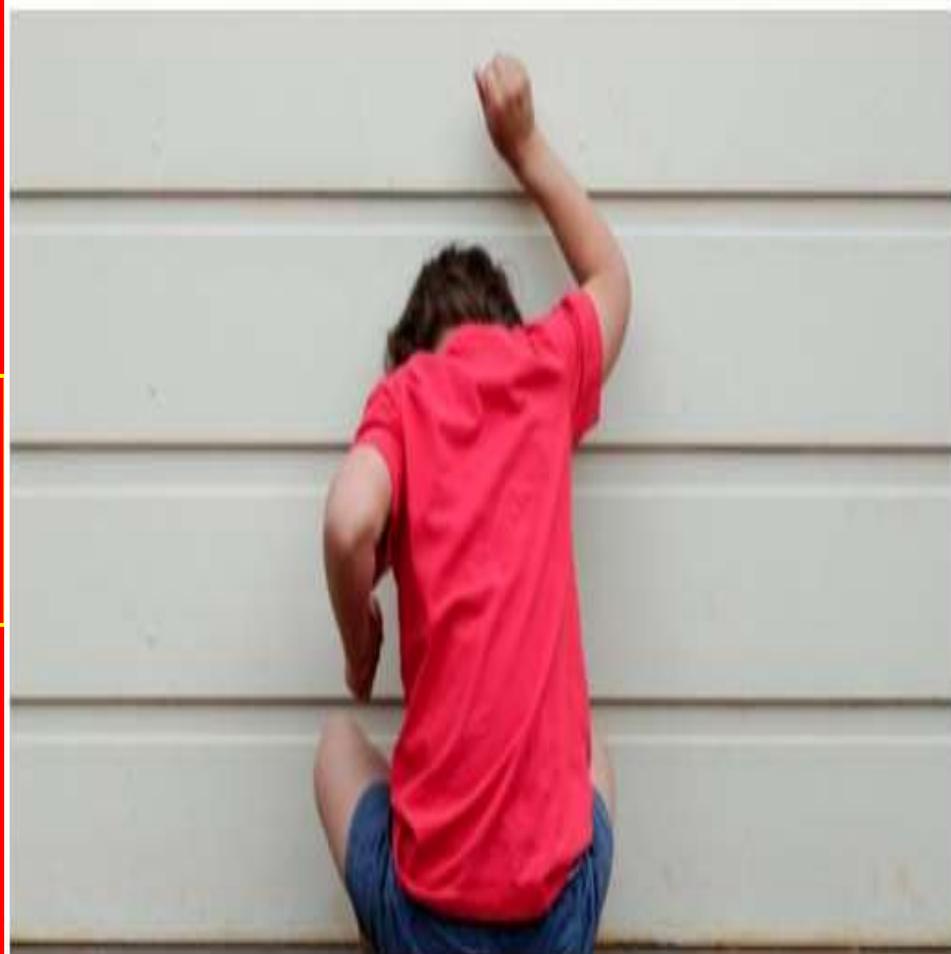




MODUL PEMBELAJARAN

KEPERAWATAN JIWA I

Penulis:
Ifa Nofalia, M.Kep.
Iva Milia, M.Kep.



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2019**

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur Kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang Telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga Modul ini dapat tersusun. Modul ini diperuntukkan bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Diharapkan mahasiswa yang mengikuti kegiatan pembelajaran dapat mengikuti semua kegiatan dengan baik dan lancar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan modul ini tentunya masih terdapat beberapa kekurangan, sehingga penulis bersedia menerima saran dan kritik dari berbagai pihak untuk dapat menyempurnakan modul ini di kemudian hari. Semoga dengan adanya modul ini dapat membantu proses belajar mengajar dengan lebih baik lagi.

Jombang, Februari 2019

Penulis

PENYUSUN

Penulis

Ifa Nofalia, M.Kep.

Iva Milia, M.Kep.

Desain dan Editor

M. Sholeh

.

Penerbit

@ 2019 Icme Press

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	ii
PENYUSUN.....	iii
DAFTAR ISI	iv
PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL	v
RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER.....	vi
A. CP Keterampilan Khusus.....	vii
B. CP Pengetahuan.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Deskripsi Mata Ajar	1
B. Capaian Pembelajaran Lulusan	1
C. Strategi Perkuliahan.....	3
BAB 2.....	5
D. Kegiatan Belajar 1	5
E. Kegiatan Belajar 2	13
F. Kegiatan Belajar 3	34
G. Kegiatan Belajar 4	39
H. Kegiatan Belajar 5	42
I. Kegiatan Belajar 6	60
J. Kegiatan Belajar 7-8.....	64
K. Kegiatan Belajar 9	90
L. Kegiatan Belajar 10	125
M. Kegiatan Belajar 11	135
N. Kegiatan Belajar 12	149
O. Kegiatan Belajar 13-14.....	155
DAFTAR PUSTAKA	176

PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

A. Petunjuk Bagi Dosen

Dalam setiap kegiatan belajar dosen berperan untuk:

1. Membantu mahasiswa dalam merencanakan proses belajar
2. Membimbing mahasiswa dalam memahami konsep, analisa, dan menjawab pertanyaan mahasiswa mengenai proses belajar.
3. Mengorganisasikan kegiatan belajar kelompok.

B. Petunjuk Bagi Mahasiswa

Untuk memperoleh prestasi belajar secara maksimal, maka langkah-langkah yang perlu dilaksanakan dalam modul ini antara lain:

1. Bacalah dan pahami materi yang ada pada setiap kegiatan belajar. Bila ada materi yang belum jelas, mahasiswa dapat bertanya pada dosen.
2. Kerjakan setiap tugas diskusi terhadap materi-materi yang dibahas dalam setiap kegiatan belajar.
3. Jika belum menguasai level materi yang diharapkan, ulangi lagi pada kegiatan belajar sebelumnya atau bertanyalah kepada dosen.

RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN		
RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)			
No. Dokumen	No. Revisi	Hal	Tanggal Terbit 4 Februari 2019
Mata Kuliah : Kep. Jiwa 1	Semester: IV	SKS: 3 (2T, 1P)	Kode MK: 01ACKKJ1
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan	Dosen Pengampu/Penanggungjawab : Iva Milia HR, S.Kep., Ns., M.Kep. (IM) Ifa Nofalia S.Kep., Ns., M.Kep. (IN)		
Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)	<p><u>Sikap</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religious 2. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika 3. Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan 4. Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri. 5. Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggung jawabnya, dan hukum/peraturan perundangan; 6. Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia 7. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggung jawabnya. <p><u>Keterampilan Umum:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang 		

- minimal setara dengan standard kompetensi kerja profesinya
2. Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif
 3. Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik
 4. Mengomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya
 5. Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya
 6. Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat
 7. Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya
 8. Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya
 9. Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya
 10. Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya
 11. Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri

A. CP Keterampilan Khusus

1. Menerapkan filosofi, konsep holistic dan proses keperawatan jiwa dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
2. Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus jiwa terkait gangguan berbagai sistem pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
3. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus jiwa terkait gangguan berbagai sistem pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
4. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian ke dalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan kasus jiwa terkait berbagai sistem dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
5. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada individu dengan kasus jiwa terkait berbagai sistem dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
6. Melaksanakan fungsi advokasi dan komunikasi pada kasus jiwa terkait berbagai sistem dengan menekankan

aspek caring dan peka budaya.

7. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus jiwa sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.

B. CP Pengetahuan

1. Mampu menjelaskan konsep keperawatan jiwa
2. Mampu menjelaskan konsep dasar kesehatan jiwa
3. Mampu menjelaskan dan mengidentifikasi trend dan isu keperawatan jiwa terkini
4. Mampu menjelaskan konsep stres dan adaptasi
5. Mampu menjelaskan psikodinamika gangguan jiwa
6. Mampu menjelaskan komunikasi terapeutik pada gangguan jiwa
7. Mampu menjelaskan proses keperawatan jiwa, prinsip-prinsip legal etis dan lintas budaya dalam asuhan keperawatan jiwa
8. Mampu menjelaskan simulasi asuhan keperawatan masalah gangguan jiwa pada anak dan remaja

<p>Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)</p>	<p>Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran keperawatan jiwa, bila diberi kasus, mahasiswa mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganalisis konsep dasar keperawatan jiwa 2. Menganalisis konsep dasar kesehatan jiwa 3. Mengidentifikasi trend dan issue keperawatan jiwa terkini 4. Menganalisis konsep stress dan adaptasi 5. Menganalisis konsep psikodinamika gangguan jiwa 6. Menerapkan komunikasi terapeutik pada klien gangguan jiwa 7. Menerapkan proses keperawatan jiwa, prinsip-prinsip legal etis dan lintas budaya dalam asuhan keperawatan keperawatan jiwa 8. Menjelaskan dan simulasi asuhan keperawatan dengan masalah gangguan jiwa pada anak dan remaja 9. Melakukan simulasi asuhan keperawatan penyalahgunaan NAPZA dan AIDS 10. Mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah gangguan mood/perasaan 11. Mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kognitif 12. Mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kecemasan 13. Menjelaskan dan simulasi asuhan keperawatan dengan masalah gangguan jiwa pada Usila 14. Mampu melakukan terapi modalitas 			
<p>Deskripsi Mata Kuliah</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mata kuliah ini adalah mata kuliah keahlian keperawatan yang berfokus kepada respon anak dan keluarganya pada setiap tahap perkembangan mulai lahir sampai akhir masa remaja baik dalam keadaan sehat ataupun sakit akut, di masyarakat ataupun dirawat di rumah sakit, serta intervensi keperawatannya baik yang bersifat mandiri maupun kolaboratif. 2. Mata kuliah ini juga merupakan integrasi dan penerapan ilmu keperawatan dasar dan ilmu dasar keperawatan yang membantu mengantarkan mahasiswa untuk mendalami tentang bagaimana melakukan asuhan keperawatan profesional (holistik), memberikan pendidikan kesehatan, menjalankan fungsi advokasi bagi klien/keluarganya dengan menerapkan komunikasi efektif, serta membuat keputusan dengan mempertimbangkan aspek legal dan etik. 3. Kegiatan belajar mahasiswa berorientasi pada pencapaian kemampuan berfikir sistematis, komprehensif dan kritis dalam mengaplikasikan konsep dengan pendekatan proses keperawatan sebagai dasar penyelesaian masalah serta mengembangkan sikap profesional (pengembangan soft skills) melalui beberapa model belajar yang relevan. 			
			Metode	Penilaian

Minggu ke -	Kemampuan yang diharapkan (Sub- CPMK)	Bahan Kajian/Materi Pembelajaran	Pembelajaran dan Pengalaman Belajar	Waktu	Teknik	Kriteria/ Indikator	Bobot (%)
1	Mahasiswa mampu menjelaskan konsep keperawatan jiwa, mampu melaksanakan komikasi efektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sejarah keperawatan jiwa 2. Filosofi keperawatan jiwa 3. Teori dan model praktik keperawatan jiwa 4. Standar asuhan keperawatan jiwa 5. Peran dan fungsi perawat dalam askep jiwa 	Mini Lecture, (IM)	TM 2 x 50'	MCQ	Dapat menjelaskan konsep keperawatan jiwa	7
2	Menganalisis konsep dasar kesehatan jiwa, mampu mengelola administrasi keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis – jenis gangguan jiwa : ansietas, psikotik,neurotik, schizofrenia 2. Karakteristik ggn jiwa berdasarkan tanda dan gejala 	Mini Lecture, (IM)	TM 2 x 50'	MCQ	Dapat menganalisis konsep dasar kesehatan jiwa	7
3	Mengidentifikasi trend dan issue keperawatan jiwa terkini, mampu berpartisipasi aktif sebagai anggota tim	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trend dan issue keperawatan jiwa 2. Estimasi gangguan jiwa 3. Trend pasung dimasyarakat 4. Jenis-jenis pasung 5. Arah kebijakan baru (global dan nasional) 6. Indicator kesehatan jiwa 7. Upaya promotif dan preventif kesehatan jiwa 8. Peran perawat dalam kasus kejiwaan 	Mini Lecture (IM)	TM 2 x 50'	MCQ	Dapat menjelaskan dan mengidentifikasi trend dan issue keperawatan jiwa terkini	7

4	Menganalisis konsep stress dan adaptasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendefinisikan stress, stressor, homesostasis dan adaptasi 2. Menguraikan jenis- jenis stess 3. Menghubungkan keterkaitan antara stres dan adaptasi 	Mini lecture (IM)	TM 2 x 50'	MCQ	Dapat menjelaskan dan menganalisis konsep stress dan adaptasi	7
5	Menganalisis konsep psikodinamika gangguan jiwa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psikodinamika gangguan jiwa 2. Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) 3. Contoh – contoh gangguan jiwa 4. Skema tentang terjadinya gangguan jiwa 5. (Psikopatologi) 	Mini Lecture (IM)	TM 2 x 50'	MCQ	Dapat menjelaskan dan menganalisis konsep psikodinamika gangguan jiwa	7
6	Menerapkan komunikasi terapeutik pada klien gangguan jiwa dengan berdasarkan aspek caring dan berakhak mulia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi terapeutik 2. Tujuan komunikasi terapeutik 3. Langkah – langkah komunikasi terapeutik 4. Memilih komunikasi terapeutik pada asuhan keperawatan jiwa secara tepat 5. Teknik komunikasi terapeutik 6. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) dalam keperawatan jiwa 	Lecture (IM)	TM 2 x 50'	MCQ	Dapat menjelaskan dan Menerapkan komunikasi terapeutik pada klien gangguan jiwa berdasarkan aspek caring dan peka budaya	7
7	Menerapkan proses keperawatan jiwa, prinsip-prinsip legal etis dan lintas budaya dalam asuhan keperawatan jiwa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langkah – langkah asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan jiwa 2. Pengkajian pada pasien gangguan jiwa 3. Menganalisis hasil pengkajian 4. Rumusan diagnosa keperawatan jiwa 	Case studi (IM)	TM 2 x 50'	Laporan kasus	Menerapkan proses keperawatan jiwa, prinsip-prinsip legal etis dan lintas budaya dalam asuhan keperawatan keperawatan jiwa	7

		5. Rencana tindakan keperawatan jiwa 6. Tindakan keperawatan jiwa 7. Evaluasi tindakan keperawatan 8. Dokumentasi asuhan keperawatan jiwa					
UTS							
8	Menjelaskan dan simulasi asuhan keperawatan dengan masalah gangguan jiwa pada anak, remaja dan usila dengan berdasarkan aspek caring dan peka budaya	1. Masalah kesehatan jiwa pada anak dan remaja 2. Tindakan keperawatan yang tepat dalam asuhan keperawatan pada masalah kesehatan jiwa anak, remaja dan usila	Case studi (IN)	TM 2x50'	Problem solving skill	Menjelaskan dan simulasi asuhan keperawatan dengan masalah gangguan jiwa pada anak, remaja dan usila	8
9	Mahasiswa mampu menjelaskan aspek penyalahgunaan NAPZA dan AIDS dengan berdasarkan aspek caring dan peka budaya	Asuhan keperawatan penyalahgunaan NAPZA dan AIDS	Case Studi (IN)	TM 2 x 50'	Laporan kasus	Mampu melakukan simulasi asuhan keperawatan penyalahgunaan NAPZA dan AID dengan berdasarkan aspek caring dan peka budaya.	7
10	Mahasiswa mampu menjelaskan Aplikasi asuhan keperawatan pada klien dengan masalah gangguan mood/perasaan	1. Langkah – langkah asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan alam perasaan 2. Pengkajian pada pasien dengan depresi dan mania 3. Diagnosa keperawatan jiwa pada	Case Studi (IN)	TM 2 x 50'	Laporan kasus	Mahasiswa mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah gangguan mood/perasaan	8

		<p>pasien dengan depresi dan mania</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Rencana tindakan keperawatan jiwa pada pasien dengan depresi dan mania 5. Tindakan keperawatan jiwa pada pasien dengan depresi dan mania 6. Evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan depresi dan mania 7. Dokumentasi asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan depresi dan mania 					
11	Mahasiswa mampu meng aplikasi asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kecemasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jiwa pada pasien dengan kecemasan langka – langkah asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kecemasan 2. Pengkajian pada pasien dengan kecemasan 3. Diagnosa keperawatan 4. Rencana tindakan keperawatan jiwa pada pasien dengan kecemasan 5. Tindakan keperawatan jiwa pada pasien dengan kecemasan 6. Evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan kecemasan 7. Dokumentasi asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan kecemasan 	Case Studi (IN)	TM 2 x 50'	Laporan kasus	Mahasiswa mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kecemasan	7
12	Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi masalah gangguan kognitif 2. Memilih tindakan keperawatan yang 	Case Studi (IN)	TM 2 x 50'	Problem solvig skill	Mampu menjelaskan asuhan keperawatan Gangguan Kognitif	7

	Gangguan Kognitif	tepat dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kognitif					
13	Mahasiswa mampu menjelaskan modalitas terapi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan terapi individual 2. Menjelaskan Terapi lingkungan 3. Menjelaskan Terapi biologi/somatik 4. Menjelaskan Terapi kognitif 	SGD (IN)	TM 2x 50'	Presentasi dan penugasan	Mampu menjelaskan terapi modalitas	7
14	Mahasiswa mampu menjelaskan modalitas terapi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan Terapi keluarga 2. Menjelaskan Terapi kelompok 3. Menjelaskan Terapi perilaku 4. Menjelaskan Terapi bermain 	SGD (IN)	TM 2x 50'	Presentasi dan penugasan	Mampu menjelaskan terapi modalitas	7
PRAKTIKUM LABORATORIUM							
1-7	Mampu melakukan demonstrasi dan simulasi SPTK	Melakukan SPTK	Demonstrasi dan simulasi (IM)	7 x 170'	Prosedur skill tes	Mampu melakukan SPTK	
8-14	Mampu mempraktekkan Askep kepada pasien dengan 7 diagnosis gangguan pada pasien gangguan jiwa	Mempraktekkan Askep kepada pasien dengan 7 diagnosis gangguan pada pasien gangguan jiwa	Demonstrasi dan simulasi (IN)	7 x 170'	Prosedur Skill tes	Mampu mempraktekkan askep kepada pasien dengan 7 diagnosis	
UAS							

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Deskripsi Mata Ajar

Mata kuliah ini adalah mata kuliah keahlian keperawatan yang berfokus kepada respon anak dan keluarganya pada setiap tahap perkembangan mulai lahir sampai akhir masa remaja baik dalam keadaan sehat ataupun sakit akut, di masyarakat ataupun dirawat di rumah sakit, serta intervensi keperawatannya baik yang bersifat mandiri maupun kolaboratif. Mata kuliah ini juga merupakan integrasi dan penerapan ilmu keperawatan dasar dan ilmu dasar keperawatan yang membantu mengantarkan mahasiswa untuk mendalami tentang bagaimana melakukan asuhan keperawatan profesional (holistik), memberikan pendidikan kesehatan, menjalankan fungsi advokasi bagi klien/keluarganya dengan menerapkan komunikasi efektif, serta membuat keputusan dengan mempertimbangkan aspek legal dan etik. Kegiatan belajar mahasiswa berorientasi pada pencapaian kemampuan berfikir sistematis, komprehensif dan kritis dalam mengaplikasikan konsep dengan pendekatan proses keperawatan sebagai dasar penyelesaian masalah serta mengembangkan sikap profesional (pengembangan soft skills) melalui beberapa model belajar yang relevan.

B. Capaian Pembelajaran Lulusan

1. Sikap

- a. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religious
- b. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika
- c. Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan
- d. Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.
- e. Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggung jawabnya, dan hukum/peraturan perundangan;
- f. Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia

- g. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggung jawabnya.

2. Keterampilan Umum

- a. Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standard kompetensi kerja profesinya
- b. Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif
- c. Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik
- d. Mengomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya
- e. Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya
- f. Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat
- g. Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya
- h. Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya
- i. Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya
- j. Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya
- k. Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri

3. CP Keterampilan Khusus

- a. Menerapkan filosofi, konsep holistic dan proses keperawatan jiwa dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.

- b. Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus jiwa terkait gangguan berbagai sistem pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- c. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus jiwa terkait gangguan berbagai sistem pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- d. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian ke dalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan kasus jiwa terkait berbagai sistem dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- e. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada individu dengan kasus jiwa terkait berbagai sistem dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- f. Melaksanakan fungsi advokasi dan komunikasi pada kasus jiwa terkait berbagai sistem dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- g. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus jiwa sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.

4. CP Pengetahuan

- a. Mampu menjelaskan konsep keperawatan jiwa
- b. Mampu menjelaskan konsep dasar kesehatan jiwa
- c. Mampu menjelaskan dan mengidentifikasi trend dan isu keperawatan jiwa terkini
- d. Mampu menjelaskan konsep stres dan adaptasi
- e. Mampu menjelaskan psikodinamika gangguan jiwa
- f. Mampu menjelaskan komunikasi terapeutik pada gangguan jiwa
- g. Mampu menjelaskan proses keperawatan jiwa, prinsip-prinsip legal etis dan lintas budaya dalam asuhan keperawatan jiwa
- h. Mampu menjelaskan simulasi asuhan keperawatan masalah gangguan jiwa pada anak dan remaja

C. Strategi Perkuliahan

Pendekatan perkuliahan ini adalah pendekatan Student Center Learning. Dimana Mahasiswa lebih berperan aktif dalam proses pembelajaran. Metode yang digunakan lebih banyak menggunakan metode ISS (Interactive skill station) dan Problem base

learning. Interactive skill station diharapkan mahasiswa belajar mencari materi secara mandiri menggunakan berbagai sumber kepustakaan seperti internet, expert dan lainlain, yang nantinya akan didiskusikan dalam kelompok yang telah ditentukan. Sedangkan untuk beberapa pertemuan dosen akan memberikan kuliah singkat diawal untuk memberikan kerangka pikir dalam diskusi. Untuk materi-materi yang memerlukan keterampilan, metode yang akan dilakukan adalah simulasi dan demonstrasi. Berikut metode pembelajaran yang akan digunakan dalam perkuliahan ini:

1. Mini Lecture
2. Case Studi
3. SGD

BAB 2

KEGIATAN BELAJAR

D. Kegiatan Belajar 1

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan konsep keperawatan jiwa, mampu melaksanakan komunikasi efektif

2. Uraian Materi

Konsep Komunikasi Efektif

Dosen: Iva Milia, M.Kep.

A. Pengertian komunikasi efektif

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang mampu untuk menghasilkan perubahan sikap pada orang yang terlihat dalam komunikasi. Tujuan komunikasi efektif adalah memberi kemudahan dalam memahami pesan yang disampaikan antara pemberi dan penerima sehingga bahasa lebih jelas, lengkap, pengiriman dan umpan balik seimbang, dan melatih menggunakan bahasa non verbal secara baik. Ada beberapa pendapat para ahli mengenai komunikasi efektif, antara lain :

1. Menurut Jalaluddin dalam bukunya Psikologi Komunikasi (2008:13) menyebutkan, komunikasi yang efektif ditandai dengan adanya pengertian, dapat menimbulkan kesenangan, mempengaruhi sikap, meningkatkan hubungan sosial yang baik, dan pada akhirnya menimbulkan suatu tindakan.
2. Johnson, Sutton dan Harris (2001: 81) menunjukkan cara-cara agar komunikasi efektif dapat dicapai. Menurut mereka, komunikasi efektif dapat terjadi melalui atau dengan didukung oleh aktivitas role-playing, diskusi, aktivitas kelompok kecil dan materi-materi pengajaran yang relevan. Meskipun penelitian mereka terfokus pada komunikasi efektif untuk proses belajar-mengajar, hal yang dapat dimengerti di sini adalah bahwa suatu proses komunikasi membutuhkan aktivitas, cara dan sarana lain agar bisa berlangsung dan mencapai hasil yang efektif.
3. Menurut Mc. Crosky Larson dan Knapp (2001) mengatakan bahwa komunikasi yang efektif dapat dicapai dengan mengusahakan ketepatan (accuracy) yang paling tinggi derajatnya antara komunikator dan komunikan dalam setiap komunikasi. Komunikasi yang lebih efektif terjadi apabila

komunikator dan komunikan terdapat persamaan dalam pengertian, sikap dan bahasa.

B. Proses komunikasi efektif

Komunikasi merupakan suatu proses yang mempunyai komponen dasar sebagai berikut ;

1. Pengirim pesan (sender) dan isi pesan atau materi

Pengirim pesan adalah orang yang mempunyai ide untuk disampaikan kepada seseorang dengan harapan dapat dipahami oleh orang yang menerima pesan sesuai dengan yang dimaksudkannya. Pesan adalah informasi yang akan disampaikan atau diekspresikan oleh pengirim pesan. Pesan dapat verbal atau non verbal dan pesan akan efektif bila diorganisir secara baik dan jelas.

Materi pesan dapat berupa:

1. Informasi
2. Ajakan
3. Rencana kerja
4. Pertanyaan dan sebagainya
- b. Simbol atau isyarat

Pada tahap ini pengirim pesan membuat kode atau symbol sehingga pesannya dapat dipahami oleh orang lain. Biasanya seorang manager menyampaikan pesan dalam bentuk kata-kata, gerakan anggota badan, (tangan , kepala, mata, dan bagian muka lainnya). Tujuan penyampaian pesan adalah untuk mengajak, membujuk, mengubah sikap, perilaku atau menunjukkan arah tertentu.

2. Media atau penghubung

Adalah alat untuk menyampaikan pesan seperti : TV, radio surat kabar, papan pengumuman, telepon dan lainnya. Pemilihan media ini dapat dipengaruhi oleh isi pesan yang akan disampaikan, jumlah penerimaan pesan, situasi dsb.

3. Mengartikan kode atau isyarat

Setelah pesan diterima melalui indra (telinga, mata dst)maka si penerima pesan harus dapat mengartikan symbol/kode dari pesan tersebut, sehingga dapat dimngerti / dipahaminya.

4. Penerima pesan

Penerima pesan adalah orang yang dapat memahami pesan dari si pengirim meskipun dalam bentuk code /isyarat tanpa mengurangi arti pesan yang dimaksud oleh pengirim.

5. Balikan (feedback)

Balikan adalah isyarat atau tanggapan yang berisi kesan dari penerima pesan dalam bentuk verbal maupun nonverbal. Tanpa balikan seorang pengirim pesan tidak akan tahu dampak pesannya terhadap sipenerima pesan hal ini penting bagi manager atau pengirim pesan untuk mengetahui apakah pesan sudah diterima dengan pemahaman yang benar dan tepat. Balikan dapat disampaikan oleh penerima pesan atau orang lain yang bukan penerima pesan. Balikan yang disampaikan oleh penerima pesan pada umumnya merupakan balikan langsung yang mengandung pemahaman atas pesan tersebut dan sekaligus merupakan apakah pesan itu akan dilaksanakan atau tidak.

6. Gangguan

Gangguan bukan merupakan bagian dari proses komunikasi akan tetapi mempunyai pengaruh dalam proses komunikasi, karena setiap situasi hampir selalu ada hal yang mengganggu kita. Gangguan adalah hal yang merintangikan atau menghambat komunikasi sehingga penerima salah menafsirkan pesan yang diterimanya.

C. Proses komunikasi efektif

Dalam komunikasi, setidaknya harus ada komunikator, pesan, saluran komunikasi, metode komunikasi, bentuk komunikasi, dan teknik komunikasi, secara keseluruhan akan membentuk jaringan komunikasi.

- Komunikator adalah orang yang mau berkomunikasi dengan orang lain, disebut juga pembawaan berita/pengirim berita/sumber berita.
- Pesan adalah berita yang disampaikan oleh komunikator melalui lambing dan gerak.
- Saluran komunikasi adalah sarana untuk menangkap lambing yang kemudian diterjemahkan dalam bentuk persepsi yang member makna terhadap suatu stimulus atau rangsangan.
- Komunikan adalah pihak lain yang diajak berkomunikasi, yang merupakan sarana dalam kegiatan komunikasi

D. Unsur-unsur dalam komunikasi efektif

Komunikasi mempunyai dasar sebagai berikut: niat, minat, pandangan, lekat, dan libat, menyangkut:

1. Siapa sasarannya
2. Apa yang akan dicapai
3. Kapan akan disampaikan
4. Minat, ada dua factor yang mempengaruhi yaitu:
5. Factor obyektif: merupakan rangsang yang kita terima
6. Fakto subyektif: merupakan factor yang menyangkut diri si penerima stimulus
7. Pandangan, merupakan makna dari informasi yang disampaikan pada sasaran, menafsirkan informasi yang diterima tergantung pada pendidikan, pekerjaan, pengalaman dan kerangka piker seseorang.
8. Lekat, merupakan informasi yang disimpan oleh si penerima.
9. Libat, merupakan keterlibatan panca indra sebanyak-banyaknya.

E. Tahapan komunikasi efektif

1. Pengirim mempunyai gagasan (ide)
2. Pengirim mengubah gagasan menjadi pesan (yang dapat dipahami oleh penerima)
3. Pengirim mengirim pesan, melalui media perantara (verbal/non verbal, lisan /tulisan) dan medium (telpon, komputer /memo

F. Teknik komunikasi efektif

PERSUASIF COMMUNICATION (KOMUNIKASI PERSUASIF)

Komunikasi persuasif bertujuan untuk mengubah sikap, pendapat, atau perilaku komunikan yang lebih menekan sisi psikologis komunikan. Penekanan ini dimaksudkan untuk mengubah sikap, pendapat, atau perilaku, tetapi persuasi dilakukan dengan halus, luwes, yang mengandung sifat-sifat manusiawi sehingga mengakibatkan kesadaran dan kerelaan yang disertai perasaan senang. Agar komunikasi persuasif mencapai tujuan dan sasarannya, maka perlu dilakukan perencanaan yang matang dengan mempergunakan komponen-komponen ilmu komunikasi yaitu komunikator, pesan, media, dan komunikan. Sehingga dapat terciptanya pikiran, perasaan, dan hasil pengindraannya terorganisasi secara mantap dan terpadu. biasanya teknik ini afektif, komunikan bukan hanya sekedar tahu, tapi tergerak hatinya dan menimbulkan perasaan tertentu.

COERSIVE/ INSTRUKTIVE COMMUNICATION(KOMUNIKASI BERSIFAT PERINTAH)

Komunikasi instruktif atau koersi teknik komunikasi berupa perintah, ancaman, sangsi dan lain-lain yang bersifat paksaan, sehingga orang-orang yang dijadikan sasaran (komunikan) melakukannya secara terpaksa, biasanya teknik komunikasi seperti ini bersifat fear arousing, yang bersifat menakut-nakuti atau menggambarkan resiko yang buruk. Serta tidak luput dari sifat red-herring, yaitu interes atau muatan kepentingan untuk meraih kemenangan dalam suatu konflik ,perdebatan dengan menepis argumentasi yang lemah kemudian dijadikan untuk menyerang lawan. Bagi seorang diplomat atau tokoh politik teknik tersebut menjadi senjata andalan dan sangat penting untuk mempertahankan diri atau menyerang secara diplomatis.

HUMAN RELATION (HUBUNGAN MANUSIA)

Hubungan manusiawi merupakan terjemahan dari human relation. Adapula yang mengartikan hubungan manusia dan hubungan antar manusia, namun dalam kaitannya hubungan manusia tidak hanya dalam hal berkomunikasi saja, namun didalam pelaksanaannya terkandung nilai nilai kemanusiaan serta unsur-unsur kejiwaan yang amat mendalam. Seperti halnya mengubah sifat, pendapat, atau perilaku seseorang. Jika ditinjau dari sisi ilmu komunikasi hubungan manusia ini termasuk kedalam komunikasi interpersonal, pasalnya komunikasi yang berlangsung antara dua orang atau lebih dan bersifat dialogis.

Hubungan manusia pada umumnya dilakukan untuk menghilangkan hambatan-hambatan komunikasi, meniadakan salah pengertian dan mengembangkan tabiat manusia. Untuk melakukan hubungan manusia biasanya digunakan beberapa teknik pendekatan yaitu pendekatan emosional (emosional approach) dan pendekatan social budaya (sosio-cultur approach).

G. Hambatan dalam komunikasi efektif

1. Hambatan dari proses komunikasi
 - a. Hambatan dari pengirim pesan, misalnya pesan yang akan disampaikan belum jelas bagi dirinya atau pengirim pesan, hal ini dipengaruhi oleh perasaan atau situasi emosional.
 - b. Hambatan dalam penyediaan / symbol

- c. Hal ini dapat terjadi karena bahasa yang dipergunakan tidak jelas sehingga mempunyai arti lebih atau satu, symbol yang di[ergunakan antara sipengirim dan penerima tidak sama atau bahasa yang dipergunakan terlalu sulit.
- d. Hambatan media, adalah hambatan yang terjadi dalam penggunaan media komunikasi, misalnya gangguan suara radio dan aliran listrik sehingga tidak dapat mendengarkan pesan.
- e. Hambatan dalam bahasa sandi. Hambatan terjadi dalam menafsirkan sandi oleh si penerima.
- f. Hambatan dari penerima pesan, misalnya kurangnya perhatian pada saat penerima atau mendengarkan pesan, sikap prasangka tanggapan yang keliru dan tidak mencari informasi lebih lanjut.
- g. Hambatan dalam memberikan balikan. Balikan yang diberikan tidak menggambarkan apa adanya akan tetapi memberika interpretatif, tidak tepat waktu atau tidak jelas dan sebagainya.

2. Hambatan fisik

Hambatan fisik dapat mengganggu komunikasi yang efektif, cuaca gangguan alat komunikasi, dll. Misalnya :gangguan kesehatan, gangguan alat komunikasi dan sebagainya.

3. Hambatan semantik

Kata-kata yang dipergunakan dalam komunikasi kadang-kadang mempunyai arti mendua yang berbeda, tidak jelas atau berbelit-belit antara pemberi pesan dan penerima

4. Hambatan psikologis

Hambatan psikologis dan social kadang-kadang mengganggu komunikasi, misalnya: perbedaan nilai-nilai serta harapan yang berbeda antara pengirim dan penerima pesan. Biasanya teknik ini afektif, komunikasi bukan hanya sekedar tahu, tapi tergerak hatinya dan menimbulkan perasaan tertentu.

H. Kriteria keberhasilan komunikasi

Untuk memperoleh keefektifan komunikasi , seseorang harus memperhatikan beberapa kriteria komunikasi sebagai berikut:

- 1. Komunikasi membutuhkan lebih dari dua orang yang akan menentukan tingkat hubungan dengan orang lain.

2. Komunikasi terjadi secara berkesinambungan dan terjadi hubungan timbal balik .
3. Proses komunikasi dapat melalui komunikasi verbal dan non verbal yang bisa terjadi secara simultan.
4. Dalam berkomunikasi seseorang akan berespon terhadap peran yang di terima baik secara langsung maupun tidak langsung ,verbal maupun non verbal.
5. Pesan yang di terima tidak selalu di asumsikan sama antara penerima dan pengirim.
6. Pertukaran informasi di butuhkan ilmu pengetahuan.
7. Pesan yang di kirim dan di terima di pengaruhi oleh pengalaman masa lalu,pendidikan, keyakinan dan budaya.
8. Komunikaasi di pengaruhi oleh perasaan diri sendiri, subyek yang di komunikasikan orang lain.
9. Posisi seseorang di dalam system sosio cultural dapat mempengaruhi proses komunikasi.

3. Rangkuman

Komunikasi merupakan landasan bagi profesi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan karena tugas bidan adalah memberikan pelayanan kepada masyarakat. Proses komunikasi merupakan suatu penyampaian pesan, ide, atau lambing kepada orang lain agar dapat mencapai persepsi yang sama sesuai dengan yang dikehendaki oleh komunikator. Tujuan berkomunikasi adalah memudahkan dan melancarkan pencapaian tujuan. Unsure dasar komunikasi terdiri atas komunikator, pesan, saluran komunikasi, metode komunikasi, komunikan,lingkungan, dan umpan balik.

Kemampuan menerapkan teknik komunikasi terapeutik dalam asuhan kebidanan memerlukan latihan dan kepekaan serta ketajaman perasaan, karena komunikasi terjadi tidak dalam kehampaan, tetapi dalam dimensi nilai,waktu,dan ruang yang turut memengaruhi keberhasilan komunikasi yang terlihat melalui dampak terapeutik bagi klien dan juga berpusat bagi bidan sebagai komunikator.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choise

E. Kegiatan Belajar 2

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Menganalisis konsep dasar kesehatan jiwa, mampu mengelola administrasi keperawatan

2. Uraian Materi

Konsep Dasar Kesehatan Jiwa

Dosen: Iva Milia, M.Kep.

A. PENGERTIAN

Gangguan mental yaitu orang yang menunjukkan kurang dalam hal kesehatan mentalnya dan kurangnya dalam hal kesehatan mental, maka dimasukkan sebagai orang yang mengalami gangguan mental.

Pengertian lain gangguan mental yaitu adanya penyimpangan dari norma-norma perilaku yang mencakup pikiran, perasaan, dan tindakan. Salah satu contoh gangguan mental yaitu depresi dan alkoholik karena terjadi penyimpangan perilaku.

Sedangkan GAP (*group for advancement of psychiatry*) memaknai gangguan mental sebagai suatu kesakitan yang mengurangi kapasitas seseorang untuk menggunakan pertimbangan-pertimbangannya, kebijaksanaannya dan pengendaliannya dalam melakukan urusan-urusannya (Szasz 1997).

B. KRITERIA PENENTUAN GANGGUAN MENTAL

A. scott (1961) mengelompokkan terdapat enam macam kriteria untuk menentukan seseorang mengalami gangguan mental.

1. Gangguan Mental karena Memperoleh Pengobatan Psikiatris

Orang yang terganggu mentalnya adalah orang yang memperoleh pengobatan psikiatris. Pengertian ini lebih menekankan pada pasien-pasien yang memperoleh perawatan di rumah sakit. Orang-orang yang tidak mendapatkan perawatan di rumah sakit tidak dianggap sebagai orang yang mengalami gangguan mental.

2. Salah Penyesuaian sebagai Gejala Sakit Mental

Penyesuaian seseorang berkaitan dengan kesesuaiannya dengan norma-norma sosial atau kelompok tertentu. Jika perilakunya sesuai dengan norma masyarakatnya berarti dia dapat melakukan penyesuaian sosial, tetapi jika perilakunya bertentangan dengan norma kelompok atau masyarakatnya maka

dia tidak dapat melakukan penyesuaian sosial dan dikatakan mengalami gangguan mental.

Penyesuaian social terlalu mengandalkan norma kelompok atau masyarakat, tanpa memperhatikan pandangan individu. Padahal setiap masyarakat memiliki norma yang berbeda satu sama lainnya.

3. Diagnosis sebagai Kriteria Sakit Mental

Diagnosis dilakukan berdasarkan kriteria yang ditetapkan terlebih dahulu oleh pihak yang melakukan diagnosis, tanpa melakukan dikotomis terlebih dahulu, tetapi dibagi berdasarkan tingkatan. Disbanding dengan cara-cara sebelumnya, kriteria diagnosis lebih objektif. Hanya saja jika kriteria yang dilakukan tidak menggunakan prosedur diagnosis yang terstandar, maka akan mempengaruhi validitasnya.

4. Sakit Mental menurut Pengertian Subjektif

Sehat dan sakit dapat diketahui melalui pehaman atau pengakuan subjektif. Dalam hal ini sakit mental itu sebagai sebagai suatu pengalaman subjektif bagi seseorang. Jika seseorang mengalami gangguan maka sebenarnya dia tidak sehat mentalnya, tetapi jika merasa tidak mengalami gangguan maka dia sehat. Untuk mengetahui apakah seseorang itu mengalami gangguan mental, dilakukan penggalian dengan *self-inventory*, misalnya metode skala sikap. Persoalan yang dihadapi dengan menggunakan kriteria ini adalah, bahwa banyak sekali orang yang mengalami gangguan mental yang merasa tidak mengalami gangguan.

5. Sakit Mental Jika Terdapat Simptom Psikologis secara Objektif

Setiap gangguan mental memiliki gejala psikologis tertentu. Gejala-gejala itu berdasarkan kriteria yang ditetapkan jika terdapat pada seseorang maka dijadikan indikasi adanya gangguan mental padanya. Misalnya gangguan Kepribadian antisosial ditandai oleh gejala-gejala pelanggaran kepada peraturan dan norma sosial.

Untuk mengukur adanya gangguan mental atau tidak, dapat dilakukan dengan instrument-instrumen tertentu yang terstandar. Misalnya MMPI dan *Behavior check list* dapat digunakan untuk mengukur ada tidaknya gangguan keribadian pada seseorang. Cara ini lebih objektif.

6. Kegagalan Adaptasi secara Positif

Seseorang yang gagal dalam adaptasi secara positif dikatakan mengalami gangguan mental. Adaptif ini berbeda dengan penyesuaian sosial, karena adaptif lebih aktif dan didasarkan atas kemampuan pribadi sekaligus melihat konteks sosialnya. Dalam hal ini tentu tidak mudah untuk menentukan alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur ada tidaknya gangguan mental pada seseorang, karena selain harus mengetahui potensi individunya juga mengetahui konteks sosialnya.

C. NOSOLOGI DAN TAKSOLOGI GANGGUAN MENTAL

Dalam dunia kedokteran, sebuah ilmu dapat berdiri sendiri jika memiliki nosologi, yaitu ilmu yang mempelajari tentang penyakit. Adapun pengertian nosologi lainnya adalah ilmu tentang pengelompokan penyakit. Selain nosologi ada juga istilah taksologi dalam gangguan mental. Taksologi adalah suatu pengklasifikasian gangguan/penyakit mental.

Orang yang berjasa dalam penyusunan nosologi dan taksologi dalam ilmu kedokteran jiwa adalah Emil Kraepelin (1855-1926), seorang penyelidik di bidang kesehatan jiwa yang sangat tekun dan berorientasi pada bidang akademi (Maramis, 1990). Jauh sebelum Emil Kraepelin lahir, ahli kedokteran Yunani Hippocrates (4 abad SM) telah membuat sistem klasifikasi gangguan mental. Hippocrates menyusun kategori gangguan mental dalam 3 kelas utama, yaitu *mania*, *melancholia*, dan *phrenitis* (misalnya kebingungan, delirium).

Pada abad ke-16, Ahli Kedokteran Jerman Paracelsus, membuat sistem klasifikasi yang lain di mana ia menegaskan ada lima jenis gangguan jiwa, yaitu : (1) *vesani*, gangguan yang disebabkan oleh makanan atau minuman yang kotor, (2) *insani*, gangguan yang disebabkan oleh faktor genetik, (3) *lunatici*, gangguan yang disebabkan oleh bulan, (4) *obsessi*, gangguan yang disebabkan oleh setan, dan (5) *melancholi*, gangguan yang disebabkan oleh problem-problem konstitusional.

Pada abad ke 19 sistem klasifikasi gangguan mental itu disempurnakan lagi, Emil Kraepelin berhasil menyusun secara lebih komprehensif, dengan mengacu pada sistem klasifikasi gangguan fisiologis. Hal ini bertujuan untuk keperluan kemudahan dalam diagnosa dan pengobatan yang tepat. Saat ini ada dua sistem klasifikasi gangguan mental, yaitu *International Classification of Diseases* (ICD) dan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).

ICD banyak digunakan di Eropa, Amerika Serikat dan berbagai negara termasuk Indonesia, untuk laporan ke WHO. Di Indonesia ICD telah diterbitkan dengan edisi yaitu Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ). Sedangkan DSM digunakan juga di Amerika Serikat untuk kalangan mereka sendiri.

ICD yang dikenal dengan *European Description* dibuat oleh ahli-ahli Kedokteran Jiwa WHO, sementara DSM atau *American Description* dibuat oleh kalangan ahli kedokteran jiwa Amerika. Pada 1987 ICD-10 diterbitkan dan pada 1994 DSM-IV diterbitkan pula. DSM mendeskripsikan gangguan mental dengan kriteria-kriterianya, sementara ICD mendeskripsikan gangguan mental dengan sindroma-sindroma yang ada.

D. KLASIFIKASI GANGGUAN MENTAL

DSM, pada tahun 1994 telah diterbitkan edisi keempat, sebagai penyempurnaan dari klasifikasi gangguan mental pada edisi sebelumnya. Klasifikasi gangguan mental menurut DSM IV adalah sebagai berikut (APA, 1994).

1. Gangguan yang Biasanya Didiagnosis Pertama Kali pada Masa Bayi, Masa Kanak-kanak, atau Masa Remaja Retardasi Mental

- 317 Retardasi mental ringan
- 318.0 Retardasi mental sedang
- 318.1 Retardasi mental berat
- 318.2 Retardasi mental sangat berat
- 319 Retardasi mental yang beratnya tidak terspesifikasi pada yang lain (YTT)

Gangguan Belajar

- 315.00 Gangguan membaca
- 315.1 Gangguan matematika
- 315.2 Gangguan mengekspresikan tulisan (menulis)
- 315.9 Gangguan belajar YTT

Gangguan Keterampilan Motorik

- 315.4 Gangguan koordinasi perkembangan

Gangguan Komunikasi

- 315.31 Gangguan bahasa ekspresif
- 315.31 Gangguan bahasa campuran ekspresif-reseptif
- 315.39 Gangguan fonologi
- 307.0 Gagap
- 307.9 Gangguan komunikasi YTT

Gangguan Perkembangan Pervasif

- 299.00 Gangguan autistik
- 299.80 Gangguan Rett
- 299.10 Gangguan disintegratif pada anak
- 299.80 Gangguan asperger
- 299.80 Gangguan perkembangan pervasif lain YTT.

Gangguan Perilaku Pemusatan Perhatian dan Disruptif.

- 314.xx Gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif
- .01 Tipe kombinasi
- .00 Tipe intensif yang menonjol
- .01 Tipe hiperaktif-implusif yang menonjol
- 314.9 Gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif
- 312.8 Gangguan tingkah laku
- 313.81 Gangguan penyimpangan berposisi
- 312.9 Gangguan disruptif lain.

Gangguan Makan pada Bayi dan Anak-anak Awal.

- 307.52 Gangguan pika
- 307.53 Gangguan ruminasi
- 307.59 Gangguan makan pada masa bayi dan masa anak-anak awal.

Gangguan Tik

- 307.23 Gangguan Tourette
- 307.22 Gangguan tik vokal atau motor yang kronis
- 307.21 Gangguan tik transien
- 307.20 Gangguan tik yang lain.

Gangguan Eliminasi

- .- Enkropesis
- 787.6 Dengan konstipasi dan inkontinensia limbah
- 307.7 Tanpa konstipasi dan inkontinensia limbah
- 307.6 Enurosis bukan karena kondisi medis secara umum

Gangguan pada masa bayi, masa kanak-kanak, dan masa remaja.

- 309.21 Gangguan kecemasan berpisah
- 313.23 Mutisme selektif
- 313.89 Gangguan kelekatan reaktif pada bayi atau masa kanak-kanak awal
- 307.3 Gangguan bergerak stereotipi
- 313.9 Gangguan pada bayi, masa kanak-kanak, atau remaja YTT.

2. Delirium, Demensia, Amnestik dan Gangguan Kognitif lainnya.

Delirium

- 293.0 Delirium karena kondisi medis umum
- .- Delirium yang terintoksikasi zat
- .- Delirium putus karena zat
- .- Delirium yang disebabkan berbagai sebab
- 780.09 Delirium YTT

Demensia

- 290.xx Demensia pada tipe al-zheimer dengan onset dini
- .10 Tanpa penyulit
- .11 Dengan Delirium
- .12 Dengan waham
- .13 Dengan mood terdepresi
- 290.xx Demensia pada tipe al-zheimer dengan onset lanjut
- .0 Tanpa penyulit
- .3 Dengan delirium
- .20 Dengan waham
- .21 Dengan mood terdepresi
- 290.xx Demensia vaskular

- .40 Tanpa penyulit
- .41 Dengan delirium
- .42 Dengan waham
- .43 Dengan mood terdepresi

Demensia karena kondisi medis umum lainnya

- 294.9 Demensia yang disebabkan penyakit HIV
- 294.1 Demensia yang disebabkan trauma kepala
- 294.1 Demensia karena penyakit parkinson
- 294.1 Demensia karena penyakit huntington
- 294.10 Demensia karena penyakit Pik
- 294.10 Demensia karena penyakit Creutzfeldt-jakob
- 291.1 Demensia karena kondisi medis umum
- .- Demensia karena yang berkaitan dengan zat
- .- Demensia yang disebabkan berbagai iteologis
- 294.8 Demensia YTT

Gangguan amnestik

- 290.0 Gangguan amnestik karena kondisi medis
- .- Gangguan amnestik yang dikaitkan dengan pemakaian zat secara menetap
- 294.8 Gangguan amnestik YTT

Gangguan kognitif lain

- 294.9.1 Gangguan kognitif YTT

3. Gangguan Mental yang Disebabkan oleh Kondisi Medis umum yang Tidak Diklasifikasikan pada yang Lain.

- 293.89 Ganguan katatonik yang disebabkan kondisi medis
- 310.1 Gerubahan kepribadian yang disebabkan kondisi medis umum
- 293.9 Gangguan mental YTT yang disebabkan oleh kondisi medis umum

4. Gangguan yang Berhubungan dengan Penggunaan Zat.

Gangguan yang berhubungan dengan alkohol

Gangguan pemakaian alkohol

- 303.90 Ketergantungan alkohol
- 305.00 Penyalahgunaan alkohol

Gangguan akibat alkohol

- 303.00 Intoksikasi alkohol
- 291.8 Putus alkohol
- 291.0 Delirium intoksikasi alkohol
- 291.0 Delirium putus alkohol
- 291.2 Demensia menetap akibat alkohol
- 292.1 Gangguan amnestik menetap akibat alkohol
- 291.x Gangguan psikotik akibat alkohol
 - .5 Dengan waham
 - .3 Dengan halusinasi
- 291.8 Gangguan mood akibat alkohol
- 291.8 Gangguan kecemasan akibat alkohol
- 291.8 Disfungsi seksual akibat alkohol
- 291.8 Gangguan tidur akibat alkohol
- 291.9 Gangguan berhubungan dengan alkohol YTT

Gangguan Berhubungan dengan Amfetamin atau sejenisnya

- 304.40 Ketergantungan amfetamin
- 305.70 Penyalahgunaan amfetamin

Gangguan akibat Amfetamin

- 292.89 Intoksikasi amfetamin
- 292.0 Putus amfetamin
- 292.81 Delirium intoksikasi amfetamin
- 292.xx Gangguan sikotik akibat amfetamin
 - .11 Dengan waham
 - .12 Dengan halusinasi
- 292.84 Gangguan mood akibat amfetamin
- 292.89 Gangguan kecemasan akibat amfetamin

292.89 Disfungsi seksual akibat amfetamin

292.89 Gangguan tidur akibat amfetamin

Gangguan yang berhubungan dengan kafein

305.90 Intoksikasi kafein

292.89 Gangguan kecemasan akibat kafein

292.89 Gangguan tidur akibat kafein

292.9 Gangguan berhubungan kafein YTT

Gangguan berhubungan dengan kanabis

Gangguan pemakaian kanabis

304.30 Ketergantungan kanabis

305.20 Peyalahgunaan kanabis

Gangguan akibat kanabis

292.89 Intoksikasi kanabis

292.81 Delirium intoksikasi kanabis

292.xx Gangguan psikotik akibat kanabis

.11 Dengan waham

.12 Dengan halusinasi

292.89 Gangguan kecemasan akibat kanabis

292.9 Gangguan berhubungan kanabis YTT

Gangguan berhubungan dengan kokain

Gangguan pemakaian kokain

292.89 Intoksikasi kokain

292.0 Putus kokain

292.81 Delirium intoksikasi kokain

292.xx Gangguan psikotik akibat kokain

.11 Dengan waham

.12 Dengan halusinasi

292.84 Gangguan mood akibat kokain

- 292.89 Gangguan kecemasan akibat kokain
- 292.89 Disfungsi seksual akibat kokain
- 292.89 Gangguan tidur akibat kokain
- 292.9 Gangguan berhubungan kokain YTT

Gangguan berhubungan dengan halusinogen

- 292.89 Intoksikasi halusinogen
- 292.89 Gangguan persepsi menetap halusinogen
- 292.81 Delirium intoksikasi halusinogen
- 292.xx Gangguan psikotik akibat halusinogen
 - .11 Dengan waham
 - .12 Dengan halusinasi
- 292.84 Gangguan mood akibat halusinogen
- 292.89 Gangguan kecemasan akibat halusinogen
- 292.2 Gangguan berhubungan YTT

Gangguan berhubungan dengan inhalan

- 304.60 Ketergantungan inhalan
- 305.90 Penyalahgunaan inhalan

Gangguan akibat inhalan

- 292.89 Intoksikasi inhalan
- 292.81 Delirium intoksikasi inhalan
- 292.82 Demensia menetap akibat inhalan
- 292.xx Gangguan psikotik akibat inhalan
 - .11 Dengan waham
 - .12 Dengan halusinasi
- 292.84 Gangguan mood akibat inhalan
- 292.89 Gangguan kecemasan akibat inhalan
- 292.9 Gangguan berhubungan inhalan YTT

Gangguan berhubungan dengan nikotin

Gangguan pemakaian nikotin

- 305.10 Ketergantungan nikotin

Gangguan akibat nikotin

- 292.0 Putus nikotin
- 292.9 Gangguan berhubungan dengan nikotin YTT

Gangguan berhubungan dengan opioid

Gangguan pemakaian opioid

- 304.00 Ketergantungan opioid
- 305.50 Penyalahgunaan opioid

Gangguan akibat opioid

- 292.89 Intoksikasi opioid
- 292.0 Putus opioid
- 292.81 Delirium intoksikasi opioid
- 292.xx Gangguan psikotik akibat opioid
 - .11 Dengan waham
 - .12 Dengan halusinasi
- 292.84 Gangguan mood akibat opioid
- 292.89 Gangguan kecemasan akibat opioid
- 292.89 Gangguan tidur akibat opioid
- 292.9 Gangguan berhubungan YTT opioid

Gangguan berhubungan dengan phencyclidine

Gangguan pemakaian phencyclidine

- 304.90 Ketergantungan phencyclidine
- 305.90 Penyalahgunaan phencyclidine

Gangguan akibat phencyclidine

- 292.89 Intoksikasi phencyclidine
- 292.81 Delirium intoksikasi phencyclidine
- 292.xx Gangguan psikotik akibat phencyclidine
 - .11 Dengan waham
 - .12 Dengan halusinasi
- 292.84 Gangguan mood akibat phencyclidine

- 292.89 Gangguan akibat phencyclidine
- 292.9 Gangguan berhubungan dengan phencyclidine YTT

Gangguan berhubungan dengan sedatif, hipnotik, atau ansiotik

Gangguan pemakaian sedatif, hipnotik, atau ansiotik

- 304.10 Ketergantungan sedatif, hipnotik, atau ansiotik
- 305.40 Penyalahgunaan sedatif, hipnotik, atau ansiotik

Gangguan akibat sedatif, hipnotik, atau ansiotik

- 292.89 Intoksikasi sedatif, hipnotik, atau ansiotik
- 292.0 Putus sedatif, hipnotik, atau ansiotik
- 292.81 Delirium intoksikasi sedatif, hipnotik, atau ansiotik
- 292.81 Delirium putus sedatif, hipnotik, atau ansiotik
- 292.82 Demensia menetap akibat sedatif, hipnotik, atau ansiotik
- 292.83 Gangguan amnestik menetap akibat sedatif, hipnotik, atau ansiotik
- 292.xx Gangguan psikotik akibat sedatif, hipnotik, atau ansiotik
 - .11 Dengan waham
 - .12 Dengan halusinasi
- 292.84 Gangguan mood akibat sedatif, hipnotik, atau ansiotik
- 292.89 Gangguan kecemasan akibat sedatif, hipnotik, atau ansiotik
- 292.89 Disfungsi seksual akibat sedatif, hipnotik, atau ansiotik
- 292.89 Gangguan tidur sedatif, hipnotik, atau ansiotik
- 292.9 Gangguan berhubungan dengan sedatif, hipnotik, atau ansiotik YTT

Gangguan berhubungan dengan berbagai zat

- 304.80 Ketergantungan berbagai zat

Gangguan berhubungan dengan zat yang lain (yang tidak diketahui)

Gangguan pemakaian zat lain

- 304.90 Ketergantungan zat lain
- 305.90 Penyalahgunaan zat lain

Gangguan akibat zat lain	
202.89	Intoksikasi zat lain
292.0	Putus zat lain
292.81	Delirium intoksikasi akibat zat lain
292.82	Demensia menetap akibat zat lain
292.83	Gangguan amnestik akibat zat lain
292.xx	Gangguan psikotik akibat zat lain
.11	Dengan waham
.12	Dengan halusinasi
292.84	Gangguan mood akibat zat lain
292.89	Gangguan kecemasan akibat zat lain
292.89	Disfungsi seksual akibat zat lain
292.89	Gangguan tidur akibat zat lain
294.9	Gangguan berhubungan zat lain YTT

5. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain

295.xx	Skizofrenia
.30	Tipe paranoid
.10	Tipe terdisorganisasi
.20	Tipe katatonik
.90	Tipe tidak tergolongkan
.60	Tipe residual
295.40	Gangguan skizofreniform
295.70	Gangguan skizoafektif
297.1	Gangguan waham
298.8	Gangguan psikotik singkat
297.3	Gangguan psikotik bergantian
203.xx	Gangguan psikotik disebabkan kondisi medis umum
.81	Dengan waham
.82	Dengan halusinasi
.-	Gangguan psikotik akibat zat
289.9	Gangguan psikotik YTT

6. Gangguan mood (perasaan)

Gangguan depresif

296.xx	Gangguan depresi berat
.2x	Episode tunggal
.3x	Rekuren
300.4	Gangguan distimik
311	Gangguan depresif YTT

Gangguan Bipolar

296.xx	Gangguan bipolar I
.0x	Episode manik tunggal
.40	Episode terakhir hipomanik
.4x	Episode terakhir manik
.6x	Episode terakhir campuran
.5x	Episode terakhir terdepresi
.7	Episode terakhir tidak ditentukan
296.89	Gangguan bipolar II
301.13	Gangguan siklotimik
296.80	Gangguan bipolar YTT
293.83	Gangguan mood yang disebabkan oleh kondisi medis umum
.-	Gangguan mood akibat zat
296.90	Gangguan mood YTT

7. Gangguan Kecemasan

300.01	Gangguan panik tanpa agorapobia
300.21	Gangguan panik dengan agorapobia
300.22	Agorapobia tanpa riwayat gangguan panik
300.29	Pobia spesifik
300.23	Pobia sosial
300.3	Gangguan obsesif-kompulsif
300.81	Gangguan stress pasca traumatik
300.3	Gangguan stress akut
300.02	Gangguan kecemasan umum
293.89	Gangguan kecemasan disebabkan kondisi medis umum

- .- Gangguan kecemasan yang dihubungkan dengan penggunaan zat
- 300.0 Gangguan kecemasan YTT

8. Gangguan Somatoform

- 300.81 Gangguan somatisasi
- 300.81 Gangguan somatoform yang tidak terbedakan
- 300.11 Gangguan konversi
- 300.xx Gangguan nyeri
- .80 Dihubungkan dengan faktor psikologis
- .89 Dihubungkan dengan faktor psikologis dan kondisi medis umum
- 300.7 Hipokondriasis
- 300.7 Gangguan dismorfik badan
- 300.81 Gangguan somatoform YTT

9. Gangguan Buatan (factitious)

- 300.xx Gangguan buatan
- .16 Dengan simtom dan tanda psikologis
- .19 Dengan tanda dan simtom fisik
- .19 Dengan tanda fisik dan psikologis
- 300.81 Gangguan buatan YTT

10. Gangguan Dissosiatif

- 300.12 Amnesia disosiatif
- 300.13 Fuga disosiatif
- 300.14 Gangguan identitas disosiatif
- 300.6 Gangguan depersonalisasi
- 300.15 Gangguan disosiatif YTT

11. Gangguan Seksual dan Identitas Gender

- Disfungsi Sekssual
- Gangguan hasrat seksual
- 302.71 Gangguan hasrat seksual yang hipoaktif

302.79 Gangguan keengganan seksual

Gangguan dorongan seksual yang berlebihan

302.72 Gangguan dorongan seksual pada perempuan

302.72 Gangguan erektif pada lelaki

Gangguan Orgasmik

302.73 Gangguan orgasmik pada perempuan

302.74 Gangguan orgasmik pada lelaki

302.75 Ejakulasi prematur

Gangguan kesakitan seksual

302.76 Dispareunia

306.51 Vaginismus

Disfungsi seksual karena kondisi medis umum

625.8 Gangguan gairah seksual hipoaktif wanita karena kondisi medis umum

608.89 Gangguan gairah seksual hipoaktif laki-laki karena kondisi medis umum

607.84 Gangguan erektif laki-laki karena kondisi medis umum

625.0 Dispareunia wanita karena kondisi medis umum

608.89 Dispareunia laki-laki karena kondisi medis umum

625.8 Disfungsi seksual wanita lain karena kondisi medis umum

608.89 Disfungsi seksual laki-laki karena kondisi medis umum

.- Disfungsi seksual karena zat

302.70 Disfungsi seksual YTT

Parafilias

302.4 Eksibisionisme

302.81 Fetishisme

302.89 Frotteurism

302.2 Pedofilia

302.83	Masokisme seksual
302.84	Sadisme seksual
302.3	Fetishisme transvestik
302.82	Veyourisme
302.9	Parafilia YTT

Gangguan identitas gender

302.xx	Gangguan identitas gender
.6	Pada anak
.85	Pada remaja dan orang dewasa
302.6	Gangguan identitas gender YTT
302.9	Gangguan seksual YTT

12. Gangguan Makan

307.1	Anoreksia nervosa
307.51	Bulimia nervosa
307.50	Gangguan makan YTT

13. Gangguan Tidur

Gangguan tidur primer

Dissomnias

307.42	Insomania primer
307.44	Hipersomnia primer
347	Narkolepsi
307.56	Gangguan tidur dikaitkan dengan pernapasan
307.45	Gangguan tidur ritme sirkadian
307.47	Gangguan tidur YTT

Parasomnias

307.47	Gangguan mimpi buruk
307.46	Gangguan teror tidur
307.46	Gangguan tidur berjalan
307.47	Gangguan parasomnia YTT

Gangguan tidur yang dikaitkan dengan gangguan mental yang lain.

- 307.42 Insomnia berhubungan dengan gangguan mental yang lain
- 307.44 Hipersomnia berhubungan dengan gangguan mental yang lain.

Gangguan tidur yang lain

- 780.xx Gangguan tidur yang disebabkan kondisi medis umum
- .52 Tipe insomnia
- .54 Tipe hipersomnia
- .59 Tipe parasomnia
- .59 Tipe campuran
- .- Gangguan tidur akibat zat

14. Gangguan kontrol impuls yang tidak terklasifikasi yang lain

- 312.34 Gangguan eksplosif intermiten
- 312.32 Kleptomania
- 312.33 Piromania
- 312.31 Berjudi patologis
- 312.39 Trikotilomania
- 312.30 Gangguan pengendalian impuls YTT.

15. Gangguan penyesuaian

- 309.xx Gangguan penyesuaian
- .0 Dengan perasaan depresi
- .24 Dengan kecemasan
- .28 Dengan campuran antara perasaan kecemasan dengan depresi
- .3 Dengan gangguan tingkah laku
- .4 Dengan campuran gangguan emosi dan tingkah laku
- .9 Tidak terspesifikasi

16. Gangguan Kepribadian

- 301.0 Gangguan Kepribadian paranoid
- 301.20 Gangguan kepribadian skizoid
- 301.22 Gangguan kepribadian skizotipal

- 301.7 Gangguan kepribadian antisosial
- 301.83 Gangguan kepribadian ambang
- 301.50 Gangguan kepribadian histrionik
- 301.81 Gangguan kepribadian narsistik
- 301.82 Gangguan kepribadian penolakan
- 301.6 Gangguan kepribadian ketergantungan
- 301.4 Gangguan kepribadian obsesif-kompulsif
- 301.9 Gangguan kepribadian YTT

17. Kondisi lain yang dapat menjadi fokus pada perhatian klinik

- 316 Faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi medis
- Gangguan mental yang mempengaruhi kondisi medis
- Gejala psikologis yang mempengaruhi kondisi medis
- Sifat kepribadian yang mempengaruhi kondisi medis
- Perilaku kesehatan maladaptif yang mempengaruhi kondisi medis
- Respon fisiologis dengan stres yang mempengaruhi kondisi medis
- Faktor psikologis lain yang mempengaruhi kondisi medis

Medikasi yang dihubungkan dengan gangguan gerak

- 332.1 Parkinsonisme akibat neuroleptik
- 333.92 Sindroma malignan neuroleptik
- 333.7 Distonia akut akibat neuroleptik
- 333.99 Akathisia akut akibat neuroleptik
- 333.82 Tardive dyskinesia akibat neuroleptik
- 333.1 Tremor postural akibat medikasi
- 333.90 Gangguan pergerakan akibat medikasi YTT

Gangguan yang dihubungkan dengan medikasi yang lain.

- 995.2 Efek merugikan medikasi YTT

Problem relasional

V61.9 Masalah relasional berhubungan dengan gangguan mental atau kondisi medis umum

V61.20 Problem relasional orang tua dan anak

V61.1 Problem relasional pasangan

V61.8 Problem relasional saudara kandung

V61.81 Problem relasional YTT

Problem yang dihubungkan dengan kesalahan dalam perlakuan dan keterlantaran.

V61.21 Penyiksaan fisik pada anak

V61.21 Penyiksaan seksual pada anak

V61.21 Penelantaran anak

V61.1 Penyiksaan fisik pada orang dewasa

V61.1 Penyiksaan seksual pada orang dewasa

Kondisi tambahan yang dapat menjadi fokus perhatian klinik.

V15.81 Ketidapatuhan pada terapi

V65.2 Berpura-pura

V71.01 Perilaku antisosial orang dewasa

V71.02 Perilaku antisosial masa anak-anak dan remaja

V62.89 Fungsi intelektual ambang

780.9 Penurunan kognitif berhubungan usia

V62.82 Kehilangan

V62.3 Masalah akademik

V62.2 Masalah pekerjaan

313.82 Masalah identitas

V62.89 Masalah religius atau spiritual

V62.4 Masalah akulturasi

V62.89 Masalah fase kehidupan

18. Gangguan-gangguan mental lainnya

300.9 Gangguan mental (nonpsikotik) yang tidak ditentukan.

3. Rangkuman

Gangguan mental diartikan sebagai tiadanya atau kurangnya dalam hal kesehatan mental. Gangguan mental ditandai oleh:

- a. Adanya penurunan fungsi mental, dan
- b. Terjadinya perilaku tidak tepat atau wajar.

Untuk menentukan kriteria adanya gangguan mental ada enam macam, yaitu:

- a. Orang yang memperoleh pengobatan atau penanganan psikiatris,
- b. Orang yang salah penyesuaian sosialnya,
- c. Hasil diagnosis psikiatris,
- d. Ketidakhagiaan secara subjektif,
- e. Adanya simptom-simptom psikologis secara objektif, dan
- f. Kegagalan adaptasi secara positif.

Klasifikasi gangguan mental dibuat secara sistematis didasarkan atas Nosologi dan Taksologi. Ada dua klasifikasi gangguan mental, yaitu DSM merupakan klasifikasi gangguan mental versi Amerika Serikat, dan ICD yang merupakan versi WHO yang banyak digunakan di Eropa dan berbagai negara di luar Eropa, serta Amerika Serikat untuk pelaporan ke WHO. Dimana klasifikasi ini memiliki keunggulan dan kelemahan.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choice

F. Kegiatan Belajar 3

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mengidentifikasi trend dan issue keperawatan jiwa terkini, mampu berpartisipasi aktif sebagai anggota tim

2. Uraian Materi

Trend Dan Issue Keperawatan Jiwa

Dosen: Iva Milia, M.Kep.

1. Kesehatan Jiwa dimulai masa konsepsi

Di Indonesia banyak terjadi gangguan jiwa di mulai pada usia 19 tahun dan jarang sekali melihat fenomena masalah sebelum anak lahir. Perkembangan pada saat ini menunjukkan bahwa jika berbicara masalah kesehatan jiwa harus dimulai dari masa konsepsi bahkan sebelum pranikah. Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa adanya keterkaitan kesehatan fisik dan mental seseorang ketika berada dalam kandungan di masa yang akan datang. Penelitian-penelitian berikut membuktikan bahwa kesehatan mental seseorang dimulai pada masa konsepsi. Berikut ini merupakan hasil dari penelitian :

- a. *Marc Lehrer* (300 bayi yg diteliti): stimulasi dini (berupa suara, musik, getaran, sentuhan) setelah dewasa memiliki perkembangan fisik, mental dan emosional yg lebih baik.
- b. *Mednick* : ada hubungan skizofrenia dengan infeksi virus dalam kandungan. Mednick membuktikan bahwa mereka yang pada saat epidemi sedang berada pada trimester dua dalam kandungan mempunyai resiko yang lebih tinggi untuk menderita skizofrenia di kemudian hari. Penemuan penting ini menunjukkan bahwa lingkungan luar yang terjadi pada waktu yang tertentu dalam kandungan dapat meningkatkan risiko menderita skizofrenia. *Mednick* menghidupkan kembali teori perkembangan neurokognitif, yang menyebutkan bahwa pada penderita skizofrenia terjadi kelainan perkembangan neurokognitif sejak dalam kandungan. Beberapa kelainan neurokognitif seperti berkurangnya kemampuan dalam mempertahankan perhatian, membedakan suara rangsang yang berurutan, working memory, dan fungsi-fungsi eksekusi sering dijumpai pada penderita skizofrenia. Dipercaya kelainan neurokognitif di atas didapat sejak dalam kandungan dan dalam kehidupan selanjutnya diperberat oleh lingkungan, misalnya, tekanan berat dalam kehidupan, infeksi otak, trauma otak, atau terpengaruh zat-zat yang mempengaruhi fungsi otak

seperti narkoba. Kelainan neurokognitif yang telah berkembang ini menjadi dasar dari gejala-gejala skizofrenia seperti halusinasi, kekacauan proses pikir, waham/delusi, perilaku yang aneh dan gangguan emosi.

2. Tren peningkatan masalah kesehatan

Pada era globalisasi ini masalah kesehatan jiwa sudah meningkat, hal ini sudah terbukti dalam dua tahun terakhir. Hal ini disebabkan oleh beban hidup yang semakin berat. Pada saat sekarang ini pasien gangguan jiwa bukan hanya dari kalangan bawah tetapi juga dari kalangan mahasiswa, PNS, pegawai swasta pejabat dan masyarakat kalangan menengah ke atas. Semua itu terjadi karena sebagian besar masyarakat menengah ke atas tidak mampu mengelola stress dan juga bisa disebabkan oleh post power syndrome atau mutasi jabatan. Pada saat sekarang ini penyakit gangguan jiwa tidak lagi mengenal strata sosial dan usia. Banyak orang kaya yang terkena gangguan jiwa karena hartanya habis akibat bencana.

Selain itu kasus neurosis pada anak dan remaja, juga menunjukkan kecenderungan meningkat. Neurosis adalah bentuk gangguan kejiwaan yang mengakibatkan penderitanya mengalami stress, kecemasan yang berlebihan, gangguan tidur, dan keluhan penyakit fisik yang tidak jelas penyebabnya. Tipe gangguan jiwa yang lebih berat, disebut gangguan psikotik. Klien yang menunjukkan gejala perilaku yang abnormal secara kasat mata. Inilah orang yang kerap mengoceh tidak karuan, dan melakukan hal-hal yang bisa membahayakan dirinya dan orang lain, seperti mengamuk.

3. Meningkatnya Post Traumatic Syndrome Disorder

Trauma yang katastropik, yaitu trauma di luar rentang pengalaman trauma yang umum di alami manusia dalam kejadian sehari-hari. Mengakibatkan keadaan stress berkepanjangan dan berusaha untuk tidak mengalami stress yang demikian. Mereka menjadi manusia yang invalid dalam kondisi kejiwaan dengan akibat akhir menjadi tidak produktif. Trauma bukan semata-mata gejala kejiwaan yang bersifat individual, trauma muncul sebagai akibat saling keterkaitan antara ingatan sosial dan ingatan pribadi tentang peristiwa yang mengguncang eksistensi kejiwaan.

4. Tren bunuh diri pada anak-anak dan remaja

Gagasan bunuh diri merupakan keluhan pertamayang sering dijumpai dalam pelayanan psikiatrik darurat. Semua ancaman bunuh diri, sikap dan buah

pikiran itu harus ditanggapi dengan serius, sampa dapat dibuktikan sebaliknya. Pasien yang berisiko bunuh diri perlu diamati secara cermat. Alasan seseorang bunuh diri adalah putus asa dengan masalah yang dihadapi dan tidak merasa tidak berdaya. Di dunia pun bunuh diri merupakan masalah psikologis dunia yang sangat mengancam, angka kejadian terus meningkat dan sangat mengancam. Sejak tahun 1958, dari 100.000 penduduk Jepang 25 orang diantaranya meninggal akibat bunuh diri. Sedangkan untuk negara Austria, Denmark, dan Inggris, rata-rata 25 orang. Urutan pertama diduduki Jerman dengan angka 37 orang per 100.000 penduduk. Di Amerika tiap 24 menit seorang meninggal akibat bunuh diri. Jumlah usaha bunuh diri yang sebenarnya 10 kali lebih besar dari angka tersebut, tetapi cepat tertolong. Kini yang mengkhawatirkan trend bunuh diri mulai tampak meningkat terjadi pada anak-anak dan remaja. Di Benua Asia, Jepang dan Korea termasuk Negara yang sering diberitakan bahwa warganya melakukan bunuh diri. Di Jepang, harakiri (menikam atau merobek perut sendiri) sering dilakukan bawahan untuk melindungi nama baik atasannya. Sebagai contoh, sekretaris pribadi mantan Perdana Menteri Takeshita melakukan bunuh diri, ketika skandal suap perusahaan Recruits Cosmos terbongkar pada tahun 1984.

Lockheed terbongkar. Sang sopir menusuk perutnya, demi menjaga kehormatan pimpinannya. Data dari Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2003 mengungkapkan bahwa satu juta orang bunuh diri dalam setiap tahunnya atau terjadi dalam setiap 40 detiknya. Bunuh diri juga termasuk satu dari tiga penyebab utama kematian pada usia 15-34 tahun, selain faktor kecelakaan. Metode bunuh diri yang paling disukai adalah menggunakan pistol, menggantung diri dan minum racun.

5. Patern of Parenting dalam Kep. Jiwa

Dengan banyaknya kasus bunuh diri dan depresi pada anak, maka pola asuh keluarga kembali menjadi sorotan. Pola asuh yang baik adalah pola asuh dimana orang tua menerapkan kehangatan yang tinggi disertai dengan kontrol yang tinggi. Kehangatan adalah bagaimana orang tua menjadi teman curhat, teman bermain, teman yang menyenangkan bagi anak terutama saat rekreasi, belajar dan berkomunikasi. Berbagai upaya agar anak dekat dan berani bicara pada orang tuanya saat punya masalah. Orang tua menjadi teman dalam ekspresi feeling anak sehingga anak menjadi sehat jiwanya. Bagaimana anak dilatih mandiri dan mengenal disiplin di rumahnya. Kemandirian menjadi hal yang

sangat penting dalam kesehatan jiwa, karena akan memiliki self confidence yang cukup. Orang tua juga melatih anak bertanggung jawab mengerjakan tugas-tugas di rumah seperti: mencuci, menyiram bunga dll

6. **Trend Pelayanan Keperawatan Mental Psikiatri di Era Globalisasi**

Sejalan dengan program deinstitutionalisasi yang didukung ditemukannya obat psikotropika yang terbukti dapat mengontrol perilaku klien gangguan jiwa, peran perawat tidak terbatas di Rumah Sakit, tetapi dituntut lebih sensitif terhadap lingkungan sosialnya, serta berfokus pada pelayanan preventif dan promotif. Perubahan hospital based care menjadi community based care merupakan trend yang signifikan dalam pengobatan gangguan jiwa. Perawat mental psikiatri harus mengintegrasikan diri dalam community mental health, dengan tiga kunci utama :

- a. Pengalaman dan pendidikan perawat, peran dan fungsi perawat serta hubungan perawat dengan profesi lain di komunitas.
- b. Reformasi dalam yankes menuntut perawat meredefinisikan perannya
- c. Intervensi keperawatan yang menekankan pada aspek pencegahan dan promosi kesehatan, sudah saatnya mengembangkan community based care. Pengembangan pendidikan keperawatan sangat penting, terutama keperawatan mental psikiatri baik dalam jumlah maupun kualitas.

7. Isu Seputar Yankep Mental Psikiatri

- a. Pelayanan keperawatan mental psikiatri, kurang dapat dipertanggungjawabkan karena masih kurangnya hasil-hasil riset tentang keperawatan jiwa klinik.
- b. Perawat psikiatri, kurang siap menghadapi pasar bebas karena pendidikannya yang rendah dan belum adanya licence untuk praktek yang diakui secara internasional.
- c. Pembedaan perang perawat jiwa berdasarkan pendidikan dan pengalaman sering kali tidak jelas “position description” job responsibility dan system reward dalam pelayanan.
- d. Menjadi perawat psikiatri bukanlah pilihan bagi peserta didik (mahasiswa keperawatan).

8. Tren dan Isu Seputar Dimensi Spiritual Keperawatan Jiwa

Pada prakteknya ilmu pengetahuan dan agama tidak lagi bersifat dikotomis melainkan antara keduanya sudah terintegrasi (saling menunjang). Seperti yang dikatakan oleh Albert Einstein, ilmuwan penemu atom, ilmu

pengetahuan tanpa agama bagaikan orang buta. Tetapi agama tanpa ilmu pengetahuan bagaikan orang lumpuh.

Merujuk dari pentingnya pengetahuan dan agama tersebut untuk jiwa yang sehat banyak penelitian dilakukan diantaranya sebuah penelitian yang mengatakan kelompok yang tidak terganggu jiwanya adalah yang mempunyai agama yang bagus dan sebaliknya. Karl Jung telah menyimpulkan dari analisisnya bahwa mereka yang menderita penyakit mental mengalami suatu kekosongan rohani. Terapinya terletak pada siraman keimanan yang kuat.

Menurut Rando (1984) keyakinan agama dapat membantu menyokong pasien dalam menghadapi krisis kehidupan termasuk kematian. Dimensi spiritual merupakan hal yang sangat penting diperhatikan dalam masyarakat Indonesia. Walaupun hal ini sering kali terabaikan. Pengertian tentang pentingnya memahami kebutuhan spiritual pasien yang dilandasi atas keyakinan beragama, nilai dan pengalaman kehidupan pasien sering tidak menjadi focus tenaga kesehatan. Hal ini mungkin disebabkan oleh sulitnya menjelaskan secara ilmu aspek spiritual. Tiga kebutuhan spiritual menurut Randi (1984) adalah mencari arti kehidupan, meninggal secara wajar dan kebutuhan untuk ditemani pada saat sakratul maut.

3. Rangkuman

Tren dan isu dalam keperawatan jiwa adalah masalah-masalah yang sedang hangat dibicarakan dan dianggap penting. Masalah-masalah tersebut dapat dianggap ancaman atau tantangan yang akan berdampak besar pada keperawatan jiwa baik dalam tatanan regional maupun global.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choice

G. Kegiatan Belajar 4

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Menganalisis konsep stress dan adaptasi

2. Uraian Materi

Konsep Stress dan Adaptasi

Dosen: Iva Milia, M.Kep.

A. DEFINISI STRES & STESOR

Stres memiliki berbagai pengertian, salah satunya menurut Hans Selye (1950) menyatakan bahwa stres merupakan suatu respon yang bersifat tidak spesifik terhadap setiap tuntutan atau beban. Hoskins juga berpendapat bahwa stres adalah suatu keadaan yang dihasilkan oleh perubahan dari lingkungan yang dirasakan sebagai tantangan, ancaman atau merusak equilibrium seseorang.

Definisi Stresor secara umum yaitu keadaan yang dapat menimbulkan stres. Tanpa adanya stresor atau kejadian yang menimbulkan stres, maka stres tidak akan terjadi.

Menurut Greenberg (2004) stressor adalah sesuatu yang berpotensi menimbulkan reaksi stres. Menurut Gatchel, Baum & Krantz (1989) stressor adalah kejadian lingkungan yang menimbulkan stres sehingga memunculkan reaksi stres seperti ketakutan, kecemasan, dan kemarahan. Sedangkan menurut Marin & Osborn (dalam Rice, 1999) stressor adalah sebuah stimulus yang terjadi dengan intensitas yang cukup sehingga menyebabkan stres. Dari definisi-definisi diatas, maka dapat disimpulkan stressor adalah sebuah stimulus yang timbul dari lingkungan yang dapat menyebabkan stres sehingga memunculkan reaksi seperti kemarahan, kecemasan dan ketakutan.

B. KONSEP ADAPTASI

Uliyah, dkk. (2012) menjelaskan bahwa adaptasi merupakan proses perubahan yang menyertai individu dalam berespons terhadap perubahan di lingkungan yang dapat memengaruhi keutuhan tubuh baik secara fisiologis maupun psikologis yang akan menghasilkan perilaku adaptif.

Ada empat jenis adaptasi yang digunakan oleh manusia, di antaranya sebagai berikut :

1. Adaptasi fisiologis, yaitu proses penyesuaian tubuh secara alamiah atau secara fisiologis untuk mempertahankan keseimbangannya dari berbagai faktor yang menimbulkan atau memengaruhi keadaan tidak seimbang. Terdapat dua

macam adaptasi fisiologis, yaitu LAS (*local adaption syndrome*) dan GAS (*general adaptation syndrome*). Proses adaptasi fisiologi :

- Tahap *alarm reaction*, merupakan tahap awal dari proses adaptasi yakni individu siap untuk menghadapi stresor yang akan masuk kedalam tubuh.
 - Tahap resistensi (*stage of resistance*), merupakan tahap kedua tubuh akan melakukan proses penyesuaian dengan mengadakan berbagai perubahan dalam tubuh untuk mengatasi stresor yang ada.
 - Tahap terakhir (*stage of exhaustion*), merupakan tahap yang ditandai dengan adanya kelelahan.
2. Adaptasi psikologis, merupakan proses penyesuaian secara psikologis dengan cara memberikan mekanisme pertahanan diri yang bertujuan untuk melindungi atau bertahan dari serangan atau hal yang tidak menyenangkan. Terdapat dua cara untuk mempertahankan diri dari berbagai stresor, yaitu dengan cara melakukan koping atau penanganan berorientasi pada tugas atau yang dikenal dengan pemecahan masalah (*problem solving*) dan koping *ego oriented* atau mekanisme pertahanan diri.
 3. Adaptasi sosial budaya, merupakan cara untuk mengadakan perubahan dengan melakukan proses penyesuaian perilaku yang sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.
 4. Adaptasi spiritual, merupakan proses penyesuaian diri dengan melakukan perubahan perilaku yang didasarkan pada keyakinan atau kepercayaan yang dimiliki sesuai dengan agama yang dianutnya.

C. CARA MENGATASI STRES

Selain itu juga dilakukan dengan cara meningkatkan strategi koping yaitu koping yang berfokus pada emosi dan koping yang berfokus pada masalah. Penggunaan koping yang berfokus pada emosi, yaitu :

- Meniadakan fakta-fakta yang tidak menyenangkan.
- Kontrol diri.
- Membuat jarak.
- Penilaian secara positif.
- Menerima tanggung jawab.
- Meningkatkan dukungan sosial.

- Relaksasi.

D. CARA MENCEGAH STRES

Beberapa cara untuk mencegah stres yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut.

1. Pengaturan diet dan nutrisi.
2. Istirahat dan tidur yang cukup.
3. Olahraga atau latihan yang teratur.
4. Tidak merokok.
5. Tidak minum minuman beralkohol.
6. Pengaturan berat badan.
7. Mengelola waktu.

E. FAKTOR YANG MEMENGARUHI STRES

- Ambisius.
- Agresif.
- Kompetitif.
- Kurang sabar.
- Mudah tegang.
- Mudah tersinggung.
- Dll.

3. Rangkuman

Stres merupakan suatu respon yang bersifat tidak spesifik terhadap setiap tuntutan atau beban. Hoskins juga berpendapat bahwa stres adalah suatu keadaan yang dihasilkan oleh perubahan dari lingkungan yang dirasakan sebagai tantangan, ancaman atau merusak equilibrium seseorang.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choice

H. Kegiatan Belajar 5

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Menganalisis konsep psikodinamika gangguan jiwa

2. Uraian Materi

Konsep Psikodinamika Gangguan Jiwa

Dosen: Iva Milia, M.Kep.

A. Definisi psikodinamika

Psikodinamik merupakan salah satu pendekatan yang cukup tua, tentu saja salah satunya disebabkan karena pendekatan ini merupakan pendekatan yang pertama muncul dalam dunia psikologi. Pendekatan psikodinamik ini berasumsi bahwa masalah-masalah si pasien disebabkan oleh tekanan psikologis antara alam bawah sadar dan kenyataan yang ada dalam kehidupan individu. Pendekatan ini dipelopori oleh Freud, dimana ajarannya pun menjadi konsep utama dari terapi psikodinamik. Oleh karena itu, artikel ini akan membahas psikoanalisa Freud secara khusus. Teori psikodinamika atau tradisi klinis berangkat dari dua asumsi dasar. Pertama, manusia adalah bagian dari dunia binatang. Kedua, manusia adalah bagian dari sistem energi. Kunci utama untuk memahami manusia menurut paradigma psikodinamika adalah mengenali semua sumber terjadinya perilaku, baik itu berupa dorongan yang disadari maupun yang tidak disadari. Teori psikodinamika ditemukan oleh Sigmund Freud (1856-1939). Dia memberi nama aliran psikologi yang dia kembangkan sebagai psikoanalisis. Banyak pakar yang kemudian ikut memakai paradigma psikoanalisis untuk mengembangkan teori kepribadiannya, seperti : Carl Gustav Jung, Alfred Adler, serta tokoh-tokoh lain seperti Anna Freud, Karen Horney, Eric Fromm, dan Harry Stack Sullivan. Teori psikodinamika berkembang cepat dan luas karena masyarakat luas terbiasa memandang gangguan tingkah laku sebagai penyakit (Alwisol, 2005 : 3-4).

Ada beberapa teori kepribadian yang termasuk teori psikodinamika, yaitu : psikoanalisis, psikologi individual, psikologi analitis, dan neo freudianisme. Berikut ini dikemukakan pokok-pokok dari teori psikoanalisis, psikologi individual, dan psikologi analitis.

B. Teori psikoanalisis

Teori Psikoanalisis dikembangkan oleh Sigmund Freud. Psikoanalisis dapat dipandang sebagai teknik terapi dan sebagai aliran psikologi. Sebagai

aliran psikologi, psikoanalisis banyak berbicara mengenai kepribadian, khususnya dari segi struktur, dinamika, dan perkembangannya.

1. Struktur Kepribadian

Menurut Freud (Alwisol, 2005 : 17), kehidupan jiwa memiliki tiga tingkat kesadaran, yaitu sadar (conscious), prasadar (preconscious), dan tak sadar (unconscious). Sampai dengan tahun 1920an, teori tentang konflik kejiwaan hanya melibatkan ketiga unsur tersebut. Baru pada tahun 1923 Freud mengenalkan tiga model struktural yang lain, yaitu das Es, das Ich, dan das Ueber Ich. Struktur baru ini tidak mengganti struktur lama, tetapi melengkapi gambaran mental terutama dalam fungsi dan tujuannya (Awisol, 2005 : 17).

Freud berpendapat bahwa kepribadian merupakan suatu sistem yang terdiri dari 3 unsur, yaitu das Es, das Ich, dan das Ueber Ich (dalam bahasa Inggris dinyatakan dengan the Id, the Ego, dan the Super Ego), yang masing memiliki asal, aspek, fungsi, prinsip operasi, dan perlengkapan sendiri.

a. Id (Das Es)

Struktur anak pada waktu dilahirkan adalah apa yang disebut Id (Das Es). Id merupakan sebuah istilah yang berasal dari kata benda impersonal yang berarti “The it” (sang itu), komponen kepribadian yang belum dimiliki.¹⁵ Id adalah struktur kepribadian menurut Freud yang terdiri atas naluri (instinct), yang merupakan gudang energi psikis individu. Dalam pandangan Freud, id tidak secara total; id tidak memiliki kontak dengan realitas.¹⁶ Id ini yang mendorong anak untuk memuaskan nafsu-nafsunya (prinsip kenikmatan),¹⁷ yaitu mencari keenakan dan menghindarkan diri dari ketidakenakan. Seorang yang baru lahir adalah personifikasi sebuah id yang belum terbebani oleh pembatasan-pembatasan ego dan superego. Bayi mencari pemuasan kebutuhan tanpa peduli dengan apakah boleh diwujudkan (wilayah-wilayah tuntutan ego) atau apakah pantas (wilayah-wilayah pembatasan superego). Dia selalu mengisap entah puting ibunya memiliki air susu atau tidak dan memperoleh kenikmatan dari kedua situasi tersebut. Meskipun bayi menerima makanan penunjang kehidupan hanya dengan mengisap puting yang memiliki air susu. Namun, dia terus mengisap karena id-nya tidak bersentuhan dengan realitas ada tidaknya air susu dalam puting ibu. Bayi bahkan gagal menyadari bahwa perilaku mengisap jempol tangan tidak

dapat membuatnya mempertahankan hidup. Karena id tidak memiliki kontak langsung dengan realitas, dia tidak bisa dirubah entah oleh perjalanan waktu atau oleh pengalaman-pengalaman pribadi. Dan impuls-impuls (dorongan) harapan kanak-kanak ini masih tetap tidak berubah dalam id selama berdekade-dekade kehidupan si anak berikutnya. Selain tidak realistis dan mencari kesenangan, id juga tidak logis dan dapat melayani secara bersamaan ide-ide yang tidak bersesuaian. Contohnya: seorang perempuan mungkin menunjukkan kasih sayang yang disadari terhadap ibunya serta mengharapkan tanpa sadar kehancuran sang ibu.

Hasrat-hasrat yang saling bertentangan ini dapat muncul karena id tidak memiliki moralitas di dalamnya. Artinya, dia tidak membuat penentuan nilai atau membedakan baik dan buruk. Namun, id bukan immoral (menyalahi moral), tepatnya ia amoral (tidak bersangkutan paut dengan moral). Semua energy id dihabiskan hanya untuk satu tujuan saja—mencari kesenangan tanpa peduli apa yang pantas atau benar.

Id adalah sesuatu yang primitive/purba, khas, dan tidak terakses oleh alam sadar, tidak dapat diubah, amoral, tidak logis, tidak terorganisasikan dan selalu dipenuhi energy yang diterimanya dari dorongan-dorongan dasar menuju pemuasan prinsip kesenangan. Sebagai wilayah yang menjadi rumah bagi dorongan-dorongan dasar (motif-motif primer), pengoperasian id disebut Proses primer. Namun, karena dia mencari dengan membabi buta pemuasan prinsip kesenangan, kelangsungan hidupnya bergantung penuh terhadap perkembangan proses skunder yang membawanya untuk melakukan kontak dengan dunia eksternal. Proses eksternal berfungsi melalui ego.

b. Ego (Das Ich)

Ego adalah struktur keribadian menurut Freud yang berurusan dengan tuntutan realitas. Ego disebut badan pelaksana (Executive Branch) kepribadian, karena ego membuat keputusan-keputusan rasional. Id dan ego tidak memiliki moralitas, id dan ego tidak memperhitungkan apakah sesuatu benar atau salah.

Ego atau “I” (sangat aku), adalah satu-satunya wilayah jiwa yang berhubungan dengan realitas. Ia tumbuh dari id selama masa bayi dan menjadi satu-satunya sumber komunikasi seseorang dengan dunia

eksternal. Dia diatur oleh prinsip realitas yang berusaha menjadi substitusi bagi prinsip kesenangan id. Karena dia sebagian sadar, sebagian ambang sadar, dan sebagian bawah sadar, ego dapat membuat keputusan dari masing-masing dari ketiga tingkatan mental ini. Contohnya, ego seorang perempuan mungkin secara sadar memotivasi dia untuk memilih pakaian yang rapi dan dijahit dengan baik karena dia merasa nyaman jika mengenakan pakaian yang bagus. Pada waktu yang bersamaan, dia bisa saja menyadari secara samar-samar (yaitu secara ambang sadar) mengenai pengalaman-pengalaman sebelumnya yang membuatnya yang membuatnya dihargai karena memilih pakaian yang bagus. Selain itu, dia juga bisa termotivasi oleh bawah sadarnya untuk menjadi sangat rapi dan tertib karena pengalaman-pengalaman latihan-penggunaan-toilet (toilet training) pada masa kanak-kanak. Kalau begitu, keputusannya untuk mengenakan pakaian yang rapi lahir dari ketiga tingkat kehidupan mentalnya tersebut. Ketika mengenakan fungsi-fungsi kognitif dan intelektualnya, ego harus mempertimbangkan berbagai tuntutan dari id dan super ego yang tidak bersesuaian dan sama-sama tidak realistis.

Menurut Freud, ego menjadi terbedakan dari id ketika bayi mulai belajar membedakan diri mereka dari dunia luar. Ketika id masih tetap tidak mau berubah, ego mulai mengembangkan sejumlah strategi untuk menghadapi tuntutan id yang tidak realistis dan tidak pantang menyerah terhadap kesenangan. Pada saat-saat tertentu, ego dapat mengontrol id yang sangat kuat dan selalu mencari kesenangan itu. Namun, pada saat-saat lain ego kehilangan kekuatan pengontrolnya. Untuk membandingkan ego dan id, Freud menggunakan analogi seorang yang sedang menunggangi seekor kuda. Si penunggang sanggup mengarahkan dan mengendalikan kekuatan kuda yang jauh lebih besar, namun, jika si kuda menunjukkan kemurahhatian untuk menuruti perintahnya. Seperti halnya anak-anak yang mendapatkan hadiah dan hukuman orang tua, mereka mulai belajar apa yang harus dilakukan untuk memperoleh kesenangan dan menghindari rasa sakit. Di usia yang masih belia ini, kesenangan dan rasa sakit merupakan fungsi-fungsi ego yang utama karena anak-anak belum mengembangkan suara hati nurani (conscience) dan ideal ego (ego-ideal): itulah super ego. Ketika anak-anak memasuki usia 5 atau 6 tahun, mereka

mulai mengidentifikasi diri dengan orang tua mereka dan belajar apa yang boleh dilakukan, inilah asal-usul superego.

c. Superego (Das Ueber Ich)

Superego adalah struktur kepribadian Freud yang merupakan badan moral kepribadian dan benar-benar memperhitungkan apakah sesuatu benar ataukah salah. Anggaplah superego adalah sesuatu yang selalu kita rujuk sebagai “hati nurani (conscience)” kita. Anda mungkin mulai merasa bahwa baik id maupun superego menyebabkan kehidupan kasar bagi ego, ego anda barang kali mengatakan, “aku akan melakukan hubungan seks kadang-kadang saja dan memastikan untuk menggunakan alat pencegahan kehamilan yang tepat, karena aku tidak ingin gangguan anak dalam perkembangan karirku.” Akan tetapi, id anda mengatakan “aku ingin dipuaskan; seks itu nikmat.” Superego sedang bekerja juga: “aku merasa bersalah kalau melakukan hubungan seks.

Ada dua aspek superego: pertama adalah nurani (conscience), yang merupakan internalisasi dari hukuman dan peringatan. Sementara yang kedua disebut ego ideal. Ego ideal berasal dari pujian-pujian dan contoh-contoh positif yang diberikan kepada anak-anak.

Freud melihat kepribadian seperti suatu gunung es; kebanyakan kepribadian terdapat dibawah tingkat kesadaran kita, sama seperti bagian terbesar dari suatu gunung es yang terdapat dibawah gunung es. Bagaimana Ego mengatasi konflik antara tuntutan realitas, keinginan id, dan hambatan superego?

Dengan melalui mekanisme pertahanan (defense mechanism) yaitu istilah psikoanalisis bagi metode ketidaksadaran, ego membelokkan atau mendistorsi realitas, dengan demikian melindunginya dari kecemasan. Dalam pandangan Freud, tuntutan-tuntutan struktur kepribadian yang saling bertentangan menimbulkan kecemasan. Misalnya, ketika ego menghambat atau memblokir pengejaran id akan kenikmatan, kecemasan yang lebih dalam (inner anxiety) dirasakan. Keadaan tertekan berkembang ketika id sedang membahayakan individu. Kecemasan mengingatkan atau mengirim sinyal kepada ego untuk mengatasi konflik melalui alat mekanisme pertahanan.

Represi (repression) ialah mekanisme pertahanan yang paling kuat dan paling meresap (the most powerful and pervasive); represi bekerja menolak dorongan-dorongan id yang tidak diinginkan di luar kesadaran dan kembali ke pikiran tidak sadar. Represi adalah landasan dari mana semua mekanisme pertahanan lain bekerja; tujuan setiap mekanisme pertahanan ialah menekan (repress), atau menolak keinginan-keinginan yang mengancam di luar kesadaran. Freud mengatakan bahwa pengalaman masa anak-anak, sebagian besar diantaranya ia yakini sarat secara seksual (sexually laden), cukup mengancam dan menekan kita untuk mengatasinya secara sadar. Kita mengurangi kecemasan akibat konflik ini melalui mekanisme pertahanan represi. Freud yakin bahwa kita melampaui lima tahap perkembangan psikoseksual dan bahwa setiap tahap perkembangan tersebut kita mengalami kenikmatan pada satu bagian tubuh lebih dari pada bagian tubuh yang lain. Erogenous zones adalah bagian tubuh yang mengalami kenikmatan khusus yang sangat kuat yang memberi kualitas pada setiap tahap perkembangan.

Aplikasi Teori Freud dalam Bimbingan

Apabila menyimak konsep kunci dari teori kepribadian Freud, maka ada beberapa teorinya yang dapat diaplikasikan dalam bimbingan, yaitu : Pertama, konsep kunci bahwa manusia adalah makhluk yang memiliki kebutuhan dan keinginan. Dengan demikian, konselor dalam memberikan bimbingan harus selalu berpedoman kepada apa yang dibutuhkan dan yang diinginkan oleh yang diberikan konseling, sehingga bimbingan benar-benar efektif. Adapun fungsi-fungsi bimbingan antara lain

a. Memahami Individual

Seorang guru dan pembimbing dapat memberikan bantuan yang efektif jika mereka dapat memahami dan mengerti persoalan, sifat, kebutuhan, minat, dan kemampuan anak didiknya. Karena itu, bimbingan yang efektif menuntut secara mutlak pemahaman diri anak secara menyeluruh. Karena tujuan bimbingan dan pendidikan dapat dicapai jika programnya didasarkan atas pemahaman diri anak didiknya.

b. Preventif dan Pengembangan Individual

Preventif dan pengembangan merupakan dua sisi dari satu mata uang. Preventive berusaha mencegah kemerosotan perkembangan

seseorang dan minimal dapat memelihara apa yang telah dicapai dalam perkembangannya melalui pemberian pengaruh-pengaruh yang positif, memberikan bantuan untuk mengembangkan sikap dan pola perilaku yang dapat membantu setiap individu untuk mengembangkan dirinya secara optimal. Membantu individu untuk menyempurnakan setiap manusia pada saat tertentu membutuhkan pertolongan dalam menghadapi lingkungannya. Bimbingan dapat memberikan pertolongan pada anak untuk mengadakan pilihan yang sesuai dengan potensi dan kemampuan yang dimilikinya.

Kedua, konsep teori tentang kecemasan yang dimiliki seseorang dapat digunakan sebagai wahana pencapaian tujuan bimbingan, yaitu membantu individu supaya mengerti diri dan lingkungannya, mampu memilih, memutuskan dan merencanakan hidup secara bijaksana mampu mengembangkan kemampuan dan kesanggupan, memecahkan masalah yang dihadapi dalam kehidupannya, mampu mengelola aktivitas sehari-hari dengan baik dan bijaksana, mampu memahami dan bertindak sesuai dengan norma agama, social dalam masyarakatnya.

Ketiga, konsep teori psikoanalisis yang menekankan pengaruh masa lalu (masa kecil) terhadap perjalanan manusia. Dalam system pembinaan akhlak individual, islam menganjurkan agar keluarga dapat melatih dan membiasakan anak-anaknya agar dapat tumbuh kembang sesuai dengan norma agama dan social. Bila sebuah keluarga mampu memberikan bimbingan yang baik, maka kelak anak itu diharapkan akan tumbuh menjadi manusia yang baik.

Keempat, teori freud tentang tahapan perkembangan kepribadian individu dapat digunakan dalam proses bimbingan, baik sebagai materi maupun pendekatan. Konsep ini memberikan arti bahwa, materi, metode, dan pola bimbingan harus disesuaikan dengan tahapan perkembangan kepribadian individu, karena pada setiap tahapan itu memiliki karakteristik dan sifat yang berbeda.

Kelima, konsep freud tentang ketidaksadaran dapat digunakan dalam proses bimbingan yang dilakukan pada individu dengan harapan dapat mengurangi impuls-impuls dorongan id yang bersifat irrasional sehingga berubah menjadi rasional..

C. Dinamika kepribadian

1. Distribusi energi

Dinamika kepribadian, menurut Freud bagaimana energi psikis didistribusikan dan dipergunakan oleh das Es, das Ich, dan das Ueber Ich. Freud menyatakan bahwa energi yang ada pada individu berasal dari sumber yang sama yaitu makanan yang dikonsumsi. Bahwa energi manusia dibedakan hanya dari penggunaannya, energi untuk aktivitas fisik disebut energi fisik, dan energi yang digunakan untuk aktivitas psikis disebut energi psikis.

Menurut Freud jumlah energi itu terbatas sehingga terjadi semacam persaingan di antara ketiga aspek kepribadian untuk memperoleh dan menggunakannya. Jika salah satu aspek banyak menggunakan energi maka aspek kepribadian yang lain menjadi lemah. Freud menyatakan bahwa pada mulanya yang memiliki energi hanyalah das Es saja. Melalui mekanisme yang oleh Freud disebut identifikasi, energi tersebut diberikan oleh das Es kepada das Ich dan das Ueber Ich.

2. Mekanisme pertahanan ego

Menurut Freud, mekanisme pertahanan ego (ego defence mechanism) sebagai strategi yang digunakan individu untuk mencegah kemunculan terbuka dari dorongan-dorongan das Es maupun untuk menghadapi tekanan das Ueber Ich atas das Ich, dengan tujuan kecemasan yang dialami individu dapat dikurangi atau diredakan (Koeswara, 1991 : 46). Freud menyatakan bahwa mekanisme pertahanan ego itu adalah mekanisme yang rumit dan banyak macamnya. Berikut ini 7 macam mekanisme pertahanan ego yang menurut Freud umum dijumpai (Koeswara, 1991 : 46-48).

- a. Represi, yaitu mekanisme yang dilakukan ego untuk meredakan kecemasan dengan cara menekan dorongan-dorongan yang menjadi penyebab kecemasan tersebut ke dalam ketidaksadaran.
- b. Sublimasi, adalah mekanisme pertahanan ego yang ditujukan untuk mencegah atau meredakan kecemasan dengan cara mengubah dan menyesuaikan dorongan primitif das Es yang menjadi penyebab kecemasan ke dalam bentuk tingkah laku yang bisa diterima, dan bahkan dihargai oleh masyarakat.
- c. Proyeksi, adalah pengalihan dorongan, sikap, atau tingkah laku yang menimbulkan kecemasan kepada orang lain.

- d. Displacement, adalah pengungkapan dorongan yang menimbulkan kecemasan kepada objek atau individu yang kurang berbahaya dibanding individu semula.
- e. Rasionalisasi, menunjuk kepada upaya individu memutarbalikkan kenyataan, dalam hal ini kenyataan yang mengancam ego, melalui dalih tertentu yang seakan-akan masuk akal. Rasionalisasi sering dibedakan menjadi dua : sour grape technique dan sweet orange technique.
- f. Pembentukan reaksi, adalah upaya mengatasi kecemasan karena individu memiliki dorongan yang bertentangan dengan norma, dengan cara berbuat sebaliknya.
- g. Regresi, adalah upaya mengatasi kecemasan dengan bertingkah laku yang tidak sesuai dengan tingkat perkembangannya

D. Perkembangan kepribadian

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan kepribadian

Perkembangan kepribadian individu menurut Freud, dipengaruhi oleh kematangan dan cara-cara individu mengatasi ketegangan. Menurut Freud, kematangan adalah pengaruh asli dari dalam diri manusia. Ketegangan dapat timbul karena adanya frustrasi, konflik, dan ancaman. Upaya mengatasi ketegangan ini dilakukan individu dengan : identifikasi, sublimasi, dan mekanisme pertahanan ego.

2. Tahap-tahap perkembangan kepribadian

Menurut Freud, kepribadian individu telah terbentuk pada akhir tahun ke lima, dan perkembangan selanjutnya sebagian besar hanya merupakan penghalusan struktur dasar itu. Selanjutnya Freud menyatakan bahwa perkembangan kepribadian berlangsung melalui 6 fase, yang berhubungan dengan kepekaan pada daerah-daerah erogen atau bagian tubuh tertentu yang sensitif terhadap rangsangan. Ke enam fase perkembangan kepribadian adalah sebagai berikut (Sumadi Suryabrata, 1982 : 172-173).

- a. Fase oral (oral stage): 0 sampai kira-kira 18 bulan, Bagian tubuh yang sensitif terhadap rangsangan adalah mulut.
- b. Fase anal (anal stage) : kira-kira usia 18 bulan sampai 3 tahun. Pada fase ini bagian tubuh yang sensitif adalah anus.
- c. Fase falis (phallic stage) : kira-kira usia 3 sampai 6 tahun. Bagian tubuh yang sensitif pada fase falis adalah alat kelamin.

- d. Fase laten (latency stage) : kira-kira usia 6 sampai pubertas Pada fase ini dorongan seks cenderung bersifat laten atau tertekan.
- e. Fase genital (genital stage): terjadi sejak individu memasuki pubertas dan selanjutnya. Pada masa ini individu telah mengalami kematangan pada organ reproduksi.

E. Teori psikologi individual

1. Pendahuluan

Tokoh yang mengembangkan teori psikologi individual adalah Alfred Adler (1870-1937), yang pada mulanya bekerja sama dengan dalam mengembangkan psikoanalisis. Karena ada perbedaan pendapat yang tidak bisa diselesaikan akhirnya Adler keluar dari organisasi psikoanalisis dan bersama pengikutnya dia mengembangkan aliran psikologi yang dia sebut Psikologi Individual (Individual Psychology).

2. Konsepsi-konsepsi Psikologi Individual

Menurut Adler manusia itu dilahirkan dalam keadaan tubuh yang lemah. Kondisi ketidak berdayaan ini menimbulkan perasaan inferior (merasa lemah atau tidak mampu) dan ketergantungan kepada orang lain. Manusia, menurut Adler, merupakan makhluk yang saling tergantung secara sosial. Perasaan bersatu dengan orang lain ada sejak manusia dilahirkan dan menjadi syarat utama kesehatan jiwanya. Berdasarkan paradigma tersebut kemudian Adler mengembangkan teorinya yang secara ringkas disajikan pada uraian berikut

a. Individualitas sebagai pokok persoalan

Adler menekankan pentingnya sifat khas (unik) kepribadian, yaitu individualitas. Menurut Adler setiap orang adalah suatu konfigurasi motif-motif, sifat-sifat, serta nilai-nilai yang khas, dan setiap perilakunya menunjukkan corak khas gaya kehidupannya yang bersifat individual.

b. Dua dorongan pokok

Dalam diri setiap individu terdapat dua dorongan pokok, yang mendorong serta melatar belakangi segala perilakunya, yaitu :

- 1) Dorongan kemasyarakatan, yang mendorong manusia bertindak untuk kepentingan orang lain;
- 2) Dorongan keakuan, yang mendorong manusia bertindak untuk kepentingan diri sendiri.

c. Perjuangan menjadi sukses atau ke arah superior

Individu memulai hidupnya dengan kelemahan fisik yang menimbulkan perasaan inferior. Perasaan inilah yang kemudian menjadi pendorong agar dirinya sukses dan tidak menyerah pada inferioritasnya.

d. Gaya hidup (style of life)

Menurut Adler setiap orang memiliki tujuan, merasa inferior, berjuang menjadi superior. Namun setiap orang berusaha mewujudkan keinginan tersebut dengan gaya hidup yang berbeda-beda. Adler menyatakan bahwa gaya hidup adalah cara yang unik dari setiap orang dalam berjuang mencapai tujuan khusus yang telah ditentukan oleh yang bersangkutan dalam kehidupan tertentu di mana dia berada (Alwisol, 2005 : 97).

e. Minat sosial (social interest)

Adler berpendapat bahwa minat sosial adalah bagian dari hakikat manusia dalam dalam besaran yang berbeda muncul pada tingkah laku setiap orang. Minat sosial membuat individu mampu berjuang mengejar superioritas dengan cara yang sehat dan tidak tersesat ke salah suai. Bahwa semua kegagalan, neurotik, psikotik, kriminal, pemabuk, anak bermasalah, dst., menurut Adler, terjadi karena penderita kurang memiliki minat sosial.

f. Kekuatan kreatif self (creative power of the self)

Self kreatif merupakan puncak prestasi Adler sebagai teorisi kepribadian (Awisol, 2005 : 98). Menurut Adler, self kreatif atau kekuatan kreatif adalah kekuatan ketiga yang paling menentukan tingkah laku (kekuatan pertama dan kedua adalah hereditas dan lingkungan). Self kreatif, menurut Adler, bersifat padu, konsisten, dan berdaulat dalam struktur kepribadian. Keturunan memberi kemampuan tertentu, lingkungan memberi imresi atau kesan tertentu. Self kreatif adalah sarana yang mengolah fakta-fakta dunia dan menstranformasikan fakta-fakta itu menjadi kepribadian yang bersifat subjektif, dinamis, menyatu, personal dan unik. Self kreatif memberi arti kepada kehidupan, menciptakan tujuan maupun sarana untuk mencapainya.

g. Konstelasi keluarga

Konstelasi berpengaruh dalam pembentukan kepribadian. Menurut Adler, kepribadian anak pertama, anak tengah, anak terakhir, dan anak

tunggal berbeda, karena perlakuan yang diterima dari orang tua dan saudara-saudara berbeda.

h. Posisi tidur dan kepribadian

Hidup kejiwaan merupakan kesatuan antara aspek jiwa dan raga dan tercermin dalam keadaan terjaga maupun tidur. Dari observasi yang telah dilakukan terhadap para pasiennya Adler menarik kesimpulan bahwa ada hubungan posisi tidur seseorang dengan kepribadiannya.

- 1) Tidur terlentang, menunjukkan yang bersangkutan memiliki sifat pemberani dan bercita-cita tinggi.
- 2) Tidur bergulung (mlungker), menunjukkan sifat penakut dan lemah dalam mengambil keputusan.
- 3) Tidur mengeliat tidak karuan, menunjukkan yang bersangkutan memiliki sifat yang tidak teratur, semborno, dst.
- 4) Tidur dengan kaki di atas bantal, menunjukkan orang ini menyukai petualangan.
- 5) Tidur dilakukan dengan mudah, berarti proses penyesuaian dirinya baik.

F. Teori psikologi analiti

1. Pendahuluan

Psikologi analitis merupakan aliran psikologi dinamis yang dikembangkan oleh Carl Gustav Jung (1875 – 1959). Sama halnya dengan Adler, Jung semula juga merupakan sahabat Freud dan termasuk tokoh terkemuka dalam organisasi psikoanalisis. Dan kerana perbedaan pendapat pula keduanya lalu berpisah. Jung kemudian mengembangkan aliran psikologi yang dia beri nama Psikologi Analitis.

2. Pokok-pokok Teori Carl Gustav Jung

a. Struktur kepribadian

Kepribadian atau psyche (istilah yang dipakai Jung untuk kepribadian) tersusun dari sejumlah sistem yang beroperasi dalam tiga tingkat kesadaran : ogo beroperasi pada tingkat sadar, kompleks beroperasi pada tingkat tak sadar pribadi, dan arsetip beroperasi pada tingkat tak sadar kolektif. Disamping sistem-sistem yang terkait dengan daerah operasinya masing-masing, terdapat sikap jiwa (introvert dan ekstravert) dan fungsi jiwa (pikiran, perasaan, pengidraan, dan intuisi).

1) Sikap jiwa, adalah arah energi psikis (libido) yang menjelma dalam bentuk orientasi manusia terhadap dunianya. Sikap jiwa dibedakan menjadi :

a) Sikap ekstrovert

- libido mengalir keluar
- minatnya terhadap situasi sosial kuat
- suka bergaul, ramah, dan cepat menyesuaikan diri
- dapat menjalin hubungan baik dengan orang lain meskipun ada masalah.

b) Sikap introvert

- libido mengalir ke dalam, terpusat pada faktor-faktor subjektif.
- cenderung menarik diri dari lingkungan
- lemah dalam penyesuaian social
- lebih menyukai kegiatan dalam rumah

2) Fungsi jiwa, adalah suatu bentuk aktivitas kjiwaan yang secara teoritis tetap meskipun lingkungannya berbeda-beda. Fungsi jiwa dibedakan menjadi dua ;

a) Fungsi jiwa rasional, adalah fungsi jiwa yang bekerja dengan penilaian dan terdiri dari :

- pikiran : menilai benar atau salah
- perasaan : menilai menyenangkan atau tak menyenangkan
- Fungsi jiwa yang irasional, bekerja tanpa penilaian dan terdiri dari :
 - pengideraan : sadar indrawi
 - intuisi: tak sadar naluriah

Menurut Jung pada dasarnya setiap individu memiliki keempat fungsi jiwa tersebut, tetapi biasanya hanya salah satu fungsi saja yang berkembang atau dominan. Fungsi jiwa yang berkembang paling menonjol tersebut merupakan fungsi superior dan menentukan tipe individu yang bersangkutan.

b. Dinamika kepribadian

Jung menyatakan bahwa kepribadian atau psyche bersifat dinamis dengan gerak yang terus-menerus. Dinamika psyche tersebut disebabkan

oleh energi psikis yang oleh Jung disebut libido. Dalam dinamika psyche terdapat prinsip-prinsip sebagai berikut (Alwisol, 2005 : 65)

1) Prinsip oposisi

Berbagai sistem, sikap, dan fungsi kepribadian saling berinteraksi dengan tiga cara, yaitu : saling bertentangan (oppose), saling mendukung (compensate), dan bergabung mejnadi kesatuan (synthese). Menurut Jung, prinsip oposisi paling sering terjadi karena kepribadian berisi berbagai kecenderungan konflik. Oposisi juga terjadi antar tipe kepribadian, ekstraversi lawan introversi, pikiran lawan perasaa, dan penginderaan lawan intuisi.

2) Prinsip kompensasi

Prinsip ini berfungsi untuk menjada agar kepribadian tidak mengalami gangguan. Misalnya bila sikap sadar mengalami frus-trasi, sikap tak sadar akan mengambil alih. Ketika individu tidak dapat mencapai apa yang dipilihnya, dalam tidur sikap tak sadar mengambil alih dan muncullah ekpresi mimpi.

3) Prinsip penggabungan

Menurut Jung, kepribadian terus-menerus berusaha menyatukan pertentangan-pertentangan yang ada agar tercapai kepribadian yang seimbang dan integral.

c. Perkembangan kepribadian

Carl Gustav Jung menyatakan bahwa manusia selalu maju atau mengejar kemajuan, dari taraf perkembangan yang kurang sempurna ke taraf yang lebih sempurna. Manusia juga selalu berusaha mencapai taraf diferensiasi yang lebih tinggi.

1) Tujuan perkembangan : aktualisasi diri

Menurut Jung, tujuan perkembangan kepribadian adalah aktualisasi diri, yaitu diferensiasi sempurna dan saling hubungan yang selaras antara seluruh aspek kepribadian.

2) Jalan perkembangan : progresi dan regresi

Dalam prose perkembangan kepribadian dapat terjadi gerak maju (progresi) atau gerak mundur (regresi). Progresi adalah terjadinya penyesuaian diri secara memuaskan oleh aku sadar baik terhadap tuntutan dunia luar maupun kebutuhan-kebutuhan alam tak sadar.

Apabila progresi terganggu oleh sesuatu sehingga libido terhambat untuk digunakan secara progresi maka libido membuat regresi, kembali ke fase yang telah dilewati atau masuk ke alam tak sadar.

3) Proses individuasi

Untuk mencapai kepribadian yang sehat dan terintegrasi secara kuat maka setiap aspek kepribadian harus mencapai taraf diferensiasi dan perkembangan yang optimal. Proses untuk sampai ke arah tersebut oleh Jung dinamakan proses individuasi atau proses penemuan diri.

G. Model-model psikodinamika

Model-model Psikodinamika pada awalnya dikembangkan oleh Sigmund Freud (1974) dan pengikut-pengikutnya. Dikatakan psikodinamik, karena teori ini didasarkan pada asumsi bahwa perilaku berasal dari gerakan dan interaksi dalam pikiran manusia, kemudian pikiran merangsang perilaku dan keduanya saling mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungan sosialnya. Perkembangan teori psikodinamik dalam lingkungan teori-teori pekerjaan social masih diterapkan secara generalis, hal ini dimungkinkan karena penerapannya masih berpatokan pada ajaran Freud tadi dengan mengarah kepada pengembangan psikoanalisis. Oleh sebab itu, dikembangkan teori psikoanalisis yang lebih modern (Lowenstein, 1985) dengan konsentrasi pada bagaimana individu dapat berinteraksi dengan dunia sekitarnya. Dan hal ini lebih mengarah kepada hubungan sosialnya dari pada hubungan secara biologis, yang kemudian berkembang pada pemikiran tentang pengaruh Ego Psikologi (E. Goldstein, 1984).

Peran psikoanalisis dalam pekerjaan social menunjukkan adanya tingkatan pengembangan dan pemikiran ini berbeda antara satu negara dan negara lainnya. Misalnya di Amerika lebih kuat pengaruh Ego Psikologi dari pada negara yang lain seperti Inggris. Di negara ini psikoanalisis dimungkinkan untuk diarahkan pada aliran-aliran Marxisme contohnya dimana sebuah struktur symbol dalam masyarakat seperti bahasa sangat ditentukan oleh budaya dimasyarakat. Disamping itu, aliran-aliran Marxisme ini yang bisa dikatakan radikal juga bisa dilihat dalam ideologi-ideologi seperti feminisme dan psikologi individu terutama yang berhubungan dengan intelektual. Beberapa Ide Dasar Psikoanalisis

Teori psikoanalisis ini dibagi dalam 3 (tiga) bagian, yakni :perkembangan manusia, kepribadian dan psikologi abnormal dan pengobatan (treatment). Ada 2 (dua) ide dasar yang penting dari teori ini, yakni : Determinisme Psikis yaitu

prinsip bahwa tindakan atau perilaku berasal dari proses pemikiran orang dan ketidaksadaran adalah ide bahwa suatu pemikiran dan kegiatan mental tersembunyi dari pengetahuan kita. Kedua hal ini diterima luas dimana Yelloly menguatkannya lewat beberapa pemahaman tentang resistensi yang mengarah kepada upaya perlawanan terhadap pemikiran dan perasaan yang bertentangan dengan kepercayaan yang kita pegang teguh. Dan semua itu akan mengarah kepada upaya represi dan agresi. Dalam teori perkembangan mental pada psikoanalisis, juga dipahami adanya libido pada anak-anak yang berakar dari insting anak akibat lapar dan haus. Dia akan puas bila telah menyusu (sucking), namun pada perkembangannya dimasa dewasa, sucking juga akan terasa memuaskan bila objeknya berbeda (seperti merokok dan sebagainya). Kemudian dari masa anak-anak akan berkembang dari beberapa tingkatan yang dimulai dengan oral, anal, falik, oedipal, latensi dan genital. Tentu saja lingkungan social dan budaya akan sangat mempengaruhi perkembangannya.

Menurut teori personality dalam psikoanalisis ada 3 (tiga) hal penting dalam perkembangan kepribadian manusia yakni : Id, Ego dan Superego. Satu ciri penting kepribadian yang menonjol disini adalah bagaimana Ego mengelola konflik dan bagaimana kebutuhan Ego dan Superego untuk mengontrol Id sebagai bentuk tanggung jawab sosial .

Ada juga 3 (tiga) hal penting menyangkut perkembangan kepribadian ini yaitu:

- a. Proyeksi : yaitu ide ide yang tidak diinginkan yang berkaitan dengan sesuatu yang diinginkan ego untuk dilindungi dikenakan pada orang lain.
- b. Sublimasi : yaitu energi yang diarahkan pada kegiatan-kegiatan yang lebih dapat diterima.
- c. Rasionalisasi: yaitu alasan-alasan yang dapat diterima untuk kegiatan-kegiatan aktivitas meski sebenarnya tidak dapat diterima.

Freud dalam berpraktek berpatokan pada Ego dan hubungan antar objek. Hal ini terus dikembangkan dan sangat berpengaruh pada pendekatan psikoanalisis hingga saat ini. Dalam pekerjaan social, banyak bentuk teori psikoanalisis modern yang digunakan dan sangat kuat dipengaruhi oleh teori-teori system dan teori crisis intervention.

Teori-teori ini khususnya menyangkut Ego psikologi dan objek relation terus diperdalam, mengingat penekanannya pada perkembangan kepribadian

manusia, dimulai dari masa anak-anak dimana mereka akan berhubungan dengan dunia luar (hubungan antar objek) dari usia dini. Tumbuh berkembang dan akan belajar dari berbagai pengalaman dengan menggunakan pemikiran, persepsi dan ingatan. Kemudian mereka akan mengalami suatu hal yang dinamakan kehilangan (loss), hal ini akan menjadi penghambat dalam perkembangan kepribadian mereka. Disamping itu, Teori Treatment juga menjadi suatu bagian penting didalam pendekatan ini, dimana pemahamannya lebih menekankan pada cara orangtua dalam memerlakukan dan membentuk kepribadian anak yang diibaratkan sebagai 'blank screens'.

Psikoanalisis dan Pekerjaan Sosial

Secara garis besar teori-teori dalam pekerjaan social dipengaruhi teori psikoanalisis, terutama dalam prakteknya. Akan tetapi, teori-teori tentang perkembangan, kepribadian dan terapi, secara eksplisit tidak dipraktekkan. Beberapa hal yang menggambarkan pengaruhnya antara lain : Pengaruh pikiran Freud pada budaya Barat, adanya aspek-aspek berbeda dalam prakteknya, serta setuju dan tidaknya terhadap teori yang dikembangkan Frued dan sebagainya.

H. Perspektif psikodinamika

psikodinamika, individu yang mengalami masalah penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA, khususnya pada alkohol mencerminkan adanya kepribadian ketergantungan oral. Individu tersebut mengalami fiksasi fase oral dalam perkembangan psikoseksualnya. Individu yang minum alkohol terlalu banyak (alkoholik) pada masa dewasa merupakan simbolisasi usaha untuk mencapai kepuasan oral. Dengan kata lain dinyatakan bahwa alkoholisme merupakan representasi fiksasi oral disebabkan oleh konflik ketidaksadaran pada masa kank-kanak. Namun menurut Nevid, dkk (1997) perspektif psikodinamika ini tidak banyak didukung oleh hasil-hasil penelitian atau bukti-bukti empiris.

Penyalahgunaan NAPZA dalam perspektif psikodinamika sangat dipengaruhi oleh kondisi individu pada awal masa kehidupannya (0 – 5), sehingga intervensi pada masa kehidupan remaja menjadi tidak berarti. Selain itu dalam perspektif psikodinamika juga dinyatakan bahwa penyalahgunaan NAPZA merupakan representasi konflik ketidaksadaran pada masa kanak-kanak. Dengan demikian pada masa remaja seolah-olah problema penyalahgunaan NAPZA adalah suatu masalah yang tidak dapat dikendalikan oleh remaja itu sendiri

3. Rangkuman

Teori psikodinamika adalah teori yang berusaha menjelaskan hakikat dan perkembangan kepribadian. Unsur-unsur yang diutamakan dalam teori ini adalah motivasi, emosi dan aspek-aspek internal lainnya. Teori ini mengasumsikan bahwa kepribadian berkembang ketika terjadi konflik-konflik dari aspek-aspek psikologis tersebut, yang pada umumnya terjadi pada anak-anak dini. Teori psikodinamika dicetuskan oleh Sigmund Freud. Dia berpendapat bahwa perkembangan jiwa atau kepribadian seseorang ditentukan oleh komponen dasar yang bersifat sosio-efektif, yakni ketegangan yang ada di dalam diri seseorang itu ikut menentukan dinamikanya ditengah-tengah lingkungannya. Sehingga Freud membagi struktur kepribadian atau jiwa seseorang menjadi tiga yaitu:

1. Id (das es) bisa dikaitkan dalam Islam dengan nafsu.
2. Ego (das ich) bisa disebut juga dengan akal.
3. Superego (das ueber es) bisa disebut dengan hati nurani.

Setelah membagi struktur jiwa manusia kedalam tiga struktur, Freud membagi tahapan-tahapan perkembangan manusia menjadi lima. Yaitu, fase oral, fase anal, fase phallic, fase laten, dan fase kemaluan.

Fase-fase inilah yang menjadi dasar perkembangan manusia bagi teori psikodinamika. Dalam aplikasi teori, ada lima teori yang bisa menjadi pengelolaan pendidikan yaitu, Pertama, konsep kunci bahwa manusia adalah makhluk yang memiliki kebutuhan dan keinginan. Kedua, konsep teori tentang kecemasan yang dimiliki seseorang. Ketiga, konsep teori psikoanalisis yang menekankan pengaruh masa lalu (masa kecil) terhadap perjalanan manusia. Keempat, teori Freud tentang tahapan perkembangan kepribadian individu. Kelima, konsep Freud tentang ketidaksadaran.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple choice

I. Kegiatan Belajar 6

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Menerapkan komunikasi terapeutik pada klien gangguan jiwa dengan berdasarkan aspek caring dan berakhak mulia

2. Uraian Materi

Konsep Komunikasi Terapeutik

Dosen: Iva Milia, M.Kep.

PENGERTIAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Komunikasi terapeutik adalah suatu pengalaman bersama antara perawat klien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien yang mempengaruhi perilaku pasien. Hubungan perawat klien yang terapeutik adalah pengalaman belajar bersama dan pengalaman dengan menggunakan berbagai teknik komunikasi agar perilaku klien berubah ke arah positif seoptimal mungkin. Untuk melaksanakan komunikasi terapeutik yang efektif perawat harus mempunyai keterampilan yang cukup dan memahami tentang dirinya.

Tujuan komunikasi terapeutik adalah :

- a. Membantu klien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan.
- b. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- c. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.

Tujuan terapeutik akan tercapai bila perawat memiliki karakteristik sebagai berikut (Hamid,1998):

- a. Kesadaran diri.
 - b. Klarifikasi nilai.
 - c. Eksplorasi perasaan.
 - d. Kemampuan untuk menjadi model peran.
 - e. Motivasi altruistik.
 - f. Rasa tanggung jawab dan etik.
- C. Fungsi komunikasi terapeutik

Fungsi komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan mengajarkan kerja sama antara perawat dan pasien melalui hubungan perawat dan pasien. Perawat

berusaha mengungkapkan perasaan, mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan (Purwanto, 1994).

Prinsip-prinsip komunikasi adalah:

- ✓ Klien harus merupakan fokus utama dari interaksi
- ✓ Tingkah laku profesional mengatur hubungan terapeutik
- ✓ Membuka diri dapat digunakan hanya pada saat membuka diri mempunyai tujuan terapeutik
- ✓ Hubungan sosial dengan klien harus dihindari
- ✓ Kerahasiaan klien harus dijaga
- ✓ Kompetensi intelektual harus dikaji untuk menentukan pemahaman
- ✓ Implementasi intervensi berdasarkan teori
- ✓ Memelihara interaksi yang tidak menilai, dan hindari membuat penilaian tentang tingkah laku klien dan memberi nasihat
- ✓ Beri petunjuk klien untuk menginterpretasikan kembali pengalamannya secara rasional
- ✓ Telusuri interaksi verbal klien melalui statemen klarifikasi dan hindari perubahan subyek/topik jika perubahan isi topik tidak merupakan sesuatu yang sangat menarik klien.

Komponen Komunikasi Terapeutik

Model struktural dari komunikasi mengidentifikasi lima komponen fungsional berikut (Hamid, 1998):

- a. Pengirim : yang menjadi asal dari pesan.
- b. Pesan : suatu unit informasi yang dipindahkan dari pengirim kepada penerima.
- c. Penerima : yang mempersepsikan pesan, yang perilakunya dipengaruhi oleh pesan.
- d. Umpan balik : respon dari penerima pesan kepada pengirim pesan.
- e. Konteks : tatanan di mana komunikasi terjadi.

Jika perawat mengevaluasi proses komunikasi dengan menggunakan lima elemen struktur ini maka masalah-masalah yang spesifik atau kesalahan yang potensial dapat diidentifikasi.

Menurut Roger, terdapat beberapa karakteristik dari seorang perawat yang dapat memfasilitasi tumbuhnya hubungan yang terapeutik. Karakteristik tersebut antara lain:

- a. Kejujuran (trustworthy); Kejujuran merupakan modal utama agar dapat melakukan komunikasi yang bernilai terapeutik, tanpa kejujuran mustahil dapat

membina hubungan saling percaya. Klien hanya akan terbuka dan jujur pula dalam memberikan informasi yang benar hanya bila yakin bahwa perawat dapat dipercaya.

- b. Tidak membingungkan dan cukup ekspresif; Dalam berkomunikasi hendaknya perawat menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti oleh klien. Komunikasi nonverbal harus mendukung komunikasi verbal yang disampaikan. Ketidaksesuaian dapat menyebabkan klien menjadi bingung.
- c. Bersikap positif; Bersikap positif dapat ditunjukkan dengan sikap yang hangat, penuh perhatian dan penghargaan terhadap klien. Roger menyatakan inti dari hubungan terapeutik adalah kehangatan, ketulusan, pemahaman yang empati dan sikap positif.
- d. Empati bukan simpati; Sikap empati sangat diperlukan dalam asuhan keperawatan, karena dengan sikap ini perawat akan mampu merasakan dan memikirkan permasalahan klien seperti yang dirasakan dan dipikirkan oleh klien. Dengan empati seorang perawat dapat memberikan alternatif pemecahan masalah bagi klien, karena meskipun dia turut merasakan permasalahan yang dirasakan kliennya, tetapi tidak larut dalam masalah tersebut sehingga perawat dapat memikirkan masalah yang dihadapi klien secara objektif. Sikap simpati membuat perawat tidak mampu melihat permasalahan secara objektif karena dia terlibat secara emosional dan terlarut didalamnya.
- e. Mampu melihat permasalahan klien dari kacamata klien; Dalam memberikan asuhan keperawatan perawat harus berorientasi pada klien, (Taylor, dkk ,1997). Untuk itu agar dapat membantu memecahkan masalah klien perawat harus memandang permasalahan tersebut dari sudut pandang klien. Untuk itu perawat harus menggunakan teknik active listening dan kesabaran dalam mendengarkan ungkapan klien. Jika perawat menyimpulkan secara tergesa-gesa dengan tidak menyimak secara keseluruhan ungkapan klien akibatnya dapat fatal, karena dapat saja diagnosa yang dirumuskan perawat tidak sesuai dengan masalah klien dan akibatnya tindakan yang diberikan dapat tidak membantu bahkan merusak klien.
- f. Menerima klien apa adanya; Jika seseorang diterima dengan tulus, seseorang akan merasa nyaman dan aman dalam menjalin hubungan intim terapeutik. Memberikan penilaian atau mengkritik klien berdasarkan nilai-nilai yang diyakini perawat menunjukkan bahwa perawat tidak menerima klien apa adanya.

- g. Sensitif terhadap perasaan klien; Tanpa kemampuan ini hubungan yang terapeutik sulit terjalin dengan baik, karena jika tidak sensitif perawat dapat saja melakukan pelanggaran batas, privasi dan menyinggung perasaan klien.
- h. Tidak mudah terpengaruh oleh masa lalu klien ataupun diri perawat sendiri; Seseorang yang selalu menyesali tentang apa yang telah terjadi pada masa lalunya tidak akan mampu berbuat yang terbaik hari ini. Sangat sulit bagi perawat untuk membantu klien, jika ia sendiri memiliki segudang masalah dan ketidakpuasan dalam hidupnya.

Fase Hubungan Komunikasi Terapeutik.

- (1) fase preinteraksi
- (2) fase pengenalan atau orientasi
- (3) fase kerja
- (4) fase terminasi.

3. Rangkuman

Komunikasi terapeutik adalah suatu pengalaman bersama antara perawat klien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien yang mempengaruhi perilaku pasien. Hubungan perawat klien yang terapeutik adalah pengalaman belajar bersama dan pengalaman dengan menggunakan berbagai teknik komunikasi agar perilaku klien berubah ke arah positif seoptimal mungkin. Untuk melaksanakan komunikasi terapeutik yang efektif perawat harus mempunyai keterampilan yang cukup dan memahami tentang dirinya.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choice

J. Kegiatan Belajar 7-8

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

- a. Menerapkan proses keperawatan jiwa, prinsip-prinsip legal etis dan lintas budaya dalam asuhan keperawatan jiwa
- b. Menjelaskan dan simulasi asuhan keperawatan dengan masalah gangguan jiwa pada anak, remaja dan usila dengan berdasarkan aspek caring dan peka budaya

2. Uraian Materi

Masalah Gangguan Jiwa

Dosen: Ifa Nofalia, M.Kep.

1. DEFINISI

Gangguan jiwa adalah gangguan yang mengenai satu atau lebih fungsi jiwa. Gangguan jiwa adalah gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, dan persepsi (penangkapan panca indera). Gangguan jiwa ini menimbulkan stress dan penderitaan bagi penderita (dan keluarganya) (Stuart & Sundeen, 1998).

Gangguan jiwa dapat mengenai setiap orang, tanpa mengenal umur, ras, agama, maupun status sosial-ekonomi. Gangguan jiwa bukan disebabkan oleh kelemahan pribadi. Di masyarakat banyak beredar kepercayaan atau mitos yang salah mengenai gangguan jiwa, ada yang percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh gangguan roh jahat, ada yang menuduh bahwa itu akibat guna-guna, karena kutukan atau hukuman atas dosanya. Kepercayaan yang salah ini hanya akan merugikan penderita dan keluarganya karena pengidap gangguan jiwa tidak mendapat pengobatan secara cepat dan tepat (Notosoedirjo, 2005).

Gangguan jiwa menurut Depkes RI (2000) adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial. Penyebab gangguan jiwa itu bermacam-macam ada yang bersumber dari berhubungan dengan orang lain yang tidak memuaskan seperti diperlakukan tidak adil, diperlakukan semena-mena, cinta tidak terbalas, kehilangan seseorang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, dan lain-lain. Selain itu ada juga gangguan jiwa yang disebabkan faktor organik, kelainan saraf dan gangguan pada otak (Djamaludin, 2001). Jiwa atau mental yang sehat tidak hanya berarti bebas dari gangguan. Seseorang bisa dikatakan jiwanya sehat jika ia bisa dan mampu untuk menikmati hidup, punya keseimbangan antara aktivitas kehidupannya, mampu

menangani masalah secara sehat, serta berperilaku normal dan wajar, sesuai dengan tempat atau budaya dimana dia berada. Orang yang jiwanya sehat juga mampu mengekspresikan emosinya secara baik dan mampu beradaptasi dengan lingkungannya, sesuai dengan kebutuhan.

2. PSIKOPATOLOGI

➤ Skizofrenia Sebagai Bentuk Gangguan Jiwa

Skizofrenia merupakan bahasan yang menarik perhatian pada konferensi tahunan “The American Psychiatric Association/APA” di Miami, Florida, Amerika Serikat, Mei 1995 lalu. Sebab di AS angka pasien skizofrenia cukup tinggi (lifetime prevalence rates) mencapai 1/100 penduduk. Sebagai perbandingan, di Indonesia bila pada PJPT I angkanya adalah 1/1000 penduduk maka proyeksinya pada PJPT II, 3/1000 penduduk, bahkan bisa lebih besar lagi.

Berdasarkan data di AS:

- 1) Setiap tahun terdapat 300.000 pasien skizofrenia mengalami episode akut;
- 2) Prevalensi skizofrenia lebih tinggi dari penyakit Alzheimer, multipel skelosis, pasien diabetes yang memakai insulin, dan penyakit otot (muscular dystrophy);
- 3) 20%-50% pasien skizofrenia melakukan percobaan bunuh diri, dan 10% di antaranya berhasil (mati bunuh diri);
- 4) Angka kematian pasien skizofrenia 8 kali lebih tinggi dari angka kematian penduduk pada umumnya.

➤ Faktor Penyebab Skizofrenia

Hingga sekarang belum ditemukan penyebab (etiologi) yang pasti mengapa seseorang menderita skizofrenia, padahal orang lain tidak. Ternyata dari penelitian-penelitian yang telah dilakukan tidak ditemukan faktor tunggal. Penyebab skizofrenia menurut penelitian mutakhir antara lain :

- 1) Faktor genetik;
- 2) Virus;
- 3) Auto antibody;
- 4) Malnutrisi.

Sejauh manakah peran genetik pada skizofrenia? Dari penelitian diperoleh gambaran sebagai berikut :

- 1) Studi terhadap keluarga menyebutkan pada orang tua 5,6%, saudara kandung 10,1%; anak-anak 12,8%; dan penduduk secara keseluruhan 0,9%.

2) Studi terhadap orang kembar (twin) menyebutkan pada kembar identik 59,20%; sedangkan kembar fraternal 15,2%.

Penelitian lain menyebutkan bahwa gangguan pada perkembangan otak janin juga mempunyai peran bagi timbulnya skizofrenia kelak dikemudian hari. Gangguan ini muncul, misalnya, karena kekurangan gizi, infeksi, trauma, toksin dan kelainan hormonal.

Penelitian mutakhir menyebutkan bahwa meskipun ada gen yang abnormal, skizofrenia tidak akan muncul kecuali disertai faktor-faktor lainnya yang disebut epigenetik faktor.

Kesimpulannya adalah bahwa skizofrenia muncul bila terjadi interaksi antara abnormal gen dengan :

- a) Virus atau infeksi lain selama kehamilan yang dapat mengganggu perkembangan otak janin;
- b) Menurunnya autoimun yang mungkin disebabkan infeksi selama kehamilan;
- c) Komplikasi kandungan; dan
- d) Kekurangan gizi yang cukup berat, terutama pada trimester kehamilan.

Selanjutnya dikemukakan bahwa orang yang sudah mempunyai faktor epigenetik tersebut, bila mengalami stresor psikososial dalam kehidupannya, maka risikonya lebih besar untuk menderita skizofrenia dari pada orang yang tidak ada faktor epigenetik sebelumnya.

➤ **Penyebab Umum Gangguan Jiwa**

Manusia bereaksi secara keseluruhan, secara holistik, atau dapat dikatakan juga, secara somato-psiko-sosial. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, maka ketiga unsur ini harus diperhatikan. Gangguan jiwa artinya bahwa yang menonjol ialah gejala-gejala yang patologik dari unsur psike. Hal ini tidak berarti bahwa unsur yang lain tidak terganggu. Sekali lagi, yang sakit dan menderita ialah manusia seutuhnya dan bukan hanya badannya, jiwanya atau lingkungannya.

Hal-hal yang dapat mempengaruhi perilaku manusia ialah keturunan dan konstitusi, umur dan sex, keadaan badaniah, keadaan psikologik, keluarga, adat-istiadat, kebudayaan dan kepercayaan, pekerjaan, pernikahan dan kehamilan, kehilangan dan kematian orang yang dicintai, agresi, rasa permusuhan, hubungan antar manusia, dan sebagainya. Tabel di bawah ini Taksiran kasar

jumlah penderita beberapa jenis gangguan jiwa yang ada dalam satu tahun di Indonesia dengan penduduk 130 juta orang.

Psikosa fungsional	520.000
Sindroma otak organik akut	65.000
Sindroma otak organik menahun	130.000
Retradasi mental	2.600.000
Nerosa	6.500.000
Psikosomatik	6.500.000
Gangguan kepribadian	1.300.000
Ketergantungan obat	1.000 17.616.000

Biarpun gejala umum atau gejala yang menonjol itu terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin di badan (somatogenik), dilingkungan sosial (sosiogenik) ataupun dipsike (psikogenik). Biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur itu yang saling mempengaruhi atau kebetulan terjadi bersamaan, lalu timbullah gangguan badan ataupun jiwa. Umpamanya seorang dengan depresi, karena kurang makan dan tidur daya tahan badaniah seorang berkurang sehingga mengalami keradangan tenggorokan atau seorang dengan mania mendapat kecelakaan.

Sebaliknya seorang dengan penyakit badaniah umpamanya keradangan yang melemahkan, maka daya tahan psikologiknya pun menurun sehingga ia mungkin mengalami depresi. Sudah lama diketahui juga, bahwa penyakit pada otak sering mengakibatkan gangguan jiwa. Contoh lain ialah seorang anak yang mengalami gangguan otak (karena kelahiran, keradangan dan sebagainya) kemudian menjadi hiperkinetik dan sukar diasuh. Ia mempengaruhi lingkungannya, terutama orang tua dan anggota lain serumah. Mereka ini bereaksi terhadapnya dan mereka saling mempengaruhi.

Sumber penyebab gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor-faktor pada ketiga unsur itu yang terus menerus saling mempengaruhi, yaitu :

1) Faktor-faktor somatik (somatogenik)

1.1. Neuroanatomi

1.2. Neurofisiologi

1.3. neurokimia

1.4. tingkat kematangan dan perkembangan organik

1.5. faktor-faktor pre dan peri – natal

2) Faktor-faktor psikologik (psikogenik) :

2.1. Interaksi ibu –anak : normal (rasa percaya dan rasa aman) atau abnormal berdasarkan kekurangan, distorsi dan keadaan yang terputus (perasaan tak percaya dan kebimbangan) 2.2. Peranan ayah

2.3. Persaingan antara saudara kandung

2.4. inteligensi

2.5. hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permainan dan masyarakat

2.6. kehilangan yang mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu atau rasa salah

2.7. Konsep dini : pengertian identitas diri sendiri lawan peranan yang tidak menentu

2.8. Keterampilan, bakat dan kreativitas

2.9. Pola adaptasi dan pembelaan sebagai reaksi terhadap bahaya

2.10. Tingkat perkembangan emosi

3) Faktor-faktor sosio-budaya (sosiogenik)

3.1. Kestabilan keluarga

3.2. Pola mengasuh anak

3.3. Tingkat ekonomi

3.4. Perumahan : perkotaan lawan pedesaan

3.5. Masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka dan fasilitas kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan yang tidak memadai

3.6. Pengaruh rasial dan keagamaan

3.7. Nilai-nilai

a) Faktor keturunan

Pada mongoloisme atau sindroma Down (suatu macam retardasi mental dengan mata sipit, muka datar, telinga kecil, jari-jari pendek dan lain-lain) terdapat trisoma (yaitu tiga buah, bukan dua) pada pasangan Kromosoma No. 21.

Sindroma Turner (dengan ciri-ciri khas : tubuh pendek, leher melebar, infantilisme sexual) ternyata berhubungan dengan jumlah kromosoma sex yang abnormal. Gangguan yang berhubungan dengan kromosoma sex dikatakan “terikat pada sex” (“sex linked”), artinya bahwa efek genetik itu hanya terdapat pada kromosoma sex. Kaum wanita ternyata lebih kurang peka terhadap

gangguan yang terikat pada sex, karena mereka mempunyai dua kromosoma X : bila satu tidak baik, maka yang lain biasanya akan melakukan pekerjaannya. Akan tetapi seorang pria hanya mempunyai satu kromosoma X dan satu kromosoma Y, dan bila salah satu tidak baik, maka terganggu lah ia. Masih dipermasalahkan, betulkan pria dengan XYY lebih cenderung melakukan perbuatan kriminal yang kejam ?

Tabel Penelitian saudara kembar dan saudara kandung yang salah satunya menderita skizofrenia Hubungan dengan pasien skizofrenia.

Hubungan dengan pasien skizofrenia	% yang menderita skizofrenia
Kembar monozigot (satu telur)	86,2 %
Kembar heterozigot (dua telur)	14,5 %
Saudara kandung	14,2 %
Saudara tiri	7,1 %
Masyarakat umum	0,85%

(Coleman, J.C : Abnormal Psychology and Modern life. Taraporevala Sons & Co., Bombay, 1970. hal. 121)

b) Faktor Konstitusi

Konstitusi pada umumnya menunjukkan kepada keadaan biologik seluruhnya, termasuk baik yang diturunkan maupun yang didapati kemudian; umpamanya bentuk badan (perawakan), sex, temperamen, fungsi endoktrin daurat syaraf jenis darah.

Jelas bahwa hal-hal ini mempengaruhi perilaku individu secara baik ataupun tidak baik, umpamanya bentuk badan yang atletik atau yang kurus, tinggi badan yang terlalu tinggi ataupun terlalu pendek, paras muka yang cantrik ataupun jelek, sex wanita atau pria, fungsi hormonal yang seimbang atau yang berlebihan salah satu hormon, urat syaraf yang cepat reaksinya atau yang lambat sekali, dan seterusnya. Semua ini turut mempengaruhi hidup seseorang.

Tabel : Faktor konstitusi dan perilaku abnormal

Faktor konstitusi	Hubungan dengan perkembangan abnormal
Bentuk badan	Tidak jelas peranannya, tetapi disproporsi badaniah, kelemahan dan penampakan yang jelek umpamanya lebih sering berhubungan dengan gangguan jiwa daripada bentuk badan yang baik dan menarik
Energi dan kegiatan	Rupaya berhubungan dengan apakah individu mengembangkan

	reaksi yang agresif atau lebih menuju ke dalam terhadap stres, jadi lebih berhubungan dengan jenis gangguan jiwa yang timbul bila individu itu terganggu jiwanya
Reaktivitas susunan syaraf vegetatif	Reaktivitas emosional yang tinggi mungkin sekali berhubungan dengan realisasi berlebihan terhadap stres ringan dan pembentukan rasa takut yang tak perlu; reaktivitas emosional yang kurang, dapat mengakibatkan sosialisasi yang tidak sesuai karena reaksi yang terlalu sedikit.
Daya tahan badaniah	Membantu menentukan toleransi stres biologik dan psikologik dan sistem organ apakah yang paling mudah terganggu. Ada individu yang sangat mudah terganggu sistem badaniahnya karena fungsi otaknya
Sensitivitas (kepekaan)	Menentukan sebagian dari jenis stres yang terhadapnya anak itu paling peka dan menentukan besarnya stres yang dapat ditahan tanpa gangguan jiwa; mempengaruhi cara anak menanggapi dunia.
Kecerdasan dan bakat lain	Mempengaruhi kesempatan anak untuk berhasil dalam pertandingan/ persaingan sehingga mempengaruhi juga kepercayaan pada diri sendiri berdasarkan keberhasilan

(Coleman, J.C : Abnormal Psychology and Modern life.
Taraporevala Sons & Co., Bombay, 1970. hal. 126)

c) Cacat Kongenital

Cacat kongenital atau sejak lahir dapat mempengaruhi perkembangan jiwa anak, terlebih yang berat, seperti retardasi mental yang berat. Akan tetapi pada umumnya pengaruh cacat ini pada timbulnya gangguan jiwa terutama tergantung pada individu itu, bagaimana ia menilai dan menyesuaikan diri terhadap keadaan hidupnya yang cacat atau berubah itu.

Orang tua dapat mempersukar penyesuaian ini dengan perlindungan yang berlebihan (proteksi berlebihan). Penolakan atau tuntutan yang sudah di luar kemampuan anak.

Singkatnya : kromosoma dan “genes” yang defektif serta banyak faktor lingkungan sebelum, sewaktu dan sesudah lahir dapat mengakibatkan gangguan badaniah. Cacat badaniah biasanya dapat dilihat dengan jelas, tetapi gangguan sistim biokimiawi lebih halus dan sukar ditentukan. Gangguan badaniah dapat mengganggu fungsi biologik atau psikologik secara langsung atau dapat mempengaruhi daya tahan terhadap stres.

d) Perkembangan Psikologik yang salah

- Ketidak matangan atau fixasi, yaitu individual gagal berkembang lebih lanjut ke fase berikutnya;
- “Tempat-tempat lemah” yang ditinggalkan oleh pengalaman yang traumatik sebagai kepekaan terhadap jenis stres tertentu, atau

- disorsi, yaitu bila individu mengembangkan sikap atau pola reaksi yang tidak sesuai atau gagal mencapai integrasi kepribadian yang normal. Kita akan membicarakan beberapa faktor dalam perkembangan psikologik yang tidak sehat.

e) Deprivasi dini

Deprivasi maternal atau kehilangan asuhan ibu di rumah sendiri, terpisah dengan ibu atau di asrama, dapat menimbulkan perkembangan yang abnormal.

Deprivasi rangsangan umum dari lingkungan, bila sangat berat, ternyata berhubungan dengan retardasi mental. Kekurangan protein dalam makanan, terutama dalam jangka waktu lama sebelum anak berumur 4 tahun, dapat mengakibatkan retardasi mental.

Deprivasi atau frustrasi dini dapat menimbulkan “tempat-tempat yang lemah” pada jiwa, dapat mengakibatkan perkembangan yang salah ataupun perkembangan yang berhenti.

Untuk perkembangan psikologik rupanya ada “masa-masa gawat”. Dalam masa ini rangsangan dan pengalaman belajar yang berhubungan dengannya serta pemuasan berbagai kebutuhan sangat perlu bagi urutan perkembangan intelektual, emosional dan sosial yang normal.

f) Pola keluarga yang patagonik

Dalam masa kanak-kanak keluarga memegang peranan yang penting dalam pembentukan kepribadian. Hubungan orangtua-anak yang salah atau interaksi yang patogenik dalam keluarga sering merupakan sumber gangguan penyesuaian diri.

Kadang-kadang orangtua berbuat terlalu banyak untuk anak dan tidak memberi kesempatan anak itu berkembang sendiri. Ada kalanya orangtua berbuat terlalu sedikit dan tidak merangsang anak itu atau tidak memberi bimbingan dan anjuran yang dibutuhkannya. Kadang-kadang mereka malahan mengajarkan anak itu pola-pola yang tidak sesuai.

Akan tetapi pengaruh cara asuhan anak tergantung pada keadaan sosial secara keseluruhan dimana hal itu dilakukan. Dan juga, anak-anak bereaksi secara berlainan terhadap cara yang sama dan tidak semua akibat adalah tetapi kerusakan dini sering diperbaiki sebagian oleh pengalaman di kemudian hari. Akan tetapi beberapa jenis hubungan orangtua-anak sering terdapat dalam latar belakang anak-anak yang terganggu, umpamanya penolakan, perlindungan

berlebihan, manja berlebihan, tuntutan perfeksionistik, standard moral yang kaku dan tidak realistik, disiplin yang salah, persaingan antar saudara yang tidak sehat, contoh orangtua yang salah, ketidak-sesuaikan perkawinan dan rumah tangganya yang berantakan, tuntutan yang bertentangan.

Tabel Beberapa sikap orangtua yang kurang bijaksana dan pengaruhnya terhadap anak.

SIKAP ORANGTUA	PENGARUH TERHADAP PERKEMBANGAN KEPERIBADIAN ANAK DAN SIFAT ATAU SIKAP YANG MUNGKIN TIMBUL.
1. Melindungi anak secara berlebihan karena memanjanya	Hanya memikirkan dirinya sendiri, hanya tidak menuntut saja, lekas berecil hati, tidak tahan kekecewaan. Ingin menarik perhatian kepada dirinya sendiri. Kurang rasa bertanggung jawab. Cenderung menolak peraturan dan minta dikecualikan.
2. Melindungi anak secara berlebihan karena sikap "berkuasa" dan "harus tunduk saja"	Kurang berani dalam pekerjaan, condong lekas menyerah. Bersikap pasif dan bergantung kepada orang lain. Ingin menjadi "anak emas" dan menerima saja segala perintah.
3. Penolakan (anak tidak disukai)	Merasa gelisah dan diasingkan. Bersikap melawan orang tua dan mencari bantuan kepada orang lain. Tidak mampu memberi dan menerima kasih-sayang.
4. Menentukan norma-norma etika dan moral yang terlalu tinggi	Menilai dirinya dan hal lain juga dengan norma yang terlalu keras dan tinggi. Sering kaku dan keras dalam pergaulan. Cenderung menjadi sempurna ("perfectionnism") dengan cara yang berlebihan. Lekas merasa bersalah, berdosa dan tidak berarti.
5. Disiplin yang terlalu keras	Menilai dan menuntut dari pada dirinya juga secara terlalu keras. Agar dapat meneruskan dan menyelesaikan sesuatu usaha dengan baik, diperlukannya sikap menghargai yang tinggi dari luar.
6. Disiplin yang tak teratur atau yang bertentangan	Sikap anak terhadap nilai dan normapun tak teratur. Kurang tetap dalam menghadapi berbagai persoalan didorong kesana kemari antara berbagai nilai yang bertentangan.

Perlu diingat bahwa hubungan orangtua-anak selalu merupakan suatu interaksi (saling mempengaruhi), bukanlah hanya pengaruh satu arah dari orangtua ke anak.

g) Masa remaja

Masa remaja dikenal sebagai masa gawat dalam perkembangan kepribadian, sebagai masa "badai dan stres". Dalam masa ini individu dihadapai dengan pertumbuhan yang cepat, perubahan-perubahan badaniah dan pematangan seksual. Pada waktu yang sama status sosialnya juga mengalami perubahan, bila dahulu ia sangat tergantung kepada orangtuanya atau orang lain, sekarang ia harus belajar berdiri sendiri dan bertanggung jawab yang membawa dengan sendirinya masalah pernikahan, pekerjaan dan status sosial umum. Kebebasan yang lebih besar membawa tanggung jawab yang lebih besar pula.

Perubahan-perubahan ini mengakibatkan bahwa ia harus mengubah konsep tentang diri sendiri. Tidak jarang terjadi “krisis identitas” (Erikson, 1950). Ia harus memantapkan dirinya sebagai seorang individu yang berkepribadian lepas dari keluarganya, ia harus menyelesaikan masalah pendidikan, pernikahan dan kehidupan dalam masyarakat. Bila ia tidak dibekali dengan pegangan hidup yang kuat, maka ia akan mengalami “difusi identitas”, yaitu ia bingung tentang “apakah sebenarnya ia ini” dan “buat apakah sebenarnya hidup ini”. Sindroma ini disebut juga “anomi”, remaja itu merasa terombang ambing, terapung-apung dalam hidup ini tanpa tujuan tertentu. Banyak remaja sebenarnya tidak membertontak, akan tetapi hanya sekedar sedang mencari arti dirinya sendiri serta pegangan hidup yang berarti bagi mereka. Hal “badai dan stres” bagi kaum remaja ini sebagian besar berakar pada struktur sosial suatu masyarakat. Ada masyarakat yang membantu para remaja ini dengan adat-istiadatnya sehingga masa remaja dilalui tanpa gangguan emosional yang berarti. Kebanyakan kebutuhan kita hanya dapat diperoleh melalui hubungan dengan orang-orang lain. Jadi cara kita berhubungan dengan orang lain sangat mempengaruhi kepuasan hidup kita. Kegagalan untuk mengadakan hubungan antar manusia yang baik mungkin berasal dari dan mengakibatkan juga kurang partisipasi dalam kelompok dan kekurangan identifikasi dengan kelompok dan konformitas (persesuaian) yang berlebihan dengan norma-norma kelompok (seperti dalam “gang” atau perkumpulan-perkumpulan rahasia para remaja).

Secara garis besar dapat dikatakan bahwa kemampuan utama dalam hidup dan dalam menyesuaikan diri memerlukan “penerapan” tentang beberapa masalah utama dalam hidup, seperti pernikahan, ke-orangtua-an, pekerjaan dan hari tua. Di samping kemampuan umum ini dalam bidang badaniah, emosional, sosial dan intelektual, kita memerlukan persiapan bagi masalah. Masalah khas yang mungkin sekali akan dihadapi dalam berbagai masa hidup kita.

h) Faktor sosiologik dalam perkembangan yang salah

Alfin Toffler mengemukakan bahwa yang paling berbahaya di zaman modern, di negara-negara dengan “super-industrialisasi”, ialah kecepatan perubahan dan pergantian yang makin cepat dalam hal “ke-sementara-an” (“transience”), “ke-baru-an” (“novelty”) dan “ke-aneka-ragaman” (“diversity”). Dengan demikian individu menerima rangsangan yang berlebihan sehingga

kemungkinan terjadinya kekacauan mental lebih besar. Karena hal ini lebih besar kemungkinannya dalam masa depan, maka dinamakannya “shok masa depan” (“future shock”).

Telah diketahui bahwa seseorang yang mendadak berada di tengah-tengah kebudayaan asing dapat mengalami gangguan jiwa karena pengaruh kebudayaan ini yang serba baru dan asing baginya. Hal ini dinamakan “shock kebudayaan” (“culture shock”).

Seperti seorang individu, suatu masyarakat secara keseluruhan dapat juga berkembang ke arah yang tidak baik. Hal ini dapat dipengaruhi oleh lingkungan fisik (umpamanya daerah yang dahulu subur berubah menjadi tandus) ataupun oleh keadaan sosial masyarakat itu sendiri (umpamanya negara dengan pimpinan diktatorial, diskriminasi rasial,religijs yang hebat, ketidak-adilan sosial, dan sebagainya). Hal-hal ini merendahkan daya tahan frustasi seluruh masyarakat (kelompok) dan menciptakan suasana sosial yang tidak baik sehingga para anggotanya secara perorangan dapat menjurus ke gangguan mental. Faktor-faktor sosiokultural membentuk, baik macam sikap individu dan jenis reaksi yang dikembangkannya, maupun jenis stres yang dihadapinya.

i) Genetika :

Menurut Cloninger, 1989 gangguan jiwa; terutama gangguan persepsi sensori dan gangguan psikotik lainnya erat sekali penyebabnya dengan faktor genetik termasuk di dalamnya saudara kembar, atau anak hasil adopsi. Individu yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecenderungan lebih tinggi dibanding dengan orang yang tidak memiliki faktor herediter.

Individu yang memiliki hubungan sebagai ayah, ibu, saudara atau anak dari klien yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecenderungan 10 %, sedangkan keponakan atau cucu kejadiannya 2-4 %. Individu yang memiliki hubungan sebagai kembar identik dengan klien yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecenderungan 46-48 %, sedangkan kembar dizygot memiliki kecenderungan 14-17 %. Faktor genetik tersebut sangat ditunjang dengan pola asuh yang diwariskan sesuai dengan pengalaman yang dimiliki oleh anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa.

j) Neurobiological

Menurut Konsep Neurobiological gangguan jiwa sangat berkaitan dengan keadaan struktur otak sebagai berikut :

Abnormalities in the structure of the brain or in its activity in specific locations can cause or contribute to psychiatric disorders. For example, a communication problem in one small part of the brain can cause widespread dysfunction. It is also known that the following network of nuclei that control cognitive, behavioral, and emotional functioning are particularly implicated in psychiatric disorders :

- *The cerebral cortex, which is critical in decision making and higher-order thinking, such as abstract reasoning.*
- *The limbic system, which is involved in regulating emotional behavior, memory, and learning.*
- *The basal ganglia, some of which coordinate movement*
- *The hypothalamus, which regulates hormones throughout the body and behaviors such as eating, drinking, and sex.*
- *The locus ceruleus, which manufactures neurons, which regulate sleep and are involved with behavior and mood.*
- *The substantia nigra, dopamine-producing cells involved in the control of complex movement, thinking, and emotional responses.*

Klien yang mengalami gangguan jiwa memiliki ciri-ciri biologis yang khas terutama pada susunan dan struktur syaraf pusat, biasanya klien mengalami pembesaran ventrikel ke III sebelah kirinya. Ciri lainnya terutama adalah pada klien yang mengalami Schizofrenia memiliki lobus frontalis yang lebih kecil dari rata-rata orang yang normal (Andreasen, 1991).

Menurut Candel, Pada klien yang mengalami gangguan jiwa dengan gejala takut serta paranoid (curiga) memiliki lesi pada daerah Amigdala sedangkan pada klien Schizofrenia yang memiliki lesi pada area Wernick's dan area Brocha biasanya disertai dengan Aphasia serta disorganisasi dalam proses berbicara (Word salad).

Adanya Hiperaktivitas Dopamin pada klien dengan gangguan jiwa seringkali menimbulkan gejala-gejala Schizofrenia. Menurut hasil penelitian, neurotransmitter tertentu seperti Norepinephrine pada klien gangguan jiwa memegang peranan dalam proses learning, Memory reinforcement, Siklus tidur

dan bangun, kecemasan, pengaturan aliran darah dan metabolisme. Neurotransmitter lain berfungsi sebagai penghambat aktivasi dopamin pada proses pergerakan yaitu GABA (Gamma Amino Butiric Acid).

Menurut Singgih gangguan mental dan emosi juga bisa disebabkan oleh perkembangan jaringan otak yang tidak cocok (Aplasia). Kadang-kadang seseorang dilahirkan dengan perkembangan cortex cerebry yang kurang sekali, atau disebut sebagai otak yang rudimenter (Rudimentary Brain). Contoh gangguan tersebut terlihat pada Microcephaly yang ditandai oleh kecilnya tempurung otak.

Adanya trauma pada waktu kelahiran, tumor, Infeksi otak seperti Encephalitis Letargica, gangguan kelenjar endokrin seperti thyroid, keracunan CO (carbon Monoxide)serta perubahanperubahan karena degenerasi yang mempengaruhi sistem persyarafan pusat.

k) Biokimiawi tubuh

Biochemistry. Several brain chemicals have been implicated in schizophrenia, but research to date points most strongly the following :

- *AN excess of the neurotransmitter dopamine.*
- *An imbalance between dopamine and other neurotransmitters, particularly serotonin.*
- *Problems in the dopamine receptor systems several research strategies support the role of dopamine in schizophrenia. For instance, drugs that increase levels of dopamine in the brain can produce psychosis. Drugs that reduce dopamine function have antipsychotic effects as well. This is seen in the antipsychotic drugs that reduce the number of postsynaptic receptors that interact with dopamine.*

Birth Events. Many attempts have been made to study the influences of maternal nutrition, infection, placental insufficiency, anoxia, hemorrhage, and trauma before at birth as possible causes of schizophrenia.

l) Neurobehavioral

Kerusakan pada bagian-bagian otak tertentu ternyata memegang peranan pada timbulnya gejalagejala gangguan jiwa, misalnya:

- Kerusakan pada lobus frontalis: menyebabkan kesulitan dalam proses pemecahan masalah dan perilaku yang mengarah pada tujuan, berfikir abstrak, perhatian dengan manifestasi gangguan psikomotorik.
- Kerusakan pada Basal Ganglia dapat menyebabkan distonia dan tremor
- Gangguan pada lobus temporal limbic akan meningkatkan kewaspadaan, distractibility, gangguan memori (Short time).

m) Stress :

Stress psikososial dan stress perkembangan yang terjadi secara terus menerus dengan coping yang tidak efektif akan mendukung timbulnya gejala psikotik dengan manifestasi; kemiskinan, kebodohan, pengangguran, isolasi sosial, dan perasaan kehilangan.

Menurut Singgih (1989:184), beberapa penyebab gangguan mental dapat ditimbulkan sebagai berikut :

- Prasangka orang tua yang menetap, penolakan atau shock yang dialami pada masa anak.
- Ketidaksanggupan memuaskan keinginan dasar dalam pengertian kelakuan yang dapat diterima umum.
- Kelelahan yang luar biasa, kecemasan, anxietas, kejemuhan
- Masa-masa perubahan fisiologis yang hebat : Pubertas dan menopause
- Tekanan-tekanan yang timbul karena keadaan ekonomi, politik dan sosial yang terganggu
- Keadaan iklim yang mempengaruhi Exhaustion dan Toxema
- Penyakit kronis misalnya; shifilis, AIDS
- Trauma kepala dan vertebra
- Kontaminasi zat toksik
- Shock emosional yang hebat : ketakutan, kematian tiba-tiba orang yang dicintai.

n) Penyalahgunaan obat-obatan :

Coping yang maladaptif yang digunakan individu untuk menghadapi stressor melalui obat-obatan yang memiliki sipat adiksi (efek ketergantungan) seperti Cocaine, amphetamine menyebabkan gangguan persepsi, gangguan proses berfikir, gangguan motorik dsb.

o) Psikodinamik :

Menurut Sigmund Freud adanya gangguan tugas perkembangan pada masa anak terutama dalam hal berhubungan dengan orang lain sering menyebabkan frustrasi, konflik, dan perasaan takut, respon orang tua yang maladaptif pada anak akan meningkatkan stress, sedangkan frustrasi dan rasa tidak percaya yang berlangsung terus-menerus dapat menyebabkan regresi dan withdrawal.

Disamping hal tersebut di atas banyak faktor yang mendukung timbulnya gangguan jiwa yang merupakan perpaduan dari beberapa aspek yang saling mendukung yang meliputi Biologis, psikologis, sosial, lingkungan (environmental). Tidak seperti pada penyakit jasmaniah, sebabsebab gangguan jiwa adalah kompleks. Pada seseorang dapat terjadi penyebab satu atau beberapa faktor dan biasanya jarang berdiri sendiri. Mengetahui sebab-sebab gangguan jiwa penting untuk mencegah dan mengobatinya.

Umumnya sebab-sebab gangguan jiwa dibedakan atas :

- Sebab-sebab jasmaniah/biologik
- Sebab-sebab kejiwaan/ psikologik
- Sebab-sebab yang berdasarkan kebudayaan.

Untuk mengetahui mana penyebab yang asli dan mana yang bukan perlu diketahui dua istilah : sebab yang memberikan predisposisi adalah faktor yang menyebabkan seseorang menjadi rentan/ peka terhadap suatu gangguan jiwa (genetik, fisik atau latar belakang keluarga/ sosial. Sebab yang menimbulkan langsung atau pencetus adalah faktor traumatis langsung menyebabkan gangguan jiwa (kehilangan harta pekerjaan/ kematian, cendera berat, perceraian dan lain-lain.

p) Sebab Biologik

- *Keturunan*

Peran yang pasti sebagai penyebab belum jelas, mungkin terbatas dalam mengakibatkan kepekaan untuk mengalami gangguan jiwa tapi hal tersebut sangat ditunjang dengan faktor lingkungan kejiwaan yang tidak sehat.

- *Jasmaniah*

beberapa penyelidik berpendapat bentuk tubuh seorang berhubungan dengan gangguan jiwa tertentu, Misalnya yang bertubuh gemuk / endoform

cenderung menderita psikosa manik defresif, sedang yang kurus/ ectoform cenderung menjadi skizofrenia.

- *Teperamen*

Orang yang terlalu peka/ sensitif biasanya mempunyai masalah kejiwaan dan ketegangan yang memiliki kecenderungan mengalami gangguan jiwa.

- *Penyakit dan cedera tubuh*

Penyakit-penyakit tertentu misalnya penyakit jantung, kanker dan sebagainya, mungkin menyebabkan merasa murung dan sedih. Demikian pula cedera/cacat tubuh tertentu dapat menyebabkan rasa rendah diri.

- *Irama sirkadian tubuh*

Circadian Rhythms : The recognition that human activities and behaviors such as sleeping, eating, body temperature, menses, and mood are cyclical and tend to be correlated with certain external environmental stimuli is not new. Recently, biological research has hypothesized that these body rhythms are governed by internal circadian pacemakers located in specific areas of the brain and that they are subject to change by specific external cues.

q) Sebab Psikologik

Berbagai pengalaman frustrasi, kegagalan dan keberhasilan yang dialami akan mewarnai sikap, kebiasaan dan sifatnya dikemudian hari. Hidup seorang manusia dapat dibagi atas 7 masa dan pada keadaan tertentu dapat mendukung terjadinya gangguan jiwa.

3. TANDA GEJALA

- a) Alam perasaan (affect) tumpul dan mendatar. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b) Menarik diri atau mengasingkan diri (withdrawn). Tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (day dreaming).
- c) Delusi atau Waham yaitu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal) meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya. Sering berpikir/melamun yang tidak biasa (delusi).
- d) Halusinasi yaitu pengalaman panca indra tanpa ada rangsangan misalnya penderita mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara/bisikan itu.

- e) Merasa depresi, sedih atau stress tingkat tinggi secara terus-menerus.
- f) Kesulitan untuk melakukan pekerjaan atau tugas sehari-hari walaupun pekerjaan tersebut telah dijalani selama bertahun-tahun.
- g) Paranoid (cemas/takut) pada hal-hal biasa yang bagi orang normal tidak perlu ditakuti atau dicemaskan.
- h) Suka menggunakan obat hanya demi kesenangan.
- i) Memiliki pemikiran untuk mengakhiri hidup atau bunuh diri.
- j) Terjadi perubahan diri yang cukup berarti.
- k) Memiliki emosi atau perasaan yang mudah berubah-ubah.
- l) Terjadi perubahan pola makan yang tidak seperti biasanya.
- m) Pola tidur terjadi perubahan tidak seperti biasa.
- n) Kekacauan alam pikir yaitu yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya, misalnya bicaranya kacau sehingga tidak dapat diikuti jalan pikirannya.
- o) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- p) Kontak emosional amat miskin, sukar diajak bicara, pendiam.
- q) Sulit dalam berpikir abstrak.
- r) Tidak ada atau kehilangan kehendak (avolition), tidak ada inisiatif, tidak ada upaya/usaha, tidak ada spontanitas, monoton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas dan selalu terlihat sedih.

4. MACAM-MACAM

Gangguan jiwa artinya bahwa yang menonjol ialah gejala-gejala yang psikologik dari unsur psikis (Maramis, 1994). Macam-macam gangguan jiwa (Rusdi Maslim, 1998) antara lain Gangguan jiwa organik dan simtomatik, skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham, gangguan suasana perasaan, gangguan neurotik, gangguan somatoform, sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik, Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa, retardasi mental, gangguan perkembangan psikologis, gangguan perilaku dan emosional dengan onset masa kanak dan remaja. Berikut penjelasannya :

a) Skizofrenia

Merupakan bentuk psikosa fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Skizofrenia juga merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai dimana-mana sejak dahulu kala. Meskipun demikian pengetahuan kita tentang sebab-musabab dan patogenesisnya sangat

kurang (Maramis, 1994). Dalam kasus berat, klien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal. Perjalanan penyakit ini secara bertahap akan menuju ke arah kronisitas, tetapi sekali-kali bisa timbul serangan. Jarang bisa terjadi pemulihan sempurna dengan spontan dan jika tidak diobati biasanya berakhir dengan personalitas yang rusak ” cacat ” (Ingram et al., 1995).

b) Depresi

Merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri (Kaplan, 1998). Depresi juga dapat diartikan sebagai salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan yang ditandai dengan kemurungan, kekecewaan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya (Hawari, 1997). Depresi adalah suatu perasaan sedih dan yang berhubungan dengan penderitaan. Dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang mendalam (Nugroho, 2000). Depresi adalah gangguan patologis terhadap mood mempunyai karakteristik berupa bermacam-macam perasaan, sikap dan kepercayaan bahwa seseorang hidup menyendiri, pesimis, putus asa, ketidakberdayaan, harga diri rendah, bersalah, harapan yang negatif dan takut pada bahaya yang akan datang. Depresi menyerupai kesedihan yang merupakan perasaan normal yang muncul sebagai akibat dari situasi tertentu misalnya kematian orang yang dicintai. Sebagai ganti rasa ketidaktahuan akan kehilangan seseorang akan menolak kehilangan dan menunjukkan kesedihan dengan tanda depresi (Rawlins et al., 1993). Individu yang menderita suasana perasaan (mood) yang depresi biasanya akan kehilangan minat dan kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktifitas (Depkes, 1993). Depresi dianggap normal terhadap banyak stress kehidupan dan abnormal hanya jika ia tidak sebanding dengan peristiwa penyebabnya dan terus berlangsung sampai titik dimana sebagian besar orang mulai pulih (Atkinson, 2000).

c) Kecemasan

Sebagai pengalaman psikis yang biasa dan wajar, yang pernah dialami oleh setiap orang dalam rangka memacu individu untuk mengatasi masalah

yang dihadapi sebaik-baiknya, Maslim (1991). Suatu keadaan seseorang merasa khawatir dan takut sebagai bentuk reaksi dari ancaman yang tidak spesifik (Rawlins 1993). Penyebab maupun sumbernya biasa tidak diketahui atau tidak dikenali. Intensitas kecemasan dibedakan dari kecemasan tingkat ringan sampai tingkat berat. Menurut Sundeen (1995) mengidentifikasi rentang respon kecemasan ke dalam empat tingkatan yang meliputi, kecemasan ringan, sedang, berat dan kecemasan panik.

d) Gangguan Kepribadian

Klinik menunjukkan bahwa gejala-gejala gangguan kepribadian (psikopatia) dan gejala-gejala nerosa berbentuk hampir sama pada orang-orang dengan intelegensi tinggi ataupun rendah. Jadi boleh dikatakan bahwa gangguan kepribadian, nerosa dan gangguan intelegensi sebgaiian besar tidak tergantung pada satu dan lain atau tidak berkorelasi. Klasifikasi gangguan kepribadian : kepribadian paranoid, kepribadian afektif atau siklotemik, kepribadian skizoid, kepribadian ayplosif, kepribadian anankastik atau obsesif-kompulsif, kepribadian histerik, kepribadian astenik, kepribadian anti sosial, Kepribadian pasif agresif, kepribadian inadequate (Maslim,1998).

e) Gangguan Mental Organik

Merupakan gangguan jiwa yang psikotik atau non-psikotik yang disebabkan oleh gangguan fungsi jaringan otak (Maramis, 1994). Gangguan fungsi jaringan otak ini dapat disebabkan oleh penyakit badaniah yang terutama mengenai otak atau yang terutama di luar otak. Bila bagian otak yang terganggu itu luas, maka gangguan dasar mengenai fungsi mental sama saja, tidak tergantung pada penyakit yang menyebabkannya bila hanya bagian otak dengan fungsi tertentu saja yang terganggu, maka lokasi inilah yang menentukan gejala dan sindroma, bukan penyakit yang menyebabkannya. Pembagian menjadi psikotik dan tidak psikotik lebih menunjukkan kepada berat gangguan otak pada suatu penyakit tertentu dari pada pembagian akut dan menahun.

f) Gangguan Psikosomatik

Merupakan komponen psikologik yang diikuti gangguan fungsi badaniah (Maramis, 1994). Sering terjadi perkembangan neurotik yang memperlihatkan sebagian besar atau semata-mata karena gangguan fungsi alat-alat tubuh yang dikuasai oleh susunan saraf vegetatif. Gangguan psikosomatik dapat disamakan dengan apa yang dinamakan dahulu nerosa organ. Karena biasanya hanya

fungsi faaliah yang terganggu, maka sering disebut juga gangguan psikofisiologik.

g) Retardasi Mental

Retardasi mental merupakan keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya rendahnya daya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial (Maslim,1998).

h) Gangguan Perilaku Masa Anak dan Remaja

Anak dengan gangguan perilaku menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan permintaan, kebiasaan atau norma-norma masyarakat (Maramis, 1994). Anak dengan gangguan perilaku dapat menimbulkan kesukaran dalam asuhan dan pendidikan. Gangguan perilaku mungkin berasal dari anak atau mungkin dari lingkungannya, akan tetapi akhirnya kedua faktor ini saling mempengaruhi. Diketahui bahwa ciri dan bentuk anggota tubuh serta sifat kepribadian yang umum dapat diturunkan dari orang tua kepada anaknya. Pada gangguan otak seperti trauma kepala, ensepalitis, neoplasma dapat mengakibatkan perubahan kepribadian. Faktor lingkungan juga dapat mempengaruhi perilaku anak, dan sering lebih menentukan oleh karena lingkungan itu dapat diubah, maka dengan demikian gangguan perilaku itu dapat dipengaruhi atau dicegah.

5. KLASIFIKASI

Klasifikasi yang paling populer digunakan orang adalah klasifikasi gangguan yang dikemukakan oleh American Psychiatric association (APA) pada tahun 1952 yang akhirnya pada tahun 1992 telah berhasil melahirkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV (DSM-IV), setelah mengalami tiga kali revisi sejak tahun 1979. Di Indonesia, pemerintah telah berhasil melahirkan klasifikasi gangguan kejiwaan yang memuat gangguan kejiwaan yang disebut PPDGJ atau Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa, yang saat ini telah secara resmi digunakan adalah PPDGJ.

Dalam DSM IV terdapat lima aksis gangguan. Dari lima aksis gangguan tersebut, terdapat dua aksis yang penting bagi kalangan psikologi sebagai berikut:

Aksis I: Gangguan Klinis

Gangguan klinis merupakan pola perilaku abnormal (gangguan mental) yang menyebabkan hendaya fungsi dan perasaan tertekan pada individu. Kondisi lain yang mungkin menjadi fokus perhatian: masalah lain yang menjadi fokus diagnosis atau pandangan tapi bukan gangguan mental, seperti problem akademik, pekerjaan atau sosial, faktor psikologi yang mempengaruhi kondisi medis. Berikut ini merupakan ringkasan dari PPDGJ III yang dikutip dari Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa yang diedit Dr.Rusdi Maslim:

a. F00-F09: Gangguan Mental Organik, termasuk Gangguan Mental Simtomatik

Gangguan Mental Organik adalah gangguan mental yang berkaitan dengan penyakit/gangguan sistemik atau otak. Gangguan mental simtomatik adalah pengaruh terhadap otak merupakan akibat sekunder penyakit/gangguan sistemik di luar otak.

Gambaran utama:

- Gangguan fungsi kongnitif
- Gangguan sensorium – kesadaran, perhatian
- Sindrom dengan manifestasi yang menonjol dalam bidang persepsi (halusinasi), isi pikir (waham), mood dan emosi.

b. F10-F19: Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Alkohol dan Zat Psikoaktiflainnya.

c. F20-F29: Skizofrenia, Gangguan Skizotipal dan Gangguan Waham

Skizofrenia ditandai dengan penyimpangan fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh efek yang tidak wajar atau tumpul. Kesadaran jernih dan kemampuan intelektual tetap, walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang kemudian.

d. F30-F39: Gangguan Suasana Perasaan (Mood)

Kelainan fundamental perubahan suasana perasaan (mood) atau afek, biasanya kearah depresi (dengan atau tanpa anxietas), atau kearah elasi (suasana perasaan yang meningkat). Perubahan afek biasanya disertai perubahan keseluruhan tingkat aktivitas dan kebanyakan gejala lain adalah sekunder terhadap perubahan itu.

e. F40-F49: Gangguan Neurotik, Gangguan Somatoform dan Gangguan Terkait Stres

- f. F50-F59: Sindrom Perilaku yang Berhubungan dengan Gangguan Fisiologis dan Faktor Fisik.

Aksis II: Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian mencakup pola perilaku maladaptif yang sangat kaku dan biasanya merusak hubungan antar pribadi dan adaptasi sosial. Gangguan kepribadian, seperti gangguan kepribadian paranoid, gangguan kepribadian skizoid, gangguan kepribadian skizotipal, gangguan kepribadian antisosial, dll.

- a. F60 Gangguan Kepribadian dan Perilaku Masa dewasa

Kondisi klinis bermakna dan pola perilaku cenderung menetap, dan merupakan ekspresi pola hidup yang khas dari seseorang dan cara berhubungan dengan diri sendiri maupun orang lain. Beberapa kondisi dan pola perilaku tersebut berkembang sejak dini dari masa pertumbuhan dan perkembangan dirinya sebagai hasil interaksi faktor-faktor konstitusi dan pengalaman hidup, sedangkan lainnya didapat pada masa kehidupan selanjutnya.

- b. F70 Retardasi Mental

Keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya ketrampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh. Dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lain sehingga perilaku adaptif selalu ada.

- c. F80 Gangguan Perkembangan Psikologis

Gambaran umum:

- Onset bervariasi selama masa bayi atau kanak-kanak
- Adanya hendaya atau keterlambatan perkembangan fungsi-fungsi yang berhubungan erat dengan kematangan biologis susunan saraf pusat
- Berlangsung terus-menerus tanpa remisi dan kekambuhan yang khas bagi banyak gangguan jiwa

Pada sebagian besar kasus, fungsi yang dipengaruhi termasuk bahasa, keterampilan visuo-spasial, koordinasi motorik. Yang khas adalah hendayanya berkurang secara progresif dengan bertambahnya usia.

- d. F9 Gangguan Perilaku dan Emosional dengan Onset Biasanya Pada Masa Kanak dan Remaja

Aksis III: Kondisi Medik Umum

Kondisi medis umum dan kondisi medis yang mungkin penting bagi pemahaman atau penyembuhan atau penanganan gangguan mental individu. Meliputi kondisi klinis yang diduga menjadi penyebab atau bukan penyebab gangguan yang dialami individu.

Aksis IV: Masalah Psikososial dan Lingkungan

Masalah dengan keluarga, lingkungan sosial, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, akses pelayanan kesehatan, hukum, psikososial. Masalah psikososial dan lingkungan. Mencakup peristiwa hidup yang negatif maupun positif, dan kondisi lingkungan dan sosial yang tidak menguntungkan, dll.

Aksis V: Penilaian Fungsi secara Global (Global Assessment of Functioning = GAF Scale)

Assessment fungsi secara global mencakup assessment menyeluruh tentang fungsi psikologis sosial dan pekerjaan klien. Digunakan juga untuk mengindikasikan taraf keberfungsian tertinggi yang mungkin dicapai selama beberapa bulan pada tahun sebelumnya.

100-91 : gejala tidak ada, berfungsi maksimal, tidak ada masalah yang tidak tertanggulangi

90-81 : gejala minimal, fungsi baik, cukup puas, tidak lebih dari masalah harian biasa

80-71 : gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial

70-61 : beberapa gejala ringan dan menetap, disabilitas ringan dalam fungsi, secara umum baik

60-51 : gejala dan disabilitas sedang

50-41 : gejala dan disabilitas berat

40-31 : beberapa disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi

30-21 : disabilitas berat dalam komunikasi dan daya nilai, tidak mampu berfungsi dalam hampir semua bidang

20-11 : bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri

10-01 : persisten dan lebih serius

0 : informasi tidak adekuat

6. TERAPI GANGGUAN JIWA

a. Psikofarmakologi

Penanganan penderita gangguan jiwa dengan cara ini adalah dengan memberikan terapi obat-obatan yang akan ditujukan pada gangguan fungsi neuro-transmitter sehingga gejala-gejala klinis tadi dapat dihilangkan. Terapi obat diberikan dalam jangka waktu relatif lama, berbulan bahkan bertahun.

b. Psikoterapi

Terapi kejiwaan yang harus diberikan apabila penderita telah diberikan terapi psikofarmaka dan telah mencapai tahapan di mana kemampuan menilai realitas sudah kembali pulih dan pemahaman diri sudah baik. Psikoterapi ini bermacam-macam bentuknya antara lain psikoterapi suportif dimaksudkan untuk memberikan dorongan, semangat dan motivasi agar penderita tidak merasa putus asa dan semangat juangnya.

Psikoterapi Re-eduktif dimaksudkan untuk memberikan pendidikan ulang yang maksudnya memperbaiki kesalahan pendidikan di waktu lalu, psikoterapi rekonstruktif dimaksudkan untuk memperbaiki kembali kepribadian yang telah mengalami keretakan menjadi kepribadian utuh seperti semula sebelum sakit, psikologi kognitif, dimaksudkan untuk memulihkan kembali fungsi kognitif (daya pikir dan daya ingat) rasional sehingga penderita mampu membedakan nilai-nilai moral etika. Psikoterapi perilaku dimaksudkan untuk memulihkan gangguan perilaku yang terganggu menjadi perilaku yang mampu menyesuaikan diri, psikoterapi keluarga dimaksudkan untuk memulihkan penderita dan keluarganya (Maramis, 1990)

c. Terapi Psikososial

Dengan terapi ini dimaksudkan penderita agar mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosialnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban keluarga. Penderita selama menjalani terapi psikososial ini hendaknya masih tetap mengkonsumsi obat psikofarmaka (Hawari, 2007).

d. Terapi Psikoreligius

Terapi keagamaan ini berupa kegiatan ritual keagamaan seperti sembahyang, berdoa, mamenjatkan puji-pujian kepada Tuhan, ceramah keagamaan, kajian kitab suci. Menurut Ramachandran dalam Yosep (2007), telah mengatakan serangkaian penelitian terhadap pasien pasca epilepsi sebagian besar mengungkapkan pengalaman spiritualnya sehingga semua yang

dirasa menjadi sirna dan menemukan kebenaran tertinggi yang tidak dialami pikiran biasa merasa berdekatan dengan cahaya illahi.

e. Rehabilitasi

Program rehabilitasi penting dilakukan sebagai persiapan penempatan kembali kekeluarga dan masyarakat. Program ini biasanya dilakukan di lembaga (institusi) rehabilitasi misalnya di suatu rumah sakit jiwa. Dalam program rehabilitasi dilakukan berbagai kegiatan antara lain; dengan terapi kelompok yang bertujuan membebaskan penderita dari stress dan dapat membantu agar dapat mengerti jelas sebab dari kesukaran dan membantu terbentuknya mekanisme pembelaan yang lebih baik dan dapat diterima oleh keluarga dan masyarakat, menjalankan ibadah keagamaan bersama, kegiatan kesenian, terapi fisik berupa olah raga, keterampilan, berbagai macam kursus, bercocok tanam, rekreasi (Maramis, 1990). Pada umumnya program rehabilitasi ini berlangsung antara 3-6 bulan. Secara berkala dilakukan evaluasi paling sedikit dua kali yaitu evaluasi sebelum penderita mengikuti program rehabilitasi dan evaluasi pada saat si penderita akan dikembalikan ke keluarga dan ke masyarakat (Hawari, 2007). Selain itu peran keluarga juga penting, keluarga adalah orang-orang yang sangat dekat dengan pasien dan dianggap paling banyak tahu kondisi pasien serta dianggap paling banyak memberi pengaruh pada pasien. Sehingga keluarga sangat penting artinya dalam perawatan dan penyembuhan pasien. (Yosep, 2007).

1. Rangkuman

Jiwa atau mental yang sehat tidak hanya berarti bebas dari gangguan. Seseorang bisa dikatakan jiwanya sehat jika ia bisa dan mampu untuk menikmati hidup, punya keseimbangan antara aktivitas kehidupannya, mampu menangani masalah secara sehat, serta berperilaku normal dan wajar, sesuai dengan tempat atau budaya dimana dia berada. Orang yang jiwanya sehat juga mampu mengekspresikan emosinya secara baik dan mampu beradaptasi dengan lingkungannya, sesuai dengan kebutuhan.

2. Penugasan dan Umpan Balik

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- ✓ Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- ✓ Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- ✓ Hasil analisis di presentasikan di depan kelas

K. Kegiatan Belajar 9

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan aspek penyalahgunaan NAPZA dan AIDS dengan berdasarkan aspek caring dan peka budaya

2. Uraian Materi

Konsep Napza dan AIDS

Dosen: Ifa Nofalia, M.Kep.

AIDS

Pengertian

AIDS singkatan dari Acquired Immune Deficiency Syndrome merupakan kumpulan dari gejala dan infeksi atau biasa disebut sindrom yang diakibatkan oleh kerusakan sistem kekebalan tubuh manusia karena virus HIV, sementara HIV singkatan dari Human Immunodeficiency Virus merupakan virus yang dapat melemahkan kekebalan tubuh pada manusia. Jika seseorang terkena virus semacam ini akan mudah terserang infeksi oportunistik atau mudah terkena tumor. Untuk sampai saat ini, penyakit HIV AIDS belum bisa disembuhkan dan ditemukan obatnya, kalau pun ada itu hanya menghentikan atau memperlambat perkembangan virusnya saja.

Virus HIV dan virus-virus sejenisnya seperti SIV, FIV dan lain-lain biasanya tertular melalui kontak langsung antara aliran darah dengan cairan tubuh yang didalamnya terkandung HIV, yakni darah, air mani, cairan vagina, cairan preseminal, dan air susu ibu. Penularan virus ini sering terjadi pada saat seseorang berhubungan intim, jarum suntik yang terkontaminasi, transfusi darah, ibu yang sedang menyusui, dan berbagai macam bentuk kontak lainnya dengan cairan-cairan tubuh tersebut.

AIDS merupakan bentuk terparah atas akibat infeksi HIV. HIV adalah retrovirus yang biasanya menyerang organ-organ vital sistem kekebalan manusia, seperti sel T CD4⁺ (sejenis sel T), makrofaga, dan sel dendritik. HIV merusak sel T CD4⁺ secara langsung dan tidak langsung, padahal sel T CD4⁺ dibutuhkan agar sistem kekebalan tubuh dapat berfungsi baik. Bila HIV telah membunuh sel T CD4⁺ hingga jumlahnya menyusut hingga kurang dari 200 per mikroliter darah, maka kekebalan di tingkat sel akan hilang, dan akibatnya ialah kondisi yang disebut AIDS. Infeksi akut HIV akan berlanjut menjadi infeksi laten klinis, kemudian timbul gejala infeksi HIV awal, dan akhirnya AIDS; yang diidentifikasi dengan memeriksa jumlah sel T CD4⁺ di dalam darah serta adanya infeksi tertentu.

Tanpa terapi antiretrovirus, rata-rata lamanya perkembangan infeksi HIV menjadi AIDS ialah sembilan sampai sepuluh tahun, dan rata-rata waktu hidup setelah mengalami AIDS hanya sekitar 9,2 bulan. Namun demikian, laju perkembangan penyakit ini pada setiap orang sangat bervariasi, yaitu dari dua minggu sampai 20 tahun. Banyak faktor yang mempengaruhinya, diantaranya ialah kekuatan tubuh untuk bertahan melawan HIV (seperti fungsi kekebalan tubuh) dari orang yang terinfeksi. Orang tua umumnya memiliki kekebalan yang lebih lemah daripada orang yang lebih muda, sehingga lebih berisiko mengalami perkembangan penyakit yang pesat. Akses yang kurang terhadap perawatan kesehatan dan adanya infeksi lainnya seperti tuberkulosis, juga dapat mempercepat perkembangan penyakit ini. Warisan genetik orang yang terinfeksi juga memainkan peran penting. Sejumlah orang kebal secara alami terhadap beberapa varian HIV. HIV memiliki beberapa variasi genetik dan berbagai bentuk yang berbeda, yang akan menyebabkan laju perkembangan penyakit klinis yang berbeda-beda pula. Terapi antiretrovirus yang sangat aktif akan dapat memperpanjang rata-rata waktu berkembangannya AIDS, serta rata-rata waktu kemampuan penderita bertahan hidup.

Apa saja tanda awal infeksi HIV?

Walaupun peningkatan kesadaran tentang HIV, AIDS dan risiko seks yang tidak aman, banyak orang tidak tahu apa-apa tentang tanda-tanda awal HIV. Meskipun kemungkinan tertular virus masih relatif rendah, penting untuk menyadari tanda/gejala awal, terutama jika Anda baru saja melakukan hubungan seks tanpa kondom.

Namun, sebagian masalahnya adalah bahwa sekitar sepertiga dari orang yang terkena virus tidak akan menampilkan gejala awal sama sekali. Bahkan, banyak hidup dengan HIV selama bertahun-tahun tanpa menyadari bahwa mereka terinfeksi. Tentu saja, semakin awal infeksi didiagnosa dengan tes HIV, maka semakin besar peluang pengobatannya.

Apa yg HIV lakukan pada tubuh?

HIV adalah virus yang dalam bentuk canggih, dapat menyebabkan kondisi terminal AIDS (Acquired Immuno Deficiency Virus). Hal ini menyerang sel dalam

tubuh yang melawan infeksi - meninggalkan Anda lebih rentan terhadap penyakit. Seseorang yang terinfeksi dengan HIV tidak selalu berkembang menjadi AIDS. Pada tahap akhir HIV, gejala yang terjadi dapat memiliki efek melemahkan pada penderita.

Namun, dalam tahap awal, HIV dikenal sebagai utama infeksi HIV. Gejala biasanya muncul beberapa minggu setelah terkena dan hanya dapat berlangsung untuk waktu yang singkat.

Gejala-gejala awal yg perlu diwaspadai :

Tahap awal HIV mempunyai banyak gejala yang sama seperti kondisi umum (seperti flu atau demam kelenjar). Kuncinya untuk menentukan apakah Anda mengalami salah satu gejala berikut setelah hubungan seks tanpa kondom baru-baru ini:

- Kering tenggorokan
- Sakit kepala dan demam tinggi
- Merasa lelah dan kurang energi
- Nyeri pada sendi, otot dan punggung bawah
- Merasa mual dan memiliki nafsu makan rendah
- Kelenjar bengkak (terutama di leher dan ketiak)
- Ruam pada dada dan kadang-kadang lengan
- Diare

Sebagaimana disebutkan di atas, meskipun sekitar 60% dari orang yang terinfeksi HIV akan menunjukkan gejala diatas,tapi banyak orang lain tidak menunjukkannya.

Mendapatkan didiagnosis:

Jika Anda menduga bahwa Anda mungkin terjangkit HIV, jangan panik. Kemungkinan infeksi rendah - hampir nol jika Anda telah menggunakan kondom selama seks.

Namun, jika Anda khawatir, atau jika Anda menunjukkan gejala beberapa minggu setelah hubungan seks tanpa kondom, maka penting untuk tes HIV (tidak sama dengan tes AIDS). Jika gejala menghilang setelah

beberapa hari ini tidak berarti bahwa Anda bebas. Sering kali orang akan mengalami tanda-tanda awal dan kemudian tidak menunjukkan gejala luar lain sampai beberapa tahun kemudian. Pada saat infeksi mungkin telah berkembang dalam tubuh Anda dan menjadi sulit untuk diobati.

Klinik seperti Freedom Health di London menawarkan pengujian HIV yang dapat mendeteksi virus sedini mungkin 10 hari setelah terinfeksi. Anda juga dapat menemukan pengobatan seperti Profilaksis Pasca Paparan. Ini adalah program satu bulan pengobatan anti-HIV ditujukan bagi mereka yang percaya bahwa mereka mungkin baru saja terkena virus tersebut.

Tanda-tanda awal terinfeksi yang ditunjukkan berbeda pada pria dan umumnya terjadi dalam dua sampai enam minggu setelah infeksi HIV, dan dikenal sebagai Immunodeficiency Syndrome yang merusak sistem kekebalan tubuh seseorang. Gejala awal HIV dapat disimpulkan dengan tanda-tanda berikut:

Gejala 1: Demam

Demam adalah salah satu gejala awal yang paling umum HIV. Hal ini terjadi baik pada pria atau wanita. Gejala ini umumnya muncul segera setelah terkena infeksi, terjadi selama dua sampai empat minggu, dan secara bertahap menghilang seperti flu biasa. Biasanya berupa demam ringan dan meningkatkan panas tubuh sekitar 100-101 derajat F.

Gejala 2: Sakit kepala

Sebagian besar orang yang terinfeksi HIV akan mendapatkan demam ditambah dengan sakit kepala ringan sampai sedang. Sakit kepala ini tampak normal seperti sakit kepala biasa dalam kehidupan sehari-hari.

Gejala 3: Kelenjar bengkak

Pada seorang pria yang tertular dapat ditemukan sejumlah pembengkakan atau peradangan pada satu kelenjar getah bening atau lebih. Kelenjar di leher, ketiak atau selangkangan sedikit demi sedikit menjadi bengkak dan mengangkat. Secara umum, pembengkakan atau peradangan ini

tidak akan menimbulkan rasa sakit atau ketidaknyamanan pada kelenjar. Selain itu, gejala ini dapat diartikan keliru untuk penyakit lain.

Gejala 4: Kelelahan

Orang-orang yang terinfeksi juga dapat ditemukan dengan perubahan dramatis pada tingkat energi atau staminanya. Mereka mudah letih atau lelah daripada orang lain tanpa bisa dijelaskan sebabnya. Namun, latihan fisik pun bisa menyebabkan mereka berbeda dan dapat dipahami bahwa perasaan juga dapat menyebabkan sedikit lebih lelah di tempat kerja.

Gejala 5: Ruam

Pada gejala awal HIV, dimungkinkan terjadi ruam yang muncul sebagai bercak kulit yang secara bertahap berubah warna. Ruam mungkin akan muncul dan hanya memudar dalam waktu seminggu sampai sebulan setelah pertama kali timbul. Jika terdapat tanda-tanda tersebut, saran terbaik adalah melakukan pengujian pada diri sendiri. Ide pemeriksaan infeksi HIV mungkin menakutkan. Tapi pengujian HIV itu sendiri tidak menyebabkan Anda HIV-positif atau HIV-negatif. Hal ini sangat penting tidak hanya untuk kesehatan Anda sendiri tetapi juga untuk mencegah penularan virus ke orang lain.

Cara Penularan Virus HIV/AIDS, HIV adalah singkatan dari Human Immunodeficiency Virus, sebuah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS singkatan dari Acquired Immuno Deficiency Syndrome. AIDS muncul setelah virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh kita selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih. Sistem kekebalan tubuh menjadi lemah, dan satu atau lebih penyakit dapat timbul. Karena lemahnya sistem kekebalan tubuh tadi, beberapa penyakit bisa menjadi lebih parah daripada biasanya.

HIV terdapat dalam sebagian cairan tubuh, yaitu:

1. Darah
2. Air mani
3. Cairan vagina
4. Air susu ibu (ASI)

HIV menular melalui:

1. Bersenggama yang membiarkan darah, air mani, atau cairan vagina dari orang HIV-positif masuk ke aliran darah orang yang belum terinfeksi (yaitu senggama yang dilakukan tanpa kondom melalui vagina atau dubur; juga melalui mulut, walau dengan kemungkinan kecil).
2. Memakai jarum suntik yang bekas pakai orang lain, dan yang mengandung darah yang terinfeksi HIV.
3. Menerima transfusi darah yang terinfeksi HIV.
4. Dari ibu HIV-positif ke bayi dalam kandungan, waktu melahirkan, dan jika menyusui sendiri.

Biasakan mempunyai sikat gigi dan pisau cukur sendiri, karena selain untuk kebersihan pribadi, jika terdapat darah akan ada risiko penularan dengan virus lain yang diangkut aliran darah (seperti hepatitis), bukan hanya HIV.

HIV tidak menular melalui:

1. Bersalaman, berpelukan
2. Berciuman
3. Batuk, bersin
4. Memakai peralatan rumah tangga seperti alat makan, telepon, kamar mandi, WC, kamar tidur, dll.
5. Gigitan nyamuk
6. Bekerja, bersekolah, berkendara bersama
7. Memakai fasilitas umum misalnya kolam renang, WC umum, sauna, dll.

HIV tidak dapat menular melalui udara. Virus ini juga cepat mati jika berada di luar tubuh. Virus ini dapat dibunuh jika cairan tubuh yang mengandungnya dibersihkan dengan cairan pemutih (bleach) seperti Bayclin atau Chlorox, atau dengan sabun dan air. HIV tidak dapat diserap oleh kulit yang tidak luka.

Cara Pengobatan & Pencegahan HIV Aids Dengan Efektif | Tips Kesehatan | Cara Menghindari Penyakit HIV Aids Ganas

Cara Pengobatan & Pencegahan HIV Aids Dengan Efektif | Tips Kesehatan | Cara Menghindari Penyakit HIV Aids Ganas - Cara Untuk Menghindari HIV AIDS merupakan hal yang paling bijak & efektif dilakukan oleh kita, sebab mengobatinya akan lebih lama dan sulit, di Indonesia kasus HIV AIDS merupakan momok yang menakutkan karena penyakit ini bersifat menular. mencegah penyakit ini misalnya tidak melakukan tukar pasangan secara bebas atau menggunakan jarum suntuk secara bergantian, Sementara itu, angka penderita HIV AIDS di Indonesia terus meningkat. Hingga September 2006 tercatat jumlah total pengidap HIV positif mencapai 4.617 orang dan AIDS 6.987 orang. Namun, kasus tersebut merupakan fenomena gunung es, lebih banyak yang tidak terpantau dari pada yang dilaporkan. Departemen Kesehatan tahun 2006 memperkirakan jumlah orang Indonesia yang tertular HIV AIDS berkisar 169 ribu–216 ribu orang. Dari jumlah penjaja seks (180 rbu-265 ribu orang), 8.200-9.640 orang telah terinfeksi HIV. Padahal pelanggan penjaja seks di negeri Muslim terbesar ini mencapai 2,5 juta orang hingga 3,8 juta orang. Dari jumlah 96 ribu napi, sekitar 4.300-6.000 napi telah terinfeksi HIV. Tahun 2010, diperkirakan angka pengidap viruf HIV mencapai 500 ribu orang. Memang, angka penderita penyakit mematikan ini akan terus meningkat. Bila terinfeksi oleh HIV akan kehilangan Limfosit T penolong melalui 3 tahapan :

1. Seseorang yang sehat memiliki limfosit CD 4 sebanyak 800-1300 sel/mL darah. Pada beberapa bulan pertama setelah terinfeksi HIV, jumlahnya menurun sebanyak 40 - 50%. Selama bulan-bulan ini penderita bisa menularkan HIV kepada orang lain karena banyak partikel virus yang terdapat di dalam darah.
2. Setelah sekitar 6 bulan, jumlah partikel virus di dalam darah mencapai kadar yang stabil, yang berlainan pada setiap penderita. Perusakan sel CD 4+ dan penularan penyakit kepada orang lain terus berlanjut. Kadar partikel virus yang tinggi dan kadar limfosit CD 4+ yang rendah membantu dokter dalam menentukan orang - orang yang sanagt beresiko tinggi menderita AIDS.
3. 1 - 2 tahun sebelum terjadinya AIDS, jumlah limfosit CD 4+ biasanya menurun drastis. Jika kadarnya mencapai 200 sel/mL darah.

Gejala infeksi HIV dalam waktu beberapa bulan atau tahun sebelum terjadinya infeksi atau tumor yang khas untuk AIDS. Gejalanya berupa : pembengkakan kelenjar getah bening, penurunan berat badan, demam yang hilang - timbul, perasaan tidak enak badan, lelah, diare

berulang, anemia, thrush (infeksi jamur di mulut). Secara definisi, AIDS dimulai dengan rendahnya jumlah limfosit CD 4+ (kurang dari 200 sel/mL darah) atau terjadinya infeksi oportunistik (infeksi oleh organisme yang pada orang dengan sistem kekebalan yang baik tidak menimbulkan penyakit). Juga bisa terjadi kanker, seperti sarkoma Kaposi dan limfoma non-Hodgkin, gejala - gejala dari AIDS berasal dari infeksi HIVnya sendiri serta Infeksi Oportunistik dan Kanker,...

Banyak obat yang bisa digunakan untuk menangani infeksi HIV : **Nucleoside reverse transcriptase inhibitor** (AZT (zidovudin), ddI (didanosin), ddC (zalcitabin), d4T (stavudin), 3TC (lamivudin), Abakavir), **Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor** (Nevirapin, Delavirdin, Efavirenz), **Protease inhibitor** (Saquinavir, Ritonavir, Indinavir, Nelfinavir), Obat tersebut ntuk mencegah reproduksi virus sehingga memperlambat progresivitas penyakit. HIV akan segera membentuk resistensi terhadap obat tersebut bila digunakan secara tunggal. Pengobatan paling efektif adalah kombinasi antara 2 obat / lebih, Kombinasi obat bisa memperlambat timbulnya AIDS pada penderita HIV positif dan memperpanjang harapan hidup,...

...: Tips Cara pencegahan HIV Aids ...:

Program pencegahan penyebaran HIV dipusatkan terutama pada pendidikan masyarakat mengenai cara penularan HIV, dengan tujuan merubah kebiasaan orang - orang yang beresiko tinggi untuk tertular. Pencegahannya adalah :

1. Untuk orang sehat, Abstinens, Seks aman (terlindung).
2. Untuk penderita HIV positif, Abstinens, Seks aman, Tidak mendonorkan darah atau organ, Mencegah kehamilan, Memberitahu mitra seksualnya sebelum dan sesudah diketahui terinfeksi.
3. Untuk penyalahguna obat - obatan, Menghentikan penggunaan suntikan bekas atau bersama - sama, Mengikuti program rehabilitasi.
4. Untuk profesional kesehatan, Menggunakan sarung tangan lateks pada setiap kontak dengan cairan tubuh, Menggunakan jarum sekali pakai.

NARKOBA

Narkoba (singkatan dari **Narkotika**, **Psikotropika** dan **Bahan Adiktif**)

berbahaya lainnya) adalah bahan/zat yang jika dimasukkan dalam tubuh manusia, baik secara oral/diminum, dihirup, maupun disuntikan, dapat mengubah pikiran, suasana hati atau perasaan, dan perilaku seseorang. Narkoba dapat menimbulkan ketergantungan (adiksi) fisik dan psikologis.

Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan (Undang-Undang No. 22 tahun 1997). Yang termasuk jenis Narkotika adalah :

- Tanaman papaver, opium mentah, opium masak (candu, jicing, jicingko), opium obat, morfina, kokaina, ekgonina, tanaman ganja, dan damar ganja.
- Garam-garam dan turunan-turunan dari morfina dan kokaina, serta campuran-campuran dan sediaan-sediaan yang mengandung bahan tersebut di atas.
- Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan pada aktivitas mental dan perilaku (Undang-Undang No. 5/1997). Zat yang termasuk psikotropika antara lain:
 - Sedatin (Pil BK), Rohypnol, Magadon, Valium, Mandarax, Amfetamine, Fensiklidin, Metakualon, Metifenidat, Fenobarbital, Flunitrazepam, Ekstasi, Shabu-shabu, LSD (Lycergic Alis Diethylamide), dsb.
 - Bahan Adiktif berbahaya lainnya adalah bahan-bahan alamiah, semi sintetis maupun sintetis yang dapat dipakai sebagai pengganti morfina atau kokaina yang dapat mengganggu sistim syaraf pusat, seperti:
 - Alkohol yang mengandung ethyl etanol, inhalen/sniffing (bahan pelarut) berupa zat organik (karbon) yang menghasilkan efek yang sama dengan yang dihasilkan oleh minuman yang beralkohol atau obat anaestetik jika aromanya dihisap. Contoh: lem/perekat, acetone, ether, dsb.

Jenis Narkoba menurut efeknya

Dari efeknya, narkoba bisa dibedakan menjadi tiga:

1. **Depresan**, yaitu menekan sistem sistem syaraf pusat dan mengurangi aktifitas fungsional tubuh sehingga pemakai merasa tenang, bahkan bisa membuat pemakai tidur dan tak sadarkan diri. Bila kelebihan dosis bisa mengakibatkan kematian. Jenis narkoba depresan antara lain opioda, dan berbagai turunannya seperti morphin dan heroin. Contoh yang populer sekarang adalah Putaw.

2. **Stimulan**, merangsang fungsi tubuh dan meningkatkan kegairahan serta kesadaran. Jenis stimulan: Kafein, Kokain, Amphetamin. Contoh yang sekarang sering dipakai adalah Shabu-shabu dan Ekstasi.
3. **Halusinogen**, efek utamanya adalah mengubah daya persepsi atau mengakibatkan halusinasi. Halusinogen kebanyakan berasal dari tanaman seperti mescaline dari kaktus dan psilocybin dari jamur-jamuran. Selain itu ada jugayang diramu di laboratorium seperti LSD. Yang paling banyak dipakai adalah marijuana atau ganja.

Jenis-jenis Narkoba dan Bahayanya

Posted on Februari 5, 2011 by Putra

Morphine / opium

Tumbuhan opium (*papaver somniferum*) telah digunakan oleh masyarakat Sumerian di daerah Mesopotamia pada masa sekitar 3400SM, mereka menyebut tanaman ini dengan nama Hul Gil yg artinya Tumbuhan Senang. Mereka juga telah memanfaatkan getah dari opium sebagai peredam rasa sakit pada saat dilakukan pembedahan yaitu dengan cara diolesinya getah opium pada pisau yg akan membedah si pasien. Di dalam kandungan getah opium terdapat berbagai senyawa opioid yaitu morphine (senyawa yg paling aktif), codein, thebaine, serta dua senyawa lain yg berbeda mekanisme kerjanya yaitu papaverin, dan noscapine. Sebelum ditemukannya cara untuk pemisahan (isolasi) senyawa morphine dari getah opium pada tahun 1804 di German, getah opium ini dikonsumsi oleh berbagai kalangan di seluruh dunia untuk keperluan rekreasi dengan cara dicampur dengan tembakau lalu dibakar dan dihisap asapnya. Campuran antara tembakau dan getah opium ini disebut juga dengan kata Madat. Oleh karena harganya yg mahal maka diperdagangkanlah madat di seluruh penjuru dunia oleh bangsa barat. Sehingga pada masa itu dikenal banyak tempat2 yg disebut dengan sarang madat (opium den) yg digunakan masyarakat untuk menghisap madat dan prostitusi.

Pada masa penjajahan Bangsa Belanda di Indonesia, mereka juga telah memperdagangkan madat khususnya kepada masyarakat keturunan Tionghoa oleh karena dahulu sebagian besar pedagang di Indonesia adalah masyarakat keturunan Tionghoa ditambah pula masyarakat pribumi yg sebagian besar beragama Islam secara jelas2 mengharamkan pemakaian madat, sehingga di kota Batavia (Jakarta)

sendiri pada masa itu telah menjamur sarang2 madat yg berlokasi di sekitar daerah yg saat ini disebut Glodok dan Mangga Besar (dahulu bernama Madat Besar).

Setelah berhasil dipisahkannya morphine dari getah opium serta ditemukannya jarum suntik pada tahun 1853 barulah dikenal cara penyuntikan morphine oleh para pemakainya. Kata morphine diambil dari kata Morpheus yaitu nama salah satu dewa bangsa Yunani yg disebut sebagai dewa mimpi. Sebenarnya molekul morphine sendiri merupakan salah satu senyawa alami yg diproduksi oleh tubuh manusia dan hewan mamalia yg disebut dengan endorphine dan berfungsi untuk membantu tubuh mengatasi rasa sakit secara alami (apakah Anda mengetahui kenapa penari debu/kuda lumping bisa tidak merasakan sakit pada saat mereka melakukan atraksinya?)

Pada saat itu barulah disadari oleh ilmuwan bahwa morphine jauh lebih kuat efek kecanduannya dibanding madat dan alkohol. Apalagi ketika telah ditemukannya heroin (diacetylmorphine) dari hasil sintesis morphine itu sendiri, yg memiliki kekuatan bius sekitar 2x lebih kuat dari morphine dan lebih tinggi efek “rush”-nya oleh karena molekul heroin lebih mudah menembus BBB (Blood Brain Barrier) ke dalam jaringan otak ketimbang molekul morphine. Dari fakta ini dimulailah lembaran hitam baru di planet bumi tempat kita tinggal.

Padahal biji dari tumbuhan opium ini adalah salah satu bahan makanan yg sangat bergizi (mengandung asam lemak omega-3 dan omega-6) yg banyak dipakai dalam pembuatan roti dan kue di seluruh dunia sejak jaman purba. Biji opium yg disebut dengan poppy seed ini tidak mengandung senyawa morphine secara signifikan sehingga walaupun sudah dikonsumsi dalam jumlah besar (seperti yg telah dilakukan oleh Adam Savage dan Jamie Hyneman dalam salah satu serial MythBuster – Discovery Channel) bisa menyebabkan positif pada tes morphine selama kurang lebih 18 jam, akan tetapi tidak mempengaruhi efek psikologis dan kecanduan sama sekali.

Poppy seed yg dijual di berbagai toko bahan baku roti dan kue sudah dalam kondisi matang sehingga sudah tidak mungkin disalahgunakan lagi.

Methamphetamine / crystal-meth / shabu

Shabu merupakan senyawa sintetik turunan dari amphetamine dan juga turunan dari ephedrine. Shabu menyebabkan peningkatan secara drastis hormon dopamine,

serotonin, dan noradrenaline dalam otak dan saraf. Senyawa methamphetamine sendiri sebenarnya sudah lama digunakan oleh para dokter untuk mengobati pasien berpenyakit narcolepsy/kelainan tidur dan attention deficit hyperactive disorder.

Tetapi belakangan ini penyalahgunaan shabu telah meningkat secara drastis, salah satu contohnya banyak pemakai cocaine yg beralih ke shabu oleh karena harganya yg lebih murah (karena 100% sintetis dan bisa diproduksi oleh orang2 awam sekalipun di dalam perumahan), efek “on” yg jauh lebih lama (sekitar 9-15 jam dibanding cocaine yg hanya sekitar 15-20 menit) dan jauh lebih mudah didapatnya di pasar gelap ketimbang cocaine. Shabu dipakai dengan cara dibakar diatas kertas timah lalu dihisap asapnya menggunakan bong supaya asapnya disaring air terlebih dahulu, ditumbuk lalu disedot langsung menggunakan hidung, dimakan langsung, atau dilarutkan ke dalam air lalu disuntik.

Efek dari shabu antara lain :

1. hilangnya rasa sakit penyakit dan keinginan untuk tidur
2. energi yg meningkat secara drastic
3. meningkatnya rasa percaya diri serta konsentrasi
4. euphoria/senang
5. hilangnya rasa lapar (walaupun tidak semua orang merasakan demikian)
6. menjadi lebih sensitif terhadap suara, cahaya, dan sentuhan.
7. lebih aktif untuk berkomunikasi
8. perasaan bulu kuduk/belakang leher yg merinding
9. paranoid dan serangan panik

Shabu menyebabkan kecanduan baik secara fisik maupun secara psikologis.

Ciri2 kecanduan shabu setelah efek dari shabu tersebut drop antara lain :

1. rasa menagih yg dalam untuk memakainya kembali
2. depresi berat dan hilangnya rasa percaya diri
3. perasaan khawatir yg sering datang tiba
4. sering mengalami mimpi2 buruk bahkan insomnia walaupun sangat mengantuk
5. gigi yg selalu gemeteran dan bergesekan terus menerus
6. badan yg rasanya sakit-sakitan (sebenarnya ini diakibatkan oleh faktor kekurangan tidur atau peradangan tenggorokan atau hidung jika digunakan dengan cara dihisap asapnya atau disedot langsung menggunakan hidung)

Pemakaian jangka panjang dari shabu mengakibatkan :

1. kerusakan pada fungsi hormon dopamine, serotonin, dan noradrenaline sehingga juga ikut mengacaukan fungsi keseimbangan hormon lainnya di otak (hypothalamus)
2. kerusakan paru2 (terutama bagi yg menghisap asap atau langsung), ginjal, dan liver
3. penurunan daya tahan tubuh terhadap penyakit
4. kerusakan di seluruh sistem saraf otot dan kulit yg menyebabkan gemeteran pada otot terutama di bagian gigi, tangan dan kaki serta munculnya banyak kedutan2 di seluruh tubuh
5. perasaan terdapatnya banyak “kutu-kutu” yg merayap di kulit sehingga sering membuat si pecandu menggaruk kulitnya terus menerus sampai terluka dimana
6. menjadi lebih beresiko terserang stroke dan penyakit jantung
7. meth mouth yaitu kerusakan berat pada gigi yg menyebabkan kehancuran dan pembusukan gigi oleh karena kondisi mulut yg terus menerus kering dan terjadinya gesekan2 secara terus menerus pada gigi

Shabu merupakan jenis narkoba pembunuh no-2 di Indonesia dibawah putaw, tanpa membunuhpun zat ini akan meninggalkan cacat selama puluhan tahun kepada mantan2 pecandu beratnya yg sudah berhenti memakainya

Marijuana / ganja / gele

Ganja adalah tanaman sejenis cannabis sativa yg mengandung senyawa tetrahydrocannabinol terutama pada trikoma, bunga, pucuk muda, dan daun2nya. Pemakaian ganja sebagian besar dengan cara dibakar lalu dihisap asapnya atau dengan cara dicampur dengan rokok, walaupun ada juga yg diseduh seperti teh dan diminum. Masyarakat Aceh, Medan, dan Padang terkenal menggunakan sedikit ganja untuk bumbu tambahan pada masakan khas mereka. Walaupun penyalahgunaan ganja tidak menyebabkan ketagihan secara signifikan akan tetapi ganja merupakan pintu gerbang menuju pemakaian narkoba lain yg jauh lebih berbahaya.

Efek2 yg ditimbulkan dari ganja antara lain:

1. pikiran yg menjadi lamban

2. mudah untuk tertawa terbahak
 3. penglihatan yg fokus dan pendengaran yg terngiang
 4. susah untuk konsentrasi
 5. mata yg berwarna merah
 6. nafsu makan yg berlebihan
- Efek pemakaian jangka panjang dari ganja menyebabkan banyak kehilangannya memori jangka panjang atau kerusakan pada otak di bagian hippocampus dan juga melemahnya daya tangkap otak untuk belajar.

Kesaksian pemusic George Michael tentang ganja:

Walaupun demikian serat yg dihasilkan dari tumbuhan ganja ini yg disebut dengan hemp, merupakan bahan baku yg sangat berguna dan sangat bersahabat dengan lingkungan serta kelak akan menggantikan bahan baku petroleum. Penggunaan hemp sebagai bahan baku meliputi produksi keperluan barang sehari2 seperti kertas, tekstil, bio-plastik, bahan bakar, tali tambang, dan berbagai makanan bergizi tinggi. Proses pembuatan kertas dari bahan baku hemp juga jauh lebih bersahabat dengan lingkungan ketimbang yg dibuat dari tumbuhan2 lain (contoh: kayu pinus) karena tidak diperlukannya pemutih (bleaching) dan bahan2 beracun lainnya seperti halnya pada proses pembuatan kertas yg dihasilkan dari kayu pinus.

LSD (Lysergic Acid Diethylamide) / acid

LSD adalah senyawa semi sintetik yg di proses dari senyawa d-lysergic acir yg dihasilkan oleh sejenis jamur yg tumbuh pada tanaman gandum hitam (rye). LSD merupakan zat yg bersifat halusinogen akan tapi tidak bersifat dissociative. Selain bersifat halusinogen LSD juga mempengaruhi fungsi hormon dopamine dalam otak. Kekuatan halusinasi senyawa LSD kurang lebih 100x lebih kuat dari senyawa psilocybin yaitu zat yg terdapat dalam jamur psilocybin (magic mushroom) dan sekitar 3000x lebih kuat ketimbang senyawa mescaline yg terdapat pada tumbuhan cactus peyote.

Efek dari tripping LSD bisa mencapai 6-8 jam, ditambah dengan 2-6 jam offset (penurunan), efek2nya meliputi:

1. meningkatnya energi dan tidak bisa tidur

2. halusinasi penglihatan seperti tembok yg bernafas, motif gambar yg bergerak dan meninggalkan jejak, perubahan bentuk benda menjadi bentuk yg lain (morphing)
3. halusinasi pendengaran sehingga music terkesan bergema dan memiliki efek chorus tambahan
4. emosi yg labil dan sangat tergantung oleh mood pada saat itu sehingga bisa menyebabkan senang, sedih, marah, takut, jengkel, atau depresi – bad trip.
5. perubahan persepsi tentang waktu
6. banyak berkeringat
7. susah konsentrasi
8. gigi geraham yg rasanya terikat
9. paranoid dan sering tiba2 teringat akan masa2 lalu Walaupun tidak terbukti bisa menyebabkan kecanduan secara fisik, oleh karena sifatnya yg mempengaruhi kerja hormon dopamine di dalam otak yg berfungsi sebagai hormon reward system (yg mendorong munculnya perasaan puas dan nikmat akan sesuatu hal yg didapat/dikonsumsi/dicapai) sehingga LSD dapat menyebabkan kecanduan secara psikologis kecuali jika si pemakai telah mengalami bad trip terlebih dahulu.

Ketamine / special-K / happy-K

Ketamine adalah senyawa sintetik sejenis dengan PCP (Phencyclidine) yg dipakai sebagai obat anesthetic pada veterinary (dokter hewan) juga pada manusia. Sebelum ditemukan ketamine PCP-lah yg digunakan oleh dokter sebagai obat anesthetic. Setelah ketamine ditemukan pada pertengahan tahun 1960-an, ketamine lebih di favoritkan menggantikan PCP oleh karena efek redanya yg jauh lebih cepat ketimbang PCP.

Akan tetapi jika dipakai melebihi dosis yg dianjurkan, ketamine merupakan zat yg bersifat halusinogen dan sangat dissociative, bahkan delirium (tidak bisa sama sekali membedakan mana yg nyata dan mana yg tidak) sehingga bagi mereka yg sudah merasakan efek yg diakibatkan oleh ketamine ini menjulukinya sebagai efek tersedotnya jiwa ke dalam “K-hole”.

Ciri2 lain selain halusinasi dan dissociative/delirium antara lain:

1. euphoria (perasaan senang)
2. perasaan yg damai

3. energi yg bertambah
4. amnesia
5. kehilangan persepsi tentang waktu
6. merasakan jiwa yg terpisah keluar/terangkat dari tubuh
7. kehilangan kontrol gerakan otot sama sekali
8. paranoid dan serangan panic
9. merasakan NDE (Near Death Experience)
10. koma bahkan kematian yg disebabkan oleh gagal jantung atau pernafasan

Pemakaian ketamine meliputi dengan cara dihisap melalui hidung, dimakan, atau disuntik. Walaupun ketamine belum terbukti mengakibatkan kecanduan secara fisik tetapi dapat dipastikan mengakibatkan kecanduan secara psikologis serta toleransi terhadap dosis yg dipakai.

Jika dipakai dalam jangka panjang ketamine dapat mengakibatkan kerusakan pada jaringan otak (olney lesion).

Selain DXM dan PCP, ketamine juga merupakan salah satu bahan pemalsu/pencampur/pengganti yg sering ditambahkan ke dalam pil2 ecstasy.

Oleh karena rasanya yg tawar, tidak merubah warna, dan hanya sedikit berbau metalik jika dicampurkan kedalam makanan atau minuman sehingga ketamine juga merupakan salah satu obat yg sering dipakai para lelaki untuk memperkosa teman kencan wanitanya (date rape drug).

Lihat artikel GHB (GammaHydroxyButyricAcid) sebagai tindakan pencegahannya.

INHALANT

Inhalant antara lain terdiri dari :

1. gas-gas yg dipakai dalam dunia kedokteran seperti Nitrous Oxide (N₂O) dan alkil nitrite
2. beberapa jenis pelarut seperti tiner, cat, tipex, spidol , penghapus cat kuku, berbagai jenis lem
3. gas-gas yg dipakai dalam peralatan sehari2 seperti hairspray, freon, pengharum ruangan N₂O merupakan gas anesthetic yg sering digunakan oleh dokter gigi. Efek dari menghirup gas ini antara lain:
 1. dissociative / sukar membedakan antara yg nyata dan yg tidak seperti dalam mimpi

2. euphoria / rasa senang berlebih
 3. halusinasi ringan
 4. distorsi pada pendengaran
 5. hilangnya rasa sakit
- Penyalahgunaan gas ini biasanya si pemakai akan terlebih dahulu memindahkannya ke dalam balon supaya suhunya tidak terlalu dingin seperti pada saat keluar dari tabung tekanan tinggi lalu akan dihirup pada saat pesta berlangsung.

Resiko kecelakaan bahkan kematian pada pemakaian N₂O yaitu kekurangannya oksigen dalam darah. Pemakaian jangka panjang N₂O akan mengakibatkan kerusakan pada otak (olney lession).

Gas N₂O adalah salah satu gas berbahaya yg menyebabkan efek rumah kaca pada bumi, bahkan jauh lebih kuat yaitu 298x ketimbang gas CO₂ itu sendiri (methane hanya 25x lebih kuat dari CO₂).

Alkil nitrite (popper) terdiri atas amyl nitrite, butyl nitrite, dan isobutyl nitrite yg menghasilkan efek euphoria/senang pada si pemakainya.

Sedangkan penyalahgunaan gas² dan pelarut² yg dipakai dalam peralatan rumah tangga sehari² sangat beresiko merusak otak, saraf, jantung, paru², liver, dan ginjal. Hal ini dikarenakan sebagian besar dari zat-zat kimia ini bersifat racun bahkan akan secara kumulatif menimbun di dalam jaringan lemak si pemakai. Banyak pula dari mereka yg mengalami ketulian permanen bahkan kematian yg disebabkan oleh keracunan kimia.

Hypnotic drugs / Pil BK

Pil bk adalah obat-obatan yg bersifat hipnotik dan sedatif yg di sering digunakan dokter untuk mengobati pasien yg menderita insomnia (susah tidur) atau stress berat karena jika dikonsumsi sesuai dengan dosis yg dianjurkan akan membantu membuat si pasien tidur pulas. Akan tetapi pil bk bisa menyebabkan kecanduan jika pemakaiannya dihentikan secara tiba² yaitu akan menyebabkan si pasien menjadi semakin parah insomnianya, banyak mengalami mimpi buruk, stress, dan otot² yg mudah kram.

Pil bk ini terdiri dari antara lain:

1. barbiturate
2. bromazepam (lexotan)
3. diazepam (valium)
4. flunitrazepam (rohypnol)
5. nitrazepam (mogadon)
6. nitradiazepam (nipam) Jika pil bk dikonsumsi dalam dosis tinggi maka akan mengakibatkan si pemakainya menjadi mabuk teler, dengan ciri2 antara lain:
 1. bicaranya gak jelas
 2. emosi menjadi labil sehingga mudah marah dan tersinggung menjadi berkepribadian ganda (schizophrenia)
 3. berani untuk melakukan hal2 yg tidak mungkin dilakukannya ketika masih sadar
 4. lupa akan kejadian saat mabuk pada saat si pemakai menjadi sadar ***Oleh karena harganya yg relatif murah pil bk ini banyak disalahgunakan oleh kalangan masyarakat menengah kebawah.***

Menurut kesaksian dari para penyalahguna pil bk, ada orang yg memakainya menjadi berani untuk berantem atau bertindak anarkhi, ada yg menjadi berani untuk mengemis, mencuri atau merampok, ada yg menjadi berani untuk mencari teman kencan, bahkan ada pula yg jadi berkeinginan untuk bunuh diri.

Khusus untuk jenis rohipnol, oleh karena pil yg satu ini tidak memiliki rasa dan tidak merubah warna ketika ditambahkan ke dalam minuman atau makanan sehingga pil ini sering disalahgunakan untuk memperkosa secara diam2 teman wanita kencannya (date rape drug). Apalagi ditambah dengan efek lupa yg ditimbulkannya setelah korban menjadi sadar sehingga sering menghambat proses penyelidikan korban oleh pihak polisi.

Lihat artikel GHB (GammaHydroxyButyricAcid) sebagai tindakan pencegahannya.

Heroin (diacetylmorphine)

Heroin merupakan senyawa semi-sintetik yg dihasilkan dari proses esterisasi molekul morphine dengan 2 molekul acetic acid. Oleh karena molekul heroin memiliki dua gugus acetyl sehingga molekul ini lebih mudah masuk ke dalam otak melalui BBB (blood brain barrier) ketimbang molekul morphine itu sendiri maka dari itu

pemakaian heroin melalui proses penyuntikan akan membuat si pemakai akan merasakan ketenangan (peace) dan kesenangan (euphoria) yg lebih tinggi ketimbang morphine serta lebih mudahnya heroin dilarutkan ke dalam air ketimbang morphine. Akan tetapi heroin juga menyebabkan efek toleransi dan kecanduan lebih cepat dari morphine sehingga untuk pemakaian berikutnya dibutuhkan dosis yg lebih tinggi lagi untuk mencapai kenikmatan yg sama dengan sebelumnya. Kecanduan akan heroin meliputi kecanduan fisik dan psikologi. Kecanduan fisik heroin kurang lebih sama dengan kecanduan pada pecandu putaw yaitu rasa meriang di seluruh tubuh, tulang dan sendi² yg terasa ngilu, demam tinggi, muntah², dan perut keram. Hanya saja pada kecanduan fisik heroin ditambah pula dengan perasaan gatal yg sangat di dalam aliran darah dan juga otot kaki yg menjadi tidak terkontrol gerakannya sehingga terus menerus akan menendang secara refleks. Sedangkan kecanduan psikologinya meliputi perasaan sugesti yg sangat kuat untuk kembali memakainya bahkan bisa bertahan hingga puluhan tahun setelah berhenti total memakainya, perasaan depresi berat, insomnia, mudah tersinggung dan marah, tidak bisa berkonsentrasi, dan ingin bunuh diri. Selain disuntik heroin juga bisa dipakai dengan cara dibakar lalu dihisap asapnya juga dengan dicampur ke dalam rokok, akan tetapi efektifitasnya jauh berkurang ketimbang dengan cara disuntik sehingga cara penghisapan ini biasanya hanya digunakan oleh para pemula.

Kemurnian kadar heroin yg beredar di pasaran sangat bervariasi, dimulai dengan yg hanya memiliki kemurnian 5% hingga yg mendekati 90%, bahkan belakangan ini untuk mengeruk keuntungan yg lebih banyak lagi heroin banyak dicampur oleh pengedarnya dengan bahan opioid sintetik lain yg harganya jauh lebih murah serta kekuatan biusnya yg jauh melebihi kekuatan heroin itu sendiri, bahan ini adalah fentanyl dan turunannya (contoh: alpha-methylfentanyl/putaw, sufentanil, atau bahkan 3-methylfentanyl dan carfentanil/obat bius yg digunakan untuk membius hewan besar liar).

Dengan demikian resiko overdosis dari heroin menjadi berkali² lipat lebih besar oleh karena ketidaktahuan si pecandu akan kadar dan komposisi “heroin” yg akan dipakainya. Selain bahaya overdosis, oleh karena pemakaian jarum suntik secara bergantian maka resiko lain yg juga tidak kalah bahayanya adalah tertularnya penyakit² menular mematikan seperti AIDS dan Hepatitis B/C.

Penyuntikan heroin sering digabungkan dengan cocain yg disebut “speedball” dan ini sangat menambah lagi resiko overdosis dan ketagihan pada si pemakainya.

Belakangan ini telah ditemukan bahwa terdapat satu jenis tanaman yg tumbuh di benua afrika yaitu ibogaine yg bisa menyembuhkan kecanduan fisik akan heroin. Akan tetapi kecanduan psikologisnya tetap tidak bisa disembuhkan walaupun si pemakai sudah berhenti berpuluh2 tahun lamanya.

Hashish / hash / getah ganja

Hashish merupakan sari dari tanaman ganja yg diproses dari dikompresnya trikoma2 pilihan dari tanaman ganja sehingga kandungan senyawa THC-nya (tetrahydrocannabinol) lebih tinggi ketimbang daun, pucuk, dan bunga dari tanaman ganja. Pemakaian hashish biasanya dengan cara dimakan langsung, dicampur ke dalam masakan, dibakar dan dihisap asapnya menggunakan bong, atau dioleskan di sekeliling rokok yg akan dihisap. Hashish memiliki efek mirip seperti ganja tetapi lebih kuat ketimbang ganja, yaitu:

1. pikiran jadi lamban / jika diajak berbicara akan lambat respon jawabannya
2. pandangan jadi fokus ke satu titik dengan sekelilingnya jadi buram
3. halusinasi pendengaran terkadang kuping akan menjadi bising atau terngiang
4. sering bengong alias susah untuk konsentrasi
5. gampang tertawa terbahak2 oleh sesuatu hal yg tidak lucu sekalipun
6. sensitif terhadap sentuhan atau seks. Memang THC atau kandungan dari hashish dan ganja tidak menyebabkan kecanduan fisik sama sekali melainkan hanya sedikit kecanduan psikologis saja, akan tetapi pemakaian hashish dan ganja merupakan jenjang menuju ke pemakaian napza lainnya yg jauh lebih berbahaya karena turunny tingkat kesadaran dalam mengambil keputusan pada saat otak sudah dipengaruhi oleh efek2 diatas. Pemakaian jangka panjang dari THC akan menyebabkan kerusakan permanen pada otak di bagian amygdala (bagian yg berbentuk seperti biji almond yg menjadi pusat emosi) dan hippocampus sehingga terganggunya memori baik jangka pendek maupun jangka panjang serta emosi yg menjadi labil.

Kata assassin diambil dari kata hashashin oleh karena di jaman dahulu seseorang pembunuh bayaran di timur tengah akan terlebih mengkonsumsi hashish sebelum dia melakukan tugasnya dalam membunuh.

GHB (Gamma-HydroxyButyricacid) / liquid ecstasy

GHB adalah senyawa yg bersifat anesthetic dan sedatif (cenderung membuat si pemakai mabuk seperti mabuk alcohol).

Dalam kuantitas yg kecil senyawa ini dihasilkan secara alami di dalam sistem saraf setiap manusia dan hewan mamalia serta terkandung juga di dalam berbagai macam buah2an.

GHB juga dihasilkan secara alami dalam jumlah kecil dari proses pembuatan/peragian minuman beralkohol seperti di dalam bir dan wine.

Pemakaian GHB diatas 500mg akan membuat si pemakai merasakan senang, mabuk (seperti mabuk alcohol tetapi mulutnya sama sekali tidak bau alcohol), bisa menikmati musik & goyangan, meningkatnya libido seks dan kemampuan untuk bersosialisasi.

Akan tetapi jika dikonsumsi dalam dosis yg lebih besar (> 3 gram) senyawa ini sangat rentan menimbulkan efek overdosis dan kematian pada si pemakainya.

Ciri-ciri overdosis GHB meliputi:

1. kulit muka terasa mati rasa / kebal
2. muntah
3. pusing 7 keliling
4. gangguan penglihatan
5. sesak nafas
6. amnesia
7. koma bahkan kematian oleh karena terhentinya pernafasan dan gagal jantung

Jika GHB dicampurkan ke dalam minuman atau makanan, senyawa ini tidak akan merubah warna dari minuman/makanan tersebut, baunya juga tidak akan terlalu tercium dengan jelas, dan rasanya-pun hanya agak keasinan. Oleh karena itu zat ini sering disalahgunakan oleh para lelaki untuk memperkosa teman kencan wanitanya (date rape drug). Ditambah pula efek amnesia yg akan ditimbulkan oleh keracunan GHB sehingga korban menjadi susah untuk mengingat dengan jelas proses pemerkosaan itu.

Overdosis GHB akan menjadi semakin cepat jika dikonsumsi bersamaan dengan alcohol atau obat2an penenang seperti berbagai jenis pil BK. Sudah banyak korban wanita yg meninggal dunia hanya karena ingin diperkosa dengan digunakannya GHB yg ditambahkan ke dalam minuman beralkohol sehingga si pelaku tidak hanya harus

menanggung tindak pidana perkosaan bahkan ia juga harus menanggung pidana pembunuhan tingkat 2.

1. Saran2 yg dapat diberikan sebagai tindakan pencegahannya yaitu:
jangan pernah meminum atau memakan sesuatu yg diberikan oleh lelaki yg belum terlalu dikenal apalagi minuman atau makanan yg sudah dibuka
2. selalu ajak teman wanita lain yg bisa dipercaya dan tidak mengkonsumsi alkohol agar dapat membantu mengawasi
3. jangan pernah meninggalkan makanan atau minuman tanpa penjagaan dari teman yg bisa dipercaya, kalau memang terpaksa harus ditinggalkan (misalnya ke toilet) lebih baik jangan dikonsumsi lagi
4. jika sudah berasa ada sesuatu yg tidak beres, secepatnya hubungi orang tua atau rumah sakit terdekat atau pihak yg berwajib.

Fentanyl / putaw (alphamethylfentanyl)

Orang Indonesia banyak menyangka bahwa putaw sama dengan heroin kelas bawah, padahal heroin merupakan narkotik jenis opioid yg diproses dari getah opium yg terlebih dahulu dijadikan morphine, sedangkan putaw adalah 100% narkotik opioid sintetis alias designer drug.

Oleh karena dihasilkan melalui proses sintetik maka harga putaw-pun lebih murah ketimbang heroin dan morphine sehingga harganya terjangkau bagi kalangan menengah orang Indonesia yg memiliki tingkat pendapatan rendah.

Walaupun dengan harga yg lebih murah akan tetapi kekuatan bius dari putaw jauh melebihi morphine, yaitu kurang lebih 100x lipat lebih kuat walaupun efek euphorianya kalah kuat ketimbang morphine dan heroin.

Salah satu ciri khas yg membedakan antara pemakai putaw dan heroin/morphine adalah pada putaw si pemakai akan merasakan gatal-gatal terutama pada kulit bagian muka dan hidung sedangkan pada heroin/morphine tidak.

Cara pemakaian putaw antara lain dimakan, dihisap melalui hidung, dibakar diatas kertas aluminium lalu dihisap asapnya, dicampur dalam rokok, dan disuntik langsung ke pembuluh vena. Umumnya semakin seseorang pemakai putaw kecanduan, ia akan segera beralih ke cara penyuntikan sehingga dengan pemakaian jarum suntik secara bergantian mereka akan sangat rentan tertular HIV dan Hepatitis B/C.

Penyuntikan putaw sangat rentan mengakibatkan overdosis karena putaw yg beredar di pasar gelap tidak bisa dipastikan kadar kemurniannya. Overdosis putaw sering

berakibat pada kematian jika tidak ditangani dengan cepat oleh karena si pemakainya menjadi tidak bisa bernafas.

Putaw tergolong jenis narkotik yg paling cepat menimbulkan efek kecanduan (bahkan lebih cepat dari heroin) baik kecanduan secara fisik (sakaw) maupun secara psikologis (sugesti untuk memakainya lagi). Kecanduan fisik yg ditimbulkan dari putaw juga sangat menderita dan berbahaya (bisa menyebabkan komplikasi dan kematian), sedangkan kecanduan psikologisnya juga sangat kuat dan tahan lama meskipun seseorang telah berhenti memakainya selama puluhan tahun.

Ciri2 dari sakaw antara lain:

1. tulang2 dan sendi2 terasa sangat ngilu dan meriang
2. sakit kepala, demam, dan kadang diare/muntah2
3. mata dan hidung terus berair
4. mudah kedinginan (menggigil) dan banyak berkeringat dingin
5. depresi dan sangat mudah marah
6. insomnia

Oleh karena efek sakaw yg begitu menderita maka seseorang pencandu yg sedang sakaw besar kemungkinan akan berbuat kriminal (salah satu contoh : mencuri) untuk memenuhi kebutuhan putaw-nya.

Pemakaian jangka panjang akan menyebabkan penyumbatan oleh *kristal-kristal berwarna biru di dalam pembuluh darah di sekitar tangan, kaki, leher, dan kepala sehingga menjadi benjolan keras seperti bisul di dalam tubuh, jika penyumbatan ini munculnya di daerah otak maka besar kemungkinan ia akan mati. Selain itu pemakaian jangka panjang dari putaw juga akan mengakibatkan kebutaan, kerusakan pada organ2 tubuh seperti liver, ginjal, organ2 pencernaan, dan paru2.

Ingat! sekali saja mencoba dapat dipastikan anda akan terjerumus ke dalamnya.

* Menurut berbagai kesaksian dari pekerja2 krematorium (pembakaran jenazah) yg mereka temukan setelah mereka menumbuk jenazah yg telah dibakar dan yg meninggal karena putaw, mereka sering mendapati kristal-kristal kecil dan bentuknya agak panjang berwarna biru terang yg tidak hancur terbakar walaupun telah dikremasi. Hal ini memang belum dibuktikan oleh ilmuwan dan dokter.

Ecstasy / Inex

Inex adalah sebutan umum dari pil ecstasy. Pil ini mulai menjadi trend dikonsumsi di discotik2 di Indonesia sejak tahun 1990-an. Pada mulanya pil ini hanya diimport dari

negara Belanda saja dan kandungan senyawanya pun masih asli yaitu MDMA (MethyleneDioxyMethAmphetamine), sekarang pil2 ini sudah banyak yg diproduksi secara ilegal di dalam negeri.

Senyawa MDMA ini mengakibatkan efek2 psikologis sebagai berikut:

1. perasaan senang yg luar biasa
2. hilangnya permusuhan dan rasa ketidak amanan
3. rasa intimasi antara satu sama lainnya sehingga disebut juga love drug
4. rasa empati dan simpati antara satu dengan yg lainnya
5. rasa damai dalam hati dan dihargai oleh orang lain serta meningkatkan percaya diri
6. sensitif terhadap nada, suara, berbagai macam bunyi2an sehingga dapat menikmati music
7. sensitif dan menikmati sentuhan satu sama lainnya
8. distorsi pandangan
9. energetik yg luar biasa
10. kebiasaan untuk menggeng2kan kepala dengan kencang (godek) supaya menghasilkan rasa “on” yg lebih tinggi

Sedangkan efek2 fisiknya:

1. dehidrasi serta berkurangnya proses urinasi
2. meningkatnya suhu tubuh dan banyak berkeringat
3. meningkatnya detak jantung dan tekanan darah
4. gerakan pupil dan iris yg tidak terkendali (tertarik ke atas mata)
5. gerakan rahang yg selalu mengigit dan bergesekan
6. sensitif terhadap temperatur sekelilingnya
7. berkurangnya nafsu makan (tidak semua pemakai merasakan ini)

MDMA menyebabkan kecanduan secara psikologis pada sebagian besar pemakainya dan tidak pada segelintir orang yg lainnya, kemungkinan hal ini disebabkan oleh efek “bad trip” yg mungkin terjadi pada orang2 tertentu sehingga membuat mereka jera untuk mengkonsumsinya kembali di lain waktu. Akan tetapi jika seseorang sudah merasakan “high” maka pada saat efek dari MDMA ini mulai drop ia akan merasakan “emosi yg remuk” dan mulai memikirkannya untuk mengkonsumsinya kembali segera atau dalam jangka waktu tertentu (misalnya week-end berikutnya).Pengkonsumsian MDMA secara rutin dapat dipastikan akan terus meningkatkan toleransinya terhadap dosis yg harus dipakai bahkan pada suatu saat ia

akan mulai merasakan efek “magic” dari pil ini yg mulai menghilangkan seberapapun banyaknya dosis MDMA yg telah dikonsumsi. Efek drop dari MDMA dalam jangka pendek mengakibatkan depresi/emosi yg remuk dimulai dari 1-2 hari setelah pemakaian dan bisa mencapai hingga 4-7 hari sesudahnya, menjadi sering kaget ketika tertidur, terganggunya ingatan jangka pendek (short-term memory), sulit berkonsentrasi, penglihatan yg berbayang, dan jaw clenching (gigi yg rasanya selalu terikat dan ingin bergesekan terus menerus).

Sedangkan efek pemakaian jangka panjang mengakibatkan terganggunya fungsi hormon serotonin dan dopamine di dalam otak, terganggunya pula fungsi keseimbangan temperatur tubuh, menjadi sangat pelupa, tidak mampu belajar dan konsentrasi, sulit untuk mengambil keputusan, emosi menjadi labil (mudah panik), paranoia, dan insomnia.

Setelah tahun 1995 dimulailah beredar pil2 inex di pasaran yg kandungannya sudah bukan lagi MDMA murni atau bahkan sama sekali tidak mengandung MDMA melainkan senyawa lain yaitu MDEA (eve 3,4-methylenedioxy-N-ethylamphetamine), MDA (adam 3,4-methylenedioxyamphetamine), DXM (dextromethorphan/bahan obat batuk), ketamine, PCP (Phencyclidine), GHB (gamma-hydroxy butyric acid), LSD, methamphetamine (shabu), ephedrine (bahan obat batuk), caffeine, methylsalicylate (bahan pengharum ruangan yg sifatnya toxic), paracetamol, aspirin, cocaine, bahkan bahan yg sangat berbahaya yaitu PMA (paramethoxyamphetamine).

Berbeda dari MDMA, MDEA dan MDA bisa menghasilkan efek halusinasi dan tidak mencapai tingkatan euphoria seperti yg dihasilkan MDMA. Sedangkan DXM, ketamine, dan PCP merupakan zat2 yg bersifat halusinasi dissociative dan mengakibatkan si pemakai tidak bisa mengendalikan dirinya ketika ia mengalami halusinasi karena terputusnya fungsi kesadaran otak dengan fungsi otak bagian lainnya sehingga ia susah untuk membedakan mana yg nyata dan mana yg tidak nyata.

PMA merupakan bahan pencampur/pengganti yg sangat berakibat fatal dan cenderung membuat si pemakai overdosis karena efek “on” yg dihasilkannya terlambat ketimbang MDMA sehingga membuatnya akan mengkonsumsinya lagi atau menambah pil lain yg mengandung MDMA. Overdosis PMA yg dikonsumsi bersamaan dengan MDMA mengakibatkan meningkatnya suhu tubuh secara drastis sehingga sering menyebabkan kematian yg dihasilkan dari hyperthermia (temperatur

tubuh yg terlalu panas). Akan tetapi bagi para pencandu berat inek yg sudah tidak bisa lagi merasakan efek “magic” dari MDMA murni akan mulai dengan sengaja mencampur pengkonsumsian antara pil2 yg mengandung MDMA murni dengan pil2 lain yg sudah diketahui mengandung Ketamine / DXM / PCP / LSD, oleh karena bahan2 pemalsu ini yg mampu mengangkat efek “on” dari MDMA murni menjadi lebih tinggi dari normal. Ciri2 “on” dari inek campuran ini antara lain:

1. sudah tidak lagi bisa berhura2 dan berjoget2 riang akan tetapi tetap duduk di bangku
2. sudah tidak lagi menggeleng2kan kepalanya dengan kencang melainkan hanya dengan pelan atau termangut2 saja
3. terkadang hanya terdiam kaku di bangku seperti terbengong2 oleh karena halusinasi yg sangat nyata
4. jauh lebih cepat mengalami overdosis dibanding para pemakai MDMA murni

DXM (Dextromethorphan) / Robo-trip

DXM adalah senyawa sintetik yg terkandung di dalam berbagai jenis obat batuk yg bersifat antitussive yaitu jika dikonsumsi dalam dosis yg tepat maka zat ini mampu meredakan batuk. Akan tetapi penggunaannya banyak disalahgunakan dengan cara mengkonsumsi lebih dari dosis yg dianjurkan.

Serupa dengan senyawa PCP dan Ketamine, jika DXM dikonsumsi melebihi dosis yg dianjurkan senyawa ini juga bersifat halusinogen dissociative, yaitu dibloknya fungsi kesadaran di dalam otak dan saraf sehingga akan membuat si pemakainya berhalusinasi dan merasakan seperti berada di dalam dunia mimpi dan sukar membedakan antara nyata atau tidaknya halusinasi tersebut. Berbeda dengan halusinasi yg diakibatkan oleh LSD (lysergic acid diethylamide) si pemakainya masih mampu mengontrol tingkat kesadarannya, seperti halnya dia masih bisa mengingat akan siapa dirinya bahkan siapa namanya, sedangkan pada DXM, PCP, dan Ketamine tidak.

Efek2 yg disebabkan oleh DXM jika dipakai melebihi dosis yg dianjurkan meliputi:

1. halusinasi dissociative
2. gembira (excited) atau kebalikannya
3. berkeringat banyak
4. nafas jadi pendek

5. berada dalam kondisi antara tidur dan sadar
6. mual dan muntah²
7. pendengaran yg menjadi seperti berombak²
8. tekanan darah yg menjadi tinggi
9. jantung yg berdebar²
10. amnesia
11. tidak bisa mengenal kata² dan objek yg terlihat
12. paranoid dan merasakan seperti akan mati
13. koma bahkan kematian

DXM (juga PCP dan Ketamine) merupakan jenis bahan pengganti/pemalsu/pencampur yg sering ditambahkan ke dalam pil ecstasy yg beredar di pasaran karena bahan ini jauh lebih mudah didapat dan harganya yg lebih murah ketimbang bahan asli dari ecstasy yaitu MDMA (MethyleneDioxyMethAmphetamine).

Pada kenyataannya tahap overdosis yg dihasilkan dari pemakaian DXM jauh lebih cepat dibanding MDMA sendiri. Overdosis DXM dapat mengakibatkan kematian oleh karena terhentinya otak mengirim sinyal ke paru² agar tetap bernafas.

DXM juga menyebabkan ketagihan secara psikologi dan toleransi terhadap dosis pemakaian dari waktu ke waktu.

Cocaine & Crack Cocaine

Cocaine adalah salah satu senyawa yang terdapat dalam daun tumbuhan coca yg tumbuh di dataran benua Amerika. Proses pemurnian senyawa tersebut menghasilkan bubuk cocaine hydrochloride murni yg mudah larut ke dalam air. Pemakaian cocaine hydrochloride menyebabkan terhalangnya penyerapan kembali hormon dopamine, serotonin, dan noradrenaline yg sudah dilepaskan di dalam otak oleh sel² sinapsis sehingga kadar dari hormon² tersebut di dalam otak akan meningkat secara drastis. Peningkatan dari hormon² tersebut menyebabkan perasaan “high”, hilangnya rasa sakit, lapar, dan letih/ngantuk, menambah konsentrasi, rasa percaya diri, dan perasaan euphoria/senang. Oleh karena bubuk cocaine hydrochloride mudah larut ke dalam air maka pemakaian dari bubuk cocaine pada umumnya meliputi:

1. disedot menggunakan hidung
2. dimakan
3. digosokan di sekitar gusi mulut

4. disuntik Pemakaian cocaine dapat dipastikan mengakibatkan toleransi dan kecanduan, karena pada saat efek dari cocaine itu “drop” si pemakaian akan merasakan tidak nyaman dan depresi sehingga memaksa ia berusaha untuk memakainya kembali.

Pemakaian jangka panjang dapat mengakibatkan:

1. tidak menentunya denyut jantung
2. halusinasi
3. paranoid
4. tekanan darah tinggi

Kombinasi antara cocaine, rokok dan alkohol akan menambah rasa euphoria pada si pecandu, tidak heran mereka akan terus menerus menghisap rokok dan minum minuman beralkohol tinggi pada saat mereka menggunakan cocaine sehingga dengan demikian para pecandu cocaine akan sangat beresiko terkena serangan jantung, stroke, gagal ginjal, bahkan kematian.

Sedangkan crack adalah cocaine hydrochloride yg telah diproses menggunakan baking soda sehingga menghasilkan freebase amine/bentuk dasar amina cocaine yg tidak dapat larut dalam air sehingga pemakaiannya hanya cocok dengan cara dihisap seperti rokok.

Efek psikologis dari crack jauh lebih kuat ketimbang cocaine hydrochloride akan tetapi sering membuat jiwa si pemakai merasakan ganjil & aneh sehingga sering membuatnya berubah menjadi brutal. Tingkat kecanduan dari crack jauh melebihi cocaine hydrochloride bahkan crack merupakan salah satu dari jenis narkoba yg paling membuat kecanduan dan toleransi pada pemakainya. Mereka yg memakainya akan selalu berusaha untuk mencapai “high” & euphoria seperti sebelumnya sehingga akan terus menambah dosisnya dari hari ke hari sampai pada akhirnya mengakibatkan kematian yg disebabkan oleh overdosis.

Walaupun demikian sebenarnya kadar senyawa cocaine dari daun tumbuhan coca itu sendiri sangat kecil persentasenya (sekitar 0.2%) sehingga untuk menghasilkan 1gram bubuk cocaine hydrochloride murni dibutuhkan 500gram daun coca.

Daun coca sendiri sudah lama dimanfaatkan oleh suku Indian Andes sebagai tanaman obat yg dapat menyembuhkan penyakit kekurangan oksigen yg diakibatkan oleh tipisnya oksigen di dataran tinggi dan menyembuhkan penyakit pada pencernaan dengan cara diseduh lalu diminum seperti teh atau dikunyah. Mereka juga mengunyah

daun coca sebagai obat alami anesthesia (peredam rasa sakit) ketika mereka terluka oleh panah pada saat berperang.

Pemakaian daun coca dengan cara diseduh maupun dikunyah tidak dapat menimbulkan perasaan “high” pada si pemakai dan juga tidak pernah terbukti mengakibatkan kecanduan. Bahkan pada tahun 1980 telah ditemukan oleh ilmuwan bahwa daun coca bisa dipakai sebagai obat untuk menyembuhkan kecanduan dari para pecandu crack dan cocain.

Caffeine

Caffeine adalah senyawa yg terkandung di dalam biji kopi, biji guarana, dan daun teh (theine). Zat ini merupakan tipe zat stimulant serta berpengaruh menambah sedikit produksi urine pada ginjal. Efek dari mengkonsumsi caffeine adalah menyingkirkan sementara rasa kantuk dan letih serta meningkatkan konsentrasi. Pemakaian caffeine dalam quantities atau kualitas besar dapat mengakibatkan kecanduan dan toleransi. Ciri2 dari kecanduan caffeine adalah perasaan mudah tersinggung, sukar untuk konsentrasi, dan munculnya rasa sakit di bagian belakang kepala bahkan terkadang bisa mengakibatkan muntah2. Gejala2 ini akan muncul setelah kurang lebih 1 hari tidak mengkonsumsi caffeine sama sekali. Efek kecanduan ini akan berlangsung antara 5 hari sampai dengan 1 minggu dengan masa puncaknya 2-3 hari setelah berhenti mengkonsumsi caffeine sama sekali. Pengkonsumsian caffeine secara berlebih juga merupakan salah satu faktor penyebab osteoporosis pada tulang dan kerusakan pada gigi.

Amphetamine / speed

Amphetamine merupakan salah satu jenis dari senyawa phenethylamine dan adalah satu jenis obat sintetik terlarang yg dapat mengakibatkan meningkatnya kadar hormon norepinephrine/noradrenaline, serotonin, dan dopamine di dalam otak seseorang. Amphetamine sangat memiliki relasi yg erat dengan ephedrine yaitu senyawa yg terdapat pada tumbuhan Ephedra sinica (Ma huang) Efek yang ditimbulkan oleh amphetamine adalah meningkatnya konsentrasi pikiran & semangat untuk bekerja, hilangnya rasa kantuk, cenderung banyak berbicara, meningkatnya rasa percaya diri, mulut menjadi kering, meningkatnya keringat, detak jantung yang cepat, sukar berbicara dengan jelas, dan berkurangnya nafsu makan. Amphetamine dapat mengakibatkan ketagihan pada seseorang yang mengkonsumsi secara berturut-turut

atau menyalahgunakan pemakaiannya. Bahkan dapat menyebabkan meningkatnya toleransi sehingga dosis yg dibutuhkan akan selalu meningkat untuk mencapai efek yg sama dari sebelumnya. Ciri-ciri dari ketagihan atas obat ini adalah:

1. stress berlebihan
 2. depresi
 3. badan menjadi sangat letih
 4. tidur yang berlebihan
 5. gemetaran pada otot
 6. meningkatnya nafsu makan
 7. keinginan untuk bunuh diri
- Penyalahgunaan dari obat ini memperbesar resiko serangan jantung pada anak muda maupun orang dewasa. Pemakaian jangka panjang dari obat ini merusak fungsi otak, yaitu menurunnya fungsi pemancaran (transmitter) hormon dopamine dan serotonin pada otak sehingga fungsi dari keseimbangan kimia tubuh akan menjadi kacau.

Alcohol / alkohol

Alkohol adalah sebutan umum dari senyawa kimia ethanol. Alkohol dihasilkan melalui proses fermentasi anaerobik dari zat gula atau zat tepung oleh ragi (yeast). Proses ini sudah terjadi dengan sendirinya di dalam alam oleh karena itu alkohol sudah diproduksi dan dikonsumsi oleh manusia sejak jaman purba. Dalam jumlah yg sedang, sekitar segelas anggur merah yang diminum setiap malam hari oleh seseorang yg memiliki tubuh yang tidak bermasalah, alkohol merupakan zat yg sangat baik untuk kesehatan tubuh yaitu bisa meningkatkan mutu tidur, mencegah munculnya batu empedu dan ginjal, mencegah diabetes, bahkan bisa mencegah penyakit jantung koroner serta darah tinggi. Akan tetapi jika digunakan secara berlebihan sebaliknya alkohol akan mengakibatkan kerusakan pada jantung, pancreas, dan liver yaitu lever yg mengeras, terlebih bagi mereka yg telah mengidap penyakit Hepatitis C, B, bahkan bagi mereka yg hanya pernah menderita Hepatitis A sekalipun. Pemakaian alkohol sesuai BAC (Blood Alcohol Content) atau batas kadar alkohol dalam darah melebihi 0.05% dapat mengakibatkan berkurangnya depresi & konsentrasi, pikiran menjadi lebih relax, menambah sedikit rasa percaya diri, menjadi banyak berbicara/mudah untuk berterus terang, kurang berhati-hati dalam mengambil keputusan (!), berkurangnya fungsi keseimbangan tubuh. Sedangkan pemakaian dalam

batas kadar darah melebihi 0.1% akan mengakibatkan terganggunya fungsi motorik, hilangnya keseimbangan, emosi yg bergejolak (mudah menjadi sedih atau marah), tindakan brutal, susah untuk berkata-kata, hilangnya daya tangkap otak, muntah-muntah, bahkan bisa menjadi tidak sadar diri. Jika kadarnya melebihi 0.3% bisa mengakibatkan kematian.

Pemakaian alkohol pada saat mengendarai kendaraan atau mesin yg berbahaya sering mengakibatkan kecelakaan yang fatal maupun kematian karena susah untuk berkonsentrasi dan mengambil keputusan dengan cepat.

(!)Oleh karena efek2 yg ditimbulkan tersebut, alkohol banyak dipakai oleh para lelaki sebagai minuman untuk memaksakan hubungan intim dengan kekasih maupun teman kencannya sehingga si korban secara tidak sadar akan menyetujuinya.

Alkohol juga dapat mengakibatkan toleransi dan ketergantungan jika dikonsumsi secara berlebihan dan rutin karena akan mengakibatkan terganggunya fungsi GABAergic dalam otak.

Kecanduan alkohol sangat berbahaya jika tidak ditangani dengan segera oleh ahlinya, bahkan lebih berisiko menyebabkan kematian dibanding narkotika seperti heroin, putaw, atau cocaine. Resiko yg disebabkan oleh kecanduan alkohol adalah serangan ayan yg mematikan dan gagal jantung.

Biasanya seorang remaja sebelum dia sampai ke jenjang pemakaian narkoba akan dimulai terlebih dahulu dari rokok dan alkohol. Walaupun hukum di Indonesia dengan jelas melarang seseorang yg belum berusia 18 tahun untuk membeli rokok dan alkohol akan tetapi dalam penerapannya tidaklah demikian.

Penyalahgunaan Narkoba

Kebanyakan zat dalam narkoba sebenarnya digunakan untuk pengobatan dan penefitian. Tetapi karena berbagai alasan – mulai dari keinginan untuk coba-coba, ikut trend/gaya, lambang status sosial, ingin melupakan persoalan, dll. – maka narkoba kemudian disalahgunakan. Penggunaan terus menerus dan berianjut akan menyebabkan ketergantungan atau dependensi, disebut juga kecanduan.

Tingkatan penyalahgunaan biasanya sebagai berikut:

1. *coba-coba*
2. *senang-senang*
3. *menggunakan pada saat atau keadaan tertentu*
4. *penyalahgunaan*

5. *ketergantungan*

Dampak penyalahgunaan Narkoba

Bila narkoba digunakan secara terus menerus atau melebihi takaran yang telah ditentukan akan mengakibatkan ketergantungan. Kecanduan inilah yang akan mengakibatkan gangguan fisik dan psikologis, karena terjadinya kerusakan pada sistem syaraf pusat (SSP) dan organ-organ tubuh seperti jantung, paru-paru, hati dan ginjal.

Dampak penyalahgunaan narkoba

Pada seseorang sangat tergantung pada jenis narkoba yang dipakai, kepribadian pemakai dan situasi atau kondisi pemakai. Secara umum, dampak kecanduan narkoba dapat terlihat pada fisik, psikis maupun sosial seseorang.

Dampak Fisik:

1. Gangguan pada system syaraf (**neurologis**) seperti: kejang-kejang, halusinasi, gangguan kesadaran, kerusakan syaraf tepi
2. Gangguan pada jantung dan pembuluh darah (**kardiovaskuler**) seperti: infeksi akut otot jantung, gangguan peredaran darah
3. Gangguan pada kulit (**dermatologis**) seperti: penanahan (abses), alergi, eksim
4. Gangguan pada paru-paru (**pulmoner**) seperti: penekanan fungsi pernapasan, kesukaran bernafas, pengerasan jaringan paru-paru
5. Sering sakit kepala, mual-mual dan muntah, murus-murus, suhu tubuh meningkat, pengecilan hati dan sulit tidur
6. Dampak terhadap kesehatan reproduksi adalah gangguan padaendokrin, seperti: penurunan fungsi hormon reproduksi (**estrogen, progesteron, testosteron**), serta gangguan fungsi seksual
7. Dampak terhadap kesehatan reproduksi pada remaja perempuan antara lain perubahan periode menstruasi, ketidakteraturan menstruasi, dan amenorhoe (**tidak haid**)
8. Bagi pengguna narkoba melalui jarum suntik, khususnya pemakaian jarum suntik secara bergantian, risikonya adalah tertular penyakit seperti hepatitis B, C, dan **HIV** yang hingga saat ini belum ada obatnya
9. Penyalahgunaan narkoba bisa berakibat fatal ketika terjadi **Over Dosis** yaitu konsumsi narkoba melebihi kemampuan tubuh untuk menerimanya. **Over dosis** bisa menyebabkan kematian

Dampak Psikis:

1. Lamban kerja, ceroboh kerja, sering tegang dan gelisah
2. Hilang kepercayaan diri, apatis, pengkhayal, penuh curiga
3. Agitatif, menjadi ganas dan tingkah laku yang brutal
4. Sulit berkonsentrasi, perasaan kesal dan tertekan
5. Cenderung menyakiti diri, perasaan tidak aman, bahkan bunuh diri

Dampak Sosial:

1. Gangguan mental, anti-sosial dan asusila, dikucilkan oleh lingkungan
2. Merepotkan dan menjadi beban keluarga
3. Pendidikan menjadi terganggu, masa depan suram

Dampak fisik, psikis dan sosial berhubungan erat. Ketergantungan fisik akan mengakibatkan rasa sakit yang luar biasa (sakaw) bila terjadi putus obat (tidak mengkonsumsi obat pada waktunya) dan dorongan psikologis berupa keinginan sangat kuat untuk mengkonsumsi (bahasa gaulnya sugest). Gejala fisik dan psikologis ini juga berkaitan dengan gejala sosial seperti dorongan untuk membohongi orang tua, mencuri, pemarah, manipulatif, dll.

Bahaya bagi Remaja

Masa remaja merupakan suatu fase perkembangan antara masa anak-anak dan masa dewasa. Perkembangan seseorang dalam masa anak-anak dan remaja akan membentuk perkembangan diri orang tersebut di masa dewasa. Karena itulah bila masa anak-anak dan remaja rusak karena narkoba, maka suram atau bahkan hancurlah masa depannya.

Pada masa remaja, justru keinginan untuk mencoba-coba, mengikuti trend dan gaya hidup, serta bersenang-senang besar sekali. Walaupun semua kecenderungan itu wajar-wajar saja, tetapi hal itu bisa juga memudahkan remaja untuk terdorong menyalahgunakan narkoba. Data menunjukkan bahwa jumlah pengguna narkoba yang paling banyak adalah kelompok usia remaja.

Masalah menjadi lebih gawat lagi bila karena penggunaan narkoba, para remaja tertular dan menularkan HIV/AIDS di kalangan remaja. Hal ini telah terbukti dari pemakaian narkoba melalui jarum suntik secara bergantian. Bangsa ini akan kehilangan remaja yang sangat banyak akibat penyalahgunaan narkoba dan merebaknya HIV/AIDS. Kehilangan remaja sama dengan kehilangan sumber daya manusia bagi bangsa.

Apa yang masih bisa dilakukan?

Banyak yang masih bisa dilakukan untuk mencegah remaja menyalahgunakan narkoba dan membantu remaja yang sudah terjerumus **penyalahgunaan narkoba**. Ada tiga tingkat intervensi, yaitu

1. **Primer**, sebelum penyalahgunaan terjadi, biasanya dalam bentuk pendidikan, penyebaran informasi mengenai bahaya narkoba, pendekatan melalui keluarga, dll. Instansi pemerintah, seperti halnya BKKBN, lebih banyak berperan pada tahap intervensi ini. Kegiatan dilakukan seputar pemberian informasi melalui berbagai bentuk materi KIE yang ditujukan kepada remaja langsung dan keluarga.
2. **Sekunder**, pada saat penggunaan sudah terjadi dan diperlukan upaya penyembuhan (treatment). Fase ini meliputi: Fase penerimaan awal (initialintake) antara 1 – 3 hari dengan melakukan pemeriksaan fisik dan mental, dan Fase detoksifikasi dan terapi komplikasi medik, antara 1 – 3 minggu untuk melakukan pengurangan ketergantungan bahan-bahan adiktif secara bertahap.
3. **Tertier**, yaitu upaya untuk merehabilitasi mereka yang sudah memakai dan dalam proses penyembuhan. Tahap ini biasanya terdiri atas Fase stabilisasi, antara 3-12 bulan, untuk mempersiapkan pengguna kembali ke masyarakat, dan Fase sosialisasi dalam masyarakat, agar mantan penyalahguna narkoba mampu mengembangkan kehidupan yang bermakna di masyarakat. Tahap ini biasanya berupa kegiatan konseling, membuat kelompok-kelompok dukungan, mengembangkan kegiatan alternatif, dll.

3. Rangkuman

AIDS singkatan dari Acquired Immune Deficiency Syndrome merupakan kumpulan dari gejala dan infeksi atau biasa disebut sindrom yang diakibatkan oleh kerusakan sistem kekebalan tubuh manusia karena virus HIV, sementara HIV singkatan dari Human Immunodeficiency Virus merupakan virus yang dapat melemahkan kekebalan tubuh pada manusia. Jika seseorang terkena virus semacam ini akan mudah terserang infeksi oportunistik atau mudah terkena tumor. Untuk sampai saat ini, penyakit HIV/AIDS belum bisa disembuhkan dan ditemukan obatnya, kalau pun ada itu hanya menghentikan atau memperlambat perkembangan virusnya saja.

Narkoba (singkatan dari Narkotika, Psikotropika dan Bahan Adiktif berbahaya lainnya) adalah bahan/zat yang jika dimasukkan dalam tubuh manusia, baik

secara oral/diminum, dihirup, maupun disuntikan, dapat mengubah pikiran, suasana hati atau perasaan, dan perilaku seseorang. Narkoba dapat menimbulkan ketergantungan (adiksi) fisik dan psikologis.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- ✓ Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- ✓ Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- ✓ Hasil analisis di presentasikan di depan kelas

L. Kegiatan Belajar 10

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan Aplikasi asuhan keperawatan pada klien dengan masalah gangguan mood/perasaan

2. Uraian Materi

Konsep Mood

Dosen: Ifa Nofalia, M.Kep.

1. Pengertian Gangguan Bipolar Disorder

Gangguan bipolar adalah gangguan mental yang menyerang kondisi psikis seseorang yang ditandai dengan perubahan suasana hati yang sangat ekstrim berupa mania dan depresi, karena itu istilah medis sebelumnya disebut dengan *manic depressive*. Suasana hati penderitanya dapat berganti secara tiba-tiba antara dua kutub (bipolar) yang berlawanan yaitu kebahagiaan (mania) dan kesedihan (depresi) yang berlebihan tanpa pola atau waktu yang pasti.

Setiap orang pada umumnya pernah mengalami suasana hati yang baik (*mood high*) dan suasana hati yang buruk (*mood low*). Akan tetapi, seseorang yang menderita gangguan bipolar memiliki ayunan perasaan (*mood swings*) yang ekstrim dengan pola perasaan yang mudah berubah secara drastis. Suatu ketika, seorang pengidap gangguan bipolar bisa merasa sangat antusias dan bersemangat (mania). Saat suasana hatinya berubah buruk, ia bisa sangat depresi, pesimis, putus asa, bahkan sampai mempunyai keinginan untuk bunuh diri. Suasana hati meningkat secara klinis disebut sebagai mania, atau di saat ringan disebut hipomania. Individu yang mengalami episode mania juga sering mengalami episode depresi, atau episode campuran di saat kedua fitur mania dan depresi hadir pada waktu yang sama. Episode ini biasanya dipisahkan oleh periode suasana hati normal, tetapi dalam beberapa depresi individu dan mania mungkin berganti dengan sangat cepat yang dikenal sebagai *rapid-cycle*. Episode manik ekstrim kadang-kadang dapat menyebabkan gejala psikosis seperti delusi dan halusinasi. Episode manik biasanya mulai dengan tiba-tiba dan berlangsung antara dua minggu sampai lima bulan. Sedangkan depresi cenderung berlangsung lebih lama. Episode hipomanik mempunyai derajat yang lebih ringan daripada manik. Gangguan bipolar dibagi menjadi bipolar I, bipolar II, cyclothymia, dan jenis lainnya berdasarkan sifat dan pengalaman tingkat keparahan episode suasana hati; kisaran sering digambarkan sebagai spektrum bipolar.

Insiden gangguan bipolar berkisar antara 0,3% - 1,5% yang persentasenya tergolong rendah jika dibandingkan dengan persentase insiden yang dikategorikan skizofrenia. Gangguan bipolar saat ini sudah menjangkiti sekitar 10 hingga 12 persen remaja di luar negeri. Di beberapa kota di Indonesia juga mulai dilaporkan penderita berusia remaja. Risiko kematian terus membayangi penderita gangguan bipolar, dan itu lebih karena mereka mengambil jalan pintas.

Episode pertama bisa timbul mulai dari masa kanak-kanak sampai tua. Kebanyakan kasus terjadi pada dewasa muda berusia 20-30 tahun. Semakin dini seseorang menderita gangguan bipolar, risiko penyakit akan lebih berat, berkepanjangan, bahkan sering kambuh. Sementara anak-anak berpotensi mengalami perkembangan gangguan ini ke dalam bentuk yang lebih parah dan sering bersamaan dengan gangguan hiperaktif defisit atensi. Orang yang berisiko mengalami gangguan bipolar adalah mereka yang mempunyai anggota keluarga mengidap gangguan bipolar.

2. Tanda dan gejala

Gangguan bipolar dapat terlihat sangat berbeda pada orang yang berbeda. Gejala bervariasi dalam pola mereka, keparahan, dan frekuensi. Beberapa orang lebih rentan terhadap baik mania atau depresi, sementara yang lain bergantian sama antara dua jenis episode. Gangguan suasana hati sering terjadi pada seseorang, sementara yang lain hanya mengalami sedikit selama seumur hidup.

Ada empat jenis episode suasana hati pada penderita gangguan bipolar, yakni mania, hipomania, depresi, dan episode campuran. Setiap jenis episode suasana hati gangguan bipolar memiliki gejala yang unik.

3. Tanda dan gejala mania

Gejala-gejala dari tahap mania gangguan bipolar adalah sebagai berikut:

- Gembira berlebihan.
- Mudah tersinggung sehingga mudah marah.
- Merasa dirinya sangat penting.
- Merasa kaya atau memiliki kemampuan lebih dibanding orang lain.
- Penuh ide dan semangat baru.
- Cepat berpindah dari satu ide ke ide lainnya.
- Mendengar suara yang orang lain tak dapat mendengarnya.
- Nafsu seksual meningkat.
- Menyusun rencana yang tidak masuk akal.

- Sangat aktif dan bergerak sangat cepat.
- Berbicara sangat cepat sehingga sukar dimengerti apa yang dibicarakan.
- Menghambur-hamburkan uang.
- Membuat keputusan aneh dan tiba-tiba, namun cenderung membahayakan.
- Merasa sangat mengenal orang lain.
- Mudah melempar kritik terhadap orang lain.
- Sukar menahan diri dalam perilaku sehari-hari.
- Sulit tidur.
- Merasa sangat bersemangat, seakan-akan satu hari tidak cukup 24 jam.

4. Tanda dan gejala hipomania

Hipomania adalah bentuk kurang parah dari mania. Orang-orang dalam keadaan hipomanik merasa gembira, energik, dan produktif, tetapi mereka mampu meneruskan kehidupan sehari-hari dan tidak pernah kehilangan kontak dengan realitas. Untuk yang lain, mungkin tampak seolah-olah orang dengan hipomania hanyalah dalam suasana hati yang luar biasa baik. Namun, hipomania dapat menghasilkan keputusan yang buruk yang membahayakan hubungan, karier, dan reputasi. Selain itu, hipomania sering meningkat menjadi mania penuh dan terkadang dapat diikuti oleh episode depresi berat.

Tahap hipomania mirip dengan mania, perbedaannya adalah penderita yang berada pada tahap ini merasa lebih tenang seakan-akan telah kembali normal serta tidak mengalami halusinasi dan delusi. Hipomania sulit untuk didiagnosis karena terlihat seperti kebahagiaan biasa, tapi membawa risiko yang sama dengan mania. Gejala-gejala dari tahap hipomania pada gangguan bipolar adalah sebagai berikut:

- Bersemangat dan penuh energi dengan munculnya kreativitas.
- Bersikap optimis, selalu tampak gembira, lebih aktif, dan cepat marah.
- Penurunan kebutuhan untuk tidur.

5. Tanda dan gejala depresi bipolar

Gejala-gejala dari tahap depresi gangguan bipolar adalah sebagai berikut:

- Suasana hati yang murung dan perasaan sedih yang berkepanjangan.
- Sering menangis atau ingin menangis tanpa alasan yang jelas.
- Kehilangan minat untuk melakukan sesuatu.
- Tidak mampu merasakan kegembiraan.
- Mudah letih, tak bergairah, tak bertenaga.
- Sulit konsentrasi.

- Merasa tak berguna dan putus asa.
- Merasa bersalah dan berdosa.
- Rendah diri dan kurang percaya diri.
- Beranggapan masa depan suram dan pesimistis.
- Berpikir untuk bunuh diri.
- Hilang nafsu makan atau makan berlebihan.
- Penurunan berat badan atau penambahan berat badan.
- Sulit tidur, bangun tidur lebih awal, atau tidur berlebihan.
- Mual sehingga sulit berbicara karena menahan rasa mual, mulut kering, susah buang air besar, dan terkadang diare.
- Kehilangan gairah seksual.
- Menghindari komunikasi dengan orang lain.

Hampir semua penderita gangguan bipolar mempunyai pikiran tentang bunuh diri. dan 30% di antaranya berusaha untuk merealisasikan niat tersebut dengan berbagai cara.

6. Tanda dan gejala episode campuran

Episode ini merupakan gangguan bipolar campuran dari kedua fitur gejala mania atau hipomania dan depresi. Tanda-tanda umum episode campuran termasuk depresi dikombinasikan dengan agitasi, iritabilitas, kegelisahan, insomnia, *distractibility*, dan layangan pikiran (*flight of idea*). Kombinasi energi tinggi dan rendah membuat suasana hati penderita berisiko tinggi untuk bunuh diri.

Dalam konteks gangguan bipolar, episode campuran (*mixed state*) adalah suatu kondisi di saat tahap mania dan depresi terjadi bersamaan. Pada saat tertentu, penderita mungkin bisa merasakan energi yang berlebihan, tidak bisa tidur, muncul ide-ide yang berlalu-lalang di kepala, agresif, dan panik (mania). Akan tetapi, beberapa jam kemudian, keadaan itu berubah menjadi sebaliknya. Penderita merasa kelelahan, putus asa, dan berpikiran negatif terhadap lingkungan sekitarnya. Hal itu terjadi bergantian dan berulang-ulang dalam waktu yang relatif cepat. Alkohol, narkoba, dan obat-obat antipedresan sering dikonsumsi oleh penderita saat berada pada episode ini. Episode campuran bisa menjadi episode yang paling membahayakan penderita gangguan bipolar. Pada episode ini, penderita paling banyak memiliki keinginan untuk bunuh diri karena kelelahan,

putus asa, delusi, dan halusinasi. Gejala-gejala yang diperlihatkan jika penderita akan melakukan bunuh diri antara lain sebagai berikut:

- Selalu berbicara tentang kematian dan keinginan untuk mati kepada orang-orang di sekitarnya.
- Memiliki pandangan pribadi tentang kematian.
- Mengonsumsi obat-obatan secara berlebihan dan alkohol.
- Terkadang lupa akan hutang atau tagihan seperti tagihan listrik dan telepon.

Penderita yang mengalami gejala-gejala tersebut atau siapa saja yang mengetahuinya sebaiknya segera menelepon dokter atau ahli jiwa, jangan meninggalkan penderita sendirian dan jauhkan benda-benda atau peralatan yang berisiko dapat membahayakan penderita atau orang-orang di sekelilingnya.

7. Faktor penyebab

- **Genetika**

Genetika bawaan adalah faktor umum penyebab gangguan bipolar. Seseorang yang lahir dari orang tua yang salah satunya merupakan pengidap gangguan bipolar memiliki risiko mengidap penyakit yang sama sebesar 15 % hingga 30%. Bila kedua orangtuanya mengidap gangguan bipolar, maka berpeluang mengidap gangguan bipolar sebesar 50% - 75%. Kembar identik dari seorang pengidap gangguan bipolar memiliki risiko tertinggi kemungkinan berkembangnya penyakit ini daripada yang bukan kembar identik. Penelitian mengenai pengaruh faktor genetik pada gangguan bipolar pernah dilakukan dengan melibatkan keluarga dan anak kembar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sekitar 10% - 15% keluarga dari pasien yang mengalami gangguan bipolar pernah mengalami satu episode gangguan suasana hati.

- **Fisiologis**

Sistem neurokimia dan gangguan suasana hati. Salah satu faktor utama penyebab seseorang mengidap gangguan bipolar adalah terganggunya keseimbangan cairan kimia utama di dalam otak. Sebagai organ yang berfungsi menghantarkan rangsang, otak membutuhkan neurotransmitter (saraf pembawa pesan atau isyarat dari otak ke bagian tubuh lainnya) dalam menjalankan tugasnya. Norepinephrin, dopamin, dan serotonin adalah beberapa jenis neurotransmitter yang penting dalam penghantaran impuls

syaraf. Pada penderita gangguan bipolar, cairan-cairan kimia tersebut berada dalam keadaan yang tidak seimbang.

Sebagai contoh, ketika seorang pengidap gangguan bipolar dengan kadar dopamin yang tinggi dalam otaknya akan merasa sangat bersemangat, agresif dan percaya diri. Keadaan inilah yang disebut fase mania. Sebaliknya dengan fase depresi yang terjadi ketika kadar cairan kimia utama otak itu menurun di bawah normal, sehingga penderita merasa tidak bersemangat, pesimis dan bahkan keinginan untuk bunuh diri yang besar.

Seseorang yang menderita gangguan bipolar menandakan adanya gangguan pada sistem motivasional yang disebut dengan *behavioral activation system* (BAS). BAS memfasilitasi kemampuan manusia untuk memperoleh penghargaan (pencapaian tujuan) dari lingkungannya. Hal ini dikaitkan dengan *positive emotional states*, karakteristik kepribadian seperti ekstrovert (bersifat terbuka), peningkatan energi dan berkurangnya kebutuhan untuk tidur. Secara biologis, BAS diyakini terkait dengan jalur saraf dalam otak yang melibatkan dopamin dan perilaku untuk memperoleh penghargaan. Peristiwa kehidupan yang melibatkan penghargaan atau keinginan untuk mencapai tujuan diprediksi meningkatkan episode mania tetapi tidak ada kaitannya dengan episode depresi. Sedangkan peristiwa positif lainnya tidak terkait dengan perubahan pada episode mania.

Sistem neuroendokrin. Area limbik di otak berhubungan dengan emosi dan mempengaruhi hipotalamus yang berfungsi mengontrol kelenjar endokrin dan tingkat hormon yang dihasilkan. Hormon yang dihasilkan hipotalamus juga mempengaruhi kelenjar pituitaris. Kelenjar ini terkait dengan gangguan depresi seperti gangguan tidur dan rangsangan selera. Berbagai temuan mendukung hal tersebut, bahwa orang yang depresi memiliki tingkat dari cortisol (hormon adrenocortical) yang tinggi. Hal ini disebabkan oleh produksi yang berlebih dari pelepasan hormon rotropin oleh hipotalamus. Produksi yang berlebih dari cortisol pada orang yang depresi juga menyebabkan semakin banyaknya kelenjar adrenal. Banyaknya cortisol tersebut juga berhubungan dengan kerusakan pada hipocampus dan penelitian juga telah membuktikan bahwa pada orang depresi menunjukkan hipocampal yang tidak normal. Penelitian mengenai Cushing's Syndrome juga dikaitkan dengan tingginya tingkat cortisol pada gangguan depresi.

- **Lingkungan**

Gangguan bipolar tidak memiliki penyebab tunggal. Tampaknya orang-orang tertentu secara genetis cenderung untuk mengidap gangguan bipolar, namun tidak semua orang dengan kerentanan mewarisi penyakit berkembang yang menunjukkan bahwa gen bukanlah satu-satunya penyebab. Beberapa studi pencitraan otak menunjukkan perubahan fisik pada otak penderita gangguan bipolar. Dalam penelitian lain disebutkan, gangguan ini juga disebabkan oleh poin ketidakseimbangan neurotransmitter, fungsi tiroid yang abnormal, gangguan ritme sirkadian dan tingkat tinggi hormon stres kortisol. Faktor eksternal lingkungan dan psikologis juga diyakini terlibat dalam pengembangan gangguan bipolar. Faktor-faktor eksternal yang disebut pemicu dapat memulai episode baru mania atau depresi dan membuat gejala yang ada memburuk, namun banyak episode gangguan bipolar terjadi tanpa pemicu yang jelas.

Penderita penyakit ini cenderung mengalami faktor pemicu munculnya penyakit yang melibatkan hubungan antarpersoangan atau peristiwa-peristiwa pencapaian tujuan (penghargaan) dalam hidup. Contoh dari hubungan perseorangan antara lain jatuh cinta, putus cinta, dan kematian sahabat. Sedangkan peristiwa pencapaian tujuan antara lain kegagalan untuk lulus sekolah dan dipecat dari pekerjaan. Selain itu, seorang penderita gangguan bipolar yang gejalanya mulai muncul saat masa remaja kemungkinan besar mempunyai riwayat masa kecil yang kurang menyenangkan seperti mengalami banyak kegelisahan atau depresi. Selain penyebab di atas, alkohol, obat-obatan dan penyakit lain yang diderita juga dapat memicu munculnya gangguan bipolar.

Di sisi lain, keadaan lingkungan di sekitarnya yang baik dapat mendukung penderita gangguan ini sehingga bisa menjalani kehidupan dengan normal. Berikut ini adalah faktor lingkungan yang dapat memicu terjadinya gangguan bipolar:

- Stres merupakan peristiwa kehidupan yang dapat memicu gangguan bipolar pada seseorang dengan kerentanan genetik. Peristiwa ini cenderung melibatkan perubahan drastis atau tiba-tiba-baik atau buruk seperti akan menikah, akan pergi ke perguruan tinggi, kehilangan orang yang dicintai, atau dipecat dalam pekerjaan.

- Penyalahgunaan zat tidak menyebabkan gangguan bipolar, itu dapat membawa pada sebuah episode dan memperburuk perjalanan penyakit. Obat-obatan seperti kokain, ekstasi dan amphetamine dapat memicu mania, sedangkan alkohol dan obat penenang dapat memicu depresi.
- Obat-obat tertentu, terutama obat-obatan antidepresan, bisa memicu mania. Obat lain yang dapat menyebabkan mania termasuk obat flu, penekan nafsu makan, kafein, kortikosteroid dan obat tiroid.
- Perubahan musiman merupakan episode mania dan depresi sering mengikuti pola musiman. Episode mania lebih sering terjadi selama musim panas, dan episode depresif lebih sering terjadi selama musim dingin, musim gugur, serta musim semi (untuk negara dengan 4 musim).
- Kurang tidur atau melewatkan beberapa jam istirahat dapat memicu episode mania.

8. Beberapa jenis gangguan bipolar

Gangguan bipolar dapat terlihat dalam berbagai bentuk. Beberapa jenis telah diidentifikasi; jenis-jenis tersebut terutama terkait dari pola terjadinya gangguan bipolar:

- *Gangguan Bipolar I*: Setidaknya terjadi satu kejadian kegembiraan berlebihan (manik).^[1]
- *Gangguan Bipolar II*: Tidak ada kejadian kegembiraan berlebihan, tetapi setidaknya ada satu kejadian Hypomania, dan setidaknya satu kejadian kesedihan berlebihan (major depressive).^[2]
- *Cyclothymia*: Seperti halnya gangguan bipolar II, tetapi depresinya tidak dapat dikategorikan sebagai kesedihan berlebihan.^[3]
- *Unipolar* : gejala yang diperlihatkan hanya satu gejala depresi saja. Sedangkan pada bipolar 1 dan 2 sama-sama memiliki episode manik dan depresi. Namun perbedaan terletak pada maniknya.

“Jika dianalogikan dengan angka, pada pasien bipolar 1 maniknya 10, bipolar 2 maniknya 5, sedangkan pada unipolar nol,”. Menurut Ketua Umum Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI), Dokter Danardi Sosrosuhardjo SpKJ(K).

9. Tata laksana perawatan

- **Terapi penyinaran (Light therapy)**

adalah salah satu cara tata laksana perawatan gangguan bipolar. Seperti kebanyakan penyakit mental lainnya, banyak cara untuk melakukan tata laksana perawatan gangguan bipolar. Kadang-kadang pemberian obat-obatan dan terapi/konsultasi dapat membuat hal ini lebih mudah dikontrol. Tetapi hal ini belum tentu bisa dilakukan pada semua orang dan tidak jarang terjadi masa kegembiraan berlebihan (manik), ketika mereka berhenti minum obat, karena mereka merasa sudah dapat mengontrol dirinya sendiri. Hal ini dapat membuat sulitnya hidup dengan gangguan bipolar, tetapi dengan adanya edukasi tentang hal ini, maka gangguan bipolar sesungguhnya tidak benar-benar sulit. Kadang-kadang, penderita gangguan bipolar perlu diberikan obat-obatan atas kemauannya; tergantung dari tingkat beratnya, penderita mungkin berpikir tentang bunuh diri, atau mungkin mereka tidak dapat melihat keadaannya dengan tepat. Dalam banyak kasus, menerangkan kasusnya pada penderita akan sangat membantu. Ketika mereka telah melewati banyak tahap dari gangguan bipolar ini berulang kali, mereka seringkali melihat tata laksana perawatan dapat membuat hidup mereka lebih mudah.

Kopi, teh atau rokok di kehidupan sehari-hari adalah hal yang biasa, tetapi akan berpengaruh besar pada penderita gangguan bipolar:

- Kopi dan teh adalah stimulan; yang menyebabkan pengurangan waktu tidur, dan hal ini bisa menimbulkan masalah.
- Alkohol juga berperan dalam kenyenyakan dan lamanya tidur; hal ini data menambah penyebab depresi. Terlebih pula hal ini menyebabkan kecanduan.
- Ganja sebagai obat kadang-kadang diberikan; masalahnya hal ini menimbulkan paranoia, walaupun dapat menjadi indikasi dari tahap kegembiraan (manik), tetapi kurang dapat mendeteksi depresi.
- **Terapi diri sendiri**

Berikut ini cara-cara untuk membantu diri sendiri dalam penanganan gangguan bipolar:

- Dapatkan pengetahuan tentang cara mengatasi gangguan dan hal-hal yang berkaitan dengan gangguan bipolar. Semakin banyak diketahui, semakin baik dalam membantu pemulihan sendiri dari gangguan ini.
- Jauhkan stres dengan menjaga situasi keseimbangan antara pekerjaan dan hidup sehat, dan mencoba teknik relaksasi seperti meditasi, yoga, shalat malam (tahajjud) atau pernapasan dalam.

- Mencari dukungan dengan memiliki seseorang yang untuk diminta bantuan dan dorongan. Cobalah bergabung dengan kelompok pendukung atau berbicara dengan teman yang dipercaya.
- Buatlah pilihan yang sehat. Pola tidur, makan, dan berolahraga dapat membantu menstabilkan suasana hati. Menjaga jadwal tidur yang teratur sangatlah penting.
- Pemantauan suasana hati secara mandiri dengan melacak gejala dan tanda-tanda ayunan suasana hati Anda berayun di luar kendali sehingga dapat menghentikan masalah sebelum dimulai.

3. Rangkuman

Gangguan bipolar adalah gangguan mental yang menyerang kondisi psikis seseorang yang ditandai dengan perubahan suasana hati yang sangat ekstrim berupa mania dan depresi, karena itu istilah medis sebelumnya disebut dengan *manic depressive*. Suasana hati penderitanya dapat berganti secara tiba-tiba antara dua kutub (bipolar) yang berlawanan yaitu kebahagiaan (mania) dan kesedihan (depresi) yang berlebihan tanpa pola atau waktu yang pasti.

Gangguan bipolar merefleksikan adanya gangguan pada sistem motivasional yang disebut dengan Behavioral Activation System atau BAS. BAS memfasilitasi kemampuan manusia untuk memperoleh reward dari lingkungannya dan ini dikaitkan dengan positive emotional states yang dimiliki seseorang, karakteristik kepribadian seperti extrovert, peningkatan energi, dan berkurangnya kebutuhan untuk tidur.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- ✓ Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- ✓ Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- ✓ Hasil analisis di presentasikan di depan kelas

M. Kegiatan Belajar 11

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu meng aplikasi asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kecemasan

2. Uraian Materi

Konsep Kecemasan

Dosen: Ifa Nofalia, M.Kep.

A. Pengertian

Cemas adalah emosi dan merupakan pengalaman subyektif individual, mempunyai kekuatan tersendiri dan sulit untuk diobservasi secara langsung. Perawat dapat mengidentifikasi cemas lewat perubahan tingkh laku klien.

Stuart (1996) mendefinisikan cemas sebagai emosi tanpa obyek yang spesifik, penyebabnya tidak diketahui, dan didahului oleh pengalaman baru. Sedangkan takut mempunyai sumber yang jelas dan obyeknya dapat didefinisikan. Takut merupakan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam dan cemas merupakan respon emosi terhadap penilaian tersebut. Lebih jauh dikatakan pula, kecemasan dapat dikomunikasikan dan menular, hal ini dapat mempengaruhi hubungan terapeutik perawat klien. Hal ini menjadi perhatian perawat.

Bostrom (1995) mengemukakan stressor sebagai factor presipitasi kecemasan adalah bagaimana individu berhadapan dengan kehilangan dan bahaya yang mengancam. Bagaimana mereka menerimanya tergantung dari kebutuhan, keinginan, konsep diri, dukungan keluarga, pengetahuan, kepribadian dan kedewasaan.

Kecemasan adalah suatu kondisi yang menandakan suatu keadaan yang mengancam keutuhan erta keberadaan dirinya dan dimanifestasikan dalam bentuk prilaku seperti rasa tak berdaya, rasa tidak mampu, rasa takut, phobia tertentu (Hamid dkk,1997).

Kecemasan muncul bila ada ancaman ketidakberdayaan, kehilangan kendali, perasaan kehilangan fungsi-fungsi dan harga diri, kegagalan pertahanan, perasaan terisolasi (Hudak dan Gallo, 1997).

B. Kecemasan Menurut Freud

Freud membagi kecemasan menjadi tiga, yaitu:

- a. Kecemasan Realitas atau Objektif (*Reality or Objective Anxiety*)

Suatu kecemasan yang bersumber dari adanya ketakutan terhadap bahaya yang mengancam di dunia nyata. Kecemasan seperti ini misalnya ketakutan terhadap kebakaran, angin tornado, gempa bumi, atau binatang buas. Kecemasan ini menuntun kita untuk berperilaku bagaimana menghadapi bahaya. Tidak jarang ketakutan yang bersumber pada realitas ini menjadi ekstrim. Seseorang dapat menjadi sangat takut untuk keluar rumah karena takut terjadi kecelakaan pada dirinya atau takut menyalakan korek api karena takut terjadi kebakaran.

b. Kecemasan Neurosis (*Neurotic Anxiety*)

Kecemasan ini mempunyai dasar pada masa kecil, pada konflik antara pemuasan instingtual dan realitas. Pada masa kecil, terkadang beberapa kali seorang anak mengalami hukuman dari orang tua akibat pemenuhan kebutuhan id yang implusif. Terutama sekali yang berhubungan dengan pemenuhan insting seksual atau agresif. Anak biasanya dihukum karena secara berlebihan mengekspresikan impuls seksual atau agresifnya itu. Kecemasan atau ketakutan untuk itu berkembang karena adanya harapan untuk memuaskan impuls Id tertentu. Kecemasan neurotik yang muncul adalah ketakutan akan terkena hukuman karena memperlihatkan perilaku impulsif yang didominasi oleh Id. Hal yang perlu diperhatikan adalah ketakutan terjadi bukan karena ketakutan terhadap insting tersebut tapi merupakan ketakutan atas apa yang akan terjadi bila insting tersebut dipuaskan. Konflik yang terjadi adalah di antara Id dan Ego yang kita ketahui mempunyai dasar dalam realitas.

c. Kecemasan Moral (*Moral Anxiety*)

Kecemasan ini merupakan hasil dari konflik antara Id dan superego. Secara dasar merupakan ketakutan akan suara hati individu sendiri. Ketika individu termotivasi untuk mengekspresikan impuls instingtual yang berlawanan dengan nilai moral yang termaksud dalam superego individu itu maka ia akan merasa malu atau bersalah. Pada kehidupan sehari-hari ia akan menemukan dirinya sebagai “*conscience stricken*”. Kecemasan moral menjelaskan bagaimana berkembangnya superego. Biasanya individu dengan kata hati yang kuat dan puritan akan mengalami konflik yang lebih hebat daripada individu yang mempunyai kondisi toleransi moral yang lebih longgar. Seperti kecemasan neurosis, kecemasan moral juga mempunyai dasar dalam kehidupan nyata.

Anak-anak akan dihukum bila melanggar aturan yang ditetapkan orang tua mereka. Orang dewasa juga akan mendapatkan hukuman jika melanggar norma yang ada di masyarakat. Rasa malu dan perasaan bersalah menyertai kecemasan moral. Dapat dikatakan bahwa yang menyebabkan kecemasan adalah kata hati individu itu sendiri. Freud mengatakan bahwa superego dapat memberikan balasan yang setimpal karena pelanggaran terhadap aturan moral.

Apapun tipenya, kecemasan merupakan suatu tanda peringatan kepada individu. Hal ini menyebabkan tekanan pada individu dan menjadi dorongan pada individu termotivasi untuk memuaskan. Tekanan ini harus dikurangi.

Kecemasan memberikan peringatan kepada individu bahwa ego sedang dalam ancaman dan oleh karena itu apabila tidak ada tindakan maka ego akan terbangun secara keseluruhan. Ada berbagai cara ego melindungi dan mempertahankan dirinya. Individu akan mencoba lari dari situasi yang mengancam serta berusaha untuk membatasi kebutuhan impuls yang merupakan sumber bahaya. Individu juga dapat mengikuti kata hatinya. Atau jika tidak ada teknik rasional yang bekerja, individu dapat memakai mekanisme pertahanan (*defence mechanism*) yang non-rasional untuk mempertahankan ego.

C. Manifestasi Kecemasan

Menurut Sue, dkk dalam Trismiati, (2006) menyebutkan bahwa manifestasi kecemasan terwujud dalam empat hal berikut ini.

1) Manifestasi kognitif

Yang terwujud dalam pikiran seseorang, seringkali memikirkan tentang malapetaka atau kejadian buruk yang akan terjadi.

2) Perilaku motorik

Kecemasan seseorang terwujud dalam gerakan tidak menentu seperti gemetar.

3) Perubahan somatic

Muncul dalam keadaan mulut kering, tangan dan kaki dingin, diare, sering kencing, ketegangan otot, peningkatan tekanan darah dan lain-lain. Hampir semua penderita kecemasan menunjukkan peningkatan detak jantung, respirasi, ketegangan otot dan tekanan darah.

4) Afektif

Diwujudkan dalam perasaan gelisah, dan perasaan tegang yang berlebihan.

D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

1) Faktor Internal

a) Pengalaman

Menurut Horney dalam Trismiati (2006), sumber-sumber ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan tersebut bersifat lebih umum. Penyebab kecemasan menurut Horney, dapat berasal dari berbagai kejadian di dalam kehidupan atau dapat terletak di dalam diri seseorang, misalnya seseorang yang memiliki pengalaman dalam menjalani suatu tindakan maka dalam dirinya akan lebih mampu beradaptasi atau kecemasan yang timbul tidak terlalu besar.

b) Respon Terhadap Stimulus

Menurut Trismiati (2006), kemampuan seseorang menelaah rangsangan atau besarnya rangsangan yang diterima akan mempengaruhi kecemasan yang timbul.

c) Usia

Pada usia yang semakin tua maka seseorang semakin banyak pengalamannya sehingga pengetahuannya semakin bertambah (Notoatmodjo, 2003). Karena pengetahuannya banyak maka seseorang akan lebih siap dalam menghadapi sesuatu.

d) Gender

Berkaitan dengan kecemasan pada pria dan wanita, Myers (1983) dalam Trismiati (2006) mengatakan bahwa perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya dibanding dengan laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibanding perempuan.

2) Faktor Eksternal

a) Dukungan Keluarga

Adanya dukungan keluarga akan menyebabkan seorang lebih siap dalam menghadapi permasalahan, hal ini dinyatakan oleh Kasdu (2002).

b) Kondisi Lingkungan

Kondisi lingkungan sekitar ibu dapat menyebabkan seseorang menjadi lebih kuat dalam menghadapi permasalahan, misalnya lingkungan pekerjaan atau lingkungan bergaul yang tidak memberikan cerita negatif tentang efek negatif suatu permasalahan menyebabkan

seseorang lebih kuat dalam menghadapi permasalahan, hal ini dinyatakan oleh.

(Baso, 2000 : 6)

E. Skala Kecemasan *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)*. Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 *syptoms* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (*Nol Present*) sampai dengan 4 (*severe*).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial clinic* yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable.

Skala *HARS* Menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* yang dikutip Nursalam (2003) penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

1. Perasaan Cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tensinggung.
2. Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
3. Ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
4. Gangguan tidur sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
5. Gangguan kecerdasan : penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
6. Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hoby, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
7. Gejala *somatik*: nyeni path otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
8. Gejala sensorik: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.

9. Gejala kardiovaskuler : takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
10. Gejala pemapasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek.
11. Gejala *gastrointestinal*: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
12. Gejala urogenital : sering keneing, tidak dapat menahan keneing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.
13. Gejala vegetatif : mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
14. Perilaku sewaktu wawancara : gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek dan cepat.

Cara Penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

- 0 = tidak ada gejala sama sekali
- 1 = Satu dari gejala yang ada
- 2 = Sedang/ separuh dari gejala yang ada
- 3 = berat/lebih dari ½ gejala yang ada
- 4 = sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

1. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.
2. Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.
3. Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.
4. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat.

F. Tingkat Kecemasan

Stuart dan Sundeen (1995) membagi kecemasan menjadi 4 tingkatan yaitu :

1. Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkat ini lahan persepsi melebar dan individu akan berhati-

hati dan waspada. Individu terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

a. Respon Fisiologis

- Sesekali nafas pendek
- Nadi dan tekanan darah naik
- Gejala ringan pada lambung
- Muka berkerut dan bibir bergetar

b. Respon Kognitif

- Lapang persegi meluas
- Mampu menerima ransangan yang kompleks
- Konsentrasi pada masalah
- Menyelesaikan masalah secara efektif

c. Respon perilaku dan Emosi

- Tidak dapat duduk tenang
- Tremor halus pada tangan
- Suara kadang-kadang meninggi

2. Kecemasan sedang

Pada tingkat ini lahan persepsi terhadap lingkungan menurun/individu lebih memfokuskan pada hal penting saat itu dan mengesampingkan hal lain.

a. Respon Fisiologis

- Sering nafas pendek
- Nadi ekstra systole dan tekanan darah naik
- Mulut kering
- Anorexia
- Diare/konstipasi
- Gelisah

b. Respon Kognitif

- Lapang persepsi menyempit
- Rangsang Luar tidak mampu diterima
- Berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya

c. Respon Prilaku dan Emosi

- Gerakan tersentak-sentak (meremas tangan)
- Bicara banyak dan lebih cepat

- Perasaan tidak nyaman

3. Kecemasan Berat

Pada kecemasan berat lahan persepsi menjadi sempit. Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal-hal yang lain. Individu tidak mampu berfikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan/tuntutan.

a. Respon Fisiologis

- Sering nafas pendek
- Nadi dan tekanan darah naik
- Berkeringat dan sakit kepala
- Penglihatan kabur

b. Respon Kognitif

- Lapang persepsi sangat menyempit
- Tidak mampu menyelesaikan masalah

c. Respon Prilaku dan Emosi

- Perasaan ancaman meningkat
- Verbalisasi cepat
- Blocking

4. Panik

Pada tingkat ini persepsi sudah terganggu sehingga individu sudah tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun sudah diberi pengarahan/tuntunan.

a. Respon Fisiologis

- Nafas pendek
- Rasa tercekik dan berdebar
- Sakit dada
- Pucat
- Hipotensi

b. Respon Kognitif

- Lapang persepsi menyempit
- Tidak dapat berfikir lagi

c. Respon Prilaku dan Emosi

- Agitasi, mengamuk dan marah
- Ketakutan, berteriak-teriak, blocking
- Persepsi Kacau
- Kecemasan yang timbul dapat diidentifikasi melalui respon yang dapat berupa respon fisik, emosional, dan kognitif atau intelektual.

d. Respon Fisiologis

- Kardiovaskuler : Palpitasi berdebar, tekanan darah meningkat/menurun, nadi meningkat/menurun
- Saluran Pernafasan : Nafas cepat dangkal, rasa tertekan di dada, rasa seperti tercekik
- Gastrointestinal : Hilang nafsu makan, mual, rasa tak enak pada epigastrium, diare
- Neuromuskuler : Peningkatan refleks, wajah tegang, insomnia, gelisah, kelelahan secara umum, ketakutan, tremor
- Saluran Kemih : Tak dapat menahan buang air kecil
- Sistem Kulit : Muka pucat, perasaan panas/dingin pada kulit, rasa terbakar pada muka, berkeringat setempat atau seluruh tubuh dan gatal-gatal
- Respon Kognitif : konsentrasi menurun, pelupa, raung persepsi berkurang atau menyempit, takut kehilangan kontrol, obyektifitas hilang
- Respon emosional : Kewaspadaan meningkat, tidak sadar, takut, gelisah, pelupa, cepat marah, kecewa, menangis dan rasa tidak berdaya

Stuart dan Sundeen (1995) mengatakan rentan respon individu berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptive seperti :

- Adaptif Maladaptif
- Adaptasi Ringan Sedang Berat Panik

Roy (1974) mengatakan manusia makhluk yang unik karenanya mempunyai respon yang berbeda-beda terhadap cemas tergantung kemampuan adaptasi ini

dipengaruhi oleh pengalaman berubah dan kemampuan koping individu. Koping adalah mekanisme mempertahankan keseimbangan dalam menghadapi stress.

Selanjutnya Roy (1974) menerangkan proses adaptasi dipengaruhi oleh 2 aspek yaitu masing-masing individu dan kemampuan adaptasi ini dipengaruhi oleh pengalaman berubah dan kemampuan koping individu. Koping adalah mekanisme mempertahankan keseimbangan dalam menghadapi stress.

1. Stresor (stimulus lokal)

- Yaitu semua rangsang yang dihadapi individu dan memerlukan respon adaptasi. Mediator (proses adaptasi)

2. Stimulus Internal

- yaitu factor dari dalam yang dimiliki individu seperti keyakinan, pengalaman masa lalu, sikap, dan kepribadian.

3. Stimulus eksternal (kontekstual)

- Yaitu factor dari luar yang berkontribusi atau melatar belakangi dan mempengaruhi respon adaptasi individu terhadap stressor yang dihadapi.

G. Mekanisme Pertahanan terhadap Kecemasan

Kecemasan berfungsi sebagai tanda adanya bahaya yang akan terjadi, suatu ancaman terhadap ego yang harus dihindari atau dilawan. Dalam hal ini ego harus mengurangi konflik antara kemauan Id dan Superego. Konflik ini akan selalu ada dalam kehidupan manusia karena menurut Freud, insting akan selalu mencari pemuasan sedangkan lingkungan sosial dan moral membatasi pemuasan tersebut. Sehingga menurut Freud suatu pertahanan akan selalu beroperasi secara luas dalam segi kehidupan manusia.

Layaknya semua perilaku dimotivasi oleh insting, begitu juga semua perilaku mempunyai pertahanan secara alami, dalam hal untuk melawan kecemasan. *Freud membuat postulat tentang beberapa mekanisme pertahanan* namun mencatat bahwa jarang sekali individu menggunakan hanya satu pertahanan saja. Biasanya individu akan menggunakan beberapa mekanisme pertahanan pada satu saat yang bersamaan. Ada dua karakteristik penting dari mekanisme pertahanan. Pertama adalah bahwa mereka merupakan bentuk penolakan atau gangguan terhadap realitas. Kedua adalah bahwa mekanisme

pertahanan berlangsung tanpa disadari. Kita sebenarnya berbohong pada diri kita sendiri namun tidak menyadari telah berlaku demikian. Tentu saja jika kita mengetahui bahwa kita berbohong maka mekanisme pertahanan tidak akan efektif.

Jika mekanisme pertahanan bekerja dengan baik, pertahanan akan menjaga segala ancaman tetap berada di luar kesadaran kita. Sebagai hasilnya kita tidak mengetahui kebenaran tentang diri kita sendiri. Kita telah terpecah oleh gambaran keinginan, ketakutan, kepemilikan dan segala macam lainnya. Beberapa mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melawan kecemasan antara lain adalah:

a. Represi

Dalam terminologi Freud, represi adalah pelepasan tanpa sengaja sesuatu dari kesadaran (*conscious*). Pada dasarnya merupakan upaya penolakan secara tidak sadar terhadap sesuatu yang membuat tidak nyaman atau menyakitkan. Konsep tentang represi merupakan dasar dari sistem kepribadian Freud dan berhubungan dengan semua perilaku neurosis.

b. Reaksi Formasi

Reaksi formasi adalah bagaimana mengubah suatu impuls yang mengancam dan tidak sesuai serta tidak dapat diterima norma sosial diubah menjadi suatu bentuk yang lebih dapat diterima. Misalnya seorang yang mempunyai impuls seksual yang tinggi menjadi seorang yang dengan gigih menentang pornografi. Lain lagi misalnya seseorang yang mempunyai impuls agresif dalam dirinya berubah menjadi orang yang ramah dan sangat bersahabat. Hal ini bukan berarti bahwa semua orang yang menentang, misalnya peredaran film porno adalah seorang yang mencoba menutupi impuls seksualnya yang tinggi. Perbedaan antara perilaku yang diperbuat merupakan benar-benar dengan yang merupakan reaksi formasi adalah intensitas dan keekstrimannya.

c. Proyeksi

Proyeksi adalah mekanisme pertahanan dari individu yang menganggap suatu impuls yang tidak baik, agresif dan tidak dapat diterima sebagai bukan miliknya melainkan milik orang lain. Misalnya seseorang berkata “Aku tidak benci dia, dialah yang benci padaku”. Pada proyeksi impuls itu masih dapat

bermanifestasi namun dengan cara yang lebih dapat diterima oleh individu tersebut.

d. Regresi

Regresi adalah suatu mekanisme pertahanan saat individu kembali ke masa periode awal dalam hidupnya yang lebih menyenangkan dan bebas dari frustrasi dan kecemasan yang saat ini dihadapi. Regresi biasanya berhubungan dengan kembalinya individu ke suatu tahap perkembangan psikoseksual. Individu kembali ke masa dia merasa lebih aman dari hidupnya dan dimanifestasikan oleh perilakunya di saat itu, seperti kekanak-kanakan dan perilaku dependen.

e. Rasionalisasi

Rasionalisasi merupakan mekanisme pertahanan yang melibatkan pemahaman kembali perilaku kita untuk membuatnya menjadi lebih rasional dan dapat diterima oleh kita. Kita berusaha memaafkan atau mempertimbangkan suatu pemikiran atau tindakan yang mengancam kita dengan meyakinkan diri kita sendiri bahwa ada alasan yang rasional dibalik pikiran dan tindakan itu. Misalnya seorang yang dipecat dari pekerjaan mengatakan bahwa pekerjaannya itu memang tidak terlalu bagus untuknya. Jika anda sedang bermain tenis dan kalah maka anda akan menyalahkan raket dengan cara membantingnya atau melemparnya daripada anda menyalahkan diri anda sendiri telah bermain buruk. Itulah yang dinamakan rasionalisasi. Hal ini dilakukan karena dengan menyalahkan objek atau orang lain akan sedikit mengurangi ancaman pada individu itu.

f. Pemindahan

Suatu mekanisme pertahanan dengan cara memindahkan impuls terhadap objek lain karena objek yang dapat memuaskan Id tidak tersedia. Misalnya seorang anak yang kesal dan marah dengan orang tuanya, karena perasaan takut berhadapan dengan orang tua maka rasa kesal dan marahnya itu ditimpakan kepada adiknya yang kecil. Pada mekanisme ini objek pengganti adalah suatu objek yang menurut individu bukanlah merupakan suatu ancaman.

g. Sublimasi

Berbeda dengan *displacement* yang mengganti objek untuk memuaskan Id, sublimasi melibatkan perubahan atau penggantian dari impuls Id itu

sendiri. Energi instingtual dialihkan ke bentuk ekspresi lain, yang secara sosial bukan hanya diterima namun dipuji. Misalnya energi seksual diubah menjadi perilaku kreatif yang artistik.

h. Isolasi

Isolasi adalah cara kita untuk menghindari perasaan yang tidak dapat diterima dengan cara melepaskan mereka dari peristiwa yang seharusnya mereka terikat, merepresikannya dan bereaksi terhadap peristiwa tersebut tanpa emosi. Hal ini sering terjadi pada psikoterapi. Pasien berkeinginan untuk mengatakan kepada terapis tentang perasaannya namun tidak ingin berkonfrontasi dengan perasaan yang dilibatkan itu. Pasien kemudian akan menghubungkan perasaan tersebut dengan cara pelepasan yang tenang walau sebenarnya ada keinginan untuk mengeksplorasi lebih jauh.

i. Undoing

Dalam *undoing*, individu akan melakukan perilaku atau pikiran ritual dalam upaya untuk mencegah impuls yang tidak dapat diterima. Misalnya pada pasien dengan gangguan obsesif kompulsif, melakukan cuci tangan berulang kali demi melepaskan pikiran-pikiran seksual yang mengganggu.

j. Intelektualisasi

Sering bersamaan dengan isolasi; individu mendapatkan jarak yang lebih jauh dari emosinya dan menutupi hal tersebut dengan analisis intelektual yang abstrak dari individu itu sendiri.

3. Rangkuman

Cemas sebagai emosi tanpa obyek yang spesifik, penyebabnya tidak diketahui, dan didahului oleh pengalaman baru. Sedangkan takut mempunyai sumber yang jelas dan obyeknya dapat didefinisikan. Takut merupakan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam dan cemas merupakan respon emosi terhadap penilaian tersebut. Lebih jauh dikatakan pula, kecemasan dapat dikomunikasikan dan menular, hal ini dapat mempengaruhi hubungan terapeutik perawat klien. Hal ini menjadi perhatian perawat.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- ✓ Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- ✓ Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- ✓ Hasil analisis di presentasikan di depan kelas

N. Kegiatan Belajar 12

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan keperawatan Gangguan Kognitif

2. Uraian Materi

Konsep Gangguan Kognitif

Dosen: Ifa Nofalia, M.Kep.

A. PENGERTIAN

Fungsi kognitif adalah kemampuan untuk memberikan alasan, mengingat, persepsi, orientasi, memperhatikan, serta memberikan keputusan (Stuart dan Laraia, 1998). Sehingga gangguan kognitif merupakan respon maladaptive yang ditandai dengan adanya gangguan daya ingat, disorientasi, inkoheren, salah persepsi, penurunan perhatian serta sukar berpikir logis. Gangguan ini membuat individu berada dalam kebingungan, tidak mampu menghubungkan kejadian saat ini dengan kejadian yang lampau.

Gangguan kognitif (cognitive impairment disorders) disebabkan oleh kerusakan neuron temporer atau permanent, mengakibatkan tidak berfungsinya proses kognitif (misalnya fungsi otak yang lebih tinggi) yang meliputi memori, penalaran, orientasi, persepsi dan perhatian (Isaacs Ann, 2005).

Sindrom otak organik adalah gangguan jiwa yang psikotik atau non psikotik yang disebabkan oleh gangguan fungsi jaringan otak. Gangguan fungsi jaringan otak ini disebabkan oleh penyakit seperti meningo-ensefalitis, gangguan pembuluh darah otak, tumor otak, dan lain sebagainya. Gangguan mental organik adalah suatu gangguan patologi yang jelas, misalnya tumor otak, penyakit serebrovaskuler, atau intoksikasi obat (Mansjoer Arif, 2001).

B. RENTANG RESPON

Fungsi kognitif dapat berfluktuasi sepanjang rentang respon adaptif dan maladaptive. Fluktuasi ini sangat dipengaruhi oleh tingkat kecemasan klien. Gangguan kognitif ini kebanyakan dialami oleh klien dengan gangguan mental organik dan gangguan ini dapat terjadi secara episodic atau terus menerus.

Respon adaptif	Respon maladaptive
Berpikir logis Koheren Rasional Dapat mengambil keputusan	Pelupa Kadang lupa Kadang tidak dapat berpikir jernih Kadang salah persepsi

	Kadang tidak dapat mengambil keputusan
--	--

C. KLASIFIKASI

1. Demensia

Demensia adalah gangguan fungsi kognitif yang ditandai oleh penurunan fungsi intelektual yang berat yang disertai kerusakan daya ingat ; pemikiran abstrak dan daya nilai ; emosi dan kepribadian (Stuart dan Laraia, 1998).

Demensia adalah gangguan progresif kronik yang dicirikan dengan kerusakan berat pada proses kognitif dan disfungsi kepribadian serta perilaku (Isaacs Ann, 2005). Demensia merupakan suatu sindrom yang ditandai oleh berbagai gangguanm fungsi kogniitf tanpa gangguan kesadaran. Ganggua fungsi kognitif antara lain pada intelegansi, belajar dan daya ingat, bahasa, pemecahan masalah, orientasi, persepsi, perhatian dan konsentrasi, penyesuaian, dan kemampuan bersosialisasi.

2. Delirium

Delirium adalah fungsi kognitif yang kacau, ditandai dengan kekacauan kesadaran yang meliputi salah persepsi dan perubahan proses pikir (Stuart dan Laraia, 1998). Umumnya gangguan ini terjadi dalam waktu singkat (biasanya satu minggu, jarang terjadi lebih dari satu bulan). Delirium adalah suatu sindrom dengan gejala pokok adanya gangguan kesadaran yang biasanya tampak dalam bentuk hanbatan pada fungsi kognitif .

3. Amnestik

Gangguan amnestik adalah gangguan kognitif yang dicirikan dengan kerusakan memori yang parah dan ketidakmampuan untuk mempelajari materi baru, dapat terjadi konfabulasi dan apatisme. Yang akan dibahas selanjutnya adalah kedua gangguan kognitif yang lasim terjadi yaitu demensia dan delirium.

D. ETIOLOGI

Demensia	Delirium
Penyakit vaskuler seperti hipertensi, arterosklerosis.	Penyakit akut atau kronis seperti jantung congestive, pneumonia,

<ul style="list-style-type: none"> .. Penyakit Parkinson .. Gangguan genetika ; korea Huntington atau penyakit pick .. Infeksi virus HIV yang menyerang system saraf pusat .. Gangguan struktur jaringan otak seperti tekanan normal hidrosefalus dan trauma kepala 	<ul style="list-style-type: none"> penyakit ginjal dan hati, kanker dab stoke. .. Faktor hormonal dan nutrisi seperti diabetes, ketidakseimbangan adrenal atau tiroid, malnutrisi dan dehidrasi. .. Kehilangan penglihatan dan pendengaran .. Obat-obatan antipsikotik, antihistamin, antidepresan, dan antiparkinson
---	---

E. MANIFESTASI KLINIS

Demensia	Delirium
<ul style="list-style-type: none"> .. Afasia ; kehilangan kemampuan berbahasa. .. Apraksia ; rusaknya kemampuan melakukan aktivitas motorik sekalipun fungsi sensorinya tidak mengalami kerusakan. .. Agnosia ; kegagalan mengenali atau mengidentifikasi obyek atau benda umum walaupun fungsi sensorinya tidak mengalami kerusakan. .. Konfabulasi ; mengisi celah-celah ingatannya dengan fantasi yang diyakini individu yang terkena .. Sundown syndrome ; membruknya disorientasi di malam hari .. Reaksi katastrofik ; respon takut atau panic dengan potensi kuat menyakiti diri sendiri atau orang lain. .. Perseveration phenomenon ; perilaku mengulang, meliputi mengulangi kata-kata orang lain. .. Hiperoralitas ; kebutuhan untuk mecicipi dan mengunyah benda-benda yang cukup kecil untuk dimasukan ke mulut .. Kehilangan memori ; awalnya hanya hal-hal yang baru terjadi, dan akhirnya gangguan ingatan masa lalu .. Disorientasi waktu, tempat, dan orang .. Berkurangnya kemampuan berkonsentrasi atau mempelajari materi baru .. Sulit mengambil keputusan 	<ul style="list-style-type: none"> .. Agitasi, gerakan yang tidak terarah, tremor, ketakutan, kecemasan, depresi, euphoria, apatis dan gangguan pola tidur. .. Terdapat pula kemungkinan gangguan bicara, inkoherensi, disorientasi, gangguan memori, dan persepsi yang salah seperti ilusi dan haslusinasi. .. Gangguan kesadaran dan pemahaman ; berkurangnya kemampuan untuk mempertahankan perhatian terhadap seautu hal. .. Pikiran yang kacau dan percakapan yang melantur .. Gangguan siklus tidur-bangun .. Perubahan psikomotor (misalnya hiperaktif, hipoaktif, agitasi, mengantuk)

.. Penilaian buruk ; individu ini tidak mempunyai kewaspadaan lingkungan tentang keamanan dan keselamatan

F. AWITAN DAN PERJALANAN PENYAKIT

1. Delirium adalah gangguan akut dengan awitan cepat, yang biasanya bias disembuhkan bila segera dibati.
2. Demensia adalah gangguan kronis dengan awitan lambat dan biasanya berprognosis buruk

G. PENATALAKSANAAN

1. Delirium

Pengobatan difokuskan pada identifikasi dan penyembuhan penyebab utama sambil mendukung proses fisiologik klien dalam menjaga dan meningkatkan keselamatan. Pengobatan akut berbasis rumah sakit biasanya diindikasikan untuk gangguan ini.

2. Demensia

Pengobatan diarahkan pada tujuan jangka panjang, yaitu mempertahankan kualitas hidup pasien gangguan degeneratif dan progresif ini.

- Pendekatan tim multidispliner meliputi upaya kolaboratif dari pfesional Keperawatan, kedokteran, nutrisi, psikiater, psikologi, pekerja social, farmasi, dan rehabilitasi.
- Fokus keluarga
- Penatalaksanaan berfokus komunitas ; melakukan kunjungan rumah, adult day care service, memberikan perawatan pribadi bagi klien, menyediakan kelompok pendukung, penyuluhan masyarakat dan keluarga, pengumpulan dana dan aktivitas melobi untuk penelitian dan tindakanlegislatif.
- Intervensi farmakologik
Tujuannya adalah memperlambat laju penurunan kondisdi klien dengan obat yang meningkatkan kadar asetilkolin dan membantu mempertahankan fungsi neuronal serta penatalaksanaan perilaku dan gejala yang menimbulkan stress.

Obat untuk gejala demensia

Klasifikasi	Nama Generik>Nama Dagang	Dosis Harian Biasa	Rasional Penggunaan
Obat antikolinesterase	Takrin (cognex)	40 mg/hari (10 mg 4x/hari)	Mempengaruhi enzim asetilkolinesterase, yang memecah asetilkolin. Obat-obatan ini memungkinkan asetilkolin tinggal lebih lama di sinaps
	Donepezil (Aricept)	5 mg/hari (sekali sehari)	
Antioksidan	Vitamin E	400-800 IU/hari	Diberikan berdasarkan aktivitas melawan proses oksidasi, yang mensintesis radikal sitotoksik sintesis.
Ansietas dan agitasi Benzodiazepine (BZA)	Lorazepam (Ativan)	0,25 mg/hari, dapat ditingkatkan menjadi 2x/hari	
Antiansietas non-BZA	Buspiron (BuSpar)	15-160 mg/hari	
Antikonvulsan	Karbamazepin (tegretol)	200 mg/dua kali sehari	
	Divalproleks (Depakote)	250 mg/dua kali sehari	
Halusinasi dan perilaku menyerang Antipsikotik Topikal Atipikal	Haloperidol (haldol)	0,25 mg/hari atau 2 x sehari	
	Risperidon (risperdal)	0,5 mg/hari atau 2 x sehari	
Depresi Antidepresan	Nefazodon (serzone)	50 mg/hari, dapat ditambah menjadi 400 mg/hari dengan jadwal 2 x sehari	

3. Rangkuman

Gangguan kognitif (cognitive impairment disorders) disebabkan oleh kerusakan neuron temporer atau permanent, mengakibatkan tidak berfungsinya proses kognitif (misalnya fungsi otak yang lebih tinggi) yang meliputi memori, penalaran, orientasi, persepsi dan perhatian

4. Penugasan dan Umpan Balik

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- ✓ Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- ✓ Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- ✓ Hasil analisis di presentasikan di depan kelas

O. Kegiatan Belajar 13-14

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan terapi modalitas

2. Uraian Materi

Konsep Terapi Modalitas

Dosen: Ifa Nofalia, M.Kep.

A. Pengertian Terapi Modalitas

Terapi modalitas yaitu suatu terapi yang dilakukan dengan cara melakukan berbagai pendekatan penanganan pada klien dengan gangguan jiwa. Terapi modalitas adalah terapi dalam keperawatan jiwa, dimana perawat mendasarkan potensi yang dimiliki klien (modal-modality) sebagai titik tolak terapi atau penyembuhan. Dapat juga didefinisikan terapi modalitas adalah suatu pendekatan penanganan klien dengan gangguan yang bervariasi yang bertujuan untuk mengubah perilaku klien dengan gangguan jiwa dengan perilaku maladaptifnya menjadi perilaku yang adaptif.

B. Tujuan Terapi Modalitas

1. Menimbulkan kesadaran terhadap salah satu perilaku klien
2. Mengurangi gejala gangguan jiwa
3. Memperlambat kemunduran
4. Membantu adaptasi terhadap adaptasi sekarang
5. Membantu keluarga dan orang-orang yang berarti
6. Mempengaruhi kemampuan merawat diri sendiri
7. Meningkatkan aktivitas
8. Meningkatkan kemandirian

(Gostetamy, 1973)

C. Jenis Terapi Modalitas

1. Terapi Lingkungan

a. Pengertian

Milieu Therapy, berasal dari bahasa Perancis yang berarti perencanaan ilmiah dari lingkungan untuk tujuan yang bersifat terapeutik atau mendukung kesembuhan.

Pengertian lainnya 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.

Terapi lingkungan adalah bentuk terapi yaitu menata lingkungan agar terjadi perubahan perilaku pada klien dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif. Perawat menggunakan semua lingkungan rumah sakit dalam arti terapeutik. Bentuknya adalah memberi kesempatan klien untuk tumbuh dan berubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi.

Dalam terapi lingkungan perawat harus memberikan kesempatan, dukungan, pengertian agar klien dapat berkembang menjadi pribadi yang bertanggung jawab. Klien juga dipaparkan pada peraturan-peraturan yang harus ditaati, harapan lingkungan, tekanan peer, dan belajar bagaimana berinteraksi dengan orang lain. Perawat juga mendorong komunikasi dan pembuatan keputusan, meningkatkan harga diri, belajar keterampilan dan perilaku yang baru.

Bahwa lingkungan rumah sakit adalah lingkungan sementara di mana klien akan kembali ke rumah, maka tujuan dari terapi lingkungan ini adalah memampukan klien dapat hidup di luar lembaga yang diciptakan melalui belajar kompetensi yang diperlukan untuk beralih dari lingkungan rumah sakit ke lingkungan rumah tinggalnya.

b. Tujuan

Membantu Individu untuk mengembangkan rasa harga diri, mengembangkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, membantu belajar mempercayai orang lain, dan mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat.

Menurut **Stuart** dan **Sundeen**:

- 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, dan
- 5) Mencapai perubahan yang positif

c. Karakteristik

Lingkungan harus bersifat terapeutik yaitu: mendorong terjadi proses penyembuhan, lingkungan tersebut harus memiliki karakteristik sbb:

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

Disamping hal tersebut, 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 meraswa takut baik dari ancaman psikologis maupun ancaman fisik.
- 5) Penekanan pada sosialisasi dan interaksi kelompok dengan focus komunikasi terapeutik.
- 6) Staf membagi tanggung jawab bersama pasien.
- 7) Personal dari lingkungan manghargai klien sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan, dan tanggung jawab.
- 8) Kebutuhan fisik klien mudah terpenuhi.

d. Jenis-jenis Lingkungan

1) Lingkungan Fisik

Aspek terapi lingkungan meliputi semua gambaran yang konkrit yang merupakan bagian eksternal kehidupan rumah sakit. *Setting* nya meliputi:

- a) Bentuk dan struktur bangunan
- b) Pola interaksi antara masyarakat dan rumah sakit

Tiga aspek yang mempengaruhi terwujudnya lingkungan fisi terapeutik:

- a) Lingkungan fisik yang tetap
- b) Lingkungan fisik semi tetap
- c) Lingkungan fisik tidak tetap

2) 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 mental, merangsang memori dan mencegah disorientasi ruangan. Setiap ruangan harus dilengkapi dengan jadwal kegiatan harian, jadwal terapi aktivitas kelompok, jadwal kunjungan keluarga, dan jadwal kegiatan khusus misalnya rapat ruangan.

3) 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.

4) Lingkungan Fisik Tidak Tetap

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

5) 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.

- a) Komunikasi terapeutik, sikap bersahabat dan perasaan empati.
- b) Observasi pasien tiap 15 menit.
- c) Jelaskan tujuan pengikatan/pengekangan secara berulang-ulang.
- d) Penuhi kebutuhan fisik pasien.
- e) Libatkan keluarga.

Beberapa prinsip yang perlu diyakini petugas kesehatan dalam berinteraksi dengan pasien:

- a) Tingkah laku dikomunikasikan dengan jelas untuk mempertahankan, mengubah tingkah laku pasien.
 - b) Penerimaan dan pemeliharaan tingkah laku pasien tergantung dari tingkah laku partisipasi petugas kesehatan dan keterlibatan pasien dalam kegiatan belajar.
 - c) Perubahan tingkah laku pasien tergantung pada perasaan pasien sebagai anggota kelompok dan pasien dapat mengikuti atau mengisi kegiatan.
 - d) Kegiatan sehari-hari mendorong interaksi antara pasien.
 - e) Mempertahankan kontak dengan lingkungan misalnya adanya kalender harian dan adanya papan nama dan tanda pengenalan bagi petugas kesehatan.
- e. Peran Perawat dalam Terapi Lingkungan
- 1) Pencipta Lingkungan yang Aman dan Nyaman
 - a) Perawat menciptakan dan mempertahankan iklim/suasana 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.
 - d) Pasien diminta berpartisipasi melakukan kegiatan bagi dirinya sendiri dan orang lain seperti yang biasa dilakukan di rumahnya. Misalnya membereskan kamar.
- 2) Penyelenggara Proses Sosialisasi
- a) Membantu pasien belajar berinteraksi dengan orang lain, mempercayai orang lain, sehingga meningkatkan harga diri dan berguna bagi orang lain.
 - b) Mendorong pasien untuk berkomunikasi tentang ide-ide, perasaan dan perilakunya secara terbuka sesuai dengan aturan di dalam kegiatan-kegiatan tertentu.
 - c) 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.
- f. Jenis-jenis Kegiatan Terapi Lingkungan
- 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
 - 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

- 3) *Dance therapy*/ menari
- 4) Terapi musik
- 5) Terapi dengan menggambar/melukis Dengan menggambar akan menurunkan ketegangan dan memusatkan pikiran yang ada.
- 6) *Literatur/ biblio therapy*
Terapi dengan kegiatan membaca seperti novel, majalah, buku-buku dan kemudian mendiskusikannya. Tujuannya adalah untuk mengembangkan wawasan diri dan bagaimana mengekspresikan perasaan/pikiran dan perilaku yang sesuai dengan norma-norma yang ada.
- 7) *Pettherapy*
Terapi ini bertujuan untuk menstimulasi respon pasien yang tidak mampu mengadakan hubungan interaksi dengan orang-orang dan pasien biasanya merasa kesepian, menyendiri.
- 8) *Planttherapy*
Terapi ini bertujuan untuk mengajar pasien untuk memelihara segala sesuatu/mahluk hidup, dan membantu hubungan yang akrab antara satu pribadi kepada pribadi lainnya.

2. Terapi Keluarga

a. Pengertian

Terapi keluarga adalah model terapi yang bertujuan mengubah pola interaksi keluarga sehingga bisa membenahi masalah-masalah dalam keluarga (Gurman, Kniskern & Pinsof, 1986).

Terapi keluarga merupakan pendekatan terapeutik yang melihat masalah individu dalam konteks lingkungan khususnya keluarga dan menitik beratkan pada proses interpersonal. Tetapi keluarga merupakan intervensi spesifik dengan tujuan membina komunikasi secara terbuka dan teraksi keluarga secara sehat.

b. Tujuan

- 1) Menurunkan konflik kecemasan keluarga
- 2) Meningkatkan kesadaran keluarga terhadap kebutuhan masing-masing anggota keluarga.
- 3) Meningkatkan kemampuan penanganan terhadap krisis.

- 4) Mengembangkan hubungan peran yang sesuai
- 5) Membantu keluarga menghadapi tekanan dari dalam maupun dari luar anggota keluarga.
- 6) Meningkatkan kesehatan jiwa keluarga sesuai dengan tingkat perkembangan anggota keluarga.

c. Perkembangan

Penelitian mengenai terapi keluarga dimulai pada tahun 1950-an oleh seorang Antropologis bernama Gregory Bateson yang meneliti tentang pola komunikasi pada keluarga pasien skizofrenia di Palo Alto, California.

Pada pertengahan 1970-an, masyarakat profesional mulai menganggap serius perspektif dan terapi keluarga. Sejalan dengan itu, buku-buku dan artikel-artikl bermunculan, begitu juga program pelatihan terapi keluarga (Gale dan Long, 1996)

Munculnya buku-buku semipopuler sejak tahun 1968 hingga 1992 memberikan pandangan dan proses yang melekat pada kehidupan perkawinan dan pasangan yang senantiasa berubah.

Perkembangan dari fokus pada individu, psikodinamik berdasarkan psikoterapi ke fokus pada keluarga sebagai unit dari terapi, dikemukakan of Jones sebagai " Sceintific Revoketion ".

Penggunaan terapi keluarga ini yaitu untuk mengerti perilaku manusia, khususnya disfungsi manusia. Berikut ini adalah asumsi yang digunakan sebagai pedoman untuk menggunakan pendekatan –pendekatan dalam praktek perawatan kesehatan.

Keluarga merupakan unti sosial dasar dalam fungsi manusia. Keluarga adalah fenomena sosial yang multikultural dan multidimensi. Keluarga mempengaruhi seluruhnya sistem sosial baik pada perkembangan maupun kelangsungan perilaku seseorang.

Sebagai satu sistem sosial dasar keluarga mempunyai fungsi utama untuk mentransfer nilai budaya dan tradisi melalui generasinya. Perkembangan dan peningkatan sistem keluarga melalui organisasi yang kompleks berlangsung melalui tahap –tahap perkembangan. Individu juga berkembang melalui tahap –tahap perkembangan dan perjalanan ini umumnya terjadi dalam konteks keluarga.

Keluarga mengalami transisi dalam peristiwa perkembangan seperti : melahirkan, meninggal, dan menikah. Kejadian ini menimbulkan perubahan pada anggota dan komposisi dari sistem keluarga. Keluarga memproses dan mengembangkan kekuatan dan sumber internal. Diantara sumber –sumber tersebut adalah kemampuan untuk beradaptasi dan berubah dalam respon terhadap kebutuhan internal dan eksternal.

Perubahan dalam struktur dan proses keluarga menunjukkan perubahan dalam seluruh anggota keluarganya. Perubahan dalam perilaku dan fungsi individu sebagai anggota keluarga berpengaruh terhadap sistem keluarga dan seluruh anggota keluarga lainnya. Keluarga sebagai sistem adalah lebih dari sejumlah fungsi dari tiap –tiap individu dari anggotanya. Perubahan dalam struktur dan fungsi keluarga dapat difasilitasi melalui terapi keluarga.

d. Kerangka Teoritis

Terapi keluarga adalah model terapi yang bertujuan mengubah pola interaksi keluarga sehingga bisa membenahi masalah-masalah dalam keluarga (Gurman, Kniskern & Pinsof, 1986).

Terapi keluarga muncul dari observasi bahwa masalah-masalah yang ada pada terapi individual mempunyai konsekuensi dan konteks sosial. Contohnya, klien yang menunjukkan peningkatan selama menjalani terapi individual, bisa terganggu lagi setelah kembali pada keluarganya.

Terapi keluarga didasarkan pada teori system (Van Bertalanffy, 1968) yang terdiri dari 3 prinsip :

Pertama, adalah kausalitas sirkular, artinya peristiwa berhubungan dan saling bergantung bukan ditentukan dalam sebab satu arah–efek perhubungan.

Kedua, ekologi, mengatakan bahwa system hanya dapat dimengerti sebagai pola integrasi, tidak sebagai kumpulan dari bagian komponen. Dalam system keluarga, perubahan perilaku salah satu anggota akan mempengaruhi yang lain.

Ketiga, adalah subjektivitas yang artinya tidak ada pandangan yang objektif terhadap suatu masalah, tiap anggota keluarga mempunyai persepsi sendiri dari masalah keluarga.

Ketika masalah muncul, terapi akan berusaha untuk mengidentifikasi masalah keluarga atau komunikasi keluarga yang salah, untuk mendorong semua anggota keluarga mengintrospeksi diri menyangkut masalah yang muncul. Tujuan umum terapi keluarga adalah meningkatkan komunikasi karena keluarga bermasalah sering percaya pada pemahaman tentang arti penting dari komunikasi (Patterson, 1982).

Terapis keluarga biasa diperlukan ketika:

- 1) Krisis keluarga yang mempengaruhi seluruh anggota keluarga.
- 2) Ketidak harmonisan seksual atau perkawinan
- 3) Konflik keluarga dalam hal norma atau keturunan

Beberapa teori yang mendasari terapi keluarga adalah

1) *Psychodynamik Family Therapy*

Safir mengatakan bahwa ada hubungan antara psikopatologi individual dengan dinamika keluarga.

Contoh :seseorang yang mempunyai harga diri rendah akan menampilkan suatu " False Self" yang ditampilkan pada saat yang sama diajuga takut kecewa dan sulit mempercayai orang lain termasuk pasangan hidupnya. Hal ini menyebabkan kesulitan yang serius dalam perkawinannya.

Tujuan dari terapi keluarga yang berorientasi psikodinamika yaitu untuk menolong anggota keluarga mencapai suatu pengertian tentang dirinya dan caranya beraksi satu sama lain di dalam keluarga.

Di sini anggota keluarga didorong kearah asosiasi bebas dengan membiarkan pikiran mereka berjalan bebas tanpa sensor alam sadar dan memverbalisasikan pikirannya. Terapist hendaknya dab tudak secara aktif melakukan intervensi juga hindari memberi saran dan memanipulasi keluarga.

2) *Behavioural Family Therapy*

Terapi perilaku dalam keluarga diawali dengan mempelajari pola perilaku keluarganya untuk menentukan keadaan yang menimbulkan masalah perilaku itu. Berdasarkan analisis ini, terapist membuat rencana

untuk merubah keadaan tersebut dengan cara intervensi langsung dalam keluarga.

Tujuan utamanya adalah meningkatkan perilaku yang positif yang diinginkan dan menghilangkan perilaku negatif. Hal ini dilakukan dengan mengatur keluarga sehingga perilaku yang diinginkan diperkuat dengan memberi " *Reward* ".

3) *Group Therapy Approaches*

Terapi kelompok dapat diterapkan didalam keluarga.

Tujuannya adalah menolong anggota keluarga mendapatkan insight melalui proses interaksi didalam kelompok. Peranan terapist adalah sebagai fasilitator dan kadang – kadang menginter pretasi apa yang terjadi pada anggota kelompok.

Terapi keluarga menggunakan teori komunikasi proses komunikasi yang terjadi didalam keluarga dapat dijelaskan sebagai berikut:

a) Komunikasi dan kognisi

Terapist dari kelompok ini menaruh perhatian untuk menolong keluarga dan menjelaskan arti komunikasi yang terjadi diantara mereka. Terapist menyuruh anggota keluarga meneliti apa yang dimaksud oleh anggota keluarga yang lain saat menyatakan sesuatu.

Terapist juga memperhatikan puntuasi dari proses komunikasi yang terjadi pada keluarga dengan tujuan memperjelas kesalah pengertian, juga diperhatikan bahwa non verbal yang digunakan.

b) Komunikasi dan kekuatan

Haley mengatakan bahwa bila seseorang mengkomunikasikan pesan pada orang lain berarti dia sedang membuat siasat untuk menentukan hubungan.

Contoh : orang tua bertanggung jawab terhadap anak – anak dan dia punya hak untuk membatasi perilaku anak jika anak sudah besar, dia punya hak sendiri untuk mengambil keputusan. Cara ini sering ditemukan pada terapi struktural dimana tujuan proses, terapi untuk merubah posisi dari batasan diantara sub sistem yang berbeda dalam keluarga.

c) Komunikasi dan perasaan

Virginia safir adalah orang yang banyak memberi penekanan komunikasi dari perasaan. Dikatakan bahwa pasangan perkawinan yang mempunyai kebutuhan emosional diharapkan ditentukan dalam perkawinan jika kita menemukan kebutuhan emosional hari setiap orang maka komunikasi perasaan ini sangat penting artinya : Tujuan dari terapi adalah memperbaiki bila terdapat ketidakpuasan.

4) *Structural Family Therapy*

Struktur keluarga yang terdiri dari susunan yang mengatur transaksi di antara anggota keluarga. Fleksibilitas dari fungsi keluarga dan kemampuannya untuk berubah. " *The Family Resonance* " pada anggota keluarga dapat saling terikat atau saling merenggang. Konteks kehidupan keluarga ini merupakan supra sistem yang terdiri dari keluarga besar, B tetangga lingkungan kerja, lingkungan sekolah dari anggota keluarga supra sistem bisa merupakan sumber stress atau sumber support dari lingkungan. bisa merupakan.

5) *Tingkatan perkembangan keluarga*

Cara keluarga memperlakukan gejala – gejala yang terdapat pada anggota keluarga yang sakit. Terapist memulai terapi dengan cara bergabung dengan keluarga dan berpartisipasi dalam transaksi, sehingga terapist dapat mengobservasi aspek tertentu dari fungsi keluarga dan struktur keluarga tersebut. Kemudian tentukan seberapa jauh gejala dari pasien atau masalah keluarga berkaitan dengan fungsi keluarga (struktur keluarga). Jika berkaitan maka intervensi merubah struktur diperlukan.

e. Indikasi

Terapi keluarga akan sangat bermanfaat jika digunakan pada kasus yang tepat.

Indikasi terapi keluarga menurut walrond skinner adalah :

- 1) Gejala yang timbul merupakan ekspresi disfungsi dari sistem keluarga.
- 2) Gejala yang timbul lebih menyebabkan beberapa perubahan dalam hubungan anggota keluarganya dapat merupakan masalah secara individual.

- 3) Kesulitan berpisah.
- 4) Terapi keluarga yang berorientasi psikomaktika menyatakan bahwa terapi keluarga akan berguna pada keluarga – keluarga dapat fungsi yang didasari oleh paranoid Skizoid, hubungan yang " *part object* " kurangnya " *ego goundaries* " dan terlalu banyakmemamakai denial proyeksi. a " *Saverely Disorganized Family* " dan keadaan sosial ekonomi yang sangat buruk.

f. Teknis

Terapi keluarga dilakukan dengan menggunakan tehnik berikut:

1) Terapi keluarga berstruktur

Terapi keluarnya berstruktur adalah suatu kerangka teori tehnik pendekatan individu dalam konteks sosialnya.

Tujuan adalah mengubah organisasi keluarga.

Terapi keluarga berstruktur memepergunakan proses balik antara lingkungan dan orang yang terlibat perubahan– perubahan yang ditimbulkan oleh seseorang terhadap sekitarnya dan cara–cara dimana umpan balik terhadap perubahan perubahan tadi mempengaruhi tindakan selanjutnya. Terapi keluarga mempergunakan tehnik – tehnik dan mengubah konteks orang–orang terdekat sedemikian rupa sehingga posisi mereka berubah dengan mengubah hubungan antara seseorang dengan konteks yang akrab tempat dia berfungsi, kita mengubah pengalaman subyektifnya.

2) Terapi Individual/Perorangan

Melihat individu sebagai suatu tempat yang patologis dan mengumpulkan data yang di peroleh dari atau tentang individu tadi.

Pada terapi perorangan dilakukan pengungkapan pikiran dan perasaan tentang kehidupannya sekarang, dan orang – orang didalamnya. Riwayatnya perkembangan konfliknya dengan orang tua dan saudara – saudaranya.

Bila akan dirujuk ke dalam terapi keluarga maka terapist akan mengekporasi interaksi individu dalam konteks hidup yang berarti.

Dalam wawancara keluarga terapist mengamati hubungan individu dengan anggota keluarga lainnya dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga.

g. Karakteristik

- 1) Mempertahankan keseimbangan, fleksibel & adaptif perubahan tahap transisi dalam hidup.
- 2) Problem emosi merupakan bagian dari fungsi tiap individu
- 3) Kontak emosi dipertahankan oleh tiap generasi & antar keluarga
- 4) Hubungan antar keluarga yang erat & hindari menjauhi masalah
- 5) Perbedaan antar anggota keluarga mendorong untuk meningkatkan pertumbuhan & kreativitas individu.
- 6) Orang tua & anak hubungan terbuka.

h. Peran Perawat

- 1) Mendidik kembali dan mengorientasikan kembali seluruh anggota keluarga
- 2) Memberikan dukungan kepada klien serta sistem yang mendukung klien untuk mencapai tujuan dan usaha untuk berubah
- 3) Mengkoordinasi dan mengintegrasikan sumber pelayanan kesehatan.
- 4) Memberi penyuluhan, perawatan di rumah, psiko edukasi, dll.

Aktifitas

- 1) Komponen didaktik : memberikan informasi & pendkes tentang gangguan jiwa, sistem keswa & yankep.
- 2) Komponen ketrampilan : latihan komunikasi, asertif, menyelesaikan konflik, mengatasi perilaku & stress
- 3) Komponen emosi : memberikan kesempatan untuk memvalidasi perasaan & bertukar pengalaman
- 4) Komponen proses keluarga fokus pada koping keluarga & gejala sisa terhadap keluarga.
- 5) Komponen sosial : meningkatkan penggunaan dukungan jaringan formal/informal untuk klien & keluarga

3. Terapi Okupasi

a. Pengertian

Terapi kerja atau terapi okupasi adalah suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu yang telah ditetapkan. Terapi ini berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada seseorang, pemeliharaan dan peningkatan bertujuan untuk membentuk seseorang agar mandiri, tidak tergantung pada pertolongan orang lain (Riyadi dan Purwanto, 2009).

b. Fungsi dan Tujuan

Adapun tujuan terapi okupasi menurut Riyadi dan Purwanto (2009), adalah:

- 1) Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi mental:
 - a) Menciptakan kondisi tertentu sehingga klien dapat mengembangkan kemampuannya untuk dapat berhubungan dengan orang lain dan masyarakat sekitarnya.
 - b) Membantu melepaskan dorongan emosi secara wajar.
 - c) Membantu menemukan kegiatan sesuai bakat dan kondisinya.
 - d) Membantu dalam pengumpulan data untuk menegakkan diagnosa dan terapi.
- 2) Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan gerak, sendi, otot dan koordinasi gerakan.
- 3) Mengajarkan ADL seperti makan, berpakaian, BAK, BAB dan sebagainya.
- 4) Membantu klien menyesuaikan diri dengan tugas rutin di rumah.
- 5) Meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki.
- 6) Menyediakan berbagai macam kegiatan agar dicoba klien untuk mengetahui kemampuan mental dan fisik, kebiasaan, kemampuan bersosialisasi, bakat, minat dan potensinya.
- 7) Mengarahkan minat dan hobi untuk dapat digunakan setelah klien kembali di lingkungan masyarakat.

c. Peranan aktivitas dalam terapi okupasi

Muhaj (2009), mengungkapkan aktivitas yang digunakan dalam terapi okupasi, sangat dipengaruhi oleh konteks terapi secara keseluruhan, lingkungan, sumber yang tersedia, dan juga oleh kemampuan si terapi sendiri (pengetahuan, keterampilan, minat dan kreativitasnya).

- 1) Jenis kegiatan yang dapat dilakukan meliputi: latihan gerak badan, olahraga, permainan tangan, kesehatan, kebersihan, dan kerapian pribadi, pekerjaan sehari-hari (aktivitas kehidupan sehari-hari, seperti dengan mengajarkan merapikan tempat tidur, menyapu dan mengepel), praktik *pre-vokasional*, seni (tari, musik, lukis, drama, dan lain-lain), rekreasi (tamasya, nonton bioskop atau drama), diskusi dengan topik tertentu (berita surat kabar, majalah, televisi, radio atau keadaan lingkungan) (Muhaj, 2009).
- 2) Aktivitas adalah segala macam aktivitas yang dapat menyibukkan seseorang secara produktif yaitu sebagai suatu media untuk belajar dan berkembang, sekaligus sebagai sumber kepuasan emosional maupun fisik. Oleh karena itu setiap aktivitas yang digunakan harus mempunyai karakteristik sebagai berikut:
 - a) Setiap gerakan harus mempunyai alasan dan tujuan terapi yang jelas. Jadi, bukan hanya sekedar menyibukkan klien.
 - b) Mempunyai arti tertentu bagi klien, artinya dikenal oleh atau ada hubungannya dengan klien.
 - c) Klien harus mengerti tujuan mengerjakan kegiatan tersebut, dan apa kegunaannya terhadap upaya penyembuhan penyakitnya.
 - d) Harus dapat melibatkan klien secara aktif walaupun minimal.
 - e) Dapat mencegah lebih beratnya kecacatan atau kondisi klien, bahkan harus dapat meningkatkan atau setidaknya memelihara kondisinya.
 - f) Harus dapat memberi dorongan agar klien mau berlatih lebih giat sehingga dapat mandiri.
 - g) Harus sesuai dengan minat, atau setidaknya tidak dibenci olehnya.
 - h) Harus dapat dimodifikasi untuk tujuan peningkatan atau penyesuaian dengan kemampuan klien.

d. Karakteristik

Riyadi dan Purwanto, (2009), mengemukakan bahwa karakteristik dari aktivitas terapi okupasi, yaitu: mempunyai tujuan jelas, mempunyai arti tertentu bagi klien, harus mampu melibatkan klien walaupun minimal, dapat mencegah bertambah buruknya kondisi, dapat memberi dorongan hidup, dapat dimodifikasi, dan dapat disesuaikan dengan minat klien.

e. Analisa aktivitas

Riyadi dan Purwanto (2009), menyatakan bahwa analisa dari kegiatan terapi okupasi, meliputi: jenis kegiatan yang dilakukan seperti latihan gerak badan atau pekerjaan sehari-hari, maksud dan tujuan dari kegiatan dilakukan dan manfaatnya bagi klien, sarana atau alat atau aktivitas dilakukan disesuaikan dengan jenis kegiatan yang dilakukan, persiapan terhadap sarana pendukung dan klien maupun perawat, pelaksanaan dari kegiatan yang telah direncanakan, kontra indikasi dan disukai klien atau tidak disukai yang disesuaikan dengan kemampuan yang dimiliki oleh klien.

f. Tindakan terapi

Adapun proses dari terapi okupasi, sebagai berikut:

- 1) Pengumpulan data, meliputi data tentang identitas klien, gejala, diagnosis, perilaku dan kepribadian klien. Misalnya klien mudah sedih, putus asa, marah.
- 2) Analisa data dan identifikasi masalah dari data yang telah dikaji ditegakkan diagnosa sementara tentang masalah klien maupun keluarga.
- 3) Penentuan tujuan dan sasaran dari diagnosa yang ditegakkan dapat dibuat sasaran dan tujuan yang ingin dicapai.
- 4) Penentuan aktivitas jenis kegiatan yang ditentukan harus disesuaikan dengan tujuan terapi.
- 5) Evaluasi kemampuan klien, inisiatif, tanggungjawab, kerjasama, emosi dan tingkah laku selama aktivitas berlangsung. Dari hasil evaluasi rencanakan kembali kegiatan yang sesuai dan akan dilakukan. Evaluasi dilakukan secara periodik, misalnya 1 minggu sekali dan setiap selesai melaksanakan kegiatan.

g. Pelaksanaan terapi

Terapi okupasi dapat dilakukan secara individu maupun kelompok tergantung dari kondisi klien dan tujuan terapi.

1) Metode

- a) Individual: dilakukan untuk klien baru masuk, klien yang belum mampu berinteraksi dengan kelompok dan klien lain yang sedang menjalani persiapan aktivitas.
- b) Kelompok: klien dengan masalah sama, klien yang lama dan yang memiliki tujuan kegiatan yang sama. Jumlah anggota kelompok yang nyaman adalah kelompok kecil yang anggotanya berkisar antara 5-12 orang (Keliat dan Akemat, 2005). Jumlah anggota kelompok kecil menurut Stuart dan Laraia (2001, dalam Keliat dan Akemat, 2005) adalah 7-10 orang, Rawlins, Williams, dan Beck (1993, dalam Keliat dan Akemat, 2005) menyatakan jumlah anggota kelompok adalah 5-10 orang. Jika anggota kelompok terlalu besar akibatnya tidak semua anggota mendapat kesempatan mengungkapkan perasaan, pendapat, dan pengalamannya. Jika terlalu kecil, tidak cukup variasi informasi dan interaksi yang terjadi. Johnson (dalam Yosep, 2009) menyatakan terapi kelompok sebaiknya tidak lebih dari 8 anggota karena interaksi dan reaksi interpersonal yang terbaik terjadi pada kelompok dengan jumlah sebanyak itu. Apabila keanggotaanya lebih dari 10, maka akan terlalu banyak tekanan yang dirasakan oleh anggota sehingga anggota merasa lebih terekspos, lebih cemas, dan seringkali bertingkah laku *irrasional*.

2) Waktu

Terapi dilakukan 1-2 jam setiap sesi baik metode individual maupun kelompok dengan frekuensi kegiatan per sesi 2-3 kali dalam seminggu. Setiap kegiatan dibagi menjadi 2 bagian, pertama: ½-1 jam yang terdiri dari tahap persiapan dan tahap orientasi, kedua: 1-1/2 jam yang terdiri dari tahap kerja dan tahap terminasi (Riyadi dan Purwanto, 2009).

4. Psikoterapi Suportif

a. Pengertian

Psikoterapi adalah cara pengobatan dengan ilmu kedokteran terhadap gangguan mental emosional dengan mengubah pola pikiran, perasaan, dan perilaku agar terjadi keseimbangan dalam diri individu tersebut.

Dalam psikoterapi sangat diperlukan hubungan yang baik antara dokter dan pasien.

b. Tujuan

- 1) Menguatkan daya tahan mental yang telah dimilikinya
- 2) Mengembangkan mekanisme daya tahan mental yang baru dan yang lebih baik untuk mempertahankan fungsi pengontrolan diri
- 3) Meningkatkan kemampuan adaptasi terhadap lingkungan

c. Jenis Terapi

1) *Ventilasi*

Psikoterapi *ventilasi* adalah bentuk psikoterapi yang memberi kesempatan seluas-luasnya kepada pasien untuk mengemukakan isi hatinya dan sebagai hasilnya ia akan merasa lega serta keluhannya akan berkurang.

- a) Sikap terapis: menjadi pendengar yang baik dan penuh pengertian
- b) Topik pembicaraan: permasalahan yang menjadi stres yang utama

2) *Persuasi*

Persuasi adalah psikoterapi suportif yang dilakukan dengan menerangkan secara masuk akal tentang gejala-gejala penyakitnya yang timbul akibat cara berpikir, perasaan, dan sikapnya terhadap masalah yang dihadapinya.

Sikap terapis:

- a) Terapis berusaha membangun, mengubah, dan menguatkan impuls tertentu serta membebaskannya dari impuls yang mengganggu secara masuk akal dan sesuai hati nurani.
- b) Berusaha meyakinkan pasien dengan alasan yang masuk akal bahwa gejalanya akan hilang.
 - Topik pembicaraan: ide dan kebiasaan pasien yang mengarah pada terjadinya gejala.

3) Psikoterapi *reassurance*

Psikoterapi *reassurance* adalah **psikoterapi** yang berusaha meyakinkan kembali kemampuan pasien bahwa ia sanggup mengatasi masalah yang dihadapinya.

- a) Sikap terapis: meyakinkan secara tegas dengan menunjukkan hasil-hasil yang telah dicapai pasien
- b) Topik pembicaraan: pengalaman pasien yang berhasil nyata

4) Psikoterapi sugestif

Psikoterapi sugestif adalah psikoterapi yang berusaha menanamkan kepercayaan pada pasien bahwa gejala-gejala gangguannya akan hilang.

- a) Sikap terapis: meyakinkan dengan tegas bahwa gejala pasien pasti hilang
- b) Topik pembicaraan: gejala-gejala bukan karena kerusakan organik/fisik dan timbulnya gejala-gejala tersebut adalah tidak logis

5) Bimbingan

Bimbingan adalah psikoterapi yang memberi nasihat dengan penuh wibawa dan pengertian

- a) Sikap terapis: menyampaikan nasihat dengan penuh wibawa dan pengertian.
- b) Topik pembicaraan: cara hubungan antar manusia, cara berkomunikasi, dan cara bekerja dan belajar yang baik.

6) Penyuluhan

Penyuluhan atau konseling adalah psikoterapi yang membantu pasien mengerti dirinya sendiri secara lebih baik, agar ia dapat mengatasi permasalahannya dan dapat menyesuaikan diri.

- a) Sikap terapis: menyampaikan secara halus dan penuh kearifan.
- b) Topik pembicaraan: masalah pendidikan, pekerjaan, pernikahan, dan pribadi.

3. Rangkuman

Sampai dengan saat ini tidak ada jenis terapi modalitas yang dapat mengatasi semua masalah gangguan jiwa klien. Kombinasi terapi modalitas merupakan keharusan.

Untuk itu perawat mempunyai peranan yang sangat penting untuk mengkombinasikan berbagai terapi modalitas sehingga perubahan perilaku yang dicapai akan maksimal. Untuk mencapai langkah ini tentu dituntut semakin meningkatnya kemampuan perawat dalam melaksanakan berbagai pendekatan/strategi terapi modalitas ini. Belajar berkelanjutan karenanya menjadi hal yang wajib dilakukan setiap perawat jiwa.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Tujuan Tugas: Mengidentifikasi Menjelaskan tentang Materi terkait

1. Uraian Tugas:

- a. Obyek garapan: Makalah Ilmiah Judul pada TM yang dimaksud
- b. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:
 - ✓ Membuat makalah tentang materi terkait pada masing-masing Materi yang disebutkan
 - ✓ Membuat PPT
 - ✓ Presentasi Makalah
- c. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan/dikerjakan: Makalah Ilmiah pada Sistem terkait
- d. Metode Penulisan
 - Substansi
 - Halaman Judul
 - Daftar Isi
 - Bab 1 Pendahuluan
 - (3.1 Latar belakang, 1.2 Tujuan Penulisan)
 - Bab 2 Tinjauan Pustaka
 - (2.1 Dst...Berisikan Materi terkait)
 - Bab 3 Penutup
 - (3.1 Kesimpulan, 3.2 Saran)
 - Daftar Pustaka

DAFTAR PUSTAKA

1. Frisch N., & Frisch A. (2011). *Psychiatric Mental Health Nursing*
2. Gail Williams, Mark Soucy. (2013). *Course Overview – Role of the Advanced Practice Nurse & Primary Care Issues of Mental Health/Therapeutic Use of Self*. School of Nursing, The University of Texas Health Science Center at San Antonio
3. Halter MJ. (2014). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*
4. Twosend, Mary C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concept of Care in Evidence Based Practice (6th Ed)*. F.A. Davis Company.