

Asuhan Keperawatan pada Klien
dengan Masalah Psikososial
dan Gangguan Jiwa

Jenny Marlindawani Purba
Sri Eka Wahyuni
Mahnum Lailan Nasution
Wardiyah Daulay

USU Press

Art Design, Publishing & Printing

Gedung F

Jl. Universitas No. 9, Kampus USU

Medan, Indonesia

Telp. 061-8213737; Fax 061-8213737

Kunjungi kami di:

<http://usupress.usu.ac.id>

Terbitan Pertama 2008

© USU Press 2008

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang; dilarang memperbanyak, menyalin, merekam sebagian atau seluruh bagian buku ini dalam bahasa atau bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

ISBN: 979 458 379 0

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Asuhan keperawatan pada klien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa / Jenny Marlindawani Purba... [et.al]. – Medan: USU Press, 2008.

vi, 164 p. ; ilus. ; 24 cm

Bibliografi

ISBN: 979-458-379-0

1. Keperawatan – Psikologi
610.73 dc22

I. Purba, Jenny Marlindawani

Dicetak di Medan, Indonesia

Pengantar Penulis

Perubahan sosial ekonomi yang amat cepat, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta situasi politik yang tidak menentu menyebabkan semakin tingginya angka pengangguran, kemiskinan, dan perilaku kekerasan di masyarakat. Situasi ini dapat meningkatkan angka kejadian stres, cemas, krisis, masalah psikososial lainnya, dan gangguan jiwa dalam kehidupan manusia. Untuk menghadapi situasi ini diperlukan kerja sama antara tenaga kesehatan (dokter, psikiater, psikolog, perawat jiwa) dengan pemerintah. Juga dibutuhkan perawat yang terampil dan intelektual yang memadai baik dari segi kuantitas dan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional kepada klien dengan masalah psikososial dan pasien gangguan jiwa.

Pada buku ini kami berupaya menguraikan berbagai macam kasus masalah psikososial dan gangguan jiwa yang lazim terjadi di Indonesia secara jelas dan sistematis. Buku ini juga dilengkapi dengan tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat dan mahasiswa perawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah psikososial dan pasien gangguan jiwa. Buku ini dapat digunakan oleh mahasiswa keperawatan, staf pengajar seminar jiwa, dan perawat yang bekerja baik di klinik rehabilitasi NAPZA, rumah sakit umum maupun di rumah sakit jiwa.

Buku ini terdiri dari penjelasan tentang terjadinya masalah psikososial dan gangguan jiwa, perumusan diagnosa tunggal keperawatan, tindakan keperawatan pada beberapa kasus klien dengan masalah psikososial dan pasien gangguan jiwa serta penerapan komunikasi terapeutik.

Semoga buku ini bermanfaat bagi perawat dan mahasiswa perawatan serta dapat digunakan sebagai pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa secara profesional.

Jenny
Sri Eka
Mahnum
Wardiyah

Daftar Isi

Pengantar Penulis	iii
Daftar Isi	iv
Bab 1. Asuhan Keperawatan Klien dengan Penyalahgunaan dan Ketergantungan Narkoba (NAPZA)	1
A. Pengertian Penyalahgunaan Zat	2
B. Rentang Respons Gangguan Penggunaan NAPZA	2
C. Jenis-Jenis NAPZA	3
D. Faktor Penyebab Penyalahgunaan NAPZA	5
E. Tanda dan Gejala	7
F. Dampak Penyalahgunaan NAPZA	8
G. Penanggulangan Masalah NAPZA	9
H. Pengkajian	12
I. Diagnosa Keperawatan	13
J. Tindakan Keperawatan	13
K. Evaluasi	16
L. Dokumentasi Asuhan Keperawatan	17
Bab 2. Asuhan Keperawatan Pasien dengan Harga Diri Rendah	19
A. Pengertian Harga Diri Rendah	19
B. Pengkajian	21
C. Diagnosa Keperawatan	22
D. Tindakan Keperawatan	23
E. Evaluasi	29
F. Dokumentasi Asuhan Keperawatan	30
Bab 3. Asuhan Keperawatan Pasien dengan Kurang Perawatan Diri	32
A. Pengkajian	32
B. Diagnosa Keperawatan	33
C. Tindakan Keperawatan	34
D. Evaluasi	40
E. Dokumentasi Asuhan Keperawatan	40
Bab 4. Asuhan Keperawatan Pasien Anak dan Remaja dengan Depresi	43
A. Pengertian dan Gejala Depresi	43
B. Penyebab Depresi	45

C. Pengkajian	46
D. Diagnosa Keperawatan	48
E. Tindakan Keperawatan	49
F. Evaluasi	60
G. Dokumentasi Asuhan Keperawatan	61
Bab 5. Asuhan Keperawatan Pasien dengan Isolasi Sosial	64
A. Hubungan Interpersonal yang Sehat	64
B. Pengkajian	67
C. Diagnosa Keperawatan	72
D. Tindakan Keperawatan	72
E. Evaluasi	77
F. Dokumentasi Asuhan Keperawatan	77
Bab 6. Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi	80
A. Pengertian Halusinasi	80
B. Pengkajian	85
C. Diagnosa Keperawatan	90
D. Tindakan Keperawatan Pasien Halusinasi	90
E. Evaluasi	98
F. Dokumentasi Asuhan Keperawatan	99
Bab 7. Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Proses Pikir: Waham	103
A. Pengertian Waham	103
B. Faktor Penyebab Waham	103
C. Pengkajian	104
D. Diagnosa Keperawatan	105
E. Tindakan Keperawatan	106
F. Evaluasi	110
G. Dokumentasi Asuhan Keperawatan	111
Bab 8. Asuhan Keperawatan Pasien dengan Perilaku Kekerasan	113
A. Rentang Respons Marah	113
B. Pengkajian	117
C. Diagnosa Keperawatan	117
D. Tindakan Keperawatan	117
E. Evaluasi	127
F. Dokumentasi Asuhan Keperawatan	127

Bab 9. Asuhan Keperawatan Pasien dengan Risiko Perilaku Bunuh Diri	130
A. Pengertian dan Gejala Perilaku Bunuh Diri	130
B. Pengkajian	134
C. Diagnosa Keperawatan	136
D. Tindakan Keperawatan	137
E. Evaluasi	143
F. Dokumentasi Asuhan Keperawatan	143
 Bab 10. Asuhan Keperawatan Klien dengan Ansietas	146
A. Pengertian	146
B. Pengkajian Klien dengan Ansietas.....	147
C. Diagnosa Keperawatan	150
D. Tindakan Keperawatan	150
E. Evaluasi	153
F. Dokumentasi Asuhan Keperawatan	154
G. Tabel I. Praktek <i>Caring</i> untuk Mengurangi Ansietas Klien pada Pre Operasi	155
H. Kuesioner Ansietas (<i>State-Trait Anxiety Inventory/STAI</i>)	158
 Daftar Pustaka.....	161

Bab 1

Asuhan Keperawatan Klien dengan Penyalahgunaan dan Ketergantungan Narkoba (NAPZA)

Masalah penyalahgunaan NAPZA semakin banyak dibicarakan baik di kota besar maupun kota kecil di seluruh wilayah Republik Indonesia. Peredaran NAPZA sudah sangat mengkhawatirkan sehingga cepat atau lambat penyalahgunaan NAPZA akan menghancurkan generasi bangsa atau disebut dengan *lost generation* (Joewana, 2005).

Faktor individu yang tampak lebih pada kepribadian individu tersebut; faktor keluarga lebih pada hubungan individu dengan keluarga misalnya kurang perhatian keluarga terhadap individu, kesibukan keluarga dan lainnya; faktor lingkungan lebih pada kurang positifnya sikap masyarakat terhadap masalah tersebut misalnya ketidakpedulian masyarakat tentang NAPZA (Hawari, 2003).

Dampak yang terjadi dari faktor-faktor di atas adalah individu mulai melakukan penyalahgunaan dan ketergantungan akan zat. Hal ini ditunjukkan dengan makin banyaknya individu yang dirawat di rumah sakit karena penyalahgunaan dan ketergantungan zat yaitu mengalami intoksikasi zat dan withdrawal.

Peran penting tenaga kesehatan dalam upaya menanggulangi penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA di rumah sakit khususnya upaya terapi dan rehabilitasi sering tidak disadari, kecuali mereka yang berminat pada penanggulangan NAPZA (DepKes, 2001).

Berdasarkan permasalahan yang terjadi di atas, maka perlunya peran serta tenaga kesehatan khususnya tenaga keperawatan dalam membantu masyarakat yang sedang dirawat di rumah sakit untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat tentang perawatan dan pencegahan kembali penyalahgunaan NAPZA pada klien. Untuk itu dirasakan perlu perawat meningkatkan kemampuan merawat klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu asuhan

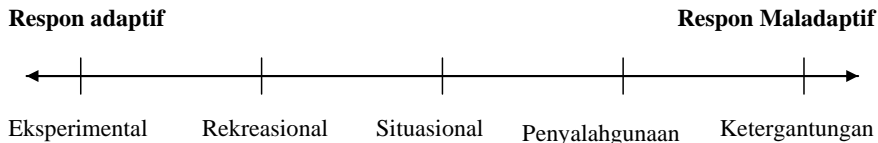
keperawatan klien penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA (sindroma putus zat).

A. Pengertian Penyalahgunaan Zat

Penyalahgunaan zat adalah penggunaan zat secara terus menerus bahkan sampai setelah terjadi masalah. Ketergantungan zat menunjukkan kondisi yang parah dan sering dianggap sebagai penyakit. Adiksi umumnya merujuk pada perilaku psikososial yang berhubungan dengan ketergantungan zat. Gejala putus zat terjadi karena kebutuhan biologik terhadap obat. Toleransi adalah peningkatan jumlah zat untuk memperoleh efek yang diharapkan. Gejala putus zat dan toleransi merupakan tanda ketergantungan fisik (Stuart & Sundeen, 1998).

B. Rentang Respons Gangguan Penggunaan NAPZA

Rentang respons gangguan penggunaan NAPZA ini berfluktuasi dari kondisi yang ringan sampai yang berat, indikator ini berdasarkan perilaku yang ditunjukkan oleh pengguna NAPZA.



(Sumber: Yosep, 2007)

Eksperimental: Kondisi pengguna taraf awal, yang disebabkan rasa ingin tahu dari remaja. Sesuai kebutuhan pada masa tumbuh kembangnya, klien biasanya ingin mencari pengalaman yang baru atau sering dikatakan taraf coba-coba.

Rekreasional: Penggunaan zat adiktif pada waktu berkumpul dengan teman sebaya, misalnya pada waktu pertemuan malam mingguan, acara ulang tahun. Penggunaan ini mempunyai tujuan rekreasi bersama teman-temannya.

Situasional: Mempunyai tujuan secara individual, sudah merupakan kebutuhan bagi dirinya sendiri. Seringkali penggunaan ini merupakan cara untuk melarikan diri atau mengatasi masalah yang dihadapi. Misalnya individu menggunakan zat pada saat sedang mempunyai masalah, stres, dan frustrasi.

Penyalahgunaan: Penggunaan zat yang sudah cukup patologis, sudah mulai digunakan secara rutin, minimal selama 1 bulan, sudah terjadi penyimpangan perilaku mengganggu fungsi dalam peran di lingkungan sosial, pendidikan, dan pekerjaan.

Ketergantungan: Penggunaan zat yang sudah cukup berat, telah terjadi ketergantungan fisik dan psikologis. Ketergantungan fisik ditandai dengan adanya toleransi dan sindroma putus zat (suatu kondisi dimana individu yang biasa menggunakan zat adiktif secara rutin pada dosis tertentu menurunkan jumlah zat yang digunakan atau berhenti memakainya, sehingga menimbulkan kumpulan gejala sesuai dengan macam zat yang digunakan. Sedangkan toleransi adalah suatu kondisi dari individu yang mengalami peningkatan dosis (jumlah zat), untuk mencapai tujuan yang biasa diinginkannya.

C. Jenis-Jenis NAPZA

NAPZA dapat dibagi ke dalam beberapa golongan yaitu:

1. Narkotika

Narkotika adalah suatu obat atau zat alami, sintesis maupun sintesis yang dapat menyebabkan turunnya kesadaran, menghilangkan atau mengurangi hilang rasa atau nyeri dan perubahan kesadaran yang menimbulkan ketergantungan akan zat tersebut secara terus menerus. Contoh narkotika yang terkenal adalah seperti ganja, heroin, kokain, morfin, amfetamin, dan lain-lain. Narkotika menurut UU No. 22 tahun 1997 adalah zat atau obat berbahaya yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintesis maupun semi sintesis yang dapat menyebabkan penurunan maupun perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan (Wresniwiro dkk. 1999).

Golongan narkotika berdasarkan bahan pembuatannya adalah:

- 1) Narkotika alami yaitu zat dan obat yang langsung dapat dipakai sebagai narkotik tanpa perlu adanya proses fermentasi, isolasi dan proses lainnya terlebih dahulu karena bisa langsung dipakai dengan sedikit proses sederhana. Bahan alami tersebut umumnya tidak boleh digunakan untuk terapi pengobatan secara langsung karena terlalu berisiko. Contoh narkotika alami yaitu seperti ganja dan daun koka.

- 2) Narkotika sintetis adalah jenis narkotika yang memerlukan proses yang bersifat sintesis untuk keperluan medis dan penelitian sebagai penghilang rasa sakit/analgesik. Contohnya yaitu seperti amfetamin, metadon, dekstropropakasifen, deksamfetamin, dan sebagainya.
Narkotika sintetis dapat menimbulkan dampak sebagai berikut:
 - a. Depresan = membuat pemakai tertidur atau tidak sadarkan diri.
 - b. Stimulan = membuat pemakai bersemangat dalam beraktivitas kerja dan merasa badan lebih segar.
 - c. Halusinogen = dapat membuat si pemakai jadi berhalusinasi yang mengubah perasaan serta pikiran.
- 3) Narkotika semi sintetis yaitu zat/obat yang diproduksi dengan cara isolasi, ekstraksi, dan lain sebagainya seperti heroin, morfin, kodein, dan lain-lain.

2. Psikotropika

Menurut Kepmenkes RI No. 996/MENKES/SK/VIII/2002, psikotropika adalah zat atau obat, baik sintesis maupun semisintesis yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Zat yang tergolong dalam psikotropika (Hawari, 2006) adalah: stimulasi yang membuat pusat syaraf menjadi sangat aktif karena merangsang syaraf simpatis. Termasuk dalam golongan stimulan adalah amphetamine, ektasy (metamfetamin), dan fenfluramin. Amphetamine sering disebut dengan speed, shabu-shabu, whiz, dan sulph. Golongan stimulan lainnya adalah halusinogen yang dapat mengubah perasaan dan pikiran sehingga perasaan dapat terganggu. Sedative dan hipnotika seperti barbiturat dan benzodiazepine merupakan golongan stimulan yang dapat mengakibatkan rusaknya daya ingat dan kesadaran, ketergantungan secara fisik dan psikologis bila digunakan dalam waktu lama.

3. Zat Adiktif Lainnya

Zat adiktif lainnya adalah zat, bahan kimia, dan biologi dalam bentuk tunggal maupun campuran yang dapat membahayakan kesehatan lingkungan hidup secara langsung dan tidak langsung yang mempunyai sifat karsinogenik, teratogenik, mutagenik, korosif, dan iritasi. Bahan-bahan berbahaya ini adalah zat adiktif yang bukan termasuk ke dalam narkotika dan psikotropika, tetapi mempunyai pengaruh dan efek merusak fisik seseorang jika disalahgunakan (Wresniwiro dkk. 1999). Adapun yang termasuk zat adiktif ini antara lain: minuman keras (minuman beralkohol) yang meliputi minuman keras golongan A (kadar ethanol 1% sampai 5%) seperti bir, green sand; minuman keras golongan B (kadar ethanol lebih dari 5% sampai 20%) seperti anggur malaga; dan minuman

keras golongan C (kadar ethanol lebih dari 20% sampai 55%) seperti brandy, wine, whisky. Zat dalam alkohol dapat mengganggu aktivitas sehari-hari bila kadarnya dalam darah mencapai 0,5% dan hampir semua akan mengalami gangguan koordinasi bila kadarnya dalam darah 0,10% (Marviana dkk. 2000). Zat adiktif lainnya adalah nikotin, voteile, dan solvent/inhalasia.

D. Faktor Penyebab Penyalahgunaan NAPZA

Harboenangin (dikutip dari Yatim, 1986) mengemukakan ada beberapa faktor yang menyebabkan seseorang menjadi pecandu narkoba yaitu faktor eksternal dan faktor internal.

1. Faktor Internal

a. Faktor Kepribadian

Kepribadian seseorang turut berperan dalam perilaku ini. Hal ini lebih cenderung terjadi pada usia remaja. Remaja yang menjadi pecandu biasanya memiliki konsep diri yang negatif dan harga diri yang rendah. Perkembangan emosi yang terhambat, dengan ditandai oleh ketidakmampuan mengekspresikan emosinya secara wajar, mudah cemas, pasif, agresif, dan cenderung depresi, juga turut mempengaruhi. Selain itu, kemampuan untuk memecahkan masalah secara adekuat berpengaruh terhadap bagaimana ia mudah mencari pemecahan masalah dengan cara melarikan diri.

b. Inteligensia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa inteligensia pecandu yang datang untuk melakukan konseling di klinik rehabilitasi pada umumnya berada pada taraf di bawah rata-rata dari kelompok usianya.

c. Usia

Mayoritas pecandu narkoba adalah remaja. Alasan remaja menggunakan narkoba karena kondisi sosial, psikologis yang membutuhkan pengakuan, dan identitas dan kelabilan emosi; sementara pada usia yang lebih tua, narkoba digunakan sebagai obat penenang.

d. Dorongan Kenikmatan dan Perasaan Ingin Tahu

Narkoba dapat memberikan kenikmatan yang unik dan tersendiri. Mulanya merasa enak yang diperoleh dari coba-coba dan ingin tahu atau ingin merasakan seperti yang diceritakan oleh teman-teman sebayanya. Lama kelamaan akan menjadi satu kebutuhan yang utama.

e. Pemecahan Masalah

Pada umumnya para pecandu narkoba menggunakan narkoba untuk menyelesaikan persoalan. Hal ini disebabkan karena pengaruh narkoba dapat menurunkan tingkat kesadaran dan membuatnya lupa pada permasalahan yang ada.

2. Faktor Eksternal

a. Keluarga

Keluarga merupakan faktor yang paling sering menjadi penyebab seseorang menjadi pengguna narkoba. Berdasarkan hasil penelitian tim UKM Atma Jaya dan Perguruan Tinggi Kepolisian Jakarta pada tahun 1995, terdapat beberapa tipe keluarga yang berisiko tinggi anggota keluarganya terlibat penyalahgunaan narkoba, yaitu:

- 1) Keluarga yang memiliki riwayat (termasuk orang tua) mengalami ketergantungan narkoba.
- 2) Keluarga dengan manajemen yang kacau, yang terlihat dari pelaksanaan aturan yang tidak konsisten dijalankan oleh ayah dan ibu (misalnya ayah bilang ya, ibu bilang tidak).
- 3) Keluarga dengan konflik yang tinggi dan tidak pernah ada upaya penyelesaian yang memuaskan semua pihak yang berkonflik. Konflik dapat terjadi antara ayah dan ibu, ayah dan anak, ibu dan anak, maupun antar saudara.
- 4) Keluarga dengan orang tua yang otoriter. Dalam hal ini, peran orang tua sangat dominan, dengan anak yang hanya sekedar harus menuruti apa kata orang tua dengan alasan sopan santun, adat istiadat, atau demi kemajuan dan masa depan anak itu sendiri – tanpa diberi kesempatan untuk berdialog dan menyatakan ketidaksetujuannya.
- 5) Keluarga yang perfeksionis, yaitu keluarga yang menuntut anggotanya mencapai kesempurnaan dengan standar tinggi yang harus dicapai dalam banyak hal.
- 6) Keluarga yang neurosis, yaitu keluarga yang diliputi kecemasan dengan alasan yang kurang kuat, mudah cemas dan curiga, sering berlebihan dalam menanggapi sesuatu.

b. Faktor Kelompok Teman Sebaya (*Peer Group*)

Kelompok teman sebaya dapat menimbulkan tekanan kelompok, yaitu cara teman-teman atau orang-orang seumur untuk mempengaruhi seseorang agar berperilaku seperti kelompok itu. *Peer group* terlibat lebih banyak dalam *delinquent* dan penggunaan obat-obatan. Dapat dikatakan bahwa faktor-faktor sosial tersebut memiliki dampak yang berarti kepada keasyikan seseorang dalam menggunakan obat-obatan, yang kemudian mengakibatkan timbulnya ketergantungan fisik dan psikologis.

Sinaga (2007) melaporkan bahwa faktor penyebab penyalahgunaan NAPZA pada remaja adalah teman sebaya (78,1%). Hal ini menunjukkan betapa besarnya pengaruh teman kelompoknya sehingga remaja menggunakan narkoba. Hasil penelitian ini relevan dengan studi yang dilakukan oleh Hawari (1990) yang memperlihatkan bahwa teman kelompok yang menyebabkan remaja memakai NAPZA mulai dari tahap coba-coba sampai ketagihan.

c. Faktor Kesempatan

Ketersediaan narkoba dan kemudahan memperolehnya juga dapat disebut sebagai pemicu seseorang menjadi pecandu. Indonesia yang sudah menjadi tujuan pasar narkoba internasional, menyebabkan obat-obatan ini mudah diperoleh. Bahkan beberapa media massa melaporkan bahwa para penjual narkoba menjual barang dagangannya di sekolah-sekolah, termasuk di Sekolah Dasar. Pengalaman *feel good* saat mencoba *drugs* akan semakin memperkuat keinginan untuk memanfaatkan kesempatan dan akhirnya menjadi pecandu. Seseorang dapat menjadi pecandu karena disebabkan oleh beberapa faktor sekaligus atau secara bersamaan. Karena ada juga faktor yang muncul secara beruntun akibat dari satu faktor tertentu.

E. Tanda dan Gejala

Pengaruh NAPZA pada tubuh disebut intoksikasi. Selain intoksikasi, ada juga sindroma putus zat yaitu sekumpulan gejala yang timbul akibat penggunaan zat yang dikurangi atau dihentikan. Tanda dan gejala intoksikasi dan putus zat berbeda pada jenis zat yang berbeda.

Tabel 1. Tanda dan Gejala Intoksikasi

Opiat	Ganja	Sedatif-Hipnotik	Alkohol	amfetamine
* eforia * mengantuk * bicara cadel * konstipasi * penurunan kesadaran	* eforia * mata merah * mulut kering * banyak bicara dan tertawa * nafsu makan meningkat * gangguan persepsi	* pengendalian diri berkurang * jalan sempoyongan * mengantuk * memperpanjang tidur * hilang kesadaran	* mata merah * bicara cadel * jalan sempoyongan * perubahan persepsi * penurunan kemampuan menilai	* selalu terdorong untuk bergerak * berkeringat * gemetar * cemas * depresi * paranoid

Tabel 2. Tanda dan Gejala Putus Zat

Opiat	Ganja	Sedatif-Hipnotik	Alkohol	amfetamine
* nyeri * mata dan hidung berair * perasaan panas dingin * diare * gelisah * tidak bisa tidur	* jarang ditemukan	* cemas * tangan gemetar * perubahan persepsi * gangguan daya ingat * tidak bisa tidur	* cemas * depresi * muka merah * mudah marah * tangan gemetar * mual muntah * tidak bisa tidur	* cemas * depresi * kelelahan * energi berkurang * kebutuhan tidur meningkat

F. Dampak Penyalahgunaan NAPZA

Martono (2006) menjelaskan bahwa penyalahgunaan NAPZA mempunyai dampak yang sangat luas bagi pemakainya (diri sendiri), keluarga, pihak sekolah (pendidikan), serta masyarakat, bangsa, dan negara.

Bagi diri sendiri. Penyalahgunaan NAPZA dapat mengakibatkan terganggunya fungsi otak dan perkembangan moral pemakainya, intoksikasi (keracunan), overdosis (OD), yang dapat menyebabkan kematian karena terhentinya pernapasan dan perdarahan otak, kekambuhan, gangguan perilaku (mental sosial), gangguan kesehatan, menurunnya nilai-nilai, dan masalah ekonomi dan hukum. Sementara itu, dari segi efek dan dampak yang ditimbulkan pada para pemakai narkoba dapat dibedakan menjadi 3 (tiga) golongan/jenis: 1) Upper yaitu jenis narkoba yang membuat si pemakai menjadi aktif seperti sabu-sabu, ekstasi dan amfetamin, 2) Downer yang merupakan golongan narkoba yang dapat membuat orang yang memakai jenis narkoba itu jadi tenang dengan sifatnya yang menenangkan/sedatif seperti obat tidur (hipnotik) dan obat anti rasa cemas, dan 3) Halusinogen adalah napza yang beracun karena lebih menonjol sifat racunnya dibandingkan dengan kegunaan medis.

Bagi keluarga. Penyalahgunaan NAPZA dalam keluarga dapat mengakibatkan suasana nyaman dan tentram dalam keluarga terganggu. Dimana orang tua akan merasa malu karena memiliki anak pecandu, merasa bersalah, dan berusaha menutupi perbuatan anak mereka. Stres keluarga meningkat, merasa putus asa karena pengeluaran yang meningkat akibat pemakaian narkoba ataupun melihat anak yang harus berulang kali dirawat atau bahkan menjadi penghuni di rumah tahanan maupun lembaga pemasyarakatan.

Bagi pendidikan atau sekolah. NAPZA akan merusak disiplin dan motivasi yang sangat tinggi untuk proses belajar. Penyalahgunaan NAPZA berhubungan dengan kejahatan dan perilaku asosial lain yang mengganggu suasana tertib dan aman, rusaknya barang-barang sekolah dan meningkatnya perkelahian.

Bagi masyarakat, bangsa, dan negara. Penyalahgunaan NAPZA mengakibatkan terciptanya hubungan pengedar narkoba dengan korbannya sehingga terbentuk pasar gelap perdagangan NAPZA yang sangat sulit diputuskan mata rantainya. Masyarakat yang rawan narkoba tidak memiliki daya tahan dan kesinambungan pembangunan terancam.

Akibatnya negara mengalami kerugian karena masyarakatnya tidak produktif, kejahatan meningkat serta sarana dan prasarana yang harus disediakan untuk mengatasi masalah tersebut.

G. Penanggulangan Masalah NAPZA

Penanggulangan masalah NAPZA dilakukan mulai dari pencegahan, pengobatan sampai pemulihan (rehabilitasi).

1) Pencegahan

Pencegahan dapat dilakukan, misalnya dengan:

- a) Memberikan informasi dan pendidikan yang efektif tentang NAPZA
- b) Deteksi dini perubahan perilaku
- c) Menolak tegas untuk mencoba (“Say no to drugs”) atau “Katakan tidak pada narkoba”

2) Pengobatan

Terapi pengobatan bagi klien NAPZA misalnya dengan detoksifikasi. Detoksifikasi adalah upaya untuk mengurangi atau menghentikan gejala putus zat, dengan dua cara yaitu:

- a) Detoksifikasi tanpa substitusi
Klien ketergantungan putau (heroin) yang berhenti menggunakan zat yang mengalami gejala putus zat tidak diberi obat untuk menghilangkan gejala putus zat tersebut. Klien hanya dibiarkan saja sampai gejala putus zat tersebut berhenti sendiri.
- b) Detoksifikasi dengan substitusi
Putau atau heroin dapat disubstitusi dengan memberikan jenis opiat misalnya kodein, bufremorfin, dan metadon. Substitusi bagi pengguna sedatif-hipnotik dan alkohol dapat dari jenis anti ansietas, misalnya diazepam. Pemberian substitusi adalah dengan cara penurunan dosis secara bertahap sampai berhenti sama sekali. Selama pemberian substitusi dapat juga diberikan obat yang menghilangkan gejala simptomatik, misalnya obat penghilang rasa nyeri, rasa mual, dan obat tidur atau sesuai dengan gejala yang ditimbulkan akibat putus zat tersebut.

3) Rehabilitasi

Rehabilitasi adalah upaya kesehatan yang dilakukan secara utuh dan terpadu melalui pendekatan non medis, psikologis, sosial dan religi agar pengguna NAPZA yang menderita sindroma ketergantungan dapat mencapai kemampuan fungsional seoptimal mungkin. Tujuannya

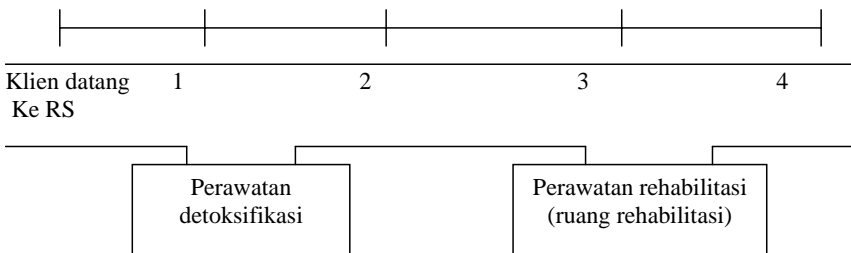
pemulihan dan pengembangan pasien baik fisik, mental, sosial, dan spiritual. Sarana rehabilitasi yang disediakan harus memiliki tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan (Depkes, 2001).

Sesudah klien penyalahgunaan/ketergantungan NAPZA menjalani program terapi (detoksifikasi) dan konsultasi medik selama 1 (satu) minggu dan dilanjutkan dengan program pemantapan (pascadetoksifikasi) selama 2 (dua) minggu, maka yang bersangkutan dapat melanjutkan ke program berikutnya yaitu rehabilitasi (Hawari, 2003).

Lama rawat di unit rehabilitasi untuk setiap rumah sakit tidak sama karena tergantung pada jumlah dan kemampuan sumber daya, fasilitas, dan sarana penunjang kegiatan yang tersedia di rumah sakit. Menurut Hawari (2003), bahwa setelah klien mengalami perawatan selama 1 minggu menjalani program terapi dan dilanjutkan dengan pemantapan terapi selama 2 minggu maka klien tersebut akan dirawat di unit rehabilitasi (rumah sakit, pusat rehabilitasi, dan unit lainnya) selama 3-6 bulan. Sedangkan lama rawat di unit rehabilitasi berdasarkan parameter sembuh menurut medis bisa beragam 6 bulan dan 1 tahun, mungkin saja bisa sampai 2 tahun..

Berdasarkan pengertian dan lama rawat di atas, maka perawatan di ruang rehabilitasi tidak terlepas dari perawatan sebelumnya yaitu di ruang detoksifikasi. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada bagan di bawah ini (bagan 1).

Bagan 1. Alur Perawatan Klien di Rumah Sakit



Kenyataan menunjukkan bahwa mereka yang telah selesai menjalani detoksifikasi sebagian besar akan mengulangi kebiasaan menggunakan NAPZA, oleh karena rasa rindu (craving) terhadap NAPZA yang selalu terjadi (DepKes, 2001). Dengan rehabilitasi diharapkan pengguna NAPZA dapat:

1. Mempunyai motivasi kuat untuk tidak menyalahgunakan NAPZA lagi
2. Mampu menolak tawaran penyalahgunaan NAPZA

3. Pulih kepercayaan dirinya, hilang rasa rendah dirinya
4. Mampu mengelola waktu dan berubah perilaku sehari-hari dengan baik
5. Dapat berkonsentrasi untuk belajar atau bekerja
6. Dapat diterima dan dapat membawa diri dengan baik dalam pergaulan dengan lingkungannya.

Jenis program rehabilitasi:

a) Rehabilitasi psikososial

Program rehabilitasi psikososial merupakan persiapan untuk kembali ke masyarakat (*reentry program*). Oleh karena itu, klien perlu dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan misalnya dengan berbagai kursus atau balai latihan kerja di pusat-pusat rehabilitasi. Dengan demikian diharapkan bila klien selesai menjalani program rehabilitasi dapat melanjutkan kembali sekolah/kuliah atau bekerja.

b) Rehabilitasi kejiwaan

Dengan menjalani rehabilitasi diharapkan agar klien rehabilitasi yang semua berperilaku maladaptif berubah menjadi adaptif atau dengan kata lain sikap dan tindakan antisosial dapat dihilangkan, sehingga mereka dapat bersosialisasi dengan sesama rekannya maupun personil yang membimbing dan mengasuhnya. Meskipun klien telah menjalani terapi detoksifikasi, seringkali perilaku maladaptif tadi belum hilang, keinginan untuk menggunakan NAPZA kembali atau *craving* masih sering muncul, juga keluhan lain seperti kecemasan dan depresi serta tidak dapat tidur (*insomnia*) merupakan keluhan yang sering disampaikan ketika melakukan konsultasi dengan psikiater. Oleh karena itu, terapi psikofarmaka masih dapat dilanjutkan, dengan catatan jenis obat psikofarmaka yang diberikan tidak bersifat adiktif (menimbulkan ketagihan) dan tidak menimbulkan ketergantungan. Dalam rehabilitasi kejiwaan ini yang penting adalah psikoterapi baik secara individual maupun secara kelompok. Untuk mencapai tujuan psikoterapi, waktu 2 minggu (program pascadetoksifikasi) memang tidak cukup; oleh karena itu, perlu dilanjutkan dalam rentang waktu 3 – 6 bulan (program rehabilitasi). Dengan demikian dapat dilaksanakan bentuk psikoterapi yang tepat bagi masing-masing klien rehabilitasi. Yang termasuk rehabilitasi kejiwaan ini adalah psikoterapi/konsultasi keluarga yang dapat dianggap sebagai rehabilitasi keluarga terutama keluarga *broken home*. Gerber (1983 dikutip dari Hawari, 2003) menyatakan bahwa konsultasi keluarga perlu dilakukan agar keluarga dapat memahami aspek-aspek kepribadian anaknya yang mengalami penyalahgunaan NAPZA.

c) Rehabilitasi komunitas

Berupa program terstruktur yang diikuti oleh mereka yang tinggal dalam satu tempat. Dipimpin oleh mantan pemakai yang dinyatakan memenuhi syarat sebagai koselor, setelah mengikuti pendidikan dan pelatihan. Tenaga profesional hanya sebagai konsultan saja. Di sini klien dilatih keterampilan mengelola waktu dan perilakunya secara efektif dalam kehidupannya sehari-hari, sehingga dapat mengatasi keinginan menggunakan narkoba lagi atau nagih (*craving*) dan mencegah relaps. Dalam program ini semua klien ikut aktif dalam proses terapi. Mereka bebas menyatakan perasaan dan perilaku sejauh tidak membahayakan orang lain. Tiap anggota bertanggung jawab terhadap perbuatannya, penghargaan bagi yang berperilaku positif dan hukuman bagi yang berperilaku negatif diatur oleh mereka sendiri.

d) Rehabilitasi keagamaan

Rehabilitasi keagamaan masih perlu dilanjutkan karena waktu detoksifikasi tidaklah cukup untuk memulihkan klien rehabilitasi menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya masing-masing. Pendalaman, penghayatan, dan pengamalan keagamaan atau keimanan ini dapat menumbuhkan kerohanian (*spiritual power*) pada diri seseorang sehingga mampu menekan risiko seminimal mungkin terlibat kembali dalam penyalahgunaan NAPZA apabila taat dan rajin menjalankan ibadah, risiko kekambuhan hanya 6,83%; bila kadang-kadang beribadah risiko kekambuhan 21,50%, dan apabila tidak sama sekali menjalankan ibadah agama risiko kekambuhan mencapai 71,6%.

H. Pengkajian

1. Kaji situasi kondisi penggunaan zat
 - * Kapan zat digunakan
 - * Kapan zat menjadi lebih sering digunakan/mulai menjadi masalah
 - * Kapan zat dikurangi/dihentikan, sekalipun hanya sementara
2. Kaji risiko yang berkaitan dengan penggunaan zat
 - * Berbagi peralatan suntik
 - * Perilaku seks yang tidak nyaman
 - * Menyetir sambil mabuk
 - * Riwayat over dosis
 - * Riwayat serangan (kejang) selama putus zat
3. Kaji pola penggunaan
 - * Waktu penggunaan dalam sehari (pada waktu menyiapkan makan malam)

- * Penggunaan selama seminggu
 - * Tipe situasi (setelah berdebat atau bersantai di depan TV)
 - * Lokasi (timbul keinginan untuk menggunakan NAPZA setelah berjalan melalui rumah bandar)
 - * Kehadiran atau bertemu dengan orang-orang tertentu (mantan pacar, teman pakai)
 - * Adanya pikiran-pikiran tertentu (“Ah, sekali nggak bakal ngerusak” atau “Saya udah nggak tahan lagi nih, saya harus make”)
 - * Adanya emosi-emosi tertentu (cemas atau bosan)
 - * Adanya faktor-faktor pencetus (jika capek, labil, lapar, tidak dapat tidur atau stres yang berkepanjangan)
4. Kaji hal baik/buruk tentang penggunaan zat maupun tentang kondisi bila tidak menggunakan.

I. Diagnosa Keperawatan

Koping individu tidak efektif:
belum mampu mengatasi keinginan menggunakan zat

J. Tindakan Keperawatan

Strategi Pertemuan 1- Klien:

- 1) mendiskusikan dampak penggunaan NAPZA bagi kesehatan, cara meningkatkan motivasi berhenti, dan cara mengontrol keinginan.
- 2) melatih cara meningkatkan motivasi dan cara mengontrol keinginan.
- 3) membuat jadwal latihan

Latihan SP 1-Klien

Orientasi

“Selamat pagi Dik, perkenalkan saya suster M”. “Nama adik siapa?” “Lebih senang dipanggil apa” “Bagaimana keadaan kamu pagi ini?” “Kalau A tidak keberatan, selama 20 menit kedepan kita akan bercakap-cakap tentang kesehatan A?” “Bagaimana kalau kita bercakap-cakap di teras depan ruangan A?”

Kerja

“Apa yang biasa A pakai sebelum masuk ke pusat rehabilitasi ini?” “Ganja?” “Apakah ada keluhan dengan kesehatan A?” “Bagaimana hubungan A dengan teman-teman A?” “Bagaimana dengan sekolah A?” “Sejak kapan A menggunakan ganja?” “Pada situasi yang bagaimana timbul keinginan A

menghisap ganja?” “Apa saja akibat yang A rasakan kalau menghisap ganja?” “Apakah A ingin berhenti?” “Bagus!” “Berapa kali A mencoba berhenti?” “Bagaimana perasaan A ketika tidak menghisap ganja?” “Apa yang menyebabkan A memakai ganja lagi?” “Baiklah kalau begitu, Suster akan jelaskan akibat kesehatan yang dapat terjadi. (Jelaskan sesuai jenis NAPZA yang dipakai, tabel 1 dan 2). “Yang mana yang sudah A alami?” “Jadi A ingin coba berhenti?”

“Sekarang mari kita bicarakan apa-apa saja yang masih dapat dibanggakan dari A, kita mulai dari:

* Diri A: “Coba A lihat aspek positif yang masih A miliki.” “Betul A masih sangat muda, punya pendidikan, sehat, dan masa depan yang cerah sedang menunggu kamu, bagus sekali.”

* Keluarga A: “A masih punya ayah, ibu, dan saudara-saudara kamu yang begitu perhatian dengan kamu”. “Ternyata banyak sekali hal positif yang ada pada A” “Sekarang bagaimana kalau A berlatih mensyukuri hal positif yang ada pada A” “Katakan saya masih muda, saya harus berhenti!”

“Bagaimana kalau kita teruskan diskusi tentang cara-cara menghindari penggunaan ganja.” “Ada beberapa cara yaitu:

1. Hindari teman-teman A yang menawarkan ganja
2. Kunjungi teman-teman yang tidak menggunakan
3. Bicara pada teman-teman yang berhasil berhenti
4. Kalau pergi keluar dari rumah sebaiknya ditemani keluarga

“Selain itu lakukan kegiatan-kegiatan yang bermanfaat.” “Apa contohnya A?” “Bagus!” “Mari kita buat jadwal kegiatannya.”

Terminasi

“Bagaimana perasaan A setelah bercakap-cakap?” “Bagus sekali.” “Nah, suster mau tanya lagi:

“Coba A sebutkan kembali hal-hal positif yang masih A miliki!” “Bagus sekali” “Yang mana yang mau dilatih?” “Saya bisa berhenti.” (Afirmasi). “Sekarang coba sebutkan kembali cara menghindari penggunaan ganja!” “Benar” “Yang mana yang mau dilatih” “Nah, masukkan dalam jadwal latihannya dan dicoba” “Besok pagi suster akan datang kembali, kita akan diskusikan lagi hasil latihannya dan kita latih cara yang lain.” “Bagaimana A” “Baiklah kalau begitu besok jam 11.00 kita ketemu ya.” “Sampai jumpa”

Beberapa hal yang harus diperhatikan oleh perawat untuk membantu klien mengatasi *craving*/nagih (keinginan untuk menggunakan kembali NAPZA) adalah sebagai berikut: 1) identifikasi rasa nagih muncul, 2) ingat diri sendiri, rasa nagih normal muncul saat kita berhenti, 3) ingatlah rasa nagih seperti kucing lapar, semakin lapar, semakin diberi makan semakin sering muncul, 4) cari seseorang yang dapat mengalihkan dari rasa nagih, 5) coba menyibukkan diri saat rasa nagih datang, 6) tundalah penggunaan sampai beberapa saat, 6) bicaralah pada seseorang yang dapat mendukung, 7) lakukan sesuatu yang dapat membuat rileks dan

nyaman, 7) kunjungi teman-teman yang tidak menggunakan narkoba, 7) tontonlah video, ke bioskop atau dengar musik yang dapat membuat rileks, 8) dukunglah usaha anda untuk berhenti sekalipun sering berakhir dengan menggunakan lagi, 9) bicaralah pada teman-teman yang berhasil berhenti, dan 10) bicaralah pada teman-teman tentang bagaimana mereka menikmati hidup atau rilekslah untuk dapat banyak ide.

Menurut Keliat dkk. (2006), tujuan tindakan keperawatan untuk keluarga adalah sebagai berikut:

- 1) Keluarga dapat mengenal masalah ketidakmampuan anggota keluarganya berhenti menggunakan NAPZA
- 2) Keluarga dapat meningkatkan motivasi klien untuk berhenti
- 3) Keluarga dapat menjelaskan cara merawat klien NAPZA
- 4) Keluarga dapat mengidentifikasi kondisi pasien yang perlu dirujuk

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada keluarga antara lain:

- 1) Diskusikan tentang masalah yang dialami keluarga dalam merawat klien
- 2) Diskusikan bersama keluarga tentang penyalahgunaan/ketergantungan zat (tanda, gejala, penyebab, akibat) dan tahapan penyembuhan klien (pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi).
- 3) Diskusikan tentang kondisi klien yang perlu segera dirujuk seperti: intoksikasi berat, misalnya penurunan kesadaran, jalan sempoyongan, gangguan penglihatan (persepsi), kehilangan pengendalian diri, curiga yang berlebihan, melakukan kekerasan sampai menyerang orang lain. Kondisi lain dari klien yang perlu mendapat perhatian keluarga adalah gejala putus zat seperti nyeri (sakau), mual sampai muntah, diare, tidak dapat tidur, gelisah, tangan gemetar, cemas yang berlebihan, depresi (murung yang berkepanjangan).
- 4) Diskusikan dan latih keluarga merawat klien NAPZA dengan cara: menganjurkan keluarga meningkatkan motivasi klien untuk berhenti atau menghindari sikap-sikap yang dapat mendorong klien untuk memakai NAPZA lagi (misalnya menuduh klien sembarangan atau terus menerus mencurigai klien memakai lagi); mengajarkan keluarga mengenal ciri-ciri klien memakai NAPZA lagi (misalnya memaksa minta uang, ketahuan berbohong, ada tanda dan gejala intoksikasi); ajarkan keluarga untuk membantu klien menghindari atau mengalihkan perhatian dari keinginan untuk memakai NAPZA lagi; anjurkan keluarga memberikan pujian bila klien dapat berhenti walaupun 1 hari, 1 minggu atau 1 bulan; dan anjurkan keluarga mengawasi klien minum obat.

Strategi Pertemuan dengan Pasien dan Keluarga Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAPZA

No.	Kemampuan Pasien dan Keluarga	Tanggal/Bulan			
A	Pasien				
	Sp 1				
1	Membina hubungan saling percaya				
2	Mendiskusikan dampak NAPZA				
3	Mendiskusikan cara meningkatkan motivasi				
4	Mendiskusikan cara mengontrol keinginan				
5	latihan cara meningkatkan motivasi				
6	Latihan cara mengontrol keinginan				
7	Membuat jadwal aktivitas				
	Sp 2				
1	Mendiskusikan cara menyelesaikan masalah				
2	Mendiskusikan cara hidup sehat				
3	Latihan cara menyelesaikan masalah				
4	Latihan cara hidup sehat				
5	Mendiskusikan tentang obat				
B	Keluarga				
	Sp 1				
1	Mendiskusikan masalah yang dialami				
2	Mendiskusikan tentang NAPZA				
3	Mendiskusikan tahapan penyembuhan				
4	Mendiskusikan cara merawat				
5	Mendiskusikan kondisi yang perlu dirujuk				
6	Latihan cara merawat				
	Sp 2				
1	Mendiskusikan cara meningkatkan motivasi				
2	Mendiskusikan pengawasan dalam minum obat				

(Sumber: Keliat dkk. 2006)

K. Evaluasi

Evaluasi yang diharapkan dari **klien** adalah sebagai berikut:

1. Klien mengetahui dampak NAPZA
2. Klien mampu melakukan cara meningkatkan motivasi untuk berhenti menggunakan NAPZA
3. Klien mampu mengontrol kemampuan keinginan menggunakan NAPZA kembali
4. Klien dapat menyelesaikan masalahnya dengan koping yang adaptif
5. Klien dapat menerapkan cara hidup yang sehat
6. Klien mematuhi program pengobatan

Evaluasi yang diharapkan dari **keluarga** adalah sebagai berikut:

1. Keluarga mengetahui masalah yang dialami klien

2. Keluarga mengetahui tentang NAPZA
3. Keluarga mengetahui tahapan proses penyembuhan klien
4. Keluarga berpartisipasi dalam merawat klien
5. Keluarga memberikan motivasi pada klien untuk sembuh
6. Keluarga mengawasi klien dalam minum obat

L. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

CATATAN KEPERAWATAN

Nama Klien : AY
Nama Ruang : Anggrek
No. RM : 02-02-7788
Tanggal : 08-08-2008

Data:

AY (20 tahun) mahasiswa salah satu PTS di kota Medan sudah 2 tahun terakhir ini menggunakan shabu-shabu. Sebelum menggunakan shabu-shabu, klien mengkonsumsi ecstasy. Keluarga sudah 2 kali membawa AY ke panti rehabilitasi untuk mendapat pengobatan. Biasanya setelah menjalani rehabilitasi klien berhenti menggunakan shabu-shabu. Akan tetapi waktunya tidak lama, paling lama 6 bulan. Ini kali ketiga klien dirawat di panti rehabilitasi. Klien mengatakan sudah berusaha untuk menghentikan kebiasaan mengkonsumsi shabu-shabu. Tetapi keinginan itu tidak bertahan lama karena dia sering ketemu dan berkumpul bersama teman-teman pemakai NAPZA. Klien sulit untuk menolak ajakan teman-temannya.

Diagnosa Keperawatan:

Koping individu tidak efektif: belum mampu mengatasi keinginan menggunakan zat

Tindakan Keperawatan:

1. Mendiskusikan tentang dampak penggunaan NAPZA bagi kesehatan
2. Mendiskusikan tentang cara meningkatkan motivasi untuk berhenti
3. Mendiskusikan tentang cara menghindar dari teman-teman pemakai NAPZA
4. Mendiskusikan tentang cara penyelesaian masalah secara sehat
5. Mendiskusikan tentang gaya hidup yang sehat
6. Melatih cara untuk menghindar dan mengontrol keinginan menggunakan NAPZA kembali
7. Melatih cara menyelesaikan masalah: dicurigai/dituduh menggunakan NAPZA kembali oleh keluarga/sekolah/pekerjaan

Evaluasi:

- S: Klien berjanji akan menghindari teman-temannya yang masih menggunakan NAPZA
- O: Klien tampak tidak mau menemui teman kelompoknya ketika berkunjung untuk menjenguknya di panti rehabilitasi
- A: Keinginan untuk menggunakan kembali NAPZA terkadang muncul
- P: Menganjurkan klien untuk menambah kegiatan yang bersifat positif seperti aktif dalam kegiatan ibadah di panti rehabilitasi, olahraga melanjutkan kembali membuat jadwal kegiatan klien

Tanda tangan:

Nama Perawat:

Daftar Pustaka

- Akemat. (2002). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Perubahan Sensori Persepsi: Halusinasi*. Makalah. Tidak dipublikasikan.
- Beck, C.M., Rawlins, R.P., dan William, S.R. (Eds.). (1984). *Mental Health Psychiatric Nursing: A Holisticlife-Cycleapproach*. St. Louis: The CV. Mosby Company.
- Bentall dkk. (2001). Persecutory Delusions: A Review and Theoretical Integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143-1192.
- Boyd, M.A. (2005). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. (3 rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Budiharto dkk. (2003). Karakteristik individu yang berhubungan dengan perilaku kekerasan pada siswa sekolah lanjutan tingkat atas di Jakarta Timur. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 7(2): 67-76.
- Breakwell, G. (2002). *Coping with aggressive behaviour*. Jokjakarta: Kanisius.
- Cook, J.S., dan Fontaine, K.L. (1987). *Essentials of mental health nursing*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Corey, G. (1995). *Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy*. (terjemahan Mulyarto). IKIP: Semarang Press.
- Cronin, S.N., & Harrison, B. (1888b). Caring behaviors assessment tool. In J. Watson. (Ed)., *Assessing and Measuring Caring In Nursing and Health Science* (pp. 77-91). New York: Springer Publishing.
- Depkes.(2001). *Pedoman Praktis Mengenai Penyalahgunaan NAPZA Bagi Petugas Puskesmas*. Dapat diakses di <http://dinkesjatim.go.id/erita-detail.html> dibuka pada tanggal 20 Maret 2008.
- Fortinash, C.M, dan Holloday, P.A. (1991). *Psychiatric Nursing Care Plan*. St.Louis: Mosby year book
- Hawari, D. (1990). *Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAZA (Narkotika, Alkohol, dan Zat Adiktif)*. Jakarta: FK-UI
- _____, (2003). *Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAZA (Narkotika, Alkohol, dan Zat Adiktif)*. Jakarta: FK-UI
- Hall, C.S., & Lindzey, G. (1993). *Theory of Personality*. (terjemahan A. Supratika). Jogjakarta: Kanisius.
- Hidayat, A.A.A. (2006). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi, Konsep, dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba.
- Joewana, S. (2004). *Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif*. Jakarta: EGC.

- Kartikasari, B.D. (1995). Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Kecemasan dalam Komunikasi Interpersonal. *Skripsi*. (tidak diterbitkan). Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada.
- Keliat, B.A. (1994). *Gangguan konsep diri*. Jakarta: EGC
- _____, (1995). *Tingkah laku bunuh diri*. Cetakan 2. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A. dkk (2005). *Modul Basic Course Community Health Nursing*. Tidak dipublikasikan. Jakarta: FIK UI
- _____, (2006). *Modul IC CMHN: Manajemen Kasus Gangguan Jiwa dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Tidak dipublikasikan. Jakarta: FIK UI
- Keliat, B.A, Panjaitan, R.U., & Helena, N.(2006). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Keltner, N.L, Schueke, L.H dan Bostrom, CE (1991). *Psychiatric Nursing: A Psycho Therapeutic Management Approach*. St. Louis: Mosby Year Book
- Lovallo, W.R. (1997). *Stress and Health*. Thousand Oask, CA: Sage.
- Mardiyono. (2004). *Caring Practices in Reducing Pre-Operating Anxiety as Perceived by Surgical Nurse and Patients in Bayumas, Central Java, Indonesia*. Thesis Unpublished. Thailand: Prince of Songkla University.
- Martono, L.H. (2006). *Membantu Pemulihan Pecandu Narkoba dan Keluarganya*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Marviana dkk. (2000). *Narkoba dan Remaja*. Jakarta: Gramedia.
- Minirth & Meier. (2000). *Kebahagiaan Sebuah Pilihan, Gejala, Penyebab, dan Pengobatan Depresi*. Cetakan 2. Jakarta: Gunung Mulia.
- Muchid, A. dkk. (2007). *Pharmaceutical Care Untuk penderita Gangguan Depresif*. Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik DepKes. RI.
- Towsend, M.C. (1993). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concept of Care*. (2 nd ed.). Philadelphia: Davis Company.
- Trismiati. (2004). Perbedaan Tingkat Kecemasan Antara Pria dan Wanita Akseptor Kontrasepsi Mantap di RSUP dr. Sarjito Yogyakarta. Palembang: Fakultas Psikologi Universitas Bina Dharma.
- Wilson, H.S, and Kneils, C.R . (1992). *Psychiatric Nursing*. California: Addison Wesley Nursing.
- Sinaga, J. (2007). Hubungan Faktor Penyalahgunaan NAPZA dengan Pemakaian NAPZA pada Remaja Putra di Panti Sosial Pamardi Putra Insyaf Medan. *Skripsi*. Tidak dipublikasikan. Medan: PSIK FK USU.
- Shives, L.R. (1986). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. Philadephia: J.B. Lippincott Company.

- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for The State-Trait Anxiety Inventory (Form Y): Self Evaluation Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Stuart, G.W., & Sundeen, S.J (1995). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby Year Book.
- _____, (1995). *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby Year. Louis: Mosby Year Book.
- _____, (1998). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (6 th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. (2006). *Keperawatan Jiwa*. (Edisi 5.). Jakarta: EGC.
- _____, (2007). *Buku saku keperawatan jiwa*. (Edisi 5). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Stuart & Laraia. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*. USA: Mosby Company.
- Tomb, D. (2003). *Buku Saku Psikiatri*. Jakarta: EGC.
- Townsend, M.C. (1998). *Diagnosa keperawatan pada keperawatan psikiatri: Pedoman untuk pembuatan rencana keperawatan*. Jakarta: EGC (Terjemahan)
- Trismiati (2004). Perbedaan Tingkat Kecemasan Antara Pria dan Wanita Akseptor Kontrasepsi Mantap di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. *Jurnal PSYCHE*, 1(1).
- Pasquali, E.A., & Arnold, H.N., & DeBasio, N. (1989). *Mental Health Nursing: A Psycho: A Holistic Approach*. St. Louis: C.V. Mosby Company.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Keperawatan Dasar: Konsep, Proses dan Praktik*. (terjemahan). Edisi 4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Varcarolis, E.M. (2000). *Psychiatric Nursing Clinical Guide: Assessment Tools & Diagnosis*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Wignyosoebroto, S. (1981). Gejala Sosial Masyarakat Kini yang Tengah Terus Berubah. *Makalah*. Surabaya: Simposium Ansietas.
- Wresniwiro. (1999). *Narkoba dan Pengaruhnya*. Jakarta: Widya Medika.
- Yatim, D.I., & Irwanto. (1986). *Kepribadian, Keluarga, dan Narkotika: Tinjauan Sosial-Psikologis*. Jakarta: Arca.
- Yosep, I. (2007). *Keperawatan Jiwa*. Cetakan 1. Bandung: PT Refika Aditama.