

BUKU AJAR
KEPERAWATAN
KESEHATAN JIWA

Ah. Yusuf
Rizky Fitryasari PK
Hanik Endang Nihayati



**Penerbit
Salemba Medika**

Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa

Ah. Yusuf, Rizky Fitryasari PK, Hanik Endang Nihayati

General Manager: Suwartono
Supervisor Editor: Akliia Suslia
Editor: Faqihani Ganiajri
Tata Letak: Hilda Yunita
Desain Sampul: Deka Hasbiy



Hak Cipta © 2015, Penerbit Salemba Medika

Jln. Raya Lenteng Agung No. 101
Jagakarsa, Jakarta Selatan 12610
Telp. : (021) 781 8616
Faks. : (021) 781 8486
Website : <http://www.penerbitsalemba.com>
E-mail : info@penerbitsalemba.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

UNDANG-UNDANG NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama **7 (tujuh) tahun** dan/atau denda paling banyak **Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)**.
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama **5 (lima) tahun** dan/atau denda paling banyak **Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)**.

Pengetahuan medis senantiasa berubah. Oleh karena itu, standar tindakan pencegahan serta perubahan dalam perawatan dan terapi wajib diikuti seiring dengan penelitian dan pengalaman klinis baru yang memperluas pengetahuan. Pembaca disarankan untuk memeriksa informasi terbaru yang disediakan oleh produsen masing-masing obat (yang akan diberikan) untuk memverifikasi dosis, metode, dan interval pemberian yang direkomendasikan serta kontraindikasi. Merupakan tanggung jawab dari praktisi dengan memperhatikan pengalaman dan pengetahuan pasien untuk menentukan dosis dan perawatan terbaik bagi masing-masing pasien. Penerbit maupun penulis tidak bertanggung jawab atas kecelakaan dan/atau kerugian yang dialami seseorang atau sesuatu yang diakibatkan oleh penerbitan buku ini.

Ah. Yusuf
Rizky Fitryasari PK
Hanik Endang Nihayati

Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa/Ah. Yusuf, Rizky Fitryasari PK, Hanik Endang Nihayati

—Jakarta: Salemba Medika, 2015
1 jil., 366 hlm., 17 × 24 cm

ISBN 978-xxx-xxx-xx-x

1. Keperawatan
I. Judul
2. Kesehatan Jiwa
II. Ah. Yusuf
Rizky Fitryasari PK
Hanik Endang Nihayati

TENTANG PENULIS



AH. YUSUF, lahir di Mojokerto pada tanggal 1 Januari 1967, menyelesaikan pendidikan Madrasah Ibtidaiyah Miftakhul Huda Dlanggu Mojokerto tahun 1981, Madrasah Tsanawiyah Al-Hidayah Dlanggu Mojokerto tahun 1984, SMA Al-Hidayah Dlanggu Mojokerto tahun 1987, Akademi Keperawatan Rumah Sakit Islam Surabaya tahun 1990, Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung tahun 1998, Magister Kesehatan Jiwa Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya tahun 2003, dan Program Pendidikan S-3 Ilmu Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya tahun 2012.

Saat ini aktif sebagai dosen tetap di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya pada Program Studi Sarjana Keperawatan, Program Pendidikan Ners, Magister Keperawatan, Magister Kesehatan Masyarakat, juga mengajar di beberapa fakultas keperawatan dan kesehatan, serta sekolah tinggi ilmu kesehatan di Jawa Timur.

Penulis aktif pada berbagai organisasi keperawatan, yakni dipercaya sebagai Ketua Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Provinsi Jawa Timur, Dewan Pakar Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Jawa Timur, anggota Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP) Jawa Timur, dan anggota Satgas AFTA Provinsi Jawa Timur.



RIZKY FITRYASARI PK, lahir di Yogyakarta pada tanggal 22 Februari 1980, menyelesaikan pendidikan SDN 3 Cepu tahun 1992, SMPN 2 Cepu tahun 1995, SMAN 3 Semarang tahun 1998, Program Ners Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2003, Program Magister kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2009.

Saat ini, penulis aktif sebagai dosen tetap di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya pada Program Pendidikan Ners, Magister Keperawatan, serta aktif pada organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Jawa Timur.



HANIK ENDANG NIHAYATI, lahir di Blitar pada tanggal 16 Juni 1976, menyelesaikan pendidikan SDN Kalipang 2 tahun 1990, SMPN Sutojayan 1 Blitar tahun 1993, SMAN 1 Talun Blitar tahun 1996, Akademi Keperawatan Darul Ulum Jombang tahun 1999, Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya tahun 2004, Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tahun 2010, dan saat ini sedang menempuh Program Pendidikan S-3 Ilmu Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Saat ini, penulis aktif sebagai dosen tetap di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya pada Program Studi Sarjana Keperawatan, Program Pendidikan Ners, Magister Keperawatan, serta aktif pada organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Jawa Timur.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat, taufik, dan hidayah-Nya kami dapat menyelesaikan buku ajar ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat dan membantu para mahasiswa keperawatan baik pada program studi sarjana keperawatan maupun program studi lain yang sedang mempelajari keperawatan kesehatan jiwa. Jiwa adalah unsur manusia yang bersifat nonmateri, serta tidak berbentuk objek benda. Oleh karena itu, pada tahap awal mahasiswa sering mengalami kesulitan dalam mempelajari ilmu jiwa dan keperawatan jiwa. Buku ini diharapkan dapat membantu mahasiswa mengenali dan mempelajari manifestasi jiwa, sehingga dapat dengan mudah mengamati tanda dan gejala gangguan jiwa. Dengan demikian, mahasiswa dapat merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan terhadap berbagai masalah keperawatan yang timbul.

Buku ini disusun secara linier berdasarkan struktur program pembelajaran mata ajar keperawatan kesehatan jiwa pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, terdiri atas tiga bagian utama yaitu Keperawatan Jiwa 1 sebanyak 4 SKS pada semester 4, Keperawatan Jiwa 2 sebanyak 3 SKS pada semester 5, dan Keperawatan Jiwa 3 sebanyak 2 semester 5 bersamaan dengan Keperawatan Jiwa 2. Metode pembelajaran meliputi ceramah, diskusi, *small group discussion* (SGD), presentasi, dan pengalaman belajar praktik untuk menerapkan berbagai keterampilan yang telah didapatkan. Mata ajar ini belum termasuk mata ajar keperawatan jiwa pada program profesi Ners sebanyak 2 SKS.

Buku ini dikembangkan dari berbagai buku teks seperti tercantum pada daftar bacaan, ditambah dengan berbagai hasil penelitian, lokakarya nasional keperawatan kesehatan jiwa, karya ilmiah baik yang dipublikasikan maupun tidak. Untuk mempermudah pemahaman ditambahkan berbagai kasus nyata yang pernah dirawat para penulis selama menekuni

VI

Kata Pengantar

keperawatan kesehatan jiwa di sarana pelayanan kesehatan. Meskipun demikian, para pembaca dipersilakan memperkaya diri dengan berbagai buku teks, jurnal dan karya ilmiah yang lain.

Semoga buku ini bermanfaat, khususnya dalam mempelajari keperawatan kesehatan jiwa.

Surabaya, Agustus 2014

Penulis

DAFTAR ISI

TENTANG PENULIS	III
KATA PENGANTAR	V
BAGIAN I : Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa	1
• BAB 1 KONSEP DASAR KESEHATAN JIWA	3
Pengertian Jiwa	4
Pengertian Kesehatan Jiwa	5
Sejarah Perkembangan Keperawatan Kesehatan Jiwa	6
<i>Zaman Mesir Kuno</i>	6
<i>Zaman Yunani (Hypocrates)</i>	7
<i>Zaman Vesalius</i>	7
<i>Revolusi Prancis I</i>	8
<i>Revolusi Kesehatan Jiwa II</i>	8
<i>Revolusi Kesehatan Jiwa III</i>	8
Gangguan Jiwa	8
<i>Pengertian Gangguan Jiwa</i>	8
<i>Sumber Penyebab Gangguan Jiwa</i>	9
<i>Klasifikasi Gangguan Jiwa</i>	9
Latihan	11
Bacaan	11
• BAB 2 KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA	13
Pengertian Keperawatan Jiwa	14
Falsafah Keperawatan Jiwa	16
Model Praktik Keperawatan Jiwa	17
Model Stres Adaptasi dalam Keperawatan Jiwa	20
<i>Faktor Predisposisi</i>	23
<i>Faktor Presipitasi</i>	23
<i>Penilaian terhadap Stresor</i>	23
<i>Sumber Koping</i>	24
<i>Mekanisme Koping</i>	24
Aspek Legal dan Etik dalam Keperawatan Jiwa	28
<i>Standar Praktik Keperawatan Jiwa</i>	30
<i>Aspek Etik dalam Keperawatan Jiwa</i>	34
Latihan	37
Bacaan	37

• BAB 3	PROSES KEPERAWATAN DALAM KEPERAWATAN JIWA	39
	Proses Keperawatan dalam Keperawatan Jiwa	40
	<i>Pengkajian</i>	40
	<i>Diagnosis</i>	43
	<i>Rencana Tindakan Keperawatan</i>	43
	<i>Implementasi Tindakan Keperawatan</i>	46
	<i>Evaluasi</i>	46
	Analisis Proses Interaksi	47
	<i>Pengertian</i>	47
	<i>Tujuan</i>	47
	<i>Komponen API</i>	47
	<i>Contoh Form Analisis Proses Interaksi</i>	48
	<i>Petunjuk Pengisian Analisis Proses Interaksi</i>	49
	Latihan	52
	Bacaan	52
	<i>Formulir Pengkajian</i>	53
	<i>Keperawatan Kesehatan Jiwa</i>	53
	<i>Fakultas Keperawatan Unair</i>	53
	<i>Petunjuk Teknis</i>	62
	<i>Pengisian Format Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa</i>	62
	<i>Fakultas Keperawatan Unair</i>	62
• BAB 4	ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL KEHILANGAN DAN BERDUKA	73
	Pengertian Kehilangan dan Berduka	74
	Rentang Respons Emosi	75
	Tahapan Proses Kehilangan dan Berduka	75
	<i>Tahapan Proses Kehilangan</i>	76
	Bentuk Kehilangan	79
	Pengkajian Keperawatan	79
	<i>Faktor Predisposisi</i>	79
	<i>Faktor Presipitasi</i>	79
	<i>Perilaku</i>	79
	<i>Mekanisme Koping</i>	80
	Diagnosis Keperawatan	80
	Rencana Intervensi	80
	<i>Prinsip Intervensi</i>	80
	<i>Tindakan Keperawatan</i>	81
	Evaluasi	82
	Latihan	82
	Bacaan	83
• BAB 5	ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH PSIKOSOSIAL: KECEMASAN	85
	Pengertian Kecemasan	86
	Rentang Respons Tingkat Kecemasan	86
	Pengkajian	86
	<i>Faktor Predisposisi</i>	86
	<i>Faktor Presipitasi</i>	87
	<i>Sumber Koping</i>	87
	<i>Mekanisme Koping</i>	87
	Diagnosis	88

Rencana Intervensi	88
Evaluasi	89
Latihan	89
Bacaan	90
• BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI	91
Pengertian Konsep Diri	92
Rentang Respons Konsep Diri	92
Komponen Konsep Diri	93
<i>Citra Tubuh</i>	93
<i>Ideal Diri</i>	93
<i>Harga Diri</i>	94
<i>Peran</i>	94
<i>Identitas Diri</i>	94
Pengkajian	95
<i>Faktor Predisposisi</i>	95
<i>Faktor Presipitasi</i>	96
<i>Perilaku</i>	96
<i>Mekanisme Koping</i>	97
Diagnosis	98
<i>Pohon Masalah</i>	98
<i>Daftar Diagnosis</i>	98
Rencana Intervensi	98
<i>Tindakan Keperawatan pada Pasien</i>	99
<i>Tindakan Keperawatan pada Keluarga</i>	100
Evaluasi	100
Latihan	101
Bacaan	101
• BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL: MENARIK DIRI	103
Pengertian Menarik Diri	104
<i>Rentang Respons Sosial</i>	104
GANGGUAN HUBUNGAN SOSIAL	104
Perkembangan Hubungan Sosial	105
<i>Bayi (0–18 Bulan)</i>	105
<i>Prasekolah (18 Bulan–5 Tahun)</i>	105
<i>Anak Sekolah (6–12 Tahun)</i>	105
<i>Remaja (12–20 Tahun)</i>	105
<i>Dewasa Muda (18–25 Tahun)</i>	106
<i>Dewasa Tengah (25–65 Tahun)</i>	106
<i>Dewasa Lanjut (Lebih dari 65 Tahun)</i>	106
Pengkajian Keperawatan	106
<i>Objektif</i>	106
<i>Subjektif</i>	107
Diagnosis	107
<i>Pohon Masalah</i>	107
<i>Diagnosis Keperawatan</i>	107
Rencana Intervensi	107
<i>Tindakan Keperawatan untuk Pasien</i>	107
<i>Tindakan Keperawatan untuk Keluarga</i>	108

Evaluasi	109
Latihan	109
<i>Kasus B</i>	109
Bacaan	109
• BAB 8 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERUBAHAN PROSES PIKIR: WAHAM	111
Pengertian Waham	112
Proses Terjadinya Waham	112
Klasifikasi Waham	113
Pengkajian Keperawatan	113
Diagnosis	115
<i>Pohon Masalah</i>	115
<i>Diagnosis Keperawatan</i>	115
Rencana Intervensi	116
<i>Tindakan Keperawatan untuk Pasien</i>	116
<i>Tindakan Keperawatan untuk Keluarga</i>	116
Evaluasi	117
Latihan	117
<i>Kasus C</i>	117
Bacaan	118
• BAB 9 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI	119
Pengertian Halusinasi	120
Rentang Respons Neurobiologi	120
Intensitas Level Halusinasi	121
Klasifikasi Halusinasi	122
Pengkajian Keperawatan	122
<i>Faktor Predisposisi</i>	122
<i>Faktor Presipitasi</i>	123
Diagnosis	123
<i>Pohon Masalah</i>	123
<i>Diagnosis Keperawatan</i>	123
Rencana Intervensi	124
<i>Tindakan Keperawatan untuk Pasien</i>	124
<i>Tindakan Keperawatan untuk Keluarga</i>	124
Evaluasi	124
Latihan	125
<i>Kasus D</i>	125
Bacaan	125
• BAB 10 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN	127
Pengertian Perilaku Kekerasan	128
Rentang Respons Marah	128
Gejala Atau Tanda Marah (Perilaku)	129
Proses Terjadinya Marah	130
Proses Terjadinya Amuk	131
Pengkajian Keperawatan	131
<i>Faktor Predisposisi</i>	131

<i>Faktor Presipitasi</i>	132
Diagnosis	133
<i>Pohon Masalah</i>	133
<i>Diagnosis Keperawatan</i>	133
Rencana Intervensi	133
<i>Risiko Perilaku Kekerasan</i>	133
<i>Strategi Penahanan</i>	135
Evaluasi	136
Latihan	137
<i>Kasus E</i>	137
Bacaan	137
• BAB 11 ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN RISIKO BUNUH DIRI	139
Pengertian Bunuh Diri	140
Rentang Respons Protektif Diri	140
Proses Terjadinya Perilaku Bunuh Diri	141
Mitos Tentang Bunuh Diri	141
Klasifikasi Bunuh Diri	141
<i>Jenis Bunuh Diri</i>	141
<i>Pengelompokan Bunuh Diri</i>	142
Pengkajian Keperawatan	142
<i>Faktor Risiko</i>	143
<i>Faktor Perilaku</i>	144
<i>Faktor Lain</i>	144
<i>Faktor Predisposisi</i>	146
<i>Faktor Presipitasi</i>	147
<i>Sumber Koping</i>	148
<i>Mekanisme Koping</i>	148
Diagnosis	148
<i>Pohon Masalah</i>	148
<i>Diagnosis</i>	148
Rencana Intervensi	148
<i>Tindakan Keperawatan untuk Pasien</i>	149
<i>Tindakan Keperawatan untuk Keluarga</i>	149
Isyarat Bunuh Diri Dengan Diagnosis Harga Diri Rendah	149
<i>Tindakan Keperawatan untuk Pasien Isyarat Bunuh Diri</i>	149
<i>Tindakan Keperawatan untuk Keluarga dengan Pasien Isyarat Bunuh Diri</i>	150
Evaluasi	151
Latihan	152
<i>Kasus F</i>	152
Bacaan	152
• BAB 12 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI	153
Pengertian Defisit Perawatan Diri	154
Lingkup Defisit Perawatan Diri	154
Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Gangguan Jiwa	154
Pengkajian Keperawatan	154
Diagnosis Keperawatan	155
Rencana Intervensi	155
<i>Tindakan Keperawatan untuk Pasien</i>	155

<i>Tindakan Keperawatan pada Keluarga</i>	156
Evaluasi	157
Latihan	157
<i>Kasus G</i>	157
Bacaan	157

BAGIAN II : Keperawatan Kesehatan Jiwa Pada Kelompok Khusus 159

• BAB 13 TINJAUAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK	161
Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	162
<i>Dasar Kepercayaan (Basic Trust) vs Ketidakpercayaan (Mistrust) (0–1,5 Tahun)</i>	162
<i>Otonomi (Autonomy) vs Malu dan Ragu (Shame and Doubt) (1,5 Tahun)</i>	162
<i>Inisiatif (Initiative) vs Rasa Bersalah (Guilt) (3–6 Tahun)</i>	163
<i>Kerja Keras (Industry) vs Inferioritas (Inferiority) (7–11 Tahun)</i>	163
<i>Identitas (Identity) vs Difusi Peran (Role Diffusion) (12–18 Tahun)</i>	163
Faktor yang Memengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	164
<i>Faktor Mikrokosmos</i>	165
<i>Faktor Makrokosmos</i>	167
Sebelas Memo Pembelajaran Anak	169
Gangguan Jiwa yang Lazim Terjadi Pada Anak dan Remaja	170
Latihan	171
Bacaan	172
• BAB 14 ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN RETARDASI MENTAL	173
Pengertian Retardasi Mental	174
Klasifikasi Retardasi Mental	174
Ciri Pertumbuhan dan Perkembangan Retardasi Mental	175
<i>Retardasi Mental</i>	175
<i>Retardasi Mental Sedang</i>	176
<i>Retardasi Mental Berat</i>	176
<i>Retardasi Mental Sangat Berat</i>	176
Etiologi	177
Karakteristik Retardasi Mental	179
Tanda dan Gejala Retardasi Mental	181
Masalah Keperawatan yang Timbul	181
Penanganan Retardasi Mental	182
<i>Pencegahan Primer</i>	182
<i>Pencegahan Sekunder</i>	182
<i>Pencegahan Tertier</i>	182
Latihan	182
Bacaan	182
• BAB 15 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN PERILAKU: ADHD (ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER)	183
Pengertian ADHD	184
Etiologi	184
Tanda Dan Gejala	184
<i>Perhatian Kurang (Inattention)</i>	184
<i>Hiperaktif (Hyperactive)</i>	185
<i>Impulsif (Impulsive)</i>	185
Masalah Keperawatan yang Timbul	185

Tindakan Keperawatan	185
<i>Prognosis</i>	185
Latihan	186
Bacaan	186
• BAB 16 ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN GANGGUAN SOSIALISASI (AUTISME)	187
Pengertian Autisme	188
Penyebab Autisme	188
<i>Faktor Internal</i>	188
<i>Faktor Eksternal</i>	188
Kelainan di Otak Akibat Autisme	189
<i>Kelainan Neurokimia</i>	189
<i>Kelainan Neuroanatomi</i>	189
Gejala Autisme	190
Penatalaksanaan Menyeluruh	191
Masalah Keperawatan yang Timbul	194
Diet untuk Anak Autis	194
<i>Makanan yang Harus Dihindari</i>	194
<i>Makanan yang Boleh</i>	195
Latihan	195
Bacaan	195
• BAB 17 ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN PENGGUNAAN NAPZA	197
Pengertian Napza	198
Jenis Zat Adiktif	198
Akibat Penggunaan Zat Adiktif	198
Rentang Respons Gangguan Penggunaan Zat Adiktif	199
Zat Adiktif yang Disalahgunakan	200
Efek dan Cara Penggunaan	200
Permasalahan yang Sering Timbul	201
<i>Ancaman Kehidupan (Kondisi Overdosis)</i>	201
<i>Kondisi Intoksikasi</i>	201
<i>Sindroma Putus Zat (Withdrawal)</i>	202
<i>Pascadetoksikasi (Rehabilitasi Mental Emosional)</i>	202
Tindakan	203
Pencegahan Penyalahgunaan Napza	203
Latihan	205
Bacaan	205
• BAB 18 KEDARURATAN PSIKIATRI (PSYCHIATRIC INTENSIVE CARE UNIT—PICU)	207
Pengertian Kedaruratan Psikiatri	208
Alur Penerimaan Pasien di Upip	209
<i>Triase</i>	209
Asuhan Keperawatan Intensif Pada Pasien Perilaku Kekerasan	212
<i>Pengkajian</i>	212
<i>Asuhan Keperawatan Intensif I (24 Jam Pertama)</i>	213
<i>Asuhan Keperawatan Intensif II (25–72 Jam)</i>	215
<i>Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam–10 Hari)</i>	216
Asuhan Keperawatan Intensif pada Pasien Risiko Bunuh Diri	218

<i>Pengkajian</i>	218
<i>Asuhan Keperawatan Fase Intensif I (24 Jam Pertama)</i>	219
<i>Asuhan Keperawatan Fase Intensif II (24–72 jam)</i>	219
<i>Asuhan Keperawatan Fase Intensif III (72 jam–10 hari)</i>	220
<i>Evaluasi</i>	221
<i>Dokumentasi Asuhan Keperawatan</i>	221
Asuhan Keperawatan Intensif pada Gangguan Panik di UPIP	222
<i>Pengkajian</i>	222
<i>Asuhan Keperawatan Intensif I (24 Jam Pertama)</i>	222
<i>Asuhan Keperawatan Intensif II (25–72 Jam)</i>	224
<i>Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam–10 Hari)</i>	225
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi	227
<i>Pengkajian</i>	227
<i>Asuhan Keperawatan Intensif I (24 Jam Pertama)</i>	227
<i>Asuhan Keperawatan Intensif II (24–72 Jam)</i>	229
<i>Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam–10 Hari)</i>	231
Askep Keperawatan Intensif Pada Pasien Napza	232
<i>Pengkajian</i>	232
<i>Asuhan Keperawatan Intensif I (24 Jam Pertama)</i>	233
<i>Asuhan Keperawatan Intensif II (25 Jam–72 Jam)</i>	234
<i>Asuhan Keperawatan Intensif III (72 Jam–10 Hari)</i>	234
Latihan	235
Bacaan	235
• BAB 19 PERILAKU KEKERASAN DALAM KELUARGA	237
Pengertian Perilaku Kekerasan dalam Keluarga	238
Faktor Penyebab Perilaku Kekerasan dalam Keluarga	238
<i>Lingkup Kekerasan dalam Rumah Tangga</i>	238
<i>Klasifikasi Kekerasan dalam Rumah Tangga</i>	238
<i>Bentuk Kekerasan dalam Rumah Tangga</i>	239
Kekerasan Pada Anak	239
<i>Pengertian Kekerasan pada Anak</i>	239
<i>Jenis Kekerasan</i>	239
<i>Masalah Keperawatan Akibat Kekerasan pada Anak</i>	241
Strategi Pencegahan Kekerasan dalam Rumah Tangga	241
Latihan	242
Bacaan	242
• BAB 20 KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA USIA LANJUT	243
Pengertian Usia Lanjut	244
Teori Proses Menua	244
<i>Teori Biologi</i>	244
<i>Teori Sosial</i>	245
<i>Teori Psikologis</i>	246
Perubahan yang Terjadi Pada Lanjut Usia	247
<i>Perubahan Fisik</i>	248
<i>Perubahan Psikologis</i>	250
Penatalaksanaan Keperawatan Jiwa Usia Lanjut	253
Latihan	255
Bacaan	255
• BAB 21 KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA MASYARAKAT	257
PENGETIAN KESEHATAN JIWA MASYARAKAT	258

Area Keperawatan Kesehatan Jiwa di Masyarakat	261
Upaya Kesehatan Jiwa Masyarakat	261
Aplikasi CMHN	262
<i>Pencegahan Primer</i>	262
<i>Pencegahan Sekunder</i>	264
<i>Pencegahan Tersier</i>	265
Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa Pada Cmhn	266
<i>Pengkajian</i>	266
<i>Diagnosis Keperawatan</i>	266
<i>Perencanaan Keperawatan</i>	267
<i>Tindakan Keperawatan</i>	268
<i>Evaluasi Asuhan Keperawatan</i>	268
LATIHAN	269
BACAAN	269

BAGIAN III : Terapi Modalitas dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa 271

• BAB 22 TERAPI MODALITAS DALAM KEPERAWATAN JIWA	273
Pengertian Terapi Modalitas	274
Latihan	277
Bacaan	277
• BAB 23 PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN PSIKOFARMAKA	279
Pengertian Psikofarmaka	280
<i>Antipsikotik</i>	280
<i>Antidepresan</i>	282
<i>Antiansietas (Anxiolytic Sedative)</i>	283
<i>Antimanik (Mood Stabilizer)</i>	284
Peran Perawat dalam Pemberian Psikofarmaka	286
Latihan	288
Bacaan	288
• BAB 24 PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN TERAPI KEJANG LISTRIK (ECT)	289
Pengertian Terapi Kejang Listrik (Electroconvulsive Therapy—ECT)	290
Latihan	292
Bacaan	292
• BAB 25 TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK)	293
Pengertian Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)	294
Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok	294
Kerangka Teoritis Terapi Aktivitas Kelompok	295
<i>Model Focal Conflict</i>	295
<i>Model Komunikasi</i>	295
<i>Model Interpersonal</i>	296
<i>Model Psikodrama</i>	296
Tahap Perkembangan Kelompok	296
Jenis Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)	298
<i>Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Sensori</i>	298
<i>Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Orientasi Realitas</i>	298
<i>Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Sosialisasi</i>	298
<i>Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi</i>	299
<i>Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Peningkatan Harga Diri</i>	299
<i>Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Mengontrol Halusinasi</i>	299

Pengorganisasian Terapi Aktivitas Kelompok	300
Program Antisipasi Masalah dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)	300
Latihan	302
Bacaan	302
• BAB 26 TERAPI KOGNITIF	303
Pengertian Terapi Kognitif	304
Tujuan Terapi Kognitif	304
Karakteristik Pasien	304
Masalah Keperawatan	305
Tujuan Keperawatan	305
Teknik Kontrol Mood	305
Pelaksanaan Terapi Kognitif	305
Contoh Metode Teknik Panah Vertikal	307
Contoh Metode Teknik Tiga Kolom	308
Distorsi Kognitif	308
Latihan	309
Bacaan	310
• BAB 27 TERAPI KELUARGA	311
Pengertian Terapi Keluarga	312
<i>Ciri Sistem Keluarga yang Fungsional</i>	312
<i>Ciri Disfungsional Keluarga</i>	313
Indikasi Terapi Keluarga	313
Perkembangan Terapi Keluarga	313
Aplikasi Terapi Keluarga	318
<i>Pengkajian</i>	318
<i>Diagnosis</i>	319
<i>Tujuan Jangka Panjang</i>	319
<i>Tujuan Jangka Pendek</i>	319
<i>Tindakan Keperawatan</i>	319
Manfaat Terapi Keluarga	319
Latihan	320
Bacaan	320
• BAB 28 TERAPI LINGKUNGAN (<i>MILLEU THERAPY</i>)	321
Pengertian Terapi Lingkungan	322
Tujuan Terapi Lingkungan	322
Karakteristik Umum Terapi Lingkungan	322
<i>Distribusi Kekuatan</i>	322
<i>Komunikasi Terbuka</i>	322
<i>Struktur Interaksi</i>	322
<i>Aktivitas Kerja</i>	323
<i>Peran Serta Keluarga dan Masyarakat dalam Proses Terapi</i>	323
<i>Lingkungan yang Mendukung</i>	323
Strategi dalam Terapi Lingkungan	324
<i>Aspek Fisik</i>	324
<i>Aspek Intelektual</i>	324
<i>Aspek Sosial</i>	324
<i>Aspek Emosional</i>	325
<i>Aspek Spiritual</i>	325
Peran Perawat dalam Terapi Lingkungan	325

Latihan	326
Bacaan	326
• BAB 29 TERAPI PERILAKU (MODIFIKASI PERILAKU)	327
Pengertian Terapi Perilaku	328
Pengondisian Klasik (Classical Conditioning)	328
Pengondisian Operant (Operant Conditioning)	329
Teknik Untuk Memodifikasi Perilaku Pasien	330
Latihan	332
Bacaan	333
• BAB 30 REHABILITASI PSIKIATRI	335
Pengertian Rehabilitasi Psikiatri	336
Langkah Pelaksanaan Terapi Rehabilitasi	339
<i>Tahap Persiapan</i>	339
<i>Tahap Penyaluran (Bengkel Kerja Terlindung—BKT)</i>	342
<i>Tahap Pengawasan</i>	342
Latihan	343
Bacaan	343

BAGIAN I

KONSEP DASAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Tujuan Instruksional

Pokok bahasan ini merupakan dasar dari semua aspek keperawatan kesehatan jiwa, mulai dari konsep dasar, klasifikasi gangguan, masalah keperawatan kesehatan jiwa, fokus pengkajian, rencana tindakan keperawatan sampai evaluasi dalam keperawatan. Oleh karenanya, setelah mempelajari pokok bahasan ini diharapkan mahasiswa akan mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan konsep dasar kesehatan jiwa.
2. Menjelaskan konsep dasar keperawatan jiwa.
3. Melakukan penyusunan proses keperawatan jiwa.
4. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial kehilangan dan berduka.
5. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial kecemasan.
6. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan konsep diri.
7. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial: menarik diri.
8. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan perubahan proses pikir: waham.
9. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan perubahan persepsi sensori: halusinasi.
10. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
11. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko bunuh diri.
12. Menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri.



1 Konsep Dasar Kesehatan Jiwa

Tujuan Instruksional Umum

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar kesehatan jiwa.

Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan pengertian jiwa.
2. Mengetahui kriteria sehat jiwa.
3. Mengetahui sejarah perkembangan kesehatan jiwa.
4. Mengetahui definisi gangguan jiwa.
5. Mengetahui penyebab gangguan jiwa.
6. Mengidentifikasi klasifikasi gangguan jiwa.

PENGERTIAN JIWA

Jiwa adalah unsur manusia yang bersifat nonmateri, tetapi fungsi dan manifestasinya sangat terkait pada materi. Mahasiswa yang pertama kali mempelajari ilmu jiwa dan keperawatan jiwa sering mengalami kesulitan dengan hal yang harus dipelajari, karena jiwa bersifat abstrak dan tidak berwujud benda. Setiap manusia memiliki jiwa, tetapi ketika ditanya, “Mana jiwamu?” hanya sebagian kecil yang dapat menunjukkan tempat jiwanya. Hal ini karena jiwa memang bukan berupa benda, melainkan sebuah sistem perilaku, hasil olah pemikiran, perasaan, persepsi, dan berbagai pengaruh lingkungan sosial. Semua ini merupakan manifestasi sebuah kejiwaan seseorang. Oleh karena itu, untuk mempelajari ilmu jiwa dan keperawatannya, pelajarilah dari manifestasi jiwa terkait pada materi yang dapat diamati berupa perilaku manusia.

Manifestasi jiwa antara lain tampak pada kesadaran, afek, emosi, psikomotor, proses berpikir, persepsi, dan sifat kepribadian. Kesadaran dalam hal ini lebih bersifat kualitatif, diukur dengan memperhatikan perbedaan stimulus (*stressor*) dan respons (perilaku yang ditampilkan), serta tidak diukur dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS). Suatu saat kami (K) sedang menjenguk teman (T) yang dirawat di unit psikiatri sebuah rumah sakit di Surabaya. Ketika kami sampai di pintu ruang perawatan, spontan dia marah dan berteriak keras sembari menuding ke arah kami, seraya berkata seperti pada percakapan berikut.

T: *“Jika kamu tidak suka dengan aku, tidak usah ke sini. Buat apa kamu datang jika tidak suka sama aku, pergi kamu, pergiliii...”*

K: kami tertegun, kemudian menjawab *“Justru aku ke sini karena aku suka kamu, kami ada perhatian dengan kamu, kami ingin tahu bagaimana kabar dan keadaanmu”*.

T: *“Tapi kenapa kamu pakai baju merah?”* (salah satu di antara kami ada yang memakai baju merah).

K: *“Memang kenapa? Ada apa dengan baju merah?”*

T: *“Merah kan artinya Stop, tidak boleh jalan, dilarang masuk. Berarti kamu tidak suka dengan aku, pergi kamu, pergiliii...”*

Dari sepeinggal percakapan di atas, kita dapat menganalisis betapa pasien memberikan makna berlebihan terhadap warna merah. Pasien berkonotasi dengan hal lain yang tidak ada kaitannya dengan pakaian warna merah. Kemudian diekspresikan dengan perilaku marah, berteriak, dan menciptakan suasana tidak kondusif. Inilah contoh kesadaran yang terlalu tinggi, yakni hanya dengan sedikit stimulasi (baju merah) dia memberikan makna atau reaksi berlebihan.

Jiwa adalah unsur manusia yang bersifat nonmateri, tetapi fungsi dan manifestasinya sangat terkait pada materi

Selain kesadaran terlalu tinggi, dalam keperawatan kesehatan jiwa kita sering menemukan kesadaran terlalu rendah. Hal ini sering dialami oleh pasien depresi atau yang tertekan. Dengan stimulasi yang banyak, pasien tetap tidak memberikan respons, seperti diajak makan tidak mau, diajak mandi tidak mau, diajak jalan jalan tidak mau. Pasien hanya duduk diam, tidak beranjak dari tempatnya, bahkan diajak bicara pun pasien tidak menjawab. Selain itu, mungkin kita temukan kesadaran pasien yang fluktuatif, kadang marah, kadang diam, sebentar marah sebentar lagi tertawa.

Aspek kesadaran pada masalah kejiwaan mungkin kita temukan kesadaran yang terlalu tinggi, terlalu rendah, atau fluktuatif. Inilah manifestasi jiwa, tampak dari perilaku yang diekspresikan (secara lebih detail, ekspresi perilaku pasien akan dipelajari pada komponen pengkajian tanda dan gejala gangguan jiwa).

PENGERTIAN KESEHATAN JIWA

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, sehat adalah dalam keadaan bugar dan nyaman seluruh tubuh dan bagian-bagiannya. Bugar dan nyaman adalah relatif, karena bersifat subjektif sesuai orang yang mendefinisikan dan merasakan. Bagi seorang kuli bangunan, kaki kejatuhan batu, tergencet, dan berdarah-darah adalah hal biasa, karena hanya dengan sedikit dibersihkannya, kemudian disobekkan pakaian kumalnya, lalu dibungkus, kemudian dapat melanjutkan pekerjaan lagi. Namun, bagi sebagian orang, sakit kepala sedikit harus berobat ke luar negeri. Seluruh komponen tubuh juga relatif, apakah karena adanya panu, kudis, atau kurap pada kulit, seseorang disebut tidak sehat? Padahal komponen tubuh manusia bukan hanya fisik, melainkan juga psikologis dan lingkungan sosial bahkan spiritual.

Jiwa yang sehat sulit didefinisikan dengan tepat. Meskipun demikian, ada beberapa indikator untuk menilai kesehatan jiwa. **Karl Menninger** mendefinisikan orang yang sehat jiwanya adalah orang yang mempunyai kemampuan untuk menyesuaikan diri pada lingkungan, serta berintegrasi dan berinteraksi dengan baik, tepat, dan bahagia. **Michael Kirk Patrick** mendefinisikan orang yang sehat jiwa adalah orang yang bebas dari gejala gangguan psikis, serta dapat berfungsi optimal sesuai apa yang ada padanya. **Clausen** mengatakan bahwa orang yang sehat jiwa adalah orang yang dapat mencegah gangguan mental akibat berbagai stresor, serta dipengaruhi oleh besar kecilnya stresor, intensitas, makna, budaya, kepercayaan, agama, dan sebagainya.

World Health Organization (WHO) pada tahun 2008 menjelaskan kriteria orang yang sehat jiwanya adalah orang yang dapat melakukan hal berikut.

1. Menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk.
2. Merasa bebas secara relatif dari ketegangan dan kecemasan.
3. Memperoleh kepuasan dari usahanya atau perjuangan hidupnya.
4. Merasa lebih puas untuk memberi dari pada menerima.

5. Berhubungan dengan orang lain secara tolong-menolong dan saling memuaskan.
6. Mempunyai daya kasih sayang yang besar.
7. Menerima kekecewaan untuk digunakan sebagai pelajaran di kemudian hari.
8. Mengarahkan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.

Di Indonesia draf rencana undang undang (RUU) kesehatan jiwa belum selesai dibahas. Pada perundangan terdahulu, UU Kesehatan Jiwa No. 3 Tahun 1966 tentang Upaya Kesehatan Jiwa, memberikan batasan bahwa upaya kesehatan jiwa adalah suatu kondisi dapat menciptakan keadaan yang memungkinkan atau mengizinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional yang optimal pada seseorang, serta perkembangan ini selaras dengan orang lain. Menurut UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pada Bab IX tentang kesehatan jiwa menyebutkan Pasal 144 ayat 1 “Upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa”. Ayat 2, “Upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa, dan masalah psikososial”.

Batasan ini pun sulit dipenuhi, sehingga semua kriteria dapat dipertimbangkan dalam menilai kesehatan jiwa. Oleh karenanya, orang yang sehat jiwanya adalah orang yang sebagai berikut.

1. Melihat setiap hari adalah baik, tidak ada satu alasan sehingga pekerjaan harus ditunda, karena setiap hari adalah baik.
2. Hari besok adalah hari yang baik.
3. Tahu apa yang diketahui dan tahu apa yang tidak diketahui.
4. Bisa menyesuaikan diri dengan lingkungan dan membuat lingkungan menjadi lebih baik.
5. Selalu dapat mengembangkan usahanya.
6. Selalu puas dengan hasil karyanya.
7. Dapat memperbaiki dirinya dan tidak menganggap dirinya selalu benar.

SEJARAH PERKEMBANGAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Zaman Mesir Kuno

Pada zaman ini, gangguan jiwa dianggap disebabkan karena adanya roh jahat yang bersarang di otak. Oleh karena itu, cara menyembuhkannya dengan membuat lubang pada tengkorak kepala untuk mengeluarkan roh jahat yang bersarang di otak tersebut.

Hal ini terbukti dengan ditemukannya lubang di kepala pada orang yang pernah mengalami gangguan jiwa. Selain itu, ditemukan pada tulisan Mesir Kuno tentang siapa saja yang pernah kena roh jahat dan telah dilubangi kepalanya.

Tahun-tahun berikutnya, pasien yang mengalami gangguan jiwa diobati dengan dibakar, dipukuli, atau dimasukkan dalam air dingin dengan cara diajak jalan melewati sebuah jembatan lalu diceburkan dalam air dingin dengan maksud agar terkejut, yakni semacam syok terapi dengan harapan agar gangguannya menghilang.

Hasil pengamatan berikutnya diketahui ternyata orang yang menderita skizofrenia tidak ada yang mengalami epilepsi (kejang atau hiperplasia). Padahal penderita epilepsi setelah kejangnya hilang dapat pulih kembali. Oleh karenanya, pada orang skizofrenia dicoba dibuat hiperplasia dengan membuat terapi koma insulin dan terapi kejang listrik (*elektro convulsif therapy*).

Zaman Yunani (Hypocrates)

Pada zaman ini, gangguan jiwa sudah dianggap suatu penyakit. Upaya pengobatannya dilakukan oleh dokter dan orang yang berdoa untuk mengeluarkan roh jahat. Pada waktu itu, orang sakit jiwa yang miskin dikumpulkan dan dimasukkan dalam rumah sakit jiwa. Jadi, rumah sakit jiwa lebih banyak digunakan sebagai tempat penampungan orang gangguan jiwa yang miskin, sehingga keadaannya sangat kotor dan jorok. Sementara orang kaya yang mengalami gangguan jiwa dirawat di rumah sendiri.

Pada tahun 1841, Dorothea Line Dick melihat keadaan perawatan gangguan jiwa. Ia tersentuh hatinya, sehingga berusaha memperbaiki pelayanan kesehatan jiwa. Bersamaan dengan itu, Herophilus dan Erasistratus memikirkan apa yang sebenarnya ada dalam otak, sehingga ia mempelajari anatomi otak pada binatang. Khale kurang puas hanya mempelajari otak, sehingga ia berusaha mempelajari seluruh sistem tubuh hewan (Notosoedirjo, 2001).

Zaman Vesalius

Vesalius tidak yakin hanya dengan mempelajari anatomi hewan saja, sehingga ia ingin mempelajari otak dan sistem tubuh manusia. Namun, membelah kepala manusia untuk dipelajari merupakan hal yang mustahil, apalagi mempelajari seluruh sistem tubuh manusia. Akhirnya, ia berusaha mencuri mayat manusia untuk dipelajari. Sayangnya kegiatannya tersebut diketahui masyarakat, sehingga ia ditangkap, diadili, dan diancam hukuman mati (pancung). Namun, ia bisa membuktikan bahwa kegiatannya itu untuk kepentingan keilmuan, maka akhirnya ia dibebaskan. Vesalius bahkan mendapat penghargaan karena bisa menunjukkan adanya perbedaan antara manusia dan binatang. Sejak saat itu dapat diterima bahwa gangguan jiwa adalah suatu penyakit. Namun kenyatannya, pelayanan di rumah sakit jiwa tidak pernah berubah. Orang yang mengalami gangguan jiwa dirantai, karena petugasnya khawatir dengan keadaan pasien.

Revolusi Prancis I

Phillipe Pinel, seorang direktur di RS Bicetri Prancis, berusaha memanfaatkan Revolusi Prancis untuk membebaskan belenggu pada pasien gangguan jiwa. Revolusi Prancis ini dikenal dengan revolusi humanisme dengan semboyan utamanya “*Liberty, Equality, Fraternity*”. Ia meminta kepada walikota agar melepaskan belenggu untuk pasien gangguan jiwa. Pada awalnya, walikota menolak. Namun, Pinel menggunakan alasan revolusi, yaitu “Jika tidak, kita harus siap diterkam binatang buas yang berwajah manusia”. Perjuangan ini diteruskan oleh murid-murid Pinel sampai Revolusi II.

Revolusi Kesehatan Jiwa II

Dengan diterima gangguan jiwa sebagai suatu penyakit, maka terjadilah perubahan orientasi pada organo biologis. Pada saat ini, Qubius menuntut agar gangguan jiwa masuk dalam bidang kedokteran. Oleh karena itu, gangguan jiwa dituntut mengikuti paradigma *natural sciences*, yaitu ada taksonomi (penggolongan penyakit) dan nosologi (ada tanda/gejala penyakit). Akhirnya, Emil Craepelee mampu membuat penggolongan dari tanda-tanda gangguan jiwa. Sejak saat itu, kesehatan jiwa terus berkembang dengan berbagai tokoh dan spesifikasinya masing-masing.

Revolusi Kesehatan Jiwa III

Pola perkembangan pada Revolusi Kesehatan Jiwa II masih berorientasi pada berbasis rumah sakit (*hospital base*), maka pada perkembangan berikutnya dikembangkanlah basis komunitas (*community base*) dengan adanya upaya pusat kesehatan mental komunitas (*community mental health centre*) yang dipelopori oleh J.F. Kennedy. Pada saat inilah disebut revolusi kesehatan jiwa III.

GANGGUAN JIWA

Pengertian Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Maslim, 2002; Maramis, 2010).

Gangguan jiwa merupakan deskripsi sindrom dengan variasi penyebab. Banyak yang belum diketahui dengan pasti dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis. Pada umumnya ditandai adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar atau tumpul (Maslim, 2002).

Sumber Penyebab Gangguan Jiwa

Manusia bereaksi secara keseluruhan—somato-psiko-sosial. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, unsur ini harus diperhatikan. Gejala gangguan jiwa yang menonjol adalah unsur psikisnya, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia seutuhnya (Maramis, 2010).

1. **Faktor somatik (somatogenik)**, yakni akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.
2. **Faktor psikologik (psikogenik)**, yang terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antarsaudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga akan memengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. Apabila keadaan ini kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan.
3. **Faktor sosial budaya**, yang meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.

Klasifikasi Gangguan Jiwa

Klasifikasi diagnosis gangguan jiwa telah mengalami berbagai penyempurnaan. Pada tahun 1960-an, World Health Organization (WHO) memulai menyusun klasifikasi diagnosis seperti tercantum pada *International Classification of Disease (ICD)*. Klasifikasi ini masih terus disempurnakan, yang saat ini telah sampai pada edisi ke sepuluh (ICD X). Asosiasi dokter psikiatri Amerika juga telah mengembangkan sistem klasifikasi berdasarkan diagnosis dan manual statistik dari gangguan jiwa (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder—DSM*). Saat ini, klasifikasi DSM telah sampai pada edisi DSM-IV-TR yang diterbitkan tahun 2000. Indonesia menggunakan pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ), yang saat ini telah sampai pada PPDGJ III (Maslim, 2002; Cochran, 2010; Elder, 2012; Katona, 2012).

Sistem klasifikasi pada ICD dan DSM menggunakan sistem kategori. ICD menggunakan sistem aksis tunggal (*uniaksis*), yang mencoba menstandarkan diagnosis menggunakan definisi deskriptif dari berbagai sindroma, serta memberikan pertimbangan untuk diagnosis banding. Kriteria diagnosis pada DSM menggunakan sistem multiaksis, yang menggambarkan berbagai gejala yang harus ada agar diagnosis dapat ditegakkan (Katona, 2012). Multiaksis tersebut meliputi hal sebagai berikut.

1. Aksis 1 : sindroma klinis dan kondisi lain yang mungkin menjadi fokus perhatian klinis.

2. Aksis 2 : gangguan kepribadian dan retardasi mental.
3. Aksis 3 : kondisi medis secara umum.
4. Aksis 4 : masalah lingkungan dan psikososial.
5. Aksis 5 : penilaian fungsi secara global.

Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia (PPDGJ) pada awalnya disusun berdasarkan berbagai klasifikasi pada DSM, tetapi pada PPDGJ III ini disusun berdasarkan ICD X. Secara singkat, klasifikasi PPDGJ III meliputi hal berikut.

1. F00 – F09 : gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simtomatik).
2. F10 – F19 : gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.
3. F20 – F29 : skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham.
4. F30 – F39 : gangguan suasana perasaan (mood/afektif).
5. F40 – F48 : gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stres.
6. F50 – F59 : sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik.
7. F60 – F69 : gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa.
8. F70 – F79 : retardasi mental.
9. F80 – F89 : gangguan perkembangan psikologis.
10. F90 – F98 : gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja.

Secara umum, klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 dibagi menjadi dua bagian, yaitu (1) gangguan jiwa berat/kelompok psikosa dan (2) gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan, dan sebagainya. Untuk skizofrenia masuk dalam kelompok gangguan jiwa berat.

Klasifikasi diagnosis keperawatan pada pasien gangguan jiwa dapat ditegakkan berdasarkan kriteria NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) ataupun NIC (*Nursing Intervention Classification*) NOC (*Nursing Outcome Criteria*). Untuk di Indonesia menggunakan hasil penelitian terhadap berbagai masalah keperawatan yang paling sering terjadi di rumah sakit jiwa. Pada penelitian tahun 2000, didapatkan tujuh masalah keperawatan utama yang paling sering terjadi di rumah sakit jiwa di Indonesia, yaitu:

1. perilaku kekerasan;
2. halusinasi;
3. menarik diri;
4. waham;
5. bunuh diri;

6. defisit perawatan diri (berpakaian/berhias, kebersihan diri, makan, aktivitas sehari-hari, buang air);
7. harga diri rendah.

Hasil penelitian terakhir, yaitu tahun 2005, didapatkan sepuluh diagnosis keperawatan terbanyak yang paling sering ditemukan di rumah sakit jiwa di Indonesia adalah sebagai berikut.

1. Perilaku kekerasan.
2. Risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan, verbal).
3. Gangguan persepsi sensori: halusinasi (pendengaran, penglihatan, pengecap, peraba, penciuman).
4. Gangguan proses pikir.
5. Kerusakan komunikasi verbal.
6. Risiko bunuh diri.
7. Isolasi sosial.
8. Kerusakan interaksi sosial.
9. Defisit perawatan diri (mandi, berhias, makan, eliminasi).
10. Harga diri rendah kronis.

Dari seluruh klasifikasi diagnosis keperawatan yang paling sering ditemukan di rumah sakit jiwa ini, telah dibuat standar rencana tindakan yang dapat digunakan acuan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kesehatan jiwa.

LATIHAN

1. Bagaimana cara mempelajari kejiwaan seseorang?
2. Sebutkan manifestasi jiwa!
3. Jelaskan kriteria sehat jiwa!
4. Faktor apa yang menyebabkan gangguan jiwa?
5. Sebutkan klasifikasi gangguan jiwa!

BACAAN

Cochrane, E.M., Barkway P., Nizette D. 2010. *Mosby's Pocketbook of Mental Health*. Australia: Elsevier.

Depkes RI. 2014. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013*. Jakarta: Depkes RI.

Elder, R, Evans K., Nizette D. 2012. *Psychiatric and Memntal Health Nursing 2nd*. Australia: Elsevier.