) Cycardian Rhytm
- 4) Brain Area Disorder
- 5) Biochemistry Factor

b. Teori Psikologik, ada 3 faktor :

- 1) Teori psikoanalisa
- 2) Imitation, modeling and information processing theory
- 3) learning theory

- c. Teori Sosiokultural
- d. Aspek Religiussitas

2. Faktor persipitasi

Factor fakto yang dapat mencetus perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan :

- a. Eskpersi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol
- b. Ekspresi diri tidak terpenuhi nya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasi kan sesuatu dalam keluarga
- d. Ketidak siapan seorang ibu dalam merawat anak nya
- e. Adanya riwayat perilaku anti social meliputi penyalahan obat dan alkoholisme
- f. Kematian anggota keluarag yang terpenting

➤ Pengkajian Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya.

Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement (dapat mengungkapkan kemarahan pada objek yang salah, misalnya pada saat marah pada dosen, mahasiswa mengungkapkan kemarahan dengan memukul tembok.

➤ Perilaku Pasien

- a. Aspek : isi pembicaraan
- b. Pasif : merendahkan diri
- c. Asertif : menawarkan diri
- d. Agresif : menyombongkan diri

➤ Tanda dan Gejala Kekerasan

- 1) Fisik, ada 5 faktor, yaitu :
 - a. Muka merah dan tegang
 - b. Mata melotot atau pandangan tajam
 - c. Tangan mengepal
 - d. Rahang mengatup
 - e. Postur tubuh kaku
- 2) Perilaku, ada 5 faktor, yaitu :
 - a. Melempar atau memukul benda / orang lain
 - b. Menyerang orang lain
 - c. Melukai diri sendiri
 - d. Merusak lingkungan
 - e. Amuk

3) Perilaku, ada 5 faktor , yaitu :

- a. Melempar atau memukul benda / orang lain
- b. Menyerang orang lain
- c. Melukai diri sendiri
- d. Merusak lingkungan
- e. Amuk

4) Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyamann, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.

➤ Proses Keperawatan Pada Pasien Perilaku Kekerasan

a. Diagnosa Keperawatan

1. Perilaku kekerasan
2. Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
3. Perubahan persepsi sensori : halusinasi
4. Harga diri
5. Isolasi social
6. Berduka disfungsi
7. Infektif proses terapi
8. Koping keluarga infektif

b. Tindakan Keperawatan

1. Bina hubungan saling percaya
2. Diskusi bersama klien mengenai penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu.
3. Diskusi perasaan klien jika terjadi perilaku kekerasan